

VALIDITAS DAN RELIABILITAS *GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE* UNTUK SKRINING DISTRES PSIKOLOGIK DAN DISFUNGSI SOSIAL DI MASYARAKAT

Sri Idaiani¹ dan Suhardi¹

VALIDITY AND RELIABILITY OF THE *GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE* FOR PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND SOCIAL DYSFUNCTION SCREENING IN COMMUNITY

Abstract : *Every mental health intervention program needs a screening tool which is valid and reliable for mental health cases in their own community. The main objectives of the study were to measure the validity and reliability of the 12 items of the General Health Questionnaire (GHQ-12) and to determine the optimum cut off scores. The study site was located in Abadi Jaya Sub-district, Depok City, West Jawa. Four hundred subjects were selected randomly by the Kish method to participate in the study. The results of the GHQ-12 interviews were then compared with the Symptom Check List-90 (SCL-90) scores as the gold standard. Retest for reliability assessments were followed by 89 out of the 400 subjects and administered in 2-3 week intervals. The optimum cut-off scores of the GHQ-12 was 7/8 with a sensitivity of 67.80 and a specificity of 74.75. The Alpha Cronbach ranged from 0.670-0.776. There were no significant differences between the first and second GHQ-12 scores ($Z = -0.211$, $P = 0.833$). The GHQ-12 with moderate validity and high reliability has the potential to become a screening tool, and accordingly needs to be tailored and developed furthermore.*

Keywords : *GHQ-12, validity, reliability, cut off point, psychological distress, social dysfunction*

PENDAHULUAN

Skrining kasus untuk mendeteksi adanya gangguan jiwa perlu dikembangkan oleh program intervensi kesehatan jiwa masyarakat. Untuk itu dibutuhkan alat ukur yang valid dan reliabel sesuai dengan masyarakat Indonesia pada umumnya. Bila dengan alat ukur tersebut ditemukan kasus kecenderungan gangguan jiwa, maka dapat dilanjutkan dengan pemeriksaan berikutnya atau diteruskan dengan sistem rujukan ke pusat pelayanan kesehatan jiwa.

Alat ukur yang akan dinilai kelayakannya pada penelitian ini adalah *General Health Questionnaire* (GHQ-12) yang terdiri dari 12 butir pertanyaan sehingga sering disebut sebagai GHQ-12. Alat ukur

ini diperkenalkan pertama kali tahun 1974 oleh David Goldberg⁽¹⁾. GHQ-12 yang asli terdiri dari 60 butir pertanyaan. GHQ-12 mempunyai beberapa modifikasi, yaitu versi 30, 28 dan 12 pertanyaan sesuai kebutuhan. *General Health Questionnaire* - 12 telah banyak digunakan di berbagai negara dan berbagai penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa kuesioner ini cukup valid dan reliabel.

Tujuan utama penelitian adalah melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap alat ukur *General Health Questionnaire* versi bahasa Indonesia yang terdiri dari 12 butir pertanyaan (GHQ-12) dan menentukan nilai batas pisah optimum kuesioner GHQ-12 dengan sensitifitas dan spesifisitas tertinggi. Selain itu penelitian

¹ Puslitbang Biomedis dan Farmasi, Badan Litbangkes

ini juga merupakan suatu survei, sehingga tujuan tambahan adalah melakukan penelitian epidemiologi psikopatologi di masyarakat. Artikel ini hanya menyajikan hasil uji validitas dan reliabilitas.

METODA

Penelitian dilakukan di Kelurahan Abadi Jaya, Kota Depok, Propinsi Jawa Barat pada tahun 2005, yang terdiri dari uji validitas dan reliabilitas dengan desain survei. Populasi terjangkau penelitian adalah masyarakat umur 18-65 tahun di Kelurahan Abadi Jaya. Besar sampel penelitian adalah 400 orang yang didapatkan secara *multistage random sampling* dengan tahapan sebagai berikut.

Dari 27 RW di Kelurahan Abadi Jaya yang memiliki 32.085 penduduk, dipilih 7 RW secara acak, kemudian dari tiap RW dipilih masing-masing 2-5 RT secara acak. Penetapan jumlah RT adalah *probability proportional to size* dari jumlah penduduk. Dari setiap RT terpilih, dibuat daftar berdasarkan Kartu Keluarga yang memuat nama kepala keluarga dan semua anggota rumah tangga yang memenuhi kriteria penelitian. Dari setiap keluarga terpilih, hanya 1 subjek diambil, yang ditentukan secara random dengan metode Kish.

Kriteria inklusi adalah warga kelurahan Abadi Jaya yang berasal dari KK terpilih di RT terpilih dari RW terpilih yang berusia 18-65 tahun, mampu membaca dan menulis atau pernah bersekolah minimal SD atau setara. Kriteria eksklusi adalah warga tidak tinggal menetap di kelurahan Abadi Jaya

Kuesioner GHQ-12 versi bahasa Indonesia yang akan diukur validitas dan reliabilitasnya disiapkan sbb : Mula-mula GHQ-12 yang memiliki 12 butir pertanyaan, masing-masing dengan 4 opsi jawaban yaitu lebih, sama, kurang dan sangat ber-

kurang dari biasanya, diterjemahkan dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia oleh 2 psikiater dari pusat pendidikan berbeda yang tidak saling kenal dan tidak diberitahu judul kuesioner. Setelah itu dilakukan penerjemahan balik dari bahasa Indonesia ke bahasa Inggris oleh 1 psikiater lain. Kuesioner kemudian diujicobakan pada 20 orang, lebih kurang 2-3 kali sampai didapatkan kuesioner yang dianggap dapat dimengerti oleh sebagian besar subjek. Tim peneliti mengadakan rapat untuk meram-pungkan hasil terjemahan kuesioner tersebut.

Sebagai validator (*gold standard*), digunakan instrumen SCL-90, yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya di Jakarta pada tahun 1994 oleh Martono Herianto. Alat ukur ini merupakan *self reporting questionnaire* yang menilai ada atau tidak adanya psikopatologi. Nilai batas pisah (*cut-off score*) SCL-90 adalah 60/61 dengan sensitivitas 82,92 % dan spesifisitas 83,00 %

Pelatihan diberikan kepada 10 orang kader yang akan mengunjungi subjek dari rumah ke rumah. Bahan pelatihan meliputi tujuan dan manfaat penelitian, metode penelitian secara garis besar dan prosedur penggunaan GHQ-12. Subjek yang terpilih dikunjungi di rumahnya oleh kader. Setelah diberi penjelasan atau membaca sendiri penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan, subyek diminta menandatangani surat persetujuan, bila subjek setuju berpartisipasi dalam penelitian. Kemudian subyek diminta mengisi kuesioner GHQ-12 dan SCL-90. Ketika subjek mengisi kuesioner, kader yang bertugas tidak diperkenankan memberikan penjelasan atau pengarahan mengenai pertanyaan yang ada di kuesioner. Setelah 2 minggu, subjek diminta mengerjakan ulang kuesioner GHQ-12 untuk menilai reliabilitas alat ukur GHQ-12 Kuesioner yang telah diisi dikum-

pulkan oleh kader dan langsung di serahkan kepada tim peneliti pada hari yang sama.

Sesudah seluruh pengumpulan data selesai, peneliti mengelompokkan hasil penilaian dalam 2 kelompok. Kelompok kasus adalah semua subjek yang memiliki psikopatologi berdasarkan penilaian dengan SCL-90 dengan skor 61 ke atas. Kelompok normatif adalah semua subjek yang tidak memiliki psikopatologi berdasarkan penilaian dengan SCL-90 dengan skor 60 ke bawah.

Skor GHQ-12 diberikan berdasarkan skala bimodal dan skala likert. Untuk skala bimodal, tiap jawaban diberi skor 0 bila opsi yang dipilih lebih atau sama seperti biasanya, dan 1 bila opsi yang dipilih kurang atau sangat berkurang dari biasanya. Dengan demikian skor total akan terentang dari 0 sampai dengan 12. Untuk skala likert, tiap jawaban diberi skor 0 bila opsi yang dipilih lebih, 1 bila opsi yang dipilih sama, 2 bila opsi yang dipilih kurang, dan 3 bila opsi yang dipilih sangat berkurang dari biasanya. Dengan demikian skor total akan terentang dari 0 sampai dengan 36.

Data diolah dengan program SPSS. Validitas GHQ-12 dihitung dengan analisis faktor dan dengan SCL-90 sebagai *gold standar* untuk mendapatkan nilai sensitivitas, spesifisitas, nilai ramal positif dan nilai ramal negatif. Nilai batas pisah optimum didapat dari nilai batas pisah yang sensitivitas dan spesifisitasnya paling besar. Reliabilitas dinilai dengan Alpha Cronbach dan perbandingan antara hasil uji pertama dan uji ulang setelah 2-3 minggu. Analisis lain yang digunakan adalah *receiver operating curve* (ROC) yang akan memperlihatkan nilai diskriminasi dan nilai batas pisah optimum.

HASIL

Respons

Dari pendataan KK, diperoleh 501 orang yang memenuhi kriteria penelitian. Dari 501 orang, hanya 440 orang yang berhasil dikunjungi dan mengisi kuesioner. Sebanyak 61 orang tidak berhasil dikunjungi dan mengisi kuesioner oleh karena pindah, berada di luar kota, sedang menderita sakit/opname di Rumah Sakit dalam waktu yang cukup lama atau tidak bersedia mengikuti penelitian dengan alasan kesibukan dan lain sebagainya. Setelah kuesioner dikumpulkan oleh peneliti, dari 440 kuesioner yang terisi, hanya 400 yang benar-benar memenuhi syarat sesuai kriteria penelitian serta datanya dapat diolah. Sebanyak 40 orang tidak memenuhi syarat oleh karena umur yang tertulis pada Kartu Keluarga tidak sesuai dengan umur yang sebenarnya atau pada saat mengerjakan kuesioner dinilai tidak sanggup mengisi kuesioner. Dari 400 orang yang mengisi kuesioner, hanya 89 orang yang mengisi kuesioner ulang setelah 2 minggu, karena kegiatan ini bersamaan dengan akhir bulan Ramadan dan libur panjang Idul Fitri.

Demografi sampel

Dari semua subjek yang mengikuti penelitian, 99 orang atau 24,8% tergolong sebagai kelompok kasus dengan skor SCL-90 61 ke atas, dan 301 orang atau 75,3% tergolong sebagai kelompok non kasus dengan skor SCL-90 60 ke bawah (Tabel 1).

Pada kelompok kasus dan kelompok non kasus, kelompok umur responden yang terbanyak adalah kelompok umur 26-35 tahun dan disusul oleh kelompok umur 36-45 tahun. Pada kelompok kasus, lebih banyak perempuan dari pada laki-laki. Sebaliknya pada kelompok non kasus, lebih banyak laki-laki dari pada perempuan (Tabel 1).

Kuesioner GHQ-12

Apakah Anda akhir-akhir ini :	Lebih baik dari biasanya	Sama seperti biasanya	Kurang dari biasanya	Sangat berkurang dari biasanya
1. Dapat berkonsentrasi pada apapun yang Anda kerjakan?				
2. Sulit tidur karena khawatir?				
3. Merasa bahwa Anda berperan dalam berbagai hal yang bermanfaat ?				
4. Merasa mampu untuk membuat suatu keputusan?				
5. Merasa terus menerus di bawah tekanan?				
6. Merasa tidak sanggup mengatasi kesulitan - kesulitan Anda?				
7. Dapat menikmati aktivitas kegiatan sehari-hari?				
8. Mampu menanggung masalah-masalah anda?				
9. Merasa tidak bahagia dan tertekan?				
10. Kehilangan kepercayaan diri?				
11. Berpikir bahwa diri anda tidak berguna?				
12. Setelah mempertimbangkan segala hal, saya merasa cukup bahagia ?				

Tabel 1. Distribusi umur dan jenis kelamin

Umur	Kasus			Non kasus			Total		
	Lk	Pr	Sub-total	Lk	Pr	Sub-total	Laki	Pr	Total
18-25 tahun	10,3	16,7	19,2	7,7	26,7	13,0	9,8	19,9	14,5
26-35 tahun	31,4	30,2	31,3	25,6	35,0	30,9	30,4	31,7	31,0
36-45 tahun	33,7	24,6	29,3	41,0	21,7	29,9	35,0	23,7	29,8
46-55 tahun	18,3	21,4	12,1	10,3	13,3	19,6	16,8	18,8	17,8
56-65 tahun	6,3	7,1	8,1	15,4	3,3	6,6	7,9	5,9	7,0
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total n	39	60	99	175	126	301	214	186	400

Skor kelompok Kasus dan Non Kasus

Untuk menentukan adanya perbedaan skor GHQ-12 pada kelompok kasus dan bukan kasus, terlebih dahulu dilakukan uji

normalitas. Oleh karena sebaran datanya tidak mempunyai distribusi normal, maka dinilai median, nilai minimum dan maksimum. Uji statistik yang digunakan adalah uji Mann Whitney. Pada kelompok kasus,

median adalah 9 dan kelompok bukan kasus adalah 6. Terdapat perbedaan yang bermakna antara skor kelompok kasus dan bukan kasus (Tabel 2).

Validitas GHQ-12

Validitas suatu instrumen merujuk pada hal seberapa baik suatu instrumen mengukur subyek yang akan diukur. Dalam studi ini validitas yang akan dinilai adalah validitas faktor dan validitas kriteria. Validitas faktor dinilai dengan analisis faktor, sedang validitas kriteria dinilai dari sensitivitas dan spesifisitas.

Analisis faktor

Analisis faktor dilakukan dengan cara mengidentifikasi butir-butir pertanyaan sesuai kelompoknya (analisis faktor) dan menilai hubungan masing-masing butir dengan konstraknya. Pada komponen 1, tampak bahwa butir-butir yang mengelompok adalah butir 2, 5, 6, 9, 10 dan 11, yang sesuai dengan konstruk distres psikologik. Pada komponen 2, butir-butir yang mengelompok adalah butir 1, 3, 4, 7, 8 dan 12, yang sesuai dengan konstruk disfungsi sosial (Tabel 3).

Tabel 2. Hasil uji Mann Whitney perbedaan skor GHQ-12 kelompok Kasus dan Non Kasus

Skor GHQ-12	Median	Nilai minimum	Nilai maksimum	Z	P
Kelompok Kasus	9	2	22	-7,632	0,000
Kelompok Non Kasus	6	0	22		

Tabel 3. Hasil analisis faktor GHQ-12

Variabel	Komponen	
	1	2
Butir 1	,074	,607
Butir 2	,606	,085
Butir 3	-,105	,569
Butir 4	,168	,545
Butir 5	,639	,061
Butir 6	,682	,098
Butir 7	,112	,704
Butir 8	,082	,622
Butir 9	,767	,187
Butir 10	,709	,182
Butir 11	,721	-,023
Butir 12	,229	,589

Tabel 4. Korelasi Pearson butir konstruk distres psikologik

Variabel	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>
Butir 2	,453
Butir 5	,491
Butir 6	,511
Butir 9	,653
Butir 10	,562
Butir 11	,536

Tabel 5. Korelasi Pearson butir konstruk disfungsi sosial

Variabel	<i>Corrected Item-Total Correlation</i>
Butir 1	,376
Butir 3	,325
Butir 4	,375
Butir 7	,498
Butir 8	,421
Butir 12	,408

GHQ-12	SCL-90		Total
	Psikopatologi (+)	Psikopatologi (-)	
Distres/disfungsi (+)	A	B	a + b
Distres/disfungsi (-)	C	D	c + d
Total	a + c	b + d	

$$\text{Sensitivitas} = a / a + c \quad \text{Spesifisitas} = d / b + d$$

Dengan sampel sebesar 400 orang dan jumlah butir pertanyaan sebanyak 6, maka $df = 400 - 6 = 394$. Butir pertanyaan dinyatakan valid apabila r butir $>$ r tabel. Oleh karena r tabel *product moment* hanya sampai dengan df 100 yaitu 0,196, maka dapat diasumsikan apabila r butir $>$ 0,196,

maka butir pertanyaan valid. Dalam konstruk ini, semua butir distress psikologik dan disfungsi sosial valid (Tabel 4 dan 5).

Nilai Batas Pisah Optimum

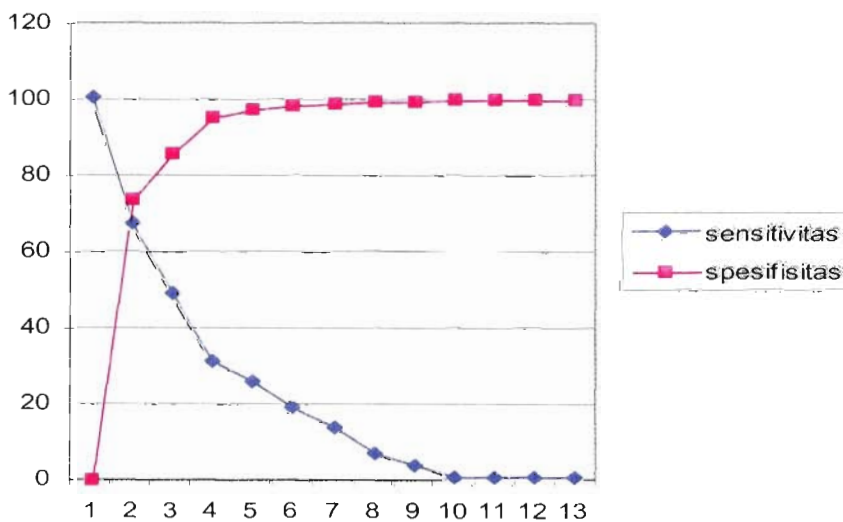
Oleh karena skor GHQ-12 merupakan suatu skala ordinal dengan rentang yang lebar, sedang sensitivitas dan

spesifisitas berkaitan dengan skala nominal, maka dalam hal ini perlu ditentukan nilai batas pisah dari skala tersebut yang memiliki jumlah sensitivitas dan spesifisitas yang tertinggi, yaitu yang paling mendekati 100%. Sensitivitas diperoleh dari perbandingan antara yang positif menurut GHQ-12 dan SCL-90 dengan

yang positif menurut SCL-90. Sedang spesifisitas diperoleh dari perbandingan antara yang negatif menurut GHQ-12 dan SCL-90 dengan yang negatif menurut SCL-90. Bila menggunakan skala penilaian bimodal, didapatkan nilai batas pisah optimum terletak pada nilai batas pisah 0/1.

Tabel 6. Nilai batas pisah pada skala bimodal

Nilai batas pisah	Sensitivitas	Spesifisitas	Total
0/0	100	0	100
0/1	66,67	73,75	140,42
1/2	48,48	86,05	134,53
2/3	30,3	95,02	125,32
3/4	25,25	97,34	122,59
4/5	18,18	98,67	116,85
5/6	13,13	99	112,13
6/7	6,06	99,33	105,39
7/8	3,03	99,67	102,70
8/9	0	100	100,00
9/10	0	100	100,00
10/11	0	100	100,00
11/12	0	100	100,00



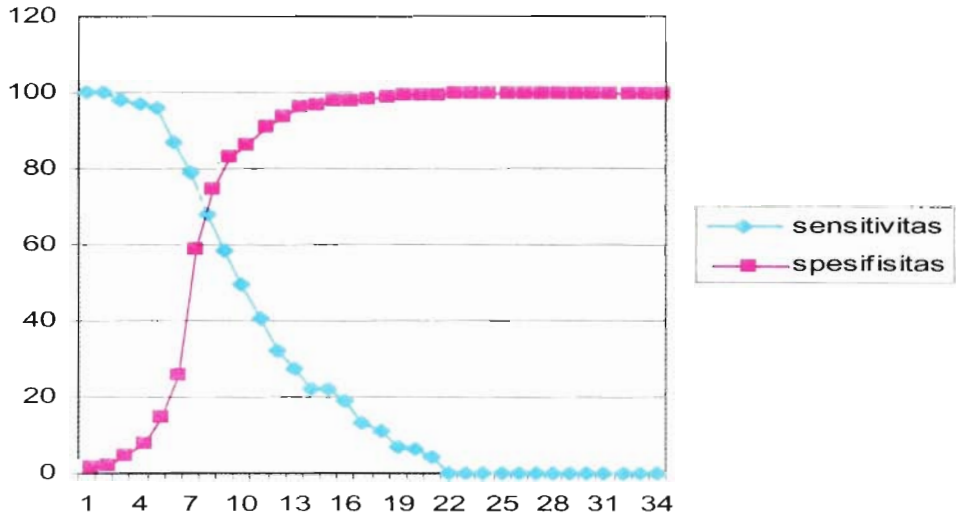
Gambar 1. Grafik nilai batas pisah skala bimodal

Sedang bila menggunakan skala penilaian bimodal, didapatkan nilai batas pisah opti-

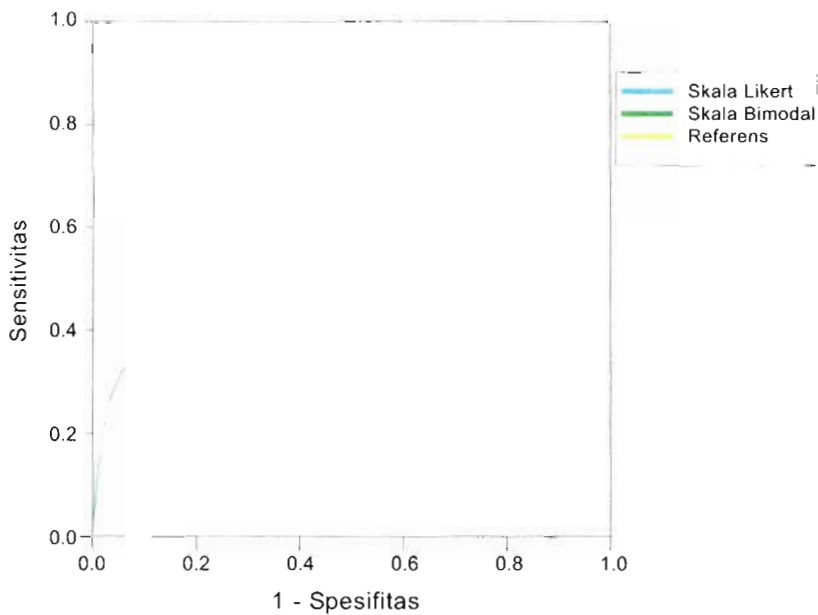
mum terletak pada nilai batas pisah 7/8 (Tabel 6 dan 7, Gambar 1 dan 2)

Tabel 7. Nilai batas pisah pada skala likert

Nilai batas pisah	Sensitivitas	Spesifisitas	Total
0/1	100	1,33	101,33
½	100	2,25	102,25
2/3	97,98	4,98	102,96
¾	96,96	7,97	104,93
4/5	95,96	14,62	110,58
5/6	86,87	25,57	112,44
6/7	78,79	59,13	137,92
7/8	67,68	74,75	142,43
8/9	58,58	83,39	141,97
9/10	49,49	86,38	135,87
10/11	40,4	91,03	131,43
11/12	32,32	93,68	126
12/13	27,27	96,35	123,62
13/14	22,22	96,68	118,90
14/15	22,22	97,67	119,90
15/16	19,19	98,01	117,20
16/17	13,13	98,34	111,47
17/18	11,11	99,00	110,11
18/19	7,07	99,34	106,41
19/20	6,06	99,67	105,73
20/21	4,04	99,67	103,71
22/23	0	100	100
23/24	0	100	100
24/25	0	100	100
25/26	0	100	100
26/27	0	100	100
27/28	0	100	100
28/29	0	100	100
30/31	0	100	100
31/32	0	100	100
32/33	0	100	100
33/34	0	100	100
34/35	0	100	100
35/36	0	100	100



Gambar 2. Grafik nilai batas pisah skala likert



Gambar 3. Receiver Operating Curve GHQ-12

Secara keseluruhan, daya diskriminasi GHQ dapat dilihat dari daerah di bawah ROC (*Receiver Operating Curve*), yaitu seluas 0,731 bila menggunakan skala bimodal dan 0,753 bila menggunakan skala likert (Gambar 3) Berdasarkan analisis ROC, nilai batas pisah optimum pada skala

bimodal adalah 0,5 dan 0,75 pada skala likert (Tabel 8 dan 9).

Reliabilitas GHQ-12

Reliabilitas dinilai dari Alpha Cronbach dan perbedaan *test* dengan *re-test*. Seluruh nilai Alpha Cronbach > 0,60

sehingga dapat dikatakan bahwa butir-butir pertanyaan GHQ-12 ini reliabel. Dari 89 subjek yang mengisi GHQ-12 dua kali, berdasarkan uji Wilcoxon, tidak terdapat perbedaan antara skor awal dan skor setelah 2-3 minggu, sehingga dapat dikatakan kuesioner ini cukup reliabel (Tabel 10 dan 11).

PEMBAHASAN

Sensitivitas 67,80 % dan spesifisitas 74,75 % dari nilai batas pisah optimum 7/8 atau 7,5 (berdasarkan analisis ROC) pada skala likert terletak diantara nilai 0,6-0,8, sehingga validitas instrumen ini untuk masyarakat Kelurahan Abadi Jaya termasuk dalam kategori validitas sedang⁽¹⁾. Adapun penggunaan nilai batas pisah optimum 0/1 atau 0,5 pada skala bimodal dengan sensitivitas 66,67 % dan spesifisitas 73,75 % kurang praktis untuk digunakan, mengingat skor di bawah 1 dengan gradasi yang bersifat 'nominal' menjadi kurang peka

Pada penelitian uji validitas dan reliabilitas GHQ-12 versi bahasa Arab, diperoleh nilai batas pisah 15/16⁽²⁾. Penelitian di Australia mendapatkan nilai batas

pisah 3/4 dengan sensitivitas 90 % dan spesifisitas 69 % sedang bila menggunakan skoring *yes/no* mendapatkan nilai batas pisah 0/1 dengan sensitivitas 75,4 % dan spesifisitas 69,9 %⁽³⁾. Pada penelitian lain di kalangan remaja di Australia diperoleh nilai batas pisah 13/14 untuk laki-laki dan 18/19 untuk perempuan⁽⁴⁾. Pada beberapa penelitian yang menggunakan skala bimodal, misalnya di Jerman, dengan pembandingan SCL-90 sebagai standar emas, didapatkan nilai batas pisah optimum 2,5⁽⁵⁾, sedang di Inggris pada suku Welsh, dengan pembandingan *Mental Health Index, Self Reporting Questionnaire (SRQ)* dan *Shona Symptom Questionnaire (SSQ)* didapatkan nilai batas pisah optimum 3/4⁽⁶⁾. Di Finlandia penilaian dengan pembandingan SCL-90 mendapatkan nilai pisah optimum juga adalah 3/4⁽⁷⁾. Penelitian di Polandia mendapatkan nilai batas pisah 2/3 dengan sensitivitas 64 % dan spesifisitas 79 %⁽⁸⁾. Penelitian lainnya, yang membandingkan GHQ-12, SCL-10 dan *Primary Care Evaluation of Mental Disorder (PRIME-MD)* mendapatkan nilai batas pisah 1/2 pada skala *yes/no*⁽⁹⁾.

Tabel 8. Validitas nilai batas pisah GHQ-12 menurut ROC pada skala bimodal

Nilai batas pisah	0.5	1.5	2.5	3.5	4.5	5.5	6.5	7.5
Sensitivitas	0,67	0,48	0,30	0,25	0,18	0,13	0,06	0,03
Spesifisitas	0,74	0,86	0,95	0,97	0,99	0,99	0,99	1,00

Tabel 9. Validitas nilai batas pisah GHQ-12 menurut ROC pada skala likert

Nilai batas pisah	2.5	3.5	4.5	5.5	6.5	7.5	8.5	9.5
Sensitivitas	0,98	0,97	0,96	0,87	0,79	0,68	0,59	0,49
Spesifisitas	0,05	0,08	0,15	0,29	0,59	0,75	0,83	0,86

Tabel 10. Nilai Alpha Cronbach GHQ-12

Komponen	Nilai Alpha Cronbach
Konstruk distres psikologik (butir 2, 5, 6, 9, 10, 11)	0,776
Konstruk disfungsi sosial (butir 1, 3, 4, 7, 8, 12)	0,670
Total kuesioner (butir 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)	0,761

Tabel 11. Hasil uji Wilcoxon perbedaan Skor GHQ-12 pertama dan setelah 2 minggu

Skor GHQ-12	Median	Nilai minimum	Nilai maksimum	Z	P
Skor GHQ-12 awal	7	0	22	-211	0,833 *
Skor GHQ-12 setelah 2 minggu	8	2	17		

Perbedaan berbagai nilai pisah optimum disebabkan oleh jenis alat ukur yang dijadikan *gold standard*, jenis populasi/ subjek, kondisi budaya setempat, latar belakang sosiodemografi lainnya. Beberapa penelitian banyak menggunakan populasi yang berasal dari klinik atau pusat pelayanan kesehatan primer. Hal ini terutama agar mudah mendapatkan kelompok kasus, sehingga kelompok kasus yang dinilai adalah benar-benar merupakan pasien psikiatri atau pasien yang sedang mengalami problem kesehatan secara umum.

Pada analisis faktor, dilakukan identifikasi terhadap 2 faktor pembentuk konstruk yaitu faktor pertama terdiri dari butir 2, 5, 6, 9, 10, dan 11. Faktor ini diidentifikasi sebagai distres psikologik. Faktor kedua terdiri dari butir 1, 3, 4, 7, 8, dan 12. Faktor ini diidentifikasi sebagai disfungsi sosial. Hubungan antara setiap butir pertanyaan dengan nilai total setiap konstruksya semuanya di atas r tabel sehingga kuesioner ini dapat dikatakan valid.

Sebuah penelitian di Jepang menyatakan bahwa kuesioner ini memiliki 2 struktur faktor yaitu faktor distres psiko-

logik (butir 2, 5, 6, 9, 10, 11) dan faktor disfungsi sosial (butir 1, 3, 4, 7, 8)⁽¹⁰⁾. Penelitian lain menggolongkan 2 faktor ini sebagai faktor depresi dan disfungsi sosial⁽¹¹⁾. Di Arab, kuesioner ini juga telah diteliti. Sampel penelitiannya adalah mahasiswa perguruan tinggi. Uji validitas dinilai dengan membandingkannya dengan *Hopkis Symptom Checklist-90* dan *Structure Clinical Interview for DSM* (SCID). Pada penelitian tersebut diidentifikasi 3 faktor pembentuk kuesioner yang disebut sebagai *general dysphoria*, *lack of enjoyment* dan *social dysfunction*⁽²⁾. Penelitian lain menyebutkan ke 3 komponen atau faktor pembentuk tersebut dengan nama faktor anxietas dan depresi, disfungsi sosial dan *loss of confidence*⁽¹²⁾.

Reliabilitas dinilai dengan Alpha Cronbach dan metode *test and retest*. Alpha Cronbach yang diperoleh berkisar 0,670 – 0,776 (> 0.600) sehingga dapat dinyatakan bahwa kuesioner ini mempunyai konsistensi internal yang cukup kuat. Tidak didapatkan perbedaan yang bermakna antara skor awal dengan skor setelah 2 minggu kemudian. Dengan perkataan lain,

alat ini cukup stabil digunakan, dan mempunyai reliabilitas tinggi⁽¹⁾.

Penelitian yang berhubungan dengan reliabilitas GHQ-12 juga telah banyak dilakukan. Hasil penelitian pada Survei Rumah Tangga di Inggris yang dilakukan tahun 1991 – 1997 menyatakan mean skor GHQ-12 cukup stabil meskipun untuk jangka waktu yang lama⁽¹³⁾. Pada sebuah penelitian di Polandia, diketahui konsistensi internal (Alpha Cronbach) kuesioner ini = 0,859⁽¹⁴⁾. Pada uji validitas di Iran, diperoleh hasil bahwa kuesioner GHQ-12 ini mempunyai struktur yang baik, reliabel dan valid untuk menilai status psikologi masyarakat⁽¹⁵⁾. Stabilitas kuesioner ini bahkan telah dinilai untuk jangka waktu lama. Pada sebuah penelitian dalam jangka waktu yang panjang, ternyata alat ini stabil untuk digunakan dari tahun ke tahun⁽¹⁶⁾.

Sebagai alat skrining, kuesioner ini juga dapat digunakan. Di Jerman, alat ini dibandingkan dengan SCL-90. Hasilnya menyatakan bahwa alat ini berguna untuk identifikasi gangguan mental di pusat pelayanan kesehatan primer serta dapat digunakan untuk keperluan penelitian⁽⁵⁾. Di Inggris, bahkan alat ini digunakan sebagai alat penelitian wawancara melalui telepon⁽¹⁷⁾. Kuesioner ini juga digunakan untuk beberapa pasien dengan penyakit kulit⁽¹⁸⁾. Pada pasien dermatologik, kuesioner ini dinyatakan valid untuk mengukur distres psikologik. Pada pasien gangguan saluran kemih, kuesioner ini juga sensitif dan reliabel digunakan⁽¹⁹⁾.

Pendapat yang sedikit lain menyatakan bahwa kuesioner ini mempunyai keterbatasan apabila digunakan untuk remaja⁽²⁰⁾. Penelitian yang menyatakan hal tersebut dilakukan di Australia, meskipun penelitian lain di Australia menyatakan bahwa kelompok remaja menggunakan kuesioner ini sama baiknya dengan kelompok dewasa⁽²¹⁾.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yaitu jumlah subjek yang minimum, dilakukan dengan cara kunjungan rumah ke rumah menggunakan kader PKK sebagai pelaksana lapangan sehingga sulit memantau pelaksanaan secara utuh. Demikian pula metode validasi dengan pemeriksaan ulang oleh 2-3 psikiater untuk tiap subjek tidak feasible karena keterbatasan sumber daya. Akan tetapi di lain pihak, penelitian ini dilakukan langsung masyarakat, bukan di klinik, menggunakan sampel yang semuanya langsung dari masyarakat dan para pelaksana lapangan adalah kader PKK sehingga diharapkan penelitian ini dapat menghasilkan suatu alat ukur kesehatan jiwa yang benar-benar sesuai untuk menilai kondisi kesehatan jiwa masyarakat, dapat digunakan untuk skrining di masyarakat dan dipakai sebagai instrumen survei prevalensi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Tim peneliti mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada Ketua dan para anggota Tim PKK Kelurahan Abadi Jaya Depok, dr Adang Bachtiar, D.Sc, MPH, staf pengajar FKM UI, dr Nurmiati Amir, SpKJ, staf pengajar Psikiatri FK UI, dr Albert Maramis, SpKJ, staf pengajar Psikiatri FKUI, dan dr Carla Marchira R, SpKJ, staf pengajar Psikiatri FK UGM. Penelitian ini dibiayai dengan dana Riset Pembinaan Kesehatan Tahun 2005

DAFTAR RUJUKAN

1. Mack A.K et al : Reliability and validity of measures from Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). *Soz - Preventivmed*, 46 Suppl 1; 2001, S03-S42.
2. Daratkeh TK, Ghubash R El Rufaie OE. Reliability, validity and factor structure of the Arabic versions of the 12 item general health questionnaire. *Psychol Rep*.2001 Aug; 89(1):85-94

3. Donath, S. The validity of the 12-item general health questionnaire in Australia: a comparison between three scoring methods. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 2001, Vol 35. Issue 2, 231-36
4. Tait RJ, Hulse GK, Robertson SI. A review of the validity of the general health questionnaire-12 in adolescent population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 2002, Vol 36. Issue 4, 550-58.
5. Schmitz N, Kruse J, Heckrath C. Diagnosing mental disorders in primary care: the general health questionnaire (GHQ-12) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 1999, 34: 360-66.
6. Winston M, Smith J. A trans cultural comparison of four psychiatric case finding instruments in a Welsh community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 2000, 35(12): 569-75.
7. Holi MM, Marttunen M, Aalberg V. Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in Finnish population. *Nordic Journal of psychiatry*, 2003, Vol 57. Issue 3, 233-38
8. Evans M, Kessler D, Lewis G, Peters TJ, Sharp D. Assessing mental health in primary care research using standarized scales: can it be carried out over the telephone ?. *Psychol Med*; 2004, 34(1): 157-62.
9. Makowska Z, Merecz D, Mosciska A, Kolasa W. The validity of general health questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. *Int J Occup Med Environ Health*; 2002, 15(4): 353-62.
10. Cano A, Sprafkin RP, Scaturro DJ, Lantinga LJ, Fiese BH, Brand F. Mental health screening in primary care: a comparison of 3 brief measures of psychological distress. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2001, 3(5): 206-10.
11. Doi Y, Minowa M. Factor structure of the 12-item General Health Questionnaire in the Japanese general adult population. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003 Aug; 57 (4): 379-83.
12. Warneke L, Goldberg DP, Yalcin I, Ustun BT. The stability of the factor structure of the general health questionnaire. *Psychol Med*; 2000, 30(4): 823-29.
13. Godberg D, Williams P. A user's guide to the general health questionnaire. London: nferNelson Publishing Company Ltd. 2004.
14. Cheung YB. A confirmatory factor analysis of the general health questionnaire among older people. *Int J. Geriatr Psychiatry*; 2000, 17(8): 739-44.
15. Makowska Z, Merecz D. The usefulness of the health status questionnaire: D. Goldberg's GHQ-12 and GHQ-28 for diagnosis of mental disorders in workers. *Med Pr*; 2000, 51(6): 589-601.
16. Montazeri A, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroudi G, Ebadi M, Fatch A. The 12-item General health questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes*. 2003, 1;1(1): 66.
17. Pevalin DJ. Multiple appications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long term retest effects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 2000, 35: 508-12
18. Picardi A, Abeni D, Pasquini P. Assessing psychological distress in patients with skin diseases: reliability, validity and factor structure of the GHQ-12. *J.Eur Acad Dermatol Venereol*; 2001, 15(5): 410-7.
19. Quek KF, Low WY, Razack AH, Loh CS. Reliability and validity of the general health questionnaire (GHQ-12) among urological patients: a Malaysian study.
20. Tait RJ, French DJ, Hulse GK. Validity and psychometric properties of the general health questionnaire-12 in young Australian adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 2003, Vol 37. Issue 3, 374-81
21. French DJ, Tait RJ. Measurement in the general health questionnaire-12 in young Australian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 2004, 13(1): 1-7