

## Distres psikologik dan disfungsi sosial di kalangan masyarakat miskin kota malang

Salahuddin Liputo Universitas Muhammadiyah Malang<sup>1</sup>

### Abstrak

Kemiskinan sebagai sebuah problem bukan semata persoalan ekonomi, namun juga merupakan persoalan multidimensi dikarenakan bersamaan dengan terjadinya kemiskinan muncul pula persoalan pada bidang lain seperti sosial, kesehatan, pendidikan dan sebagainya. Pada bidang kesehatan, persoalan yang terjadi tidak hanya berkaitan dengan aspek fisik namun juga psikologik. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan distres psikologik dan disfungsi sosial masyarakat miskin Kota Malang. Pengumpulan data dilakukan menggunakan GHQ-12. Subjek penelitian adalah masyarakat miskin Kota Malang yang dikategorikan sebagai kelompok agak miskin, miskin & sangat miskin, dengan jumlah sampel 240 orang. Pemilihan sampel menggunakan multistage cluster sampling. Analisis data menggunakan multivariate analysis of variance (MANOVA). Dari hasil analisis diperoleh nilai signifikansi untuk distres psikologik antara kelompok agak miskin dengan kelompok miskin dan sangat miskin adalah 0.000, dan antara kelompok miskin dan sangat miskin adalah 0.063-0.764. Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan untuk distres psikologik dan disfungsi sosial antara kelompok agak miskin dengan kelompok miskin dan sangat miskin, namun tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok miskin dengan sangat miskin.

**Kata kunci** Kemiskinan, multidimensi, distres psikologik, disfungsi sosial

### Latar Belakang

Kemiskinan tidak dapat dipisahkan dari berbagai persoalan dalam kehidupan orang-orang yang mengalaminya. Terjadinya kriminalitas seperti pencurian, perampokan, dan pembunuhan ditemukan banyak dilakukan oleh orang-orang yang hidup dalam kemiskinan. Persoalan penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan terlarang, terjadinya ketegangan sosial dalam masyarakat juga salah satu penyebabnya adalah kemiskinan, yang ditengarai terjadi akibat adanya disparitas pendapatan yang lebar antara kelompok kaya dan miskin (Bourguignon, 1998).

Pada bidang kesehatan, ditemukan faktor-faktor penting dalam hubungan antara kemiskinan dan masalah kesehatan. Masyarakat miskin adalah kelompok marginal dengan produktivitas rendah, serta memiliki kerentanan yang tinggi terhadap degradasi kesehatan (Strasser, 2003). Munculnya persoalan

seperti kekurangan gizi kronis, kekurangan berat badan, penyakit infeksi HIV/AIDS, malaria, dan bahkan kematian, adalah beberapa permasalahan yang muncul bersamaan dengan terjadinya kemiskinan (Shah, 2013).

Kemiskinan juga memiliki dampak luas pada kesehatan anak-anak. Anak-anak miskin lebih beresiko mengalami masalah kesehatan, dan ketika mereka dalam kondisi sakit mereka mengalaminya dalam tingkat yang lebih tinggi dibandingkan anak-anak dari keluarga mampu (Starfield, 1992). Menurut UNICEF, 22.000 anak meninggal setiap hari karena kemiskinan (Shah, 2013). Selain itu, penelitian demi penelitian menemukan bahwa anak-anak yang berasal dari keluarga tidak mampu menunjukkan prestasi yang kurang baik di sekolah dibandingkan mereka yang berasal dari keluarga mampu (Ladd, 2011; Hirsch, 2007).

Adapun persoalan kesehatan yang terjadi tidak hanya menyangkut gangguan kesehatan fisik, namun juga berdampak pada munculnya gangguan kesehatan mental/jiwa (Santiago, Kaltman, & Miranda: 2013). Banyak faktor yang menyebabkan hal tersebut. Dari perspektif keilmuan sosial disebutkan bila pengaruh ling-

<sup>1</sup> Korespondensi ditujukan kepada Salahuddin Liputo, Email: [bangsawan\\_liputo@yahoo.com](mailto:bangsawan_liputo@yahoo.com)

kungan sosial sangat besar terhadap kesehatan mental. Situasi dan kondisi sosial sehari-hari dapat menjadi masalah, dan karena itu dapat berfungsi sebagai stressor sosial. Selain itu, stratifikasi sosial turut pula memengaruhi kesehatan mental seseorang, seperti kaum minoritas memiliki kecenderungan yang lebih besar untuk mengalami gangguan terhadap kesehatan mental (Latipun & Notoedirjo, 2005). Kondisi kemiskinan sebagai sebuah lingkungan sosial dan sebuah strata masyarakat meningkatkan risiko penyakit mental melalui pengucilan sosial, stres tingkat tinggi, penurunan pendapatan, kekurangan gizi, peningkatan risiko melahirkan, serta kekerasan dan trauma (Lund, et. al, 2012).

Faktor lainnya yang memengaruhi terjadinya gangguan mental pada masyarakat miskin berkenaan dengan rendahnya tingkat pendidikan. Selain itu, faktor-faktor seperti pengalaman insecurity dan hopelessness, perubahan sosial yang cepat dan risiko kekerasan dan kesehatan fisik serta gangguannya ditengarai merupakan indikator kerentanan masyarakat miskin terhadap gangguan mental yang umum. Pembiayaan dalam pengobatan gangguan mental ikut memperburuk kondisi ekonomi serta membentuk lingkaran setan antara kemiskinan dan gangguan mental (Patel & Kleinman, 2003).

Meskipun sebagian besar gangguan psikologik yang ditimbulkan oleh kondisi kemiskinan masih pada taraf ringan, namun hal ini tidak bisa diabaikan begitu saja. Terjadinya gangguan mental dimulai dari gangguan-gangguan psikologik ringan namun terjadi secara kontinyu hingga menyebabkan terjadinya gangguan mental berat. Maddux & Winstead (2008), menyebutkan bila beberapa gambaran mengenai psikopatologi berkaitan dengan tekanan (distres) dan kecacatan. Tekanan di sini mengacu pada perasaan yang tidak menyenangkan dan tidak diinginkan seperti kecemasan, kesedihan dan kemarahan. Sementara kecacatan berkaitan dengan keterbatasan dalam kemampuan. Selain itu, menurut Weir (2012), penelitian terbaru mengenai penyebab skizofrenia menemukan bila gangguan ini tidak hanya disebabkan oleh kelainan genetik namun juga oleh faktor stres lingkungan dikarenakan berbagai kejadian dalam hidup yang secara signifikan meningkatkan risiko skizofrenia.

Pada orang-orang miskin, terjadinya gangguan mental disebabkan mereka dihadapkan pada kondisi minimnya kesempatan pada ber-

bagai hal, pada berbagai ketersediaan dan aksesibilitas terhadap sumber daya, serta lebih mungkin untuk mengalami peristiwa yang sulit. Faktor-faktor seperti pendidikan dan pekerjaan memiliki hubungan timbal balik dengan kemiskinan. Dengan tidak bekerja serta kurangnya kesempatan untuk bisa bekerja menyebabkan kesulitan keuangan. Pengangguran dan mereka yang gagal untuk mendapatkan pekerjaan memiliki gejala depresi dan kecemasan yang lebih besar dibanding orang yang bekerja (Kuruvilla & Jacob, 2007).

Dengan mengalami kemiskinan, maka kesempatan mereka untuk mengakses pendidikan yang baik dan bermutu akan semakin kecil disebabkan ketidakmampuan dalam membiayai sekolah. Belum lagi perasaan tertekan yang muncul akibat adanya perbedaan strata kehidupan sehingga menyebabkan munculnya perasaan rendah diri. Sebaliknya, individu yang berpendidikan kecil kemungkinan untuk mengalami atau meninggal akibat penyakit akut/kronis, dan juga cenderung untuk tidak mengalami kecemasan atau depresi (Cutler & Lleras-Muney, 2006). Itu sebabnya buta huruf atau pendidikan yang buruk merupakan faktor resiko yang konsisten pada terjadinya gangguan mental yang umum (Araya, Rojas, Fritsch, Acuna, Lewis: 2001).

Dengan mengalami kemiskinan, maka mereka akan kesulitan untuk mengakses pelayanan kesehatan. Kemiskinan juga memengaruhi kemampuan mereka untuk berintegrasi kembali ke dalam masyarakat, mengganggu kemampuan mereka untuk berpartisipasi dalam kegiatan produktif dan menghambat kemampuan mereka untuk membangun dan mempertahankan hubungan sosial (Kuruvilla & Jacob, 2007). Stigma sosial dan pengalaman diskriminatif harian memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tekanan psikologik dan kualitas hidup di kalangan migran desa-kota (Wang, Li, Stanton & Fang: 2010).

Beberapa bentuk gangguan yang muncul akibat kemiskinan yang disebutkan di atas dikategorikan sebagai distres psikologik dan disfungsi sosial. Terdapat penelitian yang menunjukkan bila distres psikologik dan disfungsi sosial memiliki pengaruh buruk pada individu yang mengalaminya. Depresi dapat menyebabkan gangguan fungsional pada tubuh (Atkins, Naismith, Luscombe & Hickie: 2013), sementara kesulitan hidup berkorelasi positif dengan hilangnya kasih sayang orangtua pada anak (Tein, Sandler & Zautura: 2000). Stres dalam

kehidupan dapat menyebabkan perubahan dalam fungsi otonom dan neuroendokrin tubuh sehingga meningkatkan resiko gangguan kesehatan baik fisik maupun psikis (Taylor & Stanton, 2007).

Dari tersebut dapat dilihat bila terdapat hubungan erat antara kemiskinan dengan munculnya problem-problem psikologik yang berkenaan dengan distress psikologik dan disfungsi sosial. Dengan demikian maka penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan distress psikologik dan disfungsi sosial masyarakat miskin Kota Malang ditinjau dari tingkat kemiskinan yang dialami.

### **Kemiskinan**

Membahas mengenai kemiskinan (poverty), maka hal ini tidak lepas dari pembahasan mengenai standar hidup, yakni suatu konsep mengenai kehidupan manusia dan kualitasnya secara keseluruhan. Kemiskinan dalam arti yang paling umum adalah kurangnya kebutuhan meliputi kurangnya makanan pokok, tempat tinggal, kesehatan, dan keamanan (Bradshaw, 2005). Studi mengenai kemiskinan berusaha untuk mengukur standar hidup individu, yang subjeknya adalah mereka yang memiliki standar hidup dengan penghasilan rendah sebagai tolok ukur (Callander, Schofield & Shrestha, 2013). Secara tradisional, kemiskinan diukur berdasarkan pendapatan setiap individu (1 dollar /hari) (Ferreira & Ravallion, 2008; IPC, 2006), namun saat ini hal tersebut dianggap terlalu sempit untuk mendefinisikan kemiskinan secara komprehensif (Callander, Schofield & Shrestha, 2013; Jensen, 2008).

Kemiskinan merupakan kondisi kurangnya kebebasan akibat perampasan kemampuan dasar. Kemampuan merupakan sumber daya, atribut atau keadaan yang memberikan seseorang kapasitas untuk berfungsi secara memadai dan terlibat dengan masyarakat di sekitar mereka, serta melakukan hal-hal yang bernilai individual. Definisi ini telah digunakan secara luas dalam penelitian multidimensi mengenai kemiskinan dan tidak hanya diukur dari segi pendapatan saja (Callander, Schofield & Shrestha, 2013). Makna multidimensi di sini mencerminkan kegagalan dalam banyak dimensi kehidupan manusia, seperti kelaparan, pengangguran, tunawisma, penyakit dan perawatan kesehatan, ketidakberdayaan, dan ketidakadilan sosial (IPC, 2006). Kondisi kemiskinan juga meliputi ketidakmampuan un-

tuk memenuhi kebutuhan dasar, kurangnya kontrol atas sumber daya, kurangnya pendidikan, serta kesehatan yang buruk (Murali & Oyeboode, 2004).

WHO menyatakan bila kemiskinan saat ini merupakan "pembunuh paling kejam" di dunia dan juga merupakan penyebab terbesar dari penderitaan manusia. Pernyataan ini menekankan pentingnya kemiskinan sebagai variabel yang memengaruhi buruknya kesehatan. Kemiskinan secara intrinsik dapat mengasingkan dan menyedihkan, sehingga berdampak negatif baik langsung maupun tidak pada pengembangan dan pemeliharaan masalah emosional, perilaku, dan kejiwaan (Murali & Oyeboode, 2004).

Sebagai krisis multidimensi, maka tentu kemiskinan dampaknya mencakup wilayah yang luas dalam kehidupan manusia. Salah satu dampak yang nyata dari kemiskinan yakni pada kesehatan mental. Sebagaimana diketahui bahwasanya kesehatan mental merupakan komponen penting dari kesehatan dan kesejahteraan secara keseluruhan, serta penting bagi kehidupan yang bahagia dan bermakna (McPherson, dkk, 2014). Penelitian selama 20 tahun terakhir menunjukkan interaksi yang erat antara kemiskinan dan gangguan mental (Patel & Kleinman, 2003; Patel, Araya, de Lima, Ludermir, Todd, 1999; WHO, 2000 & 2004).

### **Distres Psikologik**

Distres psikologik merupakan suatu kondisi penderitaan emosional yang ditandai dengan gejala depresi (kehilangan minat, kesedihan dan keputusasaan) dan kecemasan (tegang dan gelisah). Gejala-gejala tersebut berkaitan dengan gejala somatik (insomnia, sakit kepala, kekurangan energi) yang bervariasi sesuai dengan kultur. Secara khusus, manifestasi klinis dari distress psikologik yaitu paparan peristiwa stres yang mengancam kesehatan fisik maupun mental, ketidakmampuan dalam mengatasi stresor tersebut, serta gejalak emosional yang tercipta akibat ketidakmampuan mengatasinya (Drapeau, Marchand & Beaulieu-Prévost: 2011).

Distres psikologik merupakan kriteria diagnosis dari beberapa gangguan psikiatrik (mis; obsesif kompulsif, stres pasca trauma) yang terjadi bersamaan dengan menurunnya produktifitas sehari-hari, dan menjadi penanda keparahan dari gejala gangguan lain seperti depresi berat dan gangguan kecemasan

umum (Drapeau, Marchand & Beaulieu-Prévost: 2011).

Distres psikologik terjadi disebabkan oleh beberapa faktor salah satunya adalah faktor sosial, yaitu kondisi kehidupan yang penuh tekanan serta kurangnya penghargaan secara sosial merupakan faktor resiko yang signifikan menyebabkan terjadinya distres psikologik (Drapeau, Marchand & Beaulieu-Prévost: 2011). Pada masyarakat miskin, faktor sosial ini termasuk persoalan utama yang dialami oleh mereka. Beberapa keadaan seperti kondisi yang lemah di hampir segala aspek kehidupan, stratifikasi sosial yang tidak memihak kaum miskin, serta sulitnya akses pada pelayanan kesehatan ditengarai menyebabkan terjadinya problem-problem psikologik pada kaum miskin.

Teori ekosistem menjelaskan mengenai hal ini. Manusia, seperti halnya organisme lainnya, butuh untuk memperoleh dan melestarikan sumber daya sosial yang memungkinkan mereka untuk berkembang dan mempertahankan integritas biologik. Memperoleh akses terhadap sumber daya merupakan fungsi dari kemampuan untuk memainkan peran dalam empat ekosistem: keluarga, sekolah, pekerjaan dan waktu luang, yang merupakan bagian dari ekosistem masyarakat. Adapun kualitas ekosistem ini dipengaruhi oleh kondisi fisik, ekonomi, budaya, dan politik. Menurut model ini, ketidakmampuan manusia untuk beradaptasi berhubungan dengan stres psikologik. Gejala yang mungkin transisi atau menjadi psikopatologis, berasal dari ketidakmampuan seseorang untuk mengakses materi ekosistem dan sumber daya sosial-afektif (Caron, Latimer, & Tousignant: 2007).

### **Disfungsi Sosial**

Pandangan Fungsionalisme memandang kompetensi sosial disebut dengan penyesuaian sosial, yaitu partisipasi dalam kehidupan sosial yang sesuai dengan norma yang berlaku, dengan cara berperilaku seperti yang orang lain harapkan. Disfungsi sosial merupakan ketidakmampuan untuk memenuhi tuntutan sosial dan untuk melakukan peran sosial secara tepat (Stanghellini & Ballerini: 2002).

Kompetensi sosial menurut aliran Psikoanalisis terletak pada kemampuan emosional untuk mempertahankan hubungan interpersonal yang stabil. Gangguan yang mungkin

terjadi disebabkan konflik struktural atau merupakan bawaan dari pikiran individu, seperti cara-cara patologis dalam mengembangkan hubungan dengan sesuatu/objek. Faktor fundamental yang menyebabkan hal tersebut adalah hubungan awal ibu dan anak (Stanghellini & Ballerini: 2002).

Secara psikologik, Seligman mengemukakan bahwa kemiskinan merupakan suatu kondisi psikologik yang memerangkap orang miskin sehingga sulit untuk keluar dari kemiskinan. Gambar di bawah ini menunjukkan dinamika psikologik yang dialami oleh masyarakat miskin sehingga sulit bagi mereka untuk keluar dari kemiskinan. Lingkaran tersebut menunjukkan bahwa orang miskin berada dalam kondisi terampas (deprivation) aksesnya terhadap fasilitas dan pelayanan sosial seperti pendidikan, kesehatan, perumahan. Selain itu orang miskin juga berada dalam kondisi tidak memiliki kontrol (uncontrolability) terhadap nasibnya karena lemahnya posisi tawar dalam masyarakat. Hal tersebut lambat laun menyebabkan orang miskin merasa tidak tahu lagi apa yang harus dilakukan untuk memperbaiki keadaan dan merasa tidak berdaya (helpless). Kondisi tersebut juga menyebabkan orang miskin mengalami depresi, dan selanjutnya menjadi pasif, tidak berani melakukan inisiatif, dan mudah menyerah terhadap tantangan yang muncul dan menjadi dependen atau tergantung (Nurhamida, 2012).

Gangguan mental dapat terjadi pada individu dari semua jenis kelamin, usia, maupun latar belakang. Tidak ada kelompok yang kebal terhadap gangguan ini, namun resikonya lebih tinggi pada orang miskin, tunawisma, pengangguran, dan kelompok dengan tingkat pendidikan yang rendah (Kuruvilla & Jacob, 2007). Canadian Mental Health Association menyebutkan bila di Kanada, orang-orang yang menderita penyakit mental merupakan persentase yang tidak proporsional dari orang yang hidup di bawah garis kemiskinan, sehingga memperburuk masalah terkait dengan penyakit mental dan berkontribusi terhadap stres yang menyebabkan kesehatan mental yang buruk (CMHA, 2009).

### **Hipotesis**

Terdapat perbedaan distres psikologik dan disfungsi sosial masyarakat miskin Kota Malang ditinjau dari tingkat kemiskinan yang dialami.

## Metode Penelitian

### Desain Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah studi komparatif, yaitu penelitian yang dilakukan untuk membandingkan perbedaan dua atau lebih fakta-fakta dan sifat-sifat objek yang diteliti berdasarkan kerangka pemikiran tertentu. Penelitian ini dimaksudkan untuk melihat perbedaan tingkat distress psikologik dan disfungsi sosial masyarakat miskin di Kota Malang ditinjau dari tingkat kemiskinan yang dialami.

### Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah masyarakat Kota Malang yang tercakup sebagai kelompok miskin. Sampel dari subjek ini berjumlah 240 orang, yang terbagi dari kelompok agak miskin, miskin dan sangat miskin berdasarkan data dari Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kementerian Sosial Kota Malang tahun 2014, sebagaimana pada tabel berikut ini:

**Tabel 1.**

*Subyek Penelitian*

Usia Subyek	Jumlah
< 20 tahun	4 (3%)
20 – 30 tahun	82 (54%)
30 – 40 tahun	55 (37%)
> 40 tahun	9 (6%)
Usia Pernikahan	
< 5 tahun	41 (27%)
5 - 10 tahun	49 (33%)
10 - 15 tahun	30 (20%)

Pengambilan subjek dilakukan dengan multistage cluster sampling. Proses pelaksanaan cara ini dilakukan peneliti berdasarkan kelompok kecamatan. Adapun kecamatan yang menjadi lokasi penelitian adalah Sukun. Kemudian dari kecamatan Sukun tersebut peneliti mengambil lagi kelompok berdasarkan keluhan yang ada. Proses terakhir yakni peneliti mengambil sejumlah subjek dari sejumlah keluhan untuk dijadikan sampel penelitian.

### Instrumen & Prosedur Penelitian

Penggalan data dalam penelitian ini meng-

gunakan The General Health Questionnaire (GHQ). Instrumen ini dirancang untuk mendeteksi gangguan psikiatrik terkini dan mengidentifikasi ketidakmampuan untuk melaksanakan fungsi-fungsi individual yang normal, serta mengidentifikasi munculnya fenomena baru yang menyedihkan atau menyulitkan (distres). GHQ difokuskan pada gangguan yang terjadi dalam kehidupan normal, oleh karena itu GHQ hanya mengidentifikasi gangguan atau pola penyesuaian yang berhubungan dengan kesulitan kepribadian. GHQ tidak dimaksudkan untuk mendeteksi penyakit parah seperti skizofrenia atau depresi psikotik.

GHQ diperkenalkan pertama kali tahun 1974 oleh David Goldberg. Pada awalnya instrumen ini terdiri dari 60 butir pertanyaan. Namun saat ini GHQ mempunyai beberapa modifikasi, yaitu versi GHQ-30, GHQ-28, GHQ-20, dan GHQ-12 (Salama-Younes, Montazeri, Ismail & Roncin, 2009; Sánchez-López & Dresch, 2008). Pada penelitian ini, instrumen yang akan digunakan adalah GHQ-12. Instrumen ini dipilih dengan pertimbangan jumlah aitemnya yang sedikit sehingga memudahkan para subjek untuk membacanya, mengingat kondisi para subjek yang merupakan masyarakat miskin, yang tentunya memiliki kekurangan dalam segala aspek kehidupannya termasuk kemampuan dalam memahami suatu bacaan.

Berbagai penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa GHQ-12 cukup valid dan reliabel dalam mendeteksi morbiditas psikologik (Idaiani & Suhardi, 2006; Lesage, Resende, Deschamps & Berjot, 2007; Romppel, Braehler, Roth & Glaesmer, 2013; Gao et al, 2004; Hankins, 2008).

GHQ-12 pada awalnya dirancang sebagai skala unidimensional untuk mengukur morbiditas psikologik (Smith, Fallowfield, Stark, Velikova & Jenkins, 2010; Padrón, Galán, Durbán, Gandarillas & Rodríguez-Artalejo, 2012). Banyak penelitian melaporkan bahwa GHQ-12 tidak saja bersifat unidimensional, melainkan menilai morbiditas psikologik dalam dua (item positif dan negatif) atau tiga dimensi (Lesage, Resende, Deschamps & Berjot: 2007; Zulkefry, 2010). Tiga dimensi tersebut yakni kecemasan dan depresi (anxiety and depression), disfungsi sosial (social dysfunction) dan kehilangan kepercayaan diri (loss of confidence). GHQ-12 juga digunakan sebagai skrining untuk distress psikologik pada berbagai populasi (Toyabe, et al, 2007).

Di Indonesia, GHQ-12 sudah banyak digunakan dan bahkan telah diuji validitas dan reliabilitasnya, yang salah satunya dilakukan oleh Idaiani & Suhardi (2006). Keduanya menguji validitas dan reliabilitas GHQ-12 sebagai alat skrining distres psikologik dan disfungsi sosial di masyarakat. Setelah dilakukan uji analisis faktor, ditemukan bila GHQ-12 valid untuk digunakan karena hubungan antara setiap butir pertanyaan dengan nilai total setiap konstruksinya semuanya di atas nilai  $r$  tabel. Ketika dilakukan pengujian reliabilitas, nilai Alpha Cronbach distres psikologik adalah 0,670 dan disfungsi sosial adalah 0,776, dan nilai untuk keseluruhan instrumen adalah 0,761 ( $> 0.600$ ), yang artinya GHQ-12 mempunyai konsistensi internal yang cukup kuat sehingga alat ini cukup stabil digunakan karena reliabilitasnya yang tinggi tersebut (Idaiani & Suhardi, 2006). GHQ-12 inilah yang digunakan dalam penelitian ini.

Proses penyekoran GHQ-12 diberikan berdasarkan skala likert, yakni tiap jawaban diberi skor 0 bila opsi yang dipilih "lebih baik dari biasanya", 1 bila opsi yang dipilih "sama seperti biasanya", 2 bila opsi yang dipilih "kurang dari biasanya", dan 3 bila opsi yang dipilih "sangat berkurang dari biasanya". Dengan demikian skor total akan terentang dari 0 sampai dengan 36 (Idaiani & Suhardi, 2006; Ward, Doherty & Moran: 2007; Lesage, Resende, Deschamps & Berjot: 2007). Skor ini kemudian dipecah ke dalam lima kategori interpretasi. Skor 1-10 menunjukkan tekanan psikologik yang rendah; skor 11-12 adalah biasa; skor 13-15 adalah lebih dari biasa; 16-20 menunjukkan adanya tekanan psikologik cukup mengganggu; dan skor lebih dari 20 menunjukkan distres berat (Ward, Doherty & Moran: 2007).

Dalam prakteknya, GHQ-12 telah digunakan dalam berbagai praktek klinis, penelitian epidemiologi, penelitian psikologi, serta survei populasi mengenai gangguan psikiatrik (Hankins, 2008; Padrón, Galán, Durbán, Gandarillas & Rodríguez-Artalejo, 2012).

Instrumen GHQ-12 tersebut diberikan kepada para subjek penelitian pada saat pertemuan bulanan yang diadakan oleh pihak Dinas Sosial Kota Malang—dalam hal ini pendamping PKH—dengan agenda yakni evaluasi penggunaan bantuan oleh para peserta PKH dan juga pemberitahuan mengenai beberapa hal terkait PKH. Penyebaran angket rencananya akan dilakukan secara bertahap, mengikuti jadwal pertemuan yang dilakukan oleh pendamping

PKH tersebut. Dalam prosesnya, peneliti terlebih dahulu membagikan instrumen kepada para peserta PKH. Kemudian meminta mereka untuk mengisi kolom identitas. Setelah proses tersebut peneliti kemudian menjelaskan mengenai tata cara pengisian instrumen. Demi memudahkan para peserta dalam mengisinya, peneliti kemudian membacakan satu persatu aitem instrumen tersebut sambil menjelaskan apa maksud dari masing-masing aitem tersebut.

### **Analisis Data**

Analisis data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah uji beda menggunakan metode multivariate analysis of variance (MANOVA). Metode ini merupakan tehnik stat istika yang digunakan untuk membandingkan rata-rata (mean) yang sifatnya multivariat pada beberapa kelompok (Warne, 2014). Pengujian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan tingkat morbiditas psikologik, distres psikologik dan disfungsi sosial pada masyarakat miskin di kota Malang.

### **Hasil Penelitian**

#### *Deskripsi Data*

Berdasarkan hasil penelitian dengan model unidimensional (hanya mengukur morbiditas psikologik), maka diperoleh data yakni pada kelompok agak miskin terdapat 28 orang memiliki tekanan psikologik yang rendah, 30 orang memiliki tekanan psikologik biasa, 21 orang memiliki tekanan psikologik yang lebih dari biasa, dan 1 orang menunjukkan adanya tekanan psikologik cukup mengganggu. Pada kelompok miskin terdapat 12 orang memiliki tekanan psikologik yang rendah, 5 orang memiliki tekanan psikologik biasa, 31 orang memiliki tekanan psikologik yang lebih dari biasa, 25 orang menunjukkan adanya tekanan psikologik cukup mengganggu, serta 7 orang menunjukkan tekanan psikologik yang berat. Sedangkan pada kelompok sangat miskin terdapat 5 orang memiliki tekanan psikologik yang rendah, 8 orang memiliki tekanan psikologik biasa, 27 orang memiliki tekanan psikologik yang lebih dari biasa, 36 orang menunjukkan adanya tekanan psikologik cukup mengganggu, serta 4 orang menunjukkan tekanan psikologik yang berat.

Selanjutnya, berikut ini peneliti memapar-

kan hasil uji beda statistik untuk skor ketiga kelompok pada variabel distres psikologik dan disfungsi sosial. Pada instrumen penelitian, dimensionalitas variabel distres psikologik terdapat pada aitem nomor 2, 5, 6, 9, 10 dan 11, sementara untuk variabel disfungsi sosial terdapat pada aitem nomor 1, 3, 4, 7, 8 dan 12. Seperti halnya pada uji beda morbiditas psikologik, peneliti menggunakan manova untuk menguji perbedaan kedua variabel tersebut pada ketiga kelompok penelitian.

Hasil dari pengujian tersebut yaitu kemiskinan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap terjadinya distres psikologik dan disfungsi sosial pada masyarakat miskin Kota Malang, baik secara keseluruhan (sig. 0.000;  $F_{hit} = 18.199 > F_{tab} = 5.12$ ), maupun secara parsial (distres psikologik: sig. 0.000 &  $F_{hit} = 26.912 > F_{tab} = 5.12$ ; disfungsi sosial: sig. 0.000;  $F_{hit} = 23.636 > F_{tab} = 5.12$ ).

Tahapan selanjutnya yakni pengujian perbedaan aspek distres psikologik dan disfungsi sosial antara masyarakat agak miskin, miskin dan sangat miskin, di mana terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok agak miskin dibanding kelompok miskin dan sangat miskin (sig. 0.000), namun tidak terdapat perbedaan signifikan antara kelompok miskin pada kedua aspek tersebut (sig. 0.063 - 0.764).

**Tabel 2**  
**Uji Post Hoc**

Variabel	Tingkat Kemiskinan	Mean Difference	Sig.
Distres Psikologik	<b>Agak Miskin</b>		
	Miskin	-1.71	0.000
	Sangat Miskin	-2.64	0.000
	<b>Miskin</b>		
	Agak Miskin	1.71	0.000
	Sangat Miskin	-0.92	0.063
	<b>Sangat Miskin</b>		
	Agak Miskin	2.64	0.000
	Miskin	0.92	0.063
	Disfungsi Sosial	<b>Agak Miskin</b>	
Miskin		-1.70	0.000
Sangat Miskin		-1.93	0.000
<b>Miskin</b>			
Agak Miskin		1.70	0.000
Sangat Miskin		-0.23	0.764
<b>Sangat Miskin</b>			
Agak Miskin		1.93	0.000
Miskin	0.23	0.764	

## Pembahasan

Dari hasil uji beda yang dilakukan, ditemukan bila terdapat perbedaan yang signifikan untuk aspek distres psikologik dan disfungsi sosial antara kelompok agak miskin diban-

ding kelompok miskin dan sangat miskin. Namun tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok miskin dan sangat miskin untuk aspek distres psikologik dan disfungsi sosial. Perbedaan ini sepertinya dipengaruhi oleh tingkat kemiskinan yang dialami, karena semakin tinggi tingkat kemiskinan maka semakin tinggi pula persoalan-persoalan kehidupan yang akan dialami. Persoalan-persoalan tersebut tidak hanya mengenai ekonomi namun sifatnya multidimensional meliputi aspek sosial masyarakat, kesehatan, pendidikan, dan sebagainya. Dengan menjadi miskin maka secara otomatis mereka akan tersegmentasi dalam strata yang rendah pada struktur masyarakat, memiliki kerentanan yang tinggi pada terjadinya gangguan kesehatan baik fisik maupun psikologik, serta menyebabkan meningkatnya angka putus sekolah di kalangan anak-anak yang berasal dari keluarga miskin.

Hasil ini sejalan dengan temuan yang konsisten direplikasi dalam ilmu sosial mengenai hubungan antara status sosial ekonomi dengan gangguan mental, yakni semakin rendah status sosial ekonomi seseorang maka semakin tinggi resiko untuk menderita gangguan mental. Data epidemiologik menunjukkan bahwa orang dengan status sosial ekonomi rendah delapan kali lebih beresiko untuk menderita skizofrenia dibanding orang dengan status ekonomi tinggi (Sfetcu, Pauna, & Iordan: 2011).

Survei epidemiologi psikiatri sejak tahun 1930 memaparkan mengenai tingginya tingkat gangguan mental pada masyarakat yang berpenghasilan rendah. Studi awal dari survei ini menunjukkan bila gangguan tersebut adalah skizofrenia. Sedangkan survei pada berbagai komunitas di Amerika Serikat menunjukkan bila kelompok dengan status ekonomi rendah dua kali lebih beresiko mengalami gangguan depresi mayor (major depressive disorder) dibandingkan dengan kelompok dengan status ekonomi tinggi. Begitupun dengan gangguan mental umum (common mental disorder) seperti kecemasan dan depresi ditemukan lebih banyak terjadi pada kelompok yang mengalami kemiskinan dalam jangka waktu yang cukup lama (Kuruvilla & Jacob, 2007). Penelitian yang dilakukan untuk mengukur kesehatan mental masyarakat, di mana 4 dari 10 orang yang menderita gangguan mental seperti skizofrenia, depresi, cacat intelektual, gangguan penggunaan alkohol, epilepsi, dan mereka yang melakukan bunuh diri, adalah mereka yang hidup di negara-negara berpenghasilan rendah

dan menengah (Funk, Drew & Knap, 2012).

Gangguan mental dan kemiskinan saling berkaitan satu sama lain dalam pola yang buruk di negara-negara berkembang. Pola yang buruk ini menyebabkan meningkatnya resiko gangguan mental di kalangan orang-orang yang hidup dalam kemiskinan, dan sebaliknya meningkatkan kemungkinan mereka yang hidup dengan penyakit mental akan tetap berada dalam kemiskinan (Lund et al, 2012).

Dalam realitanya gangguan mental dapat terjadi pada individu dari semua jenis kelamin, usia, maupun latar belakang sosial ekonomi. Tidak ada kelompok yang kebal terhadap gangguan ini, namun resikonya lebih tinggi pada orang miskin, tunawisma, pengangguran, dan kelompok dengan tingkat pendidikan yang rendah (Kuruville & Jacob, 2007; Latipun & Notoedirjo, 2005). Juga terdapat banyak penelitian yang menunjukkan bila kemiskinan memiliki dampak buruk pada kesehatan mental anak-anak maupun remaja (Eamon, 2001; McPherson, dkk, 2014; Santiago, Kaltman, & Miranda, 2013; Starfield, 1992; Yoshikawa, Aber, & Beardslee, 2012). Padahal, buruknya kesehatan mental pada masa kanak-kanak berkaitan erat dengan buruknya kesehatan mental pada masa yang akan datang, serta menunjukkan dampak serius terhadap kesempatan untuk hidup (Cornaglia, Crivellaro & McNally, 2012).

### Simpulan

Dari hasil penelitian ini maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan distress psikologik dan disfungsi sosial pada masyarakat miskin di Kota Malang. Keduanya, baik distress psikologik ataupun disfungsi sosial terjadi lebih tinggi angkanya pada kelompok sangat miskin dibanding dua kelompok lainnya yakni miskin dan agak miskin, dan selanjutnya pada kelompok miskin lebih tinggi angkanya dibanding kelompok agak miskin. Persoalan-persoalan tersebut dipengaruhi oleh tingkat kemiskinan yang dialami.

### Rekomendasi

Persoalan kemiskinan menjadi salah satu target kebijakan pembangunan di setiap Negara agar kesenjangan pendapatan menjadi semakin kecil. Baik di negara-negara maju maupun negara-negara berkembang kemiskinan tetap menjadi permasalahan (Sholeh, 2011). Di Indo-

nesia, masalah kemiskinan selalu memperoleh perhatian utama. Hal ini terjadi karena pemerintah menyadari bahwa kegagalan mengatasi persoalan kemiskinan akan dapat menyebabkan munculnya berbagai persoalan baik sosial, ekonomi, maupun politik di tengah tengah masyarakat (Purwanto, 2007).

Karenanya, psikologi sebagai bagian dari ilmu sosial perlu untuk terlibat dalam memberi andil dalam pengentasan kemiskinan. Dalam Resolution on Poverty and Socioeconomic Status yang diterbitkan oleh American Psychological Association (APA), secara tegas para praktisi psikologi didorong untuk memberi perhatian terhadap kemiskinan dan ketidaksetaraan sebagai problem struktural masyarakat. (O'Connor, 2001). Terkait dengan bantuan ini dapat dilakukan misalnya dengan menciptakan program-program psikologik yang berbasis pengentasan kemiskinan. Para praktisi psikologi dapat mengidentifikasi dampak kemiskinan pada kesejahteraan fisik dan psikologik, mengembangkan intervensi yang efektif, dan bekerja ke arah solusi jangka panjang untuk mengurangi ketidaksetaraan dan diskriminasi berbasis kelas. Pemberian intervensi yang berkaitan dengan pembangunan mental masyarakat miskin agar dapat memiliki motivasi untuk keluar dari kondisi kemiskinan adalah yang lebih mungkin untuk dilakukan, mengingat kondisi mereka yang serba kekurangan dan juga pengondisian sosial yang cenderung melemahkan sehingga menyebabkan lemahnya mental masyarakat miskin, yang menyebabkan kebanyakan dari mereka menjadi kehilangan asa untuk memperbaiki kondisi kehidupannya. Dengan membantu masyarakat miskin untuk keluar dari kondisi kemiskinan maka hal ini dapat meminimalisir kerentanan terhadap terjadinya morbiditas psikologik dalam kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan program yang digulirkan pemerintah selama ini, dapat dilihat bahwa selama ini kemiskinan lebih banyak dilihat sebagai masalah ekonomi semata. Padahal, kemiskinan sesungguhnya masalah yang kompleks yang melibatkan aspek sosial psikologik dari masyarakat miskin, masyarakat yang tidak miskin, dan pengambil kebijakan. Belum optimalnya beberapa kebijakan pengentasan kemiskinan salah satunya disebabkan karena kurangnya perhatian terhadap aspek psikologik penerima bantuan, sehingga bantuan dikelola secara kurang tepat oleh penerima bantuan dan tidak berhasil membawa si penerima keluar

dari lingkaran kemiskinan (Nurhamida, 2012). Melalui penelitian ini diharapkan untuk penelitian selanjutnya melakukan studi yang mengarah pada pemberian intervensi psikologik pada masyarakat miskin untuk membantu mereka keluar dari kondisi kemiskinan tersebut.

## Referensi

- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuna, J., Lewis, G. (2001): Santiago Mental Disorders Survey: prevalence and risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 178: 228-33.
- Atkins, J., Naismith, S. L., Luscombe, G. M. & Hickie, I. B. (2013): *Psychological distress and quality of life in older persons: relative contributions of fixed and modifiable risk factors*. *BMC Psychiatry*, 13(1): 1-10.
- Bourguignon, F. (1998): *Crime as a social cost of poverty and inequality: A review focusing on developing countries*. DELTA, Paris.
- Bradshaw, T. K. (2005). *Theories of poverty and anti-poverty programs in community development*. *Community Development*, 38(1): 7-25.
- Callander, E. J., Schofield, D. J., Shrestha, R. N. (2013): *Chronic health conditions and poverty: a cross-sectional study using a multidimensi poverty measure*. *BMJ Open*, Vol. 3(11): e003397.
- Canadian Mental Health Association (2009): *Federal budget initiative: enhancing the economic basis for mental health*. Public Policy.
- Caron, J. Latimer, E., Tousignant, M. (2007): *Predictors of psychological distress in low-income populations of Montreal*. *Revue Canadienne De Santé Publique*, 98(1).
- Cornaglia, F., Crivellaro, E., & McNally, S. (2012). *Mental health and education decisions*. IZA Discussion Papers 6452: Institute for the Study of Labor (IZA).
- Cutler, D. M. & Lleras-Muney, A. (2006): *Education and Health: Evaluating theories and evidence*. Working Paper Series: National Bureau of Economic Research (NBER).
- Drapeau, A., Marchand, A. & Beaulieu-Prévost, D. (2011): *Mental Illnesses-Understanding, prediction and control: Epidemiology of psychological distress*. National Population Health Survey (NPHS).
- Eamon, M. K. (2001): *The effect of poverty on children's socioemotional development: An ecological systems analysis*. *Social Work*, 46(3).
- Ferreira, F. H. G. & Ravallion, M. (2008): *Global poverty and inequality: A review of the evidence*. Policy Research Working Paper: The World Bank Development Research Group Poverty Team.
- Funk, M., Drew, N., & Knapp, M. (2012). Mental health, poverty and development. *Journal of Public Mental Health*, 11(4): 166-185.
- Gao, F., Luo, N., Thumboo, J., Fones, C., Shu-Chuen, L., Yin-Bun, C. (2004): Does the 12-item General Health Questionnaire contain multiple factors and do we need them?. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1): 63.
- GOI & UN System. (2004): *Indonesia progress report on the millenium development goals*. Government of Indonesia & United Nation System, Jakarta.
- Hankins, M. (2008): *The reliability of the twelve-item general health questionnaire (GHQ-12) under realistic assumptions*. *BMC Public Health*, 8(1): 355.
- Hankins, M. (2008): The factor structure of the twelve item General Health Questionnaire (GHQ-12): the result of negative phrasing?. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(1):10.
- Hirsch, D. (2007): *Experiences of poverty and educational disadvantage*. Research Paper: jrf.org.uk.
- International Poverty Centre/IPC (2006): *Poverty in focus*. United Nations Development Programme (UNDP).
- Idaiani, S. & Suhardi (2006): Validitas dan reliabilitas General Health Questionnaire untuk skrining distress psikologik dan disfungsi sosial di masyarakat. *Bul. Penel. Kesehatan*. 34(4): 161-173.
- Idaiani, S., Suhardi & Kristanto, A. Y. (2009): *Analisis gejala gangguan mental emosional penduduk Indonesia*. *Maj Kedokt Indon*, 59(10).
- Jensen, E. (2008): *Brains R Us: The science of educating: The effects of poverty on the brain*. the-scienecenetwork.org
- Kementerian Sosial Kota Malang: *Database Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) tahun 2014*.
- Kuruville, A. & Jacob, K.S. (2007): *Poverty, social stress & mental health*. *Indian J Med Res*, 126(4): 273-278.
- Ladd, H. F. (2011): *Education and poverty: Confronting the evidence*. Working Paper Series: Sanford, School of Public Policy.
- Latipun & Notosoedirjo (2005). *Kesehatan Mental, Konsep dan Penerapan*. Malang: UMM Press.
- Lesage, F. X., Resende, S. M., Deschamps, F., Berjot, S. (2007): *Validation of general health questionnaire (GHQ-12) adapted to a work-related context*. *OJPM*, 1(2): 44-48.
- Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, J., Knapp, M., Patel, V. (2012): *Poverty and mental disorders: Breaking the cycle in low-income and middle-income countries*.

- Programme for Improving Mental Health Care (PRIME).
- Maddux, J. E. & Winstead, B. A. (2008): *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding*. Routledge. USA.
- McDonald, J. H. (2009). *Handbook of biological statistics (Vol. 2, pp. 173-181)*. Baltimore, MD: Sparky House Publishing.
- McPherson, K. E., Kerr, S., McGee, E., Morgan, A., Cheater, F. M., McLean, J., Egan, J. (2014): *The association between social capital and mental health and behavioural problems in children and adolescents: an integrative systematic review*. BMC Psychology, 2(7).
- Murali, V. & Oyebode, F. (2004): *Poverty, social inequality and mental health*. Advance in Psychiatric Treatment, 10: 216-224.
- Nurhamida, Y. (2012): Problem psikologik masyarakat miskin di Malang. *Proceedings. Temu Ilmiah Nasional Psikologi 2012: Peran Psikologi dalam Mengelola Kesehatan Masyarakat Indonesia*, Universitas Airlangga.
- O'Connor, E. M. (2001): *Psychology responds to poverty: The work of concerned APA groups results in new ideas about the origins of poverty and psychologists' responsibilities in fighting it*. Monitor on Psychology, 32(9). American Psychological Association (APA).
- Padrón, A., Galán, I., Durbán, M., Gandarillas, A., Rodriguez-Artalejo, F. (2012): *Confirmatory factor analysis of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in Spanish adolescents*. Qual Life Res. 21(7): 1291-8.
- Patel, V. & Kleinman, A. (2003): Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of The World Health Organization*, 81(8).
- Patel, V., Araya, R., de Lima, M., Ludermir A., Todd, C. (1999). *Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies*. Social Science and Medicine, 49: 1461-1471.
- Purwanto, E. A. (2007): Mengkaji potensi usaha kecil dan menengah (UKM) untuk pembuatan kebijakan Anti Kemiskinan di Indonesia. *Jurnal Ilmu Sosial dan Politik*, 10(3): 295-324.
- Romppel, M., Braehler, E., Roth, M., Glaesmer, H. (2013): *What is the General Health questionnaire-12 assessing? Dimensionality and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in a large scale German population sample*. Comprehensive Psychiatry, 54: 406-413.
- Salama-Younes, M., Montazeri, A., Ismail, A., Roncin, C. (2009): *Factor structure and internal consistency of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) and the Subjective Vitality Scale (VS), and the relationship between them: a study from France*. Health and Quality of Life Outcomes, 7: 22.
- Sánchez-López, M. P. & Dresch, V. (2008): *The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population*. Psicothema, 20(4): 839-843.
- Santiago, C. D., Kaltman, S. & Miranda. J. (2013): *Poverty and mental health: How do low-income adults and children fare in psychotherapy?*. *Journal of Clinical Psychology*, 69(2): 115-126.
- Sfetcu, R., Pauna, C. B., & Iordan, M. (2011): *The impact of poverty on mental health and well-being and the necessity for integrated social policies*. Institute for Economic Forecasting – Romanian Academy.
- Shah, A. (2013): *Poverty facts and stats*. www.global-issues.org
- Sholeh, M. (2011): *Kemiskinan: Telaah dan beberapa strategi penanggulangannya*. Karya Ilmiah. staff.uny.ac.id
- Smith, A. B., Fallowfield, L. J., Stark, D. P., Velikova, G., Jenkins, V. (2010): *A rasch and confirmatory factor analysis of the General Health Questionnaire (GHQ) – 12*. Health and Quality of Life Outcomes, 8:45.
- Stanghellini, G. & Ballerini, M. (2002): *Dis-sociality: the phenomenological approach to social dysfunction in schizophrenia*. World Psychiatry, 1(2): 102-106.
- Starfield, B. (1992): *Effect of poverty on health status*. Bull N Y Acad Med, 68(1): 17-24.
- Strasser, R. (2003): *Rural health around the world: Challenges and solutions*. Family Practice, 20(4): 457-463.
- Taylor, S. E. & Stanton, A. L. (2007): *Coping resources, coping processes, and mental health*. Annu. Rev. Clin. Psychol., 3: 377-401.
- Tein, JY., Sandler, I. N. & Zautura, A.J. (2000): *Stressful life events, psychological distress, Coping, and parenting of divorced mothers: A longitudinal study*. *Journal of Family Psychology*. 14(1), 27-41.
- Toyabe, S. I., Shioiri, T. , Kobayashi, K., Kuwabara, H., Koizumi, M., Endo, T., Ito, M., Honma, H., Fukushima, N., Someya, T. & Akazawa, K. (2007): *Factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in subjects who had suf*