
Analisis Faktor Socioeconomic Status (SES) Terhadap Kesehatan Mental: Gejala Depresi di Indonesia

Analysis the Effect of Socioeconomic Status (SES) Factors on Mental Health: Depressive Symptoms in Indonesia

Yustika Dewi¹, Riki Relaksana², Adiatma Y.M. Siregar²

¹Universitas Padjadjaran

²CEDS (Center for Economics and Development Studies)

Korespondensi: Yustika Dewi

E-mail: yustika16001@mail.unpad.ac.id

Abstrak

Menurut World Federation Mental Health, 1 dari 5 orang di dunia mengalami gangguan mental. Menurut beberapa studi yang sudah dilakukan, salah satu faktor penyebabnya adalah faktor status sosial ekonomi yang masih rendah di negara-negara berkembang. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana pengaruh faktor status sosial ekonomi terhadap gangguan mental gejala depresi yang ada di salah satu negara berkembang yaitu Indonesia. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif berbasis data sekunder yang diambil dari data Indonesia Family Life Survey (IFLS) gelombang 5 menggunakan kuesioner CESD-R 10 untuk variabel gejala depresi. Variabel Gejala Depresi yang didapat dari IFLS 5 terlebih dahulu diolah menggunakan rasch model lalu seluruh variabel diolah menggunakan metode regresi logistik. Hasilnya, faktor status sosial ekonomi berkorelasi negatif dan memiliki pengaruh secara signifikan terhadap gangguan mental gejala depresi di Indonesia. Artinya status sosial ekonomi yang dimiliki dalam hal ini mencakup pendidikan, kekayaan, dan status pekerjaan, memiliki pengaruh terhadap seseorang tersebut mengalami gejala depresi.

Kata kunci: Status Sosial Ekonomi, Gejala Depresi, Rasch Model, IFLS 5.

Abstract

According to the World Federation of Mental Health, 1 of 5 people in the world experiences a mental disorder. Several studies have mentioned that one of the primary factors that cause mental disorders is the low of socioeconomic status in developing countries. Therefore, this study was conducted to determine the influence of socioeconomic status factors on depressive symptoms as a mental disorder, in one of the developing countries, Indonesia. This study uses a quantitative method based on secondary data taken from the Indonesia Family Life Survey (IFLS) wave 5 using the CESD-R 10 questionnaire for depressive symptom variables. Depression symptom variables obtained from IFLS 5 were first processed using the Rasch Model, then all variables were processed using the logistic regression method. As a result, the socioeconomic status factors are negatively correlated and have a significant influence on depressive symptoms in Indonesia, which means that socioeconomic status, in this case including the education, wealth, and work status, affects a person experiencing depressive symptoms.

Keywords: Socioeconomic Status (SES), Depressive Symptoms, Rasch Model, IFLS 5.

Pendahuluan

Organisasi Kesehatan Dunia atau WHO tahun 2017 mendefinisikan kesehatan mental sebagai adaptasi yang berhasil dari lingkungan eksternal maupun internal. Hal ini terbukti ketika terjadinya

kesesuaian antara perilaku, pemikiran, dan sebuah perasaan, dengan norma-norma dan budaya yang ada. Sedangkan definisi mengenai gangguan kesehatan mental adalah keadaan yang penuh

tekanan dari lingkungan eksternal maupun lingkungan internal. Salah satu gangguan kesehatan mental yang berperan sebagai kontributor terbesar dalam disabilitas global yang mencapai angka 7,5% adalah gangguan kesehatan mental depresi. Depresi didefinisikan oleh WHO sebagai gangguan mental yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan *mood*, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi.

Menurut *World Federation for Mental Health (WFMH)* yang dilansir dari Kementerian Kesehatan RI dalam rangka peringatan Hari Kesehatan Mental sedunia tahun 2016, satu dari lima orang di dunia mengalami gangguan kesehatan mental. Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 juga menyebutkan bahwa hanya 1 dari 11 orang penderita gangguan mental yang melakukan perawatan dan 91% penderita lainnya tidak minum obat. Negara yang mempunyai total kasus gangguan mental gejala depresi tertinggi di wilayah Asia Tenggara dan sekitarnya adalah Negara India yang menduduki posisi pertama dengan jumlah mencapai 56,675,969 total kasus dan kemudian disusul oleh Negara Indonesia di peringkat kedua dengan jumlah yang mencapai 9,162,886 total kasus (Estimates Global Health, 2017). Sedangkan untuk angka prevalensi gangguan kesehatan mental di Indonesia sendiri menurut data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menyebutkan bahwa angka prevalensi telah mencapai 6.1%. Hal ini mengindikasikan bahwa isu mengenai gangguan kesehatan mental (khususnya depresi) adalah salah satu isu yang sangat penting untuk dibahas dewasa ini terutama di negara-negara berkembang termasuk Indonesia.

Kondisi status sosial ekonomi juga ternyata berkaitan dengan tingkat gejala depresi. Beberapa

penelitian mengatakan bahwa orang-orang dengan pendapatan, status pekerjaan, dan pendidikan yang tinggi cenderung lebih bahagia dan mempunyai kemungkinan yang lebih kecil untuk terjangkit gejala depresi atau gangguan kejiwaan lainnya daripada orang-orang dengan status sosial ekonomi yang lebih rendah (Hwan and Lee, 2011). Beberapa penelitian juga telah mempelajari mengenai dampak status sosial ekonomi khususnya pada kalangan siswa. Menurut *National Institute of Mental Health* tahun 2010, depresi dan kecemasan juga merupakan satu dari beberapa gangguan pada psikologis yang paling umum terjadi pada mahasiswa di Amerika Serikat dengan tingkat pelaporan mencapai 43% dalam 12 bulan terakhir dari periode penelitian.

Gejala depresi dan gangguan kesehatan mental lainnya juga ternyata cukup berdampak terhadap perekonomian dunia di masing-masing negara. Dalam laporan *The Lancet Commission on Global Mental Health* yang dilansir oleh *Mental Health Innovation Network* tahun 2018, biaya pengeluaran secara global dari 2010 hingga 2030 untuk kasus gangguan kesehatan jiwa seperti gejala depresi dan yang lainnya diperkirakan mencapai \$16USD triliun. Biaya tersebut meliputi biaya fasilitas pelayanan kesehatan dan obat untuk penderita, terapi, dan biaya-biaya lainnya seperti; hilangnya produktivitas; menurunnya tingkat kesejahteraan sosial; pendidikan; dan hukum. Di Indonesia sendiri, pengeluaran untuk biaya kesehatan jiwa setiap tahunnya terus meningkat. Menurut data yang dilansir oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), biaya untuk layanan kesehatan jiwa atau penyakit mental pada tahun 2018 sudah mencapai 1,2 Triliun Rupiah. Angka tersebut naik dari tahun sebelumnya yang mencapai 1,09 Triliun Rupiah. Hal ini mengindikasikan bahwa isu mengenai gangguan kesehatan mental (khususnya depresi) adalah salah satu isu yang sangat penting untuk dibahas dewasa ini terutama di negara-negara berkembang termasuk Indonesia.

Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan data berbasis data sekunder yang diperoleh dari *Indonesia Family Life Survey (IFLS)* edisi kelima yang diambil oleh RAND pada tahun 2014 – 2015. *Indonesia Family Life Survey* adalah survey yang mewakili 83% dari populasi di Indonesia dan melibatkan lebih dari 30.000 individu yang tinggal di 13 provinsi di Indonesia (RAND Corporation, 2014). Penulis mengambil sampel dari data IFLS edisi ke-5 pada buku 3B di seksi KP (Kesehatan Psikologis) dengan 10 item pertanyaan mengenai bagaimana kondisi kesehatan psikologis yang sedang dialami oleh individu dalam seminggu terakhir. Pertanyaan dalam IFLS 5 tersebut termasuk dalam indikator gejala depresi dari *Center For Epidemiologic Studies Depression (CESD-R)*. Responden menilai perasaan mereka dari 1 hingga 4, di mana 1 = Jarang atau tidak pernah (≤ 1 hari); 2 = Beberapa hari (1-2 hari); 3 = Kadang-kadang (3-4 hari); dan 4 = Sebagian besar waktu (5-7 hari). Kemudian kuesioner CESD-R tersebut diolah kembali menggunakan *rasch model* untuk mengubah skor dari kuesioner standar yang jawabannya pilihan *rating* kisaran 1 sampai 4, menjadi nilai-nilai yang dapat dievaluasi dalam bentuk logaritma yaitu menjadi satu nilai logistik untuk setiap respondennya (Fahmi *et al.*, 2019).

Model Rasch atau *Rasch Model* adalah model unidimensional yang berdasarkan pada model probabilitas dasar dengan mengharapkan hanya ada hubungan antara responden dan responnya terhadap item skala dan menjadikannya kemampuan responden pada sifat laten yang diberikan (Covic *et al.*, 2007). Pada penelitian ini penulis menggunakan perangkat lunak Winstep untuk melakukan pengolahan data dengan *rasch model* dan menggunakan STATA 14.0 untuk melakukan pengolahan data dari seluruh variabel yang terkait termasuk melakukan pengujian model regresi. Model yang digunakan dalam penelitian ini sama seperti yang digunakan pada penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Zhou, Fan, &

Yin (2018) yaitu Model Logit yang digunakan dalam mengestimasi hubungan antara variabel sosial ekonomi terhadap variabel gejala depresi. Model Logit merupakan pemodelan yang bersifat non-linear dengan variabel dependen yang bersifat *binary* atau sering disebut *dummy*. Kategori dari variabel dependen dalam model tersebut adalah angka 1 dan 0. Penulis menggunakan dua model dalam penelitian ini untuk melihat konsistensi dari variabel status sosial ekonomi dengan variabel gejala depresi. Spesifikasi model dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Model 1

$$Pr(\text{Gejala Depresi}=1)=A$$

$$(\beta_0 + \beta_1 \text{pendidikan} + \beta_2 \text{tingkat kekayaan} + \beta_3 \text{status pekerjaan} + \varepsilon_i)$$

Model 1 menjelaskan mengenai hubungan antara gejala depresi sebagai variabel dependen dan variabel sosial ekonomi sebagai variabel independen utama.

Model 2

$$Pr(\text{Gejala Depresi}=1)=A$$

$$(\beta_0 + \beta_1 \text{pendidikan} + \beta_2 \text{tingkat kekayaan} + \beta_3 \text{status pekerjaan} + \beta_4 \text{usia} + \beta_5 \text{status pernikahan} + \beta_6 \text{tempat tinggal} + \beta_7 \text{agama} + \beta_8 \text{jenis kelamin} + \beta_9 \text{BMI} + \beta_{10} \text{status merokok} + \beta_{11} \text{gangguan neurotik} + \varepsilon_i)$$

Sedangkan model 2 menjelaskan mengenai hubungan antara gejala depresi sebagai variabel dependen dan seluruh variabel independen yang ada di dalam model seperti variabel sosial ekonomi dan variabel kontrol lainnya yang meliputi variabel usia, status pernikahan, tempat tinggal, agama, dan jenis kelamin yang termasuk kedalam variabel sosial demografi, juga variabel status BMI, gangguan neurotik, dan status merokok yang termasuk kedalam variabel

kesehatan. Penentuan kategori variabel usia dalam penelitian ini didasarkan pada standar kategori usia menurut Kementerian Kesehatan RI tahun 2009, lalu dibuat 0 untuk <35 tahun, 1 untuk ≥ 35 - <50 tahun, 2 untuk ≥ 50 - <65 tahun, dan 3 untuk ≥ 65 tahun.

Hasil

Deskripsi Statistik

Berikut Adalah tabel yang menunjukkan hasil dari ringkasan deskripsi statistik yang ada pada seluruh variabel yang digunakan dalam penelitian ini.

Hasil ringkasan deskripsi statistik berikut didapat dengan menggunakan perangkat lunak pengolahan data yaitu STATA 14.0. Variabel gejala depresi selaku variabel dependen dalam penelitian ini diolah menggunakan pemodelan Rasch lalu dibuat menjadi variabel *dummy* dengan nilai *cut-off* sebesar -0,52. Penentuan skor *cut-off* kuesioner CESD-R 10 didasarkan pada skor *cut-off* standar internasional untuk skor *cut-off* gejala depresi dalam kuesioner versi 10 butir adalah ≥ 10 (Andresen *et al.*, 1994).

Tabel 1. Deskripsi Statistik dengan Number of Obs = 4870

| Variabel | (1) Mean (%) | (2) Min | (3) Max |
|--|-----------------|------------|------------|
| Depresi | 22.5 | | |
| Neurotik | 19.5 | -6.040 | 5.600 |
| BMI | | | |
| <i>Underweight & Normal</i> | 66.47 | | |
| <i>Overweight</i> | 24.93 | | |
| Obesitas | 8.60 | | |
| Agama | 91.0 | | |
| Tempat Tinggal | 59.9 | | |
| Bekerja | 62.36 | | |
| Mencari Pekerjaan | 0.68 | | |
| Bersekolah | 3.29 | | |
| <i>Housekeeping</i> | 28.54 | | |
| Pensiun | 5.13 | | |
| Tingkat Kekayaan (<i>Hwealthindex</i>) | 3.138 | 1 | 5 |
| Status Merokok | 31.4 | | |
| Jenis Kelamin | 46.7 | | |
| Usia | | | |
| <35 | 35.75 | | |
| ≥ 35 sampai <50 | 35.54 | | |
| ≥ 50 sampai <65 | 20.62 | | |
| ≥ 65 | 8.09 | | |
| Pendidikan | 38.3 | | |
| Status Pernikahan | 82.8 | | |

Sumber: Hasil olah data STATA 14.0

Analisis Regresi

Berikut adalah hasil regresi dengan menggunakan model *Logistic Regression* dan

menggunakan perangkat lunak pengolah data yaitu STATA 14.0. Dalam penelitian ini penulis menggunakan dua model. Model

pertama adalah hasil regresi dari variabel dependen yang dalam penelitian ini adalah gejala depresi dengan variabel independen utamanya yaitu variabel sosial ekonomi. Model kedua adalah hasil regresi dari variabel dependen

dengan semua variabel independen yang ada di dalam penelitian ini. Hasil analisis regresi antara variabel-variabel independen terhadap variabel dependen adalah sebagai berikut:

Tabel 2. Hasil Analisis Regresi *Logistic Regression*

| Variabel | (1) Depresi | (2) Depresi |
|---|------------------------|------------------------|
| Mencari Pekerjaan | 0.161*** (0.0602) | 0.132** (0.0587) |
| Bersekolah | 0.0356 (0.0328) | -0.00338 (0.0372) |
| <i>Housekeeping</i> | -0.0131 (0.0136) | -0.0138 (0.0156) |
| Pensiun | -0.0292 (0.0283) | 0.00579 (0.0291) |
| Pendidikan (SMA ke atas = 1, SMP ke bawah = 0) | -0.0396*** (0.0130) | -0.0584*** (0.0135) |
| Tingkat Kekayaan | | |
| Kuintill 2 | -0.0446** (0.0207) | -0.0304 (0.0202) |
| Kuintill 3 | -0.0335* (0.0202) | -0.0247 (0.0197) |
| Kuintill 4 | -0.0220 (0.0207) | -0.0101 (0.0201) |
| Kuintill 5 | -0.0740*** (0.0199) | -0.0558*** (0.0196) |
| Status Pernikahan (menikah = 1, tidak menikah = 0) | | -0.00256 (0.0175) |
| Jenis Kelamin (pria = 1, wanita = 0) | | -0.0124 (0.0183) |
| Agama (islam = 1, lainnya = 0) | | -0.0437** (0.0201) |
| Tempat Tinggal (urban = 1, lainnya = 0) | | 0.0229* (0.0123) |
| Usia | | |
| ≥35 sampai<50 | | -0.0263* (0.0149) |
| ≥50 sampai<65 | | -0.0616*** (0.0165) |
| ≥65 | | -0.102*** (0.0215) |
| Status Merokok (merokok = 1, tidak merokok = 0) | | 0.0293* (0.0123) |

| | | |
|--|---------------|---------------|
| lainnya = 0) | | (0.0178) |
| BMI | | |
| <i>Overweight (overweight = 1, underweight & normal = 0)</i> | | -0.00688 |
| | | (0.0142) |
| Obesitas (<i>overweight = 1, obesitas = 0</i>) | | -0.0273 |
| | | (0.0225) |
| Neurotik | | 0.0758*** |
| | | (0.00655) |
| Pseudo R² | 0,0073 | 0,0509 |
| Observations | 4,870 | 4,870 |

Sumber: Hasil Olah Data STATA 14.0

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Berdasarkan tabel di atas dengan asumsi variabel lainnya konstan, pada model pertama, individu yang mencari pekerjaan memiliki probabilitas mengalami gejala depresi lebih tinggi sebesar 0.161 atau 16,1% *percentage point* daripada individu yang bekerja. Variabel tersebut berkorelasi positif dan berpengaruh secara signifikan terhadap gejala depresi. Begitu pula di model kedua ketika variabel independen selain sosioekonomi diikutsertakan, individu yang mencari pekerjaan memiliki probabilitas mengalami gejala depresi lebih tinggi sebesar 0.132 atau 13,2% *percentage point* daripada individu yang bekerja. Variabel tersebut juga berkorelasi positif dan berpengaruh secara signifikan terhadap gejala depresi.

Selanjutnya, tingkat pendidikan berkorelasi negatif dan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap gejala depresi. Pada model pertama, individu yang menempuh pendidikan SMA ke atas memiliki probabilitas mengalami gejala depresi lebih rendah sebesar 0.0396 atau 3,96% *percentage point* daripada individu yang tidak mencapai tingkat SMA. Begitu pula pada model kedua, dimana variabel pendidikan juga berkorelasi negatif dan berpengaruh secara signifikan terhadap gejala depresi. Pada model

ini, individu yang menempuh pendidikan SMA ke atas memiliki probabilitas mengalami gejala depresi lebih rendah sebesar 0.0584 atau 5,84% *percentage point* daripada individu yang tidak mencapai tingkat SMA. Pada variabel tingkat kekayaan sebuah keluarga, semakin tinggi tingkat kekayaannya maka probabilitas mengalami gejala depresi akan lebih rendah. Variabel status sosial dan ekonomi dalam penelitian ini berpengaruh secara signifikan terhadap gejala depresi. Selanjutnya, variabel status pernikahan berkorelasi negatif dengan gejala depresi, dimana individu yang menikah memiliki probabilitas mengalami gejala depresi lebih rendah sebesar 0.00256 atau 0,256% *percentage point* daripada individu yang tidak menikah. Namun variabel tersebut tidak berpengaruh secara signifikan terhadap gejala depresi. Begitu pula dengan variabel jenis kelamin, pria memiliki probabilitas mengalami gejala depresi lebih rendah sebesar 0.0124 atau 1,24% *percentage point* daripada wanita. Variabel tersebut juga berkorelasi negatif namun tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap gejala depresi.

Selanjutnya, individu yang beragama islam, memiliki probabilitas mengalami gejala depresi

lebih rendah sebesar 0.0437 atau 4,37% *percentage point* daripada individu yang beragama lain. Variabel tersebut berkorelasi negatif dan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap gejala depresi. Jika dilihat dari rata-rata yang ada pada *summary statistic*, individu yang menjawab beragama islam mencapai 90.9%. Hal ini disebabkan karena Indonesia merupakan negara dengan populasi muslim terbesar. Oleh karena itu, ajaran-ajaran islam mengenai ibadah yang dapat membuat tenang tentu banyak dipelajari.

Variabel lainnya yang memiliki pengaruh signifikan adalah variabel tempat tinggal. Individu yang area tempat tinggalnya berada di perkotaan (*urban*) memiliki probabilitas mengalami gejala depresi lebih tinggi sebesar 0.0229 atau 2,29% *percentage point* daripada individu yang area tempat tinggalnya berada di pedesaan. Variabel tersebut berkorelasi positif terhadap gejala depresi. Pada variabel usia, individu yang berusia ≥ 35 sampai < 50 tahun memiliki probabilitas mengalami gejala depresi lebih rendah sebesar 0.0263 atau 2,63% *percentage point*, daripada individu yang berusia < 35 tahun. Individu yang berusia ≥ 50 sampai < 65 tahun memiliki probabilitas mengalami gejala depresi lebih rendah sebesar 0.0616 atau 6,16% *percentage point* daripada individu yang berusia < 35 tahun. Individu yang berusia ≥ 65 tahun memiliki probabilitas mengalami gejala depresi lebih rendah sebesar 0.102 atau 10,2% *percentage point* daripada individu yang berusia < 35 tahun. Dengan kata lain, semakin bertambahnya usia individu, probabilitasnya mengalami gejala depresi menurun.

Untuk variabel terkait kesehatan, individu yang merokok memiliki probabilitas mengalami gejala depresi lebih tinggi sebesar 0.0293 atau 2,93% *percentage point* daripada individu yang tidak merokok. Variabel tersebut berkorelasi positif dan berpengaruh secara signifikan terhadap gejala depresi. Lalu individu dengan

BMI level *overweight* dan obesitas memiliki probabilitas mengalami gejala depresi lebih rendah berturut-turut sebesar 0.00688 atau 0,688% dan 0.0273 atau 2,73% *percentage point* dari individu yang memiliki BMI *underweight* dan normal. Terakhir, variabel gangguan kepribadian neurotik berkorelasi positif dan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap gejala depresi. Setiap peningkatan 1 satuan dalam nilai neurotik, maka probabilitas individu untuk mengalami gejala depresi akan lebih tinggi sebesar 0.0758 atau 7,58% *percentage point*.

Pembahasan

Pemaparan hasil penelitian di atas sejalan dengan penelitian sebelumnya yang mengemukakan bahwa status sosial dan ekonomi adalah faktor penting dari risiko individu untuk mengalami depresi. Penelitian lainnya juga mengatakan bahwa status sosial ekonomi subjektif yang lebih rendah dikaitkan dengan gejala depresi karena anggapan status sosial ekonomi yang rendah pada individu mungkin terlibat dalam patogenesis depresi dan mempunyai peran yang membuat seorang individu dapat mengalami gejala depresi (Hoebel et al 2017). Hal ini juga diperkuat dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Skapinakis et al., (2013) yang menemukan bahwa dibandingkan dengan individu yang bekerja, orang yang mencari pekerjaan atau menganggur lebih cenderung memiliki gejala depresi. Penelitian lainnya yang sejalan dengan hasil temuan adalah penelitian yang dilakukan oleh Daray et al., (2017) yang mengemukakan bahwa pendidikan yang rendah berkorelasi negatif dengan gejala depresi, penelitian ini juga menunjukkan bahwa pendidikan yang tinggi dapat melindungi seseorang dari depresi. Ditemukan kesesuaian juga pada penelitian yang dilakukan Peltzer and Pengpid, (2018) bahwa kesehatan mental remaja meningkat pesat ketika pendapatan dalam keluarga meningkat.

Hasil penelitian terkait variabel status pernikahan dan jenis kelamin juga sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Williams *et al.*, (2020) yang melaporkan bahwa terdapat Interaksi tiga arah yang signifikan antara status perkawinan, jenis kelamin, dan variabel sumber daya untuk dukungan sosial keagamaan. Ketika dukungan sosial agama tinggi, laki-laki menikah melaporkan gejala depresi yang lebih sedikit dibandingkan dengan pria yang tidak menikah. Beberapa penelitian juga mengemukakan bahwa individu yang menikah mengalami tingkat depresi yang lebih rendah. Pertukaran dukungan sosial, dan keamanan finansial adalah salah satu alasan yang mempengaruhi kesehatan pasangan suami istri. Menurut teori dukungan sosial perkawinan, kehilangan pasangan sering dikaitkan dengan peningkatan risiko depresi karena kehilangan dukungan finansial, emosional, fisik, dan instrumental. Penelitian ini juga mengulas bahwa wanita memiliki prevalensi gejala depresi yang lebih tinggi dari pria. Perbedaan gender di masyarakat Asia yang berasal dari lingkungan sosial dan budaya, mencakup peran *gender* yang dibatasi dengan tegas yang berasal dari norma patriarkal dan konfusianisme. Contoh seperti yang terjadi di Korea, pria cenderung memiliki pendapatan keluarga tahunan rata-rata yang lebih tinggi daripada wanita. Mayoritas laki-laki dipekerjakan, sedangkan lebih dari setengah perempuan adalah ibu rumah tangga atau tidak bekerja.

Temuan terkait individu yang tinggal di perkotaan mempunyai probabilitas mengalami gejala depresi lebih tinggi, juga sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Romans, Cohen and Forte, (2011) dengan temuan bahwa individu yang tinggal di perkotaan dan pinggiran kota memiliki perasaan yang lebih lemah untuk menjadi bagian dari sebuah komunitas mereka. Hal ini terjadi karena mereka cenderung individualis, sehingga individu yang

tinggal di perkotaan memiliki dukungan sosial yang lebih rendah daripada individu yang tinggal di pedesaan dengan perasaan yang kuat terhadap komunitas mereka. Sedangkan untuk hasil dari variabel usia, sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Peltzer dan Pengpid (2018), bahwa prevalensi depresi cenderung menurun seiring dengan bertambahnya usia baik di negara maju maupun di negara berkembang. Menurut penelitian lain yang dilakukan oleh Adjaye-gbewonyo *et al.*, (2016), penurunan ini mungkin terjadi terkait dengan tren sekuler atau perubahan lain dalam karakteristik demografis, seperti peningkatan pendapatan atau peningkatan ekonomi serta kematangan pemikiran individu seiring bertambahnya usia.

Variabel kesehatan dalam hal ini status merokok juga sudah sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Chen *et al.*, (2016) yang mengemukakan bahwa gejala depresi ditandai sebagai komorbiditas atau kondisi yang terjadi secara bersamaan ketika merokok yang terkait dengan peningkatan pelepasan *dopamine* di area utama dari *reward system* seperti *striatum* (neuron yang ada di otak depan) dengan area yang terkait dengan pengaktifan kontrol impuls secara lebih besar pada individu perokok yang mengalami depresi dibandingkan dengan individu perokok yang tidak depresi.

Penelitian yang dilakukan oleh Assari, (2014) juga sesuai dengan hasil dari variabel BMI pada penelitian ini. Menurut Assari, individu yang memiliki kelebihan berat badan berkorelasi negatif dengan gejala depresi. Hal ini dapat diperkuat dengan penjelasan dari penelitian Kim *et al.*, (2010) bahwa faktor lingkungan seperti latar belakang budaya turut berkontribusi dalam penelitian mengenai obesitas dan gejala depresi. Seperti negara-negara Asia yang mempunyai budaya dimana beras merupakan makanan pokok, mereka meyakini bahwa karbohidrat

dalam beras dapat menjadi obat dalam menghilangkan gejala depresi melalui sistem serotonergik. Pelepasan serotonin juga terlibat dalam berbagai hal seperti serangan atau onset tidur, sensitivitas nyeri, pengaturan tekanan darah, dan kontrol suasana hati. Oleh karena itu, orang-orang di negara-negara tersebut telah belajar bahwa mengkonsumsi karbohidrat secara berlebih dapat membuat diri mereka merasa lebih baik. Faktor lain yang dapat dipertimbangkan sebagai faktor yang mempengaruhi hal tersebut adalah faktor biologis seperti *jolly fat hypothesis*. Hipotesis ini menjelaskan bahwa baik pria maupun wanita yang memiliki kelebihan berat badan, mempunyai risiko lebih rendah untuk mengalami gejala depresi dan menunjukkan penurunan gejala depresi karena beberapa mekanisme dalam tubuh termasuk mengkonsumsi lebih banyak nutrisi tertentu yang disinyalir dapat mengurangi atau bahkan mencegah gejala depresi. Adanya efek emosional yang negatif dari kekurangan makanan, menyebabkan individu yang makan secara berlebihan justru mendapatkan perlindungan terhadap pengalaman kecemasan dan depresi.

Terkait variabel gangguan neurotik juga sudah sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kadimpati *et al.* (2015) yang menjelaskan bahwa *neuroticism* memiliki hubungan lebih tinggi dengan gejala depresi parah. Penelitian lainnya yang sejalan dengan penelitian ini adalah penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wang *et al.*, 2014 yang memperlihatkan adanya korelasi positif dan hubungan yang signifikan dari variabel neurotik terhadap gejala depresi. Lebih jauh, penelitian ini masih memiliki beberapa kekurangan. Oleh karena itu, penelitian selanjutnya diharapkan dapat memperbaiki kekurangan salah satunya mengenai skor *cut-off* untuk kuesioner CESD-R Indonesia. Tidak adanya studi validitas mengenai kuesioner CESD-R 10 untuk menentukan *cut-off* dari gejala depresi di Indonesia, dikhawatirkan

akan menyebabkan “diagnosis berlebihan” dari gejala depresi itu sendiri (Bromet *et al.*, 2011). Kekurangan lainnya adalah masih sangat sedikitnya referensi mengenai hubungan variabel agama, khususnya agama islam dengan gejala depresi. Diharapkan pada penelitian selanjutnya hubungan variabel islam dan gejala depresi dapat dikaji lebih dalam lagi.

Kesimpulan dan Saran

Penelitian ini menganalisis pengaruh dari faktor status sosial dan ekonomi dan beberapa variabel kontrol lain seperti sosial demografi dan kesehatan terhadap gejala depresi di Indonesia. Hasil estimasi dan uji statistik menunjukkan bahwa faktor status sosial ekonomi berkorelasi negatif dan memiliki pengaruh yang signifikan dengan prevalensi individu tersebut mengalami gejala depresi, dimana semakin rendahnya status sosial ekonomi seseorang, akan mendorong risiko yang lebih tinggi untuk mengalami gejala depresi. Variabel sosial demografi seperti usia, dan agama, dan juga mempunyai hubungan negatif yang berpengaruh secara signifikan terhadap prevalensi individu mengalami gejala depresi. Sedangkan variabel tempat tinggal mempunyai hubungan positif yang berpengaruh secara signifikan terhadap prevalensi individu mengalami gejala depresi. Selain itu, variabel kesehatan seperti status merokok, dan gangguan neurotik juga mempunyai hubungan positif yang berpengaruh secara signifikan terhadap prevalensi individu tersebut mengalami gejala depresi. Semua variabel yang diteliti juga sudah dilengkapi dengan beberapa penelitian sebelumnya yang sejalan dan dengan topik yang sama.

Saran yang dapat penulis berikan adalah dengan terus meningkatkan kesadaran terhadap pentingnya kesehatan mental dan menghilangkan stigma bahwa kesehatan mental adalah sebuah hal yang tabu di lingkungan masyarakat. Individu di semua golongan juga harus meningkatkan

pengetahuan mengenai penyakit-penyakit yang terjadi akibat gangguan kesehatan mental dan bagaimana cara yang tepat untuk menanganinya. Hal ini diharapkan dapat menjadi ajang preventif atau pencegahan agar individu-individu diluar sana tidak mengalami gangguan kesehatan mental yang lebih berat, juga diharapkan dapat membantu memberikan informasi untuk upaya intervensi isu gangguan mental khususnya gejala depresi. Selain itu peran dari pemerintah sangat penting untuk terus melakukan sosialisasi, peningkatan fasilitas, dan melakukan berbagai bentuk intervensi dalam upaya menurunkan prevalensi gangguan kesehatan mental di Indonesia. Rendahnya tingkat kekayaan bukan hanya dapat mempengaruhi kesehatan fisik, tetapi dapat juga mempengaruhi kesehatan mental seseorang. Oleh karena itu, menjaga ketersediaan konsumsi dan daya beli masyarakat menjadi sangat penting karena tingkat kekayaan terkait dengan prevalensi individu mengalami gejala depresi. Pemerintah harus terus berupaya untuk mengatasi ketimpangan yang ada khususnya dalam lingkup sosial dan ekonomi. Salah satunya adalah dengan meningkatkan kualitas kebijakan Jaring Pengaman Sosial (JPS). Pengimplementasian kebijakan tersebut harus lebih efektif, baik dari segi distribusi maupun pemanfaatannya, sehingga nantinya dapat menekan angka kemiskinan. Diperlukan juga kebijakan yang dapat meningkatkan akses dan mutu pendidikan dengan harapan dapat memperbaiki taraf hidup sehingga kesehatan mental pada individu dan masyarakat dapat terjaga.

Pemerintah juga dapat terus meningkatkan jumlah tenaga ahli profesional dalam bidang kesehatan mental seperti dokter dan psikolog karena sampai saat ini menurut data yang dihimpun oleh Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI), jumlah dokter ahli jiwa saat ini tercatat hanya berjumlah 987 orang saja. Artinya, seorang dokter jiwa

dapat menangani lebih dari 250 ribu penduduk, jika asumsi masyarakat Indonesia berjumlah 250 juta jiwa. Padahal berdasarkan standar dari WHO mengenai jumlah tenaga medis di bidang kesehatan jiwa, seharusnya satu dokter hanya melayani 30 ribu penduduk saja. Menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) juga, sebaran dokter jiwa di Indonesia masih kurang merata karena 68% dari total tenaga ahli di bidang kesehatan jiwa masih ada di Pulau Jawa. Hal ini tentu dapat menghambat efektivitas penanggulangan kasus-kasus di bidang kesehatan jiwa. Oleh karena itu, diharapkan pemerintah dapat melakukan penyebaran tenaga ahli di bidang kesehatan jiwa secara merata.

Peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa juga harus terus dilakukan. Sesuai dengan Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa Pasal 40 Ayat (1) dimana pemerintah pusat dan pemerintah daerah wajib mengatur dan menjamin ketersediaan SDM di bidang kesehatan jiwa. Upaya Kementerian Kesehatan dengan mengadakan program pelatihan untuk para tenaga ahli kesehatan jiwa di Puskesmas harus terus dilakukan agar kualitas pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas dapat meningkat dan pelayanannya dapat tersebar merata ke seluruh penjuru negeri. Dengan begitu, jika pemerintah berhasil menurunkan prevalensi gangguan kesehatan mental, artinya konsep *human capital* yang baik tentunya akan terjadi dimana kualitas sumber daya manusia dapat meningkat dan akan terjadi peningkatan produktivitas juga yang akhirnya akan meningkatkan kesejahteraan bersama.

Daftar Pustaka

Adjaye-gbewonyo, K. *et al.* (2016) 'Health & Place Income inequality and depressive symptoms in South Africa: A longitudinal analysis of the national income dynamics study', *Health & Place*. Elsevier, 42, pp. 37–

-
46. doi: 10.1016/j.healthplace.2016.08.013.
- Andresen, E. M. *et al.* (1994) 'Screening for Depression in Well Order Adults: Evaluation of a Short Form of the CES-D', *Screening for Depression in Well Order Adults: Evaluation of a Short Form of the CES-D*, 2, p. 8.
- Assari, S. (2014) 'Association Between Obesity and Depression Among American Blacks : Role of Ethnicity and Gender'. doi: 10.1007/s40615-014-0007-5.
- Baker, E. H. (2014) 'Socioeconomic Status , Definition'.
- Bromet, E. *et al.* (2011) 'Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode'.
- Chen, Y. *et al.* (2016) 'Patterns and correlates of major depression in Chinese adults : a cross-sectional study of 0 . 5 million men and women', pp. 1–13. doi: 10.1017/S0033291716002889.
- Covic, T. *et al.* (2007) 'A longitudinal evaluation of the Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) in a Rheumatoid Arthritis Population using Rasch Analysis', 8, pp. 1–8. doi: 10.1186/1477-7525-5-41.
- Estimates, G. H. (no date) 'Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates'.
- Fahmi, M. *et al.* (2019) 'Does your neighborhood protect you from being depressed ? A study on social trust and depression in Indonesia'. BMC Public Health, pp. 1–8.
- Ferna, A. (2014) 'Income Inequality , Socioeconomic Deprivation and Depressive Symptoms among Older Adults in Mexico', 9(9). doi: 10.1371/journal.pone.0108127.
- Hartog, J. and Van Den Brink, M. (2007) *Human Capital; Advances in Theory and Evidence*.
- Hwan, J. and Lee, Y. (2011) 'Gender differences in the association between socioeconomic status (SES) and depressive symptoms in older adults', *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Elsevier Ireland Ltd, 52(3), pp. e140–e144. doi: 10.1016/j.archger.2010.09.012.
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J. and Glazebrook, C. (2013) 'Socioeconomic status and the risk of depression among UK higher education students', pp. 1491–1501. doi: 10.1007/s00127-013-0663-5.
- Jang, S. *et al.* (2009) 'Social Science & Medicine Marital status , gender , and depression : Analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA) q', *Social Science & Medicine*. Elsevier Ltd, 69(11), pp. 1608–1615. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.09.007.
- Kim, J. *et al.* (2010) 'Relationship between Obesity and Depression in the Korean Working Population', (October 2005), pp. 1560–1567. doi: 10.3346/jkms.2010.25.11.1560.
- Lee, J. and Smith, J. P. (2010) 'Work , Retirement , and Depression', (March), pp. 57–71. doi: 10.1007/s12062-010-9018-0.
- Lorant, V. *et al.* (2003) 'Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis', 157(2), pp. 98–112. doi: 10.1093/aje/kwf182.
- National Institute of Mental Health (2007) *Depression*.
- Oppong, K. and Andoh-arthur, J. (2015) 'Prevalence and determinants of depressive symptoms among university students in Ghana', *Journal of Affective Disorders*. Elsevier, 171, pp. 161–166. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.025.
- Peltzer, K. and Pengpid, S. (2018) 'High prevalence of depressive symptoms in a national sample of adults in Indonesia : Childhood adversity , sociodemographic factors and health risk behaviour', *Asian Journal of Psychiatry*. Elsevier, 33(March), pp. 52–59. doi: 10.1016/j.ajp.2018.03.017.
- RAND Corporation (2014) *The Indonesia Family Life Survey 5*.
-

-
-
- Romans, S., Cohen, M. and Forte, T. (2011) 'Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada', pp. 567–575. doi: 10.1007/s00127-010-0222-2.
- Steptoe, A. *et al.* (2007) 'Depressive Symptoms, Socio-Economic Background, Sense of Control, and Cultural Factors in University Students from 23 Countries', 14(2), pp. 97–107.
- Sumintono, B. and Widhiarso, W. (2014) 'Aplikasi Model Rasch untuk Penelitian Ilmu-Ilmu Sosial', in *Aplikasi Model Rasch untuk Penelitian Ilmu-Ilmu Sosial*. Revision E. Indonesia, p. 26.
- Todaro, M. P. and Smith, S. C. (2014) *Economic Development*. 12 ed. United State of America.
- 'Undang-Undang Republik Indonesia No.18 Tahun 2014' (2014) in *Undang-Undang Republik Indonesia*. Indonesia, p. 69.
- Videbeck, S. L. (2010) *Psychiatric–Mental Health Nursing*.
- Wang, Y. *et al.* (2014) 'The mediating role of self-efficacy in the relationship between Big five personality and depressive symptoms among Chinese unemployed population: a cross-sectional study'.
- West, C. G., Reed, D. M. and Gildengorin, G. L. (1998) 'Affluent Older Population'.
- Williams, B. R., Williams, R. M., Clark, E. M., Park, C. L., Schulz, E., Ghosh, D., & Knott, C. L. (2020). Marital Status and Depressive Symptoms in African Americans: The Moderating Role of Social and Religious Resources. *Journal of Family Issues*. <https://doi.org/10.1177/0192513X20942819>
- Zhou, Q., Fan, L. and Yin, Z. (2018) 'Association between family socioeconomic status and depressive symptoms among Chinese adolescents: Evidence from a national household survey', *Psychiatry Research*. Elsevier Ireland Ltd, 259(121), pp. 81–88. doi: 10.1016/j.psychres.2017.09.072.