

FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN GANGGUAN KESEHATAN MENTAL PADA USIA DEWASA AWAL DI POLI KEJIWAAN RSUD PASAR MINGGU JAKARTA

Adinda Ziska Triana, Fajaria Nurcandra*, Agustina, Dyah Utari

Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Sarjana, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pembangunan Nasional 'Veteran' Jakarta

Correspondence author: fajarianurcandra@upnvj.ac.id

Abstract

Mental health disorders are a condition that indicates individual experience in adjusting environmental demands and condition. Prevalence global of mental health disorders such as depression as much 4,4% and anxiety disorders as much 3,6%. Indonesia itself has a national prevalence of people with mental disorders as much 7%. This research intended to knowing risk factors for the incidence of mental health disorders at Pasar Minggu Hospital in Jakarta.. This study used a case control method with a comparison 1:4, case and control comparison sample of 110 people. The case group is a patient diagnosed with mental health disorders in psychiatric polyclinic, while the control group is a patient who is undiagnosed mental health disorders. The instrument used in this study is the medical record and questionnaire. Data analysis was done by univariate and bivariate using the chi-square test. The result of this study found risk factors related to mental disorders was works ($p=0,016$; $OR=3,632$; $95\% CI=1,366-9,565$), marriages ($p=0,001$; $OR=5,5$; $95\% CI=1,492-20,278$), genetics ($p=0,001$; $OR=24,630$; $95\% CI=6,558-92,498$), sport habit ($p=0,011$; $OR=9,248$; $95\% CI=0,088-0,694$), drugs consumption ($p=0,001$; $OR=6,500$; $95\% CI=2,373-17,808$), smoking ($p=0,001$; $OR=17,000$; $95\% CI=2,111-136,914$), care pattern ($p=0,001$; $OR=12,250$; $95\% CI=4,185-35,860$), family support ($p=0,001$; $OR=7,635$; $95\% CI=2,742-21,259$), family relations ($p=0,001$; $OR=13,500$; $95\% CI=4,123-44,198$), and friends and neighbors relations ($p=0,039$; $OR=3,024$; $95\% CI=1,159-7,887$).

Keyword : *Mental health disorders, risk factors, and early adult*

Abstrak

Gangguan kesehatan mental adalah suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami ketidakmampuan dalam menyesuaikan diri terhadap tuntutan dan kondisi lingkungan. Prevalensi global gangguan kesehatan mental seperti depresi sebesar 4,4% dan gangguan kecemasan sebesar 3,6%. Indonesia sendiri memiliki prevalensi nasional penderita gangguan mental sebesar 7%. Penelitian ini ditujukan untuk mengetahui faktor-faktor risiko kejadian gangguan kesehatan mental di RSUD Pasar Minggu Jakarta. Penelitian ini menggunakan metode kasus kontrol dengan perbandingan kasus dan kontrol yaitu 1:4 dengan total sampel 110 orang. Kelompok kasus merupakan pasien yang terdiagnosis mengalami gangguan mental di poli kejiwaan, sedangkan kelompok kontrol merupakan pasien yang tidak terdiagnosis mengalami gangguan mental. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah rekam medik dan kuesioner. Analisis data dilakukan dengan cara univariat dan bivariat menggunakan uji *chi-square*. Hasil dari penelitian ini didapatkan faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan mental adalah status pekerjaan ($p=0,016$; $OR=3,632$; $95\% CI=1,366-9,565$), status pernikahan ($p=0,001$; $OR=5,5$; $95\% CI=1,492-20,278$), genetik ($p=0,001$; $OR=24,630$; $95\% CI=6,558-92,498$), kebiasaan olahraga ($p=0,011$; $OR=9,248$; $95\% CI=0,088-0,694$), konsumsi napza ($p=0,001$; $OR=6,500$; $95\% CI=2,373-17,808$), status merokok ($p=0,001$; $OR=17,000$; $95\% CI=2,111-136,914$), pola asuh ($p=0,001$; $OR=12,250$; $95\% CI=4,185-35,860$), dukungan keluarga ($p=0,001$; $OR=7,635$; $95\% CI=2,742-21,259$), hubungan keluarga ($p=0,001$; $OR=13,500$; $95\% CI=4,123-44,198$), dan hubungan teman/tetangga ($p=0,039$; $OR=3,024$; $95\% CI=1,159-7,887$).

Kata kunci : Gangguan mental, faktor risiko, dewasa awal

PENDAHULUAN

Gangguan kesehatan mental adalah suatu fenomena, pola perilaku atau kondisi psikologi seseorang yang secara klinis dan khas berkaitan dengan suatu gejala seperti distress, impairment, atau bahkan disability di dalam satu atau lebih fungsinya dalam segi perilaku psikologis seseorang dalam hubungan antara individu tersebut dengan masyarakat (Maslim, 2002). Keadaan ini menjadikan seseorang mengalami keabnormalan dan ketidakmampuan dalam menyesuaikan diri terhadap kondisi lingkungan tuntutan kehidupan yang mengakibatkan ketidakmampuan dalam melakukan hal-hal tertentu (Kartono, 2000). Keabnormalan dan ketidakmampuan terlihat dari berbagai gejala, gejala yang paling sering terjadi diantaranya adalah rasa cemas, rasa putus asah, rasa lemah, murung, gelisah, histeria, tidak mampu mencapai tujuan, rasa takut, mempunyai pikiran-pikiran yang buruk, ketegangan (intension), melakukan perbuatan-perbuatan yang terpaksa (convulsive) dan sebagainya (Yosef, 2007). Gangguan jiwa juga dapat menyebabkan perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (Undang-Undang No.18 Tahun 2014).

Menurut World Health Organization (WHO) gangguan mental yang sering terjadi adalah depresi dan gangguan kecemasan. Prevalensi di dunia yang menderita depresi sebesar 4,4%, disusul yang mengalami gangguan kecemasan sebesar 3,6% (WHO, 2016). Jumlah penderita depresi terus meningkat lebih dari 18% diantara tahun 2005 dan 2015. Depresi sendiri merupakan penyebab terbesar terjadinya kecacatan di seluruh dunia. Lebih dari 80% penyakit ini dialami oleh orang-orang yang tinggal di negara yang berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2017). Angka kejadian depresi sendiri menginjak sekitar 35 juta orang, bipolar mempunyai angka sekitar 60 juta orang, dimensia mempunyai angka sekitar 47,5 juta orang, sampai gangguan mental berat seperti skizofrenia yang mempunyai angka sekitar 21 juta orang (WHO, 2016).

Menurut World Health Organization (WHO) gangguan mental yang sering terjadi adalah depresi dan gangguan kecemasan. Prevalensi di dunia yang menderita depresi sebesar 4,4%, disusul yang mengalami gangguan kecemasan sebesar 3,6% (WHO, 2016). Jumlah penderita depresi terus meningkat lebih dari 18% diantara tahun 2005 dan 2015. Depresi sendiri merupakan penyebab terbesar terjadinya kecacatan di seluruh dunia. Lebih dari 80% penyakit ini dialami oleh orang-orang yang tinggal di negara yang berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2017). Angka kejadian depresi sendiri menginjak sekitar 35 juta orang, bipolar mempunyai angka sekitar 60 juta orang, dimensia mempunyai angka sekitar 47,5 juta orang, sampai gangguan mental berat seperti skizofrenia yang mempunyai angka sekitar 21 juta orang (WHO, 2016). Masalah gangguan kesehatan mental ini merupakan masalah yang sangat serius. Ada beberapa yang menjadi faktor risiko dan penyebab dari gangguan mental ini yaitu faktor biologis, psikologis, dan lingkungan sosial (Kemenkes, 2016).

Faktor biologis yang dapat menyebabkan gangguan mental yaitu genetik atau keturunan. Seseorang yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat depresi kemungkinan besar akan ikut mengalami depresi sebesar 20-30%. Sebuah penelitian dilakukan di Daerah Istimewa Yogyakarta menyatakan bahwa individu yang memiliki riwayat keturunan gangguan mental akan mengalami peluang 3 kali lebih besar untuk terkena gangguan mental dengan prevalensi sebesar 54,2% (Sri, 2015). Kondisi kesehatan fisik juga dapat mempengaruhi kesehatan jiwa, seperti penyakit diabetes, penyakit jantung, dan penyakit kronis dapat menimbulkan depresi (Hurt, 2005). Kondisi riwayat kesehatan seseorang yang menderita penyakit kronis, seperti asma, cenderung akan mendapat stres fisik dan psikologis. Stres psikologis ini nantinya memiliki kaitan yang erat dengan keparahan asma dan sebanyak 20% hingga 35% dari penderita asma mengakibatkan rasa tidak nyaman selama periode stres (Resti, 2014). Faktor sosial dan juga lingkungan dalam masalah kesehatan

mental ini bisa berupa kemiskinan, pendidikan, penggunaan narkoba, konflik keluarga, kejadian pemicu stres di lingkungan seperti stress kerja dan pengangguran (Davies, 2009).

Kelompok masyarakat yang paling rentan terhadap isu kesehatan mental adalah dewasa (Ilsanty, 2018). Orang dewasa merupakan usia produktif yang terbukti bahwa masalah kesehatan jiwa banyak terjadi pada usia ini (Anonim, 2018). Terdapat 1 dari 4 orang dewasa akan mengalami masalah kesehatan jiwa pada satu waktu dalam hidupnya. Umumnya gangguan mental yang sering terjadi pada orang dewasa adalah gangguan mental emosional dengan gejala kecemasan dan depresi, angka tertinggi didapatkan pada kelompok umur 20–24 tahun, 35–39 tahun dan 40–44 tahun. Asisten rumah tangga dengan gangguan 2 atau lebih cenderung meningkat dengan bertambahnya umur (SKRT, 2004).

Faktor lain yang bisa dilihat adalah kompleksnya kehidupan yang terjadi di daerah perkotaan seperti urbanisasi yang menimbulkan masuknya masyarakat dari berbagai macam latar belakang sehingga menimbulkan bentuk konflik kepentingan seperti persaingan, kebijakan perkembangan kota terkait pemanfaatan lahan, penggusuran, dan juga tidak kalah penting dilihat dari gangguan jiwa individu seperti kekerasan dalam rumah tangga, perceraian, pemerkosaan, kriminalitas, turunnya nilai sosial budaya dan kepedulian sosial, dan lain sebagainya (Rizal, 2017). Angka gangguan kesehatan mental di Indonesia memang terbilang tidak cukup besar jika dibandingkan dengan angka gangguan kesehatan fisik yang lain. Di Jakarta sendiri terdapat sekitar 570 ribu penduduk Jakarta dengan usia diatas 15 tahun mengalami gangguan mental emosional (Rizal, 2017).

Dengan angka prevalensi yang terbilang cukup tinggi untuk sebuah daerah perkotaan, tentu masalah ini tidak bisa diremehkan lagi karena gangguan kesehatan mental mempunyai dampak yang membahayakan tidak hanya bagi si penderita sendiri, namun juga berdampak pada kualitas sumber daya manusia bagi negara yang jika tidak ditangani dengan serius akan menjadi beban tidak hanya bagi keluarga tetapi juga Pemerintah. RSUD Pasar Minggu Jakarta sendiri memiliki jumlah kunjungan pasien di poli kejiwaan sebanyak hampir 500 kali kunjungan setiap bulannya dengan jumlah kasus gangguan mental yang sering terjadi adalah skizofrenia. Oleh karena itu, peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian terhadap faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan kesehatan mental pada usia dewasa awal di poli kejiwaan RSUD Pasar Minggu Jakarta tahun 2019.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *case control*. Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Psikiatri RSUD Pasar Minggu Jakarta pada bulan Mei – Juni 2019. Data yang digunakan dalam penelitian ini berupa data primer yang diambil secara langsung melalui kuesioner penelitian di tempat penelitian dan data sekunder yang berasal dari RSUD Pasar Minggu Jakarta. Sampel pada penelitian ini sebanyak 110 responden yang terdiri dari 22 kelompok kasus dan 88 kelompok kontrol. Responden diwawancarai dengan menggunakan kuesioner. Penelitian ini menggunakan analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan uji *chi-square*. Dilakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu untuk menentukan apakah kuesioner tersebut layak digunakan atau tidak. Uji validitas dan uji reliabilitas dilakukan di Puskesmas Jati Padang. Penilaian kuesioner dengan menggunakan *scoring* skala *likert*.

HASIL

Analisis Univariat

Tabel 1 Hasil Analisis Univariat

Variabel	Gangguan Kesehatan Mental				Total
	Kasus		Kontrol		
	f	(%)	f	(%)	
Faktor Sosial Demografi					
Jenis Kelamin					
Perempuan	12	-54,5	35	-39,8	47 (42,7%)
Laki-laki	10	-45,5	53	-60,2	63 (57,3%)
Usia Responden					
< 35 tahun	15	-68,2	31	-35,2	46 (41,8)
≥ 35 tahun	7	-31,8	57	-64,8	64 (58,2%)
Pendidikan					
Perguruan Tinggi	5	-22,7	36	-40,9	41 (37,3%)
SMA/Sederajat	13	-59,1	29	-33	42 (38,2%)
SMP	4	-18,2	13	-14,8	17 (15,5%)
SD	0	0	6	-6,8	6 (5,5%)
Tidak Sekolah	0	0	4	-4,5	4 (3,6%)
Status Pekerjaan					
Tidak bekerja	11	-50	19	-21,6	30 (27,3%)
Bekerja	11	-50	69	-78,4	80 (72,2%)
Pendapatan					
Rendah	17	-77,3	49	-55,7	66 (60%)
Tinggi	5	-22,7	39	-44,3	44 (40%)
Status Pernikahan					
Tidak Menikah	10	-45,5	13	-14,8	23 (20,9%)
Menikah	4	-18,2	55	-62,5	59 (53,6%)
Cerai	8	-36,4	20	-22,7	28 (25,5%)
Faktor Biologis					
Riwayat Penyakit Kronis					
Ya	16	-72,7	87	-98,9	103 (93,6%)
Tidak	6	-27,3	1	-1,1	7 (6,4%)
Genetik					
Ya	19	-86,4	18	-20,5	37 (33,6%)
Tidak	3	-13,6	70	-79,5	73 (66,4%)
Faktor Perilaku					
Kebiasaan Olahraga					
Ya	16	-72,7	35	-39,8	51 (46,4%)
Tidak	6	-27,3	53	-60,2	59 (53,6%)
Konsumsi Napza					
Ya	13	-59,1	16	-18,2	29 (26,4%)
Tidak	9	-40,9	72	-81,8	81 (73,6%)
Status Merokok					
Ya	17	-77,3	27	-30,7	44 (40%)
Mantan Perokok	4	-18,2	34	-38,6	38 (34,5%)
Tidak	1	-4,5	27	-30,7	28 (25,5%)

Faktor Sosial

Pola Asuh

Kurang baik	14	-63,6	11	-12,5	25 (22,7%)
Baik	8	-36,4	77	-87,5	85 (77,3%)

Dukungan Keluarga

Kurang baik	13	-59,1	14	-15,9	27 (24,5%)
Baik	9	-40,9	74	-84,1	83 (75,5%)

Dukungan Masyarakat

(Teman/Tetangga)

Kurang baik		11	-50	23	-26,1
Baik	11	-50	65	-73,9	76 (69,1%)

Hubungan Keluarga

Kurang baik	18	-81,8	22	-75	40 (36,4%)
Baik	4	-18,2	66	-25	70 (63,6%)

Hubungan Masyarakat

(Teman/Tetangga)

Kurang baik	12	-54,5	25	-28,4	37 (33,6%)
Baik	10	-45,5	63	-71,6	73 (66,4%)

Data Primer (2019)

1. Faktor Sosial Demografi

a) Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin yang paling banyak ditemukan adalah perempuan. Pada kelompok kasus berjumlah 12 orang (54,5%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 35 orang (39,8%).

b) Usia

Responden rata-rata berumur 36 tahun dengan usia termuda adalah 21 tahun dan tertua umur 45 tahun. Berdasarkan usia yang paling banyak ditemukan pada kategori <35 tahun dengan jumlah 15 orang (68,2%) sedangkan pada kelompok kontrol 31 orang (35,2%).

c) Pendidikan

Berdasarkan pendidikan yang paling banyak ditemukan pada SMA/ sederajat dengan jumlah 13 orang (59,1%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 29 orang (33%).

d) Status Pekerjaan

Pada kelompok kasus status tidak bekerja berjumlah 11 orang (50%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 19 orang (21,6%).

e) Status Pernikahan

Pada kelompok kasus status tidak menikah memiliki jumlah terbanyak yaitu berjumlah 10 orang (45,5%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 13 (14,8%).

f) Pendapatan

Pendapatan dibagi menjadi 2 kategori yaitu rendah dan tinggi. Berdasarkan pendapatan yang paling banyak ditemukan pada kelompok kasus yaitu kategori rendah dengan jumlah 17 (77,3%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 49 (55,7%).

2. Faktor Biologis

a) Riwayat Penyakit Kronis

Pada kelompok kasus yang memiliki riwayat penyakit kronis berjumlah 16 orang (72,7%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 87 (98,9%).

b) Genetik

Pada kelompok kasus yang memiliki riwayat keturunan atau genetik berjumlah 19 orang (86,4%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 18 orang (20,5%).

3. Faktor Perilaku

a) Kebiasaan Olahraga

Pada kelompok kasus yang memiliki kebiasaan olahraga berjumlah 16 orang (72,7%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 35 (39,8%).

b) Merokok

Pada kelompok kasus yang mengonsumsi napza berjumlah 13 (59,1%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 16 (18,2%).

c) Konsumsi Napza

Pada kelompok kasus status merokok berjumlah 17 orang (77,3%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 27 orang (30,7%).

4. Faktor Sosial

a) Pola Asuh

Pada kelompok kasus pola asuh yang kurang baik berjumlah 14 orang (63,6%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 11 (12,5%).

b) Dukungan Keluarga

Pada kelompok kasus dukungan keluarga yang kurang baik berjumlah 13 orang (59,1%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 14 (15,9%).

c) Dukungan Teman/Tetangga

Pada kelompok kasus dukungan masyarakat yang kurang baik berjumlah 11 orang (50%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 23 (26,1%).

d) Hubungan Keluarga

Pada kelompok kasus hubungan keluarga yang kurang baik berjumlah 18 orang (81,8%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 22 orang (75%).

e) Hubungan Teman/Tetangga

Pada kelompok kasus hubungan masyarakat yang kurang baik berjumlah 12 orang (54,5%) sedangkan pada kelompok kontrol berjumlah 25 orang (28,4%).

Analisis Bivariat

Tabel 2 Hasil Uji Analisis Bivariat

Variabel	Gangguan Kesehatan Mental				Total	Nilai P	Odds Ratio (95% CI)
	Kasus (n=22)		Kontrol (n=88)				
	n	%	n	%			
Faktor Demografi							
Jenis Kelamin							
Perempuan	12	54,5	35	39,8	47 (42,7%)	0,312	0,55 (0,215-1,411)
Laki-laki	10	45,5	53	60,2	63 (57,3%)		
Usia Responden							
<35 tahun	15	68,2	31	35,2	46 (41,8)	0,010*	0,254 (0,094-0,689)
≥35 tahun	7	31,8	57	64,8	64 (58,2%)		
Tingkat Pendidikan							
Rendah	17	77,3	52	59,1	69 (62,7%)	0,183	2,354 (0,796-6,958)
Tinggi	5	22,7	36	40,9	41 (37,3%)		
Status Pekerjaan							
Tidak Bekerja	11	50	19	21,6	30 (27,3%)	0,016*	3,632 (1,366-9,656)
Bekerja	11	50	69	78,4	80 (72,2%)		
Status Pernikahan							
Menikah	4	18,2	55	62,5	59 (53,6%)	0,001*	Ref 1,283 (0,443-3,719) 5,5 (1,492-20,278)
Tidak Menikah	10	45,5	13	14,8	23 (20,9%)		
Cerai	8	20	20	22,7	28 (25,5%)		
Status Ekonomi							
Rendah	17	77,3	49	55,7	66 (60%)	0,108	2,706 (0,917-7,986)
Tinggi	5	22,7	39	44,3	44 (40%)		
Faktor Biologis							
Riwayat Penyakit							
Ya	16	72,7	87	98,9	103 (93,6%)	0,001*	0,031

Tidak	6	27,3	1	1,1	7 (6,4%)		(0,003-0,272)
Genetik							
Ya	19	86,4	18	29,5	37 (33,6%)	0,001*	24,63
Tidak	3	13,6	70	79,5	73 (66,4%)		(6,558-92,498)
Faktor Perilaku							
Kebiasaan Olahraga							
Ya	16	72,7	35	39,8	51 (46,4%)		9,248
Tidak	6	27,3	53	60,2	59 (53,65%)	0,011*	(0,088-0,694)
Konsumsi Napza							
Ya	13	59,1	16	18,2	29 (26,8%)	0,001*	6,5
Tidak	9	40,9	72	81,8	81 (73,6%)		(2,373-17,808)
Status Merokok							
Tidak	1	4,5	27	30,7	28 (25,5%)		Ref
Mantan Perokok	4	18,2	34	38,6	38 (34,5%)	0,001*	17,000 (2,111-136,914)
Ya	17	77,3	27	30,7	44 (40%)		3,176 (0,335-30,101)
Faktor Sosial							
Pola asuh							
Kurang Baik	14	63,6	11	12,5	25 (22,7%)	0,001*	12,25
Baik	8	36,4	77	87,5	85 (77,3%)		(4,185-35,860)
Dukungan Keluarga							
Kurang Baik	13	59,1	14	15,9	27 (22,7%)	0,001*	7,635
Baik	9	40,9	74	84,1	83 (75,5%)		(2,742-21,259)
Dukungan Teman/Tetangga							
Kurang Baik	11	50	23	26,1	34 (30,9%)	0,056	2,826
Baik	11	50	65	73,9	76 (69,1%)		(1,080-7,392)
Hubungan Keluarga							
Kurang Baik	18	81,8	22	25	40 (36,4%)	0,001*	13,5 (4,123-44,198)
Baik	4	18,2	66	75	70 (63,4%)		
Hubungan Teman/Tetangga							
Kurang Baik	12	54,5	25	28,4	37 (33,6%)	0,039*	3,024
Baik	10	45,5	63	71,6	73 (66,4%)		(1,159-7,887)

Data Primer (2019)

1. Faktor Sosial Demografi

a) Jenis Kelamin

Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p= 0,312$; $OR=0,55$; $95\% CI=0,22 - 1,41$).

b) Usia

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan antara usia responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p= 0,010$; $OR=0,254$; $95\% CI=0,09 - 1,689$). Nilai OR diketahui sebesar 0,254 yang berarti usia <35 tahun merupakan faktor protektif terhadap gangguan mental sehingga usia ≥ 35 tahun berpeluang tidak mengalami gangguan mental sebesar 3,93 kali dibandingkan usia <35 tahun.

c) Pendidikan

Hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p= 0,183$; $OR=2,354$; $95\% CI=0,796 - 6,96$).

d) Status Pekerjaan

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan antara status pekerjaan responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p= 0,016$; $OR=3,632$; $95\% CI=0,8 - 6,96$). Nilai OR diketahui sebesar 3,632 yang mempunyai arti bahwa orang yang tidak bekerja berpeluang mengalami gangguan mental 3,632 kali dibandingkan dengan yang bekerja.

e) Status Pernikahan

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan antara status pernikahan responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p= 0,001$). Status tidak menikah memiliki nilai ($OR=1,283$ $95\% CI=0,443-3,719$). Nilai OR diketahui sebesar 1,283 yang berarti orang yang belum menikah berpeluang mengalami gangguan mental 1,283 kali dibandingkan yang sudah menikah. Sedangkan untuk orang mengalami perceraian memiliki nilai ($OR=5,5$ $95\%CI=1,492-20,278$) yang berarti orang yang mengalami perceraian berpeluang 5,5 kali mengalami gangguan mental.

f) Status Ekonomi

Hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara status ekonomi responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p= 0,108$; $OR=2,706$; $95\% CI=0,917 - 7,986$).

2. Faktor Biologis

a) Riwayat Penyakit Kronis

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan antara riwayat penyakit kronis responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p= 0,000$; $OR=0,031$; $95\% CI=0,003 - 0,272$). Nilai OR diketahui sebesar 0,031 yang berarti bahwa yang tidak mempunyai riwayat penyakit kronis merupakan faktor protektif terhadap gangguan mental sehingga orang yang memiliki riwayat penyakit kronis berpeluang 32,25 kali mengalami gangguan mental dibandingkan dengan seseorang yang tidak memiliki riwayat penyakit kronis.

b) Genetik

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan antara genetik atau riwayat keturunan responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p= 0,000$; $OR=24,630$; $95\% CI=6,558-92,498$). Nilai OR diketahui sebesar 24,630 yang berarti seseorang yang mempunyai riwayat keturunan gangguan mental berpeluang 24,630 kali mengalami gangguan mental dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat keturunan.

3. Faktor Perilaku

a) Kebiasaan Olahraga

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan antara kebiasaan olahraga responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p= 0,011$; $OR=9,248$; $95\% CI=0,088-0,694$). Nilai OR diketahui sebesar 9,248 yang berarti seseorang yang memiliki kebiasaan olahraga berpeluang

tidak mengalami gangguan kesehatan mental 9,248 kali dibandingkan seseorang yang tidak memiliki kebiasaan olahraga.

b) Merokok

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan antara status merokok responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p=0,001$). Status merokok mempunyai nilai ($OR=17,000$; $95\% CI=2,111 - 136,914$) yang berarti seseorang yang merokok berpeluang 17 kali mengalami gangguan mental dibandingkan dengan seseorang yang tidak merokok. Sedangkan status mantan perokok memiliki nilai ($OR=3,176$; $95\% CI=0,335-30,101$) yang memiliki arti bahwa seorang mantan perokok berpeluang 3,176 kali mengalami gangguan mental dibandingkan dengan yang tidak merokok.

c) Konsumsi Napza

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan antara konsumsi napza responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p=0,001$; $OR=6,500$; $95\% CI=2,373-17,808$). Nilai OR sebesar 6,500 yang berarti bahwa seseorang yang mengonsumsi napza berpeluang 6,5 kali mengalami gangguan mental dibandingkan dengan seseorang yang tidak mengonsumsi napza.

4. Faktor Sosial

a) Pola Asuh

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan antara pola asuh keluarga responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p=0,001$; $OR=12,250$; $95\% CI=4,183 - 35,860$). Nilai OR sebesar 12,250 yang berarti bahwa seseorang yang mempunyai pola asuh kurang baik berpeluang 12,250 kali mengalami gangguan mental dibandingkan dengan seseorang yang mempunyai pola asuh yang baik.

b) Dukungan Keluarga

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan dukungan keluarga responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p=0,001$; $OR=7,635$; $95\% CI=2,742 - 21,259$). Nilai OR sebesar 7,635 yang berarti bahwa dukungan keluarga responden yang kurang baik berpeluang mengalami gangguan mental 7,635 kali dibandingkan dukungan keluarga yang baik.

c) Dukungan Teman/Tetangga

Hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara dukungan teman/tetangga responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p=0,056$; $OR=2,826$; $95\% CI=1,080-7,392$).

d) Hubungan Keluarga

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan dukungan keluarga responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p=0,001$; $OR=13,500$; $95\% CI=4,123-44,198$). Nilai OR sebesar 13,500 yang memiliki arti bahwa hubungan keluarga responden yang kurang baik berpeluang 13,5 kali mengalami gangguan mental dibandingkan dengan hubungan keluarga yang baik.

e) Hubungan Teman/Tetangga

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan antara hubungan teman/tetangga responden dengan kejadian gangguan kesehatan mental ($p=0,039$; $OR=3,024$; $95\% CI=1,159-7,887$). Nilai OR sebesar 3,024 yang memiliki arti bahwa hubungan teman/tetangga yang kurang baik berpeluang 3,024 kali mengalami gangguan mental dibandingkan dengan hubungan teman/tetangga yang baik.

PEMBAHASAN

a. Hubungan Faktor Sosial Demografi dengan Kejadian Gangguan Kesehatan Mental

1. Jenis Kelamin

Penelitian menunjukkan bahwa perempuan lebih banyak mengalami gangguan kesehatan mental sebesar 12 orang (54,5%) dibandingkan laki-laki sejumlah 10 orang (45,5%). Hasil uji statistik didapatkan nilai p sebesar 0,312 yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan gangguan kesehatan mental. Bertolak belakang dengan teori (Santrock, 2007) yang menyatakan bahwa jenis kelamin mempengaruhi keadaan mental seseorang karena kaitannya dengan respon seseorang dalam menghadapi masalah.

Terdapat perbedaan emosional antara perempuan dan laki-laki, perempuan memiliki regulasi diri yang lebih baik dalam berperilaku serta lebih sering terlibat dalam perilaku prososial (Santrock, 2007). Seseorang biasanya akan mencari dukungan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi kelompok sosial dan cara pelaksanaannya. Karena perempuan lebih sering berkumpul dengan kelompok sosialnya sehingga perempuan lebih bisa memberikan dukungan yang baik (Purnawan, 2008). Tetapi laki-laki memiliki kemampuan dalam mengatasi masalah yang lebih luas daripada wanita, dan menggunakan strategi koping yang lebih efektif (Sharma, dkk).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari dkk bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan gangguan ansietas menyeluruh ($p=0,200$). Lain halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Al-Saffar dan Seed yang menyatakan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin perempuan dengan gangguan ansietas secara menyeluruh. Analisis yang dilakukan menemukan bahwa wanita lebih sering didiagnosis sebagai gangguan ansietas dibandingkan laki-laki. Peningkatan ansietas pada wanita didasarkan pada bahwa wanita lebih mudah mengakui telah mengalami ansietas (Sari dkk, 2014). Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan gangguan kesehatan mental.

2. Usia

Penelitian ini menunjukkan bahwa responden rata-rata berumur 35 tahun dengan usia termuda adalah 21 tahun dan tertua umur 45 tahun. Kelompok umur <35 tahun berjumlah 15 orang (6,2%) dan kelompok umur ≥ 35 tahun berjumlah 7 orang (31,8%). Hasil uji statistik didapatkan nilai p sebesar 0,010 yang menyatakan bahwa ada hubungan antara usia dengan gangguan kesehatan mental. Sejalan dengan pendapat (Joseph, 2009) yang menyatakan bahwa usia yang lebih muda rawan terkena gangguan mental karena perubahan otak yang mendalam.

Usia yang rawan terkena gangguan mental biasanya muncul pada usia yang lebih muda. Gangguan mental ini muncul pada usia yang lebih muda dikarenakan perubahan otak yang sangat dalam dan berbeda dari remaja hingga usia dewasa. Otak sangat mudah berubah dikarenakan usia muda ini, sikap perilaku dan perkembangan otak masih mudah dibentuk. Sehingga jika mengalami perbedaan di lingkup sosial, diri sendiri pun akan mengalami dampak yang mendalam. Otak pun akan terus berkembang bersamaan dengan dampak tersebut (Joseph, 2019).

Usia dewasa awal ini erat kaitannya dengan tugas-tugas perkembangan yang pada umumnya terjadi di usia ini. Jika ada salah satu dari tugas perkembangan yang seharusnya terjadi tetapi individu tidak mampu melaksanakan tugas tersebut, maka dapat dipastikan bahwa orang tersebut memiliki kemampuan afektif dan kognitif yang belum maksimal sehingga dapat menimbulkan kondisi mental yang kurang sehat.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Besral dan Widiyantini yang menunjukkan bahwa semakin muda usia seseorang maka risiko stres semakin tinggi. Kejadian stres pada kelompok usia di bawah 31 tahun mencapai 83%, pada usia 31 - 40 tahun mencapai 81%, pada usia 41 - 50 tahun berkurang menjadi 77%, dan pada kelompok usia 51 tahun kejadian stres hanya 74%. Kelompok usia 40 tahun atau lebih rendah memiliki risiko 2 kali lebih besar (OR adjusted 2,1) untuk mengalami stres dibandingkan dengan kelompok usia 50 tahun atau lebih (Besral dan Widiyantini, 2015). Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia responden terhadap gangguan mental.

3. Status Pendidikan

Status pendidikan dibagi menjadi 2 kategori yaitu rendah (SMA/ sederajat, SMP, SD, dan tidak sekolah) dan tinggi (D3, S1, S2). Jumlah responden yang memiliki status pendidikan rendah sejumlah 17 orang (77,3%) dan kelompok yang tinggi sejumlah 5 orang (22,7%). Hasil uji statistik didapatkan nilai p sebesar 0,183 yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status pendidikan dengan gangguan kesehatan mental.

Sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Vierdelina bahwa status pendidikan yang tinggi cenderung menyebabkan perubahan pandangan hidup dan pola pikir seseorang. Seseorang dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan mengalami perubahan pola pikir dari tradisional ke arah yang lebih maju sehingga tidak hanya memandangi persoalan dari satu sisi saja melainkan dari beberapa sudut pandang yang menjadikan seseorang ini menggunakan strategi koping yang lebih efektif (Vierdelina, 2011).

Studi yang telah dilakukan oleh Christianini, dkk dari University of São Paulo School of Medicine Hospital das Clínicas dan University of California menunjukkan bahwa gangguan kesehatan mental Kleptomania (gangguan kesehatan mental yang membuat penderitanya sulit untuk mengendalikan dorongan untuk mencuri) tidak menunjukkan hubungan antara penderita gangguan kesehatan mental dengan tingkat pendidikan dengan nilai $p = 0.931$ (Christianini, dkk., 2014). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil yang diperoleh di mana status pendidikan tidak memberikan hubungan yang bermakna antara status pendidikan dengan gangguan kesehatan mental ($p=0,183$).

4. Status Pekerjaan

Telah didapatkan data penderita gangguan kesehatan mental sejumlah 11 orang yang bekerja (50%) dan 11 orang yang tidak bekerja (50%). Kemudian berdasarkan perhitungan statistik yang telah dilakukan pada status pekerjaan ini didapatkan nilai signifikansi sebesar 0.016. Nilai tersebut mengindikasikan bahwa terdapat hubungan antara status pekerjaan, di mana apakah orang tersebut bekerja atau tidak dengan gangguan kesehatan mental yang di derita.

Sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Olivera bahwa status pekerjaan pengangguran memiliki konsekuensi yang tidak hanya pada kesejahteraan objektif dan masalah kesehatan mental umum atau yang berdampak intra-personal. Tetapi status pekerjaan pengangguran juga memiliki konsekuensi antar-personal dengan proses sosial sehingga menimbulkan kemampuan seseorang dalam menghadapi suatu masalah yang tersembunyi juga sering terabaikan yang mempengaruhi kesejahteraan sosial. Pada jangka panjang telah ditemukan pada studi yang telah dilakukan bahwa status pekerjaan tidak bekerja memiliki kesehatan yang lebih

buruk dari pada orang yang berstatus bekerja (Olivera Batic-Mujanovic, dkk., 2017).

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyudi dan Arulita menunjukkan bahwa ada hubungan status pekerjaan dengan kejadian skizofrenia (gangguan kesehatan mental) ($p= 0,040$; $OR=3,385$ $OR>1$). Hal ini menyatakan bahwa sampel dengan status tidak bekerja memiliki faktor risiko 3,385 kali untuk terkena skizofrenia dibandingkan sampel berstatus bekerja (Wahyudi dan Arulita, 2015). Tidak bekerja dapat menimbulkan stres, depresi, dan melemahnya kondisi kejiwaan karena orang yang tidak bekerja mengakibatkan rasa ketidakberdayaan dan tidak optimis terhadap masa depan (Semiu, 2006). Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara status pekerjaan terhadap gangguan kesehatan mental.

5. Status Pernikahan

Pernikahan yang merupakan ikatan lahir batin antar sepasang pria dan wanita ternyata memiliki pengaruh dengan gangguan kesehatan mental. Data didapatkan dari penderita gangguan kesehatan mental dengan status pernikahan sebagai berikut, 4 orang menikah (18,2%), 10 orang belum menikah (45,5%), dan 8 orang memiliki status cerai (20%). Signifikansi antara hubungan status pernikahan dan gangguan kesehatan mental secara perhitungan statistik dengan nilai sebesar 0,001. Sejalan dengan pendapat Spiker bahwa ikatan pernikahan akan membuat seseorang merasa perasaan yang lebih bahagia dan tentu dapat mengurangi tingkat depresi.

Dalam Masyarakat yang menekankan pada status pernikahan, pernikahan digambarkan terkait dengan tingkat depresi yang lebih rendah, kecemasan yang lebih rendah, risiko bunuh diri yang lebih rendah serta menggunakan zat-zat terlarang yang lebih rendah. Menikah memiliki manfaat kesehatan mental secara langsung kepada orang tersebut. Perceraian dan pernikahan kembali dapat menurunkan kesehatan mental jangka pendek. Menikah kembali dapat secara positif memengaruhi kesehatan mental walaupun tidak seperti pernikahan pertama (Spiker, 2014).

Status pernikahan mempengaruhi juga pada manusia lanjut usia dalam gangguan kesehatan mental depresi. Didapatkan nilai signifikansi dalam analisis bivariat sebesar 0.014 yang didapatkan dari 20 lansia yang mengalami gangguan kesehatan mental depresi. Dalam kasus ini gangguan kesehatan mental depresi tersebut juga terjadi dikarenakan baru mengalami kehilangan pasangannya (Sutinah dan Maulani, 2017). Seperti yang dijelaskan pada paragraf sebelumnya, perceraian (dalam kasus ini dikarenakan meninggal) menurunkan kesehatan mental. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil yang telah didapatkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan kesehatan mental.

6. Status Ekonomi

Hasil dari uji statistik secara analisis bivariat yang didapatkan dari status ekonomi yang digolongkan menjadi dua golongan. Pemisahan golongan status ekonomi ini dipisahkan dengan jumlah penghasilan. Didapatkan data penderita dengan ekonomi rendah berjumlah 17 orang (77,3%) dan yang memiliki status ekonomi tinggi berjumlah 5 orang (22,7%), didapatkan nilai signifikansi p sebesar 0.108. Nilai ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan kesehatan mental penderita.

Bertolak belakang dengan pendapat Boardman yang menyatakan bahwa kelompok yang memiliki penghasilan rendah memiliki tingkat kondisi mental yang lebih tinggi

daripada penghasilan yang tinggi. Sedangkan pada anak-anak, terdapat prevalensi gangguan kesehatan mental antara rumah tangga yang kaya dan miskin. Orang yang memiliki masalah kesehatan mental berada dalam peningkatan risiko kesulitan ekonomi (Boardman, dkk., 2015).

Seseorang yang mempunyai penghasilan tinggi ketika merasakan sakit, maka tidak akan terlalu berdampak buruk, sebaliknya jika seseorang yang memiliki penghasilan rendah dapat menimbulkan guncangan ekonomi sehingga mekanisme dalam menerima permasalahan yang terjadi cenderung tidak baik karena menimbulkan stress atau bahkan menimbulkan gangguan mental yang lain (Depkes, 2004).

Tingkat sosial ekonomi yang salah satunya dilihat dari penghasilan seseorang juga merupakan salah satu faktor terjadinya gangguan emosional, karena semakin tinggi sumber ekonomi keluarga maka akan mendukung stabilitas dan kebahagiaan keluarga. Apabila kondisi status ekonomi pada tahap yang sangat rendah sampai kebutuhan dasar saja tidak tercukupi, kondisi inilah yang menyebabkan konflik dalam keluarga sehingga dapat menimbulkan gangguan mental emosional (Murti, 2004).

Berdasarkan studi terdahulu yang dilakukan oleh Diah tahun 2015 yang membahas tentang kejadian depresi pada orang dewasa, disebutkan bahwa tidak terlihat signifikansi antara status ekonomi dengan kejadian depresi pada orang dewasa dengan nilai signifikansi p sebesar 0.342 (Diah, 2015). Hal ini sejalan dengan penelitian ini bahwa hubungan antara status ekonomi yang rendah atau tinggi tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian gangguan kesehatan mental.

b. Hubungan Faktor Biologis dengan Kejadian Gangguan Kesehatan Mental

1. Riwayat Penyakit Kronis

Berdasarkan pengujian statistik yang telah dilakukan diketahui bahwa riwayat penyakit memiliki hubungan dengan gangguan kesehatan mental. Berdasarkan data yang diperoleh, didapatkan sekitar 72,7% atau 16 orang memiliki riwayat penyakit dan sisanya 27,3% atau 6 orang mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit. Nilai signifikansi yang didapatkan dari uji statistik dengan analisis bivariat didapatkan nilai p sebesar 0,001 antara hubungan riwayat penyakit dan penderita gangguan kesehatan mental. Sejalan dengan pendapat Titi dan Muzal yang mengatakan bahwa adanya riwayat penyakit dapat mempengaruhi terjadinya gangguan mental.

Adanya perubahan perilaku dalam gangguan kesehatan mental disebabkan oleh penyakit biologis. Perilaku yang menyimpang berhubungan dengan toleransi individu terhadap stress (Stuart, 2007). Retardasi mental yang merupakan kelainan mental seumur hidup di diagnosis tidak hanya dengan melakukan uji inteligensia, laporan orang tua, laporan dari sekolah, pemeriksaan fisis, laboratorium, dan pemeriksaan penunjang lainnya. Akan tetapi salah satu faktor pertimbangan dalam melakukan diagnosis tersebut dengan melihat dari riwayat penyakit yang di idap oleh penderita (Titi dan Muzal, 2000).

Studi yang dilakukan oleh Widakdo dan Besral tahun 2013 menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara riwayat penyakit kronis yang dialami oleh penderita gangguan kesehatan mental emosional. Dalam studi tersebut kejadian gangguan kesehatan mental emosional terbesar pada penderita hepatitis sebesar 47% dari jumlah responden, kemudian stroke 42%, menderita penyakit jantung dan Tuberkulosis 34% dan responden yang menderita diabetes melitus, tumor atau kanker sebesar 34%. Didapatkan hasil perhitungan statistik dengan nilai signifikansi p sebesar 0.001 dari responden yang menderita 1 penyakit, nilai signifikansi p

sebesar 0.001 dari responden yang menderita 2 penyakit, dan nilai signifikansi p sebesar 0.001 dari responden yang menderita 3 penyakit (Widakdo dan Besral, 2013). Hasil pada studi ini sejalan dengan hasil dari data yang didapatkan pada penelitian ini.

Penelitian yang dilakukan oleh Widakdo dan Besral menunjukkan bahwa dari sepuluh penderita penyakit kronis, dua sampai lima penderita akan mengalami gangguan mental emosional. Analisis regresi logistik multivariat memperlihatkan bahwa risiko gangguan emosional semakin tinggi bersamaan dengan semakin banyak jumlah penyakit kronis yang diderita oleh responden. Responden yang menderita 1 penyakit berisiko 2,6 kali lebih besar untuk mengalami gangguan mental emosional. Responden yang menderita 2 penyakit berisiko 4,6 kali lebih besar mengalami gangguan mental emosional. Responden yang menderita 3 penyakit berisiko 11 kali lebih besar mengalami gangguan kesehatan mental (Widakdo dan Besral, 2013). Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara riwayat penyakit kronis dengan gangguan mental.

2. Genetik atau Riwayat Keturunan

Merupakan faktor yang memiliki hubungan bermakna dengan gangguan kesehatan mental penderita. Terbukti dalam studi ini didapatkan hasil nilai signifikansi p sebesar 0.001. Hasil tersebut merupakan hasil dari perhitungan uji statistik dengan analisis bivariat yang dilakukan kepada 22 penderita, dari 19 penderita atau 86,4 % responden menjawab memiliki genetika atau riwayat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan mental dan sisanya 13,6% atau 3 penderita mengatakan tidak memiliki genetika gangguan kesehatan mental.

Sejalan dengan teori yang menyebutkan bahwa faktor genetika memiliki kontribusi pada hampir setiap penyakit manusia dengan memberikan kerentanan atau resistansi, dan jika penyakit terjadi dengan memengaruhi tingkat keparahan dari penyakit, termasuk penyakit atau gangguan kesehatan mental. Kompleksitas genetika berarti bahwa suatu sifat seperti kerentanan terhadap penyakit mental tidak berasal dari cacat genetika tunggal, tetapi dari interaksi beberapa gen (Hyman, 2000).

Hasil yang didapatkan dalam penelitian ini berupa pernyataan bahwa terdapat hubungan antara riwayat keluarga atau genetika dengan gangguan kesehatan mental diperkuat dengan hasil studi yang dilakukan oleh Ratna dan Clara pada tahun 2009 yang melakukan penelitian pasien skizofrenia di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. Pada studi tersebut yang diambil dengan jumlah 26 pasien. Berdasarkan hasil perhitungan statistik pada studi tersebut didapatkan hasil nilai p sebesar 0.029 yang mengindikasikan bahwa terdapat hubungan antara riwayat keluarga atau genetika dengan gangguan kesehatan mental penderita (Ratna dan Clara, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Handayani dkk menunjukkan bahwa ada hubungan antara faktor keturunan dengan kejadian skizofrenia pada pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Grhasia DIY ($p=0,048$ $OR=1,195$ yang artinya orang yang memiliki faktor keturunan berisiko 1,195 kali lebih besar terkena skizofrenia dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki faktor keturunan Berdasarkan teori Blum (1974) dalam Notoatmojo (2007) bahwa derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu genetik, pelayanan kesehatan, perilaku dan lingkungan yang saling mempengaruhi satu sama lain. Faktor keturunan memiliki risiko lebih besar terkena skizofrenia apabila dipengaruhi oleh stresor psikososial baik berasal dari diri sendiri maupun lingkungan (Blum dalam Notoatmojo, 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Widakdo dan Besral menunjukkan bahwa dari sepuluh penderita penyakit kronis, dua sampai lima penderita akan mengalami gangguan mental emosional. Analisis regresi logistik multivariat memperlihatkan bahwa risiko gangguan emosional semakin tinggi bersamaan dengan semakin banyak jumlah penyakit kronis yang diderita oleh responden. Responden yang menderita 1 penyakit berisiko 2,6 kali lebih besar untuk mengalami gangguan mental emosional. Responden yang menderita 2 penyakit berisiko 4,6 kali lebih besar mengalami gangguan mental emosional. Responden yang menderita 3 penyakit berisiko 11 kali lebih besar mengalami gangguan kesehatan mental (Widakdo dan Besral, 2013). Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara genetik dengan gangguan kesehatan mental.

c. Hubungan Faktor Perilaku dengan Kejadian Gangguan Kesehatan Mental

1. Kebiasaan Olahraga

Berdasarkan hasil yang dari 22 responden didapatkan jawaban tentang kebiasaan olahraga sebagai berikut, 72,7% atau 16 orang menjawab memiliki kebiasaan olahraga sedangkan sisanya sekitar 27,3% atau 6 orang mengatakan bahwa tidak memiliki kebiasaan berolahraga. Hubungan antara kebiasaan olahraga dengan gangguan kesehatan mental tampak pada hasil perhitungan statistik dengan nilai signifikansi p sebesar 0.011, yang mengindikasikan bahwa terdapat hubungan yang berpengaruh. Sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Chekroud dan Amy bahwa buruknya aktifitas olahraga dapat mempegaruhi kondisi kesehatan mental seseorang.

Berdasarkan studi yang dilakukan oleh Chekroud, dkk., dengan menguji 1.2 juta individu tentang hubungan antara olahraga dengan kesehatan mental dinyatakan bahwa olahraga diketahui berhubungan dengan dapat mengurangi risiko semua penyebab kematian seperti kardiovaskular, stroke, dan diabetes. Akan tetapi, hubungan dengan kesehatan mental masih memiliki hubungan yang jelas. Pada studi ini pula Chekroud, dkk., mendapatkan hasil bahwa ternyata terdapat hubungan yang bermakna antara olahraga dan kesehatan mental. Individu yang berolahraga memiliki kesehatan kesehatan mental yang lebih buruk dalam sebulan terakhir daripada individu yang tidak berolahraga (Checkroud, 2018).

Studi tentang hubungan gangguan kesehatan mental dengan kebiasaan olahraga telah dibahas pada tahun 2007 oleh Amy dkk. Mereka melakukan studi pada penderita gangguan jiwa bipolar disorder. Diketahui bahwa terlihat hubungan antara penderita bipolar disorder dengan buruknya kebiasaan dalam berolahraga. Mulai dari jarang berjalan dengan nilai p sebesar 0.001 atau olahraga kekuatan dengan nilai p sebesar 0.001. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat kesamaan dengan hasil yang didapatkan pada penelitian ini dengan kesimpulan bahwa terdapat hubungan antara kebiasaan olahraga dengan gangguan kesehatan mental.

2. Konsumsi Napza

Penyalahgunaan pemakaian narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya memiliki mempengaruhi dengan gangguan kesehatan mental yang diderita berdasarkan hasil yang didapat dalam penelitian ini. Hasil statistik mengatakan bahwa nilai signifikansi p sebesar 0,001 tentang hubungan konsumsi NAPZA dengan penderita gangguan kesehatan mental. Dari 22 responden, sekitar lebih dari jumlah responden yakni 13 responden menjawab mengonsumsi NAPZA, sisanya 9 penderita gangguan kesehatan mental menjawab tidak mengonsumsi NAPZA.

Kondisi neuropsikiatrik memiliki 5 dari 10 penyebab utama dari disabilitas dan kematian lebih awal secara global adalah gangguan kesehatan mental dan perilaku termasuk depresi, penggunaan alkohol, dan obsesif kompulsif. Depresi sendiri merupakan gangguan psikiatrik yang paling menyebabkan disabilitas ke tiga sekitar 6.1% dari disability adjusted life years (Jané-Llopis, dan Matytsina, 2006).

Efek dari penggunaan obat ini tentu membuat individu menjadi tidak terkontrol seperti merasakan senang yang berlebihan bahkan halusinasi yang tentu sangat berbahaya bagi otak penderita. Kondisi ini bisa menimbulkan seseorang melihat atau mendengar sesuatu yang tidak ada sumbernya yang merupakan gejala gangguan jiwa yang terkait dengan aktivitas zat kimia di otak (neurotransmitter) dopamin. Dopamin yang jumlahnya seimbang di dalam otak sebenarnya berfungsi untuk proses berpikir dan merasakan sesuatu, jika jumlahnya berlebihan maka kondisi ini bisa menimbulkan gejala gangguan jiwa, seperti halusinasi dan delusi. Biasanya kondisi ini terjadi pada penderita skizofrenia paranoid (Anonim, 2015).

Sejalan dengan pendapat Skoog dalam sebuah studi di Swedia, efek dari penyalahgunaan penggunaan NAPZA terhadap gangguan kesehatan mental memiliki hubungan yang bermakna. Berdasarkan jumlah sebanyak 494 responden didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara gangguan kesehatan mental kecemasan dengan penggunaan psikotropika dengan nilai signifikansi p sebesar 0.001 (Skoog dkk., 1993).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rau dkk menunjukkan bahwa responden dengan mengonsumsi berisiko sebanyak 4,776 kali untuk mengalami ansietas dibanding dengan responden yang tidak mengonsumsi napza (OR=4,776 OR>1). Hasil dari studi ini sejalan dengan hasil yang didapat, bahwa terdapat hubungan bermakna antara konsumsi NAPZA dengan kejadian gangguan kesehatan mental.

3. Status Merokok

Data yang didapatkan tentang status merokok dikelompokkan ke dalam tiga kelompok. Berdasarkan 22 responden, 17 responden (77,3%) menjawab merokok, 1 responden (4,5%) menjawab tidak merokok, dan 4 responden (18,2%) menjawab sebagai mantan perokok. Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara status merokok penderita dengan gangguan kesehatan mental yang dialami dengan hasil perhitungan statistik dengan nilai signifikansi p sebesar 0.001.

Sejalan dengan teori yang ada bahwa kegiatan merokok telah dikaitkan dengan berbagai gangguan kesehatan mental seperti gangguan kesehatan mental skizofrenia, gangguan kesehatan mental kecemasan, dan gangguan kesehatan mental depresi. Penderita penyakit mental memiliki tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi dari penyakit yang berhubungan dengan merokok seperti penyakit kardiovaskular, kanker, atau pernapasan (Lawrence, dkk., 2009).

Pengaruh kegiatan merokok menunjukkan adanya hubungan dengan gangguan kesehatan mental juga didapatkan oleh studi yang dilakukan Giri Widakdo dan Besral pada tahun 2013. Berdasarkan hasil perhitungan yang dilakukan pada studinya didapatkan nilai signifikansi p sebesar 0,001 dari jumlah responden sebanyak 660,452 responden (Widakdo dan Besral, 2013). Dengan nilai tersebut didapatkan bahwa memang benar adanya hubungan antara status merokok dengan gangguan kesehatan mental. Hasil studi ini sejalan dengan hasil dari penelitian yang dilakukan.

d. Hubungan Faktor Sosial dengan Kejadian Gangguan Kesehatan Mental

1. Pola Asuh

Faktor sosial berupa pola asuh memiliki kaitan dengan kejadian gangguan kesehatan mental dengan hasil perhitungan statistik besar nilai p adalah 0.001. Data tersebut berasal dari 22 responden dengan memberikan tanggapan dalam dua kelompok jawaban berdasarkan bobot jawaban menjadi baik dan tidak baik. Bahwa pola asuh yang diterima baik sebanyak 36,4 % atau 8 responden dan tidak baik sebanyak 63,6% atau 14 responden.

Sejalan dengan teori yang ada bahwa pola asuh dalam keluarga merupakan hal yang penting untuk pembentukan karakter serta kepribadian anak. Salah satu pencetus kecenderungan anak mengalami gangguan kesehatan mental schizoprenia adalah tidak konsisten pola asuh dari orang tua, orang tua memberikan pola asuh yang ambigu kepada anaknya. Maka diperlukan pola asuh orang tua tipe demokratis secara konsisten serta pola komunikasi dan kedekatan antara orang tua dan anak untuk mencegah predisposisi gangguan kesehatan mental (Denrich, 2010).

Penelitian yang telah dilakukan oleh Lestari dan Desi dengan mencari hubungan pola asuh dengan penderita gangguan kesehatan mental skizofrenia di rumah sakit jiwa Menur Surabaya. Dari 65 keluarga dari penderita gangguan kesehatan mental skizofrenia. Didapatkan bahwa nilai signifikansi dari pola asuh terhadap pasien sebesar 0.001 yang berarti terdapat hubungan antara pola asuh dengan gangguan kesehatan mental (Lestari dan Desi, 2013). Hasil ini juga sejalan dengan hasil yang diperoleh dalam penelitian ini.

Penelitian yang dilakukan oleh Raharjo dan Ambarini menunjukkan adanya hubungan antara pola asuh otoriter dengan gangguan psikosis ($p=0,025$). Pola asuh yang dapat memicu munculnya tanda-tanda gangguan psikosis adalah pola asuh yang terlalu protektif namun rendah pada aspek perhatian atau perawatan. Pola asuh yang memiliki karakteristik seperti itu adalah pola asuh jenis otoriter, yaitu pola asuh yang memiliki aspek kontrol tinggi, namun rendah pada aspek respon. Orang tua dengan tipe ini tidak responsif terhadap kebutuhan maupun hak-hak yang seharusnya didapatkan oleh anak. Rasa hangat yang terbentuk pada hubungan anak dengan orang tua pada tipe pengasuhan ini lebih rendah dibandingkan dengan gaya pengasuhan lainnya (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pola asuh dengan gangguan kesehatan mental.

2. Dukungan Keluarga

Sebagai lingkungan yang terdekat, dukungan keluarga memiliki hubungan dengan penderita gangguan kesehatan mental. Data didapatkan dari 22 responden dengan jawaban yang telah dikelompokkan dalam bobot yang dibuat menjadi baik dan kurang baik adalah sebagai berikut, 40,9% responden menjawab bahwa dukungan keluarga untuk penderita baik sedangkan responden lebih banyak menjawab bahwa dukungan keluarga yang diterima kurang baik. Berdasarkan hasil perhitungan statistik yang telah dilakukan, didapat nilai p sebesar 0.001.

Sejalan dengan pendapat Nuraenah bahwa orang yang memiliki kedekatan dengan penderita gangguan kesehatan mental adalah keluarga. Keluarga memiliki fungsi afektif dalam memenuhi kebutuhan psikososial dalam kasih sayang antar anggota keluarga. Dukungan keluarga merupakan sikap sebagai pendukung dalam memberikan bantuan bagi anggota keluarganya yang menjadi penderita (Nuraenah, dkk., 2012).

Studi yang telah dilakukan kepada 82 responden dalam mempelajari hubungan keluarga dengan gangguan kesehatan mental depresi didapatkan hasil pengujian statistik dengan nilai signifikansi p sebesar 0,005. Di mana hasil ini mengindikasikan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan gangguan kesehatan mental (Figa, dkk., 2012). Hal ini sejalan dengan hasil pada penelitian berdasarkan pengujian statistik dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan gangguan kesehatan mental.

3. Dukungan Teman/Tetangga

Dukungan dari pihak bukan keluarga yang berasal dari tetangga atau teman, ternyata juga memiliki hubungan dengan penderita gangguan kesehatan mental. Dari 22 responden, dihasilkan jumlah yang berimbang masing-masing 11 responden atau 50% responden memilih jawaban. Berdasarkan hasil perhitungan statistik, didapatkan nilai p sebesar 0.056 yang mengindikasikan tidak terdapat hubungan antara dukungan tetangga/teman dengan penderita gangguan kesehatan mental.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan beberapa teori yang menyatakan bahwa kesehatan dipengaruhi oleh serangkaian faktor yang kompleks nilai dari biologis, psikologis, sosial, budaya, ekonomi serta spiritual. Perlu diakui juga bahwa kesehatan dan gangguan kesehatan mental tidak hanya memiliki aspek biologis atau psikologis saja, tetapi aspek sosial juga memiliki andil di dalamnya. Faktor sosial ini memiliki kemampuan memainkan peran dalam menciptakan, memelihara, serta meningkatkan kesehatan. Hal ini menjadi sangat penting untuk memperhatikan faktor sosial yang memengaruhi kesehatan mental serta dukungan sosial yang dirasakan sebagai salah satu faktor tersebut. Dukungan sosial yang merupakan jumlah dukungan yang dirasa oleh seseorang di mana melibatkan interaksi sehingga seseorang melakukan interaksi sosial dan hal tersebut memiliki peran penting dalam kesehatan (Harandi, dkk., 2017).

Hasil yang didapat pada penelitian ini juga tidak sejalan dengan hasil pada studi yang dilakukan di RS Grhasia, Yogyakarta. Studi yang dilakukan kepada 44 responden dengan membandingkan frekuensi kekambuhan dengan tingkat dukungan sosial. Berdasarkan pengujian statistik didapatkan hasil nilai p sebesar 0,001 yang memiliki maksud adalah terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan penderita gangguan kesehatan mental dalam hal ini adalah masalah kekambuhan penderita gangguan mental skizofrenia (Indah, dkk., 2009). Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara dukungan teman/tetangga terhadap gangguan kesehatan mental.

4. Hubungan Keluarga

Telah diperoleh data di mana penderita menjawab bahwa hubungan dengan keluarga kurang baik sebanyak 81,8% atau 18 penderita, sedangkan sisanya sebanyak 18,2% atau 4 penderita memiliki hubungan yang baik dengan keluarga. Berdasarkan hasil uji statistik yang telah dilakukan didapatkan nilai p sebesar 0.001 yang menyatakan bahwa ada hubungan antara hubungan keluarga dengan gangguan kesehatan mental. Beberapa teori sejalan dengan penelitian ini menyebutkan bahwa hubungan keluarga tidak terlepas dari kehadiran anggota keluarga yang memiliki peran yang sangat penting untuk kesehatan mental karena hubungan keluarga adalah sumber utama perhatian dan dukungan. Kemudian pada saat yang sama, hubungan keluarga juga dapat menghasilkan interaksi yang membuat stres dan negatif. Hal ini dapat memberikan kontribusi pada kesehatan psikologis yang buruk (Sapin, dkk., 2016).

Terdapat hubungan antara hubungan keluarga (family relationship) dengan gangguan kesehatan mental dijelaskan oleh studi yang dilakukan Berg, dkk. di Finlandia dengan total 1.334 responden. Hasil dinyatakan bahwa hubungan keluarga yang buruk mengakibatkan tekanan psikologis yang terjadi pada wanita (0,03; 95% CI 0,01, 0,04) dan pria (0,02; 95% CI 0,00, 0,04) sedangkan pada wanita juga memberikan dampak dalam meminum minuman keras yang berat (0,02; 95% CI 0,00, 0,03). Di mana didapatkan kesimpulan yang pada pokoknya bahwa hubungan keluarga pada masa remaja akan berhubungan pada kesehatan mental saat dewasa (Berg, dkk., 2017). Hasil dari studi tersebut sejalan dengan hasil yang didapatkan pada penelitian ini, di mana ada makna hubungan antara hubungan keluarga (family relationship) dan gangguan kesehatan mental.

5. Hubungan Teman/Tetangga

Data yang diperoleh menunjukkan bahwa penderita gangguan kesehatan mental lebih banyak menjawab memiliki hubungan kurang baik dengan teman dan tetangga sebesar 54,5% atau 12 orang dan sebanyak 45,5% atau 10 orang menjawab bahwa memiliki hubungan yang baik, Berdasarkan hasil perhitungan statistik yang telah dilakukan didapat nilai signifikan p sebesar 0.039. Nilai tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara penderita gangguan kesehatan mental dengan hubungan teman/tetangga.

Sejalan dengan beberapa teori yang menyebutkan bahwa hubungan sosial merupakan salah satu dari faktor-faktor penting yang memengaruhi kesehatan mental. Interaksi positif dalam hubungan sosial adalah ketika seseorang merasa bahwa orang lain dapat dipercaya, diandalkan, atau dianggap mendukung mereka. Sebaliknya jika seseorang dikritik, dikecewakan, dituntut oleh orang lain akan memberikan interaksi negatif. Kesehatan mental juga umumnya dipengaruhi dengan kualitas banyak hubungan sosial yang berbeda (Santini, dkk., 2015).

Hasil penelitian yang dilakukan sejalan dengan kesimpulan pada studi yang dilakukan oleh Teo dkk., studi yang membahas tentang hubungan sosial dengan gangguan kesehatan mental depresi di Amerika serikat dengan total 4.642 responden. Didapatkan hasil berupa risiko depresi akan meningkat signifikan pada ketegangan sosial (OR sebesar 1.99; 95% CI sebesar 1.47–2.70), kurangnya dukungan sosial (OR sebesar 1.79; 95% CI sebesar 1.37–2.35), dan buruknya kualitas hubungan sosial (OR sebesar 2.60; 95% CI sebesar 1.84–3.69). Dari kualitas hubungan sosial tersebut didapatkan bahwa hubungan sosial dengan kualitas sosial yang terendah memberikan dua kali lipat risiko depresi (14.0%; 95% CI, 12.0–16.0; $p < 0,001$) dari pada dengan kualitas yang tertinggi (6.7%; 95% CI, 5.3–8.1; $p < 0,001$) (Teo, dkk., 2013).

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada sopir kopaja di RSUD Pasar Minggu tahun 2019 dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

Distribusi frekuensi faktor sosial demografi menunjukkan bahwa jenis kelamin perempuan memiliki frekuensi sebesar 54,5%, usia <35 tahun memiliki frekuensi sebesar 68,2%, status pendidikan perguruan tinggi memiliki frekuensi sebesar 22,7%, status pernikahan memiliki frekuensi sebesar 45,5%, dan status ekonomi yang rendah memiliki frekuensi sebesar 77,3%. Distribusi frekuensi faktor biologis menunjukkan bahwa tidak ada riwayat penyakit memiliki frekuensi sebesar 27,3%, dan adanya riwayat keturunan atau genetika memiliki frekuensi sebesar 13,6%. Distribusi frekuensi faktor perilaku menunjukkan bahwa tidak ada kebiasaan

olahraga memiliki frekuensi 27,3%, tidak konsumsi napza memiliki frekuensi sebesar 40,9%, dan tidak merokok memiliki frekuensi sebesar 4,5%. Distribusi frekuensi faktor sosial menunjukkan bahwa pola asuh yang baik memiliki distribusi sebesar 36,4%, dukungan keluarga yang baik memiliki frekuensi sebesar 40,9%, dukungan teman/tetangga yang baik memiliki frekuensi sebesar 50%, hubungan keluarga yang baik memiliki frekuensi sebesar 18,2%, dan hubungan teman/tetangga yang baik memiliki frekuensi sebesar 45,5%. Faktor demografi yang memiliki hubungan yang bermakna adalah usia, status pekerjaan, dan status ekonomi. Sedangkan yang tidak memiliki hubungan yang bermakna adalah jenis kelamin, status pendidikan, dan status ekonomi. Faktor biologis yang memiliki hubungan yang bermakna yaitu riwayat penyakit kronis dan genetika. Faktor perilaku yang memiliki hubungan yang bermakna yaitu kebiasaan olahraga, konsumsi napza, dan status merokok. Faktor sosial yang memiliki hubungan yang bermakna yaitu pola asuh, dukungan keluarga, dukungan teman/tetangga, hubungan keluarga, dan hubungan teman/tetangga. Disarankan agar membuat kegiatan edukasi yang difokuskan pada kegiatan promotif dan preventif terkait masalah mental sehingga siapapun merasa terbuka atas masalah kesehatan mental ini. Sedangkan bagi pasien disarankan melakukan kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh kelompok - kelompok di masyarakat sekitar. Bagi peneliti untuk melakukan penelitian selanjutnya dengan menggunakan variabel penelitian lain yang belum pernah diteliti. Dan menggunakan uji multivariat agar dapat terlihat sekaligus semua faktor yang berpengaruh.

Daftar Pustaka

- Aini, Quratul. 2014. Faktor Penyebab Gangguan Jiwa Pada Penderita (Psikotik) Yang Dipasung Di Kabupaten Pati, Puslitbang Pati, Kabupaten Pati
- Cochrane, E.M., Barkway P., Nizette D. 2010. Mosby's Pocketbook of Mental Health. Australia: Elsevier.
- Costa, Edmea F.O, Margleice Marinho V.R, Ana Teresa R. A. S, Enaldo Vieira M, Luiz Antonio N.M, Tarcisio Matos Andrade. Common Mental Disorder and Associated Factor Among Final-Year Healthcare Students. Rev Assoc Med Bras; 60(6):525-530. 2014
- Darmabrata, Wahjadi, et al. 2003. Psikiatri Forensik. Jakarta : EGC
- Davies, Teifion. 2009. ABC Kesehatan Mental. Jakarta : EGC Depkes RI. 2014. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013. Jakarta: Depkes RI.
- Dwight MM, Kowdley KV, Russo JE, Ciechanowski PS, Larson AM, Katon WJ. Depression, Fatigue And Functional Disability In Patients With Chronic Hepatitis C. Journal of Psychosomatic Research. 2000; 49: 311-7.
- Efendi, Ferry, 2009. Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Elder, R, Evans K., Nizette D. 2012. Psychiatric and Memtal Health Nursing 2nd. Australia: Elsevier.
- Febriani, Ririn, N. 2008. Penderita Gangguan Jiwa Terus Meningkat. Diakses di <http://www.antarajateng.com/detail/index.php?id=2145> pada 25 Februari 2019 pukul 08.00 WIB
- Giri & Besral. Efek Penyakit Kronis terhadap Gangguan Mental Emosional
- Hawari, Dadang. 2001. Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia. Badan Penerbit Fakultas Kedokteran UI, Jakarta
- Hawari, Dadang. 2012. Skizofrenia Edisi Ketiga Pendekatan Holistik (BPSS) Bio-Psiko-Sosial Spiritual, Badan Penerbit Fakultas Kedokteran UI, Jakarta
- Jahja, Yudrik. 2011. Psikologi Perkembangan. Jakarta. Prenadamedia Group.

- Jane Pirkis, Philip Burgess, Pia Kirk, Sarity Dodson and Tim Coombs. Australian Mental Health Outcomes and Classification Network: Review of standardised measures used in the National Outcomes and Casemix Collection (NOCC)
- Jorm, A.F. 2000. Mental Health Literacy: Public Knowledge and Belief About Mental Disorder. *Journal Psychiatry*
- Hurt, Roberta. *Introduction to Community-Based Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005
- Kaplan & Sadock's. 2008, *Concise Textbook of Clinical Psychiatry* third edition, Lippincott William, Philadelphia
- Katona, C., Cooper C., dan Robertson M, 2012. *At a Glance Psikiatri* 4th. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Kemendes RI. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.
- Kemendes RI. 2016. *Peran Keluarga Dukung Kesehatan Masyarakat*. Diakses di <http://www.depkes.go.id/article/print/16100700005/peran-keluarga-dukung-kesehatan-jiwa-masyarakat.html> pada 26 Februari 2019 pukul 05.00 WIB
- Kemendes RI. *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.
- Maramis, W.F. 2010. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maslim, Rusdi. 2002. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III)*. Jakarta : FK Unika Atmajaya.
- Mudhovozi, Pilot. *Social and Academic Adjustment of First-Year University Student*. *J Soc Sci*: 33 (2). 251-259. 2012.
- Nasir, Abdul. *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salamba Medika. 2011.
- Nazir, Mohammad. 1988. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Notosoedirdjo, Moeljono. *Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapan Edisi Keempat*. Malang: UMM Press. 2007.
- Republik Indonesia. 2014. *Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa*. Presiden RI. Jakarta.
- Rochman, Kholir L., 2010. *Kesehatan Mental*. Purwokerto. STAIN Press.
- Simanjuntak, Julianto. 2008. *Konseling Gangguan Jiwa & Okultisme*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Sunaryo. 2002. *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta. EGC.
- Videbeck, Sheila I., 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- WHO. *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization. 2017
- Yosep, Iyus. *Keperawatan Jiwa: Edisi Revisi*. Bandung: Refika Aditama. 2013
- Gomez, Fernando. *A Guide to the Depression, Anxiety and Stress Scale*.
- Nursalam. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika. 2008
- Notosoedirdjo, Moeljono. *Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapan Edisi Keempat*. Malang: UMM Press. 2007
- Nasir, Abdul. *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salamba Medika. 2011