

[Jurnal EpidKes] Hasil Publikasi External Inbox x



Epidemiologi Departemen

to Tri v

Tue, Jan 10, 8:39 AM (6 days ago)



Indonesian > English Translate message

Turn off for: Indonesian x

Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia

Yth. Tri Damayanti Simanjuntak

Terima kasih telah mengirimkan jurnal Anda kepada Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia.

Bersama ini kami lampirkan sampaikan bahwa Publikasi Artikel anda telah terbit di Jurnal kami pada **edisi Vol. 6, No. 2, Desember 2022** yang dapat di akses melalui website <http://journal.fkm.ui.ac.id/epid>.

Terima kasih atas kerja samanya.

Hormat kami,
Pemimpin Redaksi

Renti Mahkota, SKM, M.Epid

--

Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia
Gedung A Lantai 1 Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia
Kampus Baru UI Depok 16424
<http://journal.fkm.ui.ac.id/epid>
Telp/Fax: 021-78849031
No.Handphone: 0818-0603-0588

Prevalensi dan Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Simtom Depresi pada Penduduk di Indonesia (Analisis Data IFLS5 Tahun 2014-2015)

Prevalence and Factors Associated with Depression Symptoms in Indonesian Population (Data Analysis of the 2014-2015 IFLS5)

Tri Damayanti Simanjuntak^{a*}, Adistha Eka Noveyani^a, Citra Anggun Kinanthi^a

^{a*} Peminatan Epidemiologi, Lt. 3 Gd. Dekanat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, Jawa Timur 68121, Indonesia

ABSTRAK

Berdasarkan data WHO, secara global prevalensi jumlah orang yang hidup dengan depresi diperkirakan mengalami peningkatan sebesar 18,4% antara tahun 2005 dan 2015. Depresi merupakan fenomena yang kompleks, karena diduga beberapa simtom depresi memiliki faktor risiko yang berbeda. Beberapa penelitian sebelumnya tentang depresi fokus pada kelompok tertentu, misalnya lansia, pelajar, maupun ibu setelah melahirkan yang dilakukan pada cakupan wilayah yang cukup kecil. Penelitian ini bertujuan meneliti prevalensi dan faktor-faktor yang berhubungan dengan simtom depresi di Indonesia. Desain penelitian ini adalah *cross-sectional* dan menggunakan data sekunder, yaitu survei nasional *Indonesia Family Life Survey* ke-5 (IFLS5). Teknik sampling yang digunakan adalah teknik *stratified random sampling* dimana ditemukan sebanyak 27.622 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Penelitian ini menunjukkan prevalensi simtom depresi pada populasi Indonesia pada tahun 2014 - 2015 adalah 23,14%. Dari analisis multivariat dengan *cox regression* ditemukan bahwa kelompok usia 18-25 (PR=1,64, 95% CI 1,52-1,77), perempuan (PR=1,39, 95% CI 1,29-1,49), berpisah/cerai (PR=1,31, 95% CI 1,20-1,42), merokok (PR=1,28, 95% CI 1,19-1,38), aktivitas berat (PR=1,61, 95% CI 1,52-1,71), hipertensi (PR=1,32, 95% CI 1,24 - 1,41), dan kanker (PR=1,31, 95% CI 1,53-1,63) berhubungan dengan simtom depresi. Studi ini menunjukkan bahwa risiko depresi dapat diturunkan dengan mengendalikan faktor risiko, seperti untuk tidak merokok, aktivitas fisik disesuaikan dengan kebutuhan, cegah hipertensi, dan cegah kanker. Dimasa mendatang diperlukan penelitian lebih lanjut terkait faktor sosial dengan depresi dengan desain studi yang lebih baik untuk menunjukkan hubungan kausalitas.

Kata Kunci: Depresi, Prevalensi, Faktor Risiko, IFLS 5, Indonesia

ABSTRACT

Based on WHO data, globally the prevalence of people living with depression is estimated to have increased by 18.4% between 2005 and 2015. Depression is a complex phenomenon because it is suspected that several symptoms of depression have different risk factors. Several previous studies on depression have focused on certain groups, for example, the elderly, students, and mothers postpartum, which were carried out in relatively small areas. This study aims to examine the prevalence and risk factors associated with depressive symptoms in Indonesia. The research design is cross-sectional and uses secondary data, namely the 5th Indonesian Family Life Survey (IFLS5) national survey. The sampling technique used was a stratified random sampling technique in which 27,622 people were found who met the inclusion and exclusion criteria. From the multivariate analysis with cox regression, it was found that the age group 18-25 (PR=1.64, 95% CI 1.52-1.77), female (PR=1.39, 95% CI 1.29-1.49), separation/divorce (PR=1.31, 95% CI 1.20-1.42), smoking (PR=1.28, 95% CI 1.19-1.38), strenuous activity (PR=1.61, 95% CI 1.52-1.71), hypertension (PR=1.32, 95% CI 1.24 - 1.41), and cancer (PR=1.31, 95% CI 1.53 -1.63) associated with depressive symptoms. The risk of depression can be reduced by controlling risk factors, such as not smoking, adjusting physical activity as needed, preventing hypertension, and preventing cancer. In the future, further research is needed regarding social factors with depression with a better study design to show causal association.

Key words: Depression, Prevalence, Risk Factor, IFLS 5, Indonesian

Pendahuluan

Depresi adalah salah satu dari 10 (sepuluh) penyebab utama kematian dan morbiditas. Secara global, depresi bertanggung jawab terhadap 'tahun-tahun yang hilang' karena kecacatan daripada kondisi lainnya. *World Health Organization* (WHO) mengungkapkan 350 juta mengalami depresi dan hal tersebut telah berlangsung selama bertahun-tahun. Ketika disabilitas dan kematian digabungkan, depresi berada di urutan kesembilan di belakang pembunuhan

produktif seperti penyakit jantung, stroke, dan HIV.¹

Proporsi kejadian depresi di populasi global pada tahun 2015 diperkirakan mencapai 4.4%. Dimana jumlah total orang yang hidup dengan depresi di dunia mencapai 322 juta. Prevalensi jumlah orang yang hidup dengan depresi diperkirakan mengalami peningkatan sebesar 18,4% antara tahun 2005 dan 2015. Hal ini mencerminkan peningkatan depresi pada seluruh

*Korespondensi: Tri Damayanti Simanjuntak, Peminatan Epidemiologi, Lt. 3 Gd. Dekanat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, Jawa Timur 68121, Indonesia. Email: tri.simanjuntak@unej.ac.id

populasi secara global.²

Berdasarkan pembagian wilayah oleh WHO, kasus depresi tertinggi berada di wilayah Asia Tenggara, yaitu mencapai 27% atau sekitar 85,67 juta orang hidup dengan depresi. Hal ini menyebabkan 7% atau 724 per 100.000 penduduk hidup dengan disabilitas atau *Years Lived with Disability* (YLD) Indonesia menjadi salah satu negara yang termasuk dalam wilayah tersebut. Depresi ini dialami oleh laki-laki dan perempuan pada berbagai kelompok umur. WHO memperkirakan prevalensi depresi di Indonesia mencapai 3,7% atau sekitar 9 juta orang dan menyumbang 6,6% penduduk hidup dengan disabilitas atau *Years Lived with Disability* (YLD).²

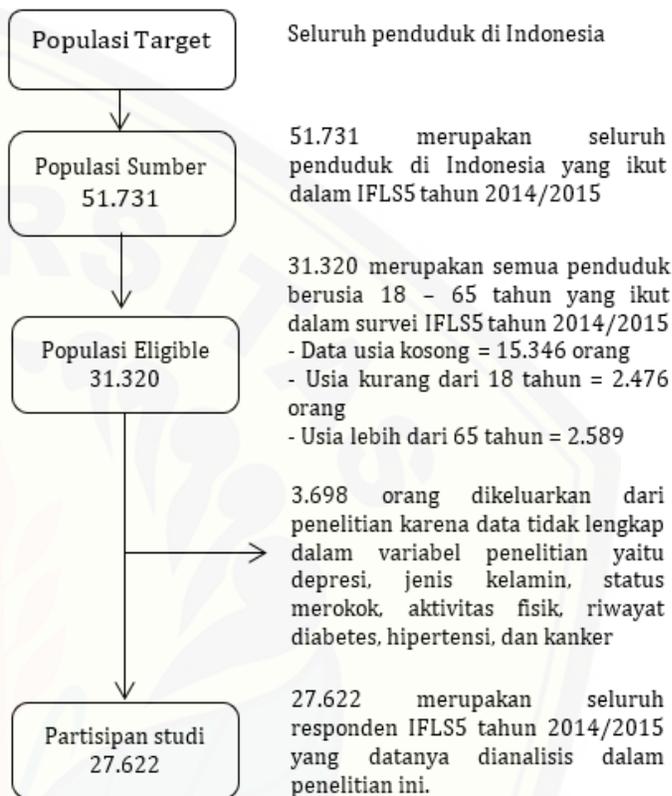
Depresi merupakan gangguan perasaan (afek), ditandai dengan perasaan sedih yang kuat, putus asa, kehilangan atau rasa tidak berdaya tentang peristiwa tertentu, perasaan ingin terlibat dengan dunia berkurang, nafsu makan berkurang dan menarik diri dari aktivitas biasa. Selain itu depresi juga dapat menyebabkan gangguan tidur.^{3,4} Depresi berdampak besar pada kualitas kehidupan.^{5,6} Depresi pada umur produktif dapat menyebabkan menurunkan kinerja maupun kinerja yang buruk, seperti tidak hadir, gangguan produktivitas, menurunnya retensi pekerjaan di berbagai bidang sehingga menyebabkan hilangnya pekerjaan.⁷

Depresi merupakan fenomena yang kompleks, dimana terdapat beberapa faktor yang mempengaruhinya disesuaikan dengan kelompok penelitian.⁸ Beberapa penelitian sebelumnya tentang depresi fokus pada kelompok tertentu, misalnya lansia, pelajar, maupun ibu setelah melahirkan yang dilakukan pada cakupan wilayah yang cukup kecil.⁹⁻¹¹ Penelitian pada penduduk Indonesia secara umum masih terbatas sehingga penelitian ini diperlukan untuk memberikan informasi tentang prevalensi dan faktor-faktor yang berhubungan dengan simtom-simtom depresi di Indonesia pada populasi usia 18 - 65 tahun berdasarkan data IFLS5 tahun 2014-2015.

Metode

Penelitian ini menggunakan desain studi *cross-sectional* dan data sekunder, yaitu data *Indonesia Family Life Survey* gelombang ke-5 (IFLS5) tahun 2014-2015. IFLS adalah survei longitudinal pada rumah tangga yang berlangsung terus menerus. Populasi di IFLS5 sama dengan di IFLS1, yaitu seluruh rumah tangga di 13 dari 27 provinsi di Indonesia.¹² Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini sesuai dengan teknik sampel yang digunakan dalam IFLS5 yang menggunakan teknik *stratified random sampling* berdasarkan provinsi, sektor urban-rural, usia dan jenis kelamin dimana didapatkan sebanyak 27.622 orang yang memenuhi

kriteria penelitian. Kriteria inklusi subjek penelitian adalah seluruh penduduk di Indonesia, baik yang tinggal di perkotaan maupun pedesaan, yang masuk dalam kelompok umur produktif yaitu 18 - 65 tahun. Sedangkan kriteria eksklusi adalah subjek yang memiliki data yang tidak lengkap. Dari 31.320 subjek berusia 18 - 65 tahun yang ikut dalam survei IFLS5, terdapat 27.622 subjek (88,2%) yang memenuhi kriteria penelitian (Gambar 1).



Gambar 1. Alur Pemilihan Sampel Penelitian

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kejadian depresi. Instrumen yang digunakan adalah *the Epidemiological Studies of Depression* (CES-D) 10, yaitu sebuah instrumen untuk skrining depresi pada fasilitas kesehatan primer. CES-D 10 yang menggunakan 10 pertanyaan menunjukkan sifat psikometrik yang kuat, termasuk akurasi prediksi dan korelasi tinggi dengan versi asli yang terdiri dari 20 item pertanyaan pada populasi komunitas.¹³ Dikategorikan depresi jika nilai CES-D 10 lebih atau sama dengan 10, dan tidak depresi jika nilai CES-D 10 kurang dari 10.^{14,15} Pertanyaan tentang depresi mengacu pada perilaku dalam periode 7 hari atau 1 minggu sebelum survei IFLS5 dilakukan. Variabel independen yang dianalisis adalah umur, jenis kelamin, status pernikahan, status merokok, aktivitas fisik, hipertensi, diabetes, kanker, konsumsi obat hipertensi, konsumsi obat diabetes, dan konsumsi obat kanker. Kategori umur dibagi menjadi 18 - 25 tahun, 26 - 45 tahun, dan 46 - 65 tahun. Status pernikahan

dikelompokkan menjadi tiga, yaitu belum menikah, berpisah/cerai, dan menikah.¹⁶⁻¹⁸ Status merokok dikategorikan menjadi tiga, yaitu bukan perokok, berhenti merokok, dan perokok.^{15,18} Aktivitas fisik juga dibagi tiga, yaitu aktivitas ringan, aktivitas sedang, dan aktivitas berat, dengan pengkategorian sesuai yang digunakan pada IFLS. Aktivitas dikategorikan sebagai berat jika melakukan kegiatan yang membuat responden bernafas jauh lebih berat dari biasanya, seperti mengangkat barang berat, menggali, mencangkul, bersepeda sambil membawa beban berat, dan sebagainya. Aktivitas sedang adalah kegiatan yang membuat responden bernafas agak lebih berat dari biasanya, seperti mengangkat barang yang tidak terlalu berat, bersepeda dalam kecepatan biasa, atau mengepel lantai (tidak termasuk berjalan kaki). Sedangkan aktivitas rendah jika tidak melakukan aktivitas berat dan sedang, seperti berjalan kaki.¹² Untuk hipertensi, diabetes, dan kanker dilihat dari jawaban responden terhadap pertanyaan apakah pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan (dokter, paramedis, perawat, atau bidan) menderita hipertensi, diabetes, dan kanker.

Data dianalisis secara univariat, bivariat dan multivariat. Analisis bivariat dilihat dari uji *chi-square* untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel independen dengan variabel terikat (dependen), dengan tingkat kemaknaan $\alpha < 0,05$.¹⁹ Untuk melihat kekuatan hubungan antara faktor risiko dengan kejadian depresi dalam analisis bivariat diukur melalui *Prevalence Ratio* (PR) dengan interval kepercayaan 95%.²⁰ Ukuran PR digunakan karena desain studi pada penelitian ini menggunakan studi *cross-sectional*. *Prevalence Ratio* pada studi *cross sectional* adalah perbandingan prevalens penyakit (efek) pada kelompok risiko (terpapar) dan prevalens penyakit (efek) pada kelompok tanpa risiko (tidak terpapar).²¹ Selanjutnya analisis multivariat menggunakan uji *cox regression* dengan asumsi waktu konstan ($time=1$). Uji ini digunakan untuk menghasilkan ukuran asosiasi yang dapat mengestimasi nilai RR. Nilai asosiasi yang dihasilkan adalah *hazard ratio*. *Hazard ratio* (HR) merupakan rata-rata *relative risk* selama periode waktu *follow up*. Dalam penelitian ini, waktu *follow up* dianggap sama sehingga nilai HR akan sama dengan nilai PR.²¹ Studi ini tidak memerlukan persetujuan kajian etik karena menggunakan data sekunder dimana identitas responden menggunakan nama samaran atau pengganti.²²

Hasil

Dari 51.731 responden yang ikut dalam survei IFLS5, sebanyak 31.320 memenuhi kriteria inklusi (usia 18 – 65 tahun). Kemudian, sebanyak 3.698

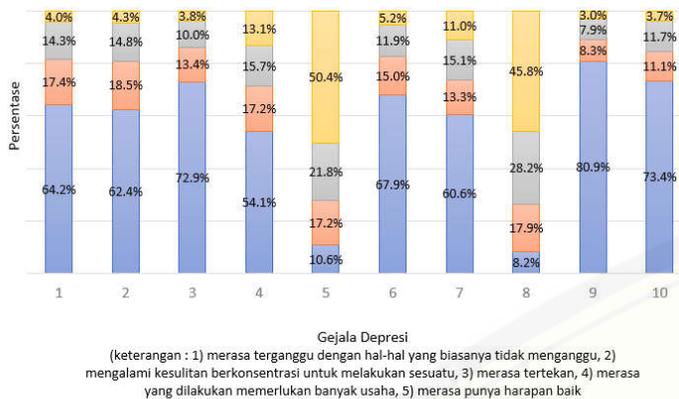
dikeluarkan dari penelitian karena memiliki data kosong dalam variabel yang diteliti sehingga yang dianalisis dalam penelitian ini ada sebanyak 27.622 subjek (88,2%). Prevalensi kejadian depresi pada penduduk umur 18 – 65 tahun di Indonesia mencapai 23,14% (Tabel 1). Dari 10 simtom depresi yang diteliti, bentuk simtom atau gejala depresi yang sering terjadi (5-7 hari), yaitu dalam seminggu merasa yang dilakukan memerlukan banyak usaha (13,06%) dan mengalami kesulitan tidur (11,02%) (Gambar 2).

Tabel 1. Prevalensi Depresi dan Faktor yang Berhubungan dengan Risiko Kejadian Depresi pada Penduduk Indonesia

Variabel	n=27.622	%
Depresi		
Depresi (CES= 10)	6.391	23,14
Tidak depresi (CES < 10)	21.231	76,86
Jenis Kelamin		
Perempuan	14.776	53,49
Laki-laki	12.846	46,51
Umur		
18 – 25 tahun	5.380	19,48
26 – 45 tahun	15.119	54,74
46 – 65 tahun	7.123	25,79
Status Pernikahan		
Belum Menikah	4.042	14,63
Berpisah/Cerai	1.752	6,34
Menikah	21.828	79,02
Status Merokok		
Bukan Perokok	17.414	63,04
Berhenti Merokok	1.165	4,22
Merokok	9.043	32,74
Aktivitas Fisik		
Aktifitas Rendah	9.796	35,46
Aktifitas Sedang	11.515	41,69
Aktivitas Berat	6.311	22,85
Hipertensi		
Ya	3.216	11,64
Tidak	24.406	88,36
Diabetes		
Ya	609	2,20
Tidak	27.013	97,80
Kanker		
Ya	181	0,66
Tidak	27.441	99,34

Subjek dalam penelitian lebih banyak perempuan yaitu 53,49%. Lebih dari setengah responden berasal dari kelompok umur 26 - 45 tahun, yaitu 54,74%. Jika dilihat dari status pernikahan, maka yang menikah lebih dominan dibandingkan belum menikah dan berpisah/cerai, yaitu sebanyak 79,02%. Sebanyak 63,04% responden bukan perokok, dan

41,69% memiliki aktivitas fisik sedang. Dari 27.622 responden, 11,64% hipertensi, 2,20% diabetes, dan 0,66% didiagnosa kanker (Tabel 1).



Gambar 2. Grafik Persentase Simtom Depresi pada Penduduk Indonesia Umur 18 – 65 Tahun (Analisis Data IFLS5)

Tabel 2. Analisis Bivariat Faktor Risiko Kejadian Depresi pada Penduduk Indonesia

Variable	Depresi				Total	PR	95%CI	P-value
	Ya (n=6.391)		Tidak (n=21.231)					
	n	%	n	%				
Umur								
18 – 25 tahun	1.651	30,69	3.729	69,31	5.380	1,69	1,59 – 1,81	<0,001
26 – 45 tahun	3.450	22,82	11.669	77,18	15.119	1,26	1,19 – 1,33	<0,001
46 – 65 tahun	1.290	18,11	5.833	81,89	7.123	Referensi		
Jenis Kelamin								
Perempuan	3.490	23,62	11.286	76,38	14.776	1,05	1,01 – 1,09	0,042
Laki-laki	2.901	22,58	9.945	77,42	12.846	Referensi		
Status Pernikahan								
Belum Menikah	1.277	31,59	2.765	68,41	4.042	1,48	1,40 – 1,56	<0,001
Berpisah/Cerai	445	24,40	1.307	74,60	1.752	1,19	1,09 – 1,29	<0,001
Menikah	4.669	21,39	17.159	78,61	21.828	Referensi		
Status Merokok								
Merokok	2.199	24,32	6.844	75,68	9.043	1,48	1,40 – 1,55	<0,001
Berhenti Merokok	235	20,17	930	79,83	1.165	1,19	1,09 – 1,29	<0,001
Bukan Perokok	3.957	22,72	13.457	77,28	17.414	Referensi		
Aktivitas Fisik								
Aktivitas Berat	1.906	30,20	4.405	69,80	6.311	1,17	1,11 – 1,23	<0,001
Aktivitas Sedang	2.593	22,52	8.922	77,48	11.515	1,56	1,48 – 1,65	<0,001
Aktivitas Ringan	1.892	19,31	7.904	80,69	9.796	Referensi		
Hipertensi								
Ya	851	26,46	2.365	73,54	3.217	1,67	1,09 – 1,24	<0,001
Tidak	5.540	22,70	18.866	77,30	24.406	Referensi		
Diabetes								
Ya	128	21,02	481	78,98	609	0,91	0,76 – 1,06	0,2098*
Tidak	6.263	23,19	20.750	76,81	27.013	Referensi		
Kanker								
Ya	53	29,28	128	70,72	181	1,27	1,01 – 1,59	0,0492
Tidak	6.338	23,10	21.103	76,90	27.441	Referensi		

*tidak signifikan (p-value> 0,05)

Hasil analisis bivariat menunjukkan faktor-faktor yang berhubungan kejadian depresi pada penduduk Indonesia adalah umur, jenis kelamin, status pernikahan, status merokok, aktivitas fisik, hipertensi dan kanker. Terdapat hubungan antara umur dengan kejadian depresi (PR=1,69 untuk umur 18-25 tahun, 95% CI 1,59–1,81; PR=1,36 untuk umur 25-45 tahun, 95% CI 1,19–1,33). Ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian depresi (PR untuk perempuan 1,05, 95% CI 1,00–1,09). Terdapat hubungan antara status

menikah dengan kejadian depresi (PR belum menikah=1,48, 95% CI 1,40–1,56; PR berpisah/cerai=1,19, 95% CI 1,09–1,29). Ada hubungan antara status merokok dengan kejadian depresi (PR merokok=1,48, 95% CI 1,40–1,55; PR berhenti merokok=1,19, 95% CI 1,09–1,29). Terdapat hubungan antara aktivitas fisik dengan kejadian depresi (PR aktivitas berat=1,17, 95% CI 1,11–1,23; PR aktivitas sedang=1,56, 95% CI 1,48–1,65). Ada hubungan antara hipertensi dengan kejadian depresi (PR=1,67, 95% CI 1,09–1,24). Tidak ada hubungan yang signifikan antara diabetes dan kejadian diabetes (PR=0,91, 95% CI 0,76 – 1,06). Ada hubungan antara kanker dengan kejadian depresi (PR=1,27, 95% CI 1,01 – 1,59) (Tabel 2).

Tabel 3. Analisis Multivariat Faktor Risiko Simtom Depresi pada Penduduk Indonesia

Variable	PR	Model 1 95% CI	p-value	PR	Model 2 95% CI	p-value
Umur						
18 – 25 tahun	1,64	1,52-1,77	<0,001	1,64	1,52-1,77	<0,001
26 – 45 tahun	1,34	1,26-1,42	<0,001	1,33	1,26-1,42	<0,001
46 – 65 tahun		Referensi			Referensi	
Jenis Kelamin						
Perempuan	1,39	1,29-1,49	<0,001	1,39	1,29-1,49	<0,001
Laki-laki		Referensi			Referensi	
Status Pernikahan						
Belum Menikah	1,28	1,19-1,36	<0,001	1,28	1,19-1,36	<0,001
Berpisah/Cerai	1,31	1,20-1,42	<0,001	1,31	1,20-1,42	<0,001
Menikah		Referensi			Referensi	
Status Merokok						
Merokok	1,28	1,19-1,38	<0,001	1,28	1,19-1,38	<0,001
Berhenti Merokok	1,17	1,03-1,33	0,014	1,17	1,03-1,33	0,013
Bukan Perokok		Referensi			Referensi	
Aktivitas Fisik						
Aktivitas Berat	1,28	1,53-1,71	<0,001	1,61	1,52-1,71	<0,001
Aktivitas Sedang	1,15	1,09-1,21	<0,001	1,14	1,09-1,21	<0,001
Aktivitas Ringan		Referensi			Referensi	
Hipertensi						
Ya	1,32	1,24-1,40	<0,001	1,32	1,24-1,41	<0,001
Tidak		Referensi			Referensi	
Diabetes						
Ya	1,06	0,91-1,26	0,476	-	-	-
Tidak		Referensi			Referensi	
Kanker						
Ya	1,31	1,05-1,63	0,016	1,31	1,53-1,63	0,015
Tidak		Referensi			Referensi	

Model 1: Full model (umur, jenis kelamin, status pernikahan, status merokok, aktivitas fisik, hipertensi, diabetes, kanker)

Model 2: Variabel diabetes dikeluarkan dari model

Analisis lebih lanjut, yaitu analisis multivariat pada model 1 atau disebut juga *full model* dimana semua variabel yang diteliti ikut dianalisis dan setiap variabel mempengaruhi variabel lainnya. Dalam model tersebut hanya satu variabel yang terbukti tidak berhubungan signifikan dengan simtom depresi setelah variabel lain dikendalikan, yaitu variabel diabetes. Pada model 2 setelah variabel diabetes dikeluarkan, ditemukan bahwa semua variabel berhubungan secara signifikan dengan simtom depresi sehingga dapat disimpulkan bahwa umur, jenis kelamin, status pernikahan, status merokok, aktivitas fisik, hipertensi, dan kanker merupakan faktor yang berhubungan dengan simtom depresi pada penduduk di Indonesia berdasarkan analisis data IFLS5 tahun 2014-2015 (tabel 3).

Pembahasan

Dari hasil analisis, ditemukan bahwa kelompok umur 18–25 tahun dan kelompok umur 26–45

memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami simtom depresi dibandingkan umur 46 – 65 tahun. Masa remaja dan dewasa muda dianggap sebagai umur puncak untuk onset pertama penyakit mental orang dewasa. Tiga perempat orang dewasa dengan masalah kesehatan mental yang dapat didiagnosis akan mengalami gejala pertama kesehatan mental yang buruk pada umur 24 tahun.^{23,24} Bukti menunjukkan bahwa 60% disabilitas yang dialami oleh mereka yang berumur 15-34 tahun disebabkan oleh penyakit mental.²⁴ Penelitian ini sejalan dengan survei terbaru *Center of Disease Control* (CDC) yang mengungkapkan bahwa remaja yang berumur 18 hingga 24 tahun melaporkan tingkat gejala kecemasan dan depresi tertinggi, dan seperempat dari mereka mengatakan mereka serius mempertimbangkan bunuh diri. Normal bagi remaja dan dewasa muda untuk berpikir serius tentang apa yang akan mereka lakukan dengan hidup mereka. Namun kombinasi ketidakpastian tentang masa depan dan kekhawatiran tentang masa depan yang lebih besar dapat membuat beberapa orang tidak memiliki banyak harapan atau janji tentang apa yang akan terjadi, dan selanjutnya mendorong seseorang untuk bunuh diri.^{25,26} Depresi mempengaruhi lebih banyak orang dewasa muda daripada kelompok umur dewasa lainnya. Setiap tahun, 7,5% orang dewasa di Amerika Serikat menderita setidaknya satu episode depresi mayor yang ditandai dengan kesedihan yang terus-menerus, berkurangnya minat dalam aktivitas, perasaan hampa, keputusan, atau gejala serupa lainnya yang berlangsung setidaknya dua minggu. Menurut *National Institute of Mental Health* (NIH) sebanyak 17% orang berumur 18 hingga 25 tahun pada tahun 2020, menurut memiliki episode depresi mayor yang merupakan tanda-tanda depresi klinis.²⁷

Penemuan dalam studi ini berbeda dengan penelitian Purborini (2021), dimana dalam penemuan tersebut tidak ditemukan hubungan antara jenis kelamin dengan depresi.¹⁵ Sebuah studi mengungkapkan bahwa faktor depresi yang paling penting adalah jenis kelamin perempuan. Temuan tersebut sejalan dengan penelitian ini yang menunjukkan bahwa wanita menunjukkan risiko depresi yang lebih tinggi dibandingkan pria. Negara-negara mengalami hal sama dengan studi Al Ain (2002) menemukan bahwa tingkat depresi seumur hidup 2,5% pada pria dan 9,5% pada wanita. Hasil perbandingan prevalensi perempuan dan laki-laki secara global dan di seluruh negara berkembang menunjukkan bahwa risiko pada prinsipnya dapat berasal dari perbedaan jenis kelamin biologis dan kurang bergantung pada pendidikan, diet, budaya, ras, dan determinan ekonomi dan sosial yang berpotensi mempengaruhi lainnya.⁶ Studi lain mengungkapkan bahwa perempuan memiliki peluang lebih tinggi dibandingkan laki-laki karena

karakteristik perempuan yang lebih mengutamakan emosional daripada rasional, lebih mudah merasa bersalah dan mudah cemas. Hal tersebut membuat wanita lebih rentan mengalami hal-hal yang tidak sesuai dengan keinginannya, sehingga akan lebih berpeluang mengalami peluang stres yang akan berujung pada depresi.²⁸

Penelitian sebelumnya mengungkapkan adanya hubungan antara status pernikahan dengan depresi. Sejalan dengan penelitian tersebut, penelitian A.G.M. Bulloch et al (2017) mengungkapkan bahwa dibandingkan orang yang menikah orang yang bercerai 3,58 kali berisiko mengalami depresi (OR=3,58, 95% CI 3,01-4,25) dan yang belum menikah 1,42 kali berisiko mengalami depresi (OR, 1,42, 95% CI 1,29-1,58).²⁹ Studi lain mengungkapkan bercerai pada perempuan 3,67 kali lebih tinggi mengalami gejala depresi daripada pria menikah untuk *baby boom*. Kesimpulannya, orang dengan status perkawinan yang tidak stabil lebih tertekan daripada yang sudah menikah. Secara khusus, efek dari status perkawinan yang tidak stabil terhadap depresi dapat dijelaskan oleh penurunan keuangan untuk perempuan tetapi tidak untuk pria.³⁰ Orang dewasa yang menikah memiliki risiko lebih rendah untuk mengalami depresi daripada yang belum menikah.³¹ Selain finansial, depresi pada wanita juga dipengaruhi oleh besar dan kuatnya dukungan sosial yang didapatkan. Hubungan status menikah dengan depresi dipengaruhi usia dan jenis kelamin.²⁹

Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan antara status merokok dengan simtom depresi. Temuan ini sejalan dengan penelitian Purborini (2021) dengan nilai $p < 0,001$. Hubungan ini dikaitkan dengan paparan nikotin, dimana paparan nikotin jangka panjang selama remaja dilaporkan dapat mempercepat risiko gangguan kesehatan mental. Putus nikotin (berhenti merokok) juga masih tetap berisiko mengalami masalah mental seperti depresi.¹⁵ Merokok telah diusulkan sebagai faktor risiko utama terhadap gangguan jiwa, seperti bunuh diri, gangguan depresi mayor, bipolar, dan lainnya.³² Kecemasan, depresi, gangguan bipolar, dan skizofrenia adalah contoh gangguan mental yang memengaruhi pikiran, suasana hati, emosi, dan perilaku seseorang. Beberapa penelitian telah menekankan bahwa gangguan kesehatan yang substansial, disabilitas, dan ketidakmampuan untuk melakukan tugas-tugas utama adalah akibat dari penggunaan alkohol, obat-obatan, dan tembakau dalam jangka panjang.³³ Hubungan antara merokok dan depresi/kecemasan juga dapat bersifat dua arah, dimana merokok pada awalnya digunakan untuk meringankan gejala depresi, tetapi pada kenyataannya memperburuk depresi seiring berjalannya waktu.³⁴

Pada penelitian ini ditemukan bahwa aktivitas

fisik memiliki hubungan dengan simtom depresi. Aktivitas fisik pada tingkat tertentu dapat digunakan untuk mencegah atau mengobati depresi. Namun jika aktivitas fisik terlalu berlebihan dapat menyebabkan depresi. Mekanisme biologis dan psikososial utama di mana aktivitas fisik memberikan efek antidepresan, seperti olahraga dimana olahraga dapat membuat perubahan neuroplastisitas, peradangan, stres oksidatif, sistem endokrin, harga diri, dukungan sosial dan *self-efficacy*.³⁵ Dalam penelitian ini ditemukan bahwa aktivitas fisik berat (kegiatan yang membuat seseorang bernafas jauh lebih berat dari biasanya, seperti mengangkat barang berat, menggali, mencangkul, bersepeda sambil membawa beban berat, dan sebagainya) dan aktivitas fisik sedang (kegiatan yang membuat seseorang bernafas agak lebih berat dari biasanya, seperti mengangkat barang yang tidak terlalu berat, bersepeda dalam kecepatan biasa, atau mengepel lantai (tidak termasuk berjalan kaki) lebih berisiko mengalami simtom depresi dibandingkan yang beraktivitas rendah.²² Penelitian ini sejalan dengan penelitian Lopez (2019) dimana aktivitas fisik sedang hingga berat berhubungan negatif dengan gejala depresi. Oleh karena itu, penelitian ini menyarankan bahwa peningkatan aktivitas ringan dan penurunan perilaku kurang aktif berkontribusi pada penurunan prevalensi depresi.^{36,37}

Terdapat hubungan antara hipertensi dengan depresi. Penelitian sebelumnya mengungkapkan bahwa depresi berhubungan dengan tekanan darah tinggi, berhubungan positif dengan tingginya kadar darah sistolik dan kadar darah diastolik yang dimonitor dalam 24 jam terhadap 54 pasien yang diobservasi dalam 7 hari. Ditemukan 15 pasien dengan hipertensi yang didiagnosa depresi.^{38,39} Prevalensi depresi tinggi pada pasien penderita penyakit kronis. Hasil penelitian Zhazhan (2015), dimana dari 30.796 orang dengan hipertensi ditemukan prevalensi depresi sekitar 26,8% artinya sekitar 8.253 pasien hipertensi mengalami depresi. Hasil-hasil penelitian lainnya banyak yang menunjukkan bahwa masalah distress psikologis dialami oleh penderita penyakit kronis.^{40,41} Orang yang didiagnosa hipertensi biasanya memiliki pengalaman yang sulit seperti gejala somatik, kualitas hidup rendah, dan gangguan peran. Hal tersebut menyebabkan penderita hipertensi mudah untuk mendapatkan tekanan psikologis, terutama depresi. Meningkatkan aspek psikososial kehidupan telah menjadi bagian penting dalam membangun perawatan kesehatan yang lebih baik, khususnya bagi penderita hipertensi.⁴¹ Meskipun tingginya prevalensi depresi dan hipertensi, hubungan antara kedua penyakit tersebut kurang mendapat perhatian.³⁸

Dalam studi ini ditemukan bahwa diabetes tidak berhubungan dengan simtom depresi. Temuan ini

sejalan dengan sebuah studi tinjauan sistematis dari 11 studi yang tidak menemukan perbedaan dalam tingkat depresi antara mereka dengan diabetes yang tidak terdiagnosis, mereka yang mengalami gangguan metabolisme glukosa, dan orang-orang dengan metabolisme glukosa normal.^{42,43} Depresi adalah sebuah reaksi terhadap kesulitan yang diperoleh akibat hidup dengan penyakit kronis yang menekan dan memperpendek hidup yang berkaitan dengan komplikasi yang melemahkan. Peningkatan depresi hanya ditemukan pada mereka yang didiagnosa diabetes memiliki pengetahuan tentang diagnosa, beban penanganan, dan komplikasi diabetes dibandingkan depresi akibat mekanisme biologi seperti hiperglikemia. Sehingga jika pasien kurang memahami kondisi setelah diagnosa diabetes tentunya beban psikologisnya akan berkurang.⁴²

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa ada hubungan antara kanker dan simtom depresi. Sejalan dengan penelitian sebelumnya, dimana depresi ditemukan sebagai komorbiditas umum pada kasus kanker, mempengaruhi >10% pasien. Diagnosa kanker mengubah hidup dan menjadi sumber stres psikologis maupun emosional yang cukup besar. Kesedihan non-patologis merupakan respons normal terhadap diagnosa kanker, namun, stres di luar mekanisme koping pasien dapat menyebabkan gangguan depresi mayor. Depresi pada penderita kanker sangat berbeda dari depresi pada individu sehat dimana pada penderita kanker mekanisme terjadinya depresi disebabkan oleh kerusakan jaringan, inflamasi mediator, respon stress kronis melibatkan simtomatologi yang unik dan etiologi biologis yang kuat. Pada penderita kanker pengobatannya menggabungkan terapi psikososial dan terapi farmakoterapi.⁴⁴

Kelebihan penelitian ini adalah menggunakan data sekunder dimana akses data mudah, lengkap dan bebas biaya. IFLS5 menggunakan kuesioner yang sudah baku untuk setiap kriteria yang diukur dan dilakukan oleh tim RAND dan Universitas Gajah Mada (UGM). Sehingga data yang dihasilkan dapat dipertanggungjawabkan dan valid untuk digunakan. Sedangkan kelemahan penelitian yaitu menggunakan desain studi *cross-sectional* dimana pengukuran eksposur dan *outcome* dilakukan dalam satu waktu sehingga tidak memiliki *time relationship* yang jelas, dan berdampak pada aspek kausalitas yang tidak dapat dibuktikan dan risiko relatif yang dihasilkan bukan risiko relatif murni artinya kata risiko dalam penelitian ini masih berupa kemungkinan atau peluang, belum risiko yang sesungguhnya. Selain itu, *participant rate* dalam penelitian ini adalah 88,2% sehingga hasil penelitian ini dapat digeneralisasi ke populasi eligible. Cakupan wilayah dalam data IFLS5 bersifat nasional dan jumlah sampel yang digunakan besar maka hasil

penelitian ini reliabilitas dan kualitasnya baik.

Kesimpulan

Prevalensi kejadian depresi pada penduduk umur 18 – 65 tahun di Indonesia berdasarkan data IFLS5 tahun 2014-2015 mencapai 23,14% Hasil analisis mengungkapkan bahwa umur, jenis kelamin, status pernikahan, status merokok, aktivitas fisik, hipertensi, dan kanker merupakan faktor-faktor yang berhubungan dengan simtom depresi pada penduduk di Indonesia. Risiko depresi dapat diturunkan dengan mengendalikan faktor yang berhubungan tersebut, seperti tidak merokok atau yang merokok berhenti merokok, aktivitas fisik disesuaikan dengan kebutuhan, cegah hipertensi, dan cegah kanker. Pada penelitian ini kelompok usia remaja memiliki risiko paling tinggi sehingga dibutuhkan penanganan khusus. Mencegah depresi dapat mencegah dampak buruk dari depresi seperti memperburuk penyakit kronis bahkan sampai kematian. Dalam penelitian ini masih ada beberapa faktor risiko yang tidak diteliti seperti faktor sosial sehingga penelitian ke depan diharapkan meneliti faktor tersebut dengan menggunakan desain studi yang lebih baik, seperti desain studi kohort sehingga *time relationship* antara paparan dan *outcome* jelas.

Ucapan Terima Kasih

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada tim RAND yang telah melakukan survei dan menyediakan akses terhadap data. Untuk laporan lengkap data IFLS5 dapat dilihat pada <https://www.rand.org/well-being/social-and-behavioral-policy/data/FLS/IFLS.html>

Daftar Pustaka

- Smith K. Mental health: a world of depression. *Nature*. 2014 Nov 13;515(7526):181.
- WHO. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. WHO. Geneva: WHO Document Production Services; 2017. 24 p.
- Dobson KS, Dozois DJ. Risk Factors in Depression. Elsevier Inc.; 2008. 1–16 p.
- Lumongga N. Depresi: Tinjauan Psikologis [Internet]. Jakarta: Kencana; 2016 [cited 2019 Feb 25]. Available from: https://books.google.co.id/books?id=p_pDDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=depresi&hl=id&sa=X&ved=0aUKEwj-oIil7tbgAhUJXSsKHfH4CS0Q6AEIKTAA#v=onepage&q=depresi&f=false
- Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119–38.
- Razzak HA, Harbi A, Ahli S. Depression: Prevalence and associated risk factors in the United Arab Emirates. *Oman Med J*. 2019;34(4):274–83.
- Beck A, Lauren Crain A, Solberg LI, Unützer J, Glasgow RE, Maciosek MV, et al. Severity of depression and magnitude of productivity loss. *Ann Fam Med*. 2011;9(4):305–11.
- Amir N. Depresi/ : Aspek Neurobiologi Diagnosis dan Tatalaksana. Edisi Dua. Nurhidayat AW, editor. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2016. 1–4 p.
- Mustofa A, Hapsari AN, Nabiila A, Putri AK, Nurissyita AM, Catur E. Faktor Risiko Depresi Pasca Persalinan di Negara-negara Asia Tenggara Secara umum definisi dari depresi postpartum menurut American Pshyciatric Assosiaciation ' s, Diagnostic and Statistical tanda atau gejala gangguan depresi , mood , global sekitar 13 %. *MEDICA Arter*. 2021;3(2):62–7.
- Hadianto H. Prevalensi Dan Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Tingkat Gejala Depresi Pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura. Universitas Tanjungpura; 2014.
- Puspita N, Westa W, Ratep N. Prevalensi Dan Faktor Risiko Depresi Pada Lansia Di Desa Selulung Kecamatan Kintamani Kabupaten Bangli Tahun 2014. *J Univ Udayana [Internet]*. 2014;1–23. Available from: <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/download/11944/8249>
- RAND. RAND IFLS-5 Survey Description [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 1]. Available from: <https://www.rand.org/well-being/social-and-behavioral-policy/data/FLS/IFLS/ifls5.html>
- Björgvinsson T, Aderka SJK, Joe S, Bigda-Peyton, Katrina L, McCoy, Idan M. Psychometric Properties of the CES-D-10 in a Psychiatric Sample. *Sage Journals [Internet]*. 2013;20(4):429–36. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1073191113481998?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub0pubmed
- Björgvinsson T, Kertz SJ, Bigda-Peyton JS, McCoy KL, Aderka IM. Psychometric properties of the CES-D-10 in a psychiatric sample. *Assessment [Internet]*. 2013 Aug [cited 2022 Jul 1];20(4):429–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23513010/>
- Purborini N, Lee M, Mazarina H, Chang H. Associated factors of depression among young adults in Indonesia/ : A population- based longitudinal study. *J Formos Med Assoc [Internet]*. 2021;120(7):1434–43. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.01.016>
- Statistics Canada. Classification of legal marital status [Internet]. 2016 [cited 2022 Jul 4]. Available from: <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VDP.pl?Function=getVD&TVD=61748&CVD=61748&CLV=0&MLV=1&D=1>
- Lee JW, Shin WK, Kim Y. Impact of sex and marital status on the prevalence of perceived depression in association with food insecurity. *PLoS One [Internet]*. 2020;15(6):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0234105>
- Arias-de la Torre J, Ronaldson A, Prina M, Matcham F, Pinto Pereira SM, Hatch SL, et al. Depressive symptoms during early adulthood and the development of physical multimorbidity in the UK: an observational cohort study. *Lancet Heal Longev [Internet]*. 2021;2(12):e801–10. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00259-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00259-2)
- Utomo YP. Analisis Chi Square untuk Penelitian Sosial (dan Medik). Edisi Ke-2. Giyanto A, editor. Yogyakarta: Pandiva Buku; 2020.

20. Alexander LK, Lopes B, Ricchetti-Masterson K, Yeatts KB. Second Edition of the ERIC Notebook: Cross-sectional Studies [Internet]. UNC CH Department of Epidemiology. 2015. 1–5 p. Available from: https://sph.unc.edu/files/2015/07/nciph_ERIC8.pdf
21. Kestenbaum B. *Epidemiology and Biostatistics*. Second Edi. Switzerland: Springer; 2019.
22. Rand. RAND IFLS-5 Survey Description [Internet]. 2016 [cited 2020 May 29]. Available from: <https://www.rand.org/well-being/social-and-behavioral-policy/data/FLS/IFLS/ifls5.html>
23. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593–602.
24. 16-25 Years Missed opportunities/ : Children and young people’s mental health. Cent fo Ment Heal.
25. Young Adults’ Pandemic Mental Health Risks - The New York Times [Internet]. [cited 2022 Jul 18]. Available from: <https://www.nytimes.com/2020/08/24/well/family/young-adults-mental-health-pandemic.html>
26. Bruce DF. Teen Depression: Causes, Symptoms, Heredity, and Treatments [Internet]. WebMD. 2022 [cited 2022 Jul 18]. Available from: <https://www.webmd.com/depression/guide/teen-depression>
27. Why So Many Young Adults with Depression Don’t Get Treatment | Time [Internet]. [cited 2022 Jul 18]. Available from: <https://time.com/6175288/depression-untreated-young-adults/>
28. Tunurrohmin Z, Soemanto R, Pamungkasari EP. Path Analysis on the Determinants of Depression Symptom in Elderly: A PRECEDE PROCEED Model. *J Epidemiol Public Heal* 2019;4(4):351–60.
29. Bulloch AGM, Williams JVA, Lavorato DH, Patten SB. Journal of Affective Disorders The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. *J Affect Disord* [Internet]. 2017;223(September 2016):65–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.007>
30. Huang F-YH, Li M. The Relationship Between Marital Status, Cohort, And Depression Symptoms In Taiwan. *Innov Aging*. 2019;3:311–2.
31. Gottfries CG. Is there a difference between elderly and younger patients with regard to the symptomatology and aetiology of depression? *Int Clin Psychopharmacol*. 1998 Sep;13 Suppl 5:S13-8.
32. Yuan S, Yao H, Larsson SC. Associations of cigarette smoking with psychiatric disorders: evidence from a two-sample Mendelian randomization study. *Sci Rep* [Internet]. 2020;10(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-70458-4>
33. El-Sherbiny NA, Elsary AY. Smoking and nicotine dependence in relation to depression, anxiety, and stress in Egyptian adults: A cross-sectional study. *J Fam Community Med*. 2022;29(1):8–16.
34. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2017;19(1):3–13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5157710/pdf/ntw140.pdf>
35. Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J, Sabiston CM, Stubbs B. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019 Dec;107:525–39.
36. Hu S, Tucker L, Wu C, Yang L. Beneficial Effects of Exercise on Depression and Anxiety During the Covid-19 Pandemic: A Narrative Review. *Front Psychiatry*. 2020;11(November):1–10.
37. López-Torres Hidalgo J, Aguilar Salmerón L, Boix Gras C, Campos Rosa M, Escobar Rabadán F, Escolano Vizcaíno C, et al. Effectiveness of physical exercise in the treatment of depression in older adults as an alternative to antidepressant drugs in primary care. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):1–7.
38. Scalco AZ, Scalco MZ, Azul JBS, Lotufo Neto F. Hypertension and depression. *Clinics (Sao Paulo)* [Internet]. 2005;60(3):241–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322005000300010>
39. Shinagawa M, Otsuka K, Murakami S, Kubo Y, Cornelissen G, Matsubayashi K, et al. Seven-day (24-h) ambulatory blood pressure monitoring, self-reported depression and quality of life scores. *Blood Press Monit* [Internet]. 2002;7(1). Available from: https://journals.lww.com/bpmonitoring/Fulltext/2002/02000/Seven_day_24_h_ambulatory_blood_pressure.15.aspx
40. Wuryaningsi, Emi Wuri Windarwati HD, Dewi EI, Deviantony F, Kurniyawan EH. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan 1*. Jember: UPT Percetakan & Penerbitan Universitas Jember; 2020.
41. Li Z, Li Y, Chen L, Chen P, Hu Y, Wang H. Prevalence of depression in patients with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Med (United States)*. 2015;94(31):1–6.
42. Holt RIG, De Groot M, Golden SH. Diabetes and depression. *Curr Diab Rep*. 2014;14(6).
43. Nouwen A, Nefs G, Caramlau I, Connock M, Winkley K, Lloyd CE, et al. Prevalence of depression in individuals with impaired glucose metabolism or undiagnosed diabetes: A systematic review and meta-analysis of the European Depression in Diabetes (EDID) research consortium. *Diabetes Care*. 2011;34(3):752–62.
44. Smith HR. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (review). *Oncol Lett*. 2015;9(4):1509–14.