

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Depresi merupakan gangguan kesehatan yang menyebabkan perubahan suasana hati yang berlangsung lama atau berulang, sehingga secara substansial mengganggu kemampuan seseorang untuk berfungsi di tempat kerja atau sekolah atau menghadapi kehidupan sehari-hari (S et al. 2024). Depresi menjadi 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 (Simanjuntak, 2023).

Secara global, prevalensi serta insiden depresi dilaporkan mengalami kenaikan yang signifikan. Sebaran orang dengan depresi menurut data *World Health Organization (WHO)* mengungkapkan sekitar 3,8% dari populasi manusia mengalami depresi. Dimana jumlah total orang yang hidup dengan depresi di dunia mencapai 280 juta, termasuk diantaranya 5% orang dewasa dan 5,7% pada orang dewasa yang berusia lebih dari 60 tahun. Depresi sendiri menyumbang 4,3% dari beban penyakit global dan merupakan salah satu penyebab kecacatan terbesar di seluruh dunia (11% dari semua tahun yang dijalani dengan kecacatan secara global) (WHO 2023).

Depresi merupakan gangguan masalah kesehatan mental yang telah menjadi isu global dan semakin mendesak dalam beberapa dekade terakhir akibat prevalensi dan beban penyakit yang meningkat jugadampak luas yang ditimbulkan mempengaruhi individu, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan menyebabkan isu kesehatan ini dimasukkan dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan atau dikenal dengan Sustainable Development Goals(SDGs) pada tahun 2030 oleh PBB. Masalah kesehatan mental berkaitan dengan dengan 3 tujuan SDGs yaitu Kesehatan dan Kesejahteraan yang Baik (SDG 3), Pendidikan Berkualitas (SDG 4), dan Pekerjaan Layak dan Pertumbuhan Ekonomi (SDG 8) (RELX Sustainable Development Goals (SDGs) Resource Centre 2025).

Tujuan SDG 3 mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan yang baik, secara langsung membahas depresi sebagai komponen utama kesehatan mental. Depresi dapat menyebabkan bunuh diri, yang menyebabkan hampir 800.000 kematian setiap tahunnya. Kemudian, SDG 4 berfokus pada pendidikan berkualitas, tujuan yang terdampak buruk oleh depresi. Depresi dapat memengaruhi fungsi kognitif, fokus, dan motivasi, sehingga mengurangi pencapaian pendidikan dan prestasi sekolah pada individu yang terkena dampak, terutama di kalangan remaja. Terakhir, kaitan depresi dengan SDG 8, yang menekankan pekerjaan layak dan pertumbuhan ekonomi, patut diperhatikan. Depresi sering kali mengakibatkan berkurangnya produktivitas karena gejala-gejala seperti kelesuan, kesulitan berkonsentrasi, dan absensi. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan bahwa depresi dan gangguan kecemasan merugikan ekonomi global sebesar US\$1 triliun setiap tahun akibat hilangnya produktivitas (RELX Sustainable Development Goals (SDGs) Resource Centre 2025).

Depresi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang cukup serius. WHO menyatakan bahwa depresi berada pada urutan nomor 4 penyakit di dunia, dan diprediksikan akan menjadi masalah gangguan kesehatan yang utama. Bunuh diri menjadi isu kesehatan masyarakat serius saat ini. Menurut WHO, 2019, sekitar 800.000 orang meninggal akibat bunuh diri per tahun, di dunia. Angka bunuh diri lebih tinggi pada usia muda (Kementerian Kesehatan, 2022).

Prevalensi depresi berdasarkan lokasi geografis di dunia paling banyak ditemukan pada regio Asia Tenggara sebesar 27,0% disusul Pasifik Barat sebesar 21% dan terendah dilaporkan di regio Afrika yang hanya sebesar 9,0% (Kokoh et al. 2024). Secara nasional, negara yang berada di regio Asia menyumbang penderita depresi terbanyak yaitu India sebanyak 54,2 juta populasi yang memiliki jumlah kejadian tertinggi, diikuti oleh Tiongkok 41,0 juta populasi, Amerika Serikat 17,2 juta, dan Brasil 10,6 juta, keempat negara ini menyumbang 42,4% dari kasus baru global (Wu et al. 2024).

Indonesia merupakan negara yang besar dengan jumlah penduduk Indonesia sebanyak 270.200 juta jiwa. Tercatat, sepanjang 3 tahun terakhir, pemberitaan perubahan perilaku masyarakatnya menjurus kepada gejala stress hingga depresi. Gejala ini dapat berupa : (a) sering merasa sedih, (b) tidak bertenaga sepanjang waktu, (c) nafsu makan berkurang, (d) sulit berpikir jernih, dan (e) merasa tidak bahagia. Berdasarkan data indeks kesehatan mental RI, diperoleh data pada tahun 2023 di Indonesia ditemukan bahwa terdapat 9.162.886 kasus depresi dengan prevalensinya yakni 3,7% masyarakat yang mengalami depresi (Natasya et al. 2024).

Saat ini, prevalensi depresi di Indonesia berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (2023) menyatakan bahwa prevalensi depresi berada di angka 1,4% dan prevalensi depresi paling tinggi ada pada kelompok anak muda (15-24 tahun), yaitu sebesar 2%. Provinsi dengan prevalensi depresi tertinggi di Indonesia ditempati oleh Jawa Barat yaitu sebesar 3,3%. Sementara untuk Sulawesi Selatan sendiri prevalensi depresi berada pada angka 1,7% (Kemenkes 2023).

Berdasarkan pengambilan data awal dari lokasi penelitian yaitu Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan yang berperan sebagai pusat rujukan layanan kesehatan jiwa diketahui bahwa selama 3 tahun terakhir jumlah kunjungan rawat jalan untuk poliklinik kejiwaan cukup fluktuatif di mana pada tahun 2022 jumlah kunjungan sebanyak 14.926 kunjungan dengan 529 penderita depresi, di tahun 2023 jumlah kunjungan yang tercatat sebanyak 34 dengan penderita depresi sebanyak 8 orang dan di tahun 2024 jumlah kunjungan berada di angka 16.478 dengan jumlah penderita depresi sebanyak 524 orang.

Berdasarkan berbagai data epidemiologi depresi baik pada tingkat global maupun nasional yang telah dipaparkan, terdapat beberapa aspek penting yang perlu menjadi perhatian. Pertama, prevalensi kejadian depresi tertinggi di dunia pada region Asia yang mana negara-negara pada regio tersebut sedang mengalami fase berkembang yang pesat yang berdampak pada perubahan sosial dan gaya hidup.

Depresi lebih umum terjadi pada wanita daripada pada pria. Hal tersebut dikarenakan perempuan memiliki neuroticism yang lebih tinggi dari laki-laki.

Neuroticism yang tinggi membuat seseorang cenderung lebih mudah mengalami stres. Data menunjukkan bahwa perbedaan tingkat stress antara perempuan dan laki-laki dapat memengaruhi tingkat depresi, Faktor-faktor seperti peran sosial, ekspektasi masyarakat dan hormon dapat ikut serta berkontribusi pada pengalaman stres yang berbeda antara kedua jenis kelamin tersebut. Perempuan sering kali menghadapi tekanan yang lebih besar, sementara laki-laki mungkin merasakan stress lebih terkait dengan tanggung jawab finansial atau karier (Umadiyan and Kalifia 2024).

Terdapat beberapa data yang mendukung bahwa perempuan lebih rentan mengalami depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Nazneen, (2019) menggunakan Instrumen penelitian adalah Beck Depression Inventory II dan NEO-FFI menyatakan hasil penelitian menunjukkan bahwa kecenderungan depresi pada perempuan (mean: 37.18) lebih tinggi dari laki-laki (mean:30.17). Penelitian serupa juga dilakukan oleh Azzahro & Sari (2021) yang menyatakan bahwa, mayoritas responden berjenis perempuan mengalami depresi yaitu sebesar 76% sedangkan sebesar 24% responden berjenis kelamin laki – laki mengalami depresi.

Selain jenis kelamin, kejadian depresi juga dipengaruhi oleh faktor karakteristik usia di mana Usia yang paling rentan terkena depresi adalah remaja (15-19 tahun) dan lansia (60 tahun ke atas). Di Indonesia, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan hasil bahwa usia remaja 15-24 tahun sudah mulai mengalami gangguan depresi dengan prevalensi sebesar 6,2% (1). Sejalan dengan data yang diberikan Riskesdas, data yang diungkap Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Yogyakarta juga menyatakan bahwa dalam 10 tahun terakhir, depresi berat terjadi pada anak-anak dan remaja yaitu sekitar 3% pada anak usia sekolah dan 6% pada remaja di Indonesia. Selain itu, Mandasari & Tobing melakukan penelitian terhadap siswa dan siswi kelas X dan XI SMAN X di Jakarta dengan jumlah sampel sebanyak 247 responden dari 648 responden. Dari hasil penelitian tersebut, terdapat 247 responden yang menunjukkan depresi dengan rata-rata sebesar 13,97 (5). Penelitian yang dilakukan oleh Dianovinina pada tahun 2018 terhadap 230 remaja yang merupakan mahasiswa baru di sebuah universitas swasta di Surabaya juga menyatakan bahwa 17 orang dari total responden mengalami depresi dan 65 orang berpotensi mengalami depresi setelah dilakukan screening dengan menggunakan metode CDI (Children Depression Inventory) (Putri et al. 2022).

Meskipun faktor biologis dan genetik telah lama diidentifikasi sebagai komponen utama dalam etiologi depresi, sejumlah penelitian terbaru menunjukkan bahwa faktor sosial dan gaya hidup turut memainkan peran yang signifikan terhadap kejadian dan keparahan depresi. Faktor sosial yang dimaksud meliputi isolasi sosial, peran sosial, dukungan sosial, status ekonomi, dan faktor-faktor lain yang berhubungan dengan interaksi sosial seseorang dalam kehidupan sehari-hari. Lingkungan sosial yang tidak mendukung, seperti kesepian, isolasi sosial, atau hubungan interpersonal yang buruk, dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami depresi. Begitu pula dengan kondisi ekonomi yang tidak stabil, di mana ketidakpastian finansial atau kemiskinan dapat menjadi stresor yang berat bagi individu.

Faktor sosial seringkali menjadi penentu dalam kesejahteraan psikologis dan memiliki dampak langsung dan signifikan terhadap kesehatan mental seseorang. Faktor sosial seperti isolasi sosial, dukungan sosial, dan sosial ekonomi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kesehatan mental, di mana isolasi sosial dapat meningkatkan risiko depresi karena kurangnya interaksi sosial yang mendukung sehingga menimbulkan perasaan kesepian yang dapat memicu terjadinya depresi hingga memperburuk gejala depresi. Isolasi sosial memiliki keterkaitan dengan dukungan sosial, seseorang yang tidak terisolasi secara sosial memiliki dukungan sosial dari lingkungan sekitar yang baik hingga dapat memberikan rasa aman dan diterima, serta membantu individu mengatasi tekanan kehidupan yang dapat memicu depresi. Selain itu, adanya faktor sosial di mana adanya ketidakstabilan keuangan dan kekhawatiran tentang masa depan dapat meningkatkan tingkat kecemasan dan ketidakberdayaan, yang berpotensi memicu atau memperburuk depresi.

Argumentasi di atas diperkuat oleh (Kirkbride et al., 2024) dalam penelitiannya yang menyatakan bahwa Faktor sosial berperan dalam depresi melalui berbagai mekanisme, termasuk pengaruh lingkungan sosial dan kondisi ekonomi. Studi menunjukkan bahwa ketidakmampuan sosial, diskriminasi, dan ketidaksetaraan ekonomi dapat meningkatkan risiko depresi. Penelitian menunjukkan bahwa ketidakadilan sosial dan ketidaksetaraan ekonomi berkontribusi pada ketidakstabilan sosial dan stres yang dapat memicu depresi. Selain itu, faktor lingkungan seperti ketidakamanan dan fragmentasi sosial di komunitas juga terkait dengan peningkatan risiko depresi, terutama di daerah yang kurang sosial dan ekonomi. Oleh karena itu, faktor sosial tidak hanya berperan sebagai risiko langsung tetapi juga sebagai bagian dari struktur causal yang kompleks dalam perkembangan depresi.

Depresi seringkali dikaitkan dengan dukungan sosial untuk mengatasi stressor. Dukungan sosial mengacu pada hubungan interpersonal yang membantu seseorang menghindari efek negatif stress (Fasha et al., 2024). Dukungan sosial tidak dapat diperoleh jika seseorang mengalami isolasi sosial. Kurangnya dukungan sosial dapat memperburuk isolasi sosial. Ketika seseorang tidak memiliki jaringan dukungan yang kuat, mereka lebih rentan merasa terasing dan kesepian. Ketidakmampuan untuk berbagi perasaan atau masalah dengan orang lain bisa meningkatkan perasaan isolasi. Dampak isolasi sosial terhadap kesehatan dapat berbeda-beda di setiap negara; hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan lingkungan sosial yang terkait dengan jaringan sosial di dalam dan di luar keluarga (Noguchi et al., 2021).

Sejumlah studi telah melaporkan adanya keterkaitan antara faktor sosial dalam hal ini isolasi sosial terhadap kejadian depresi. Misalnya sebuah studi longitudinal dari Noguchi et al., (2021) yang dilakukan di negara Jepang dan Inggris menunjukkan bahwa isolasi sosial berhubungan dengan peningkatan risiko depresi pada kedua studi, penelitian menyimpulkan bahwa isolasi sosial berhubungan signifikan dengan timbulnya depresi pada lansia di Inggris dan Jepang, meskipun kedua negara memiliki latar belakang budaya yang berbeda. Semakin tinggi tingkat isolasi sosial, semakin besar risiko munculnya depresi. Di Inggris, interaksi yang

buruk dengan anak-anak memiliki hubungan yang marginal dengan depresi, sementara di Jepang, kurangnya interaksi dengan anak-anak dan tidak adanya partisipasi sosial secara signifikan berhubungan dengan depresi.

Penelitian longitudinal terkait isolasi sosial dan depresi juga dilakukan oleh Luo et al., (2021) yang meneliti terkait hubungan isolasi sosial dan timbulnya depresi di kalangan orang dewasa di Tiongkok. Hasil penelitian menemukan bahwa Isolasi sosial dikaitkan secara signifikan dengan timbulnya depresi, dengan variabel pendidikan menunjukkan bahwa dampak isolasi sosial terhadap depresi berbeda antara pria berpendidikan rendah dan pria berpendidikan tinggi, mereka yang berpendidikan tinggi, menunjukkan hubungan yang lebih besar antara isolasi sosial dan timbulnya depresi.

Isolasi sosial merupakan keadaan dimana individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Penderita mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain. Isolasi sosial merupakan mekanisme individu terhadap sesuatu yang mengancam dirinya dengan cara menghindari interaksi dengan orang lain dan lingkungan. (Dewi 2021) Penderita seringkali merasa kurang dihargai atau diterima oleh orang lain, yang bisa memperburuk perasaan negatif tentang diri sendiri dan meningkatkan risiko depresi.

Selain isolasi sosial, faktor sosial lain yang dihipotesiskan memiliki keterkaitan dengan depresi adalah pendapatan keluarga. Faktor pendapatan keluarga, seperti pendapatan, pendidikan, dan status pekerjaan, memiliki pengaruh signifikan terhadap kesehatan mental. Hal tersebut mencerminkan kemampuan individu untuk memperoleh sumber daya yang meliputi akses terhadap layanan kesehatan serta lingkungan yang mendukung kesehatan. Individu dengan status sosioekonomi rendah lebih rentan terhadap stres ekonomi dan memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami gejala depresi. Sebaliknya, status sosioekonomi tinggi memberikan akses lebih baik terhadap sumber daya dan dukungan sosial yang dapat melindungi dari stres psikologis (Naafi et al., 2024).

Sementara itu variable gaya hidup dapat memengaruhi fungsi otak dan keseimbangan kimiawi yang terkait dengan depresi hingga pada akhirnya akan mempengaruhi kondisi tubuh dan mental secara keseluruhan. Gaya hidup seperti aktivitas fisik, pola tidur, pola makan, dan penggunaan zat adiktif juga dikaitkan dengan kejadian depresi, di mana seseorang yang kurang melakukan aktivitas fisik, tidak menjaga pola makan dan pola tidur dengan baik dapat mempengaruhi keseimbangan kimiawi di otak yang berhubungan dengan mood sehingga meningkatkan risiko depresi. Penggunaan zat adiktif juga dapat memperburuk kualitas tidur dan meningkatkan perasaan isolasi sosial yang kemudian bisa menjadi factor pemicu depresi.

Faktor gaya hidup juga mengambil peran dalam terjadinya depresi, beberapa faktor yang ditemukan berkaitan yaitu aktivitas fisik, pola tidur, pola makan dan penggunaan zat adiktif turut berperan dalam terjadinya depresi pada seseorang. Aktivitas fisik berperan dalam memengaruhi kesehatan mental melalui tiga jalur utama, yaitu mekanisme fisiologis, psikologis, dan imunologis. Dari sisi fisiologis,

aktivitas fisik memberikan berbagai manfaat, antara lain meningkatkan sekresi hormon endorfin yang berkaitan dengan munculnya perasaan positif sehingga mampu memperbaiki suasana hati. Selain itu, peningkatan suhu tubuh, khususnya pada area batang otak, dapat menurunkan ketegangan otot dan menimbulkan efek relaksasi. Aktivitas fisik juga berkontribusi terhadap peningkatan mitokondriogenesis, di mana mitokondria berperan penting dalam proses neuroplastisitas sebagai mekanisme adaptasi terhadap stres, serta meningkatkan aktivitas mTOR yang berperan dalam penurunan gejala depresi (Amana et al., 2021).

Gangguan pola tidur pada indikator gaya hidup juga dapat menimbulkan perubahan suasana hati, cemas yang berlebihan (kekhawatiran), hingga depresi. Suatu studi menunjukkan bahwa hormon secara langsung mempengaruhi mekanisme kimia di otak yang mengendalikan emosi dan suasana hati. Bagi sebagian individu, insomnia yakni ketidaknyamanan kecil. Namun, bagi sebagian individu, insomnia dapat menjadi gangguan besar sebab tubuh manusia membutuhkan kualitas tidur yang baik dan cukup (Ayunda et al., 2023).

Dari sisi nutrisi, pola makan yang buruk seperti konsumsi tinggi gula, lemak trans, dan makanan olahan telah dikaitkan dengan peradangan sistemik (low-grade inflammation), yang kemudian berpengaruh terhadap fungsi otak dan sistem imun. Peradangan ini dapat memicu gangguan mood kronis, termasuk depresi (Gialluisi et al., 2020). Sebaliknya, diet sehat seperti pola makan Mediterania atau diet tinggi sayuran, buah, ikan, dan biji-bijian telah terbukti memiliki efek protektif terhadap gejala depresi. Dengan demikian, gaya hidup bukan hanya menjadi faktor pendukung, tetapi dapat berperan sebagai penyebab langsung dalam patogenesis depresi.

Kaitan antara faktor sosial dan gaya hidup terhadap depresi juga tampak pada analisis data GBD 2019, di mana beban depresi paling tinggi ditemukan pada negara-negara dengan indeks pembangunan sosial (SDI) rendah hingga menengah, yang umumnya mengalami tekanan sosial tinggi, keterbatasan akses layanan kesehatan mental, serta rendahnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya gaya hidup sehat (Liu et al., 2024). Dengan demikian, gaya hidup bukan sekadar kebiasaan pribadi, tetapi merupakan bagian dari mekanisme kompleks yang dapat memengaruhi kondisi psikologis seseorang secara langsung.

Kesadaran terhadap kesehatan mental masih rendah, sehingga banyak individu yang mengalami depresi tidak mendapatkan penanganan yang tepat. Stigma terhadap penderita gangguan mental juga masih tinggi, yang menyebabkan banyak orang enggan mencari bantuan profesional. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh faktor sosial dan gaya hidup terhadap kejadian depresi, serta mengidentifikasi faktor mana yang memiliki dampak paling signifikan.

Adapun perbedaan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya yaitu terletak pada focus penelitian di mana sebagian besar penelitian sebelumnya membahas terkait faktor-faktor biologis, psikologis dan klinis sebagai penyebab depresi namun penelitian ini menekankan pengaruh faktor sosial dan gaya hidup secara komprehensif terhadap kejadian depresi. Selain itu, studi ini dilakukan di

Indonesia sehingga hasil penelitian cenderung berbeda dengan penelitian yang dilakukan di negara barat mengingat konteks budaya yang berbeda. Hal ini dapat memberikan gambaran terkait determinan kejadian depresi dan kerentanan depresi di antara negara-negara yang berbeda. Di samping itu, Faktor sosial dan gaya hidup merupakan dua variable yang dapat diubah dan dimodifikasi dibandingkan factor lain seperti factor genetic dan biologis, sehingga dengan mengetahui factor-faktor yang memiliki kaitan erat dengan kejadian depresi, dapat memberikan peluang besar untuk intervensi yang dapat mencegah atau mengurangi risiko depresi.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang sudah dijelaskan diatas, adapun rumusan masalah pada penelitian ini yaitu apakah ada hubungan antara faktor karakteristik, Faktor sosial (isolasi sosial, dukungan sosial, pendapatan keluarga), gaya hidup (aktivitas fisik, pola tidur, penggunaan zat adiktif) dengan penderita depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini yaitu untuk mengetahui karakteristik, penderita Faktor sosial (isolasi sosial, dukungan sosial, pendapatan keluarga), faktor gaya hidup (aktivitas fisik, pola tidur, pola, penggunaan zat adiktif) terhadap penderita depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus pada penelitian ini adalah sebagai berikut

- a. Menganalisis karakteristik kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar.
- b. Menganalisis hubungan dukungan sosial terhadap kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar.
- c. Menganalisis hubungan isolasi sosial terhadap kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar.
- d. Menganalisis hubungan pendapatan keluarga terhadap kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar.
- e. Menganalisis hubungan aktivitas fisik terhadap kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar.
- f. Menganalisis hubungan pola tidur terhadap kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar.
- g. Menganalisis hubungan penggunaan zat adiktif terhadap kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar.
- h. Melakukan analisis multivariat untuk mengetahui pengaruh faktor sosial dan faktor gaya hidup terhadap kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar.

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini dapat dilihat dari tiga aspek sebagai berikut :

1.4.1 Aspek Akademik

Penelitian ini berkontribusi untuk menambah wawasan dan pemahaman tentang bagaimana faktor sosial (isolasi sosial, kehilangan sosial, dan pendapatan keluarga) dan gaya hidup (aktivitas fisik, pola tidur, dan penggunaan zat adiktif) berkontribusi terhadap timbulnya depresi.

1.4.2 Aspek *Public Health*

Penelitian ini diharapkan dapat mengidentifikasi faktor-faktor sosial dan gaya hidup yang meningkatkan risiko depresi, yang sangat penting untuk merancang strategi preventif dan promotif di tingkat populasi dengan berbasis bukti sehingga diharapkan mampu mewujudkan derajat kesehatan masyarakat baik secara fisik, mental, dan sosial yang lebih baik untuk masa depan Indonesia.

1.4.3 Aspek Pemerintah

Penelitian ini berimplikasi menghasilkan rekomendasi yang dapat digunakan sebagai bahan masukan atau pertimbangan untuk merancang sekaligus menerapkan kebijakan-kebijakan yang diharapkan mampu mengatasi permasalahan kesehatan mental terutama depresi di Indonesia.

1.5. Tinjauan Pustaka

1.5.1 Depresi

a. Pengertian Deperesi

WHO (2017) mendefinisikan depresi sebagai gangguan mental yang umum yang ditandai dengan perasaan sedih berkepanjangan, hilangnya minat atau kesenangan terhadap aktivitas yang sebelumnya dinikmati, serta penurunan kemampuan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari selama setidaknya dua minggu. Sejalan dengan hal tersebut, DSM-V menjelaskan depresi sebagai gangguan suasana hati berupa perasaan sedih, kosong, atau mudah tersinggung yang disertai perubahan somatik dan kognitif sehingga secara signifikan memengaruhi kapasitas serta fungsi individu, dan termasuk dalam kelompok gangguan mood bersama gangguan bipolar serta gangguan terkait lainnya dengan perbedaan utama pada durasi, waktu kejadian, dan perkiraan penyebabnya. Depresi bukan sekadar kesedihan biasa, melainkan kondisi yang ditandai dengan berkurangnya minat dan kesenangan dalam aktivitas sehari-hari, perubahan berat badan yang signifikan, gangguan tidur berupa insomnia atau hipersomnia, kelelahan, penurunan konsentrasi, perasaan tidak berharga atau rasa bersalah berlebihan, serta munculnya pikiran berulang mengenai kematian atau bunuh diri (Mumang 2021a).

Depresi merupakan kondisi emosional yang ditandai dengan perasaan sedih dan kecewa yang muncul akibat perubahan, kehilangan, atau kegagalan, dan menjadi bersifat patologis ketika individu tidak mampu melakukan adaptasi secara adekuat. Kondisi ini memengaruhi berbagai aspek individu, termasuk afektif, fisiologis, kognitif, dan perilaku, sehingga menyebabkan perubahan pada pola serta respons yang biasanya dimiliki. Depresi juga dipandang sebagai keadaan

abnormal yang terjadi akibat ketidakmampuan seseorang dalam menyesuaikan diri terhadap kondisi atau peristiwa yang dialaminya (Hadi et al. 2017)

Apabila depresi dibiarkan secara berkelanjutan dapat menjadi beban pikiran, menjadi gangguan sistem kekebalan tubuh. Jika individu memiliki suatu perasaan negatif misalnya kesedihan, kebencian, keputusasaan, keirian, cemas, dan tidak bersyukur maka dapat menyebabkan lemahnya sistem kekebalan tubuh (Oktavia & Sa, 2024). Depresi dapat terjadi pada semua rentang individu dan berbagai usia, termasuk salah satunya remaja (Tyaningsih 2024).

b. Tanda dan Gejala Depresi

Tanda dan gejala depresi menurut (Oktavia & Sa, 2024 dalam Tyaningsih, 2024) antara lain:

1. Simtom fisik antara lain terganggu pola tidurnya, sukar tidur (insomnia) ataupun tidur yang berlebih (hipersomnia), penurunan level kegiatan contohnya hilangnya minat, kegembiraan terhadap suatu kegemaran yang sebelumnya disenangi, sukar makan ataupun makan secara berlebih, sakit kepala, komplikasi sistem pencernaan misalnya sukar buang air besar, lambung sakit dan nyerikronis, kadang merasakan pegal dikaki dan tangan, lelah, lamban, sukar konsentrasi dan hilangnya ingatan.
2. Simtom psikologi yang timbul diantaranya terdapat perasaan kecemasan, kesedihan, kehampaan yang kontinu, perasaan putus asa dan pesimistis, perasaan bersalah, tak berharga, beban yang tak kunjung hilang, mudah disinggung, tak ada ketenangan, memiliki ide bunuh diri, sensitif dan tidak memiliki kepercayaan diri.
3. Simtom sosial yang berlangsung diantaranya terdapat penurunan kegiatan dan motivasi diri, menarik diri, ingin sendiri, kemalasan, tidak ada semangat untuk mengerjakan suatu hal, dan kehilangan keinginan untuk hidup atau ingin melakukan bunuh diri.

c. Klasifikasi Depresi

Menurut (Munirah et al., 2024) depresi dikategorikan menjadi :

1. Depresi ringan
Pada depresi ringan minimal terdapat 2 dari 3 gejala utama dan terdapat 2 gejala lainnya serta durasi kurang dari 2 minggu.
2. Depresi sedang
Depresi sedang sama dengan depresi ringan dengan terdapat 4 gejala lainnya serta terdapat kesulitan untuk beraktivitas.
3. Depresi berat
Pada depresi berat diklasifikasikan menjadi tanpa gejala psikotik dan dengan gejala psikotik yaitu terdapat halusinasi baik auditorik maupun olfaktori.

Berdasarkan karakteristik menurut (Munirah et al., 2024) depresi diklasifikasikan menjadi 2:

1. Gangguan depresi mayor (major depressive disorder)
Gangguan depresi mayor digambarkan dengan hilangnya ketertarikan seseorang akan aktivitas yang biasa dilakukan atau merasa sedih, putus asa, terpuruk dalam waktu minimal 2 minggu. Pada gangguan depresi mayor juga memiliki penurunan nafsu makan, kehilangan atau penambahan berat badan yang mencolok, masalah tidur, gelisah, susah berkonsentrasi hingga mengalami halusinasi seperti menengar suara yang dipersepsikan menjadi pikiran negatif yaitu menyalahkan diri sendiri ataupun pikiran untuk melakukan bunuh diri.
2. Gangguan distimik (dysymic disorder)
Gangguan distimik memiliki karakteristik yang mirip dengan gangguan depresi mayor, hanya bersifat lebih ringan yang digambarkan sebagai suasana hati merasa sedih atau terpuruk dalam tekanan tanpa gejala psikotik.

d. Epidemiologi Depresi

Epidemiologi depresi menitikberatkan pada kajian mengenai insiden, prevalensi, pola distribusi, faktor penyebab atau faktor risiko, karakteristik sosiodemografi, serta beban sosial yang ditimbulkan oleh depresi. Selain itu, epidemiologi juga mengkaji hubungan statistik antara gangguan atau penyakit dengan variasinya pada berbagai kelompok populasi.

Pada periode 1980–1992, Amerika Serikat pertama kali melaporkan estimasi prevalensi depresi sepanjang hidup (lifetime prevalence) melalui survei nasional yang diselenggarakan oleh National Institute of Mental Health (NIMH), yaitu Epidemiologic Catchment Area (ECA) pada tahun 1980–1985 dan National Comorbidity Survey (NCS) pada tahun 1990–1992. Kedua survei tersebut berfokus pada populasi dewasa dengan rentang usia 15–45 tahun, di mana prevalensi depresi yang dilaporkan sebesar 5,2% pada studi ECA dan meningkat menjadi 17,1% pada studi NCS, menunjukkan adanya peningkatan prevalensi yang cukup signifikan.

Kontroversi sempat muncul ketika sejumlah survei epidemiologis berupaya mengklasifikasikan skor pengukuran secara dikotomis untuk menetapkan suatu kasus gangguan mental berdasarkan standar eksternal berupa nilai ambang (cut-off point) yang dianggap relevan secara klinis. Dalam konteks tersebut, Epidemiologic Catchment Area (ECA) memperkenalkan instrumen Diagnostic Interview Schedule (DIS) pada akhir tahun 1970-an. Seiring dengan itu, penggunaan skala skrining dimensional semakin berkembang dalam pelayanan kesehatan primer untuk penilaian kasus gangguan mental, pengukuran tingkat keparahan gejala, serta evaluasi efektivitas pengobatan. Namun, pada masa tersebut terdapat kecenderungan di kalangan psikolog, psikiater, dan epidemiolog untuk menggunakan DIS sebagai instrumen utama dalam survei populasi umum. Temuan epidemiologis kemudian

menunjukkan adanya keterbatasan berupa ketidakcukupan informasi yang dihasilkan oleh sistem wawancara DIS, sehingga integrasi antara instrumen wawancara kasus yang bersifat dikotomis dengan instrumen dimensional menjadi sangat penting dalam perencanaan kebijakan kesehatan guna mengoptimalkan pelayanan kesehatan mental di tingkat primer.

e. Etiologi Depresi

Depresi dapat muncul dalam bentuk gejala, sindrom, gangguan, maupun penyakit dengan etiologi yang kompleks dan luas, bersifat multikausal, beragam, pluralistik, serta heterogen.

Pada era awal perkembangan psikiatri sekitar tahun 1970-an, etiologi depresi diklasifikasikan ke dalam dua kelompok utama, yaitu faktor etiologis endogen yang lebih berkaitan dengan aspek biologis seperti faktor molekuler dan genetik, serta faktor etiologis eksogen yang berhubungan dengan pengaruh dari luar individu, termasuk faktor lingkungan.

Pengelompokan etiologi tersebut yang dikemukakan oleh psikiater Martin Roth selanjutnya membagi depresi ke dalam dua bentuk manifestasi klinis, yaitu depresi endogen dan depresi eksogen yang juga dikenal sebagai depresi neurotik atau reaktif. Namun, klasifikasi ini kemudian menimbulkan berbagai perdebatan di kalangan psikiater dan pada akhirnya tidak lagi digunakan secara luas dalam praktik dan kajian psikiatri modern.

Mengingat etiologi depresi bersifat multikausal, maka secara umum dalam perspektif klinis dan epidemiologis penyebab depresi dapat dikaji melalui tiga kelompok faktor kausal, yaitu faktor predisposisi, faktor presipitasi, dan faktor perpetuasi (Tyaningsih 2024).

1.5.2 Faktor Sosial Terhadap depresi

a. Isolasi Sosial

Isolasi sosial adalah keadaan dimana individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Penderita mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain. Isolasi sosial juga merupakan kesepian yang dialami individu dan dirasakan saat didorong oleh keberadaan orang lain sebagai pernyataan negatif atau mengancam (Ariska 2020).

Isolasi sosial merupakan suatu gangguan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel menimbulkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial. Isolasi sosial merupakan upaya Penderita untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain maupun komunikasi dengan orang lain. Jadi, dapat disimpulkan bahwa isolasi sosial merupakan keadaan seseorang yang mengalami penurunan bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain karena

mungkin merasa ditolak, kesepian dan tidak mampu menjalin hubungan yang baik antar sesama (Ariska 2020).

Menurut Yosep (2009 dalam (Ariska 2020)) tanda dan gejala penderita isolasi sosial bisa dilihat dari dua cara yaitu secara objektif dan subjektif. Berikut ini tanda dan gejala penderita dengan isolasi sosial:

1. Gejala subjektif
 - a) Penderita menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain.
 - b) Penderita merasa tidak aman berada dengan orang lain.
 - c) Respons verbal kurang dan sangat singkat.
 - d) Penderita mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain.
 - e) Penderita merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu.
 - f) Penderita tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan.
 - g) Penderita merasa tidak berguna.
2. Gejala objektif
 - a) Penderita banyak diam dan tidak mau bicara.
 - b) Tidak mengikuti kegiatan.
 - c) Penderita berdiam diri di kamar.
 - d) Penderita menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat.
 - e) Penderita tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal.
 - f) Kontak mata kurang.
 - g) Kurang spontan.
 - h) Apatis
 - i) Ekspresi wajah kurang berseri.
 - j) Mengisolasi diri
 - k) Tidak atau kurang sadar terhadap lingkungan sekitar.
 - l) Aktivitas menurun.

Perilaku ini biasanya disebabkan karena seseorang menilai dirinya rendah, segera timbul perasaan malu untuk berinteraksi dengan orang lain. Bila tidak dilakukan intervensi lebih lanjut, maka akan menyebabkan perubahan persepsi sensori: halusinasi dan resiko mencederai diri, orang lain, bahkan lingkungan.

b. Dukungan Sosial

Dukungan sosial diartikan sebagai kesenangan, bantuan, atau informasi yang diterima seseorang dari hubungan formal dan informal dengan orang atau kelompok lain. Dukungan sosial didefinisikan sebagai jumlah orang yang berinteraksi dengan seseorang, frekuensi interaksi dengan orang lain, atau persepsi individu terhadap kecukupan hubungan interpersonal. Dukungan sosial dapat diartikan sebagai “bantuan atau dukungan kepada seseorang yang mengalami stress dari orang lain yang mempunyai hubungan dekat dengannya”. Definisi lain yang diberikan Rietschlin adalah “transmisi informasi oleh orang-orang

tersayang atau peduli lainnya. Mereka mempunyai jaringan sosial atau hubungan dekat, seperti orang tua, pasangan, teman dan lembaga keagamaan (Eva Setyaningrum 2024).

Dukungan sosial merupakan tingkat dukungan yang diberikan kepada seorang individu, terutama bila dibutuhkan oleh orang-orang yang mempunyai hubungan emosional yang dekat dengan orang tersebut. Dukungan sosial dapat berarti kenyamanan, perhatian, harga diri, atau yang lainnya. bentuk bantuan yang diterima individu dari individu atau kelompok lain.

Dukungan sosial merupakan informasi atau umpan balik dari orang lain yang menunjukkan bahwa seseorang dicintai dan diperhatikan, dihargai dan dihormati, serta termasuk dalam jaringan interaksi dan kewajiban timbal balik. Dukungan sosial merupakan informasi atau umpan balik dari orang lain yang menunjukkan bahwa seseorang dicintai dan diperhatikan, dihargai dan dihormati, serta termasuk dalam jaringan interaksi dan kewajiban timbal balik (Eva Setyaningrum 2024)

Dukungan sosial yang kita terima bisa berasal dari berbagai pihak. Kahn & Antonoucci A dalam Siti Nurhidayah dan Rini Agustini membagi sumber daya dukungan sosial menjadi 3 kategori, yaitu

1. Sumber dukungan sosial berasal dari orang-orang yang telah bersamanya sepanjang hidupnya, orang-orang yang selalu bersamanya dan mendukungnya. Misalnya keluarga dekat, pasangan (suami atau istri) atau teman dekat.
2. Sumber dukungan sosial berasal dari orang lain yang memiliki peran kecil dalam kehidupannya dan cenderung berubah, seperti rekan kerja, tetangga, keluarga, dan teman.
3. Dukungan sosial datang dari orang lain, yang jarang mendukung dan yang perannya berubah dengan sangat cepat.

c. Sosial Ekonomi

Istilah sosial berasal dari bahasa Inggris "sosial" yang berarti "kemasyarakatan" (A. Darmawan & Desiana, 2020). Sedangkan istilah ekonomi berasal dari bahasa Yunani, yaitu oikonomia yang bermula dari kata oikos dan nomos. Oikos berarti rumah tangga, sedangkan nomos berarti mengatur. Jadi, ekonomi berarti mengatur rumah tangga.

Menurut Soekanto dalam (Nurhayati 2023) status sosial ekonomi merupakan posisi individu di dalam masyarakat yang berhubungan dengan orang lain dalam lingkungan pergaulan, prestasi, hak, dan kewajibannya.

Status sosial ekonomi keluarga dapat didefinisikan sebagai posisi relatif keluarga di dalam kelompok masyarakat yang dilihat berdasarkan pendidikan, pendapatan, dan pekerjaannya.

Status sosial ekonomi dengan cakupan pendidikan, kekayaan, dan status pekerjaan ditemukan memiliki pengaruh terhadap individu yang mengalami gejala depresi. Dengan demikian, terdapat dugaan kaitan

antara status sosial ekonomi dengan kesehatan mental (Nurhayati 2023).

Adapun aspek-aspek status sosial ekonomi :

Ukuran status sosial ekonomi meliputi pekerjaan, pendidikan dan pendapatan. Menurut (Shavers, 2007 dalam (Nurhayati 2023)) aspek-aspeknya adalah sebagai berikut:

1. Pekerjaan

Aspek pekerjaan dijadikan indikator dalam menilai pengaruh status sosial ekonomi terhadap kesehatan perannya dalam memposisikan individu dalam struktur sosial, menjelaskan akses ke sumber daya, paparan risiko psikologis dan risiko fisik, serta bagaimana pekerjaan mempengaruhi gaya hidup.

2. Pendidikan

Pendidikan disebut sebagai komponen paling dasar dari status sosial ekonomi karena pengaruhnya terhadap peluang kerja dan potensi penghasilan di masa depan.

3. Pendapatan

Pendapatan mencerminkan aliran sumber daya ekonomi yang diterima individu dalam periode waktu tertentu. Individu dengan pendapatan yang lebih tinggi lebih mungkin memiliki kemampuan untuk membayar kesehatan dan mampu membeli nutrisi yang lebih baik (misalnya, kualitas dan variasi buah dan sayuran segar yang lebih baik), perumahan, sekolah, dan rekreasi.

1.5.3 Gaya Hidup Terhadap Depresi

a. Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik merupakan setiap gerakan tubuh yang meningkatkan pengeluaran tenaga dan energi atau pembakaran kalori. Selama aktivitas fisik, otot membutuhkan energi di luar metabolisme untuk bergerak, sedangkan jantung dan paru-paru memerlukan tambahan energi untuk mengantarkan zat-zat gizi dan oksigen ke seluruh tubuh dan untuk mengeluarkan sisa-sisa dari tubuh. Banyaknya energi yang dibutuhkan bergantung pada berapa banyak otot yang bergerak, berapa lama dan berapa berat pekerjaan yang dilakukan (Apriliani 2021)

Istilah "aktivitas fisik" tidak sama dengan "exercise". Exercise adalah subkategori aktivitas fisik yang direncanakan, terstruktur, berulang, dan terarah dengan tujuan perbaikan atau pemeliharaan satu atau lebih komponen kebugaran fisik. Aktivitas fisik meliputi olahraga serta kegiatan lain yang melibatkan gerakan tubuh dan dilakukan sebagai bagian dari bermain, bekerja, transportasi aktif, pekerjaan rumah dan kegiatan rekreasi (WHO, 2015 dalam (Apriliani 2021))

Beberapa masalah fisik yang dapat mempengaruhi aktivitas fisik diantaranya:

1. Mudah jatuh

Hal ini dipengaruhi gangguan sistem sensorik yang menyebabkan gangguan penglihatan dan pendengaran, gangguan sistem saraf

pusat seperti stroke dan parkinson, gangguan kognitif dan gangguan muskuloskeletal yang menyebabkan gangguan gaya berjalan.

2. Mudah Lelah

Disebabkan oleh faktor psikologis (perasaan bosan, keletihan, atau perasaan depresi), gangguan organik dan pengaruh obat-obatan yang melelahkan daya kerja otot.

Sedangkan Menurut (British Heart Foundation (BHF), 2014) Faktor yang mempengaruhi aktivitas fisik diantaranya:

1. Usia

Semakin bertambahnya usia, maka semakin berkurang aktivitas fisik yang dapat dilakukan.

2. Jenis Kelamin

Laki-laki lebih aktif dalam beraktivitas fisik daripada perempuan.

3. Faktor Sosial

Partisipasi aktivitas fisik dipengaruhi oleh faktor pendukung sosial dan orang-orang terdekat seperti: Teman, Guru, Ahli kesehatan, Pelatih olahraga profesional atau instruktur

4. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan yang mampu memberikan efek yang positif dalam aktivitas fisik, diantaranya:

- a) Akses untuk program dan fasilitas tersedia seperti, lapangan, taman bermain dan area untuk aktivitas fisik
- b) Adanya area berjalan dan jalan bersepeda
- c) Adanya waktu untuk bermain di tempat terbuka
- d) Perbedaan struktur bangunan yang secara tidak langsung mempengaruhi kebiasaan aktivitas fisik di perkotaan dan pedesaan

b. Pola Tidur

Pola tidur adalah bentuk yang bervariasi dari suatu keadaan dimana sistem fisiologis manusia mengistirahatkan tubuhnya dalam waktu tertentu untuk memulihkan dan memperbaiki sistem tubuh manusia melakukan kegiatan sehari-hari yang bisa dibangunkan dengan bantuan stimulus sensorik, audio maupun stimulus lainnya. Menurut Widiyanto (2016), pola tidur adalah model, bentuk atau corak tidur dalam jangka waktu yang relatif menetap dan meliputi jadwal jatuh (masuk) tidur dan bangun, irama tidur, frekuensi tidur dalam sehari, mempertahankan kondisi tidur, dan kepuasan tidur. tidur merupakan kebutuhan dasar bagi setiap manusia dan memegang peranan penting dalam perkembangan anak. tidur tidak hanya berdampak pada perkembangan fisik maupun emosional, namun juga sangat erat hubungannya dengan fungsi kognitif, pembelajaran, dan atensi. Kualitas tidur yang baik tentunya didapatkan dari pola tidur yang baik juga. perubahan pola tidur umumnya disebabkan oleh tuntutan aktivitas sehari-hari yang menyebabkan berkurangnya kebutuhan untuk tidur, hal ini menyebabkan sering mengantuk yang berlebihan pada siang harinya.

pola tidur yang baik dan teratur dapat memberikan efek yang bagus terhadap kesehatan (Tama and Verawati 2024)

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas tidur dan kuantitas tidur, kualitas tidur mengandung arti kemampuan individu untuk tetap tidur dan bangun dengan jumlah tidur REM dan NREM yang cukup. Sedang kuantitas tidur berarti total waktu tidur individu. Factor yang dapat mempengaruhi kualitas dan kuantitas tiduer yaitu fisiologis dan lingkungan diantaranya:

1. Usia

Faktor yang mempengaruhi tidur dan kebutuhan tidur seseorang yaitu umur, kebutuhan tidur tersebut berkurang karena bertambahnya usia. Kebutuhan tidur pada anak itu berbeda dengan orang dewasa, dan kebutuhan tidur orang dewasa juga berbeda juga berbeda dengan kebutuhan tidur pada lansia.

2. Penyakit

Banyak penyakit yang mengganggu kebutuhan tidur, diantaranya penyakit yang disebabkan karena infeksi (Infeksi Limfa) lebih banyak memerlukan tidur. Dan keadaan sakit mengakibatkan pasien kurang tidur.

3. Obat

Ada obat yang sebaliknya mengganggu pola tidur, yaitu obat-obatan yang diminum oleh seseorang yang berefek pada pola tidur seseorang.

4. Stres psikologi

Kondisi psikologi seseorang akibat ketegangan jiwa. Ketika seseorang yang mengidap gangguan psikologi akan mengalami gelisah maka akan terlihat sulit untuk tidur.

5. Kelelahan

Akibat aktivitas yang tinggi dapat memerlukan banyak tidur yang bertujuan untuk menjaga keseimbangan energy tubuh yang telah dikeluarkan. Seseorang yang sudah melakukan kegiatan dan aktivitas dan orang tersebut sudah mencapai titik kelelahan. Maka, orang tersebut akan lebih cepat tertidur karena tahap tidur gelombang lambatnya diperpendek.

6. Stimulus dan alkohol

Konsumsi alkohol yang berlebih dapat mengganggu siklus tidur REM, karena kafein yang terkandung didalam minuman yang mengandung alcohol dapat merangsang SSP.

7. Lingkungan

Lingkungan yang bersih juga dapat mempengaruhi atau meningkatkan tidur seseorang yaitu pada suhu dingin, lingkungan yang gbersih, suasana tenang atau tidak ada kegaduhan, penerangan pada ruangan tidak terlalu terang dan juga sebaliknya jika ruangan tersebut kotor, besuhu panas, suasana terlalu gaduh dapat mempengaruhi kualitas tidur pada seseorang.

c. Penggunaan Zat Adiktif

Zat adiktif merupakan zat/obat dan bahan-bahan aktif, bilamana menggunakan zat tersebut akan menyebabkan ketergantungan dan jika dilepaskan maka akan menyebabkan rasa sakit yang luar biasa. Zat adiktif digolongkan menjadi 3 yaitu zat adiktif bukan narkotika dan psikotropika, zat adiktif narkotika dan zat adiktif psikotropika. Zat adiktif bukan narkotika dan psikotropika contohnya seperti kandungan kafein pada kopi dan nikotin pada rokok. Contoh zat adiktif narkotika yaitu sabu, opium, kokain, ganja, heroin, amphetamine dan lain-lain. Sementara contoh untuk zat adiktif psikotropika yaitu 1) Psikotropika golongan I meliputi ekstasi, lysergic acid diethylamide (LSD) dan dimetoksi alpha dimetil penetilamina (DOM); 2) Psikotropika golongan II meliputi sabu, matafeamin, amfetamin, dan fenetilin; 3) Psikotropika golongan III meliputi mogadon, bupropion, dan amobarbital; 4) Psikotropika golongan IV meliputi diazepam, nitrazepam, dan obat penenang (Mardin et al. 2022).

Zat adiktif yang sering disalahgunakan dikenal dengan sebutan NAPZA. NAPZA adalah kelompok obat yang terdiri dari jenis Narkotika, Psikotropika, dan bahan Zat Adiktif. NAPZA dapat terbuat dari bahan yang alami didapatkan, maupun sintetik, yaitu bersifat buatan. NAPZA digunakan dengan caramelalui mulut (oral), melalui hidung (dihirup), maupun disuntikkan melalui pembuluh darah. NAPZA dapat mempengaruhi pikiran, suasana hati dan perasaan, serta perilaku pemakainya. Sehingga pada akibatnya akan memiliki efek ketergantungan baik secara fisik maupun psikologis, diikuti kerusakan yang terjadi pada sistem saraf dan organ tubuh. Efek ketergantungan inilah yang kerap kali menyebabkan timbulnya penyalahgunaan NAPZA (Sianturi et al. 2022)

Hampir seluruh jenis NAPZA akan mengaktifkan sistem di dalam otak yang mengatur rasa. Dengan meningkatkan kadar dopamin di dalam otak, dimana dopamin ini berfungsi sebagai hormon sekaligus neurotransmitter yang memiliki peran penting dalam tubuh dan otak yaitu mengontrol rasa kesenangan. Apabila pengguna terus menggunakan NAPZA, otak akan terbiasa dengan kadar dopamin yang tinggi. Hal inilah yang mengakibatkan timbulnya rasa ketergantungan dan kecanduan terhadap penggunaan NAPZA (Sianturi et al. 2022).

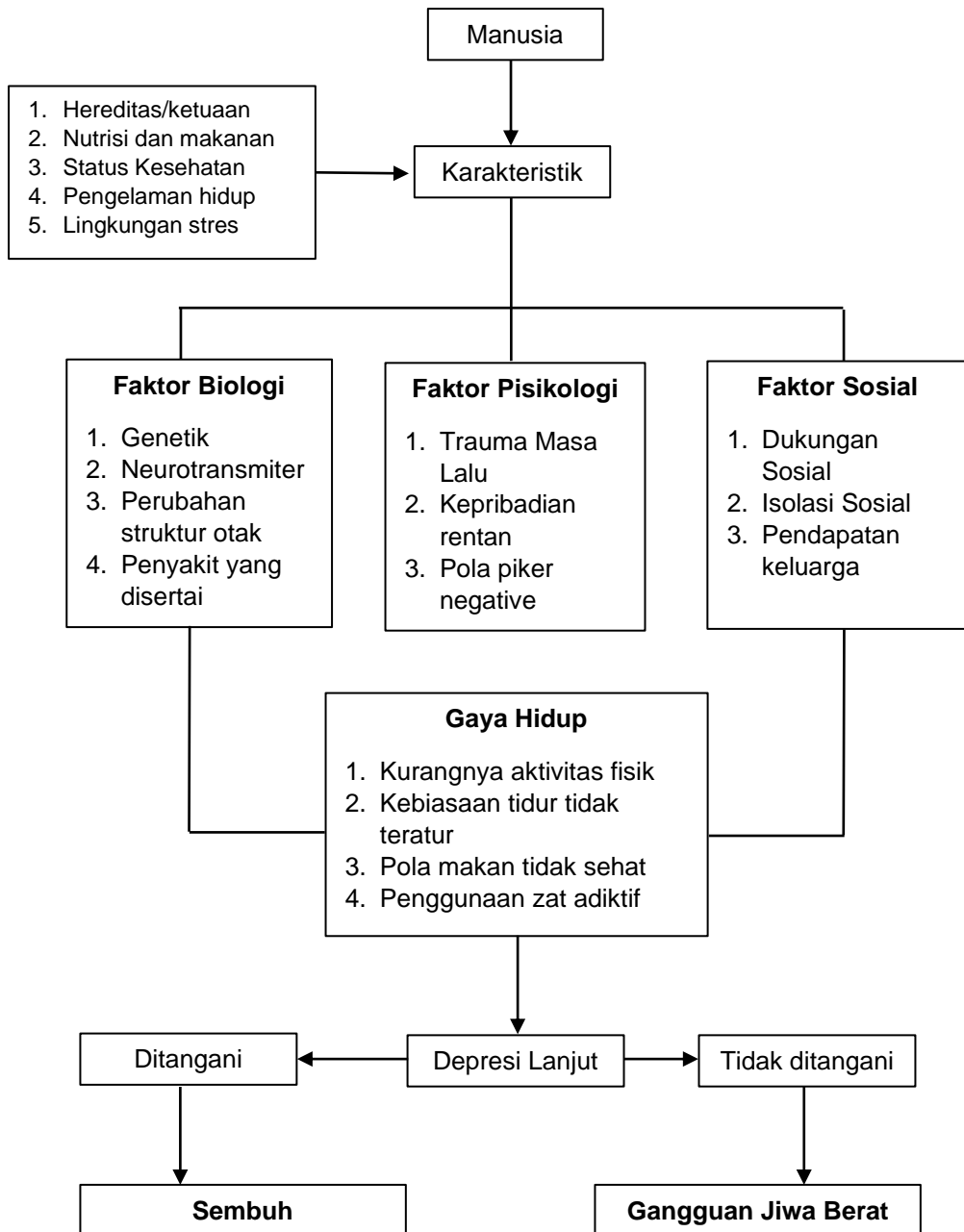
Selain golongan NAPZA, zat lain yang bersifat adiktif dan dekat dengan kehidupan kita sehari-hari yaitu rokok. Rokok berisi zat-zat adiktif yang dapat merangsang impuls di otak untuk mengatur atensi, suasana perasaan, dan jalan pikir seseorang. Bagi beberapa orang, merokok merupakan bentuk 'self medication' untuk melepaskan stres ataupun gejala depresi. Nikotin dari rokok secara biologis dapat menimbulkan pelepasan dopamin di otak sehingga menimbulkan rasa

rileks, hal ini yang membuat beberapa orang merokok untuk melepaskan rasa stres ataupun gejala depresi. Efek menenangkan pasca menghisap rokok ini bersifat sementara, sedangkan bila efek itu hilang maka orang tersebut merasa harus kembali menghisap rokok (Hisham and Biromo 2023)

Penggunaan zat adiktif, seperti narkotika, psikotropika, alkohol, dan tembakau, memiliki hubungan erat dengan gangguan kesehatan mental, termasuk depresi. Zat adiktif dapat mempengaruhi kimia otak dan sistem saraf pusat, yang berperan dalam mood, perilaku, dan emosi seseorang.

Gangguan penggunaan zat dan obat-obatan tertentu dapat berinteraksi dengan gejala depresi. Penyalahgunaan narkoba dapat menyebabkan perubahan pada struktur dan fungsi otak, sehingga membuat seseorang lebih mungkin mengalami kondisi kesehatan mental seperti depresi. Perubahan pada otak yang berkaitan dengan depresi juga dapat meningkatkan efek positif dari beberapa zat, sehingga membuat orang lebih mungkin mengalami gangguan penggunaan zat.

1.6. Kerangka Teori

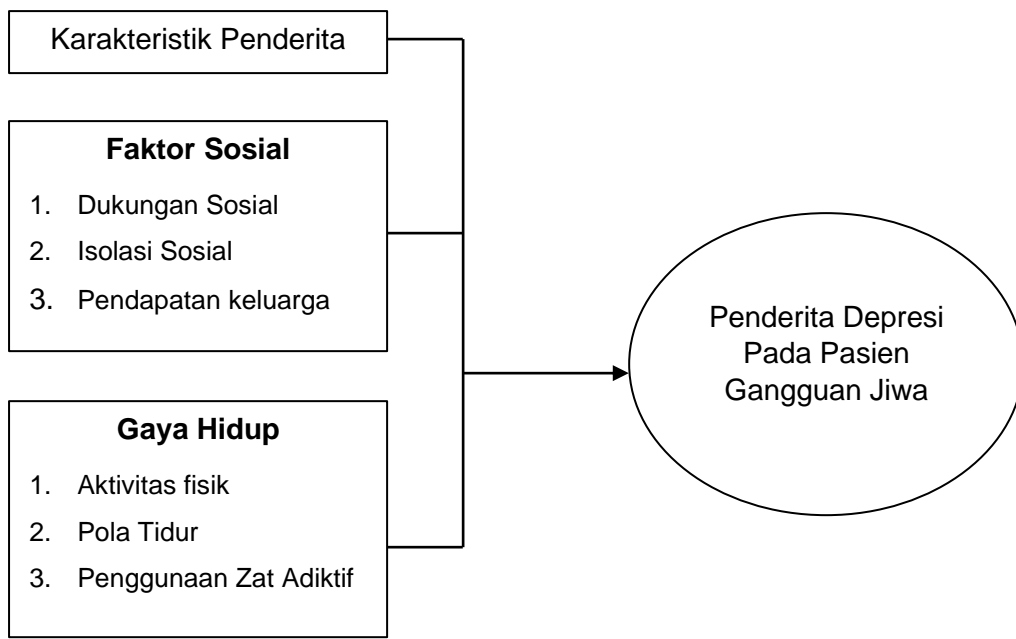


Gambar 1. Kerangka Teori

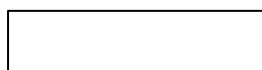
Sumber : (Maysyaroh 2019), (Riziana 2022),
(Mumang 2021)

1.7. Kerangka Konsep

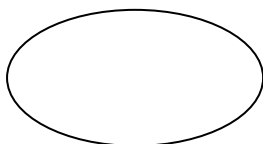
Adapun kerangka konsep dari penelitian ini secara sederhana digambarkan sebagai berikut :



Keterangan :



: Variabel Independen



: Variabel Dependen



: Antara Hubungan

Gambar 2. Kerangka Konsep

1.8. Hipotesis Penelitian

- 1.8. 1 Ada hubungan karakteristik responden terhadap kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar
- 1.8. 2 Ada hubungan dukungan sosial terhadap kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar
- 1.8. 3 Ada hubungan isolasi sosial terhadap kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar
- 1.8. 4 Ada hubungan pendapatan keluarga terhadap kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar
- 1.8. 5 Ada hubungan kurangnya aktivitas fisik terhadap kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar
- 1.8. 6 Ada hubungan pola tidur terhadap kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar
- 1.8. 7 Ada hubungan penggunaan zat adiktif terhadap kejadian depresi pada pasien gangguan kejiwaan di RSKD Dadi Kota Makassar

1.9. Definisi Oprasional dan Kriteria Objektif

Tabel 1. Definisi Oprasional dan Kriteria Objektif

No	Variabel	Devinisi Oprasional	Alat Ukur	Kreteria Objektif	Skala
Depresi					
1	Kejadian Depresi	Kejadian depresi pada pasien dengan gangguan jiwa didefinisikan sebagai kondisi terdiagnosis dengan gejala menetap, seperti suasana hati tertekan dan kehilangan minat, yang diukur menggunakan instrumen valid seperti GDS	Geriatric Depression Scale (GDS), 15 Item Pertanyaan, (Yuliari 2019b)	Depresi : apabila responden memperoleh skor ≥ 5 Normal : apabila responden memperoleh skor ≤ 4	Nominal

Karakteristik					
1.	Karakteristik Responden	Karakteristik responden yang diambil dalam penelitian ini mencakup jenis kelamin, usia, dan status perkawinan	Kuesioner	1. Jenis Kelamin a. Laki-laki b. Perempuan 2. Usia a. 17 – 45 tahun b. 46 – 59 tahun c. >60 tahun 3. Status Pernikahan a. Sudah Menikah b. Belum Menikah	Nominal
Faktor Sosial					
1.	Dukungan Sosial	Dukungan sosial adalah bantuan emosional, instrumental, informasi, dan evaluatif yang diberikan oleh keluarga, teman, atau komunitas. Dukungan ini membantu individu mengatasi stres dan menghadapi tantangan hidup dengan lebih baik.	Kuesioner Multidimensional Scale of Perceived Social Support. 12 item pertanyaan (Canty-Mitchell, J. & Zimet 2000)	1. Rendah : apabila responden memperoleh skor 1,0 – 5,0% total pertanyaan Tinggi : apabila responden memperoleh skor 5,1 – 7,0% total pertanyaan	Nominal

2.	Isolasi Sosial	Isolasi sosial dalam penelitian ini adalah kondisi terbatasnya interaksi dan dukungan sosial, diukur berdasarkan frekuensi komunikasi, keterlibatan sosial, dan perasaan kesepian.	Kuesioner Loneliness Scale. 12 Item Pertanyaan (Harahap 2023)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rendah : apabila responden memperoleh skor 0 – 5 total pertanyaan 2. Sedang : apabila responden memperoleh skor 6 – 10 total pertanyaan 3. Tinggi : apabila responden memperoleh skor 11 – 16 total pertanyaan 	Ordinal
3.	Sosial Ekonomi (Pendapatan Keluarga)	Pendapatan keluarga adalah jumlah total penghasilan yang diperoleh oleh seluruh anggota keluarga dalam satu rumah tangga dari berbagai sumber (gaji, usaha, bantuan sosial, dan lainnya) dalam satu bulan terakhir.	Kuesioner Sosial Ekonomi Rumah Tangga. 1 item pertanyaan (Malik 2024)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendapatan <ol style="list-style-type: none"> 1. Rendah : Apabila jawaban responden <UMP Provinsi Sulawesi Selatan 2. Tinggi : Apabila jawaban responden \geqUMP Provinsi Sulawesi Selatan 	Nominal

Faktor Gaya Hidup					
1.	Aktivitas Fisik	Aktivitas fisik adalah suatu gerak tubuh yang dilakukan oleh otot yang memerlukan energi untuk menyehatkan badan yang meliputi frekuensi, waktu, tipe dan jenis.	Kuesioner 10 item pertanyaan (Yuliari 2019)	<p>a Baik : nilai akumulasi <75%</p> <p>b Cukup : nilai akumulasi 50-75%</p> <p>c Kurang : nilai akumulasi >50%</p>	Ordinal
2.	Pola Tidur	Pola tidur adalah kebiasaan tidur yang mencakup durasi, waktu tidur, dan kualitas tidur seseorang, yang diukur berdasarkan jumlah jam tidur per hari dan frekuensi gangguan tidur.	Kuesioner Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). 7 item pertanyaan (Studi et al. 2022)	<p>a. Buruk : Apabila skor responden 7–14 dari total pertanyaan</p> <p>b. Baik : Apabila skor responden 15–28 dari total pertanyaan</p>	Nominal

3	Penggunaan Zat Adiktif	Penggunaan zat adiktif adalah konsumsi zat yang dapat menyebabkan ketergantungan fisik atau psikologis, seperti rokok, alkohol, narkotika, atau obat-obatan terlarang, yang dilakukan secara teratur (misalnya, lebih dari 3 kali dalam seminggu) atau berlebihan (misalnya, konsumsi yang melebihi jumlah yang dianjurkan oleh pedoman kesehatan atau dosis yang mengarah pada dampak negatif bagi kesehatan).	Kuesioner 5 item pertanyaan (Lasri 2018)	<p>Rendah : Jika skor responden 0-7 (Tidak ada atau sangat sedikit keterlibatan dengan zat adiktif)</p> <p>Tinggi : Jika skor responden ≥ 8 (Penggunaan cukup signifikan)</p>	Nominal
---	------------------------	---	--	---	---------

BAB II METODE PENELITIAN

2.1. Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan rancangan penelitian observasional analitik dengan pendekatan cross sectional. Penelitian *cross sectional* adalah salah satu jenis penelitian yang dilakukan hanya sekali pada satu waktu pengukuran atau mengobservasi data variabel independen meliputi karakteristik penderita, faktor sosial (Dukungan Sosial, Isolasi sosial dan pendapatan keluarga), faktor gaya hidup (Aktivitas fisik, pola tidur, dan penggunaan zat adiktif) dan variabel dependen (Penderita depresi pada pasien gangguan jiwa) secara bersamaan tanpa ada tindak lanjut saat post pengukuran data.

2.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Dadi Kota Makassar dari bulan Juli – September tahun 2025.

2.3. Populasi dan Sampel Penelitian

2.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien gangguan jiwa yang melakukan rawat jalan pada tahun 2024 di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Kota Makassar, sebanyak 16.478 orang.

2.3.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini terdiri dari sebagian pasien dengan kejadian depresi berjumlah 92 orang dan pasien non-depresi sebanyak 66 orang, sehingga total sampel adalah 158 responden. Seluruh responden merupakan pasien gangguan jiwa yang tercatat sebagai pasien rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Dadi Kota Makassar. Dalam penelitian ini, penentuan sampel ditentukan jika memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

1. Penderita kejadian depresi dan non depresi pada pasien gangguan jiwa yang tercatat di Rumah Sakit Jiwa Dadi Kota Makassar Tahun 2024.
2. Mampu berkomunikasi dengan baik
3. Berumur > 20 Tahun
4. Bersedia menjadi responden

b. Kriteria Eksklusi

1. Sampel penelitian yang mengalami sakit jiwa kronis dan tidak dapat berkomunikasi dengan baik
2. Penderita yang mengalami Kondisi Psikosis Aktif

c. Perhitungan Besar Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang menjadi objek penelitian (Surahman 2016). Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari penderita depresi pada pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Dadi Kota Makassar. Agar sampel yang diambil dapat dikatakan representatif maka dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan rumus sampel Lemeshow:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{f \cdot d^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan:

n : Jumlah sampel

- p : Perkiraan proporsi (0.4).
q : 1- p
d : Presisi absolut (8%) = 0,08
 $Z_{1-\alpha/2}$: Statistic Z (Z= 1.96 untuk $\alpha = 0.05$)
f : 1
N : 16.478

Berdasarkan rumus di atas, maka perhitungan jumlah sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{16.478 \times 1,96^2 \times 0,4 \times 0,6}{1 \times 0,08^2 (16.478 - 1) + 1,96^2 \times 0,4 \times 0,6}$$

$$n = \frac{16.478 \times 3,8416 \times 0,24}{0,0064 \times (16.478 - 1) + 3,8416 \times 0,24}$$

$$n = \frac{16.478 \times 0,921984}{0,05 \times 4528 + 0,921984}$$

$$n = \frac{15.195,9}{106,374784}$$

$$n = 142,8 = 143$$

Berdasarkan hasil perhitungan besar sampel diperoleh jumlah sampel sebanyak 143 responden. Untuk mengantisipasi kemungkinan kehilangan subjek penelitian selama proses pengumpulan data atau terjadinya drop-out, peneliti menambahkan sebesar 10% dari jumlah sampel yang telah dihitung menggunakan rumus:

$$N = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan:

- N : Besar Sampel
n : Jumlah Sampel per Kelompok
F : Perkiraan Proporsi *drop out* 10%

$$N = \frac{143}{1 - 0,10}$$

$$N = \frac{143}{0,9}$$

$$N = 158 \text{ sampel}$$

Berdasarkan perhitungan tersebut, jumlah sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah 158 sampel.

2.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel adalah suatu metode yang digunakan untuk menentukan besar sampel. Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel berupa simple random sampling

(SRS). Teknik ini merupakan teknik pengambilan sampel yang didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Adapun langkah pengambilan sampel sebagai berikut :

- a. Peneliti mengumpulkan data rekam medik dari penanggung jawab data penderita depresi pada gangguan jiwa
- b. Peneliti mengidentifikasi masing-masing penderita depresi pada rekam medik dan menetapkan penderita depresi yang memenuhi kriteria sampel penelitian.
- c. Peneliti merandom dengan menggunakan aplikasi secara acak dalam menentukan sampel pada penelitian.

2.4. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner terstruktur yang terdiri dari beberapa bagian, yaitu karakteristik responden, dukungan sosial, isolasi sosial, pendapatan keluarga, aktivitas fisik, pola tidur, dan penggunaan zat adiktif. Pengukuran kejadian depresi dilakukan menggunakan Geriatric Depression Scale (GDS) 15 item, yang terdiri dari 15 pertanyaan dengan pilihan jawaban “Ya” dan “Tidak”. Setiap item diberi skor 0 atau 1 sesuai dengan pedoman penilaian GDS, kemudian seluruh skor dijumlahkan untuk menentukan status depresi responden. Variabel dukungan sosial diukur menggunakan kuesioner skala Likert 7 poin yang menilai dukungan dari keluarga, teman, dan orang terdekat. Isolasi sosial diukur menggunakan kuesioner dengan 17 pernyataan tertutup dengan pilihan jawaban “Ya” dan “Tidak”. Pendapatan keluarga diukur berdasarkan rata-rata penghasilan keluarga per bulan yang dikategorikan dalam beberapa tingkat pendapatan. Aktivitas fisik diukur berdasarkan frekuensi dan jenis aktivitas yang dilakukan responden dalam kehidupan sehari-hari. Pola tidur diukur melalui pertanyaan mengenai kualitas, durasi, dan gangguan tidur. Penggunaan zat adiktif diukur berdasarkan riwayat penggunaan, jenis zat, usia pertama kali menggunakan, frekuensi, serta alasan penggunaan. Seluruh instrumen penelitian tercantum secara lengkap pada bagian lampiran.

2.5. Prosedur Penelitian

- 1.5.1 Peneliti mengurus izin penelitian dan memperoleh persetujuan etik (ethical clearance) dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- 1.5.2 Peneliti melakukan koordinasi dengan pihak Rumah Sakit Jiwa Dadi Kota Makassar terkait pelaksanaan penelitian dan akses data rekam medis.
- 1.5.3 Peneliti mengidentifikasi pasien gangguan jiwa rawat jalan tahun 2024 melalui data rekam medis sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
- 1.5.4 Peneliti melakukan pemilihan sampel penelitian menggunakan teknik purposive sampling hingga diperoleh jumlah sampel sebanyak 158 responden.
- 1.5.5 Peneliti menjelaskan tujuan dan prosedur penelitian kepada responden serta meminta persetujuan tertulis melalui informed consent.
- 1.5.6 Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara langsung menggunakan kuesioner penelitian kepada responden.
- 1.5.7 Data kejadian depresi diperoleh menggunakan instrumen Geriatric Depression Scale (GDS) dari rekam medis pasien.
- 1.5.8 Seluruh data yang diperoleh selanjutnya dilakukan pengolahan, analisis, dan interpretasi sesuai dengan metode yang telah ditetapkan.

2.6. Cara Pengumpulan Data

2.6.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang didapatkan dari sumber pertama, dalam hal ini diperoleh langsung dari informan dimana melalui wawancara langsung kepada responden pada penelitian ini dengan menggunakan kuesioner yang telah disiapkan. Pengambilan data primer dengan turun langsung ke responden atau penderita depresi dengan melakukan wawancara tatap muka.

2.6.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data terkait yang diperoleh dari data pasien yang terdiagnosa depresi yang diperoleh melalui rekam medis pasien dari hasil diagnosa dokter. Adapun data yang diperoleh melalui rekam medis pasien adalah data hasil pemeriksaan Patient Health Questionnaire-9. Data tersebut untuk menentukan bahwa responden memiliki riwayat gangguan depresi atau tidak.

Dalam penelitian ini, peneliti mendapatkan data sekunder dari petugas rekam medis dan petugas kesehatan. Data rekam medis yang diperoleh diinput oleh peneliti sesuai dengan responden yang telah diwawancarai.

2.7. Etik Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan setelah mendapatkan surat keterangan lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin

2.8. Pengolahan Data

Data diolah menggunakan software Microsoft Excel dan perangkat lunak statistik STATA. Adapun pengolahan data dilakukan dengan cara berikut :

1.8.1 Editing

Data yang diperoleh dicek kembali untuk memastikan data tersebut telah benar dan sesuai dengan pertanyaan yang ada pada kuesioner

1.8.2 Coding

Setelah data diedit selanjutnya memasuki tahap coding. Data yang terkumpul dan selesai diedit selanjutnya diberikan kode pada setiap variabelnya

1.8.3 Entry/Input Data

Setelah melakukan coding lalu dilakukanlah entry/input data. Pada tahap ini data diinput berdasarkan nomor responden yang ada dalam kuesioner.

1.8.4 Cleaning Data

Setelah melalui tiga tahap sebelumnya selanjutnya melakukan cleaning data. Semua data responden dimasukkan dilakukanlah koreksi apabila terdapat kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya. Apabila ada data disetiap variable tersebut yang ditemukan eror dibersihkan dengan menginput data yang benar.

2.9. Analisis Data

Data dianalisis menggunakan program STATA "Statistic" dan "Data" untuk memudahkan dalam mendeskripsikan dan menginterpretasi data yang telah diolah sehingga diperoleh arti dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Analisis data dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1.9.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap Karakteristik responden, dukungan sosial, isolasi sosial, pendapatan keluarga, aktivitas fisik, pola tidur, dan penggunaan zat adiktif. Analisis univariat dilakukan terhadap seluruh variabel penelitian untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel serta mempermudah pelaksanaan analisis bivariat. Hasil analisis univariat kemudian disajikan dalam bentuk tabel distribusi.

1.9.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen (Karakteristik responden, dukungan sosial, isolasi sosial, pendapatan keluarga, aktivitas fisik, pola tidur, dan penggunaan zat adiktif), dan variabel dependen (penderita depresi pada pasien gangguan jiwa). Data disajikan dalam bentuk tabulasi silang (Cross Tabulation) dengan uji statistik Chi-Square dan uji Fisher. Pengambilan keputusan pada uji chi-square dilakukan dengan memperhatikan nilai signifikansi. Uji signifikansi menggunakan batas kemaknaan $\alpha = 0,05$ dengan

tingkat kepercayaan 95%. Apabila nilai signifikansi lebih besar dari 0,05, maka tidak terdapat hubungan yang bermakna sehingga hipotesis nol (H_0) diterima dan hipotesis alternatif (H_a) ditolak, yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen.

1.9.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik, dengan alasan variabel dependen yaitu kejadian depresi bersifat kategorik (dikotom). Analisis ini bertujuan untuk mengetahui hubungan beberapa variabel independen secara simultan terhadap kejadian depresi serta menentukan variabel yang paling dominan setelah dikontrol oleh variabel independen lainnya. Variabel independen yang dimasukkan ke dalam model multivariat adalah variabel yang memiliki nilai p-value $\leq 0,25$ pada analisis bivariat sebagai variabel kandidat, untuk menghindari dikeluarkannya variabel yang berpotensi berperan sebagai faktor perancu (confounder). Selanjutnya, pada analisis multivariat digunakan tingkat kemaknaan statistik p-value $\leq 0,05$ untuk menentukan variabel yang berhubungan secara signifikan dengan kejadian depresi

2.10. Penyajian Data

Data kuantitatif yang telah dianalisis disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan tabulasi silang (*Cross Tabulation*). Setiap penyajian yang dihasilkan dilengkapi dengan narasi, sehingga data-data yang disajikan mudah untuk dipahami, penyajian data menggunakan table 2x2 sebagai berikut :

Tabel 2. Kontingensi 2x2 pada penelitian *Cross sectional*

Faktor Risiko	Depresi	Tidak Depresi	Jumlah
Terpapar	a	b	a + b
Tidak Terpapar	c	d	c + d
Jumlah	a + c	B + d	a + b + c + d

Keterangan :

- a. Jumlah responden yang terpapar faktor risiko dan mengalami depresi
- b. Jumlah responden yang terpapar faktor risiko dan tidak mengalami depresi
- c. Jumlah responden yang tidak terpapar faktor risiko tetapi mengalami depresi
- d. Jumlah responden yang tidak terpapar faktor risiko dan tidak mengalami depresi