

PENGARUH KONDISI KESEHATAN LINGKUNGAN DAN SOSIAL EKONOMI TERHADAP KESEHATAN MENTAL DI INDONESIA

The Impact of Environmental Health and Socio-economic Condition on Mental Health in Indonesia

Ika Dharmayanti¹, Dwi Hapsari Tjandrarini¹, Puti Sari Hidayangsih¹, Olwin Nainggolan¹

¹Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Jakarta
Email: ika_skm@yahoo.com

Diterima: 23 Juli 2018; Direvisi: 6 Agustus 2018; Disetujui: 28 September 2018

ABSTRACT

Conditions of housing and residential environment are one of the factors that cause mental emotional disorder. This is related to the quality of residential environment and socio-economic conditions of the community. Residential environment derived from variabels of healthy housing, overcrowding, and residence area. Social economy was a combination of economic quintile, housing ownership, subsidized rice for the poor programmed and healthcare for the poor. Family history of mental disorders and the search for medical treatment was also been studied. The aim of this analysis was to find the relationship between residential environment and economic status as well as family history of mental emotional condition and the pursuit for medical treatment among population aged 15 years old and over. To measure mental emotional was Self Reporting Questioner (SRQ) consisted of 20 items in Riskesdas 2013 instrument. The results showed the relationship between residential environment and economic status of individual mental health. A history of mental disorders in the family also contributes to improving mental health disorders. Housing environment is a dominant factor associated with mental disorders. People who has a mental illness family member has a risk of 4,5 times experiencing mental disorders. Therefore, government support was needed to provide a decent, affordable and healthy housing for the poor.

Keywords: Residential, economic status, mental emotional

ABSTRAK

Kondisi perumahan dan lingkungan permukiman merupakan salah satu faktor yang menyebabkan gangguan kesehatan mental emosional. Hal ini terkait dengan kualitas lingkungan permukiman dan kondisi sosial ekonomi masyarakat. Kondisi permukiman meliputi variabel rumah sehat, kepadatan hunian dan wilayah tempat tinggal. Sosial ekonomi merupakan kombinasi dari indeks kepemilikan, kepemilikan rumah, pemberian beras miskin dan fasilitas kesehatan gratis. Selain itu, riwayat keluarga yang memiliki gangguan jiwa dan upaya pencarian pengobatan untuk mengobati gangguan kesehatan mental yang diderita juga dianalisis. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat hubungan antara kondisi lingkungan permukiman dan status sosial ekonomi serta riwayat keluarga dengan kesehatan mental emosional, dan upaya pencarian pengobatan gangguan mental penduduk usia 15 tahun ke atas. Pengukuran kesehatan mental menggunakan *Self Reporting Questioner (SRQ)* yang berisi 20 butir pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner Riskesdas 2013. Hasil analisis menunjukkan bahwa adanya hubungan antara kondisi lingkungan permukiman dan status sosial ekonomi terhadap kesehatan mental individu. Lingkungan rumah merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan gangguan kesehatan mental. Seseorang yang tinggal bersama anggota rumah tangga yang mengalami gangguan jiwa berat mempunyai risiko 4,5 kali mengalami gangguan mental emosional. Oleh karena itu, perlu dukungan pemerintah untuk menyediakan permukiman yang layak, terjangkau dan sehat bagi masyarakat menengah ke bawah.

Kata kunci: Permukiman, status ekonomi, mental emosional

PENDAHULUAN

Permukiman sehat merupakan tempat tinggal permanen yang memenuhi standar suatu bangunan tempat tinggal yang layak, dan berfungsi sebagai tempat

berlindung, beristirahat, dan tempat pembinaan anggota keluarga agar tercipta kehidupan penghuni yang sehat secara fisik, mental, dan sosial (Sukowiyono, Mulyadi and Maringka, 2012; Gascon *et al.*, 2016).

American Public Health (APHA) menyatakan persyaratan rumah sehat yaitu apabila memenuhi kebutuhan fisik dasar (temperatur, penerangan, ventilasi, dan kebisingan), memenuhi kebutuhan kejiwaan (mental), dapat melindungi penghuninya dari penularan penyakit dan terjadinya kecelakaan (Fukuzawa and Karnas, 2015; Subagijo and Poerwadibroto, 2016). Tempat tinggal harus bersih dan aman, berventilasi baik, bebas hama, dan kontaminan, serta memiliki temperatur ruang dan penerangan yang cukup (Subagijo and Poerwadibroto, 2016; Wahowiak, 2016).

Berdasarkan data Riskesdas 2010, persentase rumah sehat di Indonesia hanya sebesar 24,9% (Kemenkes B, 2010), dengan kriteria rumah sehat yang digunakan mencakup tujuh variabel, yaitu: atap berplafon, dinding permanen, lantai bukan tanah, tersedia jendela, ventilasi dan pencahayaan alami cukup, dan tidak padat huni ($\geq 8 \text{ m}^2/\text{orang}$). Tiga provinsi dengan persentase rumah sehat paling rendah yaitu Nusa Tenggara Timur (7,5%), Lampung (14,1%) dan Sulawesi Tengah (16,1%).

Kondisi rumah yang tidak sesuai dengan persyaratan, dapat menimbulkan gangguan kesehatan; baik berupa penyakit fisik maupun mental. Tempat tinggal yang tidak nyaman, terkait dengan lingkungan dan fisik bangunan rumah, dapat menyebabkan GME yang dapat berkembang menjadi sakit jiwa. Kondisi lingkungan yang dapat menyebabkan GME yaitu tinggal di permukiman padat penduduk, daerah kumuh, ventilasi yang buruk, bangunan rumah yang rusak, dinding rumah yang lembab dan berjamur, hingga keberadaan hama (tikus, mencit, semut, kelelawar, dll) di rumah dapat menyebabkan kecemasan hingga gangguan jiwa (Zainal *et al.*, 2012; Barners *et al.*, 2013; Liddell and Guiney, 2015).

Selain itu, buruknya kondisi lingkungan sosial juga dapat mempengaruhi kesehatan mental seseorang. Faktor lingkungan sosial seperti kondisi ekonomi, buruknya hubungan dengan pemilik rumah sewa, mahalnya biaya perbaikan perumahan dan kekhawatiran akan penggusuran dapat berakibat pada GMNE (Novoa *et al.*, 2015). Demikian juga jenis pekerjaan, budaya, *stressor* psikososial juga dapat

mempengaruhi GME (World Health Organization, 2014b).

Gangguan mental emosional (GME) adalah keadaan dimana seseorang mengalami gangguan psikologis, yang apabila terus berlanjut dapat menyebabkan kondisi patologis sehingga perlu dilakukan pengobatan untuk menjaga kesehatan jiwa. GME kadang disebut juga distres psikologik dan distres emosional. Gangguan mental ringan memiliki gejala seperti murung, kecemasan, tidak bersemangat dan mudah panik. Sedangkan gangguan mental berat ditandai dengan menurunnya kemampuan berpikir, tidak mampu membedakan antara imajinasi dan realitas, kadangkala memiliki keinginan untuk bunuh diri (Dewi, 2012). Berdasarkan data Riskesdas tahun 2007, prevalensi GME paling banyak ditemui di provinsi DKI Jakarta (20,3 permil), Aceh (18,5 permil) dan Sumatera Barat (16,7 permil) (Kemenkes B, 2008). Berdasarkan Riskesdas tahun 2013, GME tertinggi ditemui di provinsi DI Yogyakarta dan Aceh (2,7 permil), serta Sulawesi Selatan (2,6 permil) (Kemenkes, 2013). Persentase GME penduduk Indonesia umur ≥ 15 tahun, berdasarkan data Riskesdas 2007 dan 2013 adalah 11,6% dan 6,0% (Kemenkes B, 2013). Untuk deteksi dini GME menggunakan *Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20)* dari WHO yang biasadigunakan untuk memantau kondisi emosional seseorang.

Komponen rumah dan sarana sanitasi memiliki peran dalam menurunkan terjadinya GME di rumah. Hal ini terkait dengan kenyamanan dan kebahagiaan penghuni karena tempat tinggal layak untuk ditempati. Komponen ketiga juga berperan penting dalam menurunkan GME, karena dengan perilaku hidup sehat, penghuni rumah bukan hanya terhindar dari penyakit fisik tetapi juga penyakit pikiran. Menurut Fredouille, kondisi rumah yang sehat dan layak, maka akan terbentuk keluarga yang sehat yang akan menjamin kesehatan mental penghuninya (Fredouille, Laporte and Mesbah, 2009). Dalam rumah yang penuh sesak dan lingkungan yang buruk (kumuh) dapat menyebabkan GME (Shaw, 2004). Berdasarkan uraian di atas, studi ini ingin melihat kondisi permukiman dan faktor sosial ekonomi terhadap kondisi mental

masyarakat Indonesia. Selain itu, untuk upaya pencarian pengobatan dalam mengatasi GME, yang dihubungan dengan kondisi lingkungan permukiman dan satus sosialnya.

BAHAN DAN CARA

Studi ini menggunakan sumber data Riskesdas 2013. Desain penelitian Riskesdas menggunakan rancangan *cross-sectional* (potong lintang) dengan metode survei di 33 provinsi di Indonesia. Unit analisis menggunakan total responden berusia ≥ 15 tahun yang menjadi sampel Riskesdas 2013. Total sampel berumur ≥ 15 tahun sebanyak 722.329 orang. Data GME diperoleh berdasarkan jawaban responden pada pertanyaan SRQ-20. Nilai *cut off* (batas pisah) SRQ-20 adalah 6, yaitu apabila responden menjawab "Ya" minimal pada enam pertanyaan SRQ, maka diindikasikan mengalami stress atau GME. Untuk deteksi dini GME, setiap butir pertanyaan SRQ bernilai sama. Nilai *cut off* 5/6 merupakan hasil validasi yang dilakukan oleh Ganihartono (Ganihartono, 1996). Data GME diklasifikasikan menjadi normal (nilai SRQ = 0), memiliki keluhan GME (nilai SRQ = 1 – 5) dan GME (nilai SRQ ≥ 6). Untuk mengetahui karakteristik masyarakat yang menderita GME, variabel yang dianalisis meliputi usia, jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan.

Dalam penelitian ini, penilaian rumah sehat berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Rumah Sehat, dan Pedoman Teknis Penilaian Rumah Sehat, karena selain menilai kondisi fisik rumah dan sarana sanitasi; juga akan menilai perilaku penghuni rumah. Kriteria rumah sehat dibentuk dari kumpulan pertanyaan yang berasal dari kuesioner Rumah Tangga Riskesdas 2013 (RKD13.RT). Variabel rumah sehat diperoleh dari: kelompok komponen rumah, yang terdiri dari langit-langit, dinding, lantai, jendela kamar tidur, jendela ruang keluarga dan ruang tamu, ventilasi, sarana pembuangan asap dapur, dan pencahayaan; kelompok sarana sanitasi, yang terdiri dari:

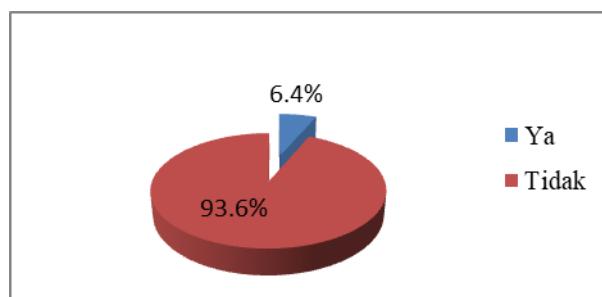
sarana air bersih, pembuangan kotoran, air limbah dan sampah; kelompok perilaku penghuni, yang terdiri dari membuka jendela kamar tidur dan ruang keluarga, membersihkan rumah dan halaman, serta membuang sampah (Depkes RI, 2002). Variabel permukiman diklasifikasikan menjadi permukiman tidak sehat, permukiman kurang sehat, dan permukiman sehat.

Setelah diperoleh hasil dari tiap kelompok komponen, kemudian dilakukan pembobotan pada masing-masing kelompok. Penjumlahan dari tiga kelompok tersebut merupakan hasil penilaian rumah sehat (rumah sehat dan tidak sehat). Kemudian, dibentuk variabel permukiman dari penjumlahan variabel rumah sehat, kepadatan hunian (luas rumah per orang) dan kondisi wilayah tempat tinggal (kumuh dan tidak kumuh). Status sosial ekonomi masyarakat diperoleh dari kombinasi status kepemilikan rumah (bebas sewa, kontrak/sewa dan milik sendiri), indeks kepemilikan yang digunakan dalam laporan Riskesdas, pemberian beras miskin (raskin), dan pelayanan kesehatan gratis. Status sosial ekonomi diklasifikasikan menjadi strata ekonomi rendah dan strata ekonomi tinggi. Pemilihan variabel pembentuk status sosial ekonomi berdasarkan besarnya pengaruh status ekonomi dan status kepemilikan rumah terhadap GME. Kemungkinan peran genetik dilihat dari keberadaan anggota rumah tangga (ART) lain yang mengalami gangguan jiwa di rumah. Pertanyaan tentang keluarga dengan gangguan jiwa diperoleh dari kuesioner rumah tangga pada Riskesdas 2013. Kriteria ini turut dimasukkan dalam penelitian, karena faktor biologis (genetik) merupakan kondisi yang mempengaruhi GME. Variabel pencarian pengobatan GME merupakan upaya dalam melakukan pengobatan ke fasilitas kesehatan maupun ke tenaga kesehatan. Variabel ini turut diperhitungkan dalam analisis, untuk mengetahui banyaknya penderita GME yang melakukan pengobatan, karena umumnya penderita GME tidak mendapatkan perawatan dan pengobatan gangguan dengan benar. Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat, serta multivariat.

HASIL

Berdasarkan data Riskesdas 2013, sekitar 46.008 orang (6,4%) individu yang

berusia ≥ 15 tahun mengalami gangguan kesehatan mental emosional orang (Gambar 1).



Gambar 1. Persentase gangguan kesehatan mental emosional

Berdasarkan kelompok umur terlihat pada umur lanjut usia lebih banyak mengalami GME dibandingkan kelompok umur yang lebih muda. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin sedikit mengalami gangguan mental emosional (Tabel 1). Hal ini mungkin berkaitan dengan status pekerjaan, penduduk yang bekerja sebagai pegawai atau wiraswasta juga lebih

sedikit mengalami GME. Orang yang mengalami cerai atau hidup terpisah cenderung mempunyai persentase tinggi mengalami GME, dibandingkan orang yang belum menikah, menikah, atau hidup bersama. Kelompok laki-laki mempunyai persentase lebih tinggi mengalami GME dan mengeluhkan gejala-gejala gangguan dibandingkan kelompok perempuan.

Tabel 1. Distribusi proporsi gangguan mental emosional berdasarkan karakteristik demografi

Karakteristik	GME						N
	Normal		Keluhan GME		GME		
	n	%	n	%	n	%	
Umur							
15-25 tahun	115.070	68,2	39.260	26,1	7.367	5,7	161.697
26-60 tahun	291.156	59,8	162.081	34,4	25.139	5,8	478.376
61+ tahun	38.538	46,3	34.319	42,1	9.399	11,7	82.256
Pendidikan							
Tidak sekolah-tamat SD	192.442	54,7	129.503	37,1	26.808	8,2	348.753
Tamat SMP-SLTA	216.399	65,1	92.815	29,9	13.791	5,1	323.005
Tamat D1-D3/PT	35.923	71,0	13.342	26,2	1.306	2,8	50.571
Pekerjaan							
Tidak bekerja	173.669	57,9	96.247	33,7	22.063	8,4	291.979
Petani/nelayan/buruh/ lainnya	152.610	60,0	88.312	34,4	13.687	5,6	254.609
Pegawai/wiraswasta	118.485	65,4	51.101	30,3	6.155	4,2	175.741
Status Perkawinan							
Belum menikah	119.540	70,0	39.265	24,3	7.930	5,7	166.735
Menikah/hidup bersama	298.498	58,9	173.104	35,2	27.160	5,9	498.762
Cerai mati/hidup	25.247	45,8	22.266	41,7	6.536	12,5	54.049
Hidup terpisah	1.479	49,6	1.025	38,7	279	11,7	2.783
Jenis Kelamin							
Perempuan	231.125	65,3	101.440	29,8	15.258	4,9	347.823
Laki	213.639	56,0	134.220	36,2	26.647	7,8	374.506

Hasil analisis GME terhadap karakteristik lingkungan dan sosial, berdasarkan jenis permukiman, status sosial ekonomi, lokasi tempat tinggal dan adanya ART di rumah dengan gangguan jiwa.

Persentase tinggi mengalami GME terlihat pada kelompok pemukiman tidak sehat dan status ekonomi rendah. Persentase masyarakat sehat (normal) yang tinggal di permukiman sehat lebih besar dibandingkan

di permukiman kurang sehat dan tidak sehat (Tabel 2). Begitu juga dengan keluhan GME lebih banyak pada kelompok masyarakat yang tinggal di permukiman tidak sehat. Orang yang tinggal di perkotaan lebih banyak mengalami GME, hal ini terkait dengan tekanan hidup di perkotaan lebih besar dibandingkan di perdesaan. Persentase tinggi

juga terlihat pada rumah tangga yang memiliki anggota rumah tangga mengalami gangguan jiwa berat. Dengan adanya kesamaan persentase tinggi antara gangguan kesehatan mental dan keluhannya, kemungkinan besar keluhan GME akan dapat berkembang menjadi GME.

Tabel 2. Distribusi proporsi gangguan mental emosional berdasarkan karakteristik lingkungan fisik dan sosial

Karakteristik	Gangguan mental emosional						N
	Normal		Keluhan GME		GME		
	n	%	n	%	n	%	
Permukiman							
Permukiman sehat	29.772	70,9	10.159	25,4	1.307	3,7	41.238
Permukiman kurang sehat	399.848	60,5	215.356	33,2	38.228	6,3	653.432
Permukiman tidak sehat	15.144	51,4	10.145	38,8	2.370	9,9	27.659
Status Sosial-ekonomi							
Sosial-ekonomi tinggi	272.923	63,4	127.723	31,3	19.377	5,4	420.023
Sosial-ekonomi rendah	171.841	56,3	107.937	35,8	22.528	7,9	302.306
Tempat tinggal							
Pedesaan	235.099	61,2	130.407	32,9	23.092	5,9	388.598
Perkotaan	209.665	60,0	105.253	33,1	18.813	6,8	333.731
Keluarga dengan Gangguan Jiwa							
Tidak ada	441.358	60,9	232.613	33,0	39.704	6,1	713.675
Ada	3.406	37,8	3.047	37,3	2.201	24,9	8.654

Dari Tabel 3 terlihat bahwa upaya pencarian pengobatan pada penduduk dengan GME masih sangat rendah. Hampir tidak ada perbedaan persentase orang yang mengalami GME mencari pengobatan. Kelompok masyarakat yang tinggal di permukiman sehat dan kurang sehat cenderung melakukan pengobatan terhadap GME yang dialami,

dibandingkan kelompok masyarakat yang tinggal di permukiman tidak sehat. Sebanyak 40% penduduk yang berupaya melakukan pengobatan pada GME yang diderita, dan itu terjadi pada penduduk yang mempunyai ART lain yang mengalami gangguan jiwa di rumah (Tabel 3).

Tabel 3. Distribusi proporsi pencarian pengobatan pada penduduk dengan gangguan mental emosional berdasarkan karakteristik lingkungan fisik dan sosial

Variabel	Gangguan mental emosional								N	
	Keluhan GME				GME					
	Berobat		Berobat		Tidak		Tidak			
	%	n	%	n	%	n	%	n		
Permukiman										
Permukiman sehat	86,6	8.566	13,4	1.593	73,1	898	26,9	409	11.466	
Permukiman kurang sehat	85,9	184.691	14,1	30.665	72,3	27.133	27,7	11.095	253.584	
Permukiman tidak sehat	87,7	8.921	12,3	1.224	74,9	1.801	25,1	569	12.515	
Status Sosial-ekonomi										
Sosek tinggi	85,8	109.196	14,2	18.527	72,2	13.481	27,8	5.896	147.100	
Sosek rendah	86,3	92.982	13,7	14.955	72,7	16.351	27,3	6.177	109.244	
Tempat tinggal										
Pedesaan	85,6	111.940	14,4	18.467	70,6	16.412	29,4	6.680	153.499	
Perkotaan	86,4	90.238	13,6	15.015	74,0	13.420	26,0	5.393	124.066	

Lanjutan Tabel 3. Distribusi proporsi pencarian pengobatan

Variabel	Gangguan mental emosional											
	Keluhan GME					GME						
	Berobat		Berobat		Tidak	Tidak		Ya		N		
	%	n	%	n		%	n	%	n			
Keluarga dengan ART												
Gangguan Jiwa												
Tidak ada	86,0	199.579	14,0	33.034	73,1	28.501	26,9	11.203	272.317			
Ada	84,0	2.599	16,0	448	59,6	1.331	40,4	870	5.248			

Tabel 4. Hasil uji multivariabel

Variabel	Gangguan Mental Emosional (%)		n	sig	OR	95% CI
	Tidak	Ya				
Permukiman						
Permukiman sehat	96,3	3,7	41.238	0,00	1,00	
Permukiman kurang sehat	93,7	6,3	653.432	0,00	1,31	1,24 – 1,38
Permukiman tidak sehat	90,1	9,9	27.659	0,00	1,91	1,79 – 2,04
Status Sosial-ekonomi						
Sosial-ekonomi tinggi	94,6	5,4	420.023	0,00	1,00	
Sosial-ekonomi rendah	92,1	7,9	302.306	0,00	1,26	1,24 – 1,29
Keluarga dengan Gangguan Jiwa						
Tidak ada	93,9	6,1	713.675	0,00	1,00	
Ada	75,1	24,9	8.654	0,00	4,46	4,24 – 4,68
Pendidikan						
Tamat D1-D3/PT	97,2	2,8	50.571	0,00	1,00	
Tamat SMP-SLTA	94,9	5,1	323.005	0,00	1,46	1,38 – 1,55
Tidak sekolah-tamat SD	91,8	8,2	348.753	0,00	2,35	2,21 – 2,49
Pekerjaan						
Pegawai/wiraswasta	95,8	4,2	175.741	0,00	1,00	
Petani/nelayan/buruh/ lainnya	94,4	5,6	254.609	0,00	0,92	0,89 – 0,95
Tidak bekerja	91,6	6,4	291.979	0,00	1,68	1,64 – 1,73

Hasil analisis pada Tabel 4 menunjukkan hubungan GME dengan status permukiman, status sosial ekonomi, pendidikan, pekerjaan, dan keberadaan anggota rumah tangga yang mengalami gangguan jiwa berat. Faktor-faktor tersebut saling mengontrol. Penduduk yang tinggal di lingkungan permukiman tidak sehat mempunyai risiko 1,9 kali dibandingkan penduduk yang tinggal di permukiman sehat untuk mengalami GME. Penduduk dengan status sosial ekonomi rendah mempunyai risiko 1,3 kali, sedangkan keberadaan ART lain dengan gangguan jiwa meningkatkan risiko 4,5 kali untuk menimbulkan gangguan kesehatan mental emosional. Faktor dominan pada pendidikan, penduduk yang tidak sekolah atau hanya tamat SD mempunyai risiko 2 kali untuk mengalami GME. Penduduk yang tidak bekerja berisiko 1,7 kali untuk mengalami GME dibandingkan

penduduk yang bekerja sebagai pegawai atau wiraswasta.

PEMBAHASAN

Hasil analisis menunjukkan bahwa 6,4% masyarakat Indonesia yang mengalami GME. Persentase ini lebih kecil dibandingkan hasil sistematis literatur review di 63 negara, yaitu sebesar 17,6% yang teridentifikasi mengalami gangguan kesehatan mental (Steel et al., 2014). Berdasarkan data WHO, Indonesia merupakan negara dengan gangguan depresi ke empat dan kecemasan ke lima di dunia (World Health Organization, 2014a; McPhillips, 2016). Hasil analisis ini merupakan gambaran umum kejadian GME di masyarakat, sehingga bisa saja hasilnya lebih kecil dibandingkan penelitian yang khusus menangani gangguan mental. Akan tetapi, angka 6,4% harus tetap diwaspadai,

karena kemungkinan GME akan semakin memburuk apabila kondisi di masyarakat terkait dengan permasalahan yang menyebabkan GME tidak ditanggulangi dengan baik.

Hasil analisis statistik menunjukkan, proporsi penduduk yang mengalami GME pada permukiman tidak sehat dan permukiman kurang sehat masih cukup tinggi. Hal ini disebabkan tempat tinggal dirasakan tidak aman, tidak nyaman dan tidak layak untuk ditinggali karena berada di lingkungan kumuh sehingga seseorang menjadi stres, cemas, perasaan panik dan depresi. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa kondisi permukiman dapat mempengaruhi GME seseorang. Penelitian yang dilakukan di Inggris dan Australia, menyatakan bahwa kondisi perumahan dan kepemilikan rumah dapat mengakibatkan gangguan kesehatan mental seseorang (Mason et al., 2013; Pevalin et al., 2017). Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa masalah perumahan dapat berdampak negatif terhadap kesehatan mental seseorang. Sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan di Malaysia dan Inggris oleh Zainal et al., Barners et al., dan Liddell & Guiney, menyatakan bahwa kondisi fisik perumahan bisa berdampak pada kesehatan mental yang terkait dengan kecemasan dan depresi seseorang (Zainal et al., 2012; Barners et al., 2013; Liddell & Guiney 2015).

Kondisi permukiman tidak sehat memiliki risiko 1,9 kali untuk mengakibatkan gangguan kesehatan mental emosional penghuninya. Tingginya risiko gangguan kesehatan mental emosional masyarakat pada permukiman tidak sehat, dikarenakan masyarakat yang tinggal di permukiman tidak sehat merasa tidak nyaman dengan kondisi permukiman mereka sehingga menimbulkan GME (Novoa et al., 2015). Apabila keadaan ini terus berlanjut, maka mungkin akan menyebabkan gangguan jiwa yang nantinya akan berdampak pada kehilangan pekerjaan, kesulitan dalam membiayai kebutuhan hidup, dan pengobatan hingga menyebabkan kehilangan rumah tinggal. Pada akhirnya, dapat menjadi kerugian berganda yaitu gangguan kesehatan mental, kondisi permukiman yang buruk, dan

kehilangan pekerjaan (World Health Organization, 2013).

Kemampuan dalam memperoleh permukiman yang sehat dan layak untuk ditinggali, terkait erat dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Masyarakat yang berpenghasilan rendah tidak mampu memenuhi kebutuhan perumahan, sehingga tinggal dengan kondisi yang kurang layak dan menumbuhkan lingkungan permukiman kumuh. Gambaran permukiman kumuh erat kaitannya dengan keadaan permukiman yang tidak layak huni, tingkat kepadatan yang tinggi, kualitas bangunan dengan sarana dan prasarana yang tidak memenuhi syarat (Republik Indonesia, 2011). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Andina dan Evans, kelompok masyarakat yang berisiko mengalami gangguan kesehatan mental, salah satunya adalah kelompok masyarakat miskin (Andina, 2013; Evans, 2016). Hal ini sejalan dengan hasil studi, bahwa kelompok masyarakat dari status sosial ekonomi rendah, lebih berisiko 1,3 kali mengalami gangguan mental emosional dibandingkan status sosial ekonomi tinggi. Keadaan ini disebabkan oleh kondisi masyarakat yang secara ekonomi tidak aktif, merasa kurang bahagia sehingga mungkin mengalami gangguan kesehatan mental yang serius.

Ditinjau dari riwayat keturunan gangguan jiwa dalam keluarga, keberadaan anggota lain yang mengalami gangguan jiwa, meningkatkan risiko 4,5 kali seseorang yang tinggal satu rumah tangga mengalami gangguan kesehatan mental. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa individu dengan gangguan kesehatan jiwa, memiliki anggota keluarga yang juga mengalami gangguan jiwa (Wahyuningsih, 2015; Hermiaty and Harahap, 2018). Menciptakan suasana dalam keluarga yang nyaman merupakan hal penting karena dapat mempengaruhi kesehatan mental seseorang. Riwayat gangguan jiwa dalam keluarga, tidak selalu merupakan penyakit menurun dalam keluarga. Kelainan kesehatan mental hanya akan terjadi apabila terjadi interaksi antara gen abnormal dengan faktor-faktor pemicu lainnya, seperti trauma psikologis, masalah dalam hubungan keluarga, masalah ekonomi, kondisi kerja, penyakit infeksi, hingga

malnutrisi (World Health Organization, 2013). Oleh karena itu, terjadinya gangguan mental pada seseorang tidak hanya disebabkan oleh faktor genetik tetapi melibatkan faktor lain yang juga bermasalah baik fisiologis, lingkungan, maupun sosial.

Keterlibatan seseorang dalam suatu kelompok sosial dapat berawal dari tingkat pendidikan, dan kelompok sosial ini dapat berperan dalam kesehatan mental seseorang (Andina, 2013). Individu yang tidak bersekolah atau hanya tamat SD dapat berisiko 2,4 kali mengalami gangguan kesehatan mental. Risiko GME lebih rendah pada individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi. Hal ini terkait dengan semakin tinggi pendidikan, maka semakin banyak pengetahuan yang didapat yang akan mempengaruhi sikap dan perilaku yang baik tentang kesehatan. Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan seseorang tidak mendapatkan pekerjaan yang layak, sehingga akan berdampak pula pada kondisi ekonominya. Rendahnya tingkat pengetahuan seseorang dapat menurunkan kemampuan untuk memecahkan masalah, sehingga dapat melakukan hal yang dapat membahayakan kesehatan, misalnya penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan, atau bahkan melakukan bunuh diri (Andina, 2013; Schnabel *et al.*, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar penduduk yang tidak memiliki pekerjaan mengalami gangguan kesehatan mental. Hasil uji statistik menunjukkan penduduk yang tidak bekerja memiliki risiko 1,7 kali untuk menderita GME. Dengan memiliki pekerjaan dengan penghasilan yang baik, maka seseorang dapat memenuhi kebutuhannya, baik kebutuhan fisik, tempat tinggal maupun kebutuhan sosial. Kondisi lain yang dapat menjadi perhatian bahwa individu yang bekerja sebagai pegawai/wiraswasta lebih berisiko untuk mengalami GME dibandingkan petani/nelayan/buruh/lainnya. Hal ini kemungkinan terkait dengan lingkungan kerja, baik yang bersifat fisik maupun psikis. Buruknya sistem kerja yang tidak memperhatikan kesehatan, peraturan yang tidak manusiawi, hingga buruknya hubungan antara rekan kerja dan pimpinan (Andina, 2013; Hermati and Harahap, 2018) dapat

menyebabkan GME. Dua kondisi ini dapat disimpulkan bahwa tidak hanya penghasilan tinggi untuk pemenuhan kebutuhan hidup, termasuk pembiayaan kesehatan tetapi juga lingkungan kerja yang nyaman berperan dalam kesehatan mental.

Sampai saat ini, pencarian pengobatan terkait gangguan kesehatan mental ke fasilitas kesehatan masih cukup rendah. Penolakan penderita gangguan mental di masyarakat, menyebabkan keluarga dan penderita tidak berupaya mencari pertolongan pengobatan. Banyak faktor yang mempengaruhi seseorang untuk mencari pertolongan tenaga kesehatan, antara lain minimnya pengetahuan mengenai gangguan mental serta stigma yang ada di masyarakat (World Health Organization, 2013; Steel *et al.*, 2014; Angst *et al.*, 2016; van der Westhuizen *et al.*, 2016). Bahkan masih banyak ditemui negara berpendapatan rendah dan menengah, penderita gangguan mental lebih memilih untuk ditangani oleh pengobatan tradisional (Burns, 2014).

Pada penduduk yang tinggal di permukiman kurang sehat, ternyata lebih banyak melakukan pengobatan gangguan mental dibandingkan penduduk yang tinggal di permukiman sehat. Apabila dikaitkan dengan kondisi ekonomi, penduduk pada permukiman kurang sehat memiliki penghasilan sama atau lebih rendah dari penduduk dari permukiman sehat, akan tetapi lebih banyak yang mengakses fasilitas kesehatan. Hal ini menunjukkan semakin baiknya kondisi permukiman tidak menjadikan seseorang lebih memanfaatkan fasilitas kesehatan dalam pengobatan kesehatan mental (Novianty and Rochman Hadjam, 2017).

Berdasarkan hasil analisis, keluarga dengan ART yang menderita gangguan jiwa 40% melakukan pengobatan ke fasilitas kesehatan. Hal ini merupakan salah satu dukungan keluarga terhadap ART yang mengalami gangguan jiwa yaitu dengan mengupayakan pengobatan yang menunjang kesembuhan penderita gangguan mental. Selain itu, diperlukan pula dukungan emosional dari keluarga dalam bentuk kasih sayang serta menerima dan mendukung untuk mempercepat proses penyembuhan bagi penderita gangguan mental (Social and

Journal, 2017). Bentuk dukungan lain, yaitu dukungan informasi agar keluarga menjauhi perilaku yang dapat memperburuk kondisi penderita gangguan jiwa. Selain itu, bentuk dukungan dari masyarakat, aparat desa dan tenaga kesehatan setempat untuk pengobatan penderita, sehingga apabila terjadi permasalahan kesehatan dapat ditangani secepatnya (Putri *et al.*, 2013).

Disamping beberapa hal di atas, analisis ini memiliki keterbatasan data yang tersedia pada Riskesdas 2013. Faktor lain yang belum diteliti dan memicu terjadinya gangguan kesehatan mental emosional yang merupakan perpaduan dari aspek biologis (infeksi, asupan gizi), psikologis (trauma psikologis) dan sosial (pola asuh anak, keagamaan).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara kondisi permukiman, status sosial ekonomi masyarakat dengan kondisi kesehatan mental emosional. Kualitas permukiman yang sehat bukan hanya bertujuan untuk melindungi fisik seluruh anggota keluarga, akan tetapi juga berperan dalam kesehatan mental emosional penghuninya. Oleh karena itu, untuk mendapatkan permukiman yang sehat, perlu adanya keterjangkauan ekonomi masyarakat terhadap perumahan yang layak dan sehat.

Riwayat keluarga perlu menjadi perhatian utama, karena sangat berpengaruh pada kemungkinan gangguan mental pada anggota keluarga lainnya. Pola pencarian pengobatan GME tidak tergantung pada jenis permukiman dan status sosial ekonomi, tapi merupakan bentuk dukungan keluarga dalam menunjang kesembuhan penderita gangguan mental.

Saran

Perlunya dukungan pemerintah untuk meningkatkan ketersediaan permukiman yang layak dan sehat bagi masyarakat menengah ke bawah. Masyarakat dengan riwayat keluarga gangguan jiwa perlu diberi

pengetahuan mengidentifikasi gejala GME sebagai upaya preventif dan pentingnya membawa keluarga yang memerlukan pengobatan ke fasilitas kesehatan sebagai upaya kuratif.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terimakasih kepada Badan Litbangkes yang telah memberikan kesempatan untuk memanfaatkan data Riskesdas 2013. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada para pihak yang telah berpartisipasi dalam penulisan artikel ini

DAFTAR PUSTAKA

- Andina, E. (2013) ‘Protection of Mental Disorders Risk Group’, *Aspirasi*, 4(2), pp. 143–154.
- Angst, J., Pakarian, D., Cui, L., Merikangas, K. R., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V. and Rössler, W. (2016) ‘The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort Study’, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Cambridge University Press, 25(1), pp. 24–32. doi: 10.1017/S204579601500027X.
- Barners, M., Cullinane, C., Scott, S. and Silvester, H. (2013) *People living in bad housing - numbers and health impacts*, Shelter. London. Available at: https://england.shelter.org.uk/_data/assets/pdf_file/0010/726166/People_living_in_bad_housing.pdf www.natcen.ac.uk.
- Burns, J. K. (2014) ‘The burden of untreated mental disorders in KwaZulu-Natal Province – mapping the treatment gap’, *South African Journal of Psychiatry*, 20(1), p. 6. doi: 10.7196/sajp.499.
- Depkes RI, D. P. dan P. (2002) *Pedoman Teknis Penilaian Rumah Sehat*.
- Dewi, K. S. (2012) *Buku Ajar Kesehatan Mental*. Cetakan 1. Semarang: UPT UNDIP Press.
- Evans, S. S. M. (2016) *Examining the relationship between socioeconomic status and mental health quality of life in a rural neighborhood context*. University of Iowa. Available at: <http://ir.uiowa.edu/etd/3081>.
- Fredouille, J., Laporte, E. and Mesbah, M. (2009) *Housing and mental health, Housing and Health in Europe: The WHO LARES Project*. doi: 10.4324/9780203885239.
- Fukuzawa, D. D. and Karnas, F. (2015) ‘Reconnecting Health and Housing: Philanthropy’s New Opportunity’, *Environmental Justice*, 8(3), pp. 86–94. doi: 10.1089/env.2015.0006.
- Ganihartono, I. (1996) ‘Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia’, *Buletin Penelitian Kesehatan*, 24(4). Available at:

- [http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/BPK/article/viewFile/333/385.](http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/BPK/article/viewFile/333/385)
- Gascon, M., Triguero-Mas, M., Martinez, D., Dadvand, P., Rojas-Rueda, D., Plasencia, A. and Nieuwenhuijsen, M. J. (2016) 'Residential green spaces and mortality: A systematic review.', *Environment international*, pp. 60–67. doi: 10.1016/j.envint.2015.10.013.
- Hermiati, D. and Harahap, R. M. (2018) 'Faktor Yang Berhubungan dengan Kasis Skizofrenia pada Pasien Rawat Inap RSKJ Soeprapto Provinsi Bengkulu', *Jurnal Keperawatan Silampari*, 1(2), pp. 78–92.
- Kemenkes, B. (2008) *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta.
- Kemenkes, B. (2010) *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta.
- Kemenkes, B. (2013) *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta.
- Liddell, C. and Guiney, C. (2015) 'Living in a cold and damp home: frameworks for understanding impacts on mental well-being', *Public Health*. Elsevier, 129(3), pp. 191–199. doi: 10.1016/j.puhe.2014.11.007.
- Mason, K. E., Baker, E., Blakely, T. and Bentley, R. J. (2013) 'Housing affordability and mental health: Does the relationship differ for renters and home purchasers?', *Social Science and Medicine*, pp. 91–97. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.023.
- McPhillips, D. (2016) 'The 10 Most Depressed Countries _ Best Countries _ US News', *US News*, p. 1. Available at: <https://www.usnews.com/news/best-countries/articles/2016-09-14/the-10-most-depressed-countries>.
- Novianty, A. and Rochman Hadjam, M. N. (2017) 'Literasi Kesehatan Mental dan Sikap Komunitas sebagai Prediktor Pencarian Pertolongan Formal', *Jurnal Psikologi*, 44(1), p. 50. doi: 10.22146/jpsi.22988.
- Novoa, A. M., Ward, J., Malmusi, D., Díaz, F., Darnell, M., Trilla, C., Bosch, J. and Borrell, C. (2015) 'How substandard dwellings and housing affordability problems are associated with poor health in a vulnerable population during the economic recession of the late 2000s', *International Journal for Equity in Health*. International Journal for Equity in Health, 14(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12939-015-0238-z.
- Pevalin, D. J., Reeves, A., Baker, E. and Bentley, R. (2017) 'The impact of persistent poor housing conditions on mental health: A longitudinal population-based study', *Preventive Medicine*, pp. 304–310. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.09.020.
- Putri, A. S., Aristina, M., Sagala, A. E. S., Erawan, G. N., Yana, I. P. A., Martinigtyas, D., Matulu, S., Saragih, S., Sari, N. K., Ferhat, N. I., Puspitasari, P. M., Yolanda, Y. T. and Subandi (2013) 'Era Baru Kesehatan Mental Indonesia: sebuah Kisah dari Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ)', *Jurnal Psikologi*, 40(2), pp. 169–180. doi: <https://doi.org/10.22146/jpsi.6975>.
- Republik Indonesia (2011) *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2011 tentang Perumahan dan Kawasan Permukiman*.
- Schnabel, A. H.-M. L., Elaine, M. H., Silberg, J. L. and Eaves, L. J. (2016) 'Relationship between Education and Mental Health _ New Evidence from a Discordant Twin Study _ Social Forces _ Oxford Academic', *Social Forces*, 95(1), p. 107–131,. Available at: <https://doi.org/10.1093/sf/sow035>.
- Shaw, M. (2004) 'Housing and public health.', *Annual review of public health*, 25, pp. 397–418. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123036.
- Social, A. and Journal, W. (2017) 'Masalah Psikososial Keluarga dan Peranan Psikoedukasi dalam Peningkatan Kualitas Hidup Bekas Pesakit Mental Abstrak Family Psychosocial Problem and Role of Psychoeducation in the Improvement of the Quality of Life of the Ex Mental Patient Abstract Pengena', 2(2), pp. 19–25.
- Steel, Z., Marnane, C., Irampour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V. and Silove, D. (2014) 'The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980–2013', *International Journal of Epidemiology*, 43(2), pp. 476–493. doi: 10.1093/ije/dyu038.
- Subagijo, E. and Poerwadibroto (2016) 'Manual Anatomi Rumah Sehat Layak-huni (Liveable) di Perkampungan Kota', *Jurnal Spectra*, 14, pp. 1–18.
- Sukowiyono, G., Mulyadi, L. and Maringka, B. (2012) 'Rumah dan Permukiman Tradisional yang Ramah Lingkungan', *Jurnal Spectra*, X, pp. 74–81.
- Wahowiak, L. (2016) 'Healthy, safe housing linked to healthier, longer lives: Housing a social determinant of health', *The Nation's Health*, pp. 1–19. Available at: <http://thenationshealth.aphublications.org/content/46/7/1.3.full>.
- Wahyuningsih, S. (2015) *Hubungan faktor keturunan dengan kejadian gangguan jiwa di desa Banaran Galur Kulon Progo Yogyakarta*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.
- van der Westhuizen, C., Wyatt, G., Williams, J. K., Stein, D. J. and Sorsdahl, K. (2016) 'Validation of the Self Reporting Questionnaire 20-Item (SRQ-20) for Use in a Low- and Middle-Income Country Emergency Centre Setting', *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(1), pp. 37–48. doi: 10.1007/s11469-015-9566-x.
- World Health Organization (2013) *Investing in mental health: Evidence for action*, *Investing in mental health: Evidence for action*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (2014a) *WHO / Mental disorders*, Who. Available at: <http://web.archive.org/web/20150518090215/>

- http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs
396/en/.
- World Health Organization (2014b) *WHO / Mental health: strengthening our response.* Available at:
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs
220/en/.
- Zainal, N. R., Kaur, G., Ahmad, N. 'Aisah and Khalili, J. M. (2012) 'Housing Conditions and Quality of Life of the Urban Poor in Malaysia', *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 50(July 2012), pp. 827–838. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.08.085.