

Perilaku Pencarian Pengobatan pada Penduduk dengan Gejala Depresi

Treatment- Seeking Behavior in Populations with Depression Symptoms

Rofingatul Mubasyiroh^{1*}, Sri Idaiani², dan Indri Yunita Suryaputri¹

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta, Indonesia

²Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta, Indonesia

*Korespondensi Penulis: rofi_mu@litbang.depkes.go.id

Submitted: 17-01-2020, Revised: 09-04-2020, Accepted: 24-04-2020

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i1.2690>

Abstrak

Kesehatan jiwa merupakan bagian dari kesehatan. Depresi adalah salah satu *common mental health* yang berkaitan dengan masalah kesehatan yang lain, dan penyumbang *Years Life with Disability* (YLD) yang besar. Namun diperkirakan masih ada 76% dan 85% penderita di negara pendapatan rendah dan negara berpendapatan menengah yang tidak mendapatkan layanan penanganan masalah gangguan yang mereka alami. Penelitian ini merupakan analisis lanjut data IFLS-5 untuk melihat gambaran perilaku pencarian pengobatan pada penduduk dengan kondisi gejala depresi serta faktor yang berkaitan dengannya. Analisis dilakukan pada penduduk usia 15 tahun ke atas. Proporsi gangguan gejala depresi sebesar 23,4%, dengan proporsi lebih tinggi pada perempuan, penduduk tidak bekerja, tinggal dalam keluarga besar, pada kelompok usia remaja-dewasa muda, dan terus menurun seiring peningkatan usia. Sejumlah 12,5% penduduk dengan gejala depresi yang melakukan pencarian pengobatan. Tampak bahwa perempuan lebih berpeluang signifikan untuk mengakses layanan kesehatan. Peluang untuk mengakses layanan kesehatan semakin besar seiring peningkatan usia. Kepemilikan asuransi (semua jenis asuransi) dan tinggal di wilayah perkotaan terbukti signifikan meningkatkan peluang seseorang mengakses layanan kesehatan. Masih rendahnya pencarian pengobatan menjadi tugas bersama untuk memperkecil *treatment gap*, dengan lebih memperhatikan kelompok rentan seperti usia muda, tidak memiliki asuransi, dan tinggal di perdesaan.

Kata kunci : kesehatan jiwa; gejala depresi; pengobatan

Abstract

Mental health is part of health. Depression is one of the common mental health related to other health problems and a big contributor to Years Life with Disability (YLD). However, it is estimated that three are still 76% and 85% of sufferers in low-income and middle-income countries who do not received services to deal with the problems they experience. This study is a further analysis of IFLS-5 data to see the treatment seeking behavior in people with depressive symptoms and its related factors. The analysis was conducted on population aged 15 years and above. The proportion of depressive symptoms was 23.4% with a higher proportion of women, the populatin not working, living in large families, in the adolescent to young adult age group, and continuing to decline with increasing age. Some 12.5% of the population with depressive symptoms seek treatment . It appears that women have more significant opportunities

to access health services. Opportunities to access health services were greater with increasing age. All kind of insurance ownership and living in urban are proven to significantly increase one's chances of accessing health services. The still low search for treatment is a joint task to minimize the , by paying more attention to vulnerable groups such as young people, not having insurance and living in rural areas.

Keywords : mental health; depressive symptoms; treatment

PENDAHULUAN

Organisasi Kesehatan Dunia, World Health Organization (WHO) telah menyebutkan bahwa sehat adalah kondisi yang lengkap sehat fisik, mental dan sejahtera sosial, tidak hanya semata-mata kondisi bebas penyakit dan kecacatan.¹ Dengan demikian kesehatan mental merupakan bagian terintegrasi dengan sehat dan sejahtera. Undang-undang Republik Indonesia pun mengamanahkan kesehatan jiwa dalam UU No. 18 tahun 2014, dimana kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan/stres, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.²

Salah satu ukuran beban penyakit adalah *Disability Adjusted Life Year* (DALYs). DALYs dihitung dari penjumlahan kematian prematur (*Year of life lost due to prematur death/YLLs*) dan tahun hidup dengan kondisi disabilitas (*Years lived with disabilty/YLDs*). Secara global, kontributor terbesar penyebab kematian saat ini adalah kardiovaskular. Namun jika dilihat dari YLDs (tahun hilang akibat kesakitan atau kecatatan), maka persentase kontributor lebih besar pada gangguan mental. Hal yang sama juga terjadi di Kawasan Asia Tenggara dan Indonesia, dimana tahun hilang akibat kecacatan dengan kontributor terbesar adalah gangguan jiwa.³

Banyak isu yang dikaitkan dengan kesehatan mental. Orang dengan gangguan mental berisiko lebih tinggi mengalami penyakit, kecacatan, dan kematian. Penderita gangguan jiwa rentan mengalami penyakit kronis seperti kanker, kardiovaskular, dan diabetes. Penderita

depresi dan skizofren berisiko 40% dan 60% lebih besar mengalami kematian. Bahkan risiko bunuh diri juga mengancam penderita gangguan jiwa. Bunuh diri adalah penyebab kedua kematian pada kelompok penduduk usia muda di dunia. Kerugian secara ekonomi juga dapat terjadi akibat gangguan mental. Misal saja gangguan mental membuat seseorang dan keluarganya jatuh dalam kemiskinan, karena kehilangan pekerjaan. Dampak global akibat gangguan mental sekitar US\$ 16,3 juta pada tahun 2011 sampai 2030. Isu lain adalah tentang hak asasi manusia. Gangguan mental membuat seseorang terbatas hak asasinya. Orang dengan gangguan bisa saja disingkirkan dari lingkungannya, bahkan sampai dipasung, tidak diakui bukti kewarganegaraannya, mendapat stigma, terbatas hak mendapat pekerjaan, hak politik, tidak dapat menjangkau pendidikan yang lebih tinggi, menikah, dan terkadang dapat menjadi korban kekerasan.¹

Kesehatan jiwa berhubungan dengan banyak faktor, dan dapat bervariasi dalam setiap tahap kehidupan manusia. Secara umum, kondisi kesehatan jiwa seseorang dipengaruhi faktor dari dalam diri individu, misal terkait kemampuan mengontrol perilaku, emosi, interaksi, namun juga dapat dipengaruhi oleh kondisi sosial, budaya, ekonomi, kondisi politik, perlindungan sosial, kondisi pekerjaan, dukungan sosial, dan kondisi lingkungan perumahan. Beberapa kelompok yang rentan mengalami gangguan jiwa diantaranya masyarakat miskin, mengalami penyakit kronis, anak-anak yang tidak terawat dengan baik, pengguna NAPZA, usia lanjut, mengalami kekerasan atau peperangan, mengalami bencana.^{1,4}

Gangguan jiwa tidak hanya berupa gangguan jiwa berat. Depresi termasuk dalam “*common mental disorder*”, bersama dengan cemas, yang berkontribusi pada tingginya prevalensi di masyarakat. Gangguan jenis ini dapat didiagnosis berbeda dari perasaan sedih, stres atau takut yang dialami dalam kehidupan. Diperkirakan jumlah penderita depresi di dunia adalah 300 juta penduduk, atau sekitar 4,4% dari total populasi dunia.⁵

Beberapa gangguan jiwa dapat dicegah dan diobati secara efektif, salah satunya depresi. Berbagai obat esensial dan terapi psikososial esensial sudah tersedia sebagai bentuk perawatan bagi penderita gangguan jiwa.⁴ Namun sebagian besar orang dewasa dengan gangguan mental umum tidak menerima perawatan apapun, bahkan di saat kondisi mereka menjadi semakin parah.^{6,7} Ditambah lagi individu dengan gangguan jiwa harus mendapatkan perawatan yang panjang, sehingga muncul juga isu putus pengobatan sebelum menyelesaikan pengobatan.⁷

Perawatan untuk penderita gangguan jiwa merupakan pemenuhan hak asasi mereka. Namun belum banyak penderita yang mengakses pelayanan kesehatan. Diperkirakan masih ada 76% dan 85% penderita di negara pendapatan rendah dan negara berpendapatan menengah yang tidak mendapatkan layanan penanganan masalah gangguan yang mereka alami.¹ Banyak faktor yang menyebabkan penderita gangguan depresi tidak mengakses layanan kesehatan, diantaranya pengaruh stigma, pengetahuan dan perasaan malu, keberadaan pengobat tradisional, psikososial, rasa ketidaknyamanan, merasa tidak ada waktu, adanya penyakit penyerta, kendala geografis, sosial ekonomi, dan kurangnya sumber daya tenaga kesehatan.^{7,8}

Penelitian kami ingin melihat perilaku orang dengan gangguan gejala depresi dalam mengakses layanan kesehatan, menggunakan data nasional *Indonesian Family Life Survey* (IFLS) tahun 2014. Kami juga ingin melihat hubungan faktor sosial demografi dengan hambatan akses layanan kesehatan oleh orang yang mengalami gangguan gejala depresi.

METODE

Penelitian ini adalah analisis data sekunder *Indonesian Family Life Survey* (IFLS) yang disediakan sebagai data umum (publik). Survei IFLS dan segala prosedurnya terkait subjek penelitian, telah lolos dari tinjauan Institutional Review Boards (IRB) di Amerika (oleh RAND di USA) dan di Indonesia oleh Universitas Gajah Mada. IFLS adalah survei longitudinal yang dimulai sejak tahun 1993 yang dilanjutkan tahun 1997, 2000, 2007, dan 2014. Survei dilaksanakan di 13 provinsi terpilih di Indonesia dengan responden individu dalam rumah tangga yang terpilih di provinsi tersebut.⁹ Data yang digunakan dalam analisis ini adalah data IFLS ke-lima, yaitu dilaksanakan pada tahun 2014. Populasi penelitian adalah individu usia 15 tahun ke atas pada tahun 2014. Dengan jumlah sampel yang lengkap pada semua variabel adalah 19.676 individu.

Dependen Utama

Survei dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur oleh tenaga enumerator terlatih. Variabel dependen utama penelitian adalah perilaku pencarian pengobatan pada individu dengan kondisi gangguan gejala depresi. Informasi gangguan gejala depresi diperoleh dari instrumen CES-D dari blok KP buku 3 section 3B. Instrumen CES-D ditanyakan pada responden usia 15 tahun ke atas yang terdiri dari 10 pertanyaan seberapa sering kondisi kesehatan mental yang dialami responden dalam satu minggu terakhir. Setiap item pertanyaan terdiri dari 4 jawaban, yaitu 1) *Rarely or none* (≤ 1 day), 2) *Some days* (1-2 days), 3) *Occasionally* (3-4 days), 4) *Most of the time* (5-7 days). Setiap jawaban diskor sesuai ketentuan penggunaan instrumen CES-D. Pada pertanyaan 5 dan 8 skor tertinggi (nilai 3) adalah pada jawaban berkode 1 (*Rarely or none*). Dan pada pertanyaan lainnya, skor tertinggi (nilai 3) adalah pada jawaban berkode 4 (*Most of the time*). Skor setiap pertanyaan dijumlahkan, dan dikategorikan menjadi kondisi depresi jika skor bernilai 10 ke atas.¹⁰

Perilaku pemanfaatan layanan kesehatan oleh orang dengan gejala depresi dalam penelitian ini diambil dari data yang menunjukkan pemanfaatan ke fasilitas kesehatan dalam 1 bulan terakhir (Blok RJ buku 3B). Fasilitas yang dimaksud adalah RS pemerintah, Puskesmas, RS swasta, Klinik, dan praktik dokter. Untuk meningkatkan upaya ketepatan data, penelitian ini hanya membatasi kriteria pemanfaatan fasilitas kesehatan adalah untuk tujuan konsultasi, pemeriksaan kesehatan, dan pengobatan karena sakit.

Variabel Independen

Variabel independen di tingkat individu terdiri dari : jenis kelamin; usia; tingkat pendidikan yang terakhir dicapai; pekerjaan; kepemilikan asuransi; kepemilikan HP; akses internet; dan variabel di tingkat rumah tangga terdiri dari : tingkat ekonomi (menggunakan kuintil total pengeluaran rumah tangga dalam satu tahun, semakin besar kuintil maka semakin tinggi ekonomi); tipe wilayah tempat tinggal; regional wilayah.

Analisis Data

Analisis data dilakukan secara deskriptif bivariat dan multivariat. Analisis bivariat untuk memberikan gambaran tentang sebaran serta hubungan variabel gangguan gejala depresi dengan karakteristik (Tabel 1). Juga memberikan gambaran tentang sebaran serta hubungan variabel akses layanan kesehatan pada orang dengan gangguan gejala depresi dan beberapa variabel independen (Tabel 2). Multivariat logistik regresi dilakukan untuk menghitung besar peluang faktor karakteristik dan pendorong terhadap perilaku pencarian pengobatan pada orang dengan gangguan gejala depresi (Tabel 3).

HASIL

Penelitian ini menunjukkan proporsi gangguan gejala depresi pada penduduk usia 15 tahun ke atas pada tahun 2014 adalah sebesar 23,4% (Tabel 1). Proporsi gejala depresi sedikit lebih tinggi terjadi pada kelompok perempuan, penduduk yang tidak bekerja, serta yang tinggal dalam keluarga dengan minimal anggota 6 anggota rumah tangga. Gejala depresi lebih tinggi terjadi pada kelompok usia remaja-dewasa muda, dan terus menurun seiring peningkatan usia. Gejala depresi tidak terlalu berbeda menurut tingkat pendidikan maupun tipe wilayah tempat tinggal (perkotaan dan perdesaan). Menurut wilayah regional, proporsi gejala depresi lebih tinggi terjadi di Bali/NTB dan Sulawesi.

Secara umum, sejumlah 12,5% penderita gejala depresi melakukan pencarian pengobatan. Lebih lanjut Tabel 2 menunjukkan perilaku pencarian pengobatan oleh penderita gejala depresi menurut karakteristik dan faktor pendukung. Penderita gejala depresi secara signifikan yang lebih banyak berobat ke fasilitas kesehatan adalah perempuan, kelompok yang tidak memiliki HP, tidak memiliki akses internet, dan di wilayah perkotaan. Semakin meningkatnya usia, maka perilaku mengakses layanan untuk berobat semakin tinggi.

Hasil analisis multivariat ditunjukkan oleh Tabel 3. Variabel yang dianalisis multivariat adalah variabel dengan nilai signifikan dalam hubungan bivariat ($p < 0,05$). Tampak bahwa perempuan lebih berpeluang signifikan ($OR = 1,35$; $p = 0,000$) untuk mengakses layanan kesehatan. Peluang untuk mengakses layanan kesehatan semakin besar seiring peningkatan usia. Kepemilikan asuransi (semua jenis asuransi) terbukti signifikan meningkatkan peluang seseorang mengakses layanan kesehatan. Demikian juga tinggal di wilayah perkotaan signifikan meningkatkan peluang seseorang mengakses layanan kesehatan ($OR = 1,73$; $p = 0,000$).

Tabel 1. Distribusi Responden Menurut Kondisi Gangguan Gejala Depresi dan Karakteristik

Karakteristik	Tidak Depresi		Depresi		Total(N)
	n	%	n	%	
Jenis kelamin					
Laki-laki	9.273	77,4	2.708	22,6	11.981
Perempuan	10.403	75,8	3.316	24,2	13719
Kelompok Usia					
15-24 tahun	3.730	68,7	1.697	31,3	5.427
25-34 tahun	4.516	75,7	1.451	24,3	5.967
35-44 tahun	4.442	76,9	1.334	23,1	5.776
45-54 tahun	3.411	81,0	802	19,0	4.213
55-64 tahun	2.225	82,6	470	17,4	2.695
65-74 tahun	1.035	83,3	208	16,7	1.243
75 tahun atau lebih	317	83,6	62	16,4	379
Pendidikan					
<=SD	7.163	76,9	2.152	23,1	9.315
SMP	3.706	75,9	1.174	24,1	4.880
SMA	6.205	75,7	1.995	24,3	8.200
Perguruan Tinggi	2.602	78,7	703	21,3	3.305
Status Bekerja					
Tidak bekerja	5.328	75,8	1.701	24,2	7.029
Bekerja	14.348	76,8	4.323	23,2	18671
Kuintil kekayaan					
1	3.346	74,5	1.147	25,5	4.493
2	3.775	76,4	1.167	23,6	4.942
3	3.918	77,4	1.146	22,6	5.064
4	3.996	76,2	1.246	23,8	5.242
5	4.641	77,9	1.318	22,1	5.959
Jumlah ART dalam Ruta					
<=5	15.734	77,0	4.706	23,0	20.440
>=6	3.942	74,9	1.318	25,1	5.260
Tempat tinggal					
Perdesaan	8.046	76,8	2.433	23,2	10.479
Perkotaan	11.630	76,4	3.591	23,6	15221
Regional					
Sumatera	4.374	79,9	1.097	20,1	5.471
Jawa	11.156	77,6	3.226	22,4	14.382
Bali/NTB	2.307	70,9	949	29,1	3.256
Kalimantan	922	74,2	321	25,8	1.243
Sulawesi	917	68,0	431	32,0	1.348
Total	19.676	76,6	6.024	23,4	25.700

Tabel 2. Perilaku Akses Fasilitas Kesehatan oleh Penderita Gejala Depresi Menurut Karakteristik dan Faktor Pendukung

Karakteristik	Tidak Berobat		Berobat		p-value
	n	%	n	%	
Jenis kelamin					0,000
Laki-laki	2.465	91,0	243	9,0	
Perempuan	2.808	84,7	508	15,3	
Kelompok Usia					0,000
15-24 tahun	1.541	90,8	156	9,2	
25-34 tahun	1.301	89,7	150	10,3	
35-44 tahun	1.160	87,0	174	13,0	
45-54 tahun	666	83,0	136	17,0	
55-64 tahun	386	82,1	84	17,9	
65-74 tahun	169	81,3	39	18,8	
75 tahun atau lebih	50	80,6	12	19,4	
Pendidikan					0,007
<=SD	1.848	85,9	304	14,1	
SMP	1.050	89,4	124	10,6	
SMA	1.767	88,6	228	11,4	
Perguruan Tinggi	608	86,5	95	13,5	
Status Bekerja					0,389
Tidak bekerja	1.479	86,9	222	13,1	
Bekerja	3.794	87,8	529	12,2	
Kepemilikan Asuransi					0,000
Tidak punya asuransi	2.724	90,4	289	9,6	
Hanya JKN	2.267	84,6	413	15,4	
Hanya asuransi swasta	118	84,3	22	15,7	
Double asuransi (JKN dan swasta)	164	85,9	27	14,1	
Memiliki HP					0,002
Ya	3.821	88,3	504	11,7	
Tidak	1.452	85,5	247	14,5	
Memiliki akses internet					0,001
Ya	2.070	89,3	247	10,7	
Tidak	3.203	86,4	504	13,6	
Kuintil kekayaan					0,228
1	1.022	89,1	125	10,9	
2	1.023	87,7	144	12,3	
3	1.009	88,0	137	12,0	
4	1.084	87,0	162	13,0	
5	1.135	86,1	183	13,9	
Jumlah ART dalam Ruta					0,231
<=5	4.132	87,8	574	12,2	
>=6	1.141	86,6	177	13,4	
Tempat tinggal					0,000
Perdesaan	2.218	91,2	215	8,8	
Perkotaan	3.055	85,1	536	14,9	
Regional					0,020
Sumatera	972	88,6	125	11,4	
Jawa	2.793	86,6	433	13,4	
Bali/NTB	827	87,1	122	12,9	
Kalimantan	296	92,2	25	7,8	
Sulawesi	385	89,3	46	10,7	
Total	5.273	87,5	751	12,5	

Tabel 3. Prediktor Karakteristik dan Faktor Pendukung Perilaku Akses Fasilitas Kesehatan oleh Penderita Gejala Depresi

Karakteristik	OR	95% CI		p-value
Jenis kelamin				
Laki-laki	1			
Perempuan	1,35	1,24	1,47	0,000
Kelompok Usia				
15-24 tahun	1			
25-34 tahun	1,17	0,90	1,50	0,236
35-44 tahun	1,53	1,17	2,01	0,002
45-54 tahun	2,10	1,55	2,85	0,000
55-64 tahun	2,30	1,62	3,27	0,000
65-74 tahun	2,63	1,68	4,13	0,000
75 tahun atau lebih	3,22	1,59	6,52	0,001
Pendidikan				
<=SD	1			
SMP	0,90	0,71	1,15	0,418
SMA	0,98	0,78	1,24	0,875
Perguruan Tinggi	1,10	0,80	1,50	0,567
Kepemilikan Asuransi				
Tidak Punya Asuransi	1			
Hanya JKN	1,60	1,36	1,89	0,000
Hanya Asuransi Swasta	1,65	1,01	2,68	0,045
Double Asuransi	1,55	1,00	2,41	0,050
MemilikiHP				
Ya	1			
Tidak	0,92	0,75	1,14	0,306
Memiliki akses internet				
Ya	1,00			
Tidak	0,99	0,78	1,27	0,939
Tempat tinggal				
Perdesaan	1			
Perkotaan	1,73	1,45	2,06	0,000
Regional				
Sumatera	1			
Jawa	1,03	0,83	1,28	0,789
Bali/NTB	1,06	0,81	1,39	0,683
Kalimantan	0,65	0,41	1,02	0,062
Sulawesi	0,84	0,58	1,21	0,349

PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan proporsi gangguan gejala depresi pada penduduk usia 15 tahun ke atas (23,4%) yang hampir sama dengan kondisi menurut survei komunitas di Uganda (23,2%), Ethiopia (25,3%), dan lebih tinggi jika dibandingkan dengan Nepal (11,2 %), Canada (6%), Singapura (6,5%) namun sedikit lebih rendah dibandingkan India (29,7%).¹¹⁻¹⁴ Berdasarkan karakteristik, gejala depresi sedikit lebih tinggi terjadi pada perempuan, dan penduduk yang tidak bekerja, dimana pola ini sama dengan Bangladesh, India, Nepal, dan Amerika.¹⁵⁻¹⁸ Kelompok usia remaja-dewasa muda merupakan kelompok dengan proporsi tertinggi, dan terus menurun seiring peningkatan usia. Hasil ini memiliki pola yang sama dengan beberapa temuan di Amerika dan negara-negara Asia lainnya.^{15,16,18}

Hasil penelitian menunjukkan 12,5% penduduk dengan gangguan gejala depresi yang melakukan pengobatan ke fasilitas kesehatan atau praktek dokter. Pemanfaatan layanan kesehatan oleh penderita gangguan jiwa sangat bervariasi. Secara umum, di negara berpendapatan tinggi dapat mencapai 10 kali lipat persentasenya dibandingkan negara berpendapatan rendah.⁶ Data lain menyebutkan bahwa sekitar 35,5-50,3% penderita gangguan jiwa di negara maju yang belum tertangani, sedangkan di negara berkembang ada sekitar 76,3-85,4% yang belum tertangani.¹⁷ Namun hasil penelitian ini hampir sama dengan Ethiopia (12,4%), India (10,8%), lebih tinggi dari Nepal (5,2%), namun lebih rendah dari Uganda (19,2%) dan negara-negara maju lain (Canada, Amerika Serikat).^{11,14,19-21} Perilaku pencarian pengobatan pada penderita gangguan jiwa juga dipengaruhi oleh tingkat keparahan. Kecenderungan orang jika gejalanya belum parah, maka lebih besar *treatment gap*.^{6,7,22,23} Merasa tidak membutuhkan perawatan adalah alasan utama seseorang dengan gangguan mental.⁷

Perempuan lebih berpeluang mencari pengobatan atas gejala yang dialami dibandingkan laki-laki. Hal ini dapat dijelaskan diantaranya berkurangnya persepsi perempuan tentang stigma dan juga kemampuan mereka yang lebih besar untuk menerjemahkan perasaan tertekan yang tidak spesifik menjadi pengakuan sadar memiliki masalah kesehatan mental.⁶ Hasil ini sama dengan penelitian banyak penelitian sebelumnya di beberapa negara (Australia, Canada, Asia, Afrika).^{14,22} Meski kondisi ini terbalik dengan hasil penelitian di Singapura yang menunjukkan peluang laki-laki lebih besar untuk mencari pengobatan.¹³

Kelompok usia dewasa biasanya yang paling berpeluang mencari pengobatan.²² Kelompok remaja adalah kelompok yang masih tergantung dengan orang dewasa, belum memiliki kemampuan keuangan yang cukup dan kemandirian dalam menentukan langkah mencari pengobatan. Dan kelompok yang semakin tua biasanya pembiayaan kesehatannya sudah ditanggung oleh asuransi kesehatan.⁷ Padahal perlu disadari bahwa gangguan mental pada kelompok usia muda dapat berkembang menjadi masalah yang berat, sehingga seharusnya penanganan lebih dini sangat bermanfaat dalam pencegahan menjadi gangguan berat.¹⁷

Kepemilikan asuransi merupakan faktor *enabling* bagi seseorang untuk mengakses layanan kesehatan.²² Penelitian ini menunjukkan bahwa seseorang yang memiliki asuransi kesehatan akan meningkatkan peluang mendorong mencari pengobatan. Peningkatan pemanfaatan layanan kesehatan disebabkan oleh pengurangan hambatan terkait biaya perawatan/layanan yang banyak disampaikan oleh kelompok yang memang membutuhkan layanan namun tidak mendapatkannya.²¹

Pelayanan kesehatan jiwa baik tingkat primer, sekunder dan tersier dimungkinkan lebih banyak berada di wilayah perkotaan. Termasuk tenaga dokter spesialis kedokteran jiwa (SpKJ)

umumnya berada di kota yang memiliki pusat pendidikan spesialis jiwa.²⁴ Faktor ketersediaan sarana dan tenaga ini yang dapat menjadi alasan perilaku pencarian pengobatan lebih banyak di wilayah kota. Meskipun beberapa studi lain menyebutkan bahwa tinggal di perdesaan tidak berhubungan dengan rendahnya perilaku pencarian pengobatan.²² Terkait faktor kontekstual (wilayah), penelitian ini tidak menunjukkan hasil yang signifikan hubungan beberapa regional wilayah dengan perilaku pencarian pengobatan. Hal ini juga didukung hasil penelitian di beberapa negara lain.²² Meskipun data Indonesia menunjukkan masih ada tujuh provinsi yang belum memiliki Rumah Sakit Jiwa dan kondisi hanya 32-33% Rumah Sakit Umum Pemerintah yang memberikan layanan kesehatan jiwa.²⁴

Depresi merupakan salah satu *common mental health* yang dapat diketahui gejalanya perasaan sedih, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau harga diri rendah, gangguan tidur atau nafsu makan, kelelahan, dan konsentrasi yang buruk.²⁵ Rendahnya pengetahuan yang tepat tentang depresi memungkinkan seseorang terhalang dari pencarian pengobatan. Termasuk di dalamnya kekhawatiran mendapatkan stigma jika mencari pengobatan atas gejala yang dialami.²⁵ Dengan literasi yang baik tentang gejala dan pengobatan dapat menjadi jembatan membuat seseorang mencari pengobatan.²⁶

KESIMPULAN

Perilaku pencarian pengobatan oleh individu yang mengalami gejala depresi masih rendah. Kelompok yang perlu diperhatikan agar dapat ditingkatkan dalam melakukan pencarian pengobatan adalah laki-laki, usia muda, tidak memiliki asuransi, dan tinggal di perdesaan.

SARAN

Penelitian tentang faktor pendorong seseorang melakukan pencarian pengobatan disarankan untuk dilakukan, baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Penelitian tentang literasi dan stigma, sarana-prasarana, serta

ketersediaan tenaga akan bermanfaat dalam mendukung pengembangan upaya intervensi di bidang kesehatan jiwa.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian ini merupakan analisis data IFLS, yang dilakukan oleh RAND (www.rand.org). Kami berterima kasih kepada RAND atas izin akses ke data survei. Kami berterima kasih kepada peserta penelitian yang menyediakan data survei.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
2. Kementerian Kesehatan RI. Undang-Undang Republik Indonesia No 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa [Internet]. Jakarta: ementrian Kesehatan RI; 2014 p. 28. Available from: www.depkes.go.id
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare Viz Hub [Internet]. 2017. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
4. Patel Vi, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Ferrari AJ. Global Priorities for Addressing the Burden of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. In: Disease Control Priorities. 2016.
5. WHO. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. Geneva : WHO; 2017.
6. Wang SP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ. Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders: Results from 17 Countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):841–50.
7. Mojtabai R, Olfson M, Sampson NA, Druss B, Wang PS, Wells KB, et al. Barriers to Mental Health Treatment: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *NIH Public Access*. 2012;41(8):1751–61.
8. Biftu BB, Takele WW, Guracho YD, Yehualashet FA. Depression and Its Help Seeking Behaviors : A Systematic Review and Meta-Analysis of Community Survey in Ethiopia. *Hindawi*. 2018;2018:43–7.

9. Strauss J, Witoelar F, Bondan S. The Fifth Wave of the Indonesia Family Life Survey: Overview and Field Report. Vol. 1. 2016.
10. Miller WC, Anton HA, Townson AF. Measurement Properties of the CESD Scale among Individuals with Spinal Cord Injury. 2008;287–92.
11. Rathod SD, Silva MJ De, Ssebunnya J, Breuer E, Murhar V, Luitel NP, et al. Treatment Contact Coverage for Probable Depressive and Probable Alcohol Use Disorders in Four Low- and Middle-Income Country Districts : The PRIME Cross-Sectional Community Surveys. PLoS One. 2016;1–15.
12. Chong SA, Psychiatry MM, Abdin E, Vaingankar JA, Heng D, Phil M. A Population-based Survey of Mental Disorders in Singapore. Ann Acad Med. 2012;41:49–66.
13. Subramaniam M, Abdin E, Ajit J, Saleha V, Hong S, Chua C. Minding the Treatment Gap : Results of the Singapore Mental Health Study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2019;(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01748-0>
14. Urbanoski K, Inglis D, Veldhuizen S. Service Use and Unmet Needs for Substance Use and Mental Disorders in Canada. Can J Psychiatry. 2017;62(8):551–9.
15. Nunes MA, Pinheiro P, Bessel M, Brunoni R, Kemp AH, Nunes MA, et al. Common Mental Disorders and Sociodemographic Characteristics : Baseline Findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). Rev Bras Psiquiatr. 2016;91–7.
16. Bishwajit G, Leary DPO, Ghosh S, Sanni Y, Shangfeng T, Zhanchun F. Association Between Depression and Fruit and Vegetable Consumption among Adults in South Asia. BMC Psychiatry [Internet]. 2017;1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1198-1>
17. Consortium TWWMHS. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA. 2004;291(21):2581–90.
18. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, et al. Epidemiology of Adult. JAMA Psychiatry. 2018;75(4):336–46.
19. Lopes CS, Hellwig N, Azevedo G De, Menezes PR. Inequities in Access to Depression Treatment : Results of the Brazilian National Health Survey – PNS. Int J Equity Health [Internet]. 2016;1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0446-1>
20. Chong SA, Psychiatry M, Abdin E, Vaingankar JA, Kwok KW. Where do People with Mental Disorders in Singapore go to for Help? Ann Acad Med. 2012;41:154–60.
21. Saloner B, Ph D, Bandara S, Bachhuber M, Barry CL, Ph D. Insurance Coverage and Treatment Use Under the Affordable Care Act Among Adults With Mental and Substance Use Disorders. Psychiatr Serv. 2017;68(June):542–8.
22. Roberts T, Esponda GM, Krupchanka D, Shidhaye R, Patel V. Factors Associated with Health Service Utilisation for Common Mental Disorders : a Systematic Review. BMC Psychi. 2018;18(262):1–19.
23. Boerema AM, Kleiboer A, Beekman ATF, Zoonen K Van, Dijkshoorn H. Determinants of Help-seeking Behavior in Depression : a Cross-sectional Study. BMC Psychiatry [Internet]. 2016;1–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-0790-0>
24. Idaiani S, Riyadi I. Sistem Kesehatan Jiwa di Indonesia : Tantangan untuk Memenuhi Kebutuhan Mental Health System in Indonesia : A Challenge to Meet The Needs. J Penelit dan Pengemb Pelayanan Kesehat. 2018;2(2):70–80.
25. Ram D, Benny N, Gowdappa B. Relationship Between Depression Literacy and Medication Adherence in Patients with Depression. J Mood Disord. 2016;6(8):183–8.
26. Chong SA, Abdin E, Picco L, Pang S, Jeyagurunathan A. Recognition of Mental Disorders among a Multiracial Population in Southeast Asia. BMC Psychiatry [Internet]. 2016;16(121):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-0837-2>