

Hubungan Obesitas Sentral dengan Gangguan Mental Emosional pada Kelompok Usia Produktif

Relationship between Central Obesity with Emotional Mental Disorder in the Productive Age

Enung Nurkotimah* dan Olwin Nainggolan

Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No.29 Jakarta, Indonesia

*Korespondensi Penulis: enungnurkhotimah2@gmail.com

Submitted: 27-10-2018, Revised: 03-08-2019, Accepted: 27-10-2019

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v29i3.501>

Abstrak

Obesitas adalah penumpukan lemak dalam tubuh yang menyebabkan berat badan di luar batas ideal dan dikaitkan dengan beberapa risiko morbiditas dan mortalitas. Obesitas sentral dianggap lebih baik untuk menilai tingkat obesitas dibandingkan dengan obesitas menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT). Banyak penelitian menunjukkan kadar lemak yang tinggi dalam tubuh diketahui terkait dengan fungsi kesehatan mental yang buruk. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat hubungan antara obesitas sentral dengan gangguan mental emosional pada kelompok usia produktif 15-65 tahun menggunakan data Riskesdas 2013. Dalam penelitian ini, gangguan mental emosional (GME) diperoleh dengan instrumen *Self Reporting Questionnaire* (SRQ). Hasil penelitian menunjukkan hubungan yang sangat signifikan antara obesitas sentral dengan gangguan mental emosional dengan besarnya risiko OR 1,13 (nilai-P 0,00; 95% CI 1,09-1,19) setelah dikendalikan variabel umur, wilayah tempat tinggal, status sosial ekonomi, status perkawinan, dan pekerjaan status. Status sosial ekonomi adalah yang paling efektif pada gangguan mental emosional dengan OR 1,56 (P-value 0,00; 95% CI 1,49-1,65). Rentang risiko gangguan mental emosional dipengaruhi tidak hanya oleh faktor individu tetapi juga oleh faktor lain terutama faktor penentu sosial di mana individu berada.

Kata kunci: gangguan mental emosional; obesitas sentral; SRQ; usia produktif; Riskesdas

Abstract

Obesity is the buildup of fats in the body that makes body weight outside the ideal limit and is associated with several risks of morbidity and mortality. Central obesity is considered better for assessing the level of obesity compared to obesity using the Body Mass Index (BMI). Many studies show high levels of fat in the body are known to be related to poor mental health functions. The purpose of the study was to look at the relationship between central obesity with an emotional mental disorder in the 15–65-year productive age group using Riskesdas's 2013 data. In this study, emotional mental disorder (GME) was obtained with the Self Reporting Questionnaire (SRQ) instrument. The results show a very significant relationship between central obesity with emotional mental disorder with risk magnitude OR 1.13 (P-value 0.00; 95%CI 1.09-1.19) after being controlled age variable, the region of residence, socioeconomic status, marital status, job status. Socioeconomic status is the most effective it has on the emotional mental disorder with OR 1.56 (P-value 0.00; 95%CI 1.49-1.65). The risk range of emotional mental disorders is affected not only by individual factors but also by other factors especially the social determinants in which individuals reside

Keywords: mental emotional disorder ; central obesity; SRQ; productive age; Riskesdas

PENDAHULUAN

Salah satu masalah kesehatan adalah gangguan mental yang sering disembunyikan karena stigma dan sudah saatnya memberi informasi yang tepat kepada masyarakat. Besarnya penderitaan dan beban dalam hal kecacatan dan biaya yang harus ditanggung baik keluarga maupun masyarakat sangat mengejutkan. Dalam beberapa tahun terakhir, dunia menjadi semakin sadar akan beban dan potensi yang sangat besar ini untuk kesehatan mental.¹

Gangguan mental emosional merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi keadaan patologis apabila terjadi terus menerus.² Stres merupakan akumulasi dari berbagai gejala gangguan emosional. Pada saat ini kesehatan mental adalah salah satu masalah penyumbang yang penting untuk beban penyakit dan kecacatan di seluruh dunia. Lima dari 10 penyebab utama kecacatan di seluruh dunia adalah masalah kesehatan mental. Beban gangguan kesehatan mental pada kesehatan dan produktivitas telah lama terjadi diabaikan. Departemen Kesehatan dan konfederasi industri Inggris memperkirakan bahwa sekitar 15-30% pekerja mengalami beberapa bentuk masalah kesehatan mental selama masa kerja mereka. Bahkan, masalah kesehatan mental adalah penyebab utama penyakit dan kecacatan.³ Diperkirakan bahwa 20% dari populasi pekerja dewasa telah mengalami masalah kesehatan mental pada waktu tertentu.⁴ Di Amerika Serikat, diperkirakan bahwa lebih dari 40 juta orang memiliki beberapa jenis gangguan kesehatan mental dan dari jumlah itu, 4-5 juta orang dewasa dianggap sakit mental serius.⁵

Masalah yang dapat berdampak tidak langsung terhadap gangguan mental emosional adalah obesitas yang telah mencapai proporsi epidemi secara global, lebih dari 1 miliar orang dewasa kelebihan berat badan, setidaknya 300 juta di antaranya mengalami obesitas secara klinis dan merupakan penyumbang utama terhadap beban global penyakit kronis dan kecacatan.⁶ Obesitas adalah masalah yang kompleks, dimana banyak faktor berkontribusi dan memberikan berbagai risiko kesehatan.⁶ Peningkatan konsumsi makanan yang lebih padat energi, gizi buruk dengan kadar gula tinggi dan lemak jenuh, dikombinasikan dengan aktivitas fisik yang berkurang, telah menyebabkan tingkat

obesitas yang meningkat tiga kali lipat atau lebih sejak tahun 1980 di beberapa daerah di Amerika Utara, Inggris, Eropa Timur, Timur Tengah, Kepulauan Pasifik, Australasia, dan China. Epidemi obesitas tidak terbatas pada masyarakat industri; peningkatan ini sering lebih cepat di negara-negara berkembang daripada di negara maju. Obesitas dan kelebihan berat badan menimbulkan risiko besar untuk penyakit kronis seperti diabetes tipe 2, penyakit kardiovaskular, hipertensi dan stroke, serta beberapa jenis kanker.⁷ Obesitas merupakan masalah kesehatan yang dapat mengakibatkan masalah emosional dan sosial. Seorang dikatakan *overweight* bila berat badannya 10% sampai dengan 20% berat badan normal, sedangkan seseorang disebut obesitas apabila kelebihan berat badan mencapai lebih 20% dari berat normal. Ukuran standar obesitas umumnya adalah Indeks Massa Tubuh (IMT), dihitung dengan menghitung berat seseorang dalam kilogram dan membaginya dengan kuadrat tinggi badannya dalam satuan meter. IMT itu sederhana, murah dan bisa diandalkan mengukur untuk menunjukkan korelasi positif antara massa tubuh dan risiko terkait obesitas penyakit.⁸

IMT memiliki keterbatasan untuk digunakan sebagai ukuran klasifikasi obesitas yakni tidak bisa membedakan massa lemak dan massa bebas lemak (tulang dan otot) dan tidak mengukur distribusi lemak tubuh yang sering dikaitkan dengan risiko kesehatan tertentu. Nyanseor⁸ pada tahun 2016 menyatakan bahwa penilaian tingkat obesitas di daerah perut lebih baik digunakan dibandingkan dengan IMT, karena IMT tidak dapat menjelaskan perbedaan tipe tubuh dan adanya variasi etnis-etnis. Dengan kata lain, ukuran IMT tidak dapat digeneralisasikan lintas etnis, jenis kelamin, serta usia. Lingkar perut adalah ukuran yang umum digunakan untuk mengevaluasi distribusi lemak perut karena kesederhanaannya.⁹ IMT tidak dapat membedakan antara hubungan berat badan dengan otot atau lemak tubuh dan indikasi distribusi lemak tubuh. Diperlukan indikator lingkar pinggang yang sederhana dan berhubungan kuat dengan lemak intra-abdomen. Lingkar pinggang dapat digunakan untuk mengidentifikasi kelebihan berat badan dan obesitas karena mempunyai nilai sensitivitas dan spesifisitas yang baik.¹⁰

Prevalensi nasional obesitas pada penduduk berusia 15 tahun pada laki-laki sebesar 13,9%, pada perempuan sebesar 23,8%,

dan sekitar 6,0% mengalami apa yang disebut dengan gangguan mental emosional.¹¹ Banyak penelitian telah menunjukkan bahwa obesitas dikaitkan dengan banyak komplikasi medis dan peningkatan terhadap morbiditas serta mortalitas. Observasi klinis telah mempostulatkan adanya asosiasi antara obesitas dan depresi. Observasi ini menunjukkan hubungan antara berat badan berlebih dengan peningkatan gejala psikiatrik.¹² Namun sebagian besar penelitian yang telah dilakukan hanya menghubungkan obesitas dalam hal ini IMT dengan gangguan mental emosional. Masih sangat sedikit penelitian yang mengkaitkan obesitas sentral terhadap gangguan mental emosional. Berdasarkan pertimbangan yang telah dipaparkan di atas, peneliti ingin lebih jauh untuk melihat hubungan antara obesitas sentral terhadap gangguan mental emosional pada kelompok usia produktif dengan menggunakan data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas).¹¹

METODE

Sumber data yang digunakan dalam analisis ini adalah data Riskesdas tahun 2013 yang dikelola oleh Laboratorium Manajemen Data Badan Litbang Kesehatan. Riskesdas tahun 2013 dilaksanakan pada 34 provinsi di Indonesia, merupakan sebuah survei yang dilakukan secara potong lintang (*cross sectional*). Desain tersebut dimaksudkan untuk memberikan gambaran masalah kesehatan penduduk Indonesia sampai tingkat kabupaten/kota. Populasi penelitian adalah seluruh penduduk Indonesia berusia 15 sampai dengan 65 tahun. Kelompok usia tersebut dipilih berdasarkan kriteria dari Badan Pusat Statistik (BPS) yang membedakan penduduk usia produktif menjadi 2 kategori yaitu Usia Sangat Produktif (15–49 tahun) dan Usia Produktif (50–64 tahun). Kriteria inklusi berumur 15–65 tahun, mempunyai data ukuran lingkar perut sebagai variabel independen utama, variabel gangguan mental emosional sebagai variabel dependen, serta data yang lengkap sebagai variabel konfounding meliputi umur, wilayah tempat tinggal, status sosial ekonomi, status perkawinan, dan status pekerjaan.

Responden perempuan masuk ke dalam kategori obesitas sentral jika memiliki lingkar perut ≥ 80 cm dan laki-laki masuk kategori obesitas sentral jika memiliki lingkar perut ≥ 90 cm. Usia dikelompokkan menjadi dua kategori

yaitu kelompok usia sangat produktif dengan rentang 15–49 tahun dan kelompok usia produktif jika memiliki usia 60–65 tahun. Wilayah tempat tinggal responden menjadi dua kategori yaitu perkotaan dan perdesaan. Status perkawinan dibagi menjadi kawin dan tidak kawin dimana kategori tidak kawin merupakan variabel *recoding* dari responden kategori belum pernah kawin, cerai mati, dan cerai hidup. Tingkat sosial ekonomi dinilai berdasarkan kuintil kepemilikan barang, dimana kuintil 1,2,3 masuk kelompok tidak miskin dan kuintil 4 dan 5 masuk kelompok miskin.

Penilaian kesehatan mental emosional dilakukan melalui wawancara oleh enumerator menggunakan instrumen *Self Reporter Questionnaire* (SRQ) yang terdiri dari 20 butir pertanyaan. Kuesioner ini dirancang untuk diisi langsung oleh responden atau *self-administered*, tetapi saat banyak penduduk yang tidak dapat membaca, diperbolehkan untuk digunakan melalui wawancara.¹³ Responden dinyatakan mengalami gangguan mental emosional apabila total jawaban “ya” di atas nilai batas pisah yang ditetapkan. Nilai *cut off* SRQ berkisar antara 3 dan 10.¹⁴ Riskesdas menetapkan 6 sebagai nilai *cut off*, artinya responden yang menjawab “ya” lebih besar atau minimal 6 butir pertanyaan akan dianggap mengalami gangguan mental emosional SRQ yang digunakan adalah 20 butir pertanyaan. Variabel yang terpilih, selanjutnya dianalisis dengan menggunakan perangkat lunak statistik untuk analisis multivariabel digunakan model faktor risiko yaitu menghubungkan satu variabel independen utama dalam hal ini obesitas sentral, dicari hubungannya dengan variabel dependen yaitu gangguan mental emosional dengan menggunakan analisis regresi logistik dan mengikutsertakan beberapa variabel konfunder meliputi kelompok usia, wilayah tempat tinggal, status sosial ekonomi, status perkawinan, dan status pekerjaan. Dilakukan juga analisis interaksi antara variabel independen utama dengan beberapa variabel konfunder. Pengambilan sampel Riskesdas dilakukan secara bertahap, sehingga analisis yang sesuai adalah dengan analisa *complex sample*. Analisis *complex sample* dilakukan dengan mengikutsertakan variabel penimbang, *Primary Sampling Unit* (PSU), dan strata.

HASIL

Tabel 1 memperlihatkan obesitas sentral dengan gangguan mental emosional mempunyai proporsi yang lebih tinggi dibandingkan dengan lingkaran perut yang normal. Terlihat bahwa orang dengan obesitas sentral mempunyai besaran risiko OR (*crude*) sebesar 1,17 untuk terkena gangguan mental emosional dibandingkan dengan orang berat badan normal. Proporsi kelompok usia produktif (50–65 tahun) memiliki gangguan mental emosional yang lebih tinggi dibandingkan kelompok usia sangat produktif (usia 15–49 tahun) dengan OR (*crude*) sebesar 1,22 artinya kelompok usia produktif (50–65 tahun) mempunyai risiko sebesar 1,22 kali untuk terkena gangguan mental emosional dibandingkan dengan kelompok usia sangat produktif (15–49 tahun). Orang yang tinggal di daerah perkotaan memiliki proporsi yang tinggi terkena gangguan mental emosional dibandingkan dengan orang yang tinggal di daerah pedesaan. Dari besaran risiko OR (*crude*) sebesar 0,81 (signifikansi *P value* = 0,00; $\alpha=0,05$) menunjukkan adanya hubungan antara wilayah tempat tinggal namun sifatnya ke arah protektif jika orang bertempat tinggal

di daerah perkotaan. Proporsi kelompok miskin dengan gangguan mental emosional sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan orang kelompok tidak miskin. Besaran risiko OR (*crude*) 1,34 menunjukkan bahwa orang miskin mempunyai peluang 1,34 kali untuk terkena gangguan mental emosional dibandingkan dengan orang tidak miskin (*P value*=0,00, $\alpha=0,05$). Orang tidak kawin mempunyai proporsi terkena gangguan mental emosional yang lebih besar dibandingkan proporsi orang yang kawin. Tetapi dari sisi risiko terlihat bahwa OR (*crude*) sebesar 1,11 menunjukkan risiko yang tidak terlalu berbeda antara orang dengan status kawin maupun yang tidak kawin untuk terkena gangguan mental emosional. Dari variabel status pekerjaan, orang yang tidak bekerja mempunyai proporsi terkena gangguan mental emosional yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang bekerja. Orang dengan status tidak bekerja mempunyai OR (*crude*) sebesar 1,53 yang dapat diinterpretasikan bahwa orang tidak bekerja mempunyai risiko sebesar 1,53 kali dibandingkan dengan orang yang bekerja untuk terkena gangguan mental emosional.

Tabel 1. Gangguan Mental Emosional Berdasarkan Obesitas Sentral dan Karakteristik

	Gangguan Mental Emosional			
	Ya n (%)	Tidak n (%)	Sig	OR* (CI)
Obesitas sentral				
- Ya	1090 (6,5)	146261 (93,5)		1,17 (1,13-1,23)
- Tidak	26959 (5,5)	459776 (94,5)	0,00	Reff
Kelompok Usia				
- Usia sangat produktif (15-49 tahun)	29558 (5,6)	502059 (94,4)	0,00	Reff
- Usia produktif (50-65 tahun)	7491 (6,7)	103979 (93,3)		1,22 (1,17-1,28)
Wilayah Tempat Tinggal				
Perkotaan	20836(6,3)	308540(93,7)		0,81 (0,75-0,87)
Perdesaan	16214(5,2)	297497(94,8)	0,00	Reff
Status Ekonomi				
- Miskin	22485(6,5)	3248602(93,5)		1,34 (1,26-1,41)
- Tidak miskin	14565(4,9)	281177(95,1)	0,00	Reff
Status Perkawinan				
- Kawin	24902(5,6)	421068(94,4)	0,00	Reff
- Tidak kawin	12147(6,2)	184969(93,8)		1,11 (1,06-1,16)
Status Pekerjaan				
- Bekerja	19232(4,9)	377152(95,1)	0,00	Reff
- Tidak bekerja	17817(7,2)	228885(92,8)		1,53 (1,47-1,59)

Tabel 2. Model Multivariabel Hubungan Obesitas Sentral dengan Status Gangguan Mental Emosional pada Kelompok Usia Produktif

Variabel	Odds Ratio*	P Value	95% CI
Obesitas sentral		0,00	
- Ya	1,13		1,09-
- Tidak	Ref		1,19
Umur		0,00	
- Usia produktif	1,26		
- Usia sangat produktif	Ref		1,21-
Wilayah		0,00	1,32
- Perkotaan	1,41		
- Perdesaan	Ref		
Status sosial ekonomi		0,00	1,31-
- Miskin	1,56		1,52
- Tidak miskin	Ref		
Status Perkawinan		0,03	
- Tidak kawin	1,06		1,49-
- Kawin	Ref		1,65
Status Pekerjaan		0,00	
- Tidak bekerja	1,52		

Dari analisis multivariabel pada tabel 2 menunjukkan bahwa obesitas sentral mempunyai hubungan yang bermakna (P value 0,00 ; $\alpha < 0,05$) dengan variabel gangguan mental emosional setelah dikontrol variabel konfounder. Terlihat bahwa orang dengan obesitas sentral mempunyai risiko untuk terkena gangguan mental emosional sebesar 1,13 kali dibandingkan dengan orang yang tidak mengalami obesitas sentral setelah dikontrol dengan variabel konfounding meliputi: umur, wilayah tempat tinggal, status sosial ekonomi, status perkawinan, status pekerjaan, interaksi antara obesitas sentral-umur serta interaksi obesitas sentral-kawin. Dari semua variabel konfounding, status sosial ekonomi merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap gangguan mental emosional dengan OR *adjusted* sebesar 1,56 (95% CI 1,49-156) .

Tabel 2 memperlihatkan interaksi antara obesitas sentral dengan kelompok umur yang mempunyai risiko protektif terhadap kelompok orang dengan obesitas sentral dan usia produktif, orang yang tidak obesitas sentral dan usia produktif, orang dengan obesitas sentral dan usia sangat produktif, berpeluang untuk tidak terkena gangguan mental emosional dibandingkan dengan kelompok yang tidak obesitas sentral dan kelompok usia sangat produktif. Berbeda dengan interaksi antara obesitas sentral dan status kawin, kelompok orang tidak obesitas sentral dan statusnya adalah kawin, mempunyai peluang untuk tidak mengalami gangguan mental emosional yang lebih baik dibandingkan dengan

kelompok obesitas sentral dan tidak kawin, kelompok tidak obesitas sentral dan tidak kawin, obesitas sentral dan kawin.

PEMBAHASAN

Menurut Barrington *et al.*¹⁵ gangguan mental emosional terjadi ketika tuntutan lingkungan melebihi kapasitas adaptasi individu dan tuntutan tersebut menghasilkan proses fisiologis atau psikologis yang meningkatkan risiko untuk terkena penyakit. Stres akut adalah bentuk stres yang terjadi selama periode waktu singkat dan bisa dipicu oleh kegiatan sehari-hari, bisa juga disebabkan oleh peristiwa besar dalam hidup. Stres kronis adalah bentuk lain dari stres di mana stres sehari-hari kecil terakumulasi dalam jangka waktu yang panjang. Kedua jenis stres memiliki konsekuensi dalam jangka panjang.¹⁶ Stresor juga dapat mempengaruhi perkembangan penyakit dengan menyebabkan keadaan afektif negatif, seperti kecemasan dan depresi, yang pada gilirannya memberikan efek langsung pada proses biologis atau pola perilaku yang mempengaruhi risiko penyakit.¹⁷

Penelitian ini menunjukkan obesitas sentral dan seluruh variabel konfounder masuk kedalam analisis multivariabel akhir. Hal ini menunjukkan bahwa variabel obesitas sentral merupakan salah satu faktor risiko yang berpotensi terhadap penyakit gangguan mental emosional, walaupun besaran risikonya hanya 1,13 kali dibanding dengan orang yang bukan dikategorikan terkena obesitas sentral. Kuantitas

lemak perut adalah prediktor yang lebih akurat untuk risiko morbiditas dan atau mortalitas dibandingkan dengan indikator IMT. Lingkar perut dan ukuran lemak perut lainnya berhubungan positif dengan risiko penyakit kronis antara lain seperti penyakit kardiovaskular, diabetes melitus dan beberapa jenis kanker.¹⁸

Kats *et al*¹⁹ melakukan penilaian kualitas hidup terhadap 2.931 orang dengan kondisi kesehatan kronis termasuk obesitas. Ditemukan bahwa depresi klinis tertinggi ditemukan pada orang yang sangat gemuk (IMT > 35). Selanjutnya dinyatakan bahwa obesitas dapat memicu gangguan psikologis termasuk depresi, gangguan pola makan, distorsi citra tubuh, maupun perasaan rendah diri. Orang gemuk memiliki risiko mengalami depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang dengan berat badan normal. Hasil yang sama juga ditemukan oleh Sullivan yang menyatakan bahwa secara klinis, depresi pada individu sangat gemuk, tiga sampai empat kali lebih tinggi dibandingkan dengan individu non obesitas. Mereka juga melaporkan bahwa nilai depresi untuk orang gemuk sama buruknya dengan pasien dengan nyeri kronis.²⁰

Penelitian yang dikembangkan oleh Roberts *et al* pada tahun 2003 dengan menggunakan data kohor prospektif Alameda County Study (1994-1999) mengeksplorasi kemungkinan adanya hubungan resiprok antara depresi dan obesitas, yaitu jika: (1) obesitas meningkatkan risiko depresi; (2) depresi meningkatkan risiko obesitas; (3) ada hubungan timbal balik antara depresi dan obesitas; (4) tidak ada hubungan antara depresi dan obesitas. Kesimpulan penelitian ini menemukan bahwa hanya hipotesis pertama yang benar-benar terbukti, yaitu obesitas pada awal dikaitkan dengan depresi pada tindak lanjut 5 tahun kemudian, hal ini mengonfirmasi efek obesitas terhadap kesehatan mental.²¹

Hasil analisis menunjukkan bahwa usia produktif 50–65 tahun mempunyai risiko yang lebih besar untuk terkena gangguan mental emosional dibandingkan dengan kelompok usia sangat produktif (15–49 tahun). Kelompok usia ini adalah masa dimana umumnya terjadi penurunan produktivitas dan bersiap memasuki masa pensiun. Gangguan mental pada usia lanjut umumnya sering terjadi dan sering tidak terdiagnosis. Kesehatan mental sangat penting untuk kemandirian serta kualitas hidup yang

lebih baik. Hal yang mustahil jika seorang pada usia tua tidak memiliki penyakit, namun sangat penting untuk tetap mengembangkan gaya hidup sehat pada semua kelompok umur, pada gilirannya tergantung pada mental yang sehat, yaitu pada kesehatan emosi dan kognitif. Usia lanjut adalah prediktor paling penting untuk penurunan kognitif dan demensia.²² Usia lanjut berisiko terhadap isolasi sosial, karena umumnya sebagian besar telah memasuki usia pensiun. Bisa jadi tidak mempunyai penghasilan tetap dan menjadi rentan terhadap penyakit kronis (menghilangkan kemampuan mobilitas, kemandirian dan keterampilan kognitif). Perasaan terisolasi juga bisa terjadi karena kehilangan pasangan atau teman, karena sakit, atau ketidakpedulian anggota keluarga maupun masyarakat. Penyakit kronis juga merupakan faktor risiko depresi, semakin tinggi prevalensinya, semakin berkontribusi terhadap peningkatan tingkat depresi pada kelompok usia ini.⁶

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa penduduk pedesaan relatif mempunyai proporsi gangguan mental emosional yang lebih rendah dibandingkan dengan daerah perkotaan. Analisis bivariabel menunjukkan adanya hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan gangguan mental. Penjelasan mengapa hal ini bisa terjadi, bisa dijelaskan dari penelitian yang telah dilakukan oleh Nepomuceno *et al*²³ di Brazil menyatakan bahwa proporsi orang miskin umumnya lebih tinggi di daerah pedesaan dibandingkan dengan daerah perkotaan; namun sebaliknya adalah daerah pedesaan memiliki tingkat kesehatan mental yang lebih baik. Temuan mereka menunjukkan bahwa terlepas dari masalah perekonomian, adanya unsur-unsur perlindungan dan pemberdayaan psikososial pada penduduk pedesaan yang memungkinkan meningkatnya kualitas hidup. Gaya hidup penduduk kota besar lebih rentan untuk berkembangnya penyakit psikologis.²⁴

Alves dan Rodrigues²⁵ di Portugal telah melakukan analisis hubungan indeks kesejahteraan dengan skor SRQ-20, menyatakan bahwa adanya perbedaan yang signifikan antara masyarakat pedesaan dibandingkan dengan masyarakat perkotaan, dengan rata-rata tingkat kesehatan mental yang lebih baik di daerah pedesaan. Selanjutnya dikatakan bahwa tinggal di daerah perkotaan memiliki risiko

tekanan psikologis yang lebih besar. Hal ini disebabkan oleh adanya faktor stres yang lebih tinggi, rendahnya dukungan sosial, serta gaya hidup yang tidak sehat. Faktor yang sama juga dilaporkan oleh Albuquerque *et al*²⁶, dalam studinya tentang kesejahteraan dalam konteks masyarakat pedesaan dan perkotaan. Mereka menyatakan bahwa daerah agraris adalah tempat yang menyenangkan dan lebih sehat untuk ditinggali, hubungan interpersonal yang lebih dekat, sehingga mendukung stabilitas emosional. Sebaliknya lingkungan perkotaan, ditandai oleh hubungan yang tidak stabil dan stres yang lebih tinggi.

Variabel status sosial ekonomi dalam Riskesdas 2013 didapatkan dari indeks kepemilikan yang terdiri dari 12 variabel kepemilikan barang. Hasil analisis menunjukkan terdapat hubungan yang significant antara status sosial ekonomi dengan gangguan mental emosional dengan OR *adj* 1,56 (95% CI 1,49-1,65). Besaran risiko status sosial ekonomi adalah yang paling besar dibandingkan dengan variabel konfounder lain dalam penelitian ini.

Ketimpangan pendapatan merupakan salah satu determinan sosial terhadap kesehatan mental seseorang.²⁷ Gangguan kejiwaan secara konsisten banyak ditemukan di kelas sosial yang lebih rendah.²⁴ Dari penelitian sosiologis historis yang pernah dilakukan oleh Faris dan Dunham tahun 1939 menunjukkan bahwa tingginya tingkat gangguan mental di daerah kumuh perkotaan, sementara penelitian Hollingshead & Redlich tahun 1953 menyatakan adanya hubungan yang signifikan antara kelas sosial ekonomi dan prevalensi gangguan kejiwaan.¹⁷ WHO tahun 2012 menyatakan bahwa mental yang sehat adalah keadaan di mana setiap individu menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan hidup yang normal, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi kepada masyarakat. Hal ini berarti bahwa kesehatan mental atau psikologis tidak hanya dipengaruhi oleh karakteristik individu, tetapi juga oleh keadaan sosial ekonomi.²⁸

Status pernikahan menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna diantara orang terkena obesitas sentral dengan yang bukan terhadap kejadian gangguan mental emosional. Walau besaran risikonya tidak terlalu besar dengan OR 1,06 (95%CI 1,01-1,11), proporsi yang tidak

menikah terkena gangguan mental emosional sebesar 6,2%, lebih besar dibandingkan orang menikah terkena gangguan mental emosional sebesar 5,6%. Pernikahan adalah salah satu peristiwa paling penting dalam kehidupan yang mempengaruhi status sosial serta jiwa seorang individu. Ini tidak hanya berfungsi untuk memenuhi kebutuhan biologis mendasar seperti kebutuhan seksual melalui cara yang diterima secara sosial, tetapi juga membantu individu untuk mencapai tingkat pematangan kepribadian yang lebih baik.²⁹

Penelitian yang dilakukan oleh Soulsby dan Beenet³⁰ di Inggris dengan orang sebanyak 375 perempuan dan 135 laki-laki, menyatakan bahwa pada pasangan yang menikah, secara konsisten memiliki tingkat kesehatan psikologis yang lebih baik dibandingkan dengan yang tidak menikah. Tujuan penelitian mereka adalah untuk melihat sejauh mana hubungan antara status perkawinan dengan kesehatan psikologis dapat dijelaskan dengan dukungan sosial yang dirasakan. Lebih lanjut diungkapkan bahwa orang yang bercerai memiliki tingkat kesehatan psikologis yang jauh lebih rendah dibandingkan dengan orang yang tetap menikah setelah dikendalikan oleh berbagai variabel demografi sebagai variabel konfounder. Dukungan sosial yang dirasakan muncul sebagai mediator yang signifikan dari hubungan ini. Dukungan sosial yang diterima adalah sebagai pembeda pada orang bercerai maupun pada orang yang tidak pernah menikah terhadap kesehatan psikologis, sehingga tingkat dukungan yang lebih rendah pada kelompok orang ini menghasilkan kesehatan psikologis yang lebih rendah. Dengan demikian, dukungan sosial menjadi variabel penting untuk menjelaskan bagaimana pernikahan dapat memberikan kesehatan mental yang lebih baik.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa status bekerja atau tidak bekerja orang di Indonesia berhubungan cukup signifikan terhadap gangguan mental emosional (*P value* 0,00), dengan OR *adjusted* sebesar 1,52. Hasil ini didukung oleh penelitian yang telah dilakukan oleh Feather dan Davenport tahun 1983 di Australia yang menemukan adanya korelasi antara orang tidak bekerja dengan timbulnya depresi. Mereka berkesimpulan bahwa orang yang tidak bekerja cenderung menyalahkan diri sendiri serta merasa tidak berdaya.³¹ Meskipun demikian, antara pekerjaan dan gangguan mental emosional

terdapat hubungan, sejauh ini analisisnya masih menggunakan data-data *cross sectional* dan oleh karena itu tidak dapat memastikan hubungan kausal secara langsung, harus ada studi yang lebih lanjut.¹⁸

Pada studi longitudinal oleh Kirchler tahun 1984, terhadap 20 pria dan 13 wanita yang baru saja kehilangan pekerjaan, diminta untuk merekam perasaan mereka di buku harian beberapa kali dalam sehari. Beberapa bulan kemudian beberapa orang telah menemukan pekerjaan kembali dan ini memungkinkan untuk dilakukan perbandingan antara kedua kelompok antara yang baru kembali bekerja dengan yang masih belum bekerja. Ditemukan bahwa perasaan orang yang masih belum bekerja jauh lebih buruk daripada orang yang telah bekerja kembali. Orang yang masih belum bekerja mengalami perasaan tidak berdaya yang lebih dalam dan peningkatan rasa frustrasi.³ Di lain studi, Karsten dan Moser tahun 2001 melakukan meta-analisis pada 172 studi, mencari korelasi antara status kerja dengan penyakit gangguan mental. Ditemukan bahwa sekitar 37% orang yang tidak bekerja memiliki gangguan mental klinis, sementara orang yang bekerja sebesar 23%. Studi menyimpulkan adanya korelasi yang kuat, orang yang tidak memiliki pekerjaan, kesehatan mental mereka umumnya menurun, sementara pada saat yang sama, orang yang semula tidak bekerja dan kemudian memperoleh pekerjaan kembali, ada perbaikan pada kesehatan mental.³¹

Meskipun banyak unsur kesehatan mental telah dapat diidentifikasi, istilah ini sebenarnya tidak mudah untuk didefinisikan. Makna menjadi sehat secara mental tergantung pada banyak interpretasi yang berakar pada nilai-nilai, yang mungkin bisa berbeda antara budaya yang berbeda pula. Kesehatan mental tidak harus selalu dilihat sebagai bebas dari penyakit, tetapi bisa juga berkaitan dengan bentuk kesejahteraan yang sifatnya subjektif, ketika setiap orang merasa bahwa mereka dapat mengatasi dan mengendalikan setiap permasalahan, mampu menghadapi tantangan dan mengambil tanggung jawab. Kesehatan mental adalah keadaan kinerja fungsi mental yang baik, yang menghasilkan kegiatan produktif, mampu berhubungan sosial dengan orang lain, serta kemampuan beradaptasi dengan setiap perubahan dan mengatasi kesulitan.³

KESIMPULAN

Proporsi orang kategori obesitas sentral lebih tinggi terkena gangguan mental emosional dibandingkan dengan orang dengan kategori tidak obesitas sentral dan secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara obesitas sentral dengan gangguan mental emosional setelah dikontrol variabel umur, wilayah tempat tinggal, status sosial ekonomi, status perkawinan, status pekerjaan. Faktor status sosial ekonomi adalah faktor yang paling berperan. Determinan kesehatan mental tidak hanya dipengaruhi oleh atribut individu, tetapi juga oleh keadaan sosial yang berinteraksi satu sama lain secara dinamis.

SARAN

Penyebab terganggunya kesehatan mental sangat banyak, oleh sebab itu pentingnya promosi dan perlindungan kesehatan mental yang penangannya harus melibatkan berbagai pihak. Pencegahan gangguan mental emosional dapat melalui penyediaan lapangan kerja, promosi lingkungan sosial yang sehat terhadap kelompok-kelompok sosial dan kelompok rentan; perlindungan sosial bagi masyarakat miskin; pengobatan serta perawatan bagi masyarakat yang mengalami gangguan mental.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada Kepala Badan Litbangkes dr. Siswanto, MHP, DTM yang telah memfasilitasi penulis untuk memperoleh subset data Riskesdas 2013 dan kepada Dr. Dwi Hapsari Tjandrarini SKM, M.Kes yang telah memberikan saran masukan berharga untuk penulisan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Investing in mental health. Geneva: WHO; 2013.
2. Idaiani S, Suhardi, Kristanto AY. Analisis gejala gangguan mental emosional penduduk Indonesia. *Majalah Kedokteran Indonesia*. 2009;59(10):473–479.
3. Liimatainen MR, Gabriel P. Mental health in the workplace: situation analysis: United Kingdom. Geneva: International Labour Office; 2000.
4. Funk M. Mental health policy and service

- development team. Geneva: WHO ILO; 2000. Available at: http://www.who.int/mental_health.
5. Wahlbeck K. et al., 2010. European pact for mental health and well-being. *Die Psychiatrie*. 2010;2(7):74–80.
 6. WHO. Obesity and Overweight. World Health Organization. Geneva : WHO; 2003. p.1–2.
 7. White EJ. The problem of obesity and dietary nudges. *Politics and the Life Sciences*. 2008;37(1):120–125.
 8. Nyanseor SW. The effects of psychological stress on abdominal obesity among African American women. Georgia State University; 2006.
 9. Bagchi D, Preuss HG. Obesity: epidemiology, pathophysiology, and prevention second. London New York: CRC Press Taylor & Francis Group; 2012.
 10. Zhang S, Bhavsar V. Unemployment as a risk factor for mental illness: combining social and psychiatric literature. *Advances in Applied Sociology*. 2013; 3(2):31–136. Available at: <http://www.scirp.org/journal/PaperDownload.aspx?DOI=10.4236/aasoci.2013.32017>.
 11. Badan Litbang Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta: Badan Litbang Kesehatan; 2013.
 12. Carpenter K, Hasin D, Allison D. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American journal*. 2000;90(2):251–258. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446144/>.
 13. Harpham T et al. Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health Policy and Planning*. 2003;18(3):344–349.
 14. Beusenbergh M, Orle J. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneva: World Health Organization; 1994. p.84.
 15. Barrington WE et al. Perceived stress, behavior, and body mass index among adult participating in a worksite obesity prevention program, Seattle, 2005–2007. *Preventing Chronic Disease*. 2012;9(1):120001. Available at: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2012/12_0001.htm
 16. Cohen S, Gianaros PJ, Manuck SB. A stage model of stress and disease. *Perspect Psychol Sci*. 2016;11(4):456–463.
 17. Evans SPM. Examining the relationship between socioeconomic status and mental health quality of life in a rural neighborhood context [Thesis]. University of Iowa; 2016. Available at <https://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6425&context=etd>.
 18. Zhang C et al. Abdominal obesity and the risk of all-cause, cardiovascular, and cancer mortality: sixteen years of follow-up in US women. *Circulation*. 2008;117(13):1658–1667.
 19. Katz D, McHorney, C, Atkinson RL. Impact of obesity on health-related quality of life in patients with chronic illness. *Journal of general internal medicine*. 2000;15(11):789–796.
 20. Collingwood J. Obesity and mental health. *Psych Central*. 2016(May 17).
 21. Rao TSS, Nambi S, Chandrashekar H. Marriage, mental health and Indian legislation. *Indian J Psychiatry* 2005;47:3
 22. Harris RE. Epidemiology of chronic disease. *Global perspectives*; 2013. p.723.
 23. Nepomuceno BB et al. Mental health, well-being, and poverty: a study in urban and rural communities in Northeastern Brazil. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*/ 2016;44(1):63–75. Available at: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10852352.2016.1102590>
 24. Murali V, Oyebode F. Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004;10(3):216–224. Available at: <http://apt.rcpsych.org/content/10/3/216.abstract>.
 25. Alves MAA, Rodrigues NFR. Determinantes sociais e econômicos da Saúde [social and economic determinants of mental health]. *Revista Portuguesa de Saude Publica*. 2010;28(2):127–131.
 26. Albuquerque FJB, Martins CR, Neves MTD. Subjective emotional well-being and coping in low income earning adults in the urban and rural environments. *Estudos de Psicologia*. 2008;25(4); 509–516.
 27. Compton MT, Shim RS. The social

- determinants of mental health. *Focus*. 2015;13(4):419–425. Available at: <http://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.focus.20150017>.
28. WHO. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Geneva: WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan; 2012.
29. Olack B et al. Risk factors of hypertension among adults aged 35-64 years living in an urban slum Nairobi, Kenya. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1–9. Available at: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2610-8>.
30. Soulsby LK, Bennett KM. Marriage and psychological wellbeing: the role of social support. *Scientific Research Publishing-Psychology*. 2015;6(1):1349–1359. Available at: <http://www.scirp.org/journal/psych>.
31. Ishmuhametov I, Palma A. Unemployment as a factor influencing mental well-being. *Procedia Engineering*. 2017;178:359–367. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.proeng.2017.01.066>.