



Jurnal Review Pendidikan dan Pengajaran
<http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/jrpp>
 Volume 8 Nomor 1, 2025
 P-2655-710X e-ISSN 2655-6022

Submitted : 29/01/2025
 Reviewed : 02/02/2025
 Accepted : 02/02/2025
 Published : 16/02/2025

Muhammad Husni¹
Baidah²
Matini Ma'rifatana
Humaira³

HUBUNGAN ANTARA FAKTOR DEMOGRAFIS DENGAN GEJALA PSIKOLOGIS: ANALISIS DATA SRQ

Abstrak

Kesehatan jiwa merupakan aspek penting yang sering kali kurang mendapat perhatian. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara faktor demografis (usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan) dengan gejala psikologis menggunakan data SRQ (Self-Reporting Questionnaire) di masyarakat desa. Metode dalam penelitian ini dengan desain crosssectional, sampel yang digunakan yaitu total sampling atau seluruh data yang terekap dalam rekap data SRQ sebanyak 215 data responden. Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara usia (p-value 0.891) dan jenis kelamin (p-value 0.802) dengan gejala psikologis. Namun, tingkat pendidikan menunjukkan hubungan signifikan (p-value 0.036). Berdasarkan hasil penelitian ini maka dapat disimpulkan bahwa usia dan jenis kelamin tidak memiliki hubungan signifikan dengan gejala psikologis, sedangkan pada variabel tingkat pendidikan, hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dengan gejala psikologis. Penelitian ini menyarankan pentingnya peningkatan akses pendidikan di daerah dengan tingkat pendidikan rendah untuk mendukung kesehatan mental masyarakat. Selain itu, dukungan sosial dan kebijakan yang memperhatikan faktor-faktor demografis diharapkan dapat membantu mengurangi prevalensi gangguan psikologis. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengeksplorasi pengaruh status ekonomi, kondisi keluarga, dan akses ke layanan kesehatan mental terhadap gejala psikologis di masyarakat.

Kata Kunci: Usia, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Gejala Psikologis, SRQ, Kesehatan Mental

Abstract

Mental health is an important aspect that often receives insufficient attention. This study aims to analyze the relationship between demographic factors (age, gender, and education level) and psychological symptoms using SRQ (Self-Reporting Questionnaire) data in a rural community. The methodology used in this study is a cross-sectional design, with the sample being total sampling, which includes all data recorded in the SRQ data recap, consisting of 215 respondents. The analysis results indicate no significant relationship between age (p-value 0.891) and gender (p-value 0.802) with psychological symptoms. However, education level shows a significant relationship (p-value 0.036). Based on these findings, it can be concluded that age and gender do not have a significant relationship with psychological symptoms, while education level is significantly related to psychological symptoms. This study suggests the importance of improving access to education in areas with low education levels to support the mental health of the community. Additionally, social support and policies that take demographic factors into account are expected to help reduce the prevalence of psychological disorders. Further research is needed to explore the influence of socioeconomic status, family conditions, and access to mental health services on psychological symptoms in the community.

Keywords: Age, Gender, Education Level, Psychological Symptoms, SRQ, Mental Health.

^{1,2}diploma Iii Keperawatan, Politeknik Kesdaam Vi Banjarmasin, Politeknik Kesdaam Vi Banjarmasin

³Matini Ma'rifatana Humaira, Div Bidan Pendidik, Universitas Sari Mulia Banjarmasin, Puskesmas Tabunganen

Email : husni@poltekkesdam6bjm.ac.id, baidah@poltekkesdam6bjm.ac.id, :matinimarifatana@gmail.com

PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa merupakan salah satu aspek yang tidak kalah pentingnya dengan kesehatan fisik, namun seringkali kurang mendapatkan perhatian yang layak. Kesehatan Jiwa adalah kondisi yang mencakup kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial seseorang, yang memengaruhi cara individu berpikir, merasakan, dan berperilaku. Kesehatan jiwa yang baik memungkinkan seseorang untuk mengelola stres, berhubungan dengan orang lain, dan mengambil keputusan yang sehat dalam kehidupan sehari-hari (WHO, 2021). Namun, meskipun kesehatan jiwa sangat vital, gangguan mental seperti kecemasan, depresi, dan stres semakin umum di berbagai kalangan masyarakat.

Menurut data dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), menunjukkan bahwa sekitar 264 juta orang di dunia mengalami depresi, lebih dari 300 juta orang menderita gangguan kecemasan dan lebih dari 450 juta orang di dunia menderita gangguan mental, diperkirakan akan menjadi beban terbesar bagi masyarakat pada tahun 2030 (WHO, 2019). Gangguan kecemasan dan depresi menjadi dua gangguan kesehatan jiwa yang paling umum dijumpai di berbagai belahan dunia. Hasil dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional di kalangan masyarakat Indonesia mencapai 6,1%. Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan Indonesia, sekitar 9,8 juta orang Indonesia mengalami gangguan jiwa, dengan angka gangguan psikologis pada remaja dan orang dewasa muda yang meningkat dalam beberapa tahun terakhir (Kemenkes, 2018). Faktor-faktor demografis seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, status sosial ekonomi, dan kondisi keluarga memiliki peran penting dalam mempengaruhi terjadinya gangguan psikologis di masyarakat.

Mengabaikan kesehatan jiwa dapat memiliki dampak yang sangat serius baik pada individu maupun masyarakat secara keseluruhan. Gangguan kesehatan jiwa yang tidak ditangani dengan baik dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang, mengganggu hubungan sosial, dan mengurangi kemampuan untuk berfungsi secara optimal dalam kehidupan sehari-hari. Menurut WHO (2021), gangguan mental yang tidak ditangani dapat menyebabkan kecacatan jangka panjang, mempengaruhi produktivitas kerja, serta meningkatkan risiko permasalahan kesehatan fisik. Dampak sosial dari gangguan psikologis juga lebih besar, mencakup stigma sosial, pengucilan, dan ketidakmampuan untuk berfungsi secara maksimal dalam masyarakat (Patel et al., 2016). Kesehatan jiwa yang buruk juga dapat mengarah pada ketergantungan terhadap zat, penyalahgunaan alkohol, atau perilaku berisiko lainnya.

Mengatasi dampak negatif dari gangguan psikologis, dapat dilakukan dengan pendekatan berbasis data. Pendekatan ini memungkinkan kita untuk mengidentifikasi individu atau kelompok yang paling berisiko mengalami gangguan psikologis. Oleh karena itu, analisis data Self Reporting Questionnaire (SRQ) yang mengaitkan faktor demografis dengan gejala psikologis dapat berperan penting dalam merumuskan solusi. Solusi yang dapat diterapkan meliputi peningkatan akses terhadap layanan kesehatan mental, terutama di daerah-daerah yang memiliki tingkat prevalensi gangguan psikologis yang tinggi. Program-program kesehatan mental berbasis komunitas yang mengedukasi masyarakat tentang pentingnya deteksi dini gejala psikologis juga terbukti efektif dalam mengurangi prevalensi gangguan jiwa (Friedrich, 2017). Selain itu, intervensi berbasis kebijakan yang memperhatikan faktor-faktor demografis juga dapat mendorong terciptanya lingkungan yang lebih mendukung bagi individu yang mengalami gangguan psikologis.

Terdapat penelitian yang banyak membahas gejala psikologis secara umum, namun sangat sedikit yang memfokuskan pada hubungan spesifik antara faktor demografis dan kondisi psikologis yang terjadi, khususnya dengan menggunakan instrumen SRQ yang terbukti efektif untuk mendeteksi gejala psikologis. Melalui analisis data SRQ, diharapkan dapat diperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai prevalensi dan distribusi gejala psikologis di kalangan berbagai kelompok demografis. Penelitian ini juga berpotensi memberikan kontribusi terhadap pengembangan kebijakan kesehatan mental yang lebih efektif dan berbasis bukti di Indonesia, serta negara-negara berkembang lainnya yang menghadapi tantangan serupa, oleh karena itu penulis tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul "Hubungan antara Faktor Demografis dengan Gejala Psikologis: Analisis Data SRQ".

Melalui analisis univariat, terlihat bagaimana usia, jenis kelamin, dan tingkat Pendidikan tersebar di antara populasi di desa, serta seberapa besar hubungan faktor demografis ini dengan gejala psikologis yang dialami oleh masyarakat desa. Hasil ini memberikan fondasi awal yang

diperlukan untuk memahami variasi individual dalam konteks masing-masing faktor tersebut dan bagaimana faktor-faktor demografis dapat memengaruhi kondisi psikologis masyarakat. Analisis ini juga memberi wawasan mengenai prevalensi gejala psikologis. Namun, untuk mendapatkan wawasan yang lebih mendalam, analisis bivariat kemudian dilakukan untuk mengeksplorasi hubungan antar faktor-faktor demografis dan gejala psikologis yang lebih kompleks.

Melalui analisis bivariat, peneliti dapat menilai apakah ada korelasi atau interaksi yang signifikan antara dua atau lebih variabel, membantu mengidentifikasi pola-pola yang mungkin tidak terlihat dalam analisis univariat (Meliyanti, 2022). Sebagai contoh, analisis bivariat dapat mengungkapkan apakah ada perbedaan signifikan dalam gejala psikologis dalam kelompok usia, laki-laki dan perempuan, atau pada tingkat pendidikan.

Pendekatan analisis univariat dan bivariat yang dilakukan, dapat memberikan gambaran yang lebih lengkap dan kontekstual tentang dinamika faktor-faktor demografis yang mempengaruhi gejala psikologis pada masyarakat desa. Temuan yang diperoleh dapat memberikan wawasan yang lebih mendalam bagi stakeholder, seperti pihak Puskesmas dan tenaga kesehatan, dalam memahami tantangan psikososial yang dihadapi masyarakat. Selain itu, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan dasar yang kuat untuk pengembangan strategi intervensi yang tepat guna dalam meningkatkan kesejahteraan psikologis masyarakat di desa.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi positif dalam pengembangan program intervensi atau kebijakan yang bertujuan untuk meningkatkan Kesehatan jiwa di desa. Temuan ini diharapkan dapat memberikan informasi yang berharga bagi para pembuat kebijakan dan pihak terkait lainnya untuk lebih memahami dan mengatasi masalah psikologis pada masyarakat, serta menciptakan lingkungan yang lebih mendukung kesehatan jiwa di masyarakat.

METODE

Penelitian ini menggunakan menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian crosssectional, yang memungkinkan pengumpulan data pada satu titik waktu untuk melihat hubungan antara faktor geografis (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan) dan gejala psikologis yang diukur melalui SRQ.

Penelitian ini menggunakan metode total sampling, yaitu teknik pengambilan sampel di mana seluruh populasi yang mengisi kuesioner SRQ (Self-Reporting Questionnaire). Total sampling diterapkan karena jumlah populasi yang tersedia telah terdata dalam rekap data SRQ, sehingga seluruh anggota populasi dapat dilibatkan dalam penelitian ini, sehingga data diharapkan komprehensif dan representatif mengenai hubungan antara faktor demografis (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan) dengan gejala psikologis dalam populasi yang diteliti. Jumlah sampel sebanyak 215 data responden.

Dalam penelitian ini, Rekapitulasi Data SRQ (Self-Reporting Questionnaire) digunakan sebagai instrumen utama untuk mengumpulkan informasi mengenai gejala psikologis di tingkat desa. SRQ merupakan alat ukur yang dikembangkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), yang dirancang untuk menilai gejala psikologis seperti kecemasan, depresi, dan gangguan emosional lainnya. SRQ dapat memberikan gambaran umum tentang kesehatan mental individu berdasarkan persepsi dan laporan diri mereka sendiri. Instrumen ini digunakan dalam banyak penelitian kesehatan mental di berbagai belahan dunia karena kemudahannya dan keandalannya dalam mengidentifikasi gejala-gejala psikologis.

Pada penelitian ini, instrument yang digunakan adalah Rekapitulasi Data SRQ yang berisi score kesimpulan dari 20 item pertanyaan untuk menggali data terkait dengan prevalensi gangguan psikologis di kalangan penduduk desa yang diambil dalam 1 bulan pada penduduk dewasa. Beberapa pertanyaan dalam SRQ dirancang untuk mengidentifikasi gejala kecemasan, depresi, gangguan tidur, serta tanda-tanda stres dan gangguan mental lainnya. Responden diminta untuk memberikan jawaban berdasarkan pengalaman mereka selama dua minggu terakhir, menggunakan skala ya/tidak.

Metodologi Penggunaan Instrumen SRQ di desa melibatkan beberapa langkah yang terstruktur. Pertama, survei dilakukan secara langsung dari individu melalui wawancara terstruktur, di mana petugas lapangan yang terlatih membantu responden dalam mengisi kuesioner SRQ jika mereka membutuhkan bantuan. Setelah data dikumpulkan, rekapitulasi data

dilakukan dengan memverifikasi jawaban dan mengelompokkan hasilnya berdasarkan kategori gejala psikologis yang ditemukan. Data yang dikumpulkan kemudian dianalisis untuk mengidentifikasi pola prevalensi gangguan psikologis di desa, serta untuk mengeksplorasi faktor-faktor demografis yang dapat berhubungan dengan kondisi tersebut, seperti usia, jenis kelamin, dan tingkat Pendidikan.

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat dan bivariat, pada analisis univariat terlihat bagaimana usia, jenis kelamin, dan tingkat Pendidikan tersebar di antara penduduk desa. Analisis bivariat kemudian dilakukan untuk mengeksplorasi hubungan antar faktor-faktor demografis dan gejala psikologis yang lebih kompleks. Uji yang dilakukan dengan Uji Chi-Square dengan tujuan menguji apakah ada hubungan atau asosiasi antara kategori usia, jenis kelamin dan pendidikan dengan kategori gejala psikologis. Uji Chi-Square digunakan untuk menguji apakah ada hubungan antara dua variabel kategorikal.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. ANALISIS UNIVARIAT

a. Usia

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Kelompok Usia Responden

NO	USIA	FREKUENSI	%
1	18-30 TAHUN	37	17.2
2	31-45 TAHUN	89	41.4
3	46-50 TAHUN	70	32.6
4	>60 TAHUN	19	8.8
	Total	215	100.0

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi di atas, didapatkan bahwa mayoritas responden berasal dari kelompok usia 31-45 Tahun (41,4%), sedangkan kelompok usia 46-50 Tahun menyumbang 32,6% dari seluruh responden, sementara kelompok usia 18-30 Tahun hanya mencakup 17,2%. Adapun kelompok usia >60 Tahun hanya mencakup 8,8% dari seluruh responden. Dengan demikian, sebagian besar responden berada dalam kelompok usia produktif, yaitu 31-45 Tahun dan 46-50 Tahun.

b. Jenis Kelamin

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Kelompok Jenis Kelamin

NO	JENIS KELAMIN	FREKUENSI	%
1	LAKI-LAKI	108	50.2
2	PEREMPUAN	107	49.8
	Total	215	100.0

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi diatas, didapatkan bahwa sampel jenis kelamin pada responden laki laki sebesar 50,2% dan 49,8% responden perempuan.

c. Tingkat Pendidikan

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden

NO	TINGKAT PENDIDIKAN	FREKUENSI	%
1	TIDAK SEKOLAH / BELUM TAMAT	14	6.5
2	SD	122	56.7
3	SMP	50	23.3
4	SMA	26	12.1
5	KULIAH	3	1.4
	Total	215	100.0

Berdasarkan hasil distribusi frekuensi tingkat pendidikan, didapatkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan SD dengan persentase 55,8%, selain itu, 22,8% responden memiliki pendidikan SMP, 12,1% responden memiliki pendidikan SMA, dan hanya 1,4% responden yang telah menempuh pendidikan Kuliah. Sebanyak 7,9% responden tercatat tidak bersekolah atau belum tamat pendidikan.

d. Gejala Psikologis

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Gejala Psikologis

NO	GEJALA PSIKOLOGIS	FREKUENSI	%	MEAN	STD. DEVIATION
1	TIDAK ADA GEJALA	210	97.7	0,04	0,295
2	GEJALA SEDANG	2	.9		
3	GEJALA BERAT	2	.9		
4	GEJALA SANGAT BERAT	1	.5		
	Total	215	100.0		

Berdasarkan hasil distribusi gejala psikologis diatas, didapatkan bahwas Sebagian besar responden (97,7%) tidak menunjukkan gejala psikologis, hanya sebagian kecil responden (2,3%) yang menunjukkan gejala psikologis ringan hingga berat, yang dapat diartikan bahwa gejala psikologis yang lebih berat sangat jarang ditemukan dalam sampel ini atau mayoritas responden dalam penelitian ini cenderung sehat secara mental, atau tidak mengalami gejala psikologis yang signifikan.

Distribusi data yang sangat terdistorsi (skewness dan kurtosis tinggi) menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki skor gejala psikologis yang rendah, dengan hanya sedikit yang mengalami gejala yang lebih serius.

2. ANALISIS BIVARIAT

a. Usia dengan Gejala Psikologis

Tabel 4.5. Analisis Bivariat Usia dengan Gejala Psikologis

NO	USIA	GEJALA PSIKOLOGIS				TOTAL	P VALUE
		TIDAK ADA GEJALA	GEJALA SEDANG	GEJALA BERAT	GEJALA SANGAT BERAT		
1	18-30 TAHUN	36	0	1	0	0.891 (> 0.05)	
2	31-45 TAHUN	86	1	1	1		
3	46-50 TAHUN	69	1	0	0		
4	>60 TAHUN	19	0	0	0		
	Total	210	2	2	1	215	

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan bahwa hasil uji statistik menunjukkan nilai p value 0.891(>0.05), ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kelompok usia dan gejala psikologis pada tingkat signifikansi 5%. Ini berarti bahwa perbedaan dalam tingkat gejala psikologis tidak dipengaruhi oleh kelompok usia dalam penelitian ini.

b. Jenis Kelamin dengan Gejala Psikologis

Tabel 4.6. Analisis Bivariat Jenis Kelamin dengan Gejala Psikologis

NO	JENIS KELAMIN	GEJALA PSIKOLOGIS				TOTAL	P VALUE
		TIDAK ADA GEJALA	GEJALA SEDANG	GEJALA BERAT	GEJALA SANGAT BERAT		
1	LAKI-LAKI	105	1	1	1	0,802 (> 0.05)	
2	PEREMPUAN	105	1	1	0		
	Total	210	2	2	1	215	

Berdasarkan tabel diatas, didapatkan bahwa hasil uji statistik menunjukkan nilai p value 0,802 (>0,05), menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan gejala psikologis pada tingkat signifikansi 5%, ini berarti bahwa perbedaan jenis kelamin tidak mempengaruhi distribusi gejala psikologis.

c. Pendidikan dengan Gejala Psikologis

Tabel 4.7. Analisis Bivariat Tingkat Pendidikan dengan Gejala Psikologis

NO	TINGKAT PENDIDIKAN	GEJALA PSIKOLOGIS				TOTAL	P VALUE
		TIDAK ADA GEJALA	GEJALA SEDANG	GEJALA BERAT	GEJALA SANGAT BERAT		
1	TIDAK SEKOLAH	12	0	1	1	14	0.036

	/ BELUM TAMAT						(< 0.05)
2	SD	120	1	1	0	122	
3	SMP	49	1	0	0	50	
4	SMA	26	0	0	0	26	
5	KULIAH	3	0	0	0	3	
	TOTAL	210	2	2	1	215	

Berdasarkan tabel di atas, didapatkan bahwa hasil uji uji statistic menunjukkan nilai p value 0.036 (> 0.05), menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara variabel tingkat pendidikan dengan gejala psikologis. Dengan kata lain, perbedaan distribusi gejala psikologis antara kategori tingkat pendidikan adalah signifikan pada tingkat signifikansi 5%.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan bahwa variable usia memiliki nilai p value 0.891 (> 0.05), ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kelompok usia dan gejala psikologis pada tingkat signifikansi 5%. Ini berarti bahwa perbedaan dalam tingkat gejala psikologis tidak dipengaruhi oleh kelompok usia dalam penelitian ini.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori Sosial Kognitif (Bandura, 1986) yang menjelaskan bahwa persepsi diri, motivasi, dan lingkungan sosial sangat mempengaruhi kesejahteraan psikologis individu. Menurut teori ini, meskipun usia dapat mempengaruhi pengalaman hidup, persepsi individu terhadap gejala psikologis dan bagaimana mereka menanggapi masalah psikologis lebih berperan, namun dari berbagai kelompok usia mungkin memiliki kemampuan untuk mengatasi gangguan psikologis yang setara, asalkan mereka memiliki sumber daya sosial dan psikologis yang memadai. Sarason & Sarason, 2005 dalam Teori Kesehatan Mental menjelaskan bahwa dukungan sosial adalah faktor kunci dalam mengatasi gangguan psikologis. Meskipun usia sering dipandang sebagai faktor yang memengaruhi gejala psikologis, penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan sosial (misalnya, dari keluarga, teman, atau komunitas) bisa jadi lebih berpengaruh dalam memoderasi atau mengurangi gejala psikologis daripada usia itu sendiri. Kelompok usia yang lebih muda atau lebih tua mungkin menghadapi tantangan psikologis, dukungan sosial yang mereka terima dapat lebih memengaruhi tingkat gejala psikologis mereka.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Felicia Alonso D. dan Phoebe E. Bailey dengan judul A Systematic Review and Meta-Analysis of Subjective Age and the Association With Cognition, Subjective Well-Being, and Depression, bahwa Usia subjektif, atau bagaimana seseorang merasa tentang usianya, memiliki hubungan kecil namun signifikan dengan kesejahteraan subjektif, kinerja kognitif, dan gejala depresi. Namun, usia kronologis rata-rata tidak mempengaruhi kekuatan hubungan ini.

Pada variable Jenis kelamin hasil uji statistik menunjukkan nilai p value 0,802 ($> 0,05$), menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan gejala psikologis pada tingkat signifikansi 5%, ini berarti bahwa perbedaan jenis kelamin tidak mempengaruhi distribusi gejala psikologis. Hasil ini sejalan dengan temuan dalam penelitian Lengua dan Stormshak (2000), yang menunjukkan bahwa meskipun terdapat perbedaan jenis kelamin dalam beberapa dimensi psikologis, gender-role orientation (orientasi peran gender) dan kepribadian lebih berperan dalam mempengaruhi strategi koping dan gejala psikologis, daripada jenis kelamin itu sendiri. Mereka menemukan bahwa meskipun wanita cenderung menggunakan strategi koping sosial dan berbasis emosi lebih sering, tidak ada perbedaan signifikan dalam hal gejala psikologis jika dibandingkan dengan pria, setelah mengontrol variabel-variabel seperti peran gender dan kepribadian. Penelitian ini menggarisbawahi pentingnya faktor-faktor kepribadian dan strategi koping yang dapat menjelaskan perbedaan gejala psikologis, ketimbang faktor jenis kelamin semata (Lengua & Stormshak, 2000).

Pada variable tingkat Pendidikan bahwa hasil uji uji statistic menunjukkan nilai p value 0.036 (> 0.05), menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara variabel tingkat pendidikan dengan gejala psikologis. Dengan kata lain, perbedaan distribusi gejala psikologis antara kategori tingkat pendidikan adalah signifikan pada tingkat signifikansi 5%. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan hubungan yang signifikan antara pendidikan dan kondisi kesehatan mental. Dalam studi yang dilakukan oleh Niemeyer et al. (2019), ditemukan bahwa pendidikan yang lebih rendah terkait dengan tingkat gejala depresi yang lebih tinggi. Penelitian ini menegaskan bahwa individu dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah cenderung memiliki sumber daya psikososial yang lebih sedikit, seperti kontrol diri, resiliensi, dan

keterlibatan dalam aktivitas budaya, yang pada gilirannya memperburuk kondisi kesehatan mental mereka. Selain itu, peningkatan tingkat pendidikan dapat mengurangi tingkat gejala psikologis dengan cara memperbaiki kualitas hidup melalui peningkatan pengetahuan kesehatan, perilaku sehat, dan pemberdayaan perempuan (Niemeyer et al., 2019). Hasil yang serupa juga ditemukan oleh Östberg et al. (2020), yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang lebih rendah pada usia muda secara signifikan meningkatkan kemungkinan seseorang untuk melaporkan gejala kecemasan dan depresi pada usia dewasa. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi dapat berfungsi sebagai pelindung terhadap kondisi psikologis ini, dengan menawarkan lebih banyak peluang pekerjaan, pendapatan lebih tinggi, dan akses lebih baik ke layanan kesehatan mental. Penelitian ini juga sejalan dengan yang dilakukan oleh Kondiroli dan Sunder (2022), yang mengungkapkan bahwa peningkatan tingkat pendidikan berhubungan dengan penurunan kemungkinan mengalami gejala depresi dan kecemasan. Satu tahun tambahan pendidikan mengurangi kemungkinan melaporkan gejala depresi hingga 11,3% dan kecemasan hingga 9,8%, serta gejala yang lebih parah terkait depresi dan kecemasan. Kondiroli dan Sunder (2022) juga menemukan bahwa efek perlindungan ini lebih besar pada perempuan dan penduduk pedesaan, yang menunjukkan bahwa pendidikan dapat memberikan manfaat yang lebih besar dalam konteks sosial dan ekonomi tertentu.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian ini maka dapat disimpulkan bahwa usia dan jenis kelamin tidak memiliki hubungan signifikan dengan gejala psikologis, sedangkan pada variabel tingkat pendidikan, hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dengan gejala psikologis.

SARAN

Berdasarkan temuan penelitian ini, saran yang dapat disampaikan adalah Peningkatan Akses Pendidikan Mengingat adanya hubungan signifikan antara tingkat pendidikan dan gejala psikologis, penting untuk meningkatkan akses pendidikan, khususnya di daerah dengan tingkat pendidikan rendah, guna mendukung kesehatan mental. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengeksplorasi pengaruh faktor-faktor seperti status ekonomi, kondisi keluarga, dan akses ke layanan kesehatan mental terhadap gejala psikologis, serta memperhatikan pendidikan informal dan pengalaman hidup.

DAFTAR PUSTAKA

- Alonso Debreczeni, F., & Bailey, P. E. (2021). A systematic review and meta-analysis of subjective age and the association with cognition, subjective well-being, and depression. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(3), 471-482.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice-Hall.
- Bennett, H. (2014). The relationship between age and mental health outcomes. *Journal of Mental Health*, 23(2), 75-82.
- Biddle, S. J., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: A review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 45(11), 886-895. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090185>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Craft, L. L., & Perna, F. M. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 6(3), 104-111. <https://doi.org/10.4088/PCC.v06n0301>
- Chevalier, A., & Feinstein, L. (2006). Sheepskin or prozac: The causal effect of education on mental health. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.923530>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Singer, L. M. (2006). Perfectionism, stress, and psychological distress: The role of self-criticism and dependency. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(4), 420-439.
- Husni, M., Baidah, B., Yuhansyah, Y., Ernawati, E., Asnuriyati, W., & Mawarni, T. (2024). Faktor determinan yang berpengaruh pada masalah psikososial pada remaja di SMPN 1 Tabungane. *Jurnal Review Pendidikan dan Pengajaran (JRPP)*, 7(1), 739-748.

- Husni, M., Baidah, B., Asnuriyati, W., & Mawarni, T. (2024). Hubungan antara kesehatan mental dan kualitas hidup pada individu dengan penyakit kronis. *Jurnal Review Pendidikan dan Pengajaran (JRPP)*, 7(3), 11385-11392.
- Kamaruddin, I., Husni, M., Annisa, F., Andika, A., Judijanto, L., Asman, A., ... & Nizeyumukiza15, E. (2024). Sport and mental health among Indonesian adults: Evidence from Indonesia Family Life Survey.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
- Kondirolli, F., & Sunder, N. (2022). Mental health effects of education. *Health Economics*, 31(S2), 22–39. <https://doi.org/10.1002/hec.4565>
- Lengua, L. J., & Stormshak, E. A. (2000). Gender, gender roles, and personality: Gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms. *Sex Roles*, 43, 787-820.
- Lantz, P. M., House, J. S., Mero, R. P., & Williams, D. R. (2005). Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: Results from a nationally representative prospective study of US adults. *JAMA*, 294(21), 2748-2755.
- Mahalik, J. R., Burns, S. M., & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2201-2209.
- Niemeyer, H., Bieda, A., Michalac, J., & Margraf, J. (2019). Education and mental health: Do psychosocial resources matter? *SSM - Population Health*, 7, 100392. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100392>
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161-187.
- Östberg, V., Åhlén, J., & Brolin Låftman, S. (2020). Educational attainment and symptoms of anxiety and depression in young adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 264, 108-113. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.080>
- Perry, B. L., et al. (2018). Physical activity, mental health, and social well-being: A systematic review. *BMC Public Health*, 18, 1088. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5935-2>
- Rebar, A. L., et al. (2015). Physical activity and well-being: The mediating role of psychological factors. *Health Psychology Review*, 9(3), 327-350. <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.992231>
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2005). *Social Support: Mapping the Terrain*. The Guilford Press.
- Wilkins, K. (2014). Mental health and social support: The role of education. *Psychiatric Services*, 65(3), 318-324.
- World Health Organization (WHO). (1994). *A User's Guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ)*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Mental health: Strengthening our response*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Mental health: Strengthening our response*. World Health Organization. Diakses dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>