

EPIDEMIOLOGI KESEHATAN JIWA

Editor: Hairil Akbar

Antonius Adolf Gebang | Echa Effendy Siswanto Amir | Riastuti Kusuma Wardani | Nicholas Hardi
Syahrianti Sarea | Ika Nur Fitriana | Finni Fitria Tumiwa | Daniella Satyasari
Inne Ariane Gobel | Bayu Eka Kurniawan | A. Ulfiana Fitri | Dina Palayukan Singkali



BUNGA RAMPAI

EPIDEMIOLOGI KESEHATAN JIWA

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

EPIDEMIOLOGI KESEHATAN JIWA

Antonius Adolf Gebang
Echa Effendy Siswanto Amir
Riastuti Kusuma Wardani | Nicholas Hardi
Syahrianti Sarea | Ika Nur Fitriana
Finni Fitria Tumiwa | Daniella Satyasari
Inne Ariane Gobel | Bayu Eka Kurniawan
A. Ulfiana Fitri | Dina Palayukan Singkali

Editor:
Hairil Akbar

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

EPIDEMIOLOGI KESEHATAN JIWA

Antonius Adolf Gebang
Echa Effendy Siswanto Amir
Riastuti Kusuma Wardani | Nicholas Hardi
Syahrianti Sarea | Ika Nur Fitriana
Finni Fitria Tumiwa | Daniella Satyasari
Inne Ariane Gobel | Bayu Eka Kurniawan
A. Ulfiana Fitri | Dina Palayukan Singkali

Editor:
Hairil Akbar

Tata Letak:
Eleazar Mali Parutnung

Desain Cover:
Dessy

Ukuran:
A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman:
viii, 232

ISBN:
978-623-512-964-8

Terbit Pada:
Maret 2026

Hak Cipta 2026 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA
(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk buku dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah dosen dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir dan memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan “Epidemiologi Kesehatan Jiwa” buku ini memberikan nuansa berbeda yang saling menyempurnakan dari setiap pembahasannya, bukan hanya dari segi konsep yang tertuang dengan detail, melainkan contoh yang sesuai dan mudah dipahami terkait Epidemiologi Kesehatan Jiwa.

Sistematika buku ini dengan judul “Epidemiologi Kesehatan Jiwa” mengacu pada konsep dan pembahasan hal yang terkait. Buku ini terdiri atas 12 bab yang dijelaskan secara rinci dalam pembahasan antara lain mengenai Konsep Dasar Epidemiologi Kesehatan Jiwa; Prevalensi Gangguan Kesehatan Jiwa di Indonesia; Faktor Risiko Gangguan Kesehatan Jiwa; Gangguan Cemas dan Depresi; Gangguan Bipolar; Skizofrenia; Epidemiologi Bunuh Diri dan Perilaku Merusak Diri; Gangguan Akibat Zat dan Adiksi; Kesehatan Jiwa pada Kelompok Rentan (Remaja, Lansia, Pekerja, dan Ibu Hamil); Surveilans dan Sistem Informasi Kesehatan Jiwa di Indonesia; Strategi Promosi dan Pencegahan Gangguan Jiwa Berbasis Masyarakat; serta Etika dan Isu Sensitif dalam Penelitian Kesehatan Jiwa.

Buku ini memberikan nuansa yang berbeda dengan buku lainnya, karena membahas berbagai Epidemiologi Kesehatan Jiwa sesuai dengan update keilmuan. Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses

penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisiator buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, Maret 2026

Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI KESEHATAN JIWA.....	1
Antonius Adolf Gebang, S.Kep., M.P.H.....	1
Pengantar Epidemiologi Kesehatan Jiwa	1
Konsep Epidemiologi Kesehatan Jiwa	3
2 PREVALENSI GANGGUAN KESEHATAN JIWA DI INDONESIA	23
Ns. Echa Effendy Siswanto Amir, S.Kep., M.Kep ..	23
Pengertian Kesehatan Jiwa	23
Latar Belakang Kesehatan Jiwa di Indonesia	24
Situasi Gangguan dan Kesehatan Jiwa di Indonesia	25
Makna Konseptual.....	25
Prevalensi dan Jenis Gangguan Jiwa	27
Kelompok Rentan Terhadap Gangguan Jiwa	29
Faktor Risiko dan Determinan Gangguan Jiwa	29
Implikasi Terhadap Upaya Prevalensi Gangguan Jiwa	33
Praktik Prevalensi Gangguan Jiwa di Indonesia ...	36
3 FAKTOR RISIKO GANGGUAN KESEHATAN JIWA	41
Riastuti Kusuma Wardani, MKM., Ph.D.	41
Pendahuluan	41
Konsep Faktor Risiko Gangguan Jiwa.....	42
Faktor Risiko Biologis	43
Faktor Risiko Psikologis	45
Faktor Risiko Sosial dan Lingkungan.....	46
Faktor Risiko Perilaku dan Paparan Teknologi.....	48

	Identifikasi dan Pengukuran Faktor Risiko	48
	Kesimpulan.....	49
4	GANGGUAN CEMAS DAN DEPRESI.....	55
	dr. Nicholas Hardi, Sp.KJ.	55
	Pendahuluan dan Epidemiologi.....	55
	Gangguan Cemas.....	57
	Gangguan Depresi	66
	Tatalaksana	70
	Kesimpulan.....	73
5	GANGGUAN BIPOLAR.....	81
	dr. Syahrianti Sarea, M.Biomed.	81
	Pendahuluan	81
	Epidemiologi Gangguan Bipolar	82
	Beban penyakit dan Dampak Kesehatan Masyarakat.....	83
	Etiologi dan Patogenesis	84
	Gambaran Klinis dan Penegakan Diagnosis	87
	Strategi Manajemen dan Tata Laksana	92
	Tata Laksana Farmakoterapi	92
6	SKIZOFRENIA.....	101
	dr. Ika Nur Fitriana, SpKJ.	101
	Definisi dan Gambaran Klinis	101
	Tilikan, Daya Nilai, dan Taraf dapat dipercaya... ..	104
	Kekhawatiran tentang Keamanan	104
	Prevalensi dan Beban Penyakit	105
	Usia Awitan Perjalanan Penyakit	108
	Diagnosis dan Klasifikasi	110
	Faktor Risiko	111
	Tatalaksana Skizofrenia	113

7	EPIDEMIOLOGI BUNUH DIRI DAN PERILAKU MERUSAK DIRI.....	123
	Ns. Finni Fitria Tumiwa, S.Kep., M.Kes.....	123
	Epidemiologi Bunuh Diri (<i>Suicide Behavior</i>)	123
	Tingkatan Perilaku Bunuh Diri.....	124
	Faktor yang Berhubungan dengan Penyebab Bunuh Diri.....	125
	Pencegahan Perilaku Bunuh Diri	126
	<i>Non-Suicidal Self Injury</i> (NSSI)	127
	Jenis-jenis <i>Non-Suicidal Self Injury</i> (NSSI)	128
	Bentuk-bentuk <i>Non-Suicidal Self Injury</i> (NSSI) ..	129
	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku <i>Non-Suicidal Self Injury</i> (NSSI)	130
	Karakteristik Perilaku <i>Non-Suicidal Self Injury</i> (NSSI)	134
	Kriteria Diagnostik berdasarkan DSM-5	135
8	GANGGUAN AKIBAT ZAT DAN ADIKSI.....	141
	dr. Daniella Satyasari, SpKJ., AIFO-K.....	141
	Definisi	141
	Epidemiologi	143
	Etiologi dan Faktor Risiko.....	144
	Gejala	146
	Tatalaksana	148
9	KESEHATAN JIWA PADA KELOMPOK RENTAN (REMAJA, LANSIA, PEKERJA DAN IBU HAMIL) .	157
	Inne Ariane Gobel, S.KM., M.KL.....	157
	Kesehatan Jiwa.....	157
	Aspek Kesehatan Jiwa	158
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan jiwa	159
	Kesehatan Jiwa pada Remaja	160

	Tanda-tanda Masalah Kesehatan Jiwa pada Remaja	161
	Upaya Pencegahan dan Penanganan Kesehatan Jiwa pada Remaja.....	162
	Kesehatan Jiwa pada Lansia.....	163
	Jenis-jenis Gangguan Jiwa pada Lansia	163
	Upaya Pencegahan dan penanganan Kesehatan jiwa pada lansia.....	164
	Kesehatan Jiwa pada Pekerja.....	164
	Jenis-Jenis Gangguan Jiwa di Tempat Kerja.....	165
	Dampak Gangguan Kesehatan jiwa	166
	Cara Mengelola Kesehatan Jiwa Pekerja	166
	Kesehatan Jiwa pada Ibu Hamil.....	167
	Faktor Pemicu Gangguan Kesehatan Jiwa pada Masa Kehamilan	168
	Gangguan Kesehatan Jiwa pada Ibu Hamil.....	168
	Cara Menjaga Kesehatan Jiwa Saat Hamil	169
10	SURVEILANS DAN SISTEM INFORMASI KESEHATAN JIWA DI INDONESIA.....	175
	Bayu Eka Kurniawan, S.Kep., Ns., M.Kep.	175
	Pendahuluan	175
	Konsep Dasar Surveilans Kesehatan Jiwa.....	176
	Jenis dan Metode Surveilans Kesehatan Jiwa	178
	Indikator dan Variabel Surveilans Kesehatan Jiwa.....	181
	Sistem Informasi Kesehatan Jiwa di Indonesia ..	183
	Sumber Data Kesehatan Jiwa	185
	Peran Perawat Jiwa dalam Surveilans dan Sistem Informasi.....	187
	Tantangan dan Isu Etik	188

11	STRATEGI PROMOSI DAN PENCEGAHAN GANGGUAN JIWA BERBASIS MASYARAKAT	197
	A. Ulfiana Fitri, S.KM., M.Kes.	197
	Konsep Promosi Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat	197
	Konsep Pencegahan Gangguan Jiwa	201
	Bentuk Strategi Promosi Kesehatan Jiwa di Masyarakat	204
	Strategi Pencegahan Gangguan Jiwa Berbasis Masyarakat	205
	Peran Keluarga dan Masyarakat dalam Implementasi Strategi	207
12	ETIKA DAN ISU SENSITIF DALAM PENELITIAN KESEHATAN JIWA	215
	Ns. Dina Palayukan Singkali, S.Kep., M.Kep.	215
	Pendahuluan	215
	Tujuan Utama Penelitian Kesehatan Jiwa.....	217
	Prinsip Etika dalam Penelitian Kesehatan Jiwa..	220
	Isu Sensitif dalam Penelitian Kesehatan Jiwa	222
	Prosedur Etis dan Perlindungan Partisipan	225
	Praktik Baik dalam Penelitian Kesehatan Jiwa ..	227

KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI KESEHATAN JIWA

Antonius Adolf Gebang, S.Kep., M.P.H.
Universitas Nusa Cendana

Pengantar Epidemiologi Kesehatan Jiwa

Epidemiologi Kesehatan jiwa merupakan subdisiplin dari ilmu epidemiologi yang berfokus pada pengkajian pola distribusi, faktor determinan, serta konsekuensi gangguan mental dalam suatu populasi. Tidak seperti pendekatan klinis yang memusatkan perhatian pada individu, epidemiologi kesehatan jiwa menelaah fenomena kesehatan mental dari sudut pandang populasi untuk menentukan besarnya masalah, kelompok yang memiliki kerentanan tinggi, serta mekanisme penyebarannya yang dipengaruhi oleh berbagai determinan biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan. Cabang ilmu ini memiliki signifikansi tinggi karena gangguan kesehatan jiwa bukan sekadar persoalan individual, melainkan merupakan isu kesehatan masyarakat yang berdampak luas terhadap produktivitas, kualitas hidup, dinamika sosial, stabilitas keluarga, dan pembangunan ekonomi suatu negara.

Dalam perkembangan kesehatan masyarakat masa kini, gangguan mental seperti depresi, gangguan kecemasan, skizofrenia, penggunaan zat adiktif, dan gangguan stres pascatrauma telah menjadi kontributor utama terhadap kecacatan dan penurunan fungsi di tingkat global. Beban

penyakit akibat gangguan mental bahkan setara atau melampaui beberapa penyakit fisik kronis. Hal ini tercermin dari meningkatnya angka *years lived with disability* (YLD), menurunnya produktivitas, tingginya ketidakhadiran di tempat kerja, serta meningkatnya kebutuhan pembiayaan perawatan jangka panjang. Selain beban medis, gangguan mental juga berkaitan erat dengan berbagai masalah sosial, termasuk kekerasan dalam rumah tangga, pengangguran, tunawisma, dan peningkatan risiko perilaku bunuh diri. Luasnya dampak tersebut menunjukkan bahwa kesehatan jiwa merupakan dimensi yang tidak terpisahkan dari upaya pembangunan, peningkatan kesejahteraan sosial, dan penguatan ketahanan komunitas.

Pendekatan epidemiologis menjadi penting dalam memahami mekanisme kemunculan dan penyebaran gangguan mental di masyarakat. Melalui epidemiologi, dapat dijawab pertanyaan fundamental mengenai siapa yang memiliki risiko lebih tinggi, faktor penyebab yang paling berpengaruh, bagaimana pola gangguan jiwa berubah dari waktu ke waktu, serta strategi intervensi apa yang paling efektif untuk pencegahan dan penanganan. Dengan memanfaatkan metode seperti surveilans kesehatan, studi kohort, analisis determinan risiko, dan pengukuran prevalensi maupun insidensi, epidemiologi kesehatan jiwa mampu menjelaskan hubungan kompleks antara faktor genetik, psikologis, sosial-ekonomi, dan lingkungan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa gangguan mental merupakan hasil interaksi multifaktorial, mulai dari pengalaman traumatis masa kanak-kanak, tekanan hidup kronis, kemiskinan, penggunaan zat adiktif, lemahnya dukungan sosial, hingga paparan konflik atau bencana.

Lebih jauh, epidemiologi kesehatan jiwa menyediakan landasan berbasis bukti untuk pengembangan kebijakan, perencanaan layanan kesehatan, dan penentuan prioritas intervensi di tingkat populasi. Hasil kajian epidemiologis memungkinkan pemerintah dan tenaga kesehatan mengidentifikasi kelompok berisiko tinggi, memetakan kebutuhan layanan seperti keberadaan tenaga psikolog di fasilitas kesehatan primer atau program promosi kesehatan jiwa di sekolah, serta menilai efektivitas berbagai intervensi berbasis komunitas. Dengan demikian, epidemiologi kesehatan jiwa tidak hanya menggambarkan besarnya beban masalah, tetapi juga berperan sebagai instrumen strategis dalam upaya pencegahan, pengendalian, dan mitigasi risiko gangguan mental di masyarakat.

Secara keseluruhan, epidemiologi kesehatan jiwa merupakan pilar penting dalam pengembangan sistem kesehatan mental yang komprehensif, berorientasi populasi, dan berlandaskan bukti ilmiah. Pemahaman mendalam mengenai pola kejadian dan determinan gangguan mental memberikan dasar yang kuat untuk merancang strategi efektif dalam meningkatkan kualitas hidup, memperkuat kohesi sosial, dan mewujudkan masyarakat yang lebih sehat secara mental maupun emosional.

Konsep Epidemiologi Kesehatan Jiwa

1. Distribusi Gangguan Kesehatan Jiwa

Distribusi dalam epidemiologi kesehatan jiwa adalah proses mempelajari siapa yang mengalami gangguan jiwa, di mana kondisi tersebut muncul, dan kapan gangguan itu terjadi. Tujuannya adalah untuk memahami pola kejadian sehingga dapat merancang intervensi yang tepat sasaran.

a. Orang (*Person*)

Aspek ini menilai karakteristik individu yang memiliki risiko atau mengalami gangguan mental. Termasuk usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, dan status sosial ekonomi. Contoh:

- 1) Usia: Remaja lebih rentan mengalami depresi karena perubahan hormon dan tekanan sosial.
- 2) Jenis kelamin: Data banyak negara menunjukkan perempuan memiliki prevalensi depresi lebih tinggi, sedangkan laki-laki lebih sering mengalami gangguan penyalahgunaan zat.
- 3) Pekerjaan: Tenaga medis di IGD memiliki risiko burnout dan gangguan kecemasan yang lebih tinggi.
- 4) Status sosial ekonomi rendah: Masyarakat yang hidup di daerah miskin lebih berisiko mengalami stres kronis dan depresi akibat tekanan ekonomi.
- 5) Tingkat pendidikan rendah: Pengetahuan terbatas tentang kesehatan jiwa dapat meningkatkan risiko keterlambatan diagnosis.

b. Tempat (*Place*)

Aspek ini mempelajari lokasi terjadinya gangguan kesehatan jiwa serta faktor lingkungan yang berkontribusi. Contoh:

- 1) Wilayah urban: Tingginya kejadian kecemasan dan depresi karena kepadatan penduduk, polusi, stres pekerjaan, dan kurangnya interaksi sosial.

- 2) Wilayah rural: Tingginya gangguan jiwa yang tidak terdiagnosis karena keterbatasan fasilitas kesehatan.
- 3) Komunitas tertentu: Mahasiswa perantau cenderung mengalami stres akademik dan homesick.
- 4) Fasilitas kesehatan mental: Daerah dengan puskesmas yang memiliki layanan psikososial cenderung memiliki tingkat deteksi dini yang lebih tinggi.

c. Waktu (*Time*)

Aspek waktu membantu mengidentifikasi tren kejadian gangguan jiwa secara periodik. Contoh:

- 1) Tren tahunan: Peningkatan angka depresi dari tahun ke tahun akibat faktor sosial ekonomi dan digitalisasi.
- 2) Musiman: Gangguan afektif musiman (*Seasonal Affective Disorder*) meningkat pada musim hujan atau musim dingin.
- 3) Pasca-bencana: Peningkatan PTSD, kecemasan, dan depresi setelah tsunami, gempa bumi, atau banjir besar.
- 4) Selama pandemi: Angka kecemasan dan stres meningkat signifikan selama pandemi COVID-19 karena isolasi, ketidakpastian pekerjaan, dan ketakutan tertular.

2. Determinan atau Faktor Risiko

Epidemiologi kesehatan jiwa menelaah berbagai determinan yang berkontribusi terhadap munculnya gangguan mental, meliputi faktor biologis, psikologis, sosial, lingkungan, dan gaya hidup. Setiap faktor memiliki peran dalam meningkatkan atau

menurunkan kerentanan seseorang terhadap gangguan kesehatan jiwa.

a. Biologis: Merujuk pada aspek fisiologis dan genetik yang memengaruhi fungsi otak dan sistem saraf. Komponen meliputi: keturunan/genetik, ketidakseimbangan zat neurotransmitter, komplikasi saat kelahiran, dan penyakit fisik kronis. Contoh:

- 1) Seseorang memiliki riwayat keluarga dengan skizofrenia sehingga risikonya ikut meningkat.
- 2) Pasien dengan ketidakseimbangan dopamin dapat mengalami depresi atau gangguan *mood*.
- 3) Anak dengan trauma lahir seperti hipoksia (kekurangan oksigen saat persalinan) berpotensi mengalami gangguan perkembangan neurologis.

b. Psikologis: Berhubungan dengan pengalaman emosional, kemampuan mengelola stres, dan karakter individu. Komponen meliputi: pengalaman traumatis, stres berkepanjangan, mekanisme *coping* yang buruk, dan struktur kepribadian. Contoh:

- 1) Individu yang pernah mengalami kekerasan saat kecil lebih rentan terkena PTSD atau kecemasan.
- 2) Mahasiswa yang tidak mampu mengatur stres akademik dapat mengalami *burnout* dan depresi.
- 3) Orang berkepribadian perfeksionis rentan depresi saat menghadapi kegagalan.

- c. Sosial: Berhubungan dengan kondisi sosioekonomi dan relasi interpersonal di masyarakat. Komponen meliputi: kemiskinan, pengangguran, konflik keluarga, kekerasan, kesepian, diskriminasi. Contoh:
- 1) Pengangguran yang berkepanjangan dapat memicu rasa putus asa dan meningkatkan risiko depresi.
 - 2) Kekerasan dalam rumah tangga menyebabkan gangguan kecemasan dan trauma psikologis.
 - 3) Lansia yang tinggal sendiri tanpa dukungan sosial rentan terhadap depresi.
- d. Lingkungan: Dipengaruhi oleh kondisi fisik dan situasi tempat tinggal serta aktivitas sehari-hari. Komponen meliputi: paparan bencana, polusi suara, kondisi kerja yang buruk, urbanisasi padat. Contoh:
- 1) Korban bencana alam sering mengalami gangguan stres pascatrauma (PTSD).
 - 2) Pekerja yang mengalami tekanan kerja tinggi dan jam kerja panjang dapat mengalami *burnout*.
 - 3) Polusi suara berlebih di daerah perkotaan menyebabkan stres kronis dan gangguan tidur.
- e. Gaya hidup: Terkait kebiasaan individu yang dapat meningkatkan atau menurunkan risiko gangguan mental. Komponen meliputi: penggunaan alkohol/narkoba, pola tidur tidak teratur, kurang aktivitas fisik. Contoh:

- 1) Pecandu alkohol rentan mengalami depresi dan agresivitas.
- 2) Individu yang kurang olahraga dapat mengalami kecemasan karena menurunnya hormon endorfin.
- 3) Pola tidur buruk dalam jangka panjang dapat memicu gangguan bipolar atau depresi.

3. Ukuran Epidemiologis dalam Kesehatan Jiwa

Pengukuran beban gangguan mental menggunakan sejumlah indikator kuantitatif yang memberikan gambaran tentang tingkat penyebaran, kejadian baru, tingkat kematian, dampak kecacatan, serta tingkat fatalitas dari kasus-kasus tertentu dalam populasi.

a. Prevalensi (titik/periodik)

Menggambarkan jumlah seluruh kasus gangguan mental (lama dan baru) yang terdapat dalam suatu populasi pada waktu tertentu. Prevalensi titik (*point prevalence*): kasus pada satu waktu tertentu. Prevalensi periodik: kasus selama periode waktu tertentu (misalnya 1 tahun). Contoh:

12% penduduk suatu kota mengalami depresi pada bulan Januari 2025 (prevalensi titik).

18% remaja di Indonesia mengalami kecemasan selama tahun 2024 (prevalensi periodik).

b. Insidensi

Mengukur jumlah kasus baru gangguan mental yang muncul dalam populasi pada periode tertentu. Contoh: Dalam 2024, tercatat 500 kasus baru gangguan bipolar di Provinsi NTT. Semakin tinggi insidensi, semakin besar risiko paparan faktor penyebab di populasi tersebut.

c. Angka mortalitas & *suicidal rate*

Menggambarkan kematian akibat gangguan mental secara langsung maupun tidak langsung (bunuh diri sebagai akibat gangguan mental). *Mortalitas*: kematian akibat gangguan mental tertentu. *Suicidal rate*: tingkat kematian akibat bunuh diri dalam populasi. Contoh:

- 1) 8 dari 100.000 penduduk meninggal akibat bunuh diri pada tahun 2023.
- 2) 120 pasien skizofrenia meninggal dalam 1 tahun akibat komplikasi dan bunuh diri.

d. *Years Lived with Disability (YLD)*

Mengukur jumlah tahun hidup seseorang dengan disabilitas akibat gangguan mental. Semakin berat disabilitasnya, semakin tinggi nilai YLD. Contoh: Seseorang dengan skizofrenia yang mengalami ketidakmampuan sosial selama 15 tahun memberikan kontribusi besar pada YLD nasional.

e. *Disability-Adjusted Life Years (DALYs)*

Indikator beban penyakit yang merupakan gabungan antara: *Years of Life Lost (YLL)* = tahun kehidupan yang hilang karena kematian dini. *YLD* = tahun hidup dengan disabilitas. *DALYs* menunjukkan total tahun kehidupan produktif yang hilang akibat gangguan mental. Contoh: Gangguan depresi mayor di Indonesia menyebabkan 450.000 *DALYs* hilang per tahun, menunjukkan dampak besar terhadap produktivitas masyarakat.

- f. *Case Fatality Rate (CFR)* pada kasus bunuh diri atau gangguan berat

Mengukur proporsi kematian pada individu yang sudah didiagnosis dengan gangguan berat atau sudah pernah melakukan percobaan bunuh diri. Contoh: Dari 200 pasien yang melakukan percobaan bunuh diri berat, 40 di antaranya meninggal, sehingga $CFR = 20\%$. Pada pasien anoreksia nervosa berat, CFR tinggi karena komplikasi malnutrisi dan risiko bunuh diri.

4. Konsep Etiologi Gangguan Jiwa

Epidemiologi menekankan pada pemahaman multifaktorial:

a. Pendekatan Biopsikososial

Pendekatan biopsikososial memandang kesehatan dan penyakit sebagai hasil interaksi antara faktor biologis (genetik, fisiologis), psikologis (emosi, persepsi, perilaku), dan sosial (lingkungan, budaya, dukungan sosial, kondisi ekonomi). Epidemiologi tidak hanya menilai agen penyakit atau faktor biologis semata, tetapi juga mempertimbangkan konteks psikologis dan sosial individu maupun populasi. Contoh: Hipertensi tidak hanya dipengaruhi oleh faktor biologis seperti usia dan riwayat keluarga, tetapi juga oleh faktor psikologis (stres kronis, kecemasan) dan faktor sosial (pola kerja, status sosial ekonomi, akses pelayanan kesehatan).

b. Interaksi Gen-Lingkungan

Interaksi gen-lingkungan menjelaskan bahwa risiko penyakit muncul dari hubungan timbal balik antara predisposisi genetik dan paparan lingkungan. Faktor genetik dapat meningkatkan

atau menurunkan sensitivitas individu terhadap faktor lingkungan tertentu, sehingga penyakit tidak semata-mata ditentukan oleh gen atau lingkungan secara terpisah. Contoh: Seseorang dengan riwayat genetik diabetes melitus tipe 2 memiliki risiko lebih tinggi mengalami penyakit tersebut apabila terpapar lingkungan dengan pola makan tinggi gula dan lemak serta aktivitas fisik yang rendah.

c. *Efek ACEs (Adverse Childhood Experiences)*

ACEs merujuk pada pengalaman buruk pada masa kanak-kanak, seperti kekerasan, penelantaran, atau disfungsi keluarga, yang dapat berdampak jangka panjang terhadap kesehatan fisik dan mental. Dalam epidemiologi, ACEs dipahami sebagai determinan awal kehidupan yang memengaruhi risiko penyakit kronis melalui mekanisme biologis (disregulasi stres), psikologis, dan perilaku. Contoh: Individu yang mengalami kekerasan atau penelantaran pada masa kanak-kanak memiliki risiko lebih tinggi mengalami depresi, penyalahgunaan zat, penyakit jantung, dan diabetes pada usia dewasa.

d. *Teori Stres–Kerentanan (Stress–Vulnerability Model)*

Teori stres–kerentanan menyatakan bahwa penyakit terjadi akibat interaksi antara tingkat kerentanan individu (biologis atau psikologis) dan paparan stresor lingkungan. Semakin tinggi kerentanan seseorang, semakin kecil stresor yang dibutuhkan untuk memicu timbulnya penyakit. **Contoh:** Seseorang dengan kerentanan genetik terhadap gangguan mental dapat mengalami depresi berat ketika menghadapi stres sosial

seperti kehilangan pekerjaan, sementara individu tanpa kerentanan tersebut mungkin tidak mengalami gangguan yang sama.

5. Sistem Surveilans Kesehatan Jiwa

Sistem surveilans kesehatan jiwa merupakan mekanisme terstruktur dan berkelanjutan untuk mengumpulkan, mengolah, menganalisis, dan menggunakan data kesehatan jiwa guna mendukung pencegahan, pengendalian, serta pengambilan keputusan berbasis bukti dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Komponen utama:

- a. Deteksi Dini: Deteksi dini dalam surveilans kesehatan jiwa bertujuan untuk mengidentifikasi secara cepat individu atau kelompok populasi yang menunjukkan gejala awal gangguan mental dan emosional. Upaya ini dilakukan melalui skrining terstandar di layanan kesehatan primer, komunitas, maupun institusi pendidikan untuk mencegah perburukan kondisi dan dampak sosial yang lebih luas. Contoh: Pelaksanaan skrining depresi dan kecemasan menggunakan kuesioner terstandar (misalnya SRQ-20 atau PHQ-9) di Puskesmas untuk menemukan kasus gangguan mental emosional sebelum berkembang menjadi gangguan jiwa berat.
- b. Pencatatan dan Pelaporan: Pencatatan dan pelaporan merupakan komponen inti surveilans yang memastikan data kesehatan jiwa terdokumentasi secara sistematis dan terintegrasi. Data dikumpulkan dari berbagai tingkat pelayanan, mulai dari fasilitas kesehatan primer, layanan rujukan, hingga rumah sakit jiwa, untuk menggambarkan beban dan distribusi masalah kesehatan jiwa secara akurat. Contoh:

Kasus gangguan jiwa yang teridentifikasi di Puskesmas dicatat dan dilaporkan melalui Sistem Informasi Kesehatan Jiwa (SDMKJ), kemudian dikompilasi dengan data layanan kesehatan primer dan rumah sakit jiwa (RSJ) sebagai dasar perencanaan program kesehatan jiwa daerah.

- c. **Pemantauan Tren Epidemiologi:** Pemantauan tren epidemiologi bertujuan untuk menganalisis pola kejadian gangguan kesehatan jiwa berdasarkan waktu, tempat, dan karakteristik populasi. Analisis tren ini penting untuk mendeteksi peningkatan kasus, perubahan pola risiko, serta kelompok rentan yang memerlukan intervensi khusus. **Contoh:** Analisis data tahunan menunjukkan peningkatan prevalensi gangguan kecemasan pada kelompok usia produktif pascapandemi, sehingga menjadi dasar penguatan layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas dan tempat kerja.
- d. **Respon Cepat pada Krisis:** Respon cepat pada situasi krisis merupakan fungsi strategis surveilans kesehatan jiwa untuk menyediakan informasi yang dibutuhkan dalam penanganan dampak psikososial akibat bencana alam, konflik sosial, atau pandemi. Surveilans berperan dalam mengidentifikasi kebutuhan kesehatan jiwa secara cepat dan mengarahkan intervensi yang tepat sasaran. **Contoh:** Setelah terjadi bencana alam, surveilans kesehatan jiwa digunakan untuk mengidentifikasi peningkatan kasus gangguan stres pascatrauma (PTSD), sehingga tim kesehatan dapat segera memberikan layanan dukungan psikososial dan konseling bagi kelompok terdampak.

6. Pencegahan dalam Kesehatan Jiwa

Menggunakan kerangka pencegahan epidemiologi:

- a. Pencegahan Primer: edukasi kesehatan mental, penguatan keluarga, promosi kesehatan sekolah, pencegahan kekerasan.
- b. Pencegahan Sekunder: skrining dini depresi, kecemasan, penyalahgunaan zat.
- c. Pencegahan Tersier: rehabilitasi, layanan psikososial, pemulihan (*recovery*), dukungan komunitas.

7. Intervensi Berbasis Populasi

Intervensi berbasis populasi dalam kesehatan jiwa merupakan pendekatan kesehatan masyarakat yang menargetkan seluruh atau kelompok besar populasi melalui strategi promotif, preventif, dan kuratif untuk menurunkan beban gangguan mental secara luas dan berkelanjutan. Fokus utama:

- a. Integrasi Layanan Kesehatan Jiwa dalam *Primary Care*: Integrasi kesehatan jiwa dalam layanan kesehatan primer bertujuan meningkatkan akses, kontinuitas, dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa. Pendekatan ini memungkinkan deteksi dini, penatalaksanaan awal, dan rujukan tepat waktu, sehingga mengurangi ketergantungan pada layanan rujukan tersier. Contoh: Puskesmas memberikan skrining gangguan mental emosional, konseling dasar, dan pengobatan awal untuk depresi ringan, serta merujuk kasus berat ke rumah sakit jiwa atau psikiater sesuai sistem rujukan berjenjang.
- b. Pengurangan Stigma: Stigma merupakan hambatan utama dalam pemanfaatan layanan kesehatan jiwa. Intervensi berbasis populasi

menekankan edukasi publik, perubahan norma sosial, serta peningkatan literasi kesehatan jiwa untuk mendorong penerimaan sosial dan perilaku pencarian pertolongan. Contoh: Kampanye kesehatan jiwa di sekolah dan masyarakat yang menekankan bahwa gangguan mental adalah kondisi medis yang dapat ditangani, sehingga mendorong individu untuk mencari bantuan profesional tanpa rasa takut atau malu.

- c. Pendekatan Berbasis Komunitas: Pendekatan berbasis komunitas menempatkan masyarakat sebagai mitra aktif dalam intervensi kesehatan jiwa. Strategi ini memanfaatkan sumber daya lokal, jejaring sosial, dan kearifan lokal untuk meningkatkan keberterimaan dan keberlanjutan program. Contoh: Pelibatan kader kesehatan, tokoh masyarakat, dan keluarga dalam pendampingan pasien gangguan jiwa, termasuk pemantauan kepatuhan pengobatan dan reintegrasi sosial di lingkungan tempat tinggal.
- d. *Digital Mental Health* dan Telepsikiatri: Digital mental health dan telepsikiatri memungkinkan penyediaan layanan kesehatan jiwa secara fleksibel, terutama di wilayah dengan keterbatasan tenaga spesialis. Teknologi ini mendukung skrining, konseling, pemantauan, dan edukasi kesehatan jiwa secara berkelanjutan. Contoh: Penggunaan aplikasi kesehatan jiwa untuk pemantauan gejala depresi dan kepatuhan terapi, serta layanan konsultasi psikiatri daring bagi pasien di daerah terpencil yang sulit menjangkau layanan spesialis secara langsung.

8. Kebijakan dan Sistem Kesehatan Jiwa

Peran Epidemiologi dalam Kebijakan dan Sistem Kesehatan Jiwa

- a. Perencanaan Program: Data epidemiologi memberikan gambaran mengenai prevalensi, insidensi, kelompok berisiko, serta determinan gangguan jiwa. Informasi ini digunakan untuk menetapkan prioritas program, sasaran intervensi, dan jenis layanan yang paling dibutuhkan oleh masyarakat. Contoh: Jika data surveilans menunjukkan tingginya prevalensi gangguan kecemasan pada remaja, pemerintah daerah dapat merancang program promosi kesehatan jiwa dan konseling di sekolah sebagai prioritas utama.
- b. Alokasi Sumber Daya: Epidemiologi membantu mengarahkan alokasi anggaran, fasilitas, dan tenaga kesehatan sesuai dengan tingkat kebutuhan dan beban masalah kesehatan jiwa di suatu wilayah, sehingga mengurangi ketimpangan layanan antar daerah. **Contoh:** Wilayah dengan angka gangguan jiwa berat yang tinggi dialokasikan anggaran lebih besar untuk penguatan layanan rujukan, obat psikotropika esensial, serta fasilitas rehabilitasi berbasis komunitas.
- c. Advokasi Kesehatan Mental: Data epidemiologi digunakan sebagai alat advokasi untuk meningkatkan perhatian pembuat kebijakan terhadap pentingnya kesehatan jiwa. Bukti mengenai dampak gangguan jiwa terhadap produktivitas, kualitas hidup, dan beban ekonomi memperkuat legitimasi kebijakan kesehatan jiwa. Contoh: Temuan epidemiologi tentang tingginya

angka bunuh diri dan kehilangan produktivitas kerja digunakan untuk mendorong pengesahan regulasi daerah yang mendukung layanan kesehatan jiwa terintegrasi.

- d. Penilaian *Cost-Effectiveness* Intervensi: Epidemiologi, dikombinasikan dengan analisis ekonomi kesehatan, memungkinkan penilaian efektivitas biaya dari berbagai intervensi kesehatan jiwa. Hal ini penting untuk memastikan bahwa sumber daya yang terbatas digunakan pada intervensi dengan dampak terbesar. Contoh: Analisis *cost-effectiveness* menunjukkan bahwa layanan konseling berbasis komunitas lebih hemat biaya dibandingkan rawat inap jangka panjang, sehingga menjadi dasar penguatan layanan kesehatan jiwa di tingkat primer.

- e. Pengembangan SDM Kesehatan Jiwa

Epidemiologi membantu mengidentifikasi kesenjangan antara kebutuhan layanan kesehatan jiwa dan ketersediaan tenaga profesional, seperti psikiater, psikolog, dan perawat jiwa. Informasi ini digunakan untuk perencanaan pendidikan, pelatihan, dan distribusi tenaga kesehatan. Contoh: Data rasio psikiater terhadap jumlah penduduk yang rendah di daerah tertentu menjadi dasar pengembangan program pelatihan perawat jiwa dan peningkatan kompetensi tenaga kesehatan primer dalam penanganan gangguan mental dasar.

Daftar Pustaka

- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2020). *Peta Jalan Pembangunan Kesehatan Jiwa Nasional*. Jakarta: Bappenas.
- Berkman, L. F., Kawachi, I., & Glymour, M. M. (2014). *Social epidemiology* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8).
- Galea, S., & Keyes, K. M. (2019). *Epidemiology of mental disorders* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Jiwa, Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial (MHPSS) pada Kondisi Bencana*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2018*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Jiwa Terintegrasi di Puskesmas*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman Pencegahan dan Penanganan Gangguan Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Masa Pandemi COVID-19*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Rencana Aksi Nasional Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Pedoman Sistem Informasi Kesehatan Jiwa (SIKJ/SDMKJ)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Sosial Republik Indonesia. (2018). *Pedoman Rehabilitasi Sosial Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)*. Jakarta: Kemensos RI.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191–214.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.191>
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858–866.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service. *British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283–290.
<https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.283>.
- World Health Organization. (2001). *The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. World Health Organization.

- World Health Organization. (2008). *Integrating mental health into primary care: A global perspective*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. World Health Organization.
- World Health Organization & World Bank. (2016). *Out of the shadows: Making mental health a global development priority*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *WHO–AIMS Report on Mental Health System in Indonesia*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Guidelines on mental health at work*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Mental health atlas: Indonesia country profile*. Geneva: World Health Organization.

Profil Penulis



Antonius Adolf Gebang, S.Kep., M.P.H.

Penulis di lahirkan di Kupang pada tanggal 12 Agustus 1994. Ketertarikan penulis terhadap bidang epidemiologi dimulai pada tahun 2017 silam saat menjadi mahasiswa residence epidemiologi lapangan di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan berhasil lulus pada tahun 2019. Satu tahun kemudian penulis menjadi dosen di salah satu kampus swasta Universitas Nusa Nipa Maumere dan aktif melakukan tridharma sampai tahun 2024. Saat ini penulis merupakan seorang dosen tetap PNS di Universitas Nusa Cendana Kupang Fakultas Kedokteran dan Kedokteran Hewan Program studi Pendidikan Dokter Umum dan aktif melakukan tridharma perguruan tinggi sampai sekarang. Penulisan topik ini juga sesuai dengan bidang keilmuan penulis dan terintegrasi ke dalam pengajaran yang sesuai yaitu epidemiologi kesehatan jiwa. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan *book chapter*.

Email penulis : antonius.gebang@staf.undana.ac.id

PREVALENSI GANGGUAN KESEHATAN JIWA DI INDONESIA

Ns. Echa Effendy Siswanto Amir, S.Kep., M.Kep
Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika

Pengertian Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa adalah bagian tak terpisahkan dari kesehatan umum dan kesejahteraan individu serta masyarakat. Menurut Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, kesehatan jiwa didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk berkembang secara fisik, mental dan sosial sehingga dapat menghadapi tekanan kehidupan, bekerja secara produktif, dan memberikan kontribusi pada komunitasnya. Undang-undang ini juga menegaskan pentingnya upaya promotive, preventif, kuratif dan rehabilitative dalam penanganan kesehatan jiwa.

Prevalensi atau pencegahan gangguan jiwa bertujuan untuk mengurangi kejadian awal masalah kesehatan mental, memperkuat factor perlindungan, serta menurunkan risiko berkembangnya gangguan jiwa berat sehingga dampak sosial, ekonomi, dan keluarga dapat diminimalkan. Prevalensi sangat relevan di Indonesia seiring meningkatnya prevalensi gangguan mental emosional seperti depresi dan kecemasan, yang menurut Riskesdas 2018 mencapai sekitar 6,1 % pada usia 15 tahun ke atas.

Gangguan jiwa di Indonesia mencakup gangguan ringan (seperti gangguan mental emosional) hingga gangguan berat seperti skizofrenia. Selain itu, factor budaya dan stigma negative terhadap gangguan jiwa masih kuat di masyarakat, yang menjadi penghambat bagi penderita dan keluarga untuk mencari bantuan professional.

Latar Belakang Kesehatan Jiwa di Indonesia

Kesehatan jiwa merupakan salah satu komponen penting dalam pembangunan kesehatan nasional karena berkaitan langsung dengan kualitas sumber daya manusia. Individu yang sehat secara mental mampu berfikir jernih, mengelola emosi, berperilaku adaptif, serta berkontribusi secara produktif dalam kehidupan sosial dan ekonomi. Sebaliknya, gangguan kesehatan jiwa dapat menurunkan fungsi individu, meningkatkan ketergantungan, serta menimbulkan beban berat bagi keluarga, masyarakat, dan negara.

Di Indonesia, isu kesehatan jiwa dalam waktu yang lama kurang mendapatkan perhatian yang setara dengan kesehatan fisik. Pelayanan kesehatan masih cenderung berorientasi pada penyakit fisik, sementara gangguan jiwa sering di anggap sebagai masalah pribadi, kelemahan iman, atau bahkan dikaitkan dengan hal-hal mistis dan supranatural. Pandangan ini menyebabkan keterlambatan penanganan, diskriminasi terhadap penderita, serta praktik-praktik yang melanggar hak asasi manusia seperti pemasungan.

Perubahan sosial yang cepat, urbanisasi, tekanan ekonomi, persaingan kerja, serta ketidakpastian hidup turut meningkatkan risiko gangguan jiwa di masyarakat. Selain itu, berbagai peristiwa traumatis seperti bencana alam, konflik sosial, pandemi, dan kemiskinan kronis memperburuk kondisi kesehatan mental masyarakat Indonesia. Oleh karena itu, kesehatan jiwa tidak lagi

dapat dipandang sebagai isu Individual semata, melainkan sebagai masalah kesehatan masyarakat yang memerlukan perhatian serius dan upaya pencegahan yang sistematis.

Kesadaran pemerintah terhadap pentingnya kesehatan jiwa mulai meningkat dengan di sahkan Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, yang menegaskan bahwa upaya kesehatan jiwa mencakup aspek promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Undang-Undang ini menjadi landasan hukum penting dalam pengembangan kebijakan dan program kesehatan jiwa di Indonesia, khususnya pada aspek pencegahan gangguan jiwa.

Situasi Gangguan dan Kesehatan Jiwa di Indonesia

Situasi kesehatan jiwa di Indonesia adalah gambaran menyeluruh mengenai kondisi kesehatan mental masyarakat Indonesia pada suatu tertentu, yang mencakup tingkat kejadian dan prevalensi gangguan jiwa, factor risiko yang memengaruhi, dampak sosial dan ekonomi yang di timbulkan, serta ketersediaan dan akses terhadap layanan kesehatan jiwa.

Pengertian ini tidak hanya menyoroti keadaan individu dengan gangguan jiwa, tetapi juga mencerminkan kapasitas system kesehatan, peran keluarga dan masyarakat, kebijakan pemerintah, serta sikap sosial terhadap kesehatan jiwa. Dengan demikian, situasi kesehatan jiwa merupakan indikator penting dalam menilai derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Makna Konseptual

Secara konseptual, Situasi kesehatan jiwa di Indonesia menggambarkan :

1. Beban masalah kesehatan jiwa di Masyarakat
2. Distribusi gangguan jiwa berdasarkan usia, jenis kelamin, wilayah, dan kelompok sosial
3. Tingkat kesadaran dan stigma masyarakat terhadap gangguan jiwa
4. Ketersediaan, pemerataan, dan mutu layanan kesehatan jiwa
5. Tantangan dan peluang dalam upaya pencegahan dan penanggulangan

Situasi ini bersifat dinamis karena di pengaruhi oleh perubahan sosial, ekonomi, budaya, dan lingkungan.

Gangguan jiwa di Indonesia mencakup gangguan ringan (seperti gangguan mental emosional) hingga gangguan berat seperti skizofrenia. Data Riskesdas menunjukan angka gangguan mental emosional mencapai sekitar 6% pada orang dewasa, dan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia mencapai 1,7 per 1.000 Penduduk.

Kasus gangguan jiwa berat meningkat di beberapa daerah, misalnya di kota Depok kasus skizofrenia dan gangguan psikotik kronik meningkat signifikan dari tahun 2016 ke 2017.

Selain itu, Faktor budaya dan stigma negative terhadap gangguan jiwa masih kuat di masyarakat, yang menjadi penghambat bagi penderita dan keluarga untuk mencari bantuan professional.

Gangguan jiwa di pengaruhi oleh berbagai factor :

1. Biologis : Kondisi genetic, ketidakseimbangan neurotransmitter, cedera otak.
2. Psikologis : Stress kronis, trauma massa kecil
3. Sosial dan budaya : stigma negative, kurangnya dukungan sosial
4. Lingkungan : Kemiskinan, kekerasan, maupun perubahan sosial cepat.

Faktor- Faktor ini dapat saling bereaksi, misalnya stress sosial yang berkepanjangan dapat memicu gangguan mental pada individu rentan.

Prevalensi dan Jenis Gangguan Jiwa

Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia adalah ukuran epidemiologis yang menggambarkan proporsi penduduk Indonesia yang mengalami gangguan jiwa dalam kurun waktu tertentu, baik gangguan jiwa ringan, sedang, maupun berat, termasuk kasus lama dan kasus baru yang masih ada periode pengamatan.

Prevalensi ini mencerminkan besarnya beban masalah kesehatan jiwa nasional, serta menunjukkan sejauh mana gangguan jiwa memengaruhi kualitas hidup individu, keluarga, dan masyarakat. Oleh karena itu, prevalensi gangguan jiwa menjadi indicator penting dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kebijakan serta program kesehatan jiwa di Indonesia.

Gangguan jiwa merupakan masalah kesehatan masyarakat yang semakin menonjol dan kompleks. Kesehatan jiwa tidak hanya di pengaruhi oleh factor medis, tetapi juga oleh kondisi sosial, ekonomi, budaya, dan lingkungan. Dengan jumlah penduduk yang besar dan beragam, Indonesia menghadapi tantangan serius dalam menyediakan layanan kesehatan jiwa yang merata, berkualitas, dan berorientasi pada pencegahan.

Perubahan pola hidup masyarakat, meningkatnya tekanan sosial dan ekonomi, urbanisasi, serta dampak berbagai krisis seperti bencana alam dan pandemic telah meningkatkan kerentanan masyarakat terhadap gangguan kesehatan jiwa. Kondisi ini menyebabkan masalah kesehatan jiwa tidak lagi terbatas pada kelompok tertentu, melainkan terjadi di hamper semua lapisan masyarakat.

Ada beberapa jenis gangguan jiwa yakni :

1. Gangguan Mental Emosional

Gangguan mental emosional merupakan jenis gangguan jiwa yang paling banyak ditemukan di Indonesia. Gangguan ini meliputi depresi, kecemasan, stress berat, dan gangguan penyesuaian. Berdasarkan hasil Riset kesehatan dasar (Riskesdas). Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk usia 15 tahun ke atas berada pada kisaran 6 % atau lebih. Angka ini menunjukkan bahwa jutaan penduduk Indonesia mengalami gangguan kesehatan mental yang berdampak pada fungsi kehidupan sehari-hari.

Gangguan mental emosional sering kali tidak terdeteksi karena gejalanya di anggap sebagai masalah biasa, seperti kelelahan, kesedihan, atau tekanan hidup. Akibatnya, banyak individu tidak mendapatkan penanganan yang tepat dan berisiko mengalami perburukan kondisi.

2. Gangguan Jiwa Berat

Gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia dan gangguan psikotik kronis, meskipun prevalensinya lebih rendah dibanding gangguan mental emosional, memiliki dampak yang sangat besar. Penderita gangguan jiwa berat sering mengalami gangguan fungsi berfikir, persepsi, emosi, dan perilaku sehingga memerlukan perawatan jangka Panjang dan dukungan berkelanjutan.

Di Indonesia, Prevalensinya gangguan jiwa berat berada pada kisaran beberapa per mil penduduk. Sebagian penderita mengalami keterbatasan akses layanan kesehatan, sehingga kondisi mereka tidak tertangani secara optimal dan berujung pada isolasi sosial atau praktik pemasungan di beberapa wilayah.

Kelompok Rentan Terhadap Gangguan Jiwa

Situasi Kesehatan Jiwa di Indonesia menunjukkan bahwa beberapa kelompok memiliki resiko lebih tinggi mengalami gangguan jiwa antara lain :

1. Remaja dan Dewasa Muda

Remaja menghadapi tekanan akademik, tuntutan sosial, serta pengaruh media digital yang dapat memicu kecemasan, depresi, dan masalah harga diri. Kurangnya keterampilan koping dan dukungan psikososial memperbesar risiko gangguan mental pada kelompok ini.

2. Perempuan

Perempuan lebih rentan terhadap gangguan depresi dan kecemasan akibat factor biologis, peran ganda, kekerasan dalam rumah tangga, serta tekanan sosial dan budaya.

3. Lansia

Lansia sering mengalami gangguan kesehatan jiwa akibat kesepian, kehilangan pasangan, penyakit kronis, dan penurunan fungsi fisik, yang dapat memicu depresi dan gangguan kognitif.

4. Masyarakat Sosial Ekonomi Rendah

Kemiskinan, pengangguran, dan ketidakpastian ekonomi meningkatkan stress yang berdampak pada kesehatan mental.

Faktor Risiko dan Determinan Gangguan Jiwa

Faktor risiko adalah kondisi, karakteristik, atau paparan tertentu yang meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami gangguan jiwa. Faktor ini tidak selalu menyebabkan gangguan jiwa secara langsung, tetapi memperbesar peluang terjadinya gangguan tersebut.

Sementara itu, determinan gangguan jiwa merupakan factor-faktor yang secara structural dan sistemik membentuk kondisi kehidupan individu dan masyarakat sehingga memengaruhi kesehatan jiwa secara luas.

Dalam konteks kesehatan jiwa, faktor risiko dan determinan saling berkaitan dan bekerja secara dinamis sepanjang rentang kehidupan individu, mulai dari masa prenatal, kanak-kanak, remaja, hingga dewasa dan lanjut usia.

Ada beberapa factor yakni:

1. Faktor Biologis

- a. Faktor genetic

Faktor genetic berperan penting dalam kerentanan terhadap gangguan jiwa. Individu yang memiliki anggota keluarga dengan riwayat gangguan jiwa memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan serupa. Kerentanan genetic ini tidak bersifat deterministik, tetapi berinteraksi dengan factor lingkungan dan psikososial.

- b. Ketidakseimbangan Neurobiologis

Gangguan fungsi neurotransmitter seperti serotonin, dopamin, dan norepinefrin berhubungan dengan gangguan depresi, kecemasan, dan skizofrenia. Gangguan pada struktur dan fungsi otak juga dapat memengaruhi regulasi emosi dan perilaku.

- c. Kondisi Medis dan Penyakit Kronis

Penyakit kronis seperti diabetes stroke, kanker, dan penyakit jantung sering di sertai dengan gangguan psikologis, terutama depresi dan kecemasan. Kondisi ini memperburuk kualitas hidup dan meningkatkan risiko gangguan jiwa.

d. Faktor Prenatal dan Perinatal

Paparan stress berat pada ibu hamil, kekurangan gizi, infeksi, serta komplikasi persalinan dapat memengaruhi perkembangan otak janin dan meningkatkan risiko gangguan jiwa di kemudian hari.

2. Faktor Psikologis

a. Mekanisme Koping yang Tidak Adaptif

Individu dengan kemampuan coping yang lemah lebih rentan mengalami gangguan jiwa ketika menghadapi tekanan hidup. Ketidakmampuan mengelola stress dapat memicu kecemasan, depresi, dan gangguan penyesuaian.

b. Kepribadian

Ciri kepribadian tertentu, Seperti neurotisisme tinggi, harga diri rendah, dan perfeksionisme ekstrem, berhubungan dengan peningkatan risiko gangguan mental emosional.

c. Trauma Psikologis

Pengalaman traumatis seperti kekerasan fisik, emosional, dan seksual, terutama pada masa kanak-kanak, merupakan factor risiko kuat gangguan jiwa di masa dewasa. Trauma yang tidak tertangani dapat menyebabkan gangguan stress pascatrauma (PTSD) dan depresi kronis.

d. Pengalaman Kehilangan

Kehilangan orang yang dicintai, perceraian, atau kehilangan pekerjaan dapat memicu stress berat yang meningkatkan risiko gangguan jiwa, terutama bila tidak didukung oleh system sosial yang memadai.

3. Faktor Sosial Dan Lingkungan

a. Kemiskinan dan Ketidakpastian Ekonomi

Kemiskinan merupakan determinan utama gangguan jiwa. Tekanan ekonomi yang berkepanjangan meningkatkan stress, kecemasan, dan depresi. Kondisi ini banyak ditemukan pada masyarakat dengan penghasilan rendah dan pekerjaan tidak tetap.

b. Pengangguran dan Kondisi Kerja

Pengangguran dan lingkungan kerja yang tidak sehat, seperti beban kerja berlebihan dan konflik interpersonal, meningkatkan risiko gangguan mental. Pekerja informal dan buruh sering menghadapi kondisi kerja yang memicu stress kronis,

c. Urbanisasi dan Kepadatan Penduduk

Urbanisasi cepat sering diikuti oleh isolasi sosial, perubahan nilai budaya, dan meningkatnya tekanan hidup. Kepadatan penduduk dan lingkungan yang tidak kondusif juga berkontribusi terhadap gangguan kesehatan jiwa.

d. Kurangnya Dukungan Sosial

Dukungan sosial yang rendah dari keluarga, teman dan komunitas meningkatkan kerentanan terhadap gangguan jiwa. Individu yang merasa terisolasi secara sosial memiliki risiko lebih tinggi mengalami depresi dan kecemasan.

4. Faktor Budaya dan Nilai Sosial

a. Stigma dan Diskriminasi

Stigma terhadap gangguan jiwa merupakan determinan penting yang memengaruhi kesehatan

mental. Stigma menyebabkan penderita enggan mencari bantuan dan memperburuk kondisi gangguan jiwa.

b. Norma dan Keyakinan Budaya

Keyakinan budaya yang menganggap gangguan jiwa sebagai aib, hukuman, atau akibat lemahnya iman memengaruhi cara masyarakat memandang dan menangani gangguan jiwa. Hal ini sering menghambat intervensi medis yang tepat.

Implikasi Terhadap Upaya Prevalensi Gangguan Jiwa

Besarnya dampak sosial dan ekonomi akibat gangguan jiwa menegaskan bahwa upaya prevalensi bukan sekedar pilihan, melainkan kebutuhan strategis dalam pembangunan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Implikasi tersebut mencakup perubahan orientasi kebijakan, pendekatan layanan kesehatan, serta peran aktif masyarakat dalam menjaga kesehatan jiwa.

1. Pergeseran Fokus Dari Kuratif Ke Prevalensi Dan Promosi

Dampak luas gangguan jiwa mengimplikasikan perlunya pergeseran paradigma pelayanan kesehatan jiwa, dari yang semula berorientasi pada pengobatan (kuratif) menjadi pencegahan (preventif) dan promosi kesehatan jiwa. Intervensi pada tahap awal terbukti lebih efektif dan efisien dibandingkan penanganan gangguan jiwa yang sudah berat dan kronis.

Implikasi ini mendorong :

- a. Penguatan edukasi kesehatan jiwa sejak usia dini
- b. Integrasi promosi kesehatan jiwa dalam layanan primer

- c. Penanaman kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesejahteraan mental
2. Penguatan Deteksi Dini Dan Intervensi Awal

Banyak kasus gangguan jiwa di Indonesia terdeteksi pada tahap lanjut, yang menyebabkan dampak sosial dan ekonomi semakin berat. Oleh karena itu, implikasi penting bagi upaya prevalensi adalah penguatan system deteksi dini melalui :

- a. Skrining kesehatan jiwa di fasilitas kesehatan primer
- b. Pelibatan kader kesehatan dan keluarga
- c. Identifikasi kelompok berisiko tinggi, seperti remaja, lansia, dan pekerja dengan tekanan tinggi.

Deteksi diri memungkinkan intervensi cepat dan sebelum gangguan berkembang menjadi kondisi lebih berat.

3. Penguatan Peran Keluarga Dan Masyarakat

Gangguan jiwa berdampak signifikan terhadap keluarga dan lingkungan sosial, sehingga implikasinya adalah perlunya pendekatan berbasis keluarga dan komunitas dalam upaya prevalensi. Keluarga berperan sebagai

- a. Sistem pendukung utama
- b. Pengawas kepatuhan pengobatan
- c. Sumber dukungan emosional bagi individu berisiko
- d. Sementara itu, masyarakat berperan dalam menciptakan lingkungan sosial yang inklusif dan bebas stigma.

4. Pengurangan Stigma dan Diskriminasi sebagai Strategi Prevalensi

Stigma dan diskriminasi terbukti menghambat pencarian pertolongan dan memperburuk kondisi gangguan jiwa. Oleh karena itu, implikasi penting dalam upaya prevalensi adalah perlunya intervensi anti-stigma, melalui :

- a. Edukasi public berbasis bukti
- b. Kampanye kesehatan jiwa
- c. Keterlibatan tokoh agama dan masyarakat

Lingkungan yang menerima dan mendukung akan mendorong individu untuk mencari bantuan lebih awal.

5. Integrasi Lintas Sektor dalam Prevalensi

Gangguan jiwa di pengaruhi oleh factor biologis, psikologis, dan sosial, sehingga upaya prevalensi memerlukan kolaborasi lintas sector, seperti:

- a. Sektor Pendidikan dalam penguatan kesehatan mental siswa ataupun mahasiswa
- b. Sektor ketenagakerjaan dalam menciptakan lingkungan kerja sehat
- c. Sektor sosial dalam perlindungan kelompok rentan

Implikasi ini menuntut koordinasi kebijakan dan program yang terintegrasi di tingkat nasional dan daerah.

Dampak sosial dan ekonomi gangguan jiwa memberikan implikasi kuat upaya prevalensi harus menjadi prioritas utama dalam pembangunan kesehatan jiwa di Indonesia. Upaya prevalensi yang komprehensif, terintegrasi, dan berbasis komunitas tidak hanya mampu menekan angka kejadian gangguan jiwa, tetapi juga mengurangi beban sosial dan ekonomi serta meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara menyeluruh.

Praktik Prevalensi Gangguan Jiwa di Indonesia

Praktik prevalensi gangguan jiwa di Indonesia adalah serangkaian upaya nyata dan sistematis yang dilakukan oleh pemerintah, tenaga kesehatan, keluarga, dan masyarakat untuk mencegah timbulnya gangguan jiwa, mendeteksi secara dini gejala awal, serta mencegah perburukan dan kekambuhan gangguan jiwa melalui pendekatan promotive, preventif dan berbasis komunitas.

Praktik prevalensi ini dilaksanakan berdasarkan kerangka kebijakan nasional kesehatan jiwa, terutama Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 Tentang kesehatan jiwa, yang menekankan bahwa kesehatan jiwa bukan hanya tanggung jawab individu, tetapi juga negara dan masyarakat. Oleh karena itu, praktik prevalensi tidak terbatas pada layanan medis, melainkan mencakup intervensi sosial, edukatif, dan lingkungan yang mendukung kesehatan mental.

Secara operasional, Praktik Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia merupakan penerapan langsung strategi pencegahan di berbagai setting kehidupan masyarakat, seperti keluarga, sekolah, tempat kerja, fasilitas kesehatan, dan komunitas, dengan tujuan mengurangi factor risiko dan memperkuat factor protektif kesehatan jiwa.

Daftar Pustaka

- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150.
- Huang, Y., et al. (2023). Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*, 10(11), 881-891.
- Indrawati, E. D., et al. (2023). Prevalence and correlates of mental health problems among Indonesian adolescents: results from the National Global School-Based Student Health Survey 2022. *Journal of Adolescent Health*, 73(5), S12-S20.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). Laporan Nasional RISKESDAS 2021: Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2023). Mental Illness (Statistics). Bethesda, MD: NIMH.
- OECD. (2021). A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.
- Prasetyo, A., et al. (2022). Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress among the General Population in Indonesia during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Health Policy and Management*, 7(2), 124-135.
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522), eaay0214.
- Rohrbach, P. J., et al. (2023). Trends in the Prevalence of Mental Health Disorders in Europe from 2010 to 2021: A Systematic Review. *European Psychiatry*, 66(1), e45.

- Santomauro, D. F., et al. (Global Burden of Disease Collaborators for Mental Disorders). (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712.
- Solmi, M., et al. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281-295.
- Steel, Z., et al. (2021). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 50(2), 620-628.
- Vigo, D., et al. (2022). The true global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e33.
- Wiguna, T., et al. (2021). The prevalence of depressive symptoms and its associated factors in a sample of Indonesian high school students in Jakarta. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100226.
- World Health Organization (WHO). (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization.

Profil Penulis



Ns. Echa Effendy Siswanto Amir, S.Kep., M.Kep.

Lahir di Dalapuli pada tanggal 13 Desember Tahun 1992. Penulis bertempat tinggal di Daerah Sulawesi Utara tepatnya di Wilayah Kotamobagu. Penulis Memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di Stikes Graha Medika Tahun 2015 dan menyelesaikan program studi Profesi Ners di Stikes Graha Medika Tahun 2017. Menyelesaikan Program studi S2 Keperawatan di Universitas Karya Husada Semarang dengan peminatan Manajemen Keperawatan Tahun 2022. Penulis aktif sebagai dosen pengajar di program studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Kotamobagu sejak Tahun 2016 sampai Sekarang dan Menjabat sebagai Wakil Rektor 1 Bidang Akademik, Kurikulum dan Kerjasama. Sebagai seorang yang sepenuhnya mengabdikan dirinya sebagai dosen, selain Pendidikan formal yang ditempuhnya penulis juga mengikuti berbagai pelatihan untuk meningkatkan kinerja dosen, khususnya dibidang pengajaran, penelitian, dan pengabdian. Penulis mengampuh beberapa matakuliah, yaitu Pengembangan Karakter dan Kepribadian, Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial, Manajemen Stres, dan Keperawatan Psikiatrik. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis *book chapter*.

Email Penulis : echamasashi13@gmail.com

FAKTOR RISIKO GANGGUAN KESEHATAN JIWA

Riastuti Kusuma Wardani, MKM., Ph.D.
UIN Syarif Hidayatullah Jakarta

Pendahuluan

Kesehatan jiwa dan kesehatan fisik tidak dapat dipisahkan. Kesehatan jiwa merupakan penentu kesehatan secara keseluruhan tercapai. Pandangan kesehatan masyarakat, kesehatan jiwa memiliki kedudukan yang penting karena berdampak langsung pada kualitas hidup, produktivitas, serta kemampuan masyarakat untuk berfungsi secara optimal dalam kehidupan sehari-hari. Individu yang mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa dan tidak ditangani dengan tepat dapat menimbulkan dampak negatif jangka panjang, seperti penurunan fungsi sosial, beban ekonomi keluarga, dan peningkatan penggunaan layanan kesehatan (World Health Organization, 2025).

Kesehatan jiwa individu dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor penentu kesehatan dikelompokkan menjadi lima kategori besar: perilaku individu, faktor sosial dan fisik, biologi dan genetika, layanan kesehatan, dan kebijakan. Hubungan antar faktor-faktor ini menentukan kesehatan individu dan, secara luas, kesehatan suatu populasi (Joanna Hayden, 2021) Dan, masih banyak lagi ditemukan dari beberapa ahli yang menjelaskan tentang

kerangka teori atau model determinan gangguan jiwa dan beberapa akan disajikan dalam chapter ini. Oleh karena itu, pemahaman mengenai faktor-faktor yang berkontribusi pada timbulnya gangguan jiwa menjadi sangat penting untuk merumuskan strategi promotif, preventif, dan kuratif yang efektif (Bartholomew et al., 2006).

Konsep Faktor Risiko Gangguan Jiwa

Pada konteks Kesehatan Jiwa, faktor risiko adalah kondisi, karakteristik, atau paparan yang meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami masalah mental, termasuk emosionalnya.(World Health Organization, 2025) Faktor-faktor tersebut dapat bersifat internal, yaitu predisposisi biologis, maupun bersifat eksternal, contoh kondisi lingkungan sosial.(World Health Organization, 2022) Faktor risiko pada perspektif kesehatan masyarakat dipandang sebagai bagian dari determinan kesehatan, karena berbagai kondisi yang memengaruhi status kesehatan seseorang atau populasi.(Oleske, 2007) Determinan kesehatan mencakup aspek biologis, perilaku, sosial, ekonomi, lingkungan, hingga pelayanan kesehatan. Determinan kesehatan ini penting untuk diketahui dan dipahami pada konteks kesehatan Jiwa karena gangguan kesehatan jiwa tidak terjadi secara acak. Status kesehatan jiwa terbentuk melalui serangkaian paparan risiko yang dapat diidentifikasi, dimodifikasi, atau dicegah untuk menurunkan insidensi gangguan jiwa dalam populasi.(World Health Organization, 2022)

Menurut model biopsikososial, gangguan kesehatan disebabkan oleh interaksi faktor biologis, psikologis, dan sosial. Faktor biologis termasuk perubahan fisiologis dan genetik, sedangkan faktor psikologis termasuk kepribadian, pola pikir, kemampuan coping, dan trauma. Faktor sosial termasuk keadaan ekonomi, budaya, dan

lingkungan tempat tinggal. Menurut model ini, penyebab gangguan jiwa tidak disebabkan oleh 1 penyebab saja, melainkan interaksi dari berbagai faktor. (Edward P. Sarafino et al., 2020) Oleh karena itu, agar efektif dalam mencegah dan menangani gangguan, pendekatan intervensi kesehatan harus mempertimbangkan seluruh elemen tersebut secara menyeluruh.

Menurut Pendekatan Ekologi dan Determinan Sosial Kesehatan (SDOH), kesehatan ekologi berasal dari interaksi antara orang-orang dengan berbagai lapisan lingkungan, seperti keluarga, sekolah, komunitas, dan kebijakan publik. Konsep ini sejalan dengan konsep determinan sosial kesehatan (Social Determinants of Health/SDOH), yang menekankan bahwa kondisi sosial-ekonomi, status pekerjaan, pendidikan, keamanan lingkungan, dan akses ke layanan kesehatan memengaruhi risiko gangguan jiwa. (World Health Organization (WHO), 2010) Misalnya, stigma sosial, ketidaksetaraan gender, kemiskinan, dan kekerasan komunitas dapat meningkatkan kerentanan seseorang terhadap stres dan gangguan mental. (World Health Organization, 2025) Pendekatan ini menjadi sangat relevan dalam bidang kesehatan masyarakat karena perlunya intervensi multilevel untuk memperbaiki kondisi sosial yang meningkatkan risiko gangguan jiwa selain menasar individu. (World Health Organization, 2022) sub bab berikutnya pada chapter ini akan menjelaskan satu persatu determinan yang ditemukan pada beberapa sumber referensi merupakan faktor risiko gangguan kesehatan jiwa.

Faktor Risiko Biologis

Faktor risiko biologis adalah salah satu faktor utama yang menentukan kemungkinan seseorang mengalami gangguan kesehatan jiwa. Secara genetik, studi

menunjukkan bahwa orang yang memiliki riwayat gangguan jiwa seperti depresi, skizofrenia, atau gangguan bipolar memiliki risiko lebih tinggi daripada orang normal. (Aswathy et al., 2025; Das et al., 2025; Moriarty et al., 2025; World Health Organization, 2025) Variasi genetik yang berbeda memengaruhi perkembangan otak, respons stres, dan regulasi emosi, bukan satu gen yang menyebabkan kelainan ini. Oleh karena itu, faktor hereditas berfungsi sebagai dasar biologis yang membentuk predisposisi sebelum faktor lingkungan yang menyebabkan gangguan terjadi.

Faktor neurobiologis dan genetik memainkan peran penting dalam penyebab gangguan jiwa. Ada hubungan antara penyakit seperti depresi, kecemasan, dan skizofrenia dan ketidakseimbangan neurotransmiter seperti serotonin, dopamin, dan norepinefrin. Regulasi emosi, impulsivitas, dan kemampuan untuk menangani stres juga dipengaruhi oleh perubahan struktur dan fungsi otak, seperti area prefrontal cortex, hippocampus, dan amigdala. Hasil pemeriksaan neuroimaging menunjukkan bahwa beberapa gangguan menyebabkan perubahan aktivitas atau volume area otak tertentu. Ini menegaskan lagi bahwa gangguan jiwa bukan hanya masalah psikologis tetapi juga biologis.

Faktor fisiologis juga meningkatkan risiko gangguan kesehatan jiwa. Kondisi medis jangka panjang seperti diabetes, penyakit jantung, kanker, dan gangguan autoimun dapat meningkatkan risiko stres psikologis berkepanjangan yang berdampak pada kesehatan mental. Nyeri kronis, misalnya, dapat menyebabkan respons stres yang berkelanjutan, yang menurunkan kualitas hidup dan meningkatkan risiko depresi. Disabilitas fisik juga meningkatkan risiko munculnya gangguan mental pada individu yang sudah memiliki kerentanan biologis karena dapat menghalangi aktivitas sehari-hari, menurunkan harga diri, dan membatasi fungsi sosial.

Faktor hormonal dan tahap perkembangan juga memiliki pengaruh besar terhadap kesehatan jiwa. Stres dan trauma dapat berdampak jangka panjang pada anak-anak dan remaja karena otak mereka masih berkembang. Karena perubahan neurologis yang mempengaruhi kontrol emosi, remaja rentan terhadap gangguan kecemasan dan depresi. Tekanan sosial dan ekonomi dapat memperburuk kerentanan biologis pada orang dewasa muda. Perubahan degeneratif otak dan kondisi medis lainnya sering meningkatkan risiko gangguan afektif dan kognitif pada orang tua. Sebaliknya, diketahui bahwa perubahan hormon selama kehamilan, postpartum, menopause, dan gangguan tiroid dapat memengaruhi mood, kecemasan, dan stabilitas emosi, menunjukkan betapa erat hubungan antara sistem endokrin dan kesehatan mental.

Faktor Risiko Psikologis

Trauma masa kecil atau pengalaman negatif anak-anak (ACEs), seperti kekerasan, penelantaran, dan kehilangan, meningkatkan risiko gangguan kesehatan jiwa karena dapat mengganggu rasa aman, ikatan, dan perkembangan regulasi stres dan emosi. (World Health Organization, 2025) CDC mendefinisikan ACEs sebagai peristiwa traumatis pada usia 0–17 tahun, seperti mengalami atau menyaksikan kekerasan, pelecehan atau pelecehan, serta masalah rumah tangga. CDC juga menyatakan bahwa ACEs terkait dengan peningkatan risiko masalah kesehatan mental serta perilaku berisiko, seperti penyalahgunaan zat di kemudian hari. Faktor kepribadian tertentu juga mempengaruhi kerentanan: neuroticism, misalnya, dikaitkan dengan afek negatif dan kecenderungan cemas atau depresif (seperti yang ditunjukkan oleh bukti meta-analisis), sementara perfeksionisme, terutama masalah perfeksionis, dikaitkan dengan gejala depresi dan kecemasan pada orang dewasa (Edward P. Sarafino et al., 2020).

Stres dalam kehidupan sehari-hari, seperti pekerjaan, pendidikan, relasi, dan masalah keuangan, dapat menyebabkan atau memperburuk kerentanan tersebut, terutama bagi mereka yang menggunakan cara penyelesaian yang tidak sesuai seperti menghindari, menyalahkan diri sendiri, atau penggunaan zat-zat yang hanya memberi kelegaan sementara tetapi cenderung menyebabkan masalah jangka panjang.(Alawiansyah et al., 2025; Yilmaz, 2020) Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), lingkungan kerja yang buruk, seperti beban kerja berlebihan, kurang kontrol atas pekerjaan, ketidakamanan kerja, diskriminasi dan pelecehan, merupakan risiko bagi kesehatan mental dan berdampak pada produktivitas. (Gao et al., 2023; World Health Organization, 2025) Riwayat gangguan jiwa sebelumnya juga merupakan penanda kuat kerentanan, karena penyakit seperti depresi bersifat multifaktor dan dapat berulang. National Institute Mental Health (INMH) menekankan bahwa depresi dipengaruhi faktor biologis-psikologis-lingkungan dan dapat mengganggu aktivitas harian, sehingga riwayat gangguan jiwa sebelumnya penting untuk skrining risiko dan mencegah kekambuhan.(National Institute of Mental Health (NIMH), 2025)

Faktor Risiko Sosial dan Lingkungan

1. Keluarga

Keluarga adalah lingkungan sosial paling dekat yang membentuk pengalaman emosional, pola asuh, dukungan, dan keamanan psikologis seseorang sejak lahir. Keluarga dapat berfungsi sebagai faktor protektif (seperti hubungan yang kuat, komunikasi yang baik, dan dukungan emosional) dan faktor risiko (seperti konflik berulang, kekerasan, pola asuh keras, dan hukuman fisik). Organisasi Kesehatan Dunia

mengatakan bahwa kesehatan mental dipengaruhi oleh sejumlah faktor pada tingkat individu, keluarga, komunitas, dan struktural. Mereka juga menunjukkan bahwa pengasuh yang kejam dan hukuman fisik dapat merusak kesehatan anak dan meningkatkan kerentanan terhadap masalah kesehatan jiwa. Oleh karena itu, faktor penting yang memengaruhi risiko gangguan kesehatan jiwa selama daur kehidupan adalah kualitas fungsi keluarga, yang mencakup stabilitas, pola pengasuhan, dan dukungan sosial.

2. Komunitas dan Masyarakat

Kondisi sosial-ekonomi dan lingkungan yang lebih luas, seperti kemiskinan, ketidaksetaraan, paparan kekerasan, kualitas lingkungan permukiman, dan akses terhadap pendidikan dan perawatan kesehatan, banyak memengaruhi risiko gangguan kesehatan jiwa di masyarakat dan komunitas.(Ampaw, 2024) Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), terpapar situasi yang membahayakan, seperti kemiskinan, kekerasan, disabilitas, dan ketidaksamaan, meningkatkan kemungkinan terkena kondisi kesehatan mental. Menurut Laporan Organisasi Kesehatan Dunia tentang Determinan Sosial Kesehatan Mental, perbaikan "kondisi kehidupan sehari-hari" di berbagai tahap kehidupan (dari sebelum lahir hingga usia tua) adalah strategi penting untuk meningkatkan kesehatan mental populasi dan mengurangi risiko. Akibatnya, intervensi kesehatan masyarakat untuk kesehatan jiwa idealnya tidak hanya membantu individu, tetapi juga membangun solidaritas sosial, menciptakan lingkungan yang aman, mengurangi ketimpangan, dan meningkatkan akses ke layanan berbasis komunitas (World Health Organization, 2025).

Faktor Risiko Perilaku dan Paparan Teknologi

Faktor risiko lain adalah perilaku dan paparan teknologi. WHO melaporkan bahwa penggunaan media sosial pada remaja meningkat dan dikaitkan dengan efek negatif seperti penurunan kesejahteraan mental dan sosial, serta paparan konten berbahaya dan pola penggunaan berlebihan media sosial atau gim, serta interaksi digital yang meningkatkan stres psikologi antara lain cyberbullying, perbandingan sosial, dan gangguan tidur akibat penggunaan gawai yang berlebihan. (Ampaw, 2024; Prince Peprah et al., 2024; World Health Organization, 2025) Oleh karena itu pencegahan berbasis perilaku (pembatasan durasi, literasi digital, penguatan regulasi diri, dan proteksi dari perundungan online) menjadi penting dalam strategi kesehatan masyarakat.

Identifikasi dan Pengukuran Faktor Risiko

Karena paparan, kerentanan, dan kondisi sosial-lingkungan yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya gangguan mental, maka penilaian sistematis dibutuhkan untuk menemukan dan mengukur faktor risiko kesehatan jiwa secara valid dan reliable. WHO menekankan pentingnya pengukuran faktor risiko secara menyeluruh dengan menggunakan instrumen standar yang memungkinkan pemantauan kondisi individu maupun sistem, seperti WHO-AIMS untuk menilai aspek layanan kesehatan jiwa serta indikator lingkungan yang berdampak pada risiko populasi. (World Health Organization, 2005) Untuk mengidentifikasi faktor risiko pada tingkat individu, dapat digunakan skala psikometrik dan instrumen skrining yang telah divalidasi secara ilmiah. Skala yang mengukur gejala depresi, kecemasan, atau stres, misalnya, digunakan dalam penelitian pencegahan gangguan mental. Namun, literatur menunjukkan bahwa alat penilaian tidak seragam,

sehingga diperlukan harmonisasi alat penilaian agar hasil antarstudi dapat dibandingkan secara lebih akurat. (Exner-Cortens et al., 2021) Selain itu, dianggap penting untuk memahami tantangan yang memperburuk kondisi kesehatan mental dan untuk merencanakan intervensi. APA menyatakan bahwa asesmen faktor risiko sosial (SDOH) yang terstandar membantu klinisi menemukan kebutuhan sosial yang berdampak pada diagnosis dan perencanaan intervensi. (American Psychology Association, 2024) Oleh karena itu, untuk mengidentifikasi dan mengukur faktor risiko, diperlukan pendekatan berbagai metode/teknik yang melibatkan instrumen klinis, survei populasi, dan asesmen determinan sosial. Pendekatan ini akan menghasilkan gambaran risiko yang lebih menyeluruh dan berbasis bukti.

Kesimpulan

1. Pengetahuan faktor risiko gangguan jiwa sangat dibutuhkan untuk menentukan intervensi yang tepat terhadap gangguan kesehatan jiwa.
2. Gangguan kesehatan jiwa bukan hanya disebabkan oleh 1 sebab tetapi banyak sebab, sehingga membutuhkan alat ukur yang tepat.
3. Oleh karena banyak penyebabnya maka intervensi gangguan kesehatan jiwa didesain dan dilaksanakan membutuhkan pendekatan multilevel.

Daftar Pustaka

- Alawiansyah, S. P., Kusumawardani, R., Nurrizka, R. H., & Ariyanti, F. (2025). Burnout Pada Perawat Di RSUD Daerah: Apa Penyebabnya? *Journal of Religion and Public Health*, 7(1), 30–41. <https://doi.org/10.15408/jrph.v7i1.44957>
- American Psychology Association. (2024, December). *How to report social determinants of health risk assessment in conjunction with psychological services*. <https://www.apaservices.org/practice/reimbursement/health-codes/social-determinants-health>
- Ampaw, S. (2024). *Social Determinants of Mental Health: Understanding the Role of Social Media Usage*. <https://sites.northwestern.edu/sas61731/files/2024/11/Download-JMP-PDF.pdf>
- Aswathy, P. V., Verma, A., Balasankar, J. M., Roy, A., & Junaid, K. P. (2025). Physiological, Psychological, and Functional Health Determinants of Depressive Symptoms Among the Elderly in India: Evaluation of Classification Performance of XGBoost Models. *Indian Journal of Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1177/02537176241311196>
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., & Gottlieb, N. H. (2006). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. Jossey-Bass.
- Das, P., Hasan, M. E., Arif, M., Almerab, M. M., Al Habib, A., Al-Mamun, F., & Mamun, M. A. (2025). Prevalence, associated factors, and machine learning-based prediction of probable depression among individuals with chronic diseases in Bangladesh. *BMC Psychiatry*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07542-4>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2025). *Depression - National Institute of Mental Health (NIMH)*. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>

- Edward P. Sarafino, Timothy W. Smith, David B. King, & Anita DeLongis. (2020). *HEALTH PSYCHOLOGY: BIOPSYCHOSOCIAL INTERACTIONS* (Second). John Wiley & Sons Canada, Ltd.
- Exner-Cortens, D., Baker, E., Gray, S., Fernandez Conde, C., Rivera, R. R., Van Bavel, M., Vezina, E., Ambrose, A., Pawluk, C., Schwartz, K. D., & Arnold, P. D. (2021). School-Based Suicide Risk Assessment Using eHealth for Youth: Systematic Scoping Review. *JMIR Mental Health*, 8(9), e29454. <https://doi.org/10.2196/29454>
- Gao, Y., Liu, J., Liu, J., & Duan, T. (2023). Influence of Job Burnout on Decision-Making and Coping with Stress among Nurses. *Holistic Nursing Practice*, 37(6), E83–E91. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000609>
- Joanna Hayden. (2021). *Introduction to Program Planning in Public Health*.
- Moriarty, A. S., Williams, E., McMillan, D., Gilbody, S., & Chew-Graham, C. A. (2025). Role of primary care in depression relapse: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 75(753), e292–e299. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2024.0384>
- Oleske, D. M. . (2007). *Epidemiology and the Delivery of Health Care Services*.
- World Health Organization. (2025). *Mental health atlas 2024*. https://books.google.com/books?hl=id&lr=&id=pSeDEQAQBAJ&oi=fnd&pg=PR6&dq=digital+mental+health+AND+responsiveness+Mental+OR+Services+OR+mental+%22Adolescents+Mental+Health%22+AND+LMI&ots=ilh4nFZX7C&sig=_1HanrNG9yK9S70pPzvwCyb4t_E
- Prince Peprah, Michael Safo Oduro, Godfred Atta-Osei, Isaac Yeboah Addo, Anthony Kwame Morgan, & Razak M. Gyasi. (2024). Problematic social media use mediates the effect of cyberbullying victimisation on psychosomatic complaints in adolescents. *Pmc.Ncbi.Nlm.Nih.Gov*.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11058249/>

World Health Organization. (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health For All.*

World Health Organization (WHO). (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health : Social Determinants of Health Discussion Paper 2.* World Health Organization.

World Health Organization. (2005). *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems* WHO-AIMS.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/aims_who_instrument_eng.pdf?sfvrsn=22a5372a_3

World Health Organization. (2025). *World mental health today: Latest data.*

Yilmaz, S. K. (2020). *Adolescent Mental Health in the Developing World: Three Economic Analyses on Stressors, Coping, and Support.*
<https://search.proquest.com/openview/5ef2690ad3bc6187220a9e3db3299a6c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>

Profil Penulis



Riastuti Kusuma Wardani, MKM., Ph.D.

Penulis adalah seorang ahli kesehatan masyarakat, menempuh pendidikan S1, S2, dan S3 di bidang Kesehatan Masyarakat. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Kesehatan Masyarakat FIKES UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Kesehatan Mental Berbasis Islam, Perencanaan dan Evaluasi Program Kesehatan, Manajemen Promkes, Epidemiologi MPK, dan masih banyak lagi. Penulis aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu Asosiasi Akademisi dan Saintis Indonesia, dan IAKMI Kota Tangerang Selatan. Penulis juga aktif melakukan berbagai kegiatan pengabdian masyarakat berkaitan dengan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis artikel ilmiah, artikel populer di koran-koran serta aktif menulis buku ajar dan *book chapter*.

Scopus ID: 58794972600

Sinta ID: 6853127

Email Penulis:

riastuti.wardani@uinjkt.ac.id/riastutikw@gmail.com

GANGGUAN CEMAS DAN DEPRESI

dr. Nicholas Hardi, Sp.KJ.

Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya

Pendahuluan dan Epidemiologi

Badan Kesehatan Dunia / *World Health Organization* (WHO) melaporkan gangguan cemas dan depresi sebagai gangguan mental yang paling banyak ditemukan, dengan masing-masing prevalensi 4,4% dan 4%. Prevalensi gangguan ini bervariasi menurut jenis kelamin maupun usia. Secara umum, perempuan lebih rentan dibandingkan laki-laki. Awitan gangguan cemas didapatkan lebih awal dibandingkan depresi dan setelah usia 40 tahun, depresi menjadi lebih sering didapatkan dan cenderung memuncak di usia lanjut (World Health Organization, 2025; Boland, Verduin, and Ruiz, 2022). Prevalensi gangguan cemas pada kelompok usia di atas 65 tahun juga masih termasuk tinggi meskipun tren kejadian awitan baru di usia lanjut menurun, dengan isu terkait kesehatan fisik, ketidakmandirian atau ketergantungan finansial (Javaid et al., 2023). Semasa pandemi COVID-19, peningkatan prevalensi gangguan cemas dan depresi menjadi tantangan bagi para pemangku kebijakan untuk menurunkan insidensi gangguan (Anindyajati et al., 2021; Hardi, Gracia and Hananta, 2023). Deteksi dan intervensi dini berperan penting dalam mencapai target tersebut

(World Health Organization, 2025; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Remisi gejala dapat memperbaiki kualitas hidup, bahkan seseorang dapat kembali ke kondisi premorbid (Hohls et al., 2021).

Gangguan cemas dan depresi memberikan dampak secara sosial, meningkatkan biaya kesehatan dan risiko penyakit fisik, hingga menurunkan kualitas hidup (Hohls et al., 2021; Susanti et al., 2025). Kajian dampak dari gangguan cemas dan atau depresi di Indonesia menunjukkan dampak ekonomi dan beban kesehatan yang nyata. Orang yang mengalami gangguan tersebut mengalami penurunan produktivitas kerja sebesar 51%. Secara keseluruhan, estimasi kehilangan ekonomi yang terjadi dapat mencapai Rp 463,811 miliar (USD 29.22 miliar), setara dengan 2,1% produk domestik bruto (PDB) tahun 2023 (Arulsamy et al., 2025). Gangguan cemas dan depresi berkontribusi besar dalam menimbulkan beban disabilitas, dengan 4,7% dan 6,2% *Years Lived with Disability* (YLDs) masing-masing, yang terutama berdampak pada kelompok usia 15-29 tahun (World Health Organization, 2025). Paparan terhadap gangguan cemas dan depresi dapat berdampak pada berbagai luaran kondisi fisik maupun psikologis lain (Kariuki-Nyuthe and Stein, 2014; X. Chen et al., 2025), serta kedua gangguan ini seringkali saling berkomorbid satu sama lain (Boland, Verduin and Ruiz, 2022). Keberadaan komorbiditas ini dapat mempersulit penanganan serta meningkatkan risiko bunuh diri (L.-C. Chen et al., 2025). Menurut *Global Health Estimates* (GHE) tahun 2021, diperkirakan 1 dari 100 kematian terjadi akibat bunuh diri, yang merupakan peringkat ke-3 penyebab kematian pada kelompok usia 15-29 tahun (World Health Organization, 2025).

Masyarakat Indonesia cenderung memiliki literasi kesehatan mental yang rendah, keterbatasan fasilitas serta akses layanan kesehatan mental (Basrowi et al.,

2024). Kesenjangan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan dapat berupa kesenjangan pengobatan yang kerap ditandai dengan perbedaan data prevalensi penyakit dan data orang yang mendapatkan pengobatan di fasilitas kesehatan (World Health Organization 2025; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024; Agus et al., 2025). Bab ini menjelaskan secara ringkas mengenai gambaran klinis, faktor risiko, kemungkinan penyebab, dan konsep penatalaksanaan gangguan cemas serta depresi. Pemahaman konsep ini diharapkan meningkatkan wawasan sehingga meningkatkan kesadaran untuk deteksi dan tatalaksana gangguan cemas dan depresi.

Gangguan Cemas

1. Definisi dan Klasifikasi

Cemas dan takut merupakan perasaan manusia yang dianggap sama namun kedua kondisi ini memiliki latar belakang yang berbeda. Cemas (*anxiety*) merupakan suasana perasaan seseorang yang timbul sebagai respon antisipasi terhadap potensi ancaman/bahaya yang akan datang. Takut (*fear*) merupakan suatu respons emosional terhadap ancaman atau bahaya yang nyata yang dirasakan akan segera terjadi. Sumber ancaman cemas diasosiasikan berasal dari internal sedangkan takut berasal dari eksternal diri. Otak akan bereaksi untuk merespon stimulus tersebut dan menentukan langkah selanjutnya yang dikenal sebagai *fight, flight, or freeze response*. Proses ini mendorong sistem saraf otonom untuk merangsang berbagai organ tubuh dan menimbulkan beragam manifestasi, seperti jantung berdebar, sesak nafas, gemeteran, atau lainnya. Perasaan cemas yang “cukup”, sejatinya, merupakan respons alamiah yang dimiliki manusia untuk

menstimulasi perhatian dan fokus selama menyelesaikan pekerjaannya. Kecemasan berlebih akan menimbulkan gangguan cemas (American Psychiatric Association, 2013; Boland, Verduin, and Ruiz, 2022).

Gangguan cemas ditandai dengan perasaan rasa takut/khawatir yang berlebihan, persisten, dan mengganggu fungsi aktivitas (pribadi, pekerjaan, edukasi, atau area lainnya) ataupun menimbulkan perasaan menderita bagi yang mengalami. Berdasarkan klasifikasi *International Classification of Diseases, 11th Revision* (ICD-11), gangguan terkait cemas atau takut (*anxiety or fear related disorder*, 6B00 - 6B0Z) memiliki beberapa jenis gangguan seperti gangguan cemas menyeluruh / *generalized anxiety disorder* (6B00), gangguan panik / *panic disorder* (6B01), agorafobia / *agoraphobia* (6B02), fobia spesifik / *specific phobia* (6B03), cemas sosial / *social anxiety* (6B04), cemas perpisahan / *separation anxiety* (6B05), dan mutisme selektif / *selective mutism* (6B06). Deskripsi daripada setiap jenis gangguan terkait cemas atau takut ini dapat dilihat pada Tabel 4.1 (World Health Organization, 2025). Landasan klasifikasi ini berdasarkan 1) sumber stimulus cemas, 2) deskripsi gambaran klinis, 3) durasi gejala, 4) membedakan dengan kondisi normal atau gangguan lain yang memiliki tanda serupa, dan 5) adanya serta keparahan penderitaan dan hendaya (Rebello et al., 2019).

Tabel 4.1 Gangguan terkait cemas atau takut (ICD-11)

Diagnosis (ICD-11)	Awitan	Manifestasi Klinis
Gangguan Cemas Menyeluruh (6B00)	≤6 Bulan	a. <i>Free floating anxiety</i> atau cemas berlebih yang berhubungan dengan kejadian keseharian seperti keluarga, kesehatan, finansial, pekerjaan b. Kecemasan dapat disertai berbagai keluhan fisik, seperti: ketegangan otot, aktivitas berlebihan dari sistem saraf simpatik, gugup, kesulitan mempertahankan konsentrasi, iritabilitas, atau gangguan tidur
Gangguan Panik (6B01)	Cemas selama 1 bulan setelah minimal 1 serangan panik	a. Serangan panik terjadi berulang, tidak terduga dan tidak terbatas pada situasi tertentu b. Cemas antisipasi terhadap serangan panik berikutnya c. Serangan panik: episode ketakutan yang intens + berbagai keluhan fisik (jantung berdebar, sesak nafas, gemetar, berkeringat, nyeri dada, takut akan kematian)
Agorafobia (6B02)	≥6 Bulan	a. Kecemasan akan serangan panik terjadi saat berada sendirian di tempat umum/situasi tertentu dan tidak ada orang yang dapat menolong (mis.: transportasi umum, keramaian, dll) b. Perilaku menghindari tempat/situasi yang dapat mencetuskan kecemasan
Fobia Spesifik (6B03)	≥6 Bulan	a. Kecemasan dipicu stimulus spesifik yang secara objektif tidak berbahaya (contoh: kucing, ketinggian, darah, dll) b. Ada penghindaran terhadap stimulus spesifik yang dapat mencetuskan kecemasan atau menghadapi dengan ketegangan yang intens
Gangguan Cemas Sosial (6B04)	≤6 Bulan	a. Kecemasan mengenai situasi yang membuat individu merasa diobservasi, interaksi sosial, atau tampil di depan umum
Gangguan Cemas Perpisahan	Muncul dan bertahan setidaknya	a. Cemas terhadap perpisahan dengan figur spesifik, contoh: berpisah dengan orang tua bagi kelompok

(6B05)	selama beberapa bulan	anak atau berpisah dengan pasangan atau anak bagi kelompok dewasa b. Kecemasan ditandai dengan pikiran buruk yang bisa terjadi pada figur tersebut, ragu untuk pergi ke sekolah atau bekerja, tertekan dengan perpisahan, ragu atau menolak tidur terpisah, dan mimpi buruk mengenai perpisahan
Mutisme Selektif (6B06)	≥1 Bulan	a. Sering ditemukan pada anak yang telah memiliki kemampuan berbahasa baik namun tidak berbicara / merespon secara verbal dengan tokoh yang spesifik (mis.: anggota keluarga di rumah, guru/teman di sekolah, dll)

2. Faktor Risiko dan Etiologi

Faktor risiko gangguan cemas berhubungan dengan interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022).

Faktor Biologis (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022)

a. Genetika

Studi lanjutan peran genetika masih diperlukan, khususnya dalam hal interaksi genetik dengan lingkungan yang menimbulkan gangguan cemas.

b. Area otak

- 1) Amigdala, korteks prefrontalis, insula anterior, dan hipokampus diketahui berhubungan dengan rasa takut
- 2) Panca indera sensorik menerima sinyal potensi bahaya dan meneruskan ke amigdala untuk dinilai, yang berikutnya sinyal tersebut akan dikirimkan ke area otak lainnya untuk diterjemahkan menjadi respons "*fight or flight*"

c. Zat Kimiawi Saraf (*Neurotransmitter*)

- 1) Proses pengiriman informasi sel saraf di otak diperantarai oleh senyawa kimiawi yang disebut *neurotransmitter*.
- 2) Beberapa jenis neurotransmitter yang berhubungan dengan perasaan cemas adalah serotonin, norepinefrin, dopamin, *gamma-aminobutyric acid* (GABA). Setiap *neurotransmitter* memiliki peran dan jalur kerja yang khas sehingga disregulasi kerja *neurotransmitter* dapat menimbulkan gejala cemas pada individu, contohnya kadar norepinefrin yang tinggi atau kadar GABA yang rendah di otak.

Faktor Psikologis (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022)

a. Teori Perilaku

- 1) Pembelajaran perilaku diawali paparan (*exposure*) terhadap suatu stimulus dan respon terhadap stimulus tersebut. Respon baik atau buruk yang dialami akan menjadi dorongan (*reinforcement*) bagi seseorang untuk meningkatkan atau mengurangi suatu perilaku.
- 2) Prinsip ini menjadi landasan bahwa pengalaman belajar manusia, khususnya repetisi stimulus serupa, dapat membentuk kebiasaan suatu perilaku.

b. Teori Kognitif (Özdemir and Kuru, 2023; Ausie, 2025)

- 1) Bias dalam mengolah informasi yang dipahami mendasari kesalahan penilaian terhadap suatu situasi, seperti keliru

menginterpretasi situasi yang tidak berbahaya sebagai bahaya. Misinterpretasi situasi dapat memicu cemas. Eskalasi cemas timbul bila diiringi mispersepsi terhadap kapasitas koping diri, seperti menilai diri tidak mampu menyelesaikan masalah.

- 2) Pola kognitif yang melebih-lebihkan potensi bahaya dan mengecilkan kemampuan diri dalam mengatasi potensi bahaya tersebut menjadi dasar berkembangnya kecemasan, atau yang disebut sebagai distorsi kognitif (*cognitive error*)
- 3) Beberapa bentuk *cognitive error*, seperti: pikiran yang bersifat *jump to conclusion* (cepat mengambil kesimpulan), *catastrophizing* (berpikir hal yang menghancurkan), dan *mind reading* (membaca pikiran orang lain)
- 4) Terapi kognitif perilaku diketahui efektif dalam menurunkan gejala kecemasan dengan merubah *cognitive error* menjadi cara berpikir yang lebih adaptif dan meningkatkan produktivitas sehari-hari yang sebelumnya terganggu akibat kecemasan tinggi

Faktor Sosial (Javaid et al., 2023)

- a. Pola pekerjaan *sedentary* dapat memengaruhi kecenderungan aktivitas fisik yang rendah atau tingginya konsumsi makanan olahan yang dapat berpotensi mengganggu suasana perasaan
- b. Budaya individualistik dapat menimbulkan pikiran isolasi sosial atau kompetitif dengan orang sekitar

- c. Urbanisasi memberikan peluang paparan polusi bising, masalah kepadatan penduduk, ataupun masalah keselamatan yang rentan memicu kecemasan
 - d. Budaya penggunaan teknologi terutama penggunaan media sosial berpotensi merangsang kecemasan, khususnya pada kelompok usia muda
3. Tatalaksana

Deteksi dini gejala cemas dapat dilakukan dengan bantuan kuesioner, seperti the *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), dan *Generalized Anxiety Disorder scale* (GAD-7). Instrumen tersebut dapat membantu tenaga profesional untuk menentukan rencana tindak lanjut, termasuk pemeriksaan psikiatri secara menyeluruh. Rawat inap jarang dilakukan bagi pasien gangguan cemas, kecuali ditemukan tanda bahaya bunuh diri atau kepentingan diagnostik dengan eksklusi penyebab lain. Tatalaksana gangguan cemas dapat melibatkan pendekatan farmakologis dan non-farmakologis. Kombinasi kedua pendekatan ini dapat memberikan manfaat yang lebih baik bagi pasien (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022).

Pendekatan farmakoterapi untuk gangguan cemas bertujuan untuk mengurangi gejala cemas. Regimen terapi yang lebih sering digunakan sebagai obat lini pertama saat ini adalah antidepresan golongan SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitor*) atau SNRI (*serotonin norepinephrine reuptake inhibitor*). Golongan benzodiazepine merupakan kelompok obat yang baik untuk mengendalikan gejala cemas yang berat dan penggunaannya sering bersifat jangka pendek. Penggunaan obat golongan benzodiazepine jangka panjang lebih berisiko menimbulkan efek

ketergantungan sehingga penggunaan lama diutamakan bagi pasien yang kurang toleran dengan efek samping atau kurang responsif dengan obat lain. Dosis pemberian obat pada gangguan cemas disarankan agar dapat dimulai pada dosis rendah dan ditingkatkan secara perlahan (*start low and go slow*). Evaluasi obat sebaiknya dilakukan secara berkala setidaknya setelah 8-12 minggu untuk dikaji efikasi obat. Setelah gejala cemas mengalami remisi, program terapi diarahkan pada pencegahan kekambuhan (*relapse prevention*) melalui terapi rumatan (*maintenance treatment*) selama setidaknya 6 bulan dengan pemberhentian obat dilakukan secara bertahap. Penggunaan antidepresan jangka panjang dengan durasi 1-3 tahun dapat mengurangi kejadian kambuh (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022).

Intervensi non-farmakoterapi dengan psikoterapi dapat menggunakan berbagai macam teknik yang disesuaikan dengan tujuannya. Psikoterapi suportif pada gangguan cemas berfokus pada membangun aliansi terapeutik agar pasien dapat membangun mekanisme koping yang lebih adaptif dan mengurangi penggunaan koping yang maladaptif. Teknik psikoterapi reedukatif seperti terapi kognitif perilaku / *cognitive behavioral therapy* (CBT) berfokus pada mengajarkan pasien langkah yang lebih sesuai dalam menghadapi situasi. Proses ini membantu pasien menyusun kembali kerangka kognitif / berpikir yang lebih adaptif dan mengurangi cognitive errors ataupun perilaku yang berlebihan atau dihindari oleh individu yang mengalami cemas tinggi. Metode perilaku seperti desensitisasi, *graded exposure*, *exposure and response prevention* (ERP) dapat memberikan kesempatan bagi individu untuk mengelola kecemasan yang dimiliki (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022). Teknik relaksasi merupakan suatu upaya untuk melatih tubuh rileks

melalui latihan pernapasan (*breathing technique*) ataupun relaksasi otot secara progresif (*progressive muscle relaxation*). Teknik relaksasi melatih sistem saraf parasimpatis (*rest and digest*) tubuh agar dapat aktif sehingga menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis (*fight or flight*) yang dapat memberikan rasa rileks bagi individu (Khir et al., 2024). Praktik *mindfulness* merupakan suatu latihan agar seseorang dapat mencapai tingkat kesadaran untuk fokus pada saat ini (*present moment*) dengan menyadari pikiran, perasaan, dan sensasi tubuh. Pendekatan *mindfulness* diprediksi dapat mengurangi gejala cemas setelah 2 minggu menjalani latihan (Kraines et al., 2024).

Resiliensi yang baik berkorelasi negatif terhadap gejala depresi dan cemas (Shin et al., 2019). Individu perlu dilengkapi dengan literasi kesehatan mental ataupun literasi kesehatan mental digital agar mampu menjaga kesehatan mental dan memerangi stigma kesehatan mental di masyarakat (Yeo et al., 2023; Sadat and Shafi, 2025). Dukungan sosial juga merupakan sumber bantuan penting dan efektif dalam meningkatkan resiliensi sehingga individu mampu beradaptasi dalam kondisi emosional yang negatif, seperti cemas atau depresi. Dalam *setting* dunia kerja, evaluasi terhadap hal yang berisiko mengganggu status kesehatan mental pegawai perlu menjadi perhatian sistem agar kinerja pegawai bisa efektif serta timbul rasa nyaman di tempat kerja. Kampanye edukasi berbasis komunitas juga penting dalam meningkatkan kesadaran publik mengenai kesehatan mental dan kombinasi dengan intervensi kegiatan bersama, seperti olahraga, mengunjungi taman, atau intervensi musik (World Health Organization, 2022; Buechner et al., 2023; Liu et al., 2024).

Gangguan Depresi

1. Definisi dan Klasifikasi

Gangguan depresi merupakan bagian dari gangguan suasana hati (*mood*) yang ditandai dengan gejala utama berupa suasana perasaan sedih atau hampa atau iritabel (*mood* depresif) dan penurunan atau kehilangan minat atau kesenangan dalam berkegiatan. Kondisi ini dapat dirasakan hampir sepanjang hari hingga setiap hari dalam kurun waktu 2 minggu. Penting untuk diketahui bahwa individu tidak pernah mengalami gejala mania atau hipomania agar dapat dikategorikan sebagai gangguan depresi. Diagnosis gangguan afektif bipolar perlu menjadi pertimbangan bila seseorang pernah mengalami gejala mania atau hipomania dan depresi dalam hidupnya (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022). Derajat keparahan depresi ditentukan berdasarkan derajat hendaya fungsi dan jumlah gejala depresi yang dialami (World Health Organization, 2025).

Manifestasi lain dapat berupa penurunan atau peningkatan psikomotor, perubahan kapasitas konsentrasi atau memori, penurunan energi atau mudah lelah, penurunan motivasi kegiatan, dan perubahan pola makan atau tidur. Individu yang mengalami depresi dapat mengalami gejala cemas. Pikiran individu yang mengalami depresi dapat bertema kehilangan, rasa bersalah, kematian, atau bunuh diri. Pasien yang mengalami depresi dengan risiko bunuh diri perlu diwaspadai karena perbaikan gejala depresi dapat memberikan energi yang diperlukan bagi pasien untuk melakukan tindakan yang membahayakan diri sendiri (*paradoxical suicide*) (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022).

Gejala depresi, khususnya yang berat, dapat menjadi cikal bakal seseorang mengalami halusinasi atau waham sehingga dikenal sebagai depresi berat dengan gejala psikotik. Berbeda dengan klasifikasi terdahulunya, kejadian depresi sedang dapat ditemukan gejala psikotik berdasarkan klasifikasi ICD-11 (World Health Organization, 2025). Gejala waham dan halusinasi pada kasus depresi sering kali kongruen dengan *mood* depresif yang dialami (*mood-congruent hallucination / delusion*) sehingga tema yang disampaikan berupa rasa bersalah, berdosa, tidak berdaya, nihil, kegagalan, ataupun persekutorik. Pada beberapa kasus dapat juga ditemukan gejala waham atau halusinasi yang inkongruen dengan *mood* depresif (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022).

2. Faktor Risiko dan Etiologi

Sudut pandang biopsikososial penting dalam menilai risiko seseorang mengalami gangguan depresi. Gangguan depresi bukanlah satu penyakit tunggal, melainkan kumpulan gangguan dengan fenomenologi yang tumpang tindih dengan etiologi dan patologi yang beragam (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022).

Faktor Biologis (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022)

a. Genetik

- 1) Kerabat tingkat pertama dari individu dengan gangguan depresi lebih rentan sekitar 2,84 kali untuk mengalami depresi
- 2) Berhubungan dengan *neurotransmitter* monoamin (serotonin, dopamine, norepinefrin) beserta transporternya

b. Jaras HPA (Hypothalamus – Pituitary – Adrenal Axis)

Situasi stres kronis dapat merangsang pelepasan hormon kortisol jangka panjang yang bersifat toksik bagi struktur otak, seperti menyebabkan penurunan kadar BDNF

c. Proses Peradangan (Inflamasi)

Situasi stres mencetuskan reaksi inflamasi yang turut memengaruhi derajat keparahan depresi melalui beberapa mekanisme seperti pelepasan sitokin pro-inflamasi (IL-1, IL-6, TNF- α) yang dapat mengganggu aktivitas neurotransmitter (terutama serotonin), merubah fungsi otak, meningkatkan kadar hormon kortisol (hiperkortisolisme) serta meningkatkan kerentanan tubuh terhadap infeksi

d. Irama Sirkadian

1) Irama sirkadian merupakan jam biologis tubuh yang berfungsi mengatur siklus bangun tidur. Diketahui bahwa disrupsi regulasi irama ini berhubungan dengan depresi. Perubahan irama ini berkaitan dengan perubahan melatonin, suatu hormon yang diproduksi oleh kelenjar pineal di otak yang bertugas dalam regulasi irama sirkadian

2) Perubahan irama sirkadian pada depresi akan mengganggu pola tidur di malam hari, seperti terganggunya tidur dalam lebih awal (*premature loss of deep sleep*), mudah terbangun di malam hari, dan penurunan durasi waktu tidur. Gambaran tidur abnormal pada gangguan depresi memengaruhi respons terhadap psikoterapi dan lebih rentan terhadap risiko kekambuhan

e. Kesehatan Fisik (Astutik et al., 2020)

- 1) Riwayat penyakit kronis dapat meningkatkan risiko individu mengalami gejala depresi, khususnya yang menimbulkan keluhan nyeri, kelelahan atau keterbatasan interaksi sosial
- 2) Kapasitas kemandirian fisik yang menurun dapat meningkatkan disabilitas, menurunkan produktivitas dan kapasitas sosial yang pada akhirnya dapat meningkatkan risiko gejala depresi

Faktor Psikologis

a. Kepribadian (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022)

- 1) Setiap manusia dapat mengalami depresi bila terpapar dengan situasi tertentu dan belum diketahui secara khusus ciri kepribadian yang rentan dengan depresi.
- 2) Gangguan kepribadian seperti anankastik, histrionik, dan ambang diketahui lebih berisiko mengalami depresi dibandingkan gangguan kepribadian antisosial atau paranoid

b. Teori Kognitif (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022)

- 1) *Cognitive Triad Depression* (Aaron Beck): 1) pandangan yang negative terhadap diri, 2) pandangan terhadap lingkungan sebagai lingkungan yang membahayakan dan menuntut, 3) pandangan terhadap masa depan yang dipenuhi dengan kegagalan dan penderitaan
- 2) *Learned Helplessness*: ketidakmampuan mengendalikan situasi dan ketidakberhasilan berulang dalam mengatasi situasi tersebut dapat menurunkan motivasi dan kepercayaan diri

Faktor Sosial (World Health Organization, 2025; Boland, Verduin, and Ruiz, 2022)

Pengalaman yang tidak menyenangkan sejak masa kanak (*adverse childhood event*) seperti pengalaman kekerasan atau korban perundungan diketahui meningkatkan risiko gangguan depresi.

Tatalaksana

Deteksi gejala depresi dapat dibantu dengan kuesioner, seperti *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), *Beck Depression Inventory* (BDI), atau *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D). Pada kelompok usia lanjut, instrumen *Geriatric Depression Scale* (GDS) dapat digunakan dengan mempertimbangkan pertanyaan yang diajukan lebih mewakili kondisi depresi pada usia lanjut (Maurer, Raymond and Davis, 2018). Individu yang telah mendapatkan hasil skrining berupa adanya gejala depresi direkomendasikan menjalani pemeriksaan psikiatri untuk mendapatkan diagnosis dan tatalaksana gangguan depresi yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Sasaran tatalaksana gangguan depresi adalah mengurangi gejala depresi, menjaga keselamatan pasien, dan membangun kesejahteraan pasien di masa mendatang. Pasien direkomendasikan untuk menjalani rawat inap bila ditemukan adanya risiko bunuh diri atau melakukan pembunuhan, kemampuan perawatan diri sendiri yang buruk, adanya kebutuhan untuk menjalani prosedur diagnostik yang menyeluruh, dan adanya perkembangan gejala yang pesat. Prinsip tatalaksana gangguan depresi melibatkan kombinasi farmakoterapi dan non farmakoterapi yang dapat memberikan respon terapi lebih baik dan peluang remisi yang lebih tinggi (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022).

Farmakoterapi pada gangguan depresi menggunakan obat golongan antidepresan, seperti golongan SSRI atau SNRI yang sering dipilih sebagai obat lini pertama. Pemilihan pengobatan awal bergantung pada durasi perjalanan gangguan, riwayat respons terapi sebelumnya, tingkat keparahan gejala, kondisi penyerta medis atau psikiatri lain, potensi interaksi obat, riwayat efek samping obat, dan preferensi pasien. Tahap pengobatan gangguan depresi dapat dilihat pada Tabel 4.2 (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022; Lam et al., 2024).

Tabel 4.2 Tahap pengobatan depresi

Tahap Pengobatan	Durasi	Tujuan	Bentuk Intervensi
Fase Akut dan Lanjutan	±8-12 minggu (efek terapi awal dapat muncul 2-4 minggu pertama)	a. Mengutamakan keselamatan pasien (<i>patient safety</i>) b. Mencapai remisi gejala c. Meningkatkan fungsi sehari-hari pasien	a. Membangun aliansi terapeutik b. Menilai risiko bunuh diri dan dapat membuat <i>safety plan</i> c. Menentukan rencana terapi (rawat jalan atau rawat inap) d. Psikoedukasi e. Memberikan pengobatan antidepresan secara optimal f. Memantau tolerabilitas, kepatuhan minum obat, respons dan efek samping obat
Fase Rumatan	±6-24 minggu (atau lebih lama jika diperlukan secara klinis)	a. Mencegah potensi kambuh b. Mempertahankan remisi gejala c. Mengembalikan kapasitas fungsi sehari-hari pasien	a. Psikoedukasi b. Rehabilitasi c. Atasi komorbiditas d. Evaluasi risiko kekambuhan e. Penurunan dosis antidepresan dapat dilakukan sesuai indikasi secara bertahap hingga berhenti

Pendekatan non farmakoterapi dapat menggunakan psikoterapi ataupun neuromodulasi. Beberapa jenis psikoterapi lini pertama yang telah diketahui dapat

membantu gangguan depresi adalah terapi perilaku, terapi kognitif perilaku (CBT), dan psikoterapi interpersonal. Terapi perilaku bertujuan untuk memberikan pasien kesan pengalaman positif dalam berkegiatan sehingga membangkitkan semangat berkegiatan secara bertahap. Individu yang mengalami gangguan depresi dapat memiliki pikiran otomatis yang maladaptif; maka, identifikasi dan modifikasi keyakinan yang melandasi pikiran otomatis ini perlu dilakukan dengan pendekatan CBT. Masalah relasi dengan pemberi asuhan pada masa kanak dapat membuat seseorang rentan mengalami masalah interpersonal sehingga pengembangan keterampilan interpersonal dapat menjadi sasaran, khususnya dalam program psikoterapi interpersonal (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022; Lam et al., 2024).

Neuromodulasi atau neurostimulasi bertujuan modifikasi aktivitas otak melalui aliran listrik atau medan magnet. Indikasi intervensi ini dilakukan saat terapi inisial belum berhasil. Beberapa bentuk intervensi neurostimulasi dapat berupa *repeated Transcranial Magnetic Stimulation* (rTMS), *transcranial direct current stimulation* (tDCS), tindakan terapi kejut listrik / *electroconvulsive therapy* (ECT) atau *deep brain stimulation* (DBS) (Boland, Verduin, and Ruiz, 2022; Lam et al., 2024).

Modifikasi gaya hidup, seperti olahraga atau diet, diketahui dapat mengurangi gejala depresi. Olahraga yang tersupervisi dapat menjadi pilihan bagi gejala depresi ringan dan terapi adjuvan bagi gejala depresi sedang. Kegiatan olahraga perlu terjadwal dan rutin, contohnya olahraga intensitas ringan – sedang selama 30 – 40 menit sebanyak 3 – 4 kali tiap minggu dengan durasi minimal 9 minggu. Diet yang tidak sehat dapat mengganggu *mood* sehingga penyesuaian jenis makanan diharapkan dapat menunjang program terapi yang berjalan, namun

rekomendasi ini merupakan lini ketiga. Diet yang dapat dianjurkan adalah diet mediteranian atau diet dengan kombinasi buah, sayur, makanan lemak jenuh, dan karbohidrat (Lam et al., 2024).

Kesimpulan

Gangguan cemas dan gangguan depresi merupakan bagian dari masalah kesehatan mental yang menimbulkan penderitaan, beban disabilitas, dan dampak ekonomi luas. Identifikasi dan tatalaksana yang berbasis bukti masih belum mencakup seluruh orang yang membutuhkan bantuan. Beragam hambatan masih terasa, seperti stigma, kesadaran, maupun keterbatasan akses pelayanan. Pemahaman yang baik mengenai gangguan ini diharapkan dapat membantu meningkatkan kesadaran untuk menjangkau fasilitas kesehatan agar tercapai remisi gejala dan kualitas hidup yang baik.

Daftar Pustaka

- Agus, N.D. *et al.* (2025) Identification and Treatment for Depressive Disorder: Descriptive Study from Indonesia, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 21(1), pp. 63–72. Available at: <https://doi.org/10.15294/kemas.v21i1.14298>.
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. American Psychiatric Association.
- Anindyajati, G. *et al.* (2021) Anxiety and Its Associated Factors During the Initial Phase of the COVID-19 Pandemic in Indonesia, *Frontiers in Psychiatry*, 12. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.634585>.
- Arulsamy, K. *et al.* (2025) The Economic Burden of Anxiety and Depression in Indonesia: Evidence from A Cross-sectional Web Panel Survey, *Frontiers in Public Health*, 13. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1667726>.
- Astutik, E. *et al.* (2020) Prevalence and Determinants of Depressive Symptoms Among Adults in Indonesia: A Cross-sectional Population-based National Survey, *Nursing Forum*, 56(1), pp. 37–44. Available at: <https://doi.org/10.1111/nuf.12508>.
- Ausie, R. K. *et al.* (2025) Studi Kasus: Dinamika Psikologis dan Peran Terapi Kognitif Perilaku dalam Menurunkan Kecemasan Individu dengan Gangguan Cemas Menyeluruh disertai Serangan Panik, *Humanitas*, 9(1), pp. 57-74. Available at: <https://doi.org/10.28932/humanitas.v9i1.11533>
- Basrowi, R.W. *et al.* (2024) Exploring Mental Health Issues and Priorities in Indonesia Through Qualitative Expert Consensus, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 20(1). Available at: <https://doi.org/10.2174/0117450179331951241022175443>

- Boland, R.J., Verduin, M. L and Ruiz, P. (2022) Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 12th edn. Wolters Kluwer.
- Buechner, H. *et al.* (2023) Community Interventions for Anxiety and Depression in Adults and Young People: A Systematic Review, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(9), pp. 1223–1242. Available at: <https://doi.org/10.1177/00048674221150362>.
- Chen, L.-C. *et al.* (2025) Generalized Anxiety Disorder, Psychiatric Comorbidities, and Suicide, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00127-025-02985-2>.
- Chen, X. *et al.* (2025) Depression and Health Outcomes: An Umbrella Review of Systematic Reviews and Meta-Analyses of Observational Studies, *Translational Psychiatry*, 15(1). Available at: <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03463-8>.
- Fan, Y. *et al.* (2025) Global Burden of Mental Disorders in 204 Countries and Territories, 1990–2021: Results from the Global Burden of Disease Study 2021, *BMC Psychiatry*, 25(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06932-y>.
- Hardi, N., Gracia, I. and Hananta, L. (2023) Second Year of COVID-19 Pandemic: Mental Health Among Indonesian Urban Population, *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 12(4). Available at: <https://doi.org/10.11591/ijphs.v12i4.22787>.
- Hohls, J.K. *et al.* (2021) Anxiety, Depression and Quality of Life—A Systematic Review of Evidence from Longitudinal Observational Studies, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22). Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph182212022>.
- Javaid, S.F. *et al.* (2023) Epidemiology of Anxiety Disorders: Global Burden and Sociodemographic Associations, *Middle East Current Psychiatry*, 30(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00315-3>.

- Kariuki-Nyuthe, C. and Stein, D.J. (2014) Anxiety and Related Disorders and Physical Illness, *Key issues in mental health*, pp. 81–87. Available at: <https://doi.org/10.1159/000365538>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) Laporan Nasional Riskesdas 2018. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2024) Profil kesehatan Indonesia Tahun 2023. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Khair, S.M. *et al.* (2024) Efficacy of Progressive Muscle Relaxation in Adults for Stress, Anxiety, and Depression: A Systematic Review, *Psychology Research and Behavior Management*, 17, pp. 345–365. Available at: <https://doi.org/10.2147/prbm.s437277>.
- Kraines, M.A. *et al.* (2024) Trait Mindfulness and Anxiety Symptoms: The Role of Optimism and Hope, *Mindfulness*, 16(1), pp. 257–262. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12671-024-02498-0>.
- Kraus, C. *et al.* (2019) Prognosis and Improved Outcomes in Major Depression: A Review; *Translational Psychiatry*, 9(1). Available at: <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0460-3>.
- Lam, R.W. *et al.* (2024) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 69(9), pp. 641–687. Available at: <https://doi.org/10.1177/07067437241245384>.
- Liu, J. *et al.* (2024) Exploring the Association Between Social Support and Anxiety During Major Public Emergencies: A Meta-Analysis of the COVID-19 Pandemic, *Frontiers in Public Health*, 12. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1344932>.
- Maurer, D. M, Raymond, T. J and Davis, B. N (2018) Depression: Screening and Diagnosis, *American*

- Family Physician*, 98(8), pp. 508–515. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30277728/>.
- World Health Organization (2022) WHO guidelines on mental health at work. World Health Organization.
- World Health Organization (2025) World mental health today: latest data. World Health Organization.
- Özdemir, İ. and Kuru, E. (2023) Investigation of Cognitive Distortions in Panic Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder, *Journal of Clinical Medicine*, 12(19). Available at: <https://doi.org/10.3390/jcm12196351>.
- Rebello, T.J. *et al.* (2019) Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11: Results from a Global Case-controlled Field Study, *Archives of Medical Research*, 50(8), pp. 490–501. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2019.12.012>.
- Sadat, A. and Shafi, M.Q. (2025) Navigating Wellness in the Digital Age: The Interplay of Digital Health Literacy, Anxiety, and Self-efficacy, *Discover Public Health*, 22(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12982-025-01132-1>.
- Shin, Y.-C. *et al.* (2019) Resilience as a Protective Factor for Depressive Mood and Anxiety among Korean Employees, *Journal of Korean Medical Science*, 34(27). Available at: <https://doi.org/10.3346/jkms.2019.34.e188>.
- Susanti, H. *et al.* (2025) Exploring the Mediating Role of Depression and Anxiety in The Relationship Between Social and Biological Factors and Quality of Life in Indonesia: A Structural Equation Modelling Approach, *BMJ Open*, 15(4). Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-095110>.
- World Health Organization (2025) International Classification of Diseases 11th Revision: The Global Standard for Diagnostic Health Information. Available at: <https://icd.who.int/en/>.

Yeo, G. *et al.* (2023) The Effect of Digital Mental Health Literacy Interventions on Mental Health: Systematic Review and Meta-Analysis, *Journal of Medical Internet Research*, 26. Available at: <https://doi.org/10.2196/51268>.

Profil Penulis



dr. Nicholas Hardi, Sp.KJ.

Penulis lahir di Jakarta pada tanggal 9 Agustus 1990. Penulis merupakan seorang dokter yang lulus dari Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya pada tahun 2014 dan menyelesaikan pendidikan lanjut dalam bidang Kedokteran Jiwa di Universitas Indonesia pada tahun 2021. Sejak tahun 2022, penulis bekerja sebagai staf pengajar di Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa dan Perilaku Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya. Penulis juga tergabung dalam Atma Jaya Ageing Research Centre yang telah menuliskan publikasi ilmiah baik berskala nasional maupun internasional. Selain bekerja dalam bidang pendidikan dan penelitian, penulis masih praktik sebagai psikiater di rumah sakit atau klinik untuk memberikan layanan kesehatan jiwa. Penulis juga aktif dalam kegiatan organisasi keprofesian, seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dan Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI).

Email Penulis : nicholas.hardi@atmajaya.ac.id

GANGGUAN BIPOLAR

dr. Syahrianti Sarea, M.Biomed.
Universitas Negeri Makassar

Pendahuluan

Gangguan bipolar merupakan salah satu gangguan mental kronis yang termasuk dalam kelompok gangguan suasana perasaan (*mood disorders*) dan memiliki implikasi besar terhadap kesehatan masyarakat. Gangguan ini ditandai oleh episode depresi yang berulang dan bergantian dengan periode peningkatan suasana perasaan yang abnormal, yang dapat bermanifestasi sebagai mania atau hipomania. Pola perjalanan penyakit yang episodik, kronis, dan sering kambuh menjadikan gangguan bipolar sebagai salah satu penyebab utama disabilitas dan penurunan kualitas hidup pada usia produktif (Carvalho et al., 2020).

Secara klinis, episode peningkatan suasana perasaan pada gangguan bipolar terbagi menjadi dua bentuk utama, yaitu mania pada gangguan bipolar tipe I dan hipomania pada gangguan bipolar tipe II. Episode-episode ini ditandai oleh perubahan suasana perasaan yang meningkat atau iritabel, disertai peningkatan energi dan aktivitas yang nyata dibandingkan fungsi dasar individu sebelumnya. Namun, dalam konteks epidemiologi kesehatan jiwa, gangguan bipolar tidak hanya dipahami sebagai entitas klinis individual, melainkan sebagai kondisi dengan dampak luas terhadap sistem pelayanan kesehatan, produktivitas masyarakat, serta angka morbiditas dan mortalitas populasi (McIntyre et al., 2020).

Epidemiologi Gangguan Bipolar

Secara global, prevalensi gangguan bipolar dalam spektrum bipolar diperkirakan berkisar antara 2% hingga 2,4% dari populasi umum. Data dari *World Mental Health Survey Initiative* menunjukkan bahwa prevalensi seumur hidup gangguan bipolar bervariasi antar wilayah dengan distribusi yang relatif konsisten secara global. Perbedaan prevalensi berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa gangguan bipolar tipe I memiliki distribusi yang relatif seimbang antara laki-laki dan perempuan. Sebaliknya, gangguan bipolar tipe II serta gangguan spektrum bipolar lainnya lebih dominan pada perempuan, yang berkontribusi pada sedikit perbedaan total prevalensi antar gender di tingkat populasi (Merikangas et al., 2011).

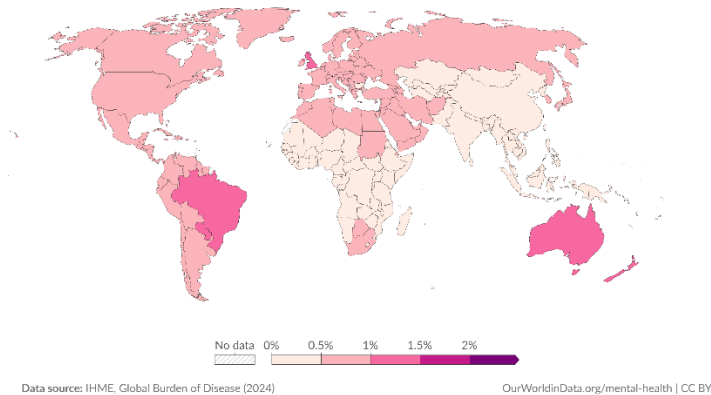
Gangguan bipolar umumnya memiliki onset dini, dengan probabilitas onset pertama mencapai puncaknya pada usia remaja pertengahan, sekitar 15 tahun, dan median usia onset sekitar 20 tahun (Bolton et al., 2021). Awitan yang terjadi pada fase kritis perkembangan ini menjadikan gangguan bipolar sebagai kondisi yang berpotensi mengganggu lintasan kehidupan individu sejak usia muda, dengan dampak jangka panjang terhadap fungsi sosial dan ekonomi (Solmi et al., 2022).

Prevalensi gangguan bipolar juga menunjukkan variasi antarnegara, yang sebagian dipengaruhi oleh perbedaan metodologi survei, sistem kesehatan, serta faktor budaya. Variasi ini mencerminkan tantangan dalam surveilans gangguan bipolar, khususnya di negara berpendapatan rendah dan menengah, termasuk kemungkinan underdiagnosis dan keterbatasan akses layanan kesehatan jiwa.

Share of the population with bipolar disorder, 2021

Our World
in Data

Estimated share of the population who have bipolar disorder¹, whether or not they were diagnosed, based on representative surveys, medical data, and statistical modelling.



1. Bipolar disorder Bipolar disorder is defined by the ICD as a condition that involves two different sets of symptoms. One involves depressive symptoms, while the other involves significantly increased excitement, irritability and energy.

Read more: [How are mental illnesses defined?](#)

Find out how each illness is diagnosed in the [International Classification of Diseases manual](#).

Gambar 5.1 Sebaran Gangguan Bipolar
di Berbagai Belahan Dunia
(Sumber: <https://ourworldindata.org/grapher/bipolar-disorder-prevalence>)

Beban penyakit dan Dampak Kesehatan Masyarakat

Gangguan bipolar menempati peringkat ke-17 sebagai penyebab disabilitas terbesar di dunia di antara seluruh penyakit (Vigo et al., 2016). Beban penyakit ini tidak hanya berasal dari episode akut mania atau depresi, tetapi juga dari disfungsi kognitif dan psikososial yang dapat menetap selama periode remisi. Dampak tersebut mencakup penurunan produktivitas, gangguan relasi interpersonal, serta keterbatasan dalam pencapaian pendidikan dan pekerjaan (Bortolato et al., 2017).

Dalam praktik pelayanan kesehatan primer, gangguan bipolar sering kali tidak terdeteksi. Berbagai studi menunjukkan bahwa sekitar 10% pasien di layanan primer memiliki hasil skrining positif gangguan bipolar, dan hingga 15% pasien yang mendapatkan diagnosis

depresi unipolar diduga sebenarnya merupakan kasus gangguan bipolar yang tidak dikenali. Keterlambatan dan kesalahan diagnosis ini berkontribusi terhadap penggunaan terapi yang tidak tepat, peningkatan angka kekambuhan, serta perburukan prognosis jangka panjang (Daveney et al., 2019).

Salah satu konsekuensi paling serius dari gangguan bipolar adalah peningkatan risiko kematian dini, terutama akibat bunuh diri. Sekitar 6–7% individu dengan gangguan bipolar meninggal akibat bunuh diri, dengan angka bunuh diri yang dilaporkan 20 hingga 30 kali lebih tinggi dibandingkan populasi umum. Selain itu, tingginya angka komorbiditas psikiatri dan medis turut berkontribusi terhadap peningkatan mortalitas dan memperberat beban sistem kesehatan (Dong et al., 2020; Miskowiak et al., 2018).

Etiologi dan Patogenesis

Gangguan bipolar memiliki etiologi yang kompleks dan multifaktorial. Dalam perspektif epidemiologi, penyebab gangguan ini dipahami melalui model interaksi antara kerentanan biologis dan paparan faktor risiko lingkungan yang terakumulasi sepanjang perjalanan hidup individu.

1. Faktor Genetika dan Heritabilitas

Gangguan bipolar merupakan salah satu gangguan psikiatri dengan komponen genetik paling kuat. Berdasarkan studi epidemiologi pada keluarga, anak kembar, dan adopsi, nilai heritabilitas gangguan bipolar diperkirakan mencapai 70% hingga 90%. Risiko seumur hidup untuk menderita gangguan bipolar meningkat signifikan pada kerabat derajat pertama penderita, yaitu sekitar 5% hingga 10% dibandingkan dengan prevalensi populasi umum yang hanya sekitar 1-2%. Penurunan ini tidak bersifat

monogenik (satu gen tunggal), melainkan poligenik, yang melibatkan variasi pada ribuan lokus genetik yang masing-masing memberikan kontribusi risiko kecil (Gordovez & McMahon, 2020).

2. Neurobiologi dan Neurotransmitter

Secara patogenetik, gangguan bipolar melibatkan disregulasi pada beberapa sistem biologis utama yang berperan dalam pengaturan suasana perasaan, energi, dan ritme tidur. Salah satu mekanisme yang paling banyak dikaji adalah hipotesis monoamina, yang menyatakan adanya ketidakseimbangan pada sistem neurotransmitter dopaminergik, serotonergik, dan noradrenergik. Pada fase mania, aktivitas dopamin cenderung meningkat, sedangkan pada fase depresi terjadi penurunan aktivitas atau sensitivitas reseptor neurotransmitter tersebut, yang berkontribusi terhadap munculnya gejala depresif (Ashok et al., 2017).

Selain itu, gangguan bipolar juga dikaitkan dengan disregulasi sumbu hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA), yang menyebabkan respons stres menjadi tidak adaptif. Aktivasi stres yang berlebihan dan berkepanjangan pada sumbu ini diduga berperan dalam memicu dan mempertahankan fluktuasi suasana perasaan yang ekstrem serta meningkatkan kerentanan terhadap kekambuhan (Belvederi Murri et al., 2016).

Mekanisme lain yang turut berperan adalah gangguan pada neuroplastisitas, yang ditandai dengan penurunan kadar faktor neurotropik, khususnya *brain-derived neurotrophic factor* (BDNF), terutama selama fase akut. Penurunan BDNF dapat mengganggu konektivitas saraf dan berkontribusi terhadap perubahan struktural pada area otak yang

terlibat dalam regulasi emosi, seperti hippocampus. Perubahan-perubahan ini diduga berperan dalam perjalanan penyakit yang kronis dan berulang pada gangguan bipolar (Fernandes et al., 2015).

3. Faktor Lingkungan dan Psikososial

Interaksi antara faktor genetik dan lingkungan berperan penting dalam menentukan onset, perjalanan, dan keparahan penyakit. Sejumlah determinan lingkungan telah diidentifikasi sebagai faktor risiko yang signifikan (Grande et al., 2016). Pengalaman adversitas pada masa kanak-kanak, seperti kekerasan fisik atau seksual, pengabaian, dan bentuk trauma psikososial lainnya, secara konsisten dikaitkan dengan peningkatan risiko onset dini gangguan bipolar serta perjalanan penyakit yang lebih berat. Individu dengan riwayat trauma masa kanak-kanak cenderung mengalami episode yang lebih sering, tingkat keparahan gejala yang lebih tinggi, dan respons terapi yang kurang optimal (Agnew-Blais & Danese, 2016).

Selain itu, peristiwa hidup yang penuh stres, terutama stresor psikososial yang berat, sering kali mendahului episode pertama gangguan bipolar. Temuan ini mendukung peran stres sebagai pemicu penting dalam aktivasi penyakit pada individu yang memiliki kerentanan biologis (Koenders et al., 2014).

Faktor lingkungan lain yang memiliki peran sentral adalah gangguan ritme sirkadian. Disrupsi pada pola tidur-bangun, baik akibat kurang tidur, kerja bergilir, maupun perubahan ritme harian yang mendadak, merupakan pemicu kuat terjadinya kekambuhan, terutama episode mania. Gangguan regulasi ritme sirkadian ini juga berkontribusi terhadap ketidakstabilan suasana perasaan dan peningkatan risiko kekambuhan jangka panjang (Gold & Sylvia, 2016).

4. Mekanisme *Kindling* (Sensitisasi)

Dalam epidemiologi kesehatan jiwa, perjalanan kronis gangguan bipolar dijelaskan melalui Hipotesis *Kindling*. Mekanisme ini menyatakan bahwa episode awal biasanya dipicu oleh stresor lingkungan yang nyata (eksogen). Namun, setiap episode yang terjadi menyebabkan perubahan neurobiologis permanen yang membuat otak menjadi lebih sensitif. Akibatnya, episode-episode berikutnya dapat muncul secara spontan (endogen) dengan ambang rangsang yang semakin rendah, menyebabkan peningkatan frekuensi kekambuhan seiring berjalannya waktu (Belvederi Murri et al., 2016).

Gambaran Klinis dan Penegakan Diagnosis

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5), penegakan diagnosis gangguan bipolar mensyaratkan adanya setidaknya satu episode mania atau hipomania yang terdokumentasi dalam perjalanan hidup individu (American Psychiatric Association, 2022). Secara klinis, gangguan bipolar ditandai oleh spektrum gejala afektif yang bervariasi, mulai dari episode depresi hingga hipomania dan mania, dengan perbedaan karakteristik pada intensitas, durasi, dan dampak fungsional. Ringkasan perbandingan karakteristik utama gejala depresi, hipomania, dan mania disajikan dalam Tabel berikut :

Tabel 5.1 Gejala Depresi, Hipomanik dan Manik pada Gangguan Bipolar

Depresi	Hipomania	Mania
Gejala Utama: ≥5 dari gejala tambahan DAN salah satu dari gejala utama	Gejala Utama: abnormal dan persisten, mood meningkat dan meluas	

Perasaan sedih (pada anak bisa berupa iritabel)	Energi yang meningkat DAN Peningkatan aktivitas yang goal directed	
Kehilangan minat dan motivasi (abulia dan avolitia) atau kehilangan kesenangan (anhedonia)	Irritable mood, euforia	
Lamanya: > 2 minggu	Lamanya: berlangsung paling sedikit 4 hari berturut-turut, muncul hampir setiap hari dan hampir sepanjang hari	Lamanya: >1 minggu, muncul hampir setiap hari dan hampir sepanjang hari
Gejala Tambahan:	Gejala Tambahan: >3 gejala di bawah ini atau 4 bila mood irritable	
Kehilangan nafsu makan atau berat badan turun ($\geq 5\%$ dalam sebulan; pada anak berat badan tidak bertambah)	Grandiositi dan harga diri melambung	
Gangguan tidur (insomnia atau hipersomnia)	Kebutuhan tidur menurun	
Perubahan psikomotor (agitasi atau retarded)	Banyak bicara	
Kelelahan, letih, kurang tenaga (anergia), berkurangnya efisiensi dari aktivitas rutin yang dilakukan	Pikiran berpacu dan flight of ideas	
Rasa tidak berharga (worthlessness) atau rasa bersalah yang berlebihan	Mudah terdistraksi	

dan tidak sesuai atau waham bersalah		
Gangguan berpikir, konsentrasi dan pengambilan keputusan	Peningkatan aktivitas yang bertujuan (goal directed) atau psikomotor agitasi (non-goal directed)	
Ide kematian, ide bunuh diri atau percobaan bunuh diri	Aktivitas tak bertujuan lain dan berisiko seperti membeli barang berlebihan, seksual, investasi, dll.	
Gejalanya menimbulkan distress dan hendaya yang jelas pada fungsi sosial, pekerjaan atau memerlukan hospitalisasi agar tidak membahayakan diri dan orang lain, atau ada gejala psikotik. Bukan karena gangguan skizofrenia maupun gangguan psikotik lainnya, eksklusi gejala delusi dan halusinasi yang tidak sesuai	Perubahannya terlihat jelas dalam fungsi, sebagai bukan ciri individu tersebut. Perubahan moodnya dalam fungsi dapat diobservasi oleh orang lain. Episodenya tidak terlalu parah untuk menyebabkan hendaya dalam fungsi sosial dan pekerjaan atau memerlukan hospitalisasi	Hendaya yang jelas pada fungsi sosial, pekerjaan atau memerlukan hospitalisasi agar tidak membahayakan diri dan orang lain, atau ada gejala psikotik
Bukan karena penggunaan zat, napza atau obat-obatan lain dan efek sampingnya, juga kondisi medik umum (gangguan tiroid)	Bukan karena penggunaan zat, napza atau obat-obatan lain	
Tidak pernah ada episode manik atau hipomanik dan tidak	Sering terdapat pada Gangguan Bipolar I tetapi bukan syarat	Note: 1 kali episode manik cukup untuk didiagnosis gangguan bipolar I

memenuhi kriteria untuk episode campuran (ada gejala MDD dan episode manik hampir setiap hari paling sedikit 1 minggu, yang bukan karena penggunaan zat, Napza atau efek samping obat-obatan	diagnosisnya. Tetapi syarat untuk gangguan bipolar II, plus MDD	
--	---	--

Sumber: Chiche, 2016

Tantangan utama dalam praktik klinis dan surveilans kesehatan jiwa pada gangguan bipolar adalah keberadaan fase prodromal yang sering kali tidak dikenali serta kemiripan gambaran depresi bipolar dengan depresi unipolar. Kondisi ini berkontribusi terhadap keterlambatan penegakan diagnosis dan tingginya angka salah diagnosis, terutama di layanan kesehatan primer (Correll et al., 2014). Pada banyak individu, gejala gangguan bipolar telah muncul jauh sebelum diagnosis formal ditegakkan. Fase prodromal, khususnya pada spektrum mania, dapat berlangsung rata-rata sekitar sepuluh bulan sebelum episode klinis penuh terjadi. Selama fase ini, individu umumnya telah menunjukkan gejala subthreshold, seperti iritabilitas, pikiran berpacu (*racing thoughts*), peningkatan energi dan aktivitas, serta penurunan atau perubahan fungsi akademik maupun pekerjaan. Keberadaan fase prodromal ini memiliki implikasi epidemiologis yang penting karena membuka peluang untuk deteksi dini dan intervensi pada tahap awal perjalanan penyakit (Correll et al., 2014; Howes & Falkenberg, 2011).

Spektrum gangguan bipolar tidak hanya terbatas pada gangguan afektif, tetapi juga mencakup defisit kognitif yang bermakna. Bukti empiris secara konsisten menunjukkan bahwa individu dengan gangguan bipolar mengalami penurunan fungsi pada domain perhatian, memori, dan fungsi eksekutif (Maramis et al., 2021). Defisit ini menetap pada sekitar 40–60% pasien bahkan pada fase eutimik (remisi), yang mengindikasikan bahwa hendaya kognitif merupakan karakteristik dasar (*trait*) yang tidak selalu berkorelasi dengan fluktuasi suasana perasaan. Secara komparatif, tingkat keparahan disfungsi kognitif pada gangguan bipolar berada di antara gangguan depresi mayor dan skizofrenia. Hendaya ini, khususnya pada proses belajar verbal dan fungsi eksekutif, berkontribusi secara signifikan terhadap penurunan fungsi psikososial dan produktivitas kerja pasien (Solé et al., 2017).

Aspek lain yang krusial dalam gangguan bipolar adalah adanya defisit pada kognisi sosial, terutama pada domain *theory of mind* (ToM), yaitu kapasitas kognitif untuk memahami dan menginterpretasikan kondisi mental, emosi, serta niatan orang lain. Karena hambatan ToM ini tetap ditemukan tidak hanya pada fase akut tetapi juga selama periode remisi, defisit tersebut dipandang sebagai *trait-marker* atau endofenotipe yang menjembatani predisposisi genetik dengan manifestasi perilaku klinis. Hendaya kognisi sosial ini berdampak langsung terhadap kualitas relasi interpersonal dan fungsi sosial pasien (Mitchell & Young, 2016). Dalam regulasi afek, pasien gangguan bipolar cenderung menunjukkan pola maladaptif berupa mekanisme menyalahkan diri sendiri (*self-blame*), yang berbeda secara kontras dengan kecenderungan eksternalisasi pada pasien skizofrenia. Pola regulasi emosi ini menjadi determinan penting bagi fungsi psikososial dan kualitas hidup pasien dalam jangka panjang (de Siqueira Rotenberg et al., 2020).

Strategi Manajemen dan Tata Laksana

Manajemen gangguan bipolar memerlukan pendekatan jangka panjang yang disiplin karena sifat penyakit ini yang kronis dan berulang. Secara epidemiologi, urgensi pengobatan yang efektif didorong oleh beban ekonomi yang sangat serta angka kekambuhan yang tinggi, yaitu sebesar 37% dalam satu tahun dan mencapai 60% dalam dua tahun setelah pemulihan episode pertama (Geddes & Miklowitz, 2013).

Strategi terapeutik dibagi menjadi dua fase utama yang saling berkesinambungan:

1. **Fase Akut:** Bertujuan untuk stabilisasi segera pada episode mania atau depresi hingga suasana perasaan kembali normal (*euthymic*).
2. **Fase Pemeliharaan (*Maintenance*):** Berfokus pada pencegahan kekambuhan, pengurangan gejala sisa, normalisasi ritme sirkadian, serta perbaikan fungsi sosial dan kognitif.

Tata Laksana Farmakoterapi

Farmakoterapi merupakan fondasi utama dalam manajemen gangguan bipolar. Namun, tantangan klinis yang sering muncul adalah risiko di mana obat yang efektif untuk satu fase (misalnya depresi) dapat memicu fase lainnya (mania).

1. Pengobatan Mania Akut

Fokus utama adalah mengendalikan perilaku impulsif dan risiko keamanan (Cipriani et al., 2011).

- a. Antipsikotik Generasi Kedua (SGA): Obat seperti olanzapine, risperidone, dan quetiapine sering kali lebih efektif dalam mengendalikan episode mania akut dengan onset cepat dibandingkan obat penstabil suasana perasaan tradisional.

- b. Lithium: Tetap menjadi standar emas (*gold standard*) untuk terapi jangka panjang karena efektivitasnya yang sangat kuat dalam mencegah kekambuhan mania maupun depresi, serta kemampuannya menurunkan risiko bunuh diri.
- c. Antikonvulsan: Seperti Valproat, digunakan sebagai alternatif atau kombinasi dalam stabilisasi mood.

2. Pengobatan Depresi Bipolar

Fase ini jauh lebih sulit diobati dan sering kali memiliki bukti efektivitas obat yang terbatas (Frye et al., 2011).

- 1) Antipsikotik Atipikal: Quetiapine dan Lurasidone menunjukkan efektivitas yang baik dengan onset kerja yang cepat. Kombinasi Olanzapine-Fluoxetine juga terbukti lebih unggul dibandingkan monoterapi.
- 2) Lamotrigine: Memberikan efek moderat terutama dalam mencegah kekambuhan depresi di masa depan.
- 3) Peringatan Antidepresan: Penggunaan antidepresan tunggal (seperti paroxetine) menunjukkan bukti efektivitas yang lemah dan berisiko memicu *switching* (perubahan mendadak menjadi mania) atau siklus cepat (*rapid cycling*).

3. Intervensi Psikososial dan Gaya Hidup

Mengingat tingginya angka disfungsi interpersonal dan kehilangan pekerjaan, pengobatan tidak boleh hanya mengandalkan obat-obatan:

- a. Psikoedukasi: Edukasi mengenai kepatuhan berobat dan pengenalan gejala dini terbukti sangat hemat biaya (*cost-effective*).
 - b. Terapi Adjungtif: *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) membantu pasien mengelola stresor yang dapat memicu kekambuhan.
 - c. Kesehatan Fisik: Prioritas pada kesehatan kardiometabolik sangat penting, mengingat 40–60% pasien bipolar adalah perokok dan berisiko tinggi mengalami obesitas serta diabetes melitus tipe 2 akibat efek samping obat dan gaya hidup sedenter (Miklowitz & Scott, 2009).
4. Teknologi dan Masa Depan Manajemen
- Pemanfaatan aplikasi *smartphone* dan teknologi digital menawarkan peluang dalam surveilans gejala secara mandiri (*self-monitoring*). Meskipun belum terbukti secara empiris menurunkan angka kekambuhan, teknologi ini menjanjikan dalam meningkatkan literasi kesehatan dan mengurangi hambatan akses akibat stigma sosial di masyarakat (Geddes & Miklowitz, 2013).

Daftar Pustaka

- Agnew-Blais, J., & Danese, A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 342–349. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00544-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00544-1)
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Ashok, A. H., Marques, T. R., Jauhar, S., Nour, M. M., Goodwin, G. M., Young, A. H., & Howes, O. D. (2017). The dopamine hypothesis of bipolar affective disorder: the state of the art and implications for treatment. *Molecular Psychiatry*, 22(5), 666–679. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.16>
- Belvederi Murri, M., Prestia, D., Mondelli, V., Pariante, C., Patti, S., Olivieri, B., Arzani, C., Masotti, M., Respino, M., Antonioli, M., Vassallo, L., Serafini, G., Perna, G., Pompili, M., & Amore, M. (2016). The HPA axis in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 63, 327–342. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.10.014>
- Bolton, S., Warner, J., Harriss, E., Geddes, J., & Saunders, K. E. A. (2021). Bipolar disorder: Trimodal age-at-onset distribution. *Bipolar Disorders*, 23(4), 341–356. <https://doi.org/10.1111/bdi.13016>
- Bortolato, B., Köhler, C. A., Evangelou, E., León-Caballero, J., Solmi, M., Stubbs, B., Belbasis, L., Pacchiarotti, I., Kessing, L. V., Berk, M., Vieta, E., & Carvalho, A. F. (2017). Systematic assessment of environmental risk factors for bipolar disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Bipolar Disorders*, 19(2), 84–96. <https://doi.org/10.1111/bdi.12490>
- Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar Disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 58–66. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1906193>

- Chiche, S. (2016). Troubles mentaux et psychothérapies. In *Troubles mentaux et psychothérapies* (pp. 38–41). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.marmi.2016.01.0038>
- Cipriani, A., Barbui, C., Salanti, G., Rendell, J., Brown, R., Stockton, S., Purgato, M., Spineli, L. M., Goodwin, G. M., & Geddes, J. R. (2011). Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 378(9799), 1306–1315. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60873-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60873-8)
- Correll, C. U., Hauser, M., Penzner, J. B., Auther, A. M., Kafantaris, V., Saito, E., Olvet, D., Carrión, R. E., Birmaher, B., Chang, K. D., DelBello, M. P., Singh, M. K., Pavuluri, M., & Cornblatt, B. A. (2014). Type and duration of subsyndromal symptoms in youth with bipolar I disorder prior to their first manic episode. *Bipolar Disorders*, 16(5), 478–492. <https://doi.org/10.1111/bdi.12194>
- Daveney, J., Panagioti, M., Waheed, W., & Esmail, A. (2019). Unrecognized bipolar disorder in patients with depression managed in primary care: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 58, 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.03.006>
- de Siqueira Rotenberg, L., Beraldi, G. H., Okawa Belizario, G., & Lafer, B. (2020). Impaired social cognition in bipolar disorder: A meta-analysis of Theory of Mind in euthymic patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(8), 783–796. <https://doi.org/10.1177/0004867420924109>
- Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Q., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Yuan, Z., Xiang, Y., Wang, G., & Xiang, Y.-T. (2020). Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e63. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000593>

- Fernandes, B. S., Molendijk, M. L., Köhler, C. A., Soares, J. C., Leite, C. M. G. S., Machado-Vieira, R., Ribeiro, T. L., Silva, J. C., Sales, P. M. G., Quevedo, J., Oertel-Knöchel, V., Vieta, E., González-Pinto, A., Berk, M., & Carvalho, A. F. (2015). Peripheral brain-derived neurotrophic factor (BDNF) as a biomarker in bipolar disorder: a meta-analysis of 52 studies. *BMC Medicine*, 13(1), 289. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0529-7>
- Frye, M. A., Ha, K., Kanba, S., Kato, T., McElroy, S. L., Özerdem, A., Vázquez, G., & Vieta, E. (2011). International Consensus Group on Depression Prevention in Bipolar Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(10), 1295–1310. <https://doi.org/10.4088/JCP.10123co1c>
- Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*, 381(9878), 1672–1682. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60857-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60857-0)
- Gold, A., & Sylvia, L. (2016). The role of sleep in bipolar disorder. *Nature and Science of Sleep*, Volume 8, 207–214. <https://doi.org/10.2147/NSS.S85754>
- Gordovez, F. J. A., & McMahon, F. J. (2020). The genetics of bipolar disorder. *Molecular Psychiatry*, 25(3), 544–559. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0634-7>
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. In *The Lancet* (Vol. 387, Issue 10027, pp. 1561–1572). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Howes, O. D., & Falkenberg, I. (2011). Early Detection and Intervention in Bipolar Affective Disorder: Targeting the Development of the Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(6), 493–499. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0229-8>
- Koenders, M. A., Giltay, E. J., Spijker, A. T., Hoencamp, E., Spinhoven, P., & Elzinga, B. M. (2014). Stressful life events in bipolar I and II disorder: Cause or consequence of mood symptoms? *Journal of Affective*

- Disorders*, 161, 55–64.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.036>
- Maramis, M. M., Mahajudin, M. S., & Khotib, J. (2021). Impaired Cognitive Flexibility and Working Memory Precedes Depression: A Rat Model to Study Depression. *Neuropsychobiology*, 80(3), 225–233.
<https://doi.org/10.1159/000508682>
- McIntyre, R. S., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, B. I., López-Jaramillo, C., Kessing, L. V., Malhi, G. S., Nierenberg, A. A., Rosenblatt, J. D., Majeed, A., Vieta, E., Vinberg, M., Young, A. H., & Mansur, R. B. (2020). Bipolar disorders. In *The Lancet* (Vol. 396, Issue 10265, pp. 1841–1856). Lancet Publishing Group.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31544-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31544-0)
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>
- Miklowitz, D. J., & Scott, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorders*, 11(s2), 110–122.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00715.x>
- Miskowiak, K., Burdick, K., Martinez-Aran, A., Bonnin, C., Bowie, C., Carvalho, A., Gallagher, P., Lafer, B., López-Jaramillo, C., Sumiyoshi, T., McIntyre, R., Schaffer, A., Porter, R., Purdon, S., Torres, I., Yatham, L., Young, A., Kessing, L., & Vieta, E. (2018). Assessing and addressing cognitive impairment in bipolar disorder: the International Society for Bipolar Disorders Targeting Cognition Task Force recommendations for clinicians. *Bipolar Disorders*, 20(3), 184–194.
<https://doi.org/10.1111/bdi.12595>

- Mitchell, R. L. C., & Young, A. H. (2016). Theory of Mind in Bipolar Disorder, with Comparison to the Impairments Observed in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00188>
- Solé, B., Jiménez, E., Torrent, C., Reinares, M., Bonnin, C. del M., Torres, I., Varo, C., Grande, I., Valls, E., Salagre, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Carvalho, A. F., & Vieta, E. (2017). Cognitive Impairment in Bipolar Disorder: Treatment and Prevention Strategies. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 20(8), 670–680. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyx032>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)

Profil Penulis



dr. Syahrianti Sarea, M.Biomed.

Penulis adalah seorang akademisi dan praktisi di bidang kedokteran, lahir di Makassar pada tanggal 3 November 1997. Penulis menempuh pendidikan kedokteran di Universitas Muhammadiyah Makassar pada tahun 2015, dan meraih gelar dokter pada tahun 2022. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 dan meraih gelar magister Ilmu Biomedik dari Universitas Hasanuddin, pada tahun 2024. Saat ini, penulis bekerja sebagai dosen tetap di Fakultas Kedokteran Universitas Negeri Makassar dan menjabat sebagai Kepala Departemen Fisiologi. Di samping itu, penulis menjalankan praktik sebagai Dokter Umum di salah satu Puskesmas di Kabupaten Gowa dan juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian, yaitu Ikatan Dokter Indonesia (IDI). Penulis memiliki komitmen terhadap dunia akademik dan riset melalui penulisan artikel ilmiah di jurnal serta kontribusinya dalam penyusunan buku ajar dan *book chapter*.

Email Penulis : syahriantisarea@gmail.com

SKIZOFRENIA

dr. Ika Nur Fitriana, SpKJ.
Universitas Trisakti

Definisi dan Gambaran Klinis

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang ditandai oleh gangguan kognitif dan perilaku yang mempengaruhi perkembangan otak sejak dini dengan manifestasi tanda dan gejala psikotik yang bervariasi termasuk perubahan pada persepsi, emosi, kognitif, pikiran, dan perilaku. Manifestasi gejala bervariasi antar pasien dan dari waktu ke waktu, namun dampaknya selalu berat dan berlangsung lama. Gangguan ini biasanya dimulai sebelum usia 25 tahun, berlanjut sepanjang hidup, dan dapat mempengaruhi individu dari semua kelas sosial. Baik pasien maupun keluarga atau pelaku rawat sering mengalami beban dan penderitaan karena perawatan yang tidak memadai dan pengucilan sosial karena ketidaktahuan tentang gangguan ini. Diagnosis skizofrenia ditegakkan berdasarkan riwayat psikiatri dan pemeriksaan status mental, tidak ada tes laboratorium untuk skizofrenia. Klinisi harus mempertimbangkan tingkat pendidikan pasien, kemampuan intelektual, keanggotaan religi, sekte, dan budaya. Kemampuan memahami konsep abstrak yang terganggu mungkin mencerminkan latar belakang pendidikan dan intelektual pasien. Keanggotaan religi atau sekte mungkin memiliki kebiasaan yang tampak aneh bagi orang awam namun

merupakan hal yang umum bagi mereka yang berada dalam lingkungan budaya tersebut. Gejala skizofrenia dapat diklasifikasikan melalui beberapa cara. Salah satu pendekatan yang dapat dimanfaatkan untuk memahami psikopatologi pada gejala psikosis adalah dengan menggunakan lima parameter berikut: (Boland, 2022) (Canham & Craig, 2025)

1. Persepsi

Persepsi adalah proses memaknai informasi yang didapat dari berbagai modalitas sensorik pada tubuh. Halusinasi adalah persepsi yang terjadi tanpa adanya stimulus eksternal yang nyata. Bagi pasien, halusinasi terasa nyata sama seperti persepsi sensori yang normal karena itu pasien kerap tidak memiliki tilikan atas halusinasinya. Apabila diklasifikasikan sesuai modalitas sensorik asalnya, maka halusinasi terdiri dari halusinasi auditorik, visual, olfaktorik, gustatorik, dan somatik. Halusinasi yang paling umum adalah halusinasi auditorik dengan suara yang seringkali mengancam, menuduh, menghina, atau mengejek. Halusinasi visual juga umum terjadi namun halusinasi olfaktorik, gustatorik, dan somatik jarang terjadi; munculnya halusinasi-halusinasi tersebut mendorong klinisi untuk mempertimbangkan kemungkinan adanya gangguan medis umum atau neurologis yang mendasari.

2. Keyakinan yang tidak normal

Keyakinan yang tidak normal meliputi waham atau delusi dan merupakan gangguan pada isi pikir. Waham adalah kepercayaan dan keyakinan yang salah, tidak mudah digoyahkan, dan tidak sesuai dengan latar belakang budaya pasien. Karakteristik waham antara lain pasien tidak mengetahui adanya perbedaan antara waham dengan kenyataan yang

normal karena keduanya benar-benar dialami pasien, proses pengambilan kesimpulan tidak wajar, serta tidak sesuai dengan latar belakang sosio kultural pasien sehingga perlu diganti dengan benar bahwa keyakinan pasien memang tidak umum dianut oleh orang-orang dengan latar belakang yang sama.

3. Gangguan Proses Pikir

Banyak pasien yang mengalami waham tetap mampu berkomunikasi dengan jelas atau koheren; walaupun isi pikirnya mengalami kelainan, pembicaraannya tetap teratur. Akan tetapi, ada sekelompok pasien psikotik yang berbicara sangat tidak terorganisir sehingga sulit untuk memahami isi pikiran mereka. Tingkat koherensi pasien dapat bervariasi dari proses pikir sirkumstansial yang masih cukup dapat dimengerti hingga fenomena *word salad* yang tidak dapat dipahami sama sekali. Asosiasi longgar terjadi apabila alur pikir pasien mengikuti gagasan-gagasan yang tidak berhubungan erat atau bahkan tidak berhubungan sama sekali.

4. Gejala negatif

Gejala negatif adalah fenomena yang hilang padahal seharusnya ada, seperti apatisme, kemiskinan isi pikir dan pembicaraan, afek tumpul, isolasi sosial, penurunan perawatan diri, tidak ada motivasi, dan gangguan fungsi kognitif (penurunan atensi, *working memory*, dan fungsi eksekutif). Pasien dengan suasana perasaan depresi atau pasien yang mengalami efek samping dari obat-obatan psikotropika mungkin juga mengalami gejala yang menyerupai gejala negatif, sehingga diagnosisnya menjadi lebih menantang.

5. Fungsi psikomotor

Katatonie memiliki arti kekakuan atau tonus otot yang berlebihan namun istilah tersebut sering juga digunakan untuk mendeskripsikan peningkatan ataupun penurunan aktivitas motorik yang tidak bertujuan, meliputi abnormalitas pada gerakan, tonus, ataupun posisi. Gejala katatonie tidak hanya terjadi pada skizofrenia tetapi juga dapat disebabkan oleh penyakit organik pada otak, gangguan metabolisme, penggunaan zat psikoaktif, efek samping ekstrapiramidal, dan pada gangguan suasana perasaan.

Tilikan, Daya Nilai, dan Taraf dapat dipercaya

Pasien skizofrenia memiliki pemahaman yang buruk tentang sifat dan tingkat keparahan gangguan mereka. Kurangnya pemahaman ini dikaitkan dengan ketaatan yang buruk terhadap pengobatan. Taraf dapat dipercaya pada pasien skizofrenia masih dapat lebih diandalkan daripada pasien psikiatri lainnya namun klinisi perlu memverifikasi informasi yang relevan melalui sumber tambahan (Boland, 2022).

Kekhawatiran tentang Keamanan

Pasien skizofrenia mungkin agitatif dan pengendalian impuls terganggu ketika sakit. Mereka juga mungkin memiliki penurunan sensitivitas sosial dan tampak impulsif misalnya mengambil rokok orang lain atau melempar makanan ke lantai. Beberapa perilaku impulsif lain termasuk percobaan bunuh diri dan pembunuhan, mungkin sebagai respons terhadap halusinasi yang memerintahkan pasien untuk bertindak. Perilaku kekerasan (tidak termasuk pembunuhan) umum terjadi diantara pasien skizofrenia yang tidak diobati, peningkatan kemungkinan melakukan tindakan kekerasan 49% hingga 68% dibandingkan dengan populasi umum (Boland, 2022).

Bunuh diri adalah penyebab utama kematian dini di antara orang dengan skizofrenia, memiliki prevalensi seumur hidup sekitar 34,5%. Upaya bunuh diri dilakukan oleh 20% hingga 50% pasien dengan perkiraan angka bunuh diri jangka panjang sekitar 10% hingga 13%. Seringkali bunuh diri pada skizofrenia terjadi “tiba-tiba” tanpa peringatan sebelumnya. Studi epidemiologi menunjukkan bahwa hingga 80% pasien skizofrenia mungkin mengalami episode depresi mayor pada suatu waktu dalam hidup mereka, sehingga kondisi tersebut menjadi faktor penting munculnya bunuh diri. Halusinasi perintah dan penyalahgunaan zat juga berkontribusi pada munculnya bunuh diri (Baird, 2020).

Menurut data, pasien skizofrenia tidak lebih mungkin melakukan pembunuhan daripada populasi umum. Ketika pasien skizofrenia melakukan pembunuhan, hal tersebut mungkin karena alasan yang tidak terduga atau aneh berdasarkan halusinasi atau waham terutama yang melibatkan kekerasan. Prediktor yang mungkin memprediksi aktivitas pembunuhan adalah riwayat kekerasan sebelumnya, perilaku berbahaya saat rawat inap, riwayat ketidaktaatan pengobatan, komorbiditas dengan gangguan kepribadian, dan penyalahgunaan zat. Hampir semua (94%) pembunuhan yang dilakukan oleh pasien skizofrenia memiliki riwayat penyalahgunaan alkohol atau zat lain dan/atau yang tidak mendapatkan perawatan yang direncanakan. Untuk mencegah kekerasan serius, fasilitas kesehatan mental harus fokus pada penyalahgunaan alkohol dan zat lainnya, ketaatan pengobatan, dan menjaga kontak dengan pefasilitas kesehatan (Baird, 2020).

Prevalensi dan Beban Penyakit

Menurut WHO, prevalensi skizofrenia secara global sekitar 23 juta orang atau satu dari 345 orang (0,29%). Insiden

atau angka kejadiannya adalah satu dari 233 orang (0,43%) diantara orang dewasa. (IHME, 2019). Perkiraan prevalensi skizofrenia internasional diantara orang-orang yang tidak dirawat di fasilitas kesehatan adalah 0,33% hingga 0,75%. (Castillejos, 2016). Antara tahun 1990 hingga 2021, prevalensi skizofrenia meningkat dari 13,62 juta menjadi 23,18 juta. Insidensinya meningkat dari 883.000 menjadi 1,223 juta dan *age-standardized disability rate* (ASDR) meningkat dari 8,76 juta menjadi 14,82 juta, yang mencerminkan peningkatan lebih dari 70,1%; 38,5%; 69,2% masing-masing. Rasio beban penyakit skizofrenia antara laki-laki dan perempuan di populasi umum menunjukkan konsistensi selama tiga dekade terakhir, dengan laki-laki menunjukkan risiko yang lebih tinggi dibandingkan wanita. Seiring dengan terus meningkatnya angka harapan hidup regional, maka peningkatan beban skizofrenia akan terjadi. Beban penyakit tersebut lebih menonjol di negara-negara berpenghasilan tinggi yang stabil secara ekonomi di wilayah dengan indeks pembangunan tinggi, sementara beban tersebut diperparah di wilayah dengan indeks pembangunan rendah karena kebijakan kesehatan yang tidak memadai. Proyeksi menunjukkan bahwa prevalensi, insidensi, dan beban keseluruhan skizofrenia akan terus meningkat hingga tahun 2050. Oleh karena itu, para pemangku kebijakan di semua negara harus merevisi kebijakan yang ada dan menerapkan langkah-langkah, termasuk pembentukan sistem komprehensif untuk diagnosis dini dan upaya untuk mengurangi stigma yang terkait dengan skizofrenia, untuk secara proaktif mengatasi peningkatan beban penyakit yang diperkirakan akan terjadi (Zhan, 2025).

Berdasarkan data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023, Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) menjadi provinsi paling tertinggi terdapat anggota rumah tangga dengan gejala sudah didiagnosis skizofrenia (7,8%), Jawa Tengah

(6,5%), dan DKI Jakarta (4,9%). Data SKI 2023 menunjukkan 9,9% orang dengan skizofrenia berasal dari status ekonomi rendah dan 6,6% dipasung (pemasungan terjadi di pedesaan 8,4%). Proporsi jenis fasilitas yang pernah dimanfaatkan rumah tangga yang memiliki anggota dengan skizofrenia adalah 60,7% di fasilitas kesehatan; 0,5% di fasilitas non kesehatan; 31% di fasilitas kesehatan dan non kesehatan; serta 7,9% tidak berobat. (Survei Kesehatan Indonesia, 2023)

Meskipun prevalensi skizofrenia relatif rendah, skizofrenia dikaitkan dengan penderitaan dan gangguan yang signifikan dalam kehidupan pribadi, keluarga, sosial, pendidikan, pekerjaan, dan bidang penting lainnya. Skizofrenia adalah salah satu dari 15 penyebab utama kecacatan di seluruh dunia. Perkiraan rata-rata usia hidup pada orang dengan skizofrenia di Amerika Serikat adalah 28,5 tahun. Pasien skizofrenia meninggal sembilan tahun lebih awal daripada populasi umum. (Laursen, 2014). Meskipun salah satu faktor penyebab kematian adalah bunuh diri (4,9%), diketahui bahwa dua pertiga kematian dini disebabkan adanya kontribusi penyakit komorbid. (Goldman, 2020). Penyakit komorbid yang ditemukan diantaranya obesitas, diabetes, hipertensi, hiperlipidemia, penyakit jantung koroner, gagal jantung kongestif, penyakit serebrovaskuler, penyakit paru, penyakit ginjal serta infeksi seperti hepatitis dan HIV (Simon, 2018).

Biaya finansial terkait dengan skizofrenia insidensinya jauh lebih tinggi dibandingkan dengan kondisi kesehatan mental dan fisik kronis lainnya, yang mencerminkan baik biaya langsung (perawatan kesehatan, frekuensi rawat inap tinggi) maupun biaya tidak langsung (berupa hilangnya produktivitas, keterlibatan dalam sistem peradilan pidana, kebutuhan fasilitas sosial, dan faktor-faktor lain di luar perawatan kesehatan). Pada studi yang

dilakukan oleh Laksono tahun 2025 di Rumah Sakit Jiwa Soeharto Heerdjan, Jakarta pada pasien dengan skizofrenia dengan menganalisis *cost of illness* (COI) didapatkan total biaya pengobatan tercatat sebesar Rp 21.106.257, dengan rata-rata pengeluaran sebesar Rp 1.810.507 per pasien. Komponen biaya terbesar berasal dari obat-obatan (33,57%), diikuti oleh biaya konsultasi (22,80%), dan pemeriksaan penunjang (20,86%). Selain itu, biaya non medis dan biaya tidak langsung turut memberikan kontribusi terhadap beban ekonomi yang ditanggung pasien. Temuan ini menegaskan pentingnya perhatian terhadap seluruh aspek pembiayaan dalam perawatan skizofrenia baik medis maupun non medis, untuk merumuskan strategi pengelolaan biaya yang lebih efisien dan berkelanjutan (Laksono, 2025).

Orang dengan skizofrenia mengalami tantangan sosial dan pekerjaan hingga menyebabkan tingkat pengangguran setinggi 90%, mereka mungkin mengalami defisit kognitif yang berkepanjangan. Sebagai kondisi yang membawa stigma yang cukup besar, skizofrenia seringkali diabaikan oleh mereka yang terkena dampaknya terutama di negara-negara berkembang (Zhan, 2025).

Usia Awitan Perjalanan Penyakit

Skizofrenia biasanya didiagnosis pada akhir masa remaja hingga awal usia tiga puluhan, dan cenderung muncul lebih awal pada laki-laki (akhir masa remaja - awal usia dua puluhan) daripada perempuan (awal usia dua puluhan - awal usia tiga puluhan). Dibandingkan dengan perempuan, pria memiliki risiko lebih tinggi menderita skizofrenia sekitar 1,4 kali lebih tinggi daripada perempuan. Meskipun gejala pertama paling umum terjadi di akhir masa remaja atau awal masa dewasa, skizofrenia awitan dini atau lanjut juga mungkin terjadi (Janoutova, 2016).

Skizofrenia awitan dini meliputi skizofrenia awitan masa kanak-kanak yakni usia awitan gejala psikotik sebelum usia 13 tahun dan skizofrenia awitan remaja, peluangnya rendah kira-kira 1 banding 10.000. Skizofrenia awitan masa kanak-kanak diketahui sebagai *progressive neurodevelopmental disorder*, perjalanan penyakit lebih kronis, memiliki konsekuensi masalah kognitif dan sosial yang lebih buruk, serta berisiko tinggi mengalami peningkatan gejala negatif. Skizofrenia awitan masa kanak-kanak merupakan subkelompok skizofrenia dengan etiologi hereditas yang meningkat. Peningkatan gangguan kognitif seperti *intelligence quotient* (IQ), *working memory*, dan keterampilan perseptual mungkin penanda premorbid yang buruk. Skizofrenia awitan dini perlu dibedakan dengan disabilitas intelektual dan gangguan spektrum autisme. (Boland, 2022) (American Psychiatric Association, 2022).

Diantara penderita skizofrenia, sekitar 20% mengalami skizofrenia awitan lanjut, yang didefinisikan sebagai awitan setelah usia 40 tahun. Kondisi ini umumnya dikaitkan dengan tingkat keparahan gejala positif yang lebih rendah serta kebutuhan dosis obat antipsikotik yang lebih rendah. Perempuan merupakan mayoritas pasien dengan rasio perempuan terhadap laki-laki meningkat seiring bertambahnya usia. Penyebab skizofrenia awitan lanjut masih belum jelas namun faktor neurobiologis, genetik, dan lingkungan dapat berkontribusi pada perkembangannya. Meskipun prognosis agak lebih baik dibandingkan dengan skizofrenia awitan dini, kasus awitan lanjut tetap membutuhkan perawatan komprehensif (Devanand, 2024).

Pada perjalanan gangguan skizofrenia, terdapat tanda dan gejala premorbid yang muncul sebelum fase prodromal penyakit yang kemudian muncul Psikotik Episode Pertama (PEP). Dalam riwayat premorbid skizofrenia yang

khas, namun tidak selalu terjadi, pasien memiliki kepribadian skizoid atau skizotipal yang dicirikan sebagai pendiam, pasif, tertutup, dan memiliki sedikit teman pada masa kanak. Remaja pra-skizofrenia mungkin tidak memiliki teman dekat dan menghindari kegiatan melibatkan tim atau kelompok. Mereka mungkin menikmati menonton film, mendengarkan musik, atau bermain permainan komputer dengan mengesampingkan aktivitas sosial. Beberapa pasien remaja mungkin menunjukkan timbulnya perilaku obsesif-kompulsif secara tiba-tiba sebagai bagian dari gambaran prodromal. Pola perilaku tersebut biasanya baru disadari secara retrospektif oleh keluarga. Tanda-tanda lainnya mungkin dimulai dengan keluhan tentang gejala somatik (sakit kepala, nyeri punggung atau otot, kelemahan, dan masalah pencernaan). Selama tahap ini, pasien mungkin mulai mengembangkan minat pada ide-ide abstrak, filsafat, dan pertanyaan-pertanyaan okultisme dan keagamaan. Tanda dan gejala prodromal tambahan dapat mencakup perilaku yang sangat aneh, ekspresi abnormal, ucapan tidak biasa, ide-ide aneh, dan pengalaman persepsi yang aneh (Boland, 2022) (Kemenkes, PNPk, 2025).

Diagnosis dan Klasifikasi

Dalam dekade terakhir, klasifikasi simptom atau gejala skizofrenia dibagi menjadi tiga ranah yakni gejala positif (halusinasi, waham, dan perubahan perilaku aneh lainnya), gejala negatif (defisit afek, isi pikir, motivasi, minat, dan penarikan diri dari sosial), serta gejala kognitif (gangguan atensi, *working memory*, fungsi eksekutif, dan fleksibilitas kognitif). Individu didiagnosis skizofrenia ketika menunjukkan gejala-gejala psikotik yang harus berlangsung dalam jangka waktu lama yakni enam bulan berdasarkan *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders-5* (DSM-5) dan satu bulan berdasarkan

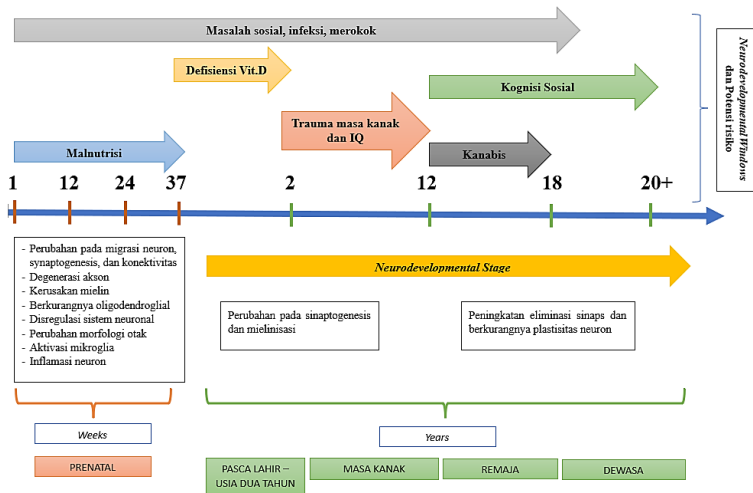
International Classification of Diseases (ICD-10). Kriteria diagnostik DSM-5 mencakup gambaran prognosis (Boland, 2022).

Diagnosis skizofrenia didapatkan melalui proses wawancara psikiatri dan menggunakan skala penilaian meskipun sebagian besar digunakan dalam lingkungan penelitian terutama untuk menilai hasil dari berbagai intervensi. Penilaian menggunakan instrumen yang sering digunakan adalah *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) dan *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), keduanya dapat menilai gejala secara signifikan. PANSS di Indonesia telah dilakukan uji reliabilitas, validitas, sensitivitas oleh A. Kusumawardhani dan tim dari FK-UI pada tahun 1994. (Boland, 2022) (Kusumawardhani, Dharmono, Amir, Diatri, & Malik, 2014).

Faktor Risiko

Faktor risiko skizofrenia tampaknya dipengaruhi oleh proses yang kompleks yang melibatkan risiko genetik yang berinteraksi dengan berbagai faktor pemicu dan kerentanan yang berpotensi muncul pada periode penting perkembangan saraf. Terdapat beberapa arah penelitian neurobiologis yang muncul yang diduga terlibat dalam patogenesis skizofrenia. (Amir, 2017) (Orsolini, 2022)

1. Faktor genetik (*copy number variants*, mutasi genetik nonsens de novo, gen berisiko, polimorfisme dalam suatu gen, *single nucleotide polymorphisms*)
2. Model *neurodevelopmental* (faktor non genetik termasuk komplikasi perinatal, status imigrasi, penganiayaan dan penelantaran anak; yang dapat memediasi perubahan epigenetik dan berpotensi menyebabkan abnormalitas struktur dan fungsi *neurodevelopmental*)



Gambar 6.1 Konsep Etiologi Multifaktorial pada *Neurodevelopmental Windows*
(Sumber: Davis, 2016)

3. Hipotesis malnutrisi, khususnya pada ibu yang malnutrisi sebelum dan selama kehamilan merupakan kerentanan yang berpotensi meningkatkan risiko skizofrenia pada keturunan. Salah satu hipotesis yang paling banyak adalah defisiensi mikronutrien khususnya Vitamin D, folat, dan/atau zat besi. Terkait folat, defisiensi folat dapat menginduksi perubahan epigenetik dalam pola metilasi pada gen yang diwariskan dari ibu.
4. Trauma masa kanak, termasuk penganiayaan fisik dan psikologi, pelecehan seksual masa kanak, kehilangan atau perpisahan orang tua, penyalahgunaan zat pada orang tua, dan kemiskinan. Individu dengan riwayat trauma masa kanak memiliki risiko hampir tiga kali lipat untuk timbul gejala psikosis dengan perkiraan risiko pada populasi sebesar 33%.

5. Riwayat penggunaan kanabis pada remaja diduga dapat memicu PEP pada usia yang lebih muda (2,7 tahun lebih awal dibandingkan mereka yang mengalami psikosis tanpa riwayat penggunaan kanabis)
6. Perubahan patologis di beberapa wilayah otak (frontal, temporal, parietal, singulata, glia, *synaptic pruning*, dan/atau gangguan neuroplastisitas)
7. Hipotesis disfungsi imun dan model neuroinflamasi
8. Hipotesis Dopamin, Glutamat, Serotonin, dan Norepinefrin
9. Faktor keluarga (ekspresi emosi keluarga tinggi)

Teori multifaktorial pada skizofrenia dapat di konsepskan sebagai suatu proses yang melibatkan banyak faktor kerentanan di sepanjang *neurodevelopmental windows* (Gambar 6.1) (Davis, 2016).

Tatalaksana Skizofrenia

Tatalaksana skizofrenia secara garis besar dapat dibagi menjadi tatalaksana dengan pendekatan biologis dan pendekatan psikososial. Pendekatan biologis meliputi pemberian medikasi atau psikofarmaka dan *electroconvulsive therapy* (ECT). Pendekatan psikososial meliputi kegiatan promosi, preventif, deteksi dan intervensi dini, psikoterapi, serta rehabilitasi. (Kusumawardhani, Dharmono, Amir, Diatri, & Malik, 2014)

1. Pendekatan Biologis

Obat antipsikotik terdiri dari dua golongan utama yaitu antipsikotika golongan pertama atau *first-generation antipsychotics* (FGA) atau *dopamine receptor antagonist* dan antipsikotika golongan kedua atau *second-generation antipsychotics* (SGA) atau

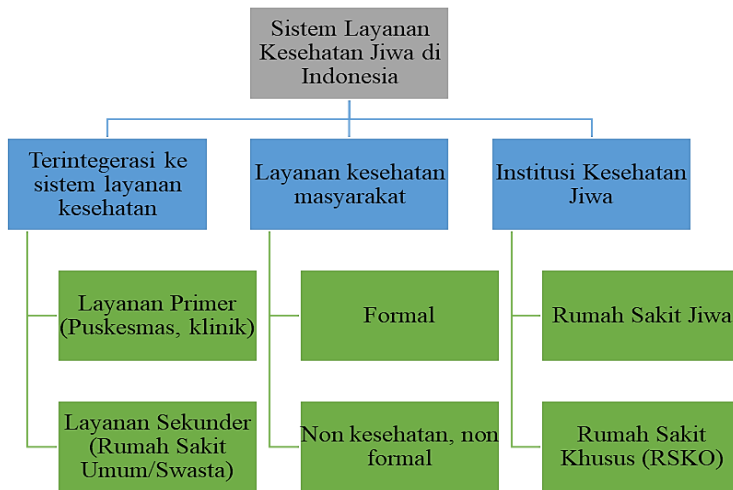
serotonin-dopamine antagonist (SDA). Meskipun FGA dan SGA sama efektifnya untuk terapi skizofrenia, beberapa rekomendasi menganjurkan menggunakan SGA sebagai lini pertama karena kecenderungan menimbulkan efek samping ekstrapiramidal dan diskinesia tardif resisten terapi lebih rendah. (Orsolini, 2022). Tatalaksana skizofrenia perlu disesuaikan dengan fase penyakit. Panduan yang dibuat oleh *American Psychiatric Association* (APA) membagi skizofrenia ke dalam tiga fase yaitu fase akut, fase stabilisasi, dan fase stabil atau rumatan. (Amir, 2017). Pada pasien skizofrenia resisten pengobatan, para peneliti telah mengeksplorasi kegunaan prosedur stimulasi otak seperti ECT, *repetitive transcranial magnetic stimulation* (rTMS), dan *deep brain stimulation* (DBS). (Orsolini, 2022)

2. Pendekatan Psikososial

Terdapat tiga jenis psikoterapi yang dianggap efektif untuk membantu orang dengan skizofrenia adalah psikoterapi suportif, psikoterapi kognitif perilaku, dan terapi kelompok. Rehabilitasi psikososial yang berorientasi pemulihan contohnya seperti remediasi kognitif dilakukan untuk mencegah defisit kognitif dan/atau metakognitif yang dapat menghambat pemulihan fungsional pasien skizofrenia dan pada individu dengan risiko psikosis sangat tinggi. Demikian pula intervensi berbasis keluarga, psikoedukasi, latihan keterampilan sosial, terapi vokasional, *assertive community treatment* (ACT), rehabilitasi di komunitas, dan program pendukung pekerjaan perlu diterapkan dalam fasilitas kesehatan maupun non kesehatan (panti sosial). Kegiatan-kegiatan tersebut bertujuan untuk mewujudkan paradigma baru tatalaksana berorientasi pada konsep pemulihan (Kusumawardhani, Dharmono, Amir, Diatri, & Malik, 2014).

Kegiatan deteksi dan intervensi dini dilakukan untuk mengidentifikasi gejala-gejala awal kekambuhan dan faktor-faktor penyebab timbulnya kekambuhan sehingga intervensi dini dapat segera dilakukan. Gejala positif yang khas dari skizofrenia seringkali muncul pertama kali dalam bentuk yang lemah atau sementara selama fase prodromal awal, menjadi prediksi yang valid tentang kemungkinan terjadinya PEP, tanda-tanda peringatan semacam ini telah digunakan sebagai *Ultra High Risk*. (Kemenkes, PNPK , 2025).

Upaya-upaya yang perlu dilakukan untuk intervensi dini oleh pasien dan keluarga adalah memahami kondisi penyakit, kontak tenaga kesehatan dan cari bantuan, temukan terapi yang sesuai baik medikasi maupun non medikasi, menjaga kesehatan fisik, hindari perilaku berisiko, dan tetap beraktivitas dan bersosialisasi. Upaya yang dapat dilakukan tenaga kesehatan adalah memberikan fasilitas kesehatan yang mudah diakses dan fleksibel, mampu mengidentifikasi gejala-gejala kekambuhan, intervensi dini melalui perawatan obat dengan optimal, bekerjasama dengan keluarga, berikan edukasi yang lengkap kepada keluarga termasuk ketaatan pengobatan, dan berikan fasilitas penjangkauan pasien ke rumah bila diperlukan. Jumlah Rumah Sakit Jiwa di Indonesia berdasarkan data Kemenkes tahun 2025 berjumlah 25 sedangkan Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) hanya satu di Indonesia. Struktur fasilitas kesehatan jiwa di Indonesia tergambar dalam bagan berikut ini: (Kusumawardhani, Dharmono, Amir, Diatri, & Malik, 2014) (Kemenkes, Jumlah Rumah Sakit di Indonesia 2025 Berdasarkan Kelas dan Jenis, 2025).



Gambar 6.2 Struktur Fasilitas Kesehatan Jiwa di Indonesia
(Sumber: Kusumawardhani, dkk., 2014)

Fasilitas kesehatan jiwa berbasis komunitas penting dikembangkan karena pasien dan keluarga membutuhkan fasilitas yang menekankan pada pentingnya mengobati dan memungkinkan pasien hidup di komunitas dengan mempertahankan hubungan dengan keluarga, teman, pekerjaan, dan komunitas. Dibutuhkan media lingkungan sesama penyintas yang bersifat mendukung contohnya KPSI yaitu Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia yang telah dibentuk di beberapa kota di Indonesia (Kusumawardhani, Dharmono, Amir, Diatri, & Malik, 2014).

Prognosis ditentukan oleh sejumlah faktor yang dikaitkan dengan perjalanan penyakit. Prognosis baik ditandai dengan awitan penyakit yang akut, menunjukkan ciri-ciri fakatif yang menonjol, fungsi premorbid yang baik, menikah, terdapat peristiwa pencetus, dan memiliki riwayat penyakit manik-depresif dalam keluarga. Prognosis yang buruk ditandai dengan timbulnya gejala yang tidak jelas, menunjukkan kepribadian premorbid yang skizoid atau skizotipal, menarik diri, belum pernah

menikah, dan memiliki riwayat skizofrenia dalam keluarga. Penemuan dan pengobatan kasus lebih dini juga berhubungan dengan prognosis. *Duration of untreated psychosis* (DUP) didefinisikan sebagai interval waktu antara timbulnya gejala psikotik pertama dan kunjungan pertama ke fasilitas kesehatan. Sebuah studi menemukan bahwa prognosis akan lebih baik ketika DUP kurang dari enam bulan (Kemenkes, PNPK , 2025).

Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association, (. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed. text rev.)*. Retrieved 2025 from <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Amir, N. (2017). Skizofrenia. In S. D. Elvira, & G. Hadisukanto, *Buku Ajar Psikiatri Edisi Ketiga* (pp. 184-200). Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Baird, A. (2020). Homicide by men diagnosed with schizophrenia: national case-control study. *BJPsych Open*, 6(6), 1-8. doi:10.1192/bjo.2020.129
- Boland, R. J. (2022). *Kaplan & Sadock's Synopsis Of Psychiatry 12th Edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Canham, R., & Craig, H. (2025). *Crash Course Psychiatry for UKMLA and Medical Exams*. UK: Elsevier Limited.
- Castillejos, M. C. (2016). Incidence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *Schizophrenia Research*, 204, 458-459. doi:10.1016/j.schres.2018.07.031
- Davis. (2016). A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis. *Neurosci Biobehav Rev*, 185-194. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.03.017.
- Devanand. (2024). Overview of late-onset psychoses. *International Psychogeriatrics*, 1(30), 28-42. doi:<https://doi.org/10.1017/S1041610223000157>
- Goldman. (2020). Medical comorbid diagnoses among adult psychiatric inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 66, 16-23. doi:<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.010>
- IHME, I. o. (2019). Retrieved 2025 from Global Health Data Exchange (GHDx): <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/27a7644e8ad28e739382d31e77589dd7>

- Janoutova. (2016). Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuro Endocrinol Lett*, 37, 1-8.
- Kemenkes. (2025, December). *Jumlah Rumah Sakit di Indonesia 2025 Berdasarkan Kelas dan Jenis*. Retrieved 2025 from www.dataloka.id:https://dataloka.id/humaniora/4831/jumlah-rumah-sakit-di-indonesia-2025-berdasarkan-kelas-dan-jenis/
- Kemenkes. (2025). *PNPK*. Retrieved 2025 from PEDOMAN NASIONAL PELAYANAN KLINIS TATALAKSANA SKIZOFRENIA: <https://www.kemkes.go.id/id/pnpk-tata-laksana-skizofrenia-2025>
- Kusumawardhani, A., Dharmono, S., Amir, N., Diatri, H., & Malik, K. (2014). *From Curing to Caring: Achieving Patient's Recovery*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia.
- Laksono, R. P. (2025). *ANALISIS COST OF ILLNESS PASIEN PENDERITA SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT Jiwa SOEHARTO HEERDJAN TAHUN 2025*. Karya Tulis Ilmiah, POLTEKKES KEMENKES JAKARTA II, Jakarta. Retrieved December, 2025 from https://repository.poltekkesjkt2.ac.id/index.php?p=sow_detail&id=12809
- Laursen, T. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*, 10, 425-448. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657
- McGrath. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*, 30, 60-76.
- Orsolini. (2022). Schizophrenia: A Narrative Review of Etiopathogenetic, Diagnostic and Treatment Aspects. *J Clin Med*, 17(11), 5040. doi:10.3390/jcm11175040
- Simon, G. (2018). Mortality Rates After the First Diagnosis of Psychotic Disorder in Adolescents and Young Adults. *JAMA Psychiatry*, 3(75), 254-260.
- Survei Kesehatan Indonesia, S. (2023). *Survei Kesehatan Indonesia 2023*. Retrieved 2025 from

<https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/hasil-ski-2023/>.

Zhan, Z. (2025, Septmber). Results of the Global Burden of Disease study for schizophrenia: trends from 1990 to 2021 and projections to 2050. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1-17.
doi:10.3389/fpsyt.2025.1629032

Profil Penulis



dr. Ika Nur Fitriana, SpKJ.

Penulis dilahirkan di Surabaya pada tanggal 5 Mei 1989. Penulis menjalani pendidikan kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti, lulus di tahun 2012 dan menjalani masa dokter *internship* selama satu tahun di kota Banjarmasin, Kalimantan Selatan. Penulis mengikuti pelatihan hipnoterapi dan menjadi *Certified Hypnotherapist* pada tahun 2016 di Jakarta. Pada tahun 2017, penulis memulai studinya di pendidikan dokter spesialis ilmu kedokteran jiwa di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dan lulus di tahun 2021. Penulis pernah mendapatkan penghargaan *Best Research Award* pada Kongres PDSKJI X Medan tahun 2022 pada penelitian berjudul “Faktor Demografi dan Klinis yang Berpengaruh terhadap Pemulihan pada Orang dengan Skizofrenia”. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti, menjabat sebagai koordinator Kepaniteraan Klinik Ilmu Kedokteran Jiwa, dan berpraktik sebagai Psikiater di beberapa Rumah Sakit di Bintaro. Penulis aktif dalam kegiatan ilmiah dan terdaftar sebagai anggota Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) cabang Jakarta.

Email Penulis : ika.nur@trisakti.ac.id

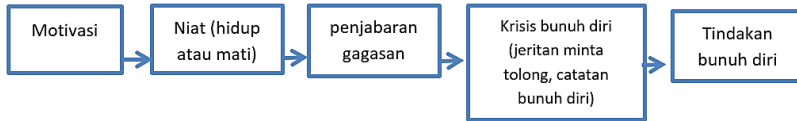
EPIDEMIOLOGI BUNUH DIRI DAN PERILAKU MERUSAK DIRI

Ns. Finni Fitria Tumiwa, S.Kep., M.Kes.

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Tomohon

Epidemiologi Bunuh Diri (*Suicide Behavior*)

Diri Bunuh diri didefinisikan sebagai pikiran, usaha, dan tindakan yang bertujuan untuk mengakhiri hidup. Bunuh diri merupakan kegagalan coping dan mekanisme adaptif. Bunuh diri merupakan rangkaian kesatuan dari ide bunuh diri ke upaya bunuh diri dan lebih jauh ke penyelesaian bunuh diri. Setidaknya 95% pelaku bunuh diri melaporkan ide bunuh diri sebelumnya. Bunuh diri dan upaya bunuh diri merupakan masalah kesehatan masyarakat. Sebesar 79% kejadian bunuh diri terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Bunuh diri disebut sebagai penyebab utama ketiga kematian remaja usia 15-19 tahun. Bunuh diri merupakan penyebab kematian ketiga pada usia 10-24 tahun. Diperkirakan di Indonesia terdapat sekitar 4,3% kasus bunuh diri per 100.000 populasi. Sekitar 20% kasus bunuh diri secara global disebabkan oleh pestisida (racun), metode lain seperti gantung diri dan menggunakan senjata api.



Gambar 7.1 Psikodinamika upaya percobaan bunuh diri.

Tingkatan Perilaku Bunuh Diri

1. Ide Bunuh Diri (*Suicidal Ideation*)

Ide bunuh diri adalah pikiran tentang atau berencana untuk terlibat dalam perilaku dengan tujuan mengakhiri kehidupan meliputi pemikiran atau fantasi langsung maupun tidak langsung untuk bunuh diri.

2. Ancaman Bunuh Diri (*Suicide Threats*)

Ancaman bunuh diri dapat berupa ungkapan langsung atau tulisan sebagai ekspresi dari niat melakukan bunuh diri namun tanpa ada tindakan nyata. Ancaman bunuh diri mungkin menunjukkan upaya untuk mendapat pertolongan agar dapat mengatasi masalah.

3. Isyarat bunuh diri (*suicide gesture*)

Hal ini terjadi karena individu ambivalen antara mati dan hidup, serta tidak berencana untuk mati. Individu ini masih memiliki kemauan untuk hidup, ingin diselamatkan, dan sedang mengalami konflik mental. Tahap ini sering dinamakan “*crying for help*” sebab individu ini sedang berjuang mengatasi stres yang tidak mampu diselesaikan. Isyarat bunuh diri ditunjukkan dengan pesan berupa niat untuk bunuh diri, tanpa melakukan tindakan bunuh diri, ataupun melakukan tindakan yang menyebabkan sedikit cedera.

4. Percobaan Bunuh Diri (*Suicide Attempts*)

Percobaan bunuh diri merupakan tindakan serius melukai diri secara langsung, terkadang menyebabkan luka kecil atau besar pada seseorang yang mencoba mengakhiri hidup atau dengan serius mencederai dirinya.

Faktor yang Berhubungan dengan Penyebab Bunuh Diri

1. Faktor Internal

a. Gangguan jiwa

Sekitar 90% individu dengan kasus bunuh diri mengalami gangguan jiwa. Bunuh diri disebabkan depresi atau episode depresi dari gangguan bipolar setidaknya setengah dari total kejadian dan merupakan gangguan mental paling umum penyebab bunuh diri.

b. Karakteristik kepribadian

Karakteristik kepribadian dapat dilihat dari *openness* (keterbukaan terhadap sesuatu yang baru), *agreeableness* (menggambarkan cara orang memperlakukan orang lain), *neuroticism* (mengacu pada stabilitas emosi, makin tinggi nilainya biasanya lebih mudah stres dan cemas) yang tinggi berkaitan dengan melukai diri, *extraversion* (cara berinteraksi dengan orang lain), dan *conscientiousness* (kewaspadaan dalam bertindak) yang rendah dikaitkan dengan perilaku bunuh diri.

c. Faktor kognitif

Penelitian menyatakan bahwa individu yang pernah mencoba bunuh diri memiliki tingkat mekanisme coping lebih rendah daripada individu yang tidak pernah mencoba bunuh diri. Terdapat

gangguan kognitif, khususnya fungsi eksekutif pada orang yang melakukan percobaan bunuh diri. Fungsi eksekutif otak berperan dalam mengatur dan mengendalikan perilaku.

d. Faktor perilaku

Sikap seseorang yang makin tegas setuju dengan perilaku bunuh diri, makin kuat pula keinginan untuk bunuh diri.

2. Faktor Eksternal

- a. Faktor Keluarga. Faktor keluarga berdampak besar pada bunuh diri. Pertama-tama, pengalaman pelecehan masa kanak-kanak atau pengalaman terabaikan, stabilitas keluarga, dan gaya pengasuhan keluarga juga dapat mempengaruhi ide bunuh diri individu.
- b. Faktor sosial dan lingkungan. Internet dan forum sosial memiliki potensi besar dalam mempopulerkan pengetahuan tentang bunuh diri.
- c. Faktor Kebudayaan. Suasana budaya yang kuat dapat mempengaruhi ide bunuh diri dengan mempengaruhi sikap individu terhadap bunuh diri.

Pencegahan Perilaku Bunuh Diri

Bunuh diri bisa dicegah dengan intervensi yang efektif dan dapat diterapkan pada tingkat populasi, subpopulasi, dan individu untuk mencegah upaya bunuh diri dan bunuh diri. Pencegahan universal dapat berupa mengurangi akses terhadap pestisida, senjata api, obat-obatan tertentu, dan pemberitaan tentang bunuh diri di media, karena metode bunuh diri yang diberitakan dapat dicontoh oleh masyarakat, menerapkan kebijakan untuk mengurangi penggunaan alkohol dan meningkatkan

kesadaran tentang kesehatan mental dapat mengurangi stigma gangguan jiwa dan bisa segera mencari bantuan ke fasilitas kesehatan

Pencegahan selektif atau khusus untuk suatu komunitas atau individu rentan, seperti pada individu yang mengalami kekerasan, trauma dapat dilakukan intervensi *community based* atau *family focused* untuk mencari dukungan agar mengurangi tekanan emosional. Selain itu, pencegahan selektif dapat dilakukan dengan pelatihan gatekeeper atau orang yang mampu mengidentifikasi ide dan perilaku bunuh diri.

Pencegahan secara individual, dapat berupa identifikasi dini, pengobatan, dan perawatan orang-orang dengan gangguan mental dan penggunaan narkoba, nyeri kronis, dan tekanan emosional akut. Follow up atau tindak lanjut dan dukungan dari komunitas (keluarga, teman dekat) penting untuk mengurangi perilaku bunuh diri. Pelatihan bagi tenaga kesehatan non-spesialis untuk menilai dan mengelola perilaku bunuh diri juga merupakan upaya pencegahan terhadap perilaku bunuh diri.

Non-Suicidal Self Injury (NSSI)

Non-Suicidal Self Injury (NSSI) atau *Self-harm* merupakan suatu perilaku merusak dan melukai diri sendiri dengan sengaja seperti menusuk, menyayat, dan membakar sehingga menyebabkan memar, perdarahan, dan rasa sakit yang ditujukan untuk menyebabkan kerusakan ringan pada bagian tubuh tanpa adanya niat untuk bunuh diri (*American Psychiatric Association*, 2013).

Klonsky & Glenn (2009) mendefinisikan Non-Suicidal Self Injury juga bisa disebut dengan self injury yang mengacu pada berbagai tindakan, seperti meminum terlalu banyak obat yang disengaja, dan lebih khusus mengacu pada melukai diri sendiri yang menyebabkan kerusakan pada

jaringan kulit melalui pemotongan atau pembakaran, tindakan yang biasanya dilakukan tanpa niat bunuh diri. Tindakan yang disebut sebagai self injury adalah hasrat untuk melukai diri sendiri yang dilakukan dengan sengaja dalam keadaan sadar, tanpa niat untuk melakukan bunuh diri, dan biasanya sebagai respon terhadap rasa sakit emosional (Ilmiyah, 2020). Pelaku NSSI biasanya melakukannya secara tersembunyi untuk meredakan tekanan emosional yang terpendam. Karena keadaan ini, fenomena ini sulit dideteksi (Sakti & Elvira, 2022).

Jenis-jenis *Non-Suicidal Self Injury* (NSSI)

1. *Major self-mutilation*

Major self-mutilation mengacu pada kerusakan jaringan yang ekstrem, jarang terjadi, dan serius, seperti enukleasi mata, pengebirian, dan amputasi anggota tubuh, yang berhubungan dengan psikosis dan mengonsumsi zat berbahaya hingga overdosis.

2. *Stereotypic self injury*

Jenis NSSI ini cenderung memiliki tingkat keparahan yang lebih rendah, tetapi tindakan ini sering terulang. Stereotypic self injury adalah kombinasi dari pola monoton, berulang, dan berirama yang paling banyak ditemukan pada orang dengan autisme, sindrom Lesch-Nyhan, dan sindrom Tourette, serta individu dengan keterbelakangan mental. Contoh perilaku stereotipik termasuk membenturkan kepala, menusuk bagian tubuh terutama mata, dan menggigit diri sendiri.

3. *Superficial self-injury*

Superficial self-mutilatin merupakan jenis self injury yang paling sering dilakukan yang merupakan sekelompok perilaku kompleks yang mengakibatkan kerusakan jaringan tubuh, termasuk mencabuti kulit,

10 menarik rambut, membakar, mengukir dan lain sebagainya. Yang paling sering adalah memotong. Tindakan mutilasi diri ini dapat dilakukan dengan silet, pisau, kaca, jarum, peniti, atau gunting (Favazza, 1996, dalam McDonald, 2006).

Bentuk-bentuk Non-Suicidal Self Injury (NSSI)

Hampir semua studi menyatakan bahwa cara yang umum digunakan untuk menyakiti diri sendiri adalah dengan mengukir atau mengiris diri menggunakan benda tajam seperti pisau (Fiqria, 2021). Kanan et al (2008) dalam mengungkapkan bahwa bentuk NSSI yang bisa dilakukan meliputi:

1. Mencubit diri sendiri
2. Memukul diri sendiri dengan benda keras
3. Melukai tubuh hingga memar
4. Menarik rambut dalam jumlah banyak hingga rontok
5. Melukai tubuh sampai memar bahkan patah tulang
6. Membenturkan kepala pada sebuah objek
7. Membakar bagian tubuh
8. Menggores bagian tubuh

Sebagian besar individu yang melakukan tindakan melukai diri sendiri menggunakan berbagai metode. Namun, dalam penelitian yang mencakup sekitar 40 negara yang memeriksa fenomena perilaku NSSI, ditemukan bahwa 45% dari kasus NSSI melibatkan tindakan mengiris atau memotong kulit. Bahkan, sekitar 17% dari populasi orang dewasa pernah melakukan NSSI dalam hidup mereka (Hull, 2020). DSM-5 mengatakan bahwa pola perilaku yang dihasilkan oleh pelaku NSSI menyerupai kecanduan. Luka yang ditimbulkan dapat menjadi lebih dalam dan mayoritas luka ini paling sering

disebabkan oleh pisau, jarum, pisau cukur, atau benda tajam lainnya. Area yang umum untuk cedera termasuk area depan paha dan sisi punggung lengan bawah. Luka yang dihasilkan sering kali berdarah dan pada akhirnya akan meninggalkan pola bekas luka yang khas (*American Psychiatric Association*, 2013).

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku *Non-Suicidal Self Injury* (NSSI)

Klosnky dan Muehlenkamp (2007) juga menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku NSSI meliputi:

1. Intrapersonal

a. *Affect Regulation* (Regulasi Emosi)

Kemampuan seseorang untuk menyesuaikan emosi seseorang dengan kebutuhan lingkungannya disebut regulasi emosi. Fungsi yang sering terlihat dalam tindakan melukai diri sendiri adalah pengendalian emosi. NSSI adalah upaya untuk meredakan emosi negatif yang sulit diungkapkan dengan kata-kata, dan ini dilakukan oleh beberapa individu. Emosi negatif seperti kecemasan, stres, kemarahan, dan frustrasi seringkali ada sebelum individu melakukan tindakan self injury. Saat seseorang melakukan perilaku self injury, tujuan mereka adalah untuk melepaskan tekanan, mengatasi perasaan buruk, dan mengelola stres.

b. *Marking Distress* (Penanda Kesedihan)

Luka yang timbul setelah melakukan self injury merupakan tanda bahwa individu mengalami tekanan dan meyakinkan diri bahwa tekanan emosionalnya benar-benar nyata.

c. *Self-punishment* (Menghukum Diri Sendiri)

Banyak pelaku self injury mengidentifikasi motivasi yang berhubungan dengan hukuman diri atau kemarahan yang diarahkan oleh diri sendiri. Pola ini konsisten dengan penelitian yang menemukan penghinaan diri dan harga diri yang rendah pada mereka yang melukai diri sendiri. Bagi orang-orang ini, melukai diri sendiri dapat dialami sebagai hal yang biasa. Alasan yang sering dikemukakan untuk melukai diri sendiri termasuk "untuk mengekspresikan kemarahan pada diri sendiri" dan "untuk menghukum diri sendiri." Di samping mempengaruhi regulasi, menghukum diri sendiri adalah alasan yang paling umum untuk melukai diri sendiri.

d. *Anti-dissociation* (Anti Disosiasi)

Beberapa orang yang melukai diri sendiri menyatakan bahwa mereka terkadang merasa tidak nyata atau tidak merasakan apa-apa. Pengalaman ini dapat menakutkan, dan beberapa orang mungkin menggunakan melukai diri sendiri untuk menghentikan episode disosiatif. Luka fisik atau melihat darah dapat mengejutkan sistem dan membantu pelaku melukai diri sendiri untuk mendapatkan kembali rasa diri. Untuk alasan ini, pembangkitan perasaan adalah istilah lain yang bisa digunakan untuk merujuk pada fungsi anti disosiasi dari melukai diri sendiri. Alasan yang terkadang diidentifikasi untuk melukai diri sendiri termasuk, "untuk merasakan sesuatu meskipun itu adalah rasa sakit," "untuk merasa nyata lagi," atau "untuk berhenti merasa mati rasa." Ada kemungkinan bahwa fungsi antidisosiasi dan pengaturan afek dari melukai diri sendiri tumpang tindih karena episode disosiasi atau

depersonalisasi dapat terjadi sebagai akibat dari emosi intens yang dirasakan oleh pelaku *self injury*.

e. *Anti-Suicide* (Anti-Bunuh Diri)

Beberapa orang mencirikan melukai diri sendiri sebagai cara untuk menolak dorongan untuk mencoba bunuh diri. Alasan yang dilaporkan oleh pelaku *self injury* yang menunjukkan fungsi ini antara lain "untuk mencegah saya bertindak sesuai dengan perasaan bunuh diri" dan "untuk menghentikan keinginan atau percobaan bunuh diri." Fungsi ini juga mungkin terkait dengan pengaturan afek, karena melukai diri sendiri dapat mengurangi emosi negatif yang kuat yang membuat seseorang merasa ingin bunuh diri.

2. Interpersonal

a. *Interpersonal Boundaries* (Batasan Pribadi)

Bagi beberapa individu, melukai diri sendiri digunakan untuk menegaskan batas-batas diri. Melukai kulit, yang memisahkan individu dari lingkungan dan orang lain, dapat membantu seseorang merasa lebih mandiri, otonom, atau berbeda dari orang lain. Beberapa orang menggambarkan melukai diri sendiri sebagai sesuatu yang "dapat saya kendalikan dan tidak ada orang lain yang dapat mengendalikannya."

b. *Sensation Seeking* (Mencari Sensasi)

Beberapa orang mungkin menggunakan melukai diri sendiri sebagai cara untuk menghasilkan kegembiraan atau kegembiraan dengan cara yang mirip dengan terjun payung atau bungee jumping. Misalnya, alasan yang diberikan oleh beberapa pelaku *self injury* termasuk "untuk merasakan

sensasi yang tinggi", "Saya pikir ini akan menyenangkan", dan "untuk kegembiraan". Sebaliknya, self injury yang dilakukan untuk mengatur emosi, menghukum diri sendiri, anti disosiasi, atau anti bunuh diri lebih cenderung dilakukan secara pribadi dan dirahasiakan.

c. *Peer-bonding* (Ikatan Teman Sebaya)

Sebagian individu melakukan self injury untuk menciptakan tanda persahabatan atau pertemanan agar merasa terikat dengan orang lain yang juga melakukan self injury.

d. *Interpersonal Influence* (Pengaruh Interpersonal)

Meskipun kurang berpengaruh dibandingkan dengan pengaturan emosi atau hukuman diri, keinginan untuk mempengaruhi orang lain tampaknya memotivasi tindakan melukai diri sendiri dalam banyak kasus. Sebagai contoh, seseorang mungkin melukai diri sendiri untuk mendapatkan kasih sayang dari orang lain yang signifikan atau orang yang dicintai atau untuk mendapatkan tanggapan yang memperkuat dari figur otoritas atau teman sebaya di lembaga masyarakat, klinis, atau sekolah.

Dalam beberapa kasus, melukai diri sendiri dapat menjadi cara untuk menjalin ikatan dengan teman yang melukai diri sendiri. Mayoritas pelaku melukai diri sendiri mendukung alasan melukai diri sendiri seperti, "untuk mencari perhatian dan dukungan dari orang lain," "untuk mengendalikan perilaku orang lain," "untuk mendapatkan bantuan dari orang lain," dan "untuk menjalin ikatan dengan teman." Beberapa orang mungkin tidak sepenuhnya menyadari bahwa tindakan melukai

diri sendiri didorong atau diperkuat oleh efeknya terhadap orang lain.

1) *Toughness* (Menunjukkan Ketangguhan)

Perilaku *self injury* juga dapat berfungsi sebagai upaya individu untuk menunjukkan kepada orang lain bahwa dirinya kuat dan tangguh dalam menanggung rasa sakit.

2) *Self-care* (Kepedulian Terhadap Diri Sendiri)

Luka yang didapatkan individu setelah melakukan *self injury* dianggap sebagai kesempatan untuk merawat dan lebih peduli kepada diri sendiri dengan cara berfokus pada penyembuhan luka.

3) *Revenge* (Balas Dendam)

Perilaku *self injury* dilakukan oleh sebagian individu untuk menyakiti perasaan orang lain atau untuk membuat orang lain menjadi marah.

4) *Autonomy* (Autonomi)

Perilaku *self injury* dilakukan oleh sebagian individu untuk menunjukkan bahwa dirinya mandiri atau memiliki otonomi akan dirinya. Beberapa individu menggambarkan perilaku *self injury* sebagai sesuatu yang “Saya memiliki kendali atas diri saya dan tidak ada orang lain yang dapat mengendalikan saya”.

Karakteristik Perilaku *Non-Suicidal Self Injury* (NSSI)

Beberapa ciri khas yang dimiliki oleh pelaku NSSI menurut Walsh (2007) termasuk:

1. Karakteristik berdasarkan kepribadian pelaku:
 - a. Kesulitan dalam mengendalikan impuls dalam berbagai aspek kehidupan, termanifestasi dalam masalah penyakit atau ketergantungan pada zat adiktif.
 - b. Pelaku *self injury* memiliki harga diri yang rendah dan memiliki kebutuhan atau keinginan yang mendalam untuk mendapatkan cinta dan penerimaan dari orang lain.
 - c. Pola pikir yang kaku, dengan pandangan hidup yang terfokus pada pencapaian tujuan atau ketidakmampuan mencapai tujuan tersebut.
2. Karakteristik berdasarkan lingkungan keluarga:
 - a. Mengalami trauma pada masa kecil atau kekurangan pembentukan karakter karena salah satu atau kedua orang tua, membuat sulit bagi mereka untuk menginternalisasi perhatian positif.
 - b. Ketidakmampuan atau ketidakmauan untuk menjaga diri sendiri.
3. Karakteristik berdasarkan lingkungan sosial:
 - a. Keterbatasan dalam menciptakan dan menjaga hubungan yang stabil dengan orang lain.
 - b. Ketakutan terhadap perubahan, baik itu perubahan dalam aktivitas sehari-hari atau pengalaman baru dalam berbagai bentuk. Ini bisa mencakup perubahan perilaku mereka atau perubahan yang diperlukan untuk proses pemulihan.

Kriteria Diagnostik berdasarkan DSM-5

1. Tindakan yang dilakukan sendiri seperti melukai, membakar, atau memukul yang dimaksudkan untuk

menyebabkan kerusakan fisik sedang pada tubuh (misalnya memar, pendarahan, atau rasa sakit) yang terjadi selama 5 hari atau lebih selama satu tahun terakhir.

2. Keterlibatan dalam perilaku melukai diri sendiri dilakukan dengan harapan bahwa setidaknya salah satu dari konsekuensi berikut ini akan terjadi tidak lama setelahnya:
 - a. Meredakan perasaan atau pikiran negatif.
 - b. Penyelesaian masalah interpersonal.
 - c. Penciptaan kondisi suasana hati yang positif.
3. Setidaknya salah satu dari hal berikut ini terjadi segera sebelum tindakan melukai diri sendiri yang disengaja:
 - a. Pikiran atau perasaan negatif (misalnya, tertekan, depresi, marah, cemas, tegang, atau mengkritik diri sendiri).
 - b. Keasyikan dengan perilaku melukai diri sendiri yang direncanakan dan sulit dikendalikan.
 - c. Sering berpikir untuk melukai diri sendiri meskipun tidak ada tindakan yang diambil.
4. Perilaku yang disetujui secara sosial seperti tato atau tindik badan tidak termasuk, demikian pula kerusakan yang disebabkan oleh diri sendiri yang diberlakukan dalam konteks budaya atau agama. Perilaku yang umum dan ringan seperti menggigit kuku dan mengorek keropeng juga tidak termasuk.
5. Keterlibatan dalam tindakan melukai diri sendiri tanpa bunuh diri mengakibatkan tekanan yang signifikan secara klinis atau menyebabkan masalah dalam fungsi sosial atau pekerjaan ataupun gangguan dalam bidang kehidupan penting lainnya. Perilaku

melukai diri sendiri harus tidak hanya terjadi selama episode psikotik, keracunan, periode mengigau, atau bersifat stereotip dan berulang (*American Psychiatric Association*, 2013).

Daftar Pustaka

- Aulia Nur, Yulastri, Sasmita, Heppi. Faktor psikologi sebagai risiko utama ide bunuh diri pada remaja di kota Rengat kabupaten Indragiri Hulu. *J Penelit Kes Suara Forikes* 2020;11:48. DOI: 10.33846/sf11nk110
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Gratz, K. L. (2001). *Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263. <https://doi.org/10.1023/A:1012779403943>.
- Gyori, D., Farkas, B. F., Komaromy, D., Horvath, L. O., Kollarovics, N., Garas, P., & Balazs, J. (2022). *The association between nonsuicidal self-injury and perfectionism in adolescence: The role of mental disorders. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(1), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13010001>.
- Hetrick, S. E., Robinson, J., Burge, E., & Blandon, R. (2017). *Cognitive behavioral therapy (CBT) for adolescents with self-harm: Systematic review. Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD012013. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012013>.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). *Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215-219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>.
- Klonsky ED, May AM, Saffer By. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:307-30.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). *International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child and*

- Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10.
<https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Rickwood, D., Van Dyke, N., & Telford, N. (2015). *Digital mental health for adolescents: Review of e-mental health interventions*. *Journal of Adolescent Health*, 57(2), 115–124.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.05.019>
- World suicide prevention day 2022 [Internet]. Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-suicide-prevention-day/2022>
- Zulaikha, Afrina, Febriyana, Nining. Bunuh diri pada anak dan remaja. *J Psikiatri Surabaya*. 2018;7;62.

Profil Penulis



Ns. Finni Fitria Tumiwa, S.Kep., M.Kes.

Penulis dilahirkan di Kawangkoan pada tanggal 30 April 1990. Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dan Kesehatan Masyarakat dimulai pada tahun 2008 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Fakultas Keperawatan, Universitas Katolik De La Salle Manado dengan memilih Jurusan Ilmu Keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 2012. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Pascasarjana Universitas Sam Ratulangi Manado dengan bidang minat Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) dan berhasil menyelesaikan studi S2 pada program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat pada tahun 2015. Satu tahun kemudian, penulis menyelesaikan program profesi Ners di prodi Ners Universitas Pembangunan Indonesia Manado. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi S1 Administrasi Kesehatan, sekaligus menjabat sebagai Kepala LPPM Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Tomohon. Penulis pernah menjabat sebagai Ketua STIKes Graha Medika Kotamobagu, dan Ketua Program Studi S1 Keperawatan Universitas Pembangunan Indonesia Manado. Penulis juga aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu PIPAKI dan PPNI. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Metodologi Penelitian Kesehatan, Psikologi Kesehatan, Manajemen Logistik Fasilitas Kesehatan, dll. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan *book chapter*.

Email Penulis : fhinny.tumiwa@gmail.com

GANGGUAN AKIBAT ZAT DAN ADIKSI

dr. Daniella Satyasari, SpKJ., AIFO-K.
Universitas Trisakti

Definisi

Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) adalah zat psikoaktif yang memengaruhi sistem saraf pusat dan dapat menimbulkan perubahan kesadaran, emosi, perilaku manusia. Ada 10 kategori zat yang termasuk dalam NAPZA menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 Text Revised* (DSM-5-TR), yaitu alkohol, kafein, kanabis, halusinogen, inhalan, opioid, sedatif hipnotik atau ansiolitik, stimulan, tembakau, dan lainnya (atau tidak diketahui)(APA, 2022).

Kategori NAPZA berdasarkan sifatnya di sistem saraf pusat dijelaskan di Tabel 1 (Ciucă Anghel et al., 2023). Stimulan memiliki sifat menstimulasi Sistem Saraf Pusat (SSP) sehingga jika mengalami intoksikasi, akan terjadi peningkatan tanda-tanda vital (tekanan darah, denyut nadi, laju pernafasan, dan suhu tubuh), kewaspadaan dan energi. Sebaliknya jika terjadi putus zat, maka penggunaanya akan mengalami penurunan tanda vital. Depresan memiliki sifat menekan sistem saraf pusat sehingga jika terjadi intoksikasi, penggunaanya akan mengalami penurunan tanda vital, bahkan penurunan kesadaran, dan sebaliknya saat putus zat akan terjadi

peningkatan tanda vital. Halusinogen memiliki sifat mengubah persepsi sehingga jika pengguna mengonsumsi zat halusinogen, umumnya akan mengalami halusinasi auditorik/visual, ilusi, depersonalisasi, atau derealisasi. Jika mengalami intoksikasi halusinogen, sifatnya mirip dengan stimulant namun dengan peningkatan tanda vital yang sedikit lebih ringan. Gangguan akibat zat/*Substance-Use Disorders* termasuk adiksi, intoksikasi, putus zat, dan gangguan mental akibat zat (contoh gangguan psikotik/depresi yang diinduksi zat) (Ciucă Anghel et al., 2023; Heinz et al., 2022).

Tabel 8.1 Klasifikasi NAPZA berdasarkan sifatnya pada SSP

Depresan	Stimulan	Halusinogen
Alkohol	Amfetamin	LSD
Opioid	Metamfetamin	Magic mushroom
Sedatif hipnotik atau ansiolitik	Kokain	PCP
Kanabis (dosis kecil)	Nikotin	Ketamin
	Kafein	Meskalin
	MDMA (dosis kecil)	Kanabis (dosis tinggi) MDMA (dosis tinggi)

Penggunaan NAPZA juga sangat berpotensi menyebabkan ketergantungan melalui perubahan fungsi dan struktur otak sehingga berdampak pada kesehatan fisik, mental, dan fungsi sosial seseorang. Seorang individu yang mengalami ketergantungan/adiksi NAPZA tidak semata-mata karena kurang kuatnya mental seseorang atau kurangnya kemauan untuk berhenti menggunakan, melainkan merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial yang saling memengaruhi. Pemahaman ini penting untuk menggeser

stigma bahwa adiksi adalah kegagalan moral, menuju pemahaman bahwa adiksi merupakan penyakit otak kronis yang dapat ditangani secara ilmiah dan manusiawi (Heilig & Barbier, 2022).

Epidemiologi

Individu berusia 18-24 tahun memiliki prevalensi yang cenderung lebih tinggi untuk menggunakan berbagai golongan NAPZA. Biasanya penggunaan dimulai dari usia remaja (12-17 tahun) sehingga lebih banyak remaja yang mengalami intoksikasi karena sedang dalam fase inisial penggunaannya. Di Amerika, umumnya remaja menggunakan alkohol (4.6%), inhalansia (2.3%), hipnotik sedatif atau ansiolitik (2.4%). Umumnya penggunaan stimulan, kanabis dan opioid dimulai di usia dewasa, sekitar usia 20 tahunan. Umumnya penggunaan stimulan dimulai pada usia 23 tahun. Pengguna stimulan jenis metampetamin yang pertama kali dirawat/direhabilitasi di usia 34 tahun, sedangkan pengguna stimulan jenis kokain di usia 44 tahun. Prevalensi penggunaan kanabis di Amerika pada usia 18-29 tahun sebesar 6.9% (APA, 2022).

Pengguna laki-laki 2.5 kali lipat lebih banyak daripada perempuan, dan lebih banyak laki-laki yang mengalami overdosis dibandingkan perempuan (Whitley, 2021). Namun pada perempuan memiliki kecenderungan lebih banyak yang mengonsumsi obat-obatan yang diresepkan, seperti golongan opioid dan hipnotik, sedatif, ansiolitik. Pada 50% perempuan yang menggunakan NAPZA memiliki kecenderungan mengalami komorbiditas mengalami gangguan jiwa lainnya, seperti gangguan depresi dan atau cemas (Ellis et al., 2024). Prevalensi penggunaan alkohol pada orang Amerika adalah 12% dan laki-laki 3.84 kali lebih banyak menjadi alkoholik dibandingkan perempuan (De Araújo Costa et al., 2025).

Semakin muda seseorang mulai menggunakan NAPZA, akan lebih sulit untuk menghentikan penggunaannya (Whitley, 2021).

Etiologi dan Faktor Risiko

Gangguan adiksi NAPZA berkembang melalui proses neuroadaptasi otak akibat paparan zat psikoaktif yang berulang. Zat-zat ini mengaktifasi sistem *reward* di otak, yaitu area mesolimbik, terutama jalur dopamin sehingga menimbulkan sensasi menyenangkan yang disebut dengan “*high*”. Sensasi menyenangkan ini yang membuat seseorang ingin mengulangi pengalamannya tersebut dengan kembali menggunakan NAPZA. Proses ini dinamakan dengan penguatan perilaku, yaitu perilaku akan diulang kembali karena mendapatkan *reward* yang diharapkan/menyenangkan. Konsumsi NAPZA dalam jumlah berlebihan dapat menyebabkan “*high*” yang berlebihan atau disebut juga dengan intoksikasi. Jika seseorang mengalami intoksikasi, akan terjadi perubahan perilaku bermakna secara psikis, dan perubahan tanda-tanda vital, tergantung jenis zat yang digunakan. Paparan berulang dapat menyebabkan adanya neuroadaptasi di otak sehingga dosis yang dapat menimbulkan sensasi menyenangkan tersebut akhirnya kurang sehingga dosis akan semakin meningkat (toleransi). Selain itu, jika tidak digunakan dapat menimbulkan reaksi putus zat secara fisik (nyeri, badan sakit, gejala seperti flu, mual, diare, muntah, dan lainnya), maupun secara psikis (sulit tidur, gelisah, cemas berlebih, kesedihan berlebih, halusinasi, dan lainnya). Pada akhirnya terjadi pengulangan penggunaan NAPZA kembali agar menghilangkan efek putus zat yang tidak menyenangkan tersebut atau sebagai antisipasi agar efek tersebut tidak terjadi lagi. Penggunaan zat kembali juga dilakukan jika ada pikiran, keinginan kuat/*craving* ataupun impulsivitas untuk menggunakan yang diikuti dengan kompulsi untuk melakukannya.

Umumnya pengguna sudah mengetahui dampak buruk penggunaan NAPZA, baik konsekuensi kesehatan maupun hukum, namun mereka tetap menggunakannya karena sudah terjadi siklus adiksi ini (Heilig & Barbier, 2022; Stahl, 2021).

Namun demikian, faktor neurotransmitter saja tidak cukup menjelaskan kompleksitas adiksi. Kerentanan terhadap ketergantungan juga dipengaruhi oleh faktor biologis lainnya, faktor psikologis, dan sosial (Miles, 2020).

1. Faktor Biologis

Faktor biologis mencakup predisposisi genetik, usia pertama kali terpapar NAPZA, adanya komorbiditas penyakit ataupun gangguan jiwa lainnya. Individu dengan riwayat keluarga adiksi memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan penggunaan NAPZA sampai 1:2. Ini artinya jika seorang ayah mengalami adiksi NAPZA tertentu, setiap 1 dari 2 anaknya memiliki potensi mengalami adiksi juga. Faktor usia pertama kali menggunakan akan meningkatkan risiko adiksi yang lebih tinggi dan prognosis lebih buruk. Adanya komorbiditas gangguan psikiatrik lainnya (gangguan bipolar, depresi, cemas, psikotik, insomnia, gangguan pemusatan perhatian dan perilaku, gangguan kepribadian), serta penyakit fisik (obesitas, penyakit berat seperti kanker, autoimun, nyeri kronis) (“Biopsychosocial Model of Addiction,” 2009).

2. Faktor Psikologis

Dari sisi psikologis, adiksi sering berkaitan dengan kesulitan regulasi emosi, impulsivitas, harga diri rendah, mekanisme koping yang kurang baik dalam menghadapi stres, pola asuh otoriter (terlalu kaku dan tidak ada kehangatan), permisif (segala hal diperbolehkan/dimanjakan), serta tidak konsisten (misalnya ayah memperbolehkan, ibu melarang),

pengalaman traumatis selama masa kanak hingga dewasa, penelantaran, riwayat kekerasan dan pelecehan. Banyak pasien dalam praktik klinis menggunakan NAPZA sebagai cara cepat untuk meredakan penderitaan emosional, meskipun bersifat sementara dan berujung pada siklus ketergantungan (Heilig & Barbier, 2022; Miles, 2020).

3. Faktor Sosial

Faktor sosial meliputi lingkungan keluarga yang disfungsional ataupun kurang suportif, lingkungan keluarga/teman sebaya sesama pemakai, kemudahan akses, adanya dukungan finansial untuk membeli, serta norma sosial yang permisif terhadap penggunaan alkohol atau zat tertentu. Stigma dan diskriminasi terhadap pengguna NAPZA juga dapat memperburuk kondisi dengan menghambat akses terhadap pengobatan dan dukungan sosial (Miles, 2020).

Gejala

Gangguan akibat zat mencakup adiksi, intoksikasi, putus zat, dan gangguan mental akibat zat (contoh gangguan psikotik/depresi yang diinduksi zat). Diagnosis adiksi dapat ditegakkan jika ditemukan tiga atau lebih gejala dalam kurun waktu satu tahun:

1. Adanya keinginan yang kuat atau dorongan yang memaksa (kompulsi) untuk menggunakan zat.
2. Kesulitan dalam mengendalikan perilaku menggunakan zat sejak awal, usaha penghentian atau tingkat penggunaannya.
3. Keadaan putus zat secara fisiologis Ketika penghentian penggunaan zat atau pengurangan, terbukti orang tersebut menggunakan zat atau golongan zat yang sejenis dengan tujuan menghilangkan atau menghindari terjadinya gejala putus zat.

4. Adanya bukti toleransi, berupa peningkatan dosis zat psikoaktif yang diperlukan guna memperoleh efek yang sama yang biasanya diperoleh dengan dosis lebih rendah.
5. Secara progresif mengabaikan alternatif menikmati kesenangan karena penggunaan zat psikoaktif lain, meningkatnya jumlah waktu yang diperlukan untuk mendapatkan atau menggunakan zat atau pulih dari akibatnya.
6. Terus menggunakan zat meskipun ia menyadari adanya akibat yang merugikan kesehatannya (APA, 2022).

Pada intoksikasi harus ada bukti bahwa individu tersebut baru saja menggunakan zat dalam jumlah banyak atau lebih banyak daripada biasanya. Gejala intoksikasi yang dialami tergantung zat yang dikonsumsi yang dapat juga sampai menyebabkan kematian, misalnya pada intoksikasi opioid dan kokain (Ericson et al., 2024; Park et al., 2010). Pada putus zat, harus ada bukti bahwa individu tersebut rutin menggunakan suatu zat dan berhenti beberapa jam atau hari sehingga muncul gejala putus zat, baik gejala fisik maupun psikis. Gejala putus zat sangat bervariasi tergantung jenis zat yang digunakan. Gejala putus zat yang berat bisa sampai kondisi delirium maupun kejang, misalnya pada putus zat alkohol. Tanda-tanda fisiologis putus obat yang jelas dan umumnya lebih khas dan sering terjadi pada alkohol, opioid, dan obat sedatif hipnotik dan ansiolitik. Tanda dan gejala putus obat dengan stimulant serta tembakau dan ganja, seringkali ada tetapi kurang khas gejalanya (APA, 2022).

Pada penggunaan zat, baik dalam keadaan intoksikasi, putus zat, maupun adiksi, dapat mengakibatkan gejala gangguan mental, seperti gejala gangguan cemas, psikotik, depresi, bipolar. Pada penelitian metaanalisis

oleh Laili dkk menunjukkan 66.7% pengguna zat berisiko mengalami gangguan bipolar dan risiko terbesar sebesar 55.6% dan 50% pada pengguna kanabis dan obat yang diresepkan (Lalli et al., 2021). Penelitian lainnya menunjukkan individu yang mengalami gangguan psikotik yang diinduksi zat berisiko mengalami gangguan depresi ataupun gangguan cemas di kemudian hari (Hjorthøj et al., 2021), sedangkan penelitian lainnya menunjukkan 32.2% gangguan psikotik yang diinduksi zat dapat berkembang menjadi skizofrenia ataupun gangguan bipolar (Fiorentini et al., 2021). Semua data-data gejala ini diambil secara autoanamnesis, aloanamnesis, pemeriksaan fisik dan psikiatri (penilaian status mental), rekam jantung, rontgen dada, serta laboratorium jika diperlukan. Pemeriksaan laboratorium darah yang dapat dilakukan seperti darah lengkap, gula darah sewaktu, elektrolit untuk menyingkirkan diagnosis banding dan menentukan tatalaksana selanjutnya.

Tatalaksana

Tatalaksana meliputi psikofarmaka dan non psikofarmaka. Umumnya dimulai dari penilaian kondisi gawat darurat atau bukan yang dinilai dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik (tanda-tanda vital, status generalis, dan pemeriksaan lab sesuai kebutuhan) dan pemeriksaan status mental terlebih dahulu. Jika kondisi gawat darurat, maka tatalaksana psikofarmaka dimulai dari memastikan *airway, breathing, circulation* aman terlebih dahulu dengan memberikan oksigen dan infus cairan. Tatalaksana berikutnya adalah simptomatik sesuai gejala. Misalnya pada kondisi intoksikasi maupun putus zat yang ada suhu tinggi, maka dapat diberikan infus cairan secara drip dan obat penurun panas seperti Paracetamol IV drip untuk menurunkan suhu tinggi. Jika ada tekanan darah tinggi, dapat diberikan obat anti hipertensi yang tersedia di IGD, seperti

Nicardipin/Clonidin/Nifedipin. Jika ada kondisi hipoglikemi atau dehidrasi, misalnya pada intoksikasi alkohol, maka perlu diberikan cairan dan glukosa 5% (Sarkar et al., 2023).

Jika ada gejala psikotik maupun agitasi, dapat diberikan golongan antipsikotik generasi II/atipikal, seperti Risperidon 2 x 1 mg atau Quetiapin 2 x 100 mg atau Aripiprazol 1 x 5 mg atau Olanzapin 1 x 5 mg. Obat dimulai dari dosis kecil terlebih dahulu dan mempertimbangkan gejala, risiko yang ada pada individu tersebut dan manfaatnya. Jika ada gejala agitasi yang sampai gaduh gelisah dan tidak kooperatif, maka dapat diberikan pengobatan yang melalui jalur injeksi intramuskular, seperti Haloperidol 5 mg atau Olanzapin 5 mg (Liu, 2021; Sarkar et al., 2023). Jika ada gejala depresi, maka dapat diberikan antidepresan golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) seperti Sertraline 1 x 50 mg, Fluoxetine 1 x 10 mg, Escitalopram 1 x 5 mg. Jika ada percobaan bunuh diri, maka ada indikasi untuk dilakukan rawat inap untuk pencegahan tindakan tersebut dilakukan. (Clinical Guideline Committee (CGC) Members et al., 2024).

Selain pengobatan, aspek non-psikofarmaka sangat penting dalam penanganan pasien dengan gangguan penggunaan zat, terutama psikoterapi seperti terapi kognitif perilaku dan terapi dialektikal perilaku (Labbe et al., 2023). Terapi kognitif perilaku dapat membantu meningkatkan abstinensi jangka pendek pada pengguna stimulan untuk membantu mengidentifikasi dan memodifikasi pikiran serta perilaku yang disfungsi. Teknik psikoterapi ini membantu individu agar memiliki strategi koping yang lebih baik dalam mengatasi masalahnya sehingga meningkatkan abstinensi dan mencegah relaps (Kim et al., 2025; Labbe et al., 2023). Terapi dialektikal perilaku membantu individu dengan

komorbiditas depresi atau gangguan kepribadian ambang dalam menurunkan gejala depresi serta memiliki mekanisme koping yang lebih baik (Buono et al., 2021).

Daftar Pustaka

- APA. (2022). Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth edition text revision (DSM-5-TR). *APA Publishing*, 5 TR.
- Biopsychosocial Model of Addiction. (2009). In G. Fisher & N. Roget, *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, & Recovery*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412964500.n47>
- Buono, F. D., Larkin, K., Rowe, D., Perez-Rodriguez, M. M., Sprong, M. E., & Garakani, A. (2021). Intensive Dialectical Behavior Treatment for Individuals With Borderline Personality Disorder With and Without Substance Use Disorders. *Frontiers in Psychology*, 12, 629842. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.629842>
- Ciucă Anghel, D.-M., Nițescu, G. V., Tiron, A.-T., Guțu, C. M., & Baconi, D. L. (2023). Understanding the Mechanisms of Action and Effects of Drugs of Abuse. *Molecules (Basel, Switzerland)*, 28(13), 4969. <https://doi.org/10.3390/molecules28134969>
- Clinical Guideline Committee (CGC) Members, ASAM Team, AAAP Team, & IRETA Team. (2024). The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder. *Journal of Addiction Medicine*, 18(1S Suppl 1), 1–56. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000001299>
- De Araújo Costa, D., Ribeiro, K. M., De Oliveira Parnaíba, A. L., De Oliveira, A. K. A., Da Silva Barbosa, B., De Paula, G. L. F. R., Nogueira, P. S. F., & De Mendonça Figueirêdo Coelho, M. (2025). Prevalence of Alcoholism in Adults Worldwide: Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-025-01467-5>
- Ellis, R. A., Bailey, A. J., Jordan, C., Shapiro, H., Greenfield, S. F., & McHugh, R. K. (2024). Gender differences in illicit drug access, use and use disorder: Analysis of National Survey on Drug Use and Health

- data. *Journal of Psychiatric Research*, 175, 118–122.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.05.017>
- Ericson, Ø. B., Eide, D., Lobmaier, P., & Clausen, T. (2024). Mortality risk and causes of death among people who use opioids in a take-home naloxone cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 255, 111087.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.111087>
- Fiorentini, A., Cantù, F., Crisanti, C., Cereda, G., Oldani, L., & Brambilla, P. (2021). Substance-Induced Psychoses: An Updated Literature Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 694863.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.694863>
- Heilig, M., & Barbier, E. (2022). Cycles of addiction and loneliness. *Neuron*, 110(24), 4035–4037.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2022.12.002>
- Heinz, A., Gül Halil, M., Gutwinski, S., Beck, A., & Liu, S. (2022). ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit. *Der Nervenarzt*, 93(1), 51–58. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01071-7>
- Hjorthøj, C., Arnfred, B., Behrendt, S., Møller, S. B., & Nordentoft, M. (2021). Substance-induced psychosis as a risk factor for unipolar depression or anxiety disorders—A nationwide register-based prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 295, 960–966. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.004>
- Kim, J., Kwak, J., Jeong, H., Kim, N. J., Lee, S.-Y., Kim, Y., Kim, J., Han, S., Chun, H., Park, K. J., Lee, S.-B., Kim, G., Lee, H. K., & Yim, H. W. (2025). Efficacy of cognitive behavioral therapy for stimulant use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1695702.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1695702>
- Labbe, A. K., Johnson, D. P., Lynch, T., Yeterian, J. D., & Kelly, J. F. (2023). Cognitive-Behavioral Approaches for the Treatment of Substance Use Disorders and Co-occurring Mental Health Conditions. In S. E. Sprich, T. Petersen, & S. Wilhelm (Eds.), *The Massachusetts*

- General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 291–307). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-29368-9_20
- Lalli, M., Brouillette, K., Kapczinski, F., & de Azevedo Cardoso, T. (2021). Substance use as a risk factor for bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 285–295. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.10.012>
- Liu, M. T. (2021). Pharmacotherapy treatment of stimulant use disorder. *The Mental Health Clinician*, 11(6), 347–357. <https://doi.org/10.9740/mhc.2021.11.347>
- Miles, E. (2020). Biopsychosocial Model. In M. D. Gellman (Ed.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 259–260). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_1095
- Park, J. M., Donovan, A. L., Park, L., & Prager, L. M. (2010). Emergency Psychiatry. In *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry* (pp. 527–540). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1927-7.00039-X>
- Sarkar, S., Bhatia, G., & Dhawan, A. (2023). Clinical Practice Guidelines for Assessment and Management of Patients with Substance Intoxication Presenting to the Emergency Department. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(2), 196–211. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_490_22
- Stahl, S. M. (2021). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Vol. 5th edition*. Cambridge University Press. <https://www.perlego.com/book/4230556/stahls-essential-psychopharmacology-neuroscientific-basis-and-practical-applications-pdf>
- Whitley, R. (2021). Wasted Lives: Substance Abuse, Substance Use Disorder and Addictions in Men. In R. Whitley, *Men's Issues and Men's Mental Health* (pp.

45–69). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-86320-3_3

Profil Penulis



dr. Daniella Satyasari, SpKJ., AIFO-K.

Penulis di lahirkan di Jakarta pada tanggal 5 Mei 1989. Penulis menaruh ketertarikan pada bidang psikiatri, terutama psikiatri adiksi. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Kedokteran di Universitas Tarumanegara dan lulus pada tahun 2013. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan spesialis kedokteran jiwa di Universitas Indonesia pada tahun 2016 hingga 2020. Saat ini, penulis merupakan salah satu dosen pengajar di Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti dan berprofesi sebagai psikiater di Balai Besar Rehabilitasi BNN Lido, serta Apotek Satrio Farma. Bidang riset utama penulis meliputi adiksi dan kognitif. Penulis pernah mempublikasikan sejumlah penelitian ilmiah nasional/internasional yang dapat dilihat di <https://orcid.org/0000-0002-8415-3893>.

Email Penulis : daniella.satyasari@trisakti.ac.id

KESEHATAN JIWA PADA KELOMPOK RENTAN (REMAJA, LANSIA, PEKERJA DAN IBU HAMIL)

Inne Ariane Gobel, S.KM., M.KL.
Universitas Muhammadiyah Gorontalo

Kesehatan Jiwa

Kesehatan merupakan keadaan Sejahtera dari fisik, mental dan social yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara social dan ekonomi. Kesehatan tidak hanya menyangkut aspek fisik tapi juga menyangkut aspek psikologis. Sementara Kesehatan jiwa Adalah kondisi sehat emosional, psikologis, dan social yang terlihat dari hubungan interpersonal, perilaku dan coping yang efektif, kemudian konsep diri yang positif dan stabilnya emosi (Deloitte, 2022).

Kesehatan jiwa atau biasa disebut dengan Kesehatan mental adalah suatu pengetahuan dan perbuatan yang memiliki tujuan untuk mengembangkan dan memanfaatkan segala kapasitas, kreatifitas, energi dan dorongan yang ada semaksimal mungkin sehingga membawa pada kebahagiaan diri dan orang lain serta terhindar dari gangguan. Orang yang sehat secara mental mempunyai sikap menghargai diri sendiri, memahami dan menerima keterbatasan diri sendiri dan keterbatasan

orang lain, memahami kenyataan bahwa semua tingkah laku pada penyebabnya dan memahami dorongan aktualisasi diri. Sebaliknya orang yang dikatakan tidak sehat secara mental adalah ia mempunyai emosi yang tidak terkendali, usia yang tidak matang dapat mempengaruhi kepribadian, tidak mampu menghadapi tekanan hidup, dan mempunyai Tingkat kecurigaan yang tinggi pada orang lain, memiliki sifat agresif (Kusuumawaty., I, et al. 2021).

Seseorang dengan masalah gangguan jiwa berbeda dengan orang dengan gangguan jiwa. Orang dengan masalah kejiwaan adalah orang yang sedang berada dalam kondisi rentan mengalami gangguan jiwa. Misalnya orang-orang mengalami penyakit kronis, dimana dia rentan mengalami depresi, cemas dan stress karena penyakitnya. Contoh lainnya adalah orang-orang yang baru mendapatkan musibah seperti kebakaran, bercerai, orang yang kena PHK dll. Sementara orang dengan gangguan kejiwaan adalah orang-orang yang memiliki gangguan pada fungsi pikir, perasaan serta perilakunya. Orang yang sedang mengalami gangguan jiwa ini dapat ditandai dengan kondisi penurunan kualitas hidup yang bersangkutan. Contohnya jika seseorang yang tengah mengalami perasaan sedih. Perasaan sedih dapat menghambat yang bersangkutan melaksanakan aktivitas sehari-hari seperti makan dll maka orang tersebut sedang mengalami gangguan jiwa (Fakhriyanti, 2019).

Aspek Kesehatan Jiwa

Untuk mengetahui apakah seseorang sehat atau tidak sehat jiwanya dapat dilihat dari 4 Aspek menurut Ayuningtyas, D & Rahyani, M. 2018 yaitu :

1. Aspek perasaan, sehat atau tidak sehatnya jiwa seseorang dapat dilihat dari ada tidaknya kondisi gangguan perasaan seperti iri hati, sedih, cemas, merasa harga diri rendah, pemaarah, ragu dan bimbang.

2. Aspek Pikiran, sehat atau tidak sehatnya jiwa seorang dilihat dari ada tidaknya kondisi gangguan pikiran seperti sulit berkonsentrasi, kemampuan berpikir menurun, dan sering lupa akan sesuatu.
3. Aspek Kelakuan, sehat atau tidak sehatnya jiwa seorang dilihat dari ada tidaknya kondisi gangguan seperti suka mengganggu ketenangan dan hak orang lain, mencuri, menyakiti dan memfitnah.
4. Aspek Kesehatan Badan, sehat atau tidak sehatnya jiwa seorang dapat dilihat dari ada atau tidaknya penyakit yang menyebabkan gangguan Kesehatan seperti jantung berdebar, mual dan muntah, pusing.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan jiwa

Menurut Kartono, K. 2000 ada tiga factor yang mempengaruhi Kesehatan jiwa seseorang antara lain :

1. Faktor Biologis

Faktor ini dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan seseorang. Tubuh seseorang pada dasarnya tidak lepas dari Kesehatan jiwa secara keseluruhan. Kesehatan jiwa secara langsung dan tidak langsung dipengaruhi oleh factor biologis antara lain genetika, kemampuan persepsi sensori, dan kehamilan.

2. Faktor Psikologis

Psikologi merupakan satu kesatuan dengan system biologis sebagai subsistem dari ekstensi manusia, maka aspek psikis selalu berinteraksi dengan keseluruhan aspek kemanusiaan. Pengalaman individu dapat memberikan dampak psikologis dan memungkinkan munculnya stress pada individu. Beberapa kejadian tersebut antara lain perubahan hidup secara mendadak, masa transisi, sampai krisis kehidupan berupa perubahan status radikal dalam kehidupan seseorang.

3. Faktor Sosial Budaya

Lingkungan social memiliki peran besar dalam mempengaruhi Kesehatan jiwa seseorang. Ada dua pandangan hubungan interaksi social dengan gangguan jiwa. Pertama Teori psikodinamik mengemukakan bahwa orang yang mengalami gangguan emosional dapat berakibat pada pengurangan interaksi social, hal ini dapat diketahui dari perilaku regresi sebagai akibat dari adanya sakit mental. Kedua rendahnya interaksi social itulah yang menimbulkan adanya gangguan jiwa. Perubahan social juga dapat menimbulkan kepuasan bagi Masyarakat karena sesuai dengan yang diharapkan dan dapat meningkatkan keutuhan Masyarakat dalam hal ini dapat meningkatkan Kesehatan jiwa mereka. Akan tetapi di sisi lain dapat berakibat Masyarakat mengalami kegagalan dalam penyesuaian perubahan tersebut.

Kesehatan Jiwa pada Remaja

Kesehatan jiwa bukan hanya membahas tentang masalah gangguan jiwa namun kelompok sehat dan resiko juga perlu diketahui agar masyarakat mendapatkan tindakan yang tepat, salah satunya adalah kesehatan jiwa pada remaja. Masa remaja merupakan periode perkembangan antara masa kanak-kanak dan dewasa yang umumnya berlangsung dari usia 10 hingga 19 tahun dan pada fase ini sangat penting bagi seseorang dimana mereka mengalami banyak perubahan fisik, emosional, social dan kognitif. Saat memasuki masa ini, remaja akan mengalami proses perubahan perkembangannya, sehingga remaja diharapkan mampu beradaptasi dengan dirinya sendiri untuk menghindari gangguan perubahan psikologis seperti kesehatan jiwa. (Al-Zawaadi, A, et al. 2021). Pada perkembangannya, remaja memiliki tugas perkembangan

yang harus mereka penuhi akan tetapi beberapa remaja dihadapkan pada berbagai macam masalah yang mempengaruhi kemampuan remaja dalam mencapai tugas perkembangannya. Ketidakmampuan remaja mengatasi masalah dan hambatan dengan baik dapat berdampak pada timbulnya masalah Kesehatan emosional.

Tanda-tanda Masalah Kesehatan Jiwa pada Remaja

Adapun beberapa tanda-tanda masalah kesehatan jiwa pada remaja menurut Islam, M.I et al (2020) dibagi menjadi beberapa yaitu

1. Remaja mengalami perubahan sikap dan perilaku. Perubahan ini mudah disadari dan dapat diamati melalui aktivitas sehari-hari baik di rumah atau di sekolah.
2. Perubahan Mood. Suasana hati atau mood dapat berubah tiba-tiba. Kondisi ini dapat berlangsung sebentar hingga dalam waktu jangka Panjang yang dapat mengakibatkan masalah pada hubungan dengan keluarga atau teman sebaya. Ini merupakan gejala umum depresi, ADHD hingga Bipolar.
3. Adanya penurunan prestasi akademik pada anak. Remaja yang mengalami gangguan jiwa cenderung sulit focus atau konsentrasi dalam waktu yang lama. Selain itu remaja juga memiliki kesulitan untuk duduk diam dan membaca.
4. Terjadi gangguan atau perubahan pola tidur dan makan. Gangguan makan, stress hingga depresi dapat menjadi penyebab remaja kehilangan nafsu makan, susah tidur.
5. Suka menyakiti diri sendiri. Perhatikan saat remaja sering mengalami kekhawatiran serta rasa takut berlebih. Perasaan ini dapat berujung pada

keinginannya untuk menyakiti diri sendiri. Biasanya ini menjadi akumulasi dari perasaan stress serta menyalahkan diri sendiri Karena gangguan mental juga mengakibatkan remaja sulit mengelola emosi.

Sangat penting untuk memperhatikan perubahan perilaku yang signifikan dan berlangsung lama karena bisa menjadi tanda masalah Kesehatan jiwa yang perlu ditangani dikemudian hari.

Secara keseluruhan dampak gangguan jiwa pada remaja tidak hanya terbatas pada individu yang mengalaminya tetapi juga menyebar ke lingkungan sekitar, mempengaruhi kesejahteraan social dan ekonomi secara luas.

Upaya Pencegahan dan Penanganan Kesehatan Jiwa pada Remaja

Menurut Indarjo, S. 2011 untuk mencegah gangguan jiwa diperlukan beberapa Upaya secara menyeluruh yaitu :

1. Pendidikan Kesehatan jiwa, guru dan konselor memiliki peran penting dalam memberikan edukasi dan bimbingan psikologi.
2. Keluarga memiliki peran aktif yaitu orang tua perlu menciptakan lingkungan yang harmonis, komunikasi terbuka, memberikan dukungan dan menghindari tekanan yang berlebih.
3. Remaja perlu diajarkan literasi digital agar dapat menggunakan social media dengan bijak dan sesuai usianya.
4. Pelayanan konseling dan pendampingan tenaga profesional di sekolah dan Lembaga Kesehatan lainnya.

Kesehatan Jiwa pada Lansia

Proses menua merupakan proses alami yang dihadapi manusia dimana dalam proses ini lansia mengalami perubahan dan penurunan kondisi fisik, psikologi maupun social yang saling berinteraksi satu sama lain. Lansia berpotensi mengalami masalah Kesehatan baik fisik maupun mental akibat kehilangan pekerjaan karena pension atau masalah finansial produktifitas yang menurun sehingga kegiatan yang biasa dilakukan berkurang akibat adanya perubahan status social dari kondisi sebelumnya (WHO, 2014).

Penduduk dengan usia diatas 65 tahun merupakan kelompok dengan prevalensi gangguan mental tertinggi dari segala kelompok umur. Kejadian gangguan jiwa pada kelompok lansia ini juga didorong oleh kondisi Kesehatan yang menurun serta kebutuhan akan perhatian atau dukungan social pada lansia yang cenderung meningkat.

Penyakit degeneratif juga mempengaruhi Kesehatan jiwa seperti demensia vaskuler, Alzheimer, dan Parkinson sering menyebabkan penurunan fungsi kognitif dan emosional. Kondisi ini dapat menurunkan kemampuan dan fungsi lansia sehari-hari yang disertai dengan masalah Kesehatan lainnya seperti kecemasan dan depresi. Penurunan kognitif ini membuat deteksi dini menjadi tantangan, karena gejala Kesehatan jiwa sering kali mengalami tumpang tindih dengan gejala penyakit fisik lainnya (Yusuf, A. 2015).

Jenis-jenis Gangguan Jiwa pada Lansia

Beberapa gangguan jiwa yang sering terjadi pada lansia menurut Pradina et al (2022) antara lain :

1. Gangguan Kecemasan ditandai dengan perasaan khawatir berlebihan terhadap suatu kejadian, sulit tidur sepanjang malam, rasa tegang dan mudah

marah, sering membayangkan hal-hal yang menakutkan, sering mengeluh akan penyakit yang sebenarnya tidak diderita oleh lansia

2. Gangguan depresi ditandai dengan sulit tidur, nyeri otot dan sendi, cemas, kurang nafsu makan.
3. Gangguan stress yang disebabkan kondisi fisik yang menurun, ketakutan ditinggalkan pasangan atau anak, keluarga yang kurang perhatian dengan kondisi lansia, kondisi lingkungan yang berubah.

Upaya Pencegahan dan penanganan Kesehatan jiwa pada lansia

Menurut Annisa et al (2016) Upaya pencegahan dan penanganan kesehatan jiwa pada lansia dibagi menjadi :

1. Mensyukuri dan menyadari bahwa masa lansia merupakan proses alamiah yang pasti dialami setiap orang.
2. Tetap melakukan kegiatan yang positif dan produktif yang bisa mendorong dan merangsang semangat hidup.
3. Ikut serta dalam kegiatan keagamaan dan kegiatan social yang melibatkan lansia
4. Tidak menarik diri dalam kegiatan social
5. Selalu menjalin komunikasi dengan pasangan, anak, keluarga dalam menghadapi masa lansia.
6. Lakukan konsultasi dengan tenaga Kesehatan, psikiater atau psikolog jika menemukan tanda dan gejala gangguan jiwa.

Kesehatan Jiwa pada Pekerja

Gangguan Kesehatan jiwa pada pekerja menurut data Mental Health America tahun 2019 ditemukan hampir

Sembilan dari sepuluh pekerja global melaporkan bahwa stress dan tekanan di tempat kerja mempengaruhi Kesehatan jiwa pekerja. Kesehatan jiwa juga dinilai dapat merugikan perekonomian secara menyeluruh. Menurut World Health Organization (2022) menyatakan bahwa terdapat potensi kerugian sebesar satu triliun USD per tahun akibat hilangnya produktifitas pekerja karena kesehatan jiwa pekerja yang buruk. Hal ini menjadi urgensi untuk mendorong perlunya memberikan perhatian khusus dan penanganan terhadap isu Kesehatan jiwa pekerja. Dalam hal ini kondisi tempat kerja yang tidak mendukung dapat menghambat produktifitas pekerja karena menimbulkan rasa tidak nyaman bagi pekerja, yang akhirnya berdampak negative tidak hanya untuk pekerja itu sendiri tapi juga merugikan Perusahaan dan perekonomian skala besar (Safrudin, R & Suryani, T. 2023).

Jenis-Jenis Gangguan Jiwa di Tempat Kerja

Gangguan jiwa ditempat kerja terdiri dari beberapa jenis menurut Aura, et al (2024) antara lain :

1. Kecemasan, biasanya muncul sebagai kekhawatiran berlebihan tentang kinerja, takut melakukan kesalahan, kesulitan bersosialisasi dengan rekan kerja. Serangan panik dapat menjadi gejala dari gangguan kecemasan yang parah.
2. Burnout seringkali muncul dikarenakan kondisi kelelahan fisik, emosional dan mental yang parah akibat stress kerja yang berkepanjangan dan tidak ditangani. Biasanya ditandai dengan perasaan sinis terhadap pekerjaan, penurunan kinerja dan kurangnya energi.

3. Stress kerja sering kali muncul sebagai respon alami tubuh terhadap tekanan atau tuntutan pekerjaan berlebihan yang dapat menyebabkan kelelahan, sulit tidur, sakit kepala dan masalah pencernaan.
4. Gangguan panik, serangan panik ditempat kerja bisa terjadi secara tiba-tiba yang dapat menimbulkan gejala fisik seperti sesak napas, detak jantung cepat, nyeri dada, rasa takut. Pemicunya bisa macam-macam termasuk tekanan kerja dan konflik dengan teman kerja.

Individu dengan Kesehatan jiwa baik cenderung memiliki konsentrasi tinggi, tidur yang cukup dan mampu menikmati aktivitas sehari-hari. Sebaliknya ketidakseimbangan kehidupan kerja berpotensi menimbulkan stress kronis dan penurunan makna hidup.

Dampak Gangguan Kesehatan jiwa

Menurut Achmad et al (2019) dampak gangguan Kesehatan jiwa dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Bagi pekerja, dapat menurunkan produktivitas, kualitas kerja yang buruk, sering absen, hubungan dengan sesama rekan kerja terganggu, kualitas hidup juga pasti menurun.
2. Bagi Perusahaan atau kantor, dapat meningkatkan biaya Kesehatan, Tingkat turnover karyawan yang tinggi, penurunan moral dan motivasi tim kerja, hilangnya potensi inovasi dan kreatifitas pekerja, dan reputasi Perusahaan berdampak negative di masyarakat.

Cara Mengelola Kesehatan Jiwa Pekerja

Walaupun tantangan Kesehatan jiwa di tempat kerja cukup besar, ada berbagai cara yang bisa diterapkan untuk mengantisipasi dan mengelola masalah Kesehatan jiwa di tempat kerja Menurut (Safrudin, R & Suryani, T. 2023) seperti:

1. Kenali apa saja yang menjadi pemicu stress atau kecemasan di tempat kerja
2. Belajar mengatakan “Tidak” pada tugas tambahan jika merasa terbebani.
3. Hindari bekerja diluar jam kantor.
4. Luangkan waktu untuk hobi, bersosialisasi dan olahraga.
5. Pastikan memiliki waktu istirahat yang cukup.
6. Berbicara dengan atasan tentang beban kerja atau masalah yang sedang dihadapi.
7. Berbagi cerita dengan rekan kerja, teman atau keluarga dapat meringankan beban.
8. Aktifitas fisik dan pola makan yang baik memiliki dampak positif pada Kesehatan jiwa.
9. Latih pernapasan dalam, meditasi dan yoga untuk mengelola stress dan kecemasan.
10. Apabila terjadi sesuatu yang tidak diinginkan jangan ragu mencari bantuan dari psikolog atau psikiater jika merasa kesulitan mengelola kondisi mental.

Kesehatan Jiwa pada Ibu Hamil

Kehamilan merupakan periode kehidupan yang penuh tantangan yang menuntut penyesuaian fisik, psikologis, dan social untuk peran baru sebagai ibu. Pada masa kehamilan Adalah masa peralihan menjadi seorang ibu yang mengalami beberapa perubahan signifikan dalam berbagai aspek kehidupan. Dampak positif dan negative pada kehidupan Wanita akan dialami selama masa kehamilan, salah satunya kerentanan dalam hal Kesehatan jiwa yang dapat berujung ke masalah Kesehatan seperti stress, kecemasan dan depresi. Gangguan jiwa selama kehamilan dapat meningkatkan

risiko pada janin berupa perkembangan janin yang buruk, kelahiran premature atau BBLR. Periode kehamilan dan persalinan pada Wanita menempatkan mereka pada kondisi yang rentan terjadinya gangguan psikologi. (Kartika Adyani, et al. 2023).

Faktor Pemicu Gangguan Kesehatan Jiwa pada Masa Kehamilan

Beberapa factor yang menjadi pemicu gangguan Kesehatan jiwa menurut Rizky dan Endang, (2016) antara lain :

1. Kehamilan pada usia remaja
2. Pengalaman pernah mengalami trauma baik fisik, emosi atau kekerasan seksual
3. Memiliki Riwayat ketergantungan obat
4. Perilaku merokok
5. Kurangnya dukungan social
6. Menjadi orang tua Tunggal saat hamil
7. Status ekonomi rendah
8. Pernah mengalami KDRT
9. Pengobatan depresi yang tidak tuntas.

Gangguan Kesehatan Jiwa pada Ibu Hamil

Ada beberapa gangguan Kesehatan jiwa pada ibu hamil yang dapat terjadi seperti :

1. Depresi
2. Panic disorder
3. OCD
4. Gangguan Pola Makan
5. Gangguan Bipolar
6. Skizofrenia.

Gangguan jiwa yang dialami saat kehamilan juga dapat mempengaruhi kondisi Kesehatan bayi. Pada beberapa penelitian yang dilakukan pada ibu hamil yang memiliki gejala gangguan jiwa, didapatkan berat bayi Ketika lahir rendah. Gejala depresi lebih banyak terjadi pada kelompok ibu yang melahirkan bayi dengan kondisi BBLR.

Cara Menjaga Kesehatan Jiwa Saat Hamil

Menurut Arinda, Y.,D & Herdayati, M (2021) Menjaga Kesehatan jiwa ibu hamil dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain :

1. Sering berkomunikasi dengan bayi. Saat usia 23 minggu kehamilan bayi dalam kandungan sudah bisa mendengar suara. Jadi luangkan waktu untuk berinteraksi dengannya, misalnya mengobrol, menyanyi dan membacakan dongeng untuknya. Hal ini baik untuk menjalin ikatan dengan anak dan juga membantu ibu merasa lebih positif terhadap kehamilan
2. Konsumsi makanan bergizi seimbang. Konsumsi makanan yang mengandung protein, karbohidrat, serat dan lemak sehat serta vitamin dan mineral sangat bermanfaat untuk pikiran, tubuh dan bayi. Konsumsi air putih minimal 1,5 liter setiap hari.
3. Melakukan olahraga ringan. Walaupun sedang hamil cobalah lakukan olahraga ringan yang cocok untuk kehamilan. Olahraga dapat meningkatkan serotonin dan endorphin yang dapat membangkitkan mood sehingga dapat terhindar dari stress selama kehamilan. Melakukan yoga atau berjalan-jalan santai di alam terbuka dapat dilakukan.
4. Istirahat yang cukup juga menjadi salah satu cara menjaga Kesehatan mental. Jika terlalu banyak begadang atau kurang tidur pada malam hari,

cenderung akan merasa lebih lelah dan mudah tersinggung keesokan harinya. Idealnya ibu hamil tidur 7 – 8 jam setiap malam.

5. Bersikap terbuka pada dokter dan pasangan. Jika kekhawatiran terkait kehamilan, dokter mungkin bisa membantu.

Daftar Pustaka

- Achmad, G. N. & Pongtuluran, Y. 2019. Kinerja yang dipengaruhi karakteristik individu dan organisasi serta gaya kepemimpinan karyawan swasta. *Jurnal Manajemen*, 11(2), 237 – 245.
- Adolescents in Greater London: A Cross Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12 (March), 1 – 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.592624>
- Al-Zawaadi, A., Hesso, I.,& Kayyali, R. 2021. Mental Health Among School Doing.
- Annisa, D. F.,& Ildil, I. 2016. Konsep Kecemasan (Anxiety) pada Lanjut Usia (Lansia). *Konselor*. <https://doi.org/10.24036/02016526480-0-00>
- Arinda, Y. D. & Herdayati, M. 2021. Masalah kesehatan mental pada wanita hamil selama pandemi Covid 19. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 6(1), 32. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.62784>
- Aura, R., & Hutahaean, E. S. H. 2024. Pengaruh Work Life Balance terhadap kepuasan kerja pada generasi Z. *Journal of sharia economics Scholar*, 2(4).
- Ayuningtyas, D. & Rayhani, M. 2018. Analisis situasi kesehatan mental pada masyarakat di Indonesia dan Strategi Penanggulangannya. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 1-10.
- Deloitte. 2022. *Mental health and employers The case for investment-pandemic and beyond*. March.
- Fakhriyanti, D. V. 2019. Kesehatan Mental (Vol. 124). Duta Media Publishing.
- Indarjo, S. 2011. Kesehatan Jiwa Remaja. KEMAS. : *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 59(1), 48 – 57. <https://doi.org/10.15294/kesmas/v5i1.1860>
- Islam, M. I., Khanaam, R., & Kabir, E. 2020. Bullying Victimization, mental disorders, suicidality and self-harm among Australian high schoolchildren: Evidence from nationwide data. *Psychiatry Research*,

- 292(agusts), 113364.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113364>
- Kartika Adyani, Alfiah Rahmawati, Amelia Pebrianti. 2023. *Influencing Factors Mental Health in Mothers During Pregnancy :Literatur Review*.
- Kartono, K. 2000. Hygiene Mental. Jakarta: Mandar Maju.
- Kusuumawaty, I., et all. 2021. Overview of the characteristics of people with mental disorders and family caregiver. *Proceedings of the First International Conference on Health, Social Sciences and Technology*.
- Pradina, E.I.V., Marti, E.,& Ratnawati, E 2022. Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Lansia di Padukuhan Pranan, Sendangsari, Minggir, Sleman. *Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas*. <https://doi.org/10.22146/jkkk.75227>
- Rizky dan Endang. 2016. Hubungan antara depresi dengan kualitas hidup pada ibu hamil beresiko tinggi. *Jurnal Psikogenesis*, Vol. 4. No 2. Desember.
- Safrudin, R.,&Suryani, T. (2023). Kesehatan mental pekerja di Indonesia: Tantangan dan solusi. *Jurnal Psikologi Industri*, 15(2), 98 – 113.
- WHO. 2014. Kualitas Hidup Lansia.
- Yusuf, A. 2015. Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa. Jakarta: Salemba Medika.

S

Profil Penulis



Inne Ariane Gobel, S.KM., M.KL.

Penulis di lahirkan di Manado pada tanggal 17 April 1988 Jenjang Pendidikan penulis mulai ditempuh dari SD Negeri 54 Kota Manado (1994-1999), lalu SMP Negeri 2 Kota Manado (1999-2002) dan berlanjut ke SMA Negeri 3 Kota Gorontalo (2002-2005) lalu penulis sempat kuliah selama 1 tahun di Program Studi S1 Farmasi Universitas Hasanudin Makassar (2006-2007) kemudian pindah ke Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan dan Keolahragaan Universitas Negeri Gorontalo (2007-2011). Lalu pada tahun 2012-2014 penulis melanjutkan Pendidikan ke Program Magister Kesehatan Lingkungan di Universitas Airlangga Surabaya. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Gorontalo. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Promosi Kesehatan, Kesehatan Keselamatan Kerja dan Kesehatan Lingkungan. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan *book chapter*.

Email Penulis: innearianegobel@umgo.ac.id

SURVEILANS DAN SISTEM INFORMASI KESEHATAN JIWA DI INDONESIA

Bayu Eka Kurniawan, S.Kep., Ns., M.Kep.
Universitas Widya Nusantara

Pendahuluan

Masalah kesehatan jiwa di Indonesia masih menjadi tantangan utama, ditunjukkan oleh tingginya angka gangguan mental emosional serta keterbatasan akses layanan, khususnya di tingkat pelayanan primer dan komunitas. Survei kesehatan terbaru mengindikasikan bahwa banyak remaja dan orang dewasa mengalami masalah kesehatan jiwa, namun sebagian besar belum memperoleh layanan profesional yang memadai, sehingga terjadi kesenjangan antara kebutuhan dan ketersediaan pelayanan kesehatan jiwa (Insana, 2025).

Dalam konteks tersebut, surveilans kesehatan jiwa menjadi sangat penting karena berfungsi untuk memetakan besaran masalah, mendukung deteksi dini, memantau tren gangguan jiwa, serta mengevaluasi efektivitas program dan intervensi secara berkelanjutan. Surveilans yang kuat memungkinkan pengambilan keputusan berbasis bukti dan perencanaan intervensi yang lebih tepat serta responsif terhadap perubahan kebutuhan masyarakat (Windianti et al., 2025).

Sistem informasi kesehatan jiwa menjadi komponen kunci dalam surveilans karena memungkinkan pengumpulan dan pengelolaan data terintegrasi dari berbagai layanan dan survei. Integrasi data ini mendukung analisis beban gangguan jiwa, pola pemanfaatan layanan, serta faktor psikososial yang memengaruhi kesehatan mental masyarakat. Dalam praktik keperawatan jiwa, sistem informasi membantu pendokumentasian asuhan yang sistematis, pemantauan kondisi klien secara berkelanjutan, dan pelaporan data klinis untuk kebutuhan surveilans. Peran ini memperkuat kontribusi perawat jiwa dalam peningkatan mutu layanan, perencanaan berbasis bukti, dan pengembangan kebijakan kesehatan jiwa yang lebih efektif (Fadhil et al., 2025).

Konsep Dasar Surveilans Kesehatan Jiwa

1. Definisi dan Tujuan Surveilans Kesehatan Jiwa

Surveilans kesehatan jiwa merupakan bagian dari surveilans kesehatan masyarakat yang berfokus pada pengumpulan dan analisis data terkait kondisi mental dan gangguan jiwa secara terencana dan berkesinambungan untuk mendukung pengambilan keputusan kesehatan berbasis bukti. Surveilans ini mencakup pemantauan gangguan mental-emosional, faktor risiko psikososial, serta pola pemanfaatan layanan kesehatan jiwa di masyarakat, sehingga perubahan kebutuhan kesehatan jiwa dapat dikenali lebih dini dan direspons secara tepat (*Direktorat Kesehatan Jiwa Kementrian Kesehatan RI, 2022; Ghildayal et al., 2024*)

Tujuan utama surveilans kesehatan jiwa adalah menggambarkan besaran dan tren gangguan jiwa, mengidentifikasi kelompok berisiko, menyediakan dasar data bagi perencanaan dan evaluasi layanan,

serta mendukung respons cepat terhadap peningkatan masalah kesehatan jiwa akibat krisis sosial, bencana, atau kejadian luar biasa lainnya (Torre et al., 2023).

2. Prinsip-Prinsip Surveilans Kesehatan Jiwa

Prinsip surveilans kesehatan jiwa sejalan dengan surveilans kesehatan masyarakat, meliputi pelaksanaan yang berkelanjutan dan sistematis, data yang representatif, sensitif, tepat waktu, serta menjunjung tinggi etika, khususnya privasi dan kerahasiaan pasien. Pengumpulan data dilakukan secara rutin dan terstandar agar perubahan dan tren kesehatan jiwa dalam populasi dapat dipantau secara akurat dari waktu ke waktu. Representativitas data juga penting untuk memastikan bahwa kondisi kelompok berisiko, seperti remaja dan lansia, terwakili secara adil sehingga intervensi yang dirancang tidak bias dan lebih merata (Griffiths et al., 2024).

Selain itu, sistem surveilans harus memiliki sensitivitas dan ketepatan waktu yang memadai agar perubahan signifikan dalam kesehatan jiwa dapat terdeteksi lebih dini dan ditindaklanjuti secara proaktif. Pemanfaatan teknologi informasi, seperti rekam medis elektronik, surveilans berbasis komunitas, dan analisis data digital, dapat melengkapi surveilans konvensional selama keakuratan data dan prinsip etika tetap dijaga (Torre et al., 2023).

Aspek etika dan perlindungan kerahasiaan menjadi perhatian utama dalam surveilans kesehatan jiwa karena tingginya stigma terhadap gangguan mental. Oleh sebab itu, pengelolaan data harus mematuhi standar etika kesehatan masyarakat dan regulasi perlindungan data pribadi untuk mencegah dampak sosial negatif dan diskriminasi terhadap individu yang tercakup dalam sistem surveilans (Torre et al., 2023).

3. Surveilans dalam Konteks Gangguan Jiwa

Surveilans gangguan jiwa dilakukan dengan memantau masalah emosional dan perilaku melalui berbagai sumber data, seperti laporan klinis fasilitas kesehatan, survei kesehatan populasi, serta indikator pemanfaatan layanan, termasuk kunjungan pelayanan primer dan rawat inap psikiatri. Pendekatan ini diperlukan karena gangguan jiwa bersifat kompleks, kronis, dan dipengaruhi banyak faktor, sehingga surveilans harus mampu menggambarkan besaran masalah, faktor risiko, serta pola penggunaan layanan secara menyeluruh melalui integrasi berbagai sumber data (Clark et al., 2024).

Namun, tidak semua kasus gangguan jiwa tercatat dalam sistem kesehatan formal akibat stigma dan keterbatasan akses layanan. Oleh karena itu, surveilans kesehatan jiwa perlu dilengkapi dengan pendekatan inovatif, seperti surveilans digital, aplikasi kesehatan mental, dan pelaporan gejala mandiri, untuk melengkapi data klinis konvensional. Pendekatan ini memberikan gambaran yang lebih utuh tentang kondisi kesehatan jiwa masyarakat serta mendukung intervensi dini dan perumusan kebijakan yang lebih responsif terhadap kebutuhan kesehatan mental (Torre et al., 2023; Ghildayal et al., 2024).

Jenis dan Metode Surveilans Kesehatan Jiwa

1. Surveilans Pasif

Surveilans pasif adalah metode pengumpulan data di mana instansi kesehatan menerima laporan rutin dari fasilitas pelayanan kesehatan tanpa pencarian kasus secara aktif. Informasi yang dihimpun umumnya berasal dari rekam medis dan sistem pelaporan rutin fasilitas kesehatan, sehingga berfungsi memberikan gambaran umum distribusi gangguan jiwa dalam populasi. Pendekatan ini menjadi bagian dari sistem

informasi kesehatan rutin yang digunakan secara luas dalam pemantauan masalah kesehatan jiwa (Nsubuga et al., 2006).

Di Indonesia, surveilans pasif dimanfaatkan untuk memantau kasus gangguan jiwa melalui sistem informasi yang terintegrasi di fasilitas kesehatan primer. Meskipun relatif efisien, metode ini masih menghadapi kendala seperti keterlambatan pelaporan dan potensi under-reporting akibat stigma serta keterbatasan akses layanan kesehatan jiwa (Direktorat Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan RI, 2022).

2. Surveilans Aktif

Surveilans aktif merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan secara proaktif oleh petugas dengan mencari informasi langsung dari sumbernya, melalui kunjungan lapangan, skrining, atau wawancara. Pendekatan ini lebih peka dalam mendeteksi kasus baru dan perubahan tren karena tidak bergantung pada laporan rutin fasilitas kesehatan, sehingga mampu menjangkau kasus yang sering tidak tercatat dalam surveilans pasif (Nsubuga et al., 2006).

Dalam konteks kesehatan jiwa, surveilans aktif dapat diterapkan melalui skrining kesehatan mental di komunitas, sekolah, atau kelompok berisiko, yang memungkinkan deteksi dini dan pemantauan berkelanjutan. Meskipun membutuhkan sumber daya lebih besar, metode ini menghasilkan data yang lebih lengkap terkait prevalensi dan faktor risiko gangguan jiwa (Windianti et al., 2025).

3. Surveilans Sentinel

Surveilans sentinel adalah pendekatan pemantauan yang memanfaatkan lokasi atau pelapor terpilih untuk melaporkan indikator kesehatan tertentu sebagai gambaran tren populasi yang lebih luas. Lokasi sentinel, seperti puskesmas, sekolah, atau fasilitas kesehatan jiwa yang ditunjuk, berperan sebagai perwakilan dalam pelaporan data kesehatan jiwa yang telah ditetapkan (Roush, 2025).

Metode ini relatif efisien dan sesuai diterapkan pada kondisi keterbatasan sumber daya, karena mampu memberikan informasi tren gangguan jiwa atau evaluasi respons intervensi tanpa memerlukan cakupan penuh. Namun, karena hanya bergantung pada lokasi tertentu, surveilans sentinel perlu dikombinasikan dengan metode lain agar kejadian yang jarang atau tidak dilaporkan tetap dapat terdeteksi secara komprehensif (Roush, 2025).

4. Surveilans Berbasis Masyarakat

Surveilans berbasis masyarakat merupakan pendekatan partisipatif yang melibatkan anggota komunitas, seperti kader kesehatan dan relawan, dalam pemantauan serta pelaporan masalah kesehatan di lingkungannya. Pendekatan ini memperluas cakupan deteksi kejadian dan faktor risiko yang sering tidak tercatat dalam sistem surveilans fasilitas kesehatan formal (Ratnayake et al., 2020).

Dalam kesehatan jiwa, surveilans berbasis masyarakat berperan penting untuk menjangkau kasus yang tersembunyi akibat stigma dan keterbatasan akses layanan dengan memberdayakan masyarakat mengenali tanda awal gangguan jiwa dan melaporkannya kepada petugas kesehatan. Pendekatan ini relevan di Indonesia dan menjadi

landasan pengembangan surveilans partisipatif yang mendukung pemantauan kesehatan jiwa secara lebih inklusif dan representatif (Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, 2023b).

Indikator dan Variabel Surveilans Kesehatan Jiwa

1. Indikator Epidemiologis

Indikator epidemiologis merupakan elemen penting dalam surveilans kesehatan jiwa karena berfungsi menggambarkan tingkat, sebaran, dan perkembangan gangguan jiwa di masyarakat. Indikator ini meliputi prevalensi, insidensi, serta distribusi kasus berdasarkan orang, tempat, dan waktu, sehingga memungkinkan pemantauan masalah kesehatan jiwa secara sistematis dan berkelanjutan. Penggunaan indikator yang terstandar diperlukan agar data dapat dibandingkan antarwilayah dan periode waktu serta dimanfaatkan sebagai dasar perencanaan intervensi berbasis populasi (World Health Organization, 2022).

Selain itu, indikator epidemiologis kesehatan jiwa juga berkaitan dengan pengukuran beban penyakit, seperti *years lived with disability* (YLDs), yang mencerminkan dampak gangguan jiwa terhadap disabilitas dan kualitas hidup. Bukti epidemiologi menunjukkan bahwa gangguan mental merupakan kontributor utama beban penyakit tidak menular, termasuk di Indonesia, sehingga penguatan indikator epidemiologis menjadi aspek strategis dalam sistem surveilans untuk mendukung kebijakan kesehatan masyarakat yang berbasis data (Santomauro, 2021).

2. Indikator Pelayanan Kesehatan Jiwa

Indikator pelayanan kesehatan jiwa digunakan untuk mengevaluasi ketersediaan, akses, cakupan, dan mutu layanan kesehatan jiwa di masyarakat.

Indikator ini meliputi cakupan pelayanan di fasilitas primer dan rujukan, frekuensi kunjungan layanan, kesinambungan tindak lanjut pasien, serta rasio tenaga kesehatan jiwa terhadap penduduk. Dalam surveilans, indikator pelayanan berperan penting untuk mengidentifikasi kesenjangan antara kebutuhan kesehatan jiwa dan kapasitas layanan yang tersedia (World Health Organization, 2022).

Di Indonesia, indikator pelayanan kesehatan jiwa juga mencerminkan kinerja integrasi layanan kesehatan jiwa di tingkat primer. Pemanfaatan indikator ini dalam sistem informasi kesehatan membantu mengenali hambatan akses, keberlanjutan perawatan, dan kualitas pelayanan, sehingga mendukung penguatan praktik keperawatan jiwa dan pengembangan layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas (Lenze et al., 2022).

3. Indikator Risiko Psikososial

Indikator risiko psikososial berperan sebagai penanda awal dalam surveilans kesehatan jiwa untuk mengidentifikasi potensi munculnya gangguan mental di masyarakat. Indikator ini mencakup faktor seperti stres, kekerasan, masalah sosial ekonomi, isolasi sosial, penyalahgunaan zat, dan pengalaman traumatis yang berhubungan dengan gangguan mental. Pemantauan indikator ini memperkuat fungsi pencegahan dan promosi kesehatan jiwa dalam sistem surveilans, tidak hanya berfokus pada penanganan kasus (World Health Organization, 2022).

Pemantauan risiko psikososial menjadi semakin penting pada situasi krisis, termasuk pascapandemi COVID-19, ketika masalah stres dan gangguan mental meningkat di berbagai kelompok masyarakat. Integrasi indikator ini ke dalam sistem informasi

kesehatan jiwa, terutama melalui data komunitas yang dikumpulkan perawat jiwa, mendukung deteksi dini kelompok berisiko serta perencanaan intervensi keperawatan yang lebih tepat sasaran dan berbasis kebutuhan masyarakat (Moreno et al., 2020; Xionga et al., 2020).

Sistem Informasi Kesehatan Jiwa di Indonesia

1. Kerangka Sistem Informasi Kesehatan Nasional

Sistem informasi kesehatan berperan sebagai dasar penting dalam mendukung pengambilan keputusan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, termasuk kesehatan jiwa. Di Indonesia, sistem informasi kesehatan nasional dikembangkan untuk mengintegrasikan data dari berbagai sumber dalam satu ekosistem yang terkoordinasi guna mendukung pemantauan kesehatan, perencanaan kebijakan, serta evaluasi program. Salah satu upaya utama transformasi digital kesehatan adalah pengembangan platform SATUSEHAT, yang berfungsi sebagai pusat integrasi dan pertukaran data kesehatan nasional secara real-time untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas pengelolaan informasi kesehatan (Setiaji, 2025).

Kerangka sistem ini menekankan standarisasi dan interoperabilitas data melalui dukungan teknologi informasi, seperti basis data terintegrasi, aplikasi klinis, dan standar pertukaran data. Data kesehatan dikumpulkan secara terstruktur dari fasilitas pelayanan kesehatan primer hingga tingkat nasional, sehingga dapat dimanfaatkan sebagai dasar pengambilan keputusan dan kebijakan kesehatan berbasis bukti (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025).

2. Integrasi Kesehatan Jiwa dalam Sistem Informasi

Dalam bidang kesehatan jiwa, integrasi ke dalam sistem informasi kesehatan nasional mengacu pada penggabungan data kesehatan mental ke dalam platform terintegrasi bersama data kesehatan umum, seperti layanan klinis, pelayanan primer, dan data surveilans. Meskipun kajian mengenai surveilans kesehatan jiwa di Indonesia masih terbatas, perkembangan digitalisasi kesehatan menunjukkan peluang perluasan sistem informasi melalui pengembangan aplikasi khusus dan integrasi instrumen skrining kesehatan mental ke dalam sistem yang lebih luas. Beberapa inovasi, seperti aplikasi skrining berbasis DASS-21, telah dimanfaatkan sebagai bagian dari surveilans digital untuk mendukung deteksi dini dan pemantauan kondisi kesehatan jiwa masyarakat (Gustiadi & Lazuardi, 2024).

Integrasi data kesehatan jiwa ke dalam sistem informasi nasional, termasuk SATUSEHAT, memungkinkan keterhubungan antara data klinis individu dan pemantauan tingkat populasi, sehingga mendukung analisis beban gangguan jiwa dan respons layanan secara berkelanjutan. Walaupun tantangan interoperabilitas dan harmonisasi data antar-sistem masih ditemukan, kebijakan transformasi digital kesehatan nasional membuka peluang strategis untuk memperkuat integrasi kesehatan jiwa dalam sistem informasi kesehatan yang komprehensif (Rusmana & Sari, 2023).

3. Peran Pemerintah dan Regulasi

Pemerintah Indonesia, khususnya melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, memegang peran kunci dalam menetapkan kebijakan,

standar, dan regulasi yang mendukung pengembangan sistem informasi kesehatan nasional, termasuk kesehatan jiwa. Upaya ini diwujudkan melalui dorongan digitalisasi layanan kesehatan, penerapan rekam medis elektronik, serta pengembangan platform terintegrasi seperti SATUSEHAT yang mengatur standarisasi, interoperabilitas, dan keamanan data kesehatan lintas fasilitas pelayanan. Kebijakan tersebut bertujuan memastikan data kesehatan dikelola secara aman, efisien, dan dapat dimanfaatkan untuk pengambilan keputusan di berbagai tingkat layanan (Sekretariat Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan, 2025).

Selain aspek teknis, pemerintah juga menekankan tata kelola dan perlindungan data untuk menjaga privasi serta kerahasiaan informasi pasien, yang sangat krusial dalam konteks kesehatan jiwa karena sensitivitas data mental. Regulasi ini mendukung tenaga kesehatan, termasuk perawat jiwa, dalam menggunakan data surveilans secara etis dan bertanggung jawab guna perencanaan layanan, peningkatan mutu pelayanan, dan pemantauan epidemiologi kesehatan jiwa yang lebih akurat dan berkeadilan (Purwanto et al., 2025).

Sumber Data Kesehatan Jiwa

Sumber data memegang peranan sentral dalam surveilans kesehatan jiwa karena menentukan akurasi gambaran kondisi kesehatan jiwa masyarakat. Fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit umum, dan rumah sakit jiwa menjadi sumber utama melalui data administratif kunjungan, diagnosis, terapi, rujukan, dan tindak lanjut. Data rutin ini memberikan informasi langsung mengenai pola pemanfaatan layanan dan tren

gangguan jiwa dalam sistem pelayanan formal. Di Indonesia, data klaim dan rujukan dari BPJS Kesehatan menunjukkan tingginya beban layanan kesehatan jiwa, dengan skizofrenia sebagai diagnosis dominan, sehingga menjadi basis penting untuk evaluasi pelayanan dan perencanaan sistem kesehatan (Wahdi et al., 2022).

Selain data fasilitas, survei nasional berperan krusial dalam menyediakan gambaran epidemiologis kesehatan jiwa pada populasi umum, termasuk kelompok yang belum mengakses layanan. Survei seperti Survei Kesehatan Indonesia 2023 dan I-NAMHS menghasilkan estimasi prevalensi, distribusi, dan faktor risiko gangguan jiwa secara representatif, sehingga melengkapi keterbatasan data klinis berbasis fasilitas. Data ini memperkuat dasar perumusan kebijakan dan program kesehatan jiwa berbasis bukti, khususnya bagi kelompok usia remaja yang sebelumnya kurang terpantau (Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, 2023a).

Data asuransi dan lintas sektor juga menjadi sumber pelengkap yang bernilai strategis. Klaim BPJS Kesehatan memungkinkan analisis pola rujukan, biaya, dan pemanfaatan layanan lintas kelompok usia, termasuk kelompok rentan seperti lansia, sehingga membantu mengidentifikasi kesenjangan akses dan efektivitas layanan (Mahwati & Hasibuan, 2025). Di luar sektor kesehatan, data pendidikan, sosial, dan kriminalitas dapat memperkaya pemahaman determinan sosial kesehatan jiwa. Integrasi berbagai sumber data tersebut—fasilitas kesehatan, survei nasional, asuransi, dan lintas sektor—akan menghasilkan sistem surveilans kesehatan jiwa yang lebih komprehensif dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat Indonesia (Wahdi et al., 2022).

Peran Perawat Jiwa dalam Surveilans dan Sistem Informasi

Perawat jiwa memiliki peran strategis dalam surveilans kesehatan jiwa melalui pengumpulan dan validasi data klinis yang diperoleh dari proses asuhan keperawatan sehari-hari. Asesmen keperawatan jiwa mencakup pengkajian gejala mental, faktor risiko psikososial, riwayat gangguan jiwa, serta respons klien terhadap intervensi. Data ini tidak hanya bermanfaat bagi perawatan individual, tetapi juga menjadi sumber utama bagi sistem informasi kesehatan jiwa untuk analisis populasi dan pemantauan tren kesehatan mental. Kualitas pencatatan yang baik oleh perawat terbukti berkontribusi terhadap kontinuitas pelayanan, komunikasi antar-profesional, dan keandalan data dalam sistem informasi kesehatan (Mabunda et al., 2025).

Dokumentasi keperawatan jiwa merupakan elemen kunci dalam pengelolaan informasi kesehatan karena merekam seluruh proses asuhan secara sistematis dan bertanggung jawab. Selain berfungsi sebagai bukti profesional dan legal, dokumentasi yang terstandar mendukung interoperabilitas data dalam rekam medis elektronik dan menjadi dasar analisis surveilans serta kebijakan berbasis bukti. Studi di Indonesia menunjukkan bahwa praktik dokumentasi perawat jiwa tergolong baik, namun tetap memerlukan penguatan kompetensi dan pelatihan berkelanjutan agar pencatatan semakin lengkap, konsisten, dan selaras dengan sistem informasi kesehatan nasional (Bustan & Putri, 2023; Mabunda et al., 2025).

Pemanfaatan data surveilans yang tervalidasi memungkinkan perawat jiwa merencanakan asuhan yang lebih tepat sasaran, memantau perkembangan klien, dan mengevaluasi efektivitas intervensi secara berkelanjutan. Di tingkat yang lebih luas, data tersebut mendukung koordinasi tim multidisipliner, evaluasi program layanan

kesehatan jiwa, serta perumusan protokol klinis yang responsif terhadap kebutuhan lokal. Dengan demikian, perawat jiwa berperan sebagai penghubung penting antara data klinis individu dan sistem informasi kesehatan, menjadikan surveilans tidak hanya bersifat administratif, tetapi juga bermakna secara klinis dan strategis bagi penguatan layanan kesehatan jiwa (Mabunda et al., 2025).

Tantangan dan Isu Etik

Tantangan utama dalam surveilans kesehatan jiwa adalah stigma sosial yang mendorong terjadinya under-reporting kasus gangguan jiwa. Persepsi negatif terhadap masalah kesehatan mental membuat banyak individu enggan mengungkapkan kondisi psikologisnya kepada tenaga kesehatan atau dalam sistem pelaporan resmi karena takut mengalami penilaian sosial dan diskriminasi. Kondisi ini menyebabkan data surveilans yang tersedia tidak mencerminkan prevalensi gangguan jiwa yang sebenarnya di masyarakat, sehingga menghambat kemampuan sistem dalam memetakan kebutuhan layanan dan menyusun kebijakan kesehatan jiwa yang tepat sasaran (PrizemanI et al., 2024).

Selain faktor stigma, kualitas dan keamanan data juga menjadi kendala penting dalam efektivitas surveilans kesehatan jiwa. Keterbatasan interoperabilitas antar sistem informasi, fragmentasi data, serta keterbatasan sumber daya teknis dan SDM sering mengakibatkan data yang tidak lengkap, tidak konsisten, atau terlambat. Kondisi ini menurunkan keandalan analisis epidemiologis dan menghambat pengambilan keputusan berbasis bukti, sekaligus meningkatkan risiko pengelolaan data yang tidak sesuai dengan standar keamanan informasi kesehatan (Chu et al., 2025).

Isu etik terkait kerahasiaan dan hak pasien semakin krusial seiring meningkatnya penggunaan sistem digital dalam surveilans kesehatan jiwa. Data kesehatan mental bersifat sangat sensitif, sehingga pelanggaran privasi dapat menimbulkan dampak psikososial, menurunkan kepercayaan terhadap layanan kesehatan, dan memperkuat keengganan individu untuk berpartisipasi dalam sistem surveilans. Oleh karena itu, penerapan perlindungan data yang kuat seperti enkripsi, anonimisasi, dan mekanisme persetujuan yang jelas menjadi prasyarat utama agar sistem informasi kesehatan jiwa dapat berfungsi secara etis dan berkelanjutan (Lodha & Pandya, 2025).

Secara keseluruhan, stigma dan under-reporting, kualitas serta keamanan data, dan perlindungan hak pasien merupakan tantangan yang saling terkait dalam penguatan surveilans kesehatan jiwa di Indonesia. Penanganannya memerlukan pendekatan komprehensif yang mencakup penguatan sistem teknologi informasi, regulasi perlindungan data, serta upaya edukasi masyarakat untuk mengurangi stigma terhadap gangguan jiwa.

Pemanfaatan Data untuk Perencanaan dan Kebijakan

Analisis data kesehatan jiwa memiliki peran strategis dalam perencanaan program dan penyusunan kebijakan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Data surveilans, baik indikator epidemiologis maupun data pemanfaatan layanan, memungkinkan identifikasi tren gangguan jiwa, pola layanan, serta kesenjangan akses antarwilayah. Pemanfaatan data dari sistem nasional seperti SATUSEHAT dan survei kesehatan berskala besar, termasuk Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, memberikan gambaran beban masalah kesehatan jiwa secara komprehensif sehingga dapat digunakan untuk menetapkan prioritas intervensi dan alokasi sumber daya yang lebih tepat (DOKTER KEMENKES RI, 2024; Sulistyono & Rahayu, 2024).

Selain menggambarkan besaran masalah, data surveilans berfungsi sebagai alat evaluasi efektivitas program kesehatan jiwa. Capaian program, seperti cakupan skrining, rujukan kasus, dan kualitas layanan di fasilitas kesehatan, dapat dianalisis untuk menilai keberhasilan intervensi serta menjadi dasar perbaikan kebijakan dan pengembangan layanan yang lebih adaptif. Dengan demikian, surveilans mendukung sistem kesehatan bergerak ke arah pengambilan keputusan yang lebih proaktif dan berbasis bukti (DTO Kemenkes RI, 2024).

Dalam praktik keperawatan jiwa, pendekatan evidence-based mental health nursing memanfaatkan data surveilans dan hasil layanan untuk merancang serta mengevaluasi intervensi keperawatan secara sistematis. Penggunaan bukti empiris membantu perawat memastikan bahwa asuhan yang diberikan efektif, berkelanjutan, dan sesuai dengan kebutuhan klien, sekaligus menyediakan umpan balik bagi sistem informasi kesehatan untuk peningkatan mutu layanan secara berkesinambungan (Montag & Hall, 2023).

Secara keseluruhan, pemanfaatan data surveilans kesehatan jiwa menuntut integrasi antara sistem informasi, analisis epidemiologis, dan budaya praktik berbasis bukti. Sinergi ini penting untuk memperkuat kebijakan kesehatan jiwa nasional sekaligus meningkatkan kualitas praktik keperawatan jiwa yang responsif dan berkelanjutan di Indonesia. (DTO Kemenkes RI, 2024).

Daftar Pustaka

- Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. (2023a). *Indonesian Health Survey (SKI) 2023*. Kemenkes BPKP. <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/en/hasil-ski-2023/>
- Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. (2023b). *Policy Brief 2023*. Kemenkes BPKP. <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/policy-brief-2023/>
- Bustan, M., & Putri, D. P. (2023). Studi Deskriptif Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Jiwa Oleh Perawat Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Sulawesi Tenggara. *JURNALKEPERAWATAN*, 6, 1–8. <https://stikesks-kendari.e-journal.id/JK>
- Chu, J., Aryani, P., Liu, N., Thomas, M. A., Lesmana, C. B. J., & Pramatha, C. R. A. (2025). Health Information Systems Challenges: A Perspective from Rural Indonesia. *Health. Innovation. Community: Engage. Disrupt. Transform J. Bichel-Findlay (Ed.)*, 40–45. <https://doi.org/10.3233/SHTI251573>
- Clark, E. C., Neumann, S., Hopkins, S., Kostopoulos, A., & Dobbins, M. (2024). *Changes to Public Health Surveillance Methods Due to the COVID-19 Pandemic: Scoping Review*. 10, 1–29. <https://doi.org/10.2196/49185>
- Direktorat Kesehatan Jiwa Kementrian Kesehatan RI. (2022). *Pedoman Surveilans Kesehatan Jiwa*.
- DTO Kemenkes RI. (2024). *Reflecting Mental Health Situation in Indonesia with SATUSEHAT*. Medium. <https://medium.com/%40dtokemkes/reflecting-mental-health-situation-in-indonesia-with-satusehat-e76bd1e0c8ce>
- Fadhil, A., Rasyid, A., Studi, P., Fakultas, S., Masyarakat, K., Indonesia, U., Scholar, G., Kesehatan, S. K., & Terintegrasi, S. (2025). *Evolusi Sistem Surveilans Kesehatan Terintegrasi Indonesia Selama dan Pasca-*

COVID-19: Tinjauan Literatur terhadap Celah Kebijakan dan Implementasi.

- Ghildayal, N., Nagavedu, K., Wiltz, J. L., Back, S., Boehmer, T. K., Draper, C., Gundlapalli, A. V, Horgan, C., Marsolo, K. A., Mazumder, N. R., Reynolds, J., Ritchey, M., Saydah, S., Tedla, Y. G., Carton, T. W., & Block, J. P. (2024). *Public Health Surveillance in Electronic Health Records : Lessons From PCORnet. 1*, 1–10.
- Griffiths, J. L., Saunders, K. R. K., Foye, U., Greenburgh, A., Regan, C., Cooper, R. E., Powell, R., Thomas, E., Brennan, G., García, A. R., Evans, B. L., Johnson, S., & Simpson, A. (2024). *The Use and Impact of Surveillance - Based Technology Initiatives in Inpatient and Acute Mental Health Settings: A Systematic Review*. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03673-9>
- Gustiadi, A., & Lazuardi, L. (2024). Pengembangan Aplikasi Skrining Kesehatan Mental. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, 10(2), 67–77.
- Insana, S. (2025). Peran Sekolah sebagai Deteksi Dini Gangguan Jiwa Anak dan Remaja. *Health Caring: Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 4(2022), 29–40. <https://doi.org/doi.org/healthcaring.v4n2.2025>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). *Ekosistem Data Kesehatan Indonesia*. SATUSEHAT. <https://satusehat.kemkes.go.id/>
- Lenze, E. J., Reiersen, A. M., & Santosh, P. J. (2022). Repurposing Fluvoxamine, and Other Psychiatric Medications, for COVID-19 and Other Conditions. *Wprld Psychiatry*, 21(3), 341–356. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20983>
- Lodha, P., & Pandya, A. (2025). Editorial: Ethical Dilemmas of Digitalisation of Mental Health. *Frontiers in Human Dynamics*, 01–04. <https://doi.org/10.3389/fhumd.2025.1654355>

- Mabunda, N. F., Masondo, I. G., & Beer, A. G. M. (2025). Nurses' understanding of quality documentation: A qualitative study in a Mental Health Institution. *AOSIS*, 48(1), 1–8. <https://doi.org/10.4102/curationis.v48i1.2737>
- Mahwati, Y., & Hasibuan, S. R. (2025). Mental Health Service Utilization among Older Adults in Indonesia: Nationwide Retrospective Cohort Study Using the National Health Insurance Claims Data, 2015–2023. *AGMR: Annals of Geriatric Medicine and Research*, 29(4), 524–532. <https://doi.org/10.4235/agmr.25.0108>
- Montag, C., & Hall, B. (2023). Enhancing Real-Time Digital Surveillance Can Guide Evidence-Based Policymaking to Improve Global Mental Health. *Nature Mental Health*, 1, 697–698. <https://doi.org/10.1038/s44220-023-00129-6>
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, C. U., Byrne, L., Carr, S., Chen, E. Y. H., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, J. H., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C., Männikkö, M., ... Arango, C. (2020). How Mental Health Care Should Change As A Consequence Of The COVID-19 Pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7, 813–824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
- Nsubuga, P., White, M. E., Thacker, S. B., Anderson, M. A., Blount, S. B., Broome, C. V., Chiller, T. M., Espitia, V., Imtiaz, R., Sosin, D., Stroup, D. F., Tauxe, R. V., Vijayaraghavan, M., & Trostle, M. (2006). *Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition.* (D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, & P. Musgrove (eds.)). New York: Oxford University Press.
- PrizemanI, K., McCabe, C., & Weinstein, N. (2024). Stigma and Its Impact on Disclosure and Mental Health Secrecy in Young People with Clinical Depression Symptoms: A Qualitative Analysis. *PLoS ONE*, 19(1), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296221>

- Purwanto, Merry, M., Hartanti, Y., Sudiarman, M., & Marlina, E. (2025). Kebijakan Pemerintah Terhadap Digitalisasi Layanan Kesehatan Primer: Studi Kasus Platform SATUSEHAT. *JUMPA BHAKTI: Jurnal Multidisiplin Pascasarjana Bhakti*, 1(2), 70–79. <https://jurnal@upb.ac.id>
- Ratnayake, R., Tammamro, M., Tiffany, A., Kongelf, A., Polonsky, J. A., & McClelland, A. (2020). Review People-Centred Surveillance: A Narrative Review of Community-Based Surveillance Smong Crisis-Affected Populations. *The Lancet Planetary Health*, 4(10), e483–e495. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30221-7](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30221-7)
- Roush, S. W. (2025). *Chapter 19: Enhancing Surveillance*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/surv-manual/php/table-of-contents/chapter-19-enhancing-surveillance.html>
- Rusmana, R., & Sari, I. (2023). Analisis Implementasi Sistem Informasi Kesehatan Daerah (SIKDA) Generik Guna Menunjang Efektivitas Rekam Medis Elektronik di UPTD Puskesmas Campaka. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 4(4), 203–212. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v4i4.3956>
- Santomauro, D. (2021). Global Prevalence and Burden of Depressive and Anxiety Disorders in 204 Countries and Territories in 2020 Due to the COVID-19 Pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 398, 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Sekretariat Direktorat Jenderal Sumber Daya Manusia Kesehatan. (2025). Peta Jalan SATUSEHAT SDMK 2025-2029. In *Kementerian Kesehatan RI*. <https://publikasi.polije.ac.id/index.php/j-remi>
- Setiaji. (2025). *SATUSEHAT Sebagai Sistem Informasi Kesehatan Nasional*. Ikatan Konsultan Kesehatan Indonesia. <https://ikkesindo.org/artikel/satusehat-sebagai-sistem-informasi-kesehatan-nasional?>
- Sulistyo, A., & Rahayu, A. Y. S. (2024). Collaborative Governance dalam Pelaksanaan Kebijakan

- Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. *Sosio Konsepsia Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial*, 13(3), 236–252.
<https://doi.org/.33007/ska.v13i3.3417>
- Torre, J. A. de la, Vilagut, G., Ronaldson, A., Bakolis, I., Dregan, A., Navarro-Mateu, F., Pérez, K., Szűcs, A., Bartoll-Roca, X., Molina, A. J., Elices, M., Pérez-Solá, V., Martín, V., Serrano-Blanco, A., Valderas, J. M., & Alonso, J. (2023). Reconsidering the Use of Population Health Surveys for Monitoring of Mental Health. *JMIR PUBLIC HEALTH AND SURVEILLANCE*, 9, 1–7.
<https://doi.org/10.2196/48138>
- Wahdi, A. E., Setyawan, A., Putri, Y. A., Wilopo, S. A., Erskine, H. E., Wallis, K., McGrath, C., Blondell, S. J., Whiteford, H. A., Scott, J. G., Blum, R., Fine, S., Li, M., & Ramaiya, A. (2022). *Indonesia-National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS) Report*.
- Windianti, S. T., Handriani, R., Nurofiat, A., & Nur'aeni, M. (2025). Gambaran Epidemiologi dan Evaluasi Sistem Surveilans Kesehatan Jiwa di Puskesmas Cilembang Kota Tasikmalaya Tahun 2024. *VitaMedica: Jurnal Rumpun Kesehatan Umum*, 3(28), 01–14.
<https://doi.org/10.62027/vitamedica.v3i3.376>
- World Health Organization. (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health For All*.
- Xionga, J., Lipsitzc, O., Nasric, F., Luic, L. M. W., Gillc, H., Phanc, L., Chen-Lic, D., Iacobuccic, M., Hoe, R., Majeedc, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 Pandemic On Mental Health In The General Population: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 277(August), 55–64.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Profil Penulis



Bayu Eka Kurniawan, S.Kep., Ns., M.Kep.

Penulis di lahirkan di Palu pada tanggal 07 Juni 1995. Ketertarikan penulis terhadap Ilmu Keperawatan dimulai pada tahun 2010 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) di SMK Nusantara Palu dengan memilih Jurusan Keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 2013. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di prodi Ilmu Keperawatan STIKes Widya Nusantara Palu (sekarang Universitas Widya Nusantara) pada tahun 2017 dan menyelesaikan studi Profesi Ners pada tahun 2019. Tiga tahun kemudian, penulis melanjutkan studi S2 di prodi Magister Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang dan menyelesaikan studi pada tahun 2024. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Ners Universitas Widya Nusantara. Penulis pernah menjabat sebagai Staf Pengendalian dan Dokumentasi Lembaga Penjaminan Mutu. Penulis juga aktif sebagai anggota Divisi Penelitian dan Sistem Informasi dan Komunikasi DPD PPNI Kota Palu. Sehari-harinya penulis bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa. Selain itu penulis juga aktif dalam menulis jurnal serta aktif menulis buku ajar dan *book chapter* guna menunjang karir sebagai dosen profesional.

Email Penulis : bayu@uwn.ac.id

STRATEGI PROMOSI DAN PENCEGAHAN GANGGUAN JIWA BERBASIS MASYARAKAT

A. Ulfiana Fitri, S.KM., M.Kes.
Universitas Negeri Makassar

Konsep Promosi Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat

Kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan secara menyeluruh dan tidak dapat dipisahkan dari kondisi fisik, sosial, serta spiritual individu. Kesehatan jiwa memungkinkan seseorang untuk menyadari potensi dirinya, mengelola stres kehidupan sehari-hari, bekerja secara produktif, serta berperan aktif dalam masyarakat. Oleh karena itu, upaya peningkatan kesehatan jiwa harus dilakukan secara berkesinambungan melalui pendekatan yang menyentuh individu dan komunitas secara luas (World Health Organization, 2021).

Promosi kesehatan jiwa adalah proses pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kontrol terhadap faktor-faktor yang memengaruhi kesejahteraan mental. Promosi ini tidak hanya berfokus pada pencegahan gangguan jiwa, tetapi juga pada penguatan faktor pelindung seperti keterampilan coping, dukungan sosial, dan lingkungan yang sehat secara psikososial (Barry, 2019).

Pendekatan berbasis masyarakat dalam promosi kesehatan jiwa menempatkan komunitas sebagai subjek utama, bukan sekadar objek intervensi. Masyarakat dilibatkan secara aktif dalam mengidentifikasi masalah, merancang solusi, serta melaksanakan kegiatan yang mendukung kesehatan jiwa. Pendekatan ini diyakini lebih efektif karena sesuai dengan kebutuhan dan konteks sosial budaya setempat (Barry et al., 2019).

Promosi kesehatan jiwa berbasis masyarakat menekankan pentingnya lingkungan sosial yang kondusif bagi kesejahteraan mental. Lingkungan yang aman, inklusif, dan suportif dapat meningkatkan rasa memiliki, harga diri, serta ketahanan psikologis individu. Sebaliknya, lingkungan yang penuh stigma dan diskriminasi dapat meningkatkan risiko gangguan jiwa (Colford et al., 2023).

Salah satu tujuan utama promosi kesehatan jiwa adalah meningkatkan literasi kesehatan mental di masyarakat. Literasi kesehatan jiwa mencakup kemampuan mengenali tanda-tanda awal gangguan jiwa, memahami cara menjaga kesehatan mental, serta mengetahui kapan dan ke mana harus mencari bantuan. Peningkatan literasi ini berperan penting dalam pencegahan gangguan jiwa sejak dini (OECD, 2025).

Promosi kesehatan jiwa juga berfokus pada penguatan kapasitas individu dan kelompok dalam menghadapi tekanan kehidupan. Kegiatan seperti pelatihan manajemen stres, pengembangan keterampilan sosial, dan peningkatan resiliensi merupakan bagian dari strategi promosi yang dapat diterapkan di tingkat komunitas (Taylor, 2015).

Keluarga memiliki peran strategis dalam promosi kesehatan jiwa berbasis masyarakat. Sebagai unit sosial terkecil, keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung

utama dalam membentuk perilaku sehat, memberikan rasa aman, serta membantu individu mengatasi masalah emosional. Pemberdayaan keluarga menjadi komponen penting dalam promosi kesehatan jiwa (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Promosi kesehatan jiwa berbasis masyarakat juga menekankan pengurangan stigma terhadap individu dengan gangguan jiwa. Stigma sering kali menjadi penghalang utama dalam pencarian bantuan dan pemulihan. Melalui edukasi dan kampanye publik, masyarakat dapat dibangun sikap yang lebih menerima dan empatik terhadap kesehatan jiwa (World Health Organization, 2021).

Kegiatan promosi kesehatan jiwa dapat dilakukan melalui berbagai media dan metode, seperti penyuluhan, diskusi kelompok, kampanye sosial, serta pemanfaatan media massa dan media digital. Pemilihan metode promosi harus disesuaikan dengan karakteristik dan kebutuhan masyarakat sasaran agar pesan dapat diterima secara efektif (Barry, 2019).

Tokoh masyarakat dan kader kesehatan memiliki peran penting sebagai agen promosi kesehatan jiwa. Keberadaan mereka yang dekat dengan masyarakat memungkinkan penyampaian informasi kesehatan jiwa secara lebih mudah diterima dan dipercaya. Pelibatan tokoh lokal dapat meningkatkan keberhasilan program promosi kesehatan jiwa (Ulya et al., 2018).

Promosi kesehatan jiwa berbasis masyarakat juga berorientasi pada penguatan kebijakan publik yang mendukung kesehatan mental. Kebijakan yang berpihak pada kesejahteraan mental, seperti penyediaan layanan kesehatan jiwa yang terjangkau dan ramah masyarakat, merupakan bagian penting dari upaya promosi kesehatan jiwa (OECD, 2025).

Dalam konteks pelayanan kesehatan primer, promosi kesehatan jiwa menjadi bagian dari upaya promotif dan preventif di puskesmas. Integrasi layanan kesehatan jiwa dalam pelayanan kesehatan dasar memungkinkan deteksi dini serta peningkatan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya kesehatan mental (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Promosi kesehatan jiwa tidak dapat dilakukan secara parsial, melainkan memerlukan kolaborasi lintas sektor. Kerja sama antara sektor kesehatan, pendidikan, sosial, dan keagamaan sangat diperlukan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan jiwa masyarakat (Barry et al., 2023).

Pendekatan promosi kesehatan jiwa berbasis masyarakat juga memperhatikan kelompok rentan, seperti anak-anak, remaja, lansia, dan individu dengan kondisi sosial ekonomi rendah. Kelompok ini memerlukan strategi promosi yang spesifik sesuai dengan kebutuhan dan risiko yang dihadapi (World Health Organization, 2021).

Keberhasilan promosi kesehatan jiwa berbasis masyarakat ditentukan oleh partisipasi aktif masyarakat dalam setiap tahap kegiatan. Partisipasi ini menciptakan rasa memiliki dan tanggung jawab bersama terhadap kesehatan jiwa komunitas, sehingga program yang dilaksanakan dapat berkelanjutan (Barry, 2019).

Evaluasi dan pemantauan merupakan bagian penting dari promosi kesehatan jiwa berbasis masyarakat. Evaluasi bertujuan untuk menilai efektivitas kegiatan promosi serta mengidentifikasi hambatan dan peluang perbaikan dalam pelaksanaan program kesehatan jiwa (OECD, 2025).

Dengan demikian, promosi kesehatan jiwa berbasis masyarakat merupakan pendekatan komprehensif yang menitikberatkan pada pemberdayaan, partisipasi, dan

kolaborasi komunitas. Pendekatan ini diharapkan mampu meningkatkan kesejahteraan mental masyarakat serta menurunkan risiko terjadinya gangguan jiwa secara berkelanjutan (Barry et al., 2019).

Konsep Pencegahan Gangguan Jiwa

Pencegahan gangguan jiwa merupakan upaya terencana yang bertujuan untuk menurunkan risiko munculnya masalah kesehatan mental serta mengurangi dampak gangguan jiwa terhadap individu dan masyarakat. Pencegahan ini menjadi bagian penting dari kesehatan masyarakat karena gangguan jiwa memiliki pengaruh jangka panjang terhadap produktivitas dan kualitas hidup (World Health Organization, 2021).

Konsep pencegahan gangguan jiwa didasarkan pada pemahaman bahwa kesehatan jiwa dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Ketidakseimbangan pada salah satu faktor tersebut dapat meningkatkan kerentanan seseorang terhadap gangguan jiwa, sehingga pencegahan perlu dilakukan secara menyeluruh (Barry, Clarke, Petersen, & Jenkins, 2019).

Pencegahan gangguan jiwa tidak hanya berorientasi pada individu yang telah menunjukkan gejala, tetapi juga ditujukan kepada populasi secara umum. Pendekatan populasi ini bertujuan menurunkan prevalensi gangguan jiwa melalui penguatan faktor pelindung di lingkungan sosial (OECD, 2025).

Dalam kerangka kesehatan masyarakat, pencegahan gangguan jiwa merupakan bagian dari strategi promotif dan preventif yang harus diintegrasikan ke dalam sistem pelayanan kesehatan. Integrasi ini memungkinkan intervensi dilakukan lebih awal sebelum gangguan berkembang menjadi kondisi yang lebih berat (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Pencegahan gangguan jiwa secara konseptual dibagi menjadi pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pembagian ini membantu dalam merancang intervensi yang sesuai dengan tingkat risiko dan kondisi individu atau kelompok masyarakat (Anderson, Boddapati, & Pate, 2019).

Pencegahan primer berfokus pada upaya menghilangkan atau mengurangi faktor risiko sebelum gangguan jiwa muncul. Strategi ini mencakup penguatan keterampilan hidup, peningkatan kesejahteraan emosional, serta penciptaan lingkungan sosial yang mendukung kesehatan mental (Barry, 2019).

Pencegahan sekunder bertujuan mendeteksi gangguan jiwa pada tahap awal sehingga penanganan dapat dilakukan secara cepat dan tepat. Deteksi dini dapat mencegah perburukan kondisi serta mengurangi dampak gangguan jiwa terhadap fungsi sosial individu (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Pencegahan tersier ditujukan bagi individu yang telah mengalami gangguan jiwa dengan tujuan mencegah kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidup. Upaya ini melibatkan rehabilitasi psikososial, dukungan keluarga, dan reintegrasi sosial.

Pendekatan berbasis masyarakat dalam pencegahan gangguan jiwa menekankan pentingnya peran komunitas sebagai lingkungan pendukung utama. Komunitas yang memiliki solidaritas sosial tinggi dapat membantu individu menghadapi tekanan hidup dan mengurangi risiko gangguan jiwa (Taylor, 2015).

Pencegahan gangguan jiwa juga berkaitan erat dengan upaya pengurangan stigma dan diskriminasi. Stigma terhadap gangguan jiwa dapat menghambat pencarian bantuan dan memperburuk kondisi kesehatan mental individu (World Health Organization, 2021).

Keluarga memiliki peran sentral dalam pencegahan gangguan jiwa karena keluarga merupakan lingkungan terdekat individu. Dukungan emosional dan komunikasi yang baik dalam keluarga dapat menjadi faktor pelindung terhadap gangguan jiwa (Ulya, Sulistyono, & Novianto, 2018).

Pencegahan gangguan jiwa memerlukan keterlibatan lintas sektor, termasuk sektor pendidikan, sosial, dan ketenagakerjaan. Kolaborasi lintas sektor memungkinkan terciptanya kebijakan dan program yang lebih komprehensif dalam mendukung kesehatan jiwa masyarakat (OECD, 2025).

Dalam pelayanan kesehatan primer, pencegahan gangguan jiwa dilakukan melalui skrining, edukasi, dan rujukan dini. Peran puskesmas sangat penting sebagai garda terdepan dalam upaya pencegahan gangguan jiwa di masyarakat (Trimaya & kolega, 2018).

Pencegahan gangguan jiwa berbasis masyarakat juga perlu memperhatikan kelompok rentan, seperti anak-anak, remaja, dan lansia. Kelompok ini memiliki kebutuhan dan risiko yang berbeda sehingga memerlukan strategi pencegahan yang spesifik (Barry et al., 2023).

Pendidikan kesehatan jiwa merupakan salah satu bentuk pencegahan yang efektif. Melalui pendidikan, masyarakat dapat memahami pentingnya menjaga kesehatan jiwa serta mengenali tanda-tanda awal gangguan jiwa. Pemantauan dan evaluasi program pencegahan gangguan jiwa diperlukan untuk menilai efektivitas intervensi yang dilakukan. Evaluasi ini menjadi dasar dalam pengembangan strategi pencegahan yang lebih tepat sasaran dan berkelanjutan (OECD, 2025).

Bentuk Strategi Promosi Kesehatan Jiwa di Masyarakat

Strategi promosi kesehatan jiwa di masyarakat merupakan rangkaian kegiatan yang dirancang untuk meningkatkan kesejahteraan mental melalui penguatan potensi individu dan komunitas. Strategi ini menekankan pada pendekatan preventif dengan membangun kesadaran masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan jiwa dalam kehidupan sehari-hari (OECD, 2025).

Salah satu bentuk strategi promosi kesehatan jiwa adalah edukasi kesehatan mental kepada masyarakat. Edukasi ini bertujuan meningkatkan pemahaman tentang kesehatan jiwa, faktor risiko, serta cara menjaga keseimbangan emosional. Edukasi yang dilakukan secara berkelanjutan dapat meningkatkan literasi kesehatan jiwa masyarakat.

Promosi kesehatan jiwa juga dapat dilakukan melalui pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan tokoh masyarakat, kader kesehatan, dan organisasi lokal. Pelibatan unsur lokal memungkinkan pesan kesehatan jiwa disampaikan sesuai dengan nilai dan budaya setempat sehingga lebih mudah diterima oleh masyarakat (Ulya, Sulistyono, & Novianto, 2018).

Kegiatan kelompok seperti diskusi komunitas, kelompok pendukung, dan pelatihan keterampilan hidup merupakan bentuk strategi promosi kesehatan jiwa yang efektif. Kegiatan ini dapat meningkatkan rasa kebersamaan, dukungan sosial, serta kemampuan individu dalam mengelola stres dan masalah psikososial (Colford et al., 2023).

Promosi kesehatan jiwa di masyarakat juga dilakukan melalui penciptaan lingkungan yang mendukung kesejahteraan mental. Lingkungan yang aman, inklusif,

dan bebas diskriminasi dapat membantu individu merasa dihargai dan diterima, sehingga berdampak positif pada kesehatan jiwa (Taylor, 2015).

Pemanfaatan media massa dan media digital menjadi salah satu strategi promosi kesehatan jiwa yang semakin berkembang. Media digunakan sebagai sarana penyebaran informasi, kampanye kesehatan mental, serta pengurangan stigma terhadap gangguan jiwa di masyarakat luas (Barry et al., 2023).

Integrasi promosi kesehatan jiwa dalam pelayanan kesehatan primer merupakan strategi penting dalam konteks masyarakat. Melalui puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya, promosi kesehatan jiwa dapat dilakukan secara rutin bersamaan dengan pelayanan kesehatan umum (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Promosi kesehatan jiwa juga perlu diarahkan pada kelompok sasaran tertentu, seperti anak, remaja, dan lansia. Pendekatan yang disesuaikan dengan karakteristik kelompok sasaran dapat meningkatkan efektivitas promosi dan mencegah munculnya masalah kesehatan jiwa sejak dini (Anderson, Boddapati, & Pate, 2019). Program promosi kesehatan jiwa berbasis sekolah dan komunitas merupakan bentuk strategi yang berorientasi pada pencegahan jangka panjang. Program ini bertujuan membangun keterampilan sosial, emosional, dan ketahanan mental sejak usia dini.

Strategi Pencegahan Gangguan Jiwa Berbasis Masyarakat

Segala aktifitas metabolisme Strategi pencegahan gangguan jiwa berbasis masyarakat merupakan pendekatan yang bertujuan menurunkan risiko gangguan mental melalui intervensi sosial yang dilakukan di lingkungan komunitas. Pendekatan ini menempatkan

masyarakat sebagai sistem pendukung utama dalam menjaga dan melindungi kesehatan jiwa individu (Barry, 2019).

Pencegahan gangguan jiwa berbasis masyarakat didasarkan pada pemahaman bahwa gangguan jiwa dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan. Faktor-faktor tersebut dapat dikendalikan melalui upaya kolektif yang melibatkan individu, keluarga, dan komunitas secara menyeluruh (Barry et al., 2023).

Salah satu strategi penting dalam pencegahan gangguan jiwa adalah penguatan lingkungan sosial yang sehat. Lingkungan yang aman, suportif, dan inklusif dapat mengurangi tekanan psikologis serta meningkatkan rasa aman dan kesejahteraan mental masyarakat (OECD, 2025).

Pencegahan gangguan jiwa juga dilakukan melalui peningkatan kemampuan masyarakat dalam mengenali faktor risiko dan tanda awal gangguan jiwa. Pengetahuan ini memungkinkan masyarakat untuk melakukan tindakan pencegahan dan rujukan dini sebelum gangguan berkembang lebih berat (Anderson et al., 2019).

Strategi pencegahan gangguan jiwa berbasis masyarakat mencakup pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer bertujuan mengurangi faktor risiko, pencegahan sekunder berfokus pada deteksi dini, sedangkan pencegahan tersier bertujuan mencegah kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidup (Barry et al., 2015).

Dukungan sosial merupakan komponen utama dalam strategi pencegahan gangguan jiwa. Dukungan yang diperoleh dari keluarga, teman, dan komunitas dapat membantu individu mengatasi stres serta mencegah terjadinya gangguan kesehatan jiwa (Colford et al., 2023).

Pencegahan gangguan jiwa juga diarahkan pada pengurangan stigma dan diskriminasi di masyarakat. Stigma dapat menghambat individu untuk mencari bantuan dan memperburuk kondisi gangguan jiwa, sehingga perlu dilakukan intervensi edukatif secara berkelanjutan (Taylor, 2015).

Dalam konteks pelayanan kesehatan, strategi pencegahan gangguan jiwa berbasis masyarakat dilakukan melalui integrasi layanan kesehatan jiwa ke dalam pelayanan kesehatan dasar. Integrasi ini memungkinkan masyarakat memperoleh akses layanan pencegahan secara lebih mudah dan berkelanjutan (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Pencegahan gangguan jiwa berbasis masyarakat juga perlu memperhatikan kelompok rentan seperti anak, remaja, lansia, dan kelompok sosial ekonomi rendah. Kelompok ini memerlukan pendekatan pencegahan yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi mereka (Barry et al., 2023).

Strategi pencegahan gangguan jiwa berbasis masyarakat merupakan upaya terpadu yang menekankan penguatan lingkungan sosial, dukungan komunitas, dan pengurangan stigma. Strategi ini diharapkan mampu menurunkan angka gangguan jiwa serta meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara berkelanjutan (Barry, 2019).

Peran Keluarga dan Masyarakat dalam Implementasi Strategi

Keluarga dan masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam implementasi strategi promosi dan pencegahan gangguan jiwa berbasis masyarakat. Keluarga merupakan lingkungan terdekat individu yang berpengaruh besar terhadap pembentukan kesehatan jiwa (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Peran keluarga dalam kesehatan jiwa mencakup pemberian dukungan emosional, pengawasan terhadap perubahan perilaku, serta penciptaan lingkungan rumah

yang aman dan nyaman. Dukungan keluarga yang baik dapat menjadi faktor pelindung terhadap gangguan jiwa (Dwiyanti et al., 2025).

Keluarga juga berperan dalam mengenali tanda dan gejala awal gangguan jiwa pada anggota keluarga. Pengenalan dini memungkinkan dilakukannya penanganan lebih cepat sehingga risiko perburukan kondisi dapat diminimalkan (Trimaya & kolega, 2018).

Selain keluarga, masyarakat memiliki peran strategis dalam menciptakan lingkungan sosial yang mendukung kesehatan jiwa. Lingkungan masyarakat yang inklusif dan bebas stigma dapat meningkatkan rasa diterima dan mengurangi isolasi sosial individu dengan gangguan jiwa (Barry et al., 2015).

Masyarakat berperan dalam menyediakan dukungan sosial melalui kegiatan komunitas, kelompok pendukung, dan jejaring sosial. Dukungan ini dapat membantu individu menghadapi masalah psikososial dan meningkatkan ketahanan mental (Colford et al., 2023).

Peran masyarakat juga terlihat dalam upaya edukasi dan peningkatan literasi kesehatan jiwa. Melalui kegiatan penyuluhan dan diskusi komunitas, masyarakat dapat meningkatkan pemahaman tentang kesehatan jiwa dan cara pencegahannya (Hesperian Health Guides et al., 2025).

Implementasi strategi promosi dan pencegahan gangguan jiwa memerlukan kolaborasi antara keluarga, masyarakat, dan tenaga kesehatan. Kolaborasi ini memungkinkan terciptanya pendekatan yang lebih komprehensif dan berkelanjutan (OECD, 2025).

Tokoh masyarakat dan kader kesehatan memiliki peran sebagai penggerak dalam implementasi strategi kesehatan jiwa. Keberadaan mereka dapat meningkatkan partisipasi

masyarakat serta memperkuat keberhasilan program promosi dan pencegahan gangguan jiwa (Ulya et al., 2018).

Keterlibatan keluarga dan masyarakat juga penting dalam proses rehabilitasi dan reintegrasi sosial individu dengan gangguan jiwa. Dukungan sosial yang berkelanjutan dapat membantu individu kembali berfungsi secara optimal di masyarakat (Christman & Ernstmeyer, 2022).

Daftar Pustaka

- Anderson, V., Boddapati, S., & Pate, S. (2019). *Prevention and promotion*. In *Introduction to community psychology*. Rebus Community Press. <https://press.rebus.community/introductiontocommunitypsychology/chapter/prevention-and-promotion/>
- Barry, M. M. (2019). *Community mental health promotion principles and strategies*. In M. M. Barry, A. M. Clarke, I. Petersen, & R. Jenkins (Eds.), *Implementing mental health promotion* (pp. 163–194). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-23455-3_6
- Barry, M. M. (2019). *Implementing community-based mental health promotion strategies*. In M. M. Barry, A. M. Clarke, I. Petersen, & R. Jenkins (Eds.), *Implementing mental health promotion* (pp. 195–229). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-23455-3_7
- Barry, M. M., Clarke, A. M., & Petersen, I. (2015). Promotion of mental health and prevention of mental disorders: Priorities for implementation. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(7), 503–508. <https://www.emro.who.int/emhj-volume-21-2015/volume-21-issue-7/promotion-of-mental-health-and-prevention-of-mental-disorders-priorities-for-implementation.html>
- Barry, M. M., Kuosmanen, T., Keppler, T., Dowling, K., & Harte, P. (2023). Priority actions for promoting population mental health and wellbeing. *Mental Health & Prevention*, 33, Article 200312. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200312>
- Christman, E., & Ernstmeyer, K. (2022). *Nursing: Mental health and community concepts*. Chippewa Valley Technical College. <https://open.umn.edu/opentextbooks/textbooks/1230>

- Colford, L., Clute, N., & Wells, R. (2023). *The role of community in mental health promotion*. Pressbooks.
- Dwiyanti, D., Sudaryanto, Kunaryanti, & Eny. (2025). *Buku ajar: Promosi kesehatan*. Luminary Press Indonesia.
https://www.academia.edu/127923235/BUKU_AJA_R_PROMOSI_KESEHATAN
- Hesperian Health Guides, Worby, P., & Jailer, T. (2025). *Promoting community mental health*. Hesperian Health Guides.
<https://store.hesperian.org/products/promoting-community-mental-health>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Petunjuk teknis pencegahan dan pengendalian gangguan mental emosional*. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza.
<https://repository.kemkes.go.id/book/564>
- OECD. (2025). *Mental health promotion and prevention: Best practices in public health*. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/88bbe914-en>
- Taylor, S. (2015). *Mental health promotion*. In *Mental and physical health dimensions*. OERCollective.
<https://oercollective.caul.edu.au/mental-physical-health-dimensions/chapter/chapter-3-mental-health-promotion/>
- Trimaya, A., & kolega. (2018). *Pelaksanaan promotif dan preventif upaya program kesehatan jiwa pada puskesmas di Indonesia*. ResearchGate.
<https://www.researchgate.net/publication/354866112>
- Ulya, Z., Sulistyono, A., & Novianto, W. T. (2018). Implementasi aspek promotif upaya kesehatan jiwa di komunitas: Studi kasus edukasi gangguan jiwa di Malang. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 7(4).
<https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/download/37842/23211>

World Health Organization. (2021). *Mental health, brain health and substance use: Promotion and prevention*. World Health Organization.
<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention>

Profil Penulis



A. Ulfiana Fitri, S.KM., M.Kes.

Penulis dilahirkan Sengkang, Kabupaten Wajo pada tanggal 15 April 1990. Ketertarikan penulis terhadap bidang Epidemiologi dimulai pada tahun 2008 ketika penulis menempuh pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin dan mengambil jurusan Epidemiologi. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan magisternya pada program studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin pada tahun 2017 dengan kembali mengambil jurusan Epidemiologi. Penulis juga pernah menjadi asisten dosen dan terlibat beberapa proyek penelitian dan pengabdian bersama beberapa dosen di Universitas Hasanuddin. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Sarjana Administrasi Kesehatan Fakultas Ilmu Keolahragaan dan Kesehatan Universitas Negeri Makassar. Penulis juga menjabat sebagai Ketua Gugus Penjaminan Mutu Program Studi Administrasi Kesehatan sejak tahun 2020. Penulis aktif dalam kegiatan ilmiah dan organisasi keprofesian yaitu Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI). Sehari-harinya, penulis bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah rumpun epidemiologi dan administrasi kesehatan. Penulis juga aktif dalam menulis artikel ilmiah, buku ajar dan *book chapter*, serta terlibat sebagai reviewer di beberapa jurnal nasional.

Email Penulis: ulfiana.fitri@unm.ac.id

ETIKA DAN ISU SENSITIF DALAM PENELITIAN KESEHATAN JIWA

Ns. Dina Palayukan Singkali, S.Kep., M.Kep.
Universitas Tadulako

Pendahuluan

Penelitian kesehatan jiwa merupakan salah satu bidang yang sangat penting dalam ilmu kesehatan karena berfokus pada pemahaman, pencegahan, dan penanganan gangguan mental serta peningkatan kesejahteraan psikologis individu. Gangguan kesehatan jiwa dapat berdampak signifikan pada kualitas hidup, produktivitas, dan interaksi sosial seseorang. Oleh karena itu, penelitian di bidang ini memiliki peran strategis untuk menghasilkan intervensi, strategi pencegahan, dan kebijakan yang efektif. Namun, subjek penelitian kesehatan jiwa sering kali termasuk kelompok yang rentan, seperti pasien dengan gangguan mental berat, remaja dengan kecemasan atau depresi, individu yang mengalami trauma, maupun masyarakat yang terdampak stigma sosial terkait kesehatan mental. Kondisi ini menimbulkan tantangan etis yang lebih kompleks dibandingkan penelitian kesehatan umum (Darmadipura, 2024).

Untuk terus meningkatkan kualitas penanganan gangguan jiwa, penelitian dengan menggunakan subjek penderita gangguan jiwa merupakan salah satu penelitian

yang perlu. Hanya saja, penting diperhatikan bahwa penderita gangguan jiwa merupakan salah satu kelompok rentan yang perlu dilindungi dari perlakuan yang merugikan selama proses penelitian (Mada, 2024). Sejarah menunjukkan upaya ‘uji coba’ pengobatan penderita gangguan jiwa penuh dengan cerita menyedihkan. Sebelum 1900-an, banyak ilmuwan percaya bahwa penyebab gangguan jiwa adalah kemasukan roh jahat, sehingga upaya penyembuhannya adalah mengeluarkan pengaruh roh jahat dengan berbagai cara, dari melukai, mencambuk hingga melubangi kepala penderita. Dalam periode NAZI di Jerman penderita gangguan jiwa menjadi korban utama untuk program Hitler menciptakan ras Aria yang unggul (Mada, 2024). Saat mulai memasuki era modern, pada tahun 1960-an banyak penderita gangguan jiwa yang dijadikan ‘kelinci percobaan’ dengan menjadi subjek penelitian yang bertujuan memahami mekanisme terjadinya gangguan jiwa. Paul Hoch, psikiater ternama yang pernah menjadi Kepala Direktur Penelitian di New York State Psychiatric Institute, misalnya, melakukan penelitian dengan menyuntikkan LSD dan mescaline pada penderita skizofrenia untuk menghasilkan halusinasi dan delusi (waham) serta pemberian ECT dan tindakan lobotomi untuk mengetahui apakah intervensi tersebut dapat mencegah induksi psikosis oleh obat-obatan. Pada saat yang sama juga sering dilakukan penelitian yang disebut “Challenge studies”. Peneliti memprovokasi gejala skizofrenia dengan melakukan isolasi pada pasien, pencegahan tidur sepanjang hari, serta pemberian obat-obatan yang bisa menimbulkan dengan jelas kekacauan kondisi mental. Semua penelitian ini ditujukan untuk mengerti mekanisme yang mendasari terjadinya gangguan jiwa (Jefri Firnando, 2025).

Konflik antara kebutuhan akan penelitian yang cepat dan efisien (yang bertujuan mencari jawaban pengobatan terbaik bagi penderita) dengan perlindungan terhadap

manusia yang menjadi subjek telah mendapat perhatian serius sejak beberapa dekade terakhir. Konflik ini telah menghasilkan prinsip-prinsip etis penelitian yang tercatat dimulai dengan the Nuremberg Code (1948) hingga the UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Right (2009). Etika penelitian dikembangkan terutama untuk menjembatani kebutuhan melakukan penelitian dengan perlindungan terhadap manusia yang menjadi subjeknya. Keduanya adalah hal penting yang harus dilakukan dengan sinergis. Karenanya, dilema etis dalam penelitian dengan subjek manusia bukanlah konflik antara kebaikan dan keburukan, melainkan kompetisi antar kebaikan, seperti kebaikan dari penelitian yang aman, dengan kebaikan dari pengetahuan yang dihasilkan oleh penelitian (Darmadipura, 2024).

Tujuan Utama Penelitian Kesehatan Jiwa

Perlindungan etis bagi individu yang mengalami gangguan jiwa menjadi sangat penting karena melibatkan beberapa aspek yang bersifat sensitif. Dua faktor utama yang menegaskan urgensi perlindungan ini adalah kemampuan partisipan dalam mengambil keputusan dan adanya stigma atau pandangan negatif terhadap gangguan jiwa (Wicaksono, 2025). Kemampuan membuat keputusan merupakan aspek krusial dalam proses memperoleh persetujuan yang sah setelah penjelasan (*informed consent*), karena tanpa kapasitas ini, partisipan tidak dapat secara sadar menilai risiko, manfaat, atau tujuan penelitian. Persetujuan setelah penjelasan (PSP) sendiri telah lama diakui sebagai prinsip etika utama dalam penelitian, yang dicatat sejak *Nuremberg Code* pada tahun 1948 sebagai landasan historis bagi penelitian etis pada manusia. Di konteks Indonesia, isu kapasitas partisipan dengan gangguan jiwa dan penerapan PSP juga mendapat perhatian khusus dalam Pedoman Etika

Penelitian Kesehatan, yang tertuang dalam Pedoman 15 oleh Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan (Lestari³ & Rafi'ah⁵, 2025). Pedoman ini menekankan bahwa partisipan dengan gangguan jiwa termasuk kelompok rentan, sehingga peneliti wajib memastikan bahwa mereka benar-benar memahami informasi yang diberikan, diberikan kesempatan untuk bertanya, dan dapat menolak atau menarik diri dari penelitian kapan saja tanpa adanya tekanan atau konsekuensi negatif. Dengan demikian, prinsip etika ini tidak hanya melindungi hak dan kesejahteraan partisipan, tetapi juga meningkatkan integritas dan validitas penelitian, karena data yang diperoleh berasal dari partisipan yang benar-benar memahami dan menyetujui proses penelitian. Kapasitas dalam mengambil keputusan (selanjutnya disebut "kapasitas") adalah istilah klinis yang bersifat spesifik untuk menggambarkan kemampuan penderita secara klinis dalam membuat keputusan spesifik. Kapasitas penderita gangguan jiwa mengalami penurunan karena gejala gangguan jiwa itu sendiri, dan dari penurunan fungsi kognitif (Yohanes Kartika Herdiyanto & Vembriati, 2018).

Gejala gangguan jiwa dapat mempengaruhi proses pikir seperti penderita depresi yang ingin ikut serta dalam penelitian karena berharap akan meninggal dalam proses 'percobaan', penderita cemas yang cenderung menolak dan khawatir yang berlebihan, dan penderita psikosis yang tindakan dan pikirannya terpengaruh oleh gejala waham dan halusinasinya. Sementara penurunan fungsi kognitif dapat terjadi karena gejala yang kronis dan berkelanjutan, serta akibat isolasi sosial yang berlangsung lama. Masalah stigma (pandangan negatif dan sikap diskriminatif dari masyarakat) terhadap penderita gangguan jiwa dalam penelitian (andre ata ujan, Febiana R, 2016).

Etika penelitian kesehatan jiwa berperan sebagai panduan untuk melindungi hak, martabat, dan keselamatan partisipan, sekaligus memastikan bahwa penelitian dilakukan secara ilmiah, sah, dan bertanggung jawab. Prinsip-prinsip etika seperti respek terhadap partisipan, keadilan, beneficence (memaksimalkan manfaat), non-maleficence (menghindari kerugian), serta kerahasiaan dan privasi data menjadi sangat penting untuk diterapkan. Peneliti dituntut untuk memastikan partisipan memahami tujuan penelitian, risiko yang mungkin timbul, dan hak mereka untuk menolak atau menghentikan partisipasi kapan saja. Hal ini menjadi semakin penting karena kondisi mental partisipan dapat memengaruhi kapasitas mereka dalam memberikan persetujuan yang sah (informed consent). Selain itu, penelitian kesehatan jiwa juga menghadapi isu sensitif yang perlu mendapatkan perhatian khusus. Isu-isu ini antara lain risiko psikologis seperti stres, kecemasan, trauma, atau pemicu perilaku bunuh diri; stigma dan diskriminasi sosial yang dapat timbul dari keterlibatan dalam penelitian; serta masalah privasi dan keamanan data yang sangat sensitif. Partisipan yang mengalami gangguan mental atau kondisi rentan berpotensi dieksploitasi jika penelitian tidak dilakukan dengan etika yang ketat. Oleh karena itu, peneliti harus menyiapkan protokol perlindungan, termasuk dukungan psikologis sebelum, selama, dan setelah penelitian, serta memastikan seluruh data dianonimkan dan disimpan dengan aman (Shobhit Jain1, 2017).

Pemahaman tentang etika dan isu sensitif dalam penelitian kesehatan jiwa tidak hanya melindungi partisipan, tetapi juga meningkatkan kualitas dan validitas hasil penelitian. Penelitian yang etis dapat menghasilkan data yang dapat dipercaya, mendorong penerapan intervensi yang efektif, dan memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu kesehatan jiwa tanpa

merugikan individu yang terlibat. Dengan demikian, diskusi mengenai prinsip etika, isu sensitif, dan praktik terbaik dalam penelitian kesehatan jiwa menjadi sangat penting bagi peneliti, akademisi, dan praktisi kesehatan dalam merancang dan melaksanakan penelitian secara bertanggung jawab (Muhlisin & Pratiwi, 2015).

Prinsip Etika dalam Penelitian Kesehatan Jiwa

Penelitian kesehatan jiwa melibatkan populasi yang rentan secara psikologis dan sosial. Oleh karena itu, penerapan prinsip etika sangat penting untuk melindungi hak dan kesejahteraan partisipan sekaligus memastikan penelitian dilakukan secara ilmiah, sah, dan bertanggung jawab. Prinsip-prinsip utama etika dalam penelitian kesehatan jiwa antara lain:

1. *Respek terhadap Partisipan (Respect for Persons)*: Partisipan harus dianggap sebagai individu yang memiliki hak untuk membuat keputusan tentang keterlibatan mereka dalam penelitian, Informed consent wajib diterapkan, yaitu partisipan diberikan informasi yang jelas mengenai tujuan penelitian, prosedur, risiko, manfaat, dan hak mereka untuk menolak atau mengundurkan diri kapan saja, Peneliti harus menghormati otonomi partisipan, termasuk kebutuhan mereka untuk privasi dan keamanan informasi pribadi.
2. *Beneficence (Kebaikan)*
Penelitian harus dirancang untuk memaksimalkan manfaat bagi partisipan atau masyarakat luas. Contohnya, penelitian dapat memberikan wawasan untuk pengembangan intervensi kesehatan mental, strategi pencegahan, atau program rehabilitasi. Peneliti harus memastikan bahwa hasil penelitian

akan memberikan kontribusi nyata bagi ilmu pengetahuan dan kesejahteraan manusia.

3. *Non-maleficence* (Tidak Merugikan)

Prinsip ini menekankan pentingnya menghindari risiko dan kerugian bagi partisipan. Penelitian yang berpotensi menimbulkan stres, kecemasan, trauma, atau risiko bunuh diri harus memiliki protokol mitigasi yang jelas, seperti dukungan konseling atau jalur rujukan profesional. Risiko fisik, psikologis, maupun sosial harus diminimalkan sebisa mungkin.

4. Keadilan (*Justice*)

Partisipan harus dipilih secara adil dan seimbang, tidak hanya berdasarkan kemudahan akses atau kepentingan penelitian, kelompok rentan, seperti pasien dengan gangguan mental berat, tidak boleh dieksploitasi untuk kepentingan akademik atau finansial, distribusi manfaat dan risiko penelitian harus proporsional.

5. Kerahasiaan dan Privasi (*Confidentiality and Privacy*)

Data partisipan, terutama informasi terkait kondisi mental, harus dijaga kerahasiaannya, identitas partisipan sebaiknya dianonimkan, dan akses data dibatasi hanya untuk peneliti yang berwenang, informasi sensitif tidak boleh digunakan untuk tujuan selain penelitian atau dipublikasikan tanpa izin.

6. Integritas Peneliti (*Integrity*)

Peneliti harus bertindak jujur dan transparan mengenai tujuan, metode, dan potensi risiko penelitian, semua data harus dicatat dan dianalisis secara objektif, tanpa manipulasi atau rekayasa hasil, konflik kepentingan harus diungkapkan untuk menjaga kredibilitas penelitian (Pooja Patnaik Kuppili1, , 2017)

Isu Sensitif dalam Penelitian Kesehatan Jiwa

Penelitian kesehatan jiwa merupakan bidang penelitian yang kompleks dan penuh tantangan karena melibatkan partisipan yang memiliki kondisi psikologis atau mental yang rentan. Isu utama yang sering muncul dalam penelitian ini berkaitan dengan etika penelitian. Salah satu aspek yang paling penting adalah kemampuan partisipan untuk memberikan persetujuan yang sah atau *informed consent*. Tidak semua partisipan memiliki kapasitas kognitif yang memadai untuk memahami prosedur penelitian, risiko, manfaat, dan hak mereka (Natalia et al., 2019). Oleh karena itu, peneliti harus menggunakan bahasa yang jelas dan sederhana, memastikan partisipan memahami isi persetujuan, dan menyediakan kesempatan untuk bertanya. Selain itu, karena kondisi mental partisipan dapat berubah selama penelitian, *informed consent* sebaiknya dianggap sebagai proses berkelanjutan, bukan hanya persetujuan satu kali di awal penelitian. Partisipan harus selalu diberi hak untuk menarik diri dari penelitian kapan pun tanpa konsekuensi negatif. Selain etika persetujuan, penelitian kesehatan jiwa menghadapi risiko psikologis yang signifikan. Wawancara, pengisian kuesioner, atau intervensi tertentu dapat memicu stres, kecemasan, depresi, atau kekambuhan gejala. Oleh karena itu, peneliti harus menyiapkan protokol untuk mengidentifikasi dan menangani respons psikologis negatif, termasuk menyediakan rujukan ke layanan kesehatan jiwa jika diperlukan. Perlindungan partisipan menjadi sangat penting, karena mereka termasuk kelompok rentan yang berisiko mengalami kerugian fisik, psikologis, atau sosial akibat penelitian. Stigma dan diskriminasi juga menjadi isu penting dalam penelitian kesehatan jiwa. Partisipan sering khawatir bahwa data mereka akan disalahgunakan atau memengaruhi pandangan masyarakat, status sosial, pendidikan, dan pekerjaan mereka (Yohanes Kartika

Herdiyanto & Vembriati, 2018). Gangguan jiwa masih dianggap negatif di banyak budaya, sehingga partisipan mungkin enggan terbuka mengenai kondisi mereka. Karena itu, kerahasiaan dan privasi data harus dijaga secara ketat. Data harus disimpan dengan aman, dianonimkan, dan hanya digunakan untuk tujuan penelitian, untuk meminimalkan risiko dampak sosial dan psikologis pada partisipan. Dari sisi metodologis, penelitian kesehatan jiwa memiliki tantangan tersendiri. Gejala kesehatan jiwa sering bersifat subjektif, fluktuatif, dan dipengaruhi oleh konteks individu dan lingkungan. Hal ini dapat menimbulkan bias respon, di mana partisipan memberikan jawaban yang mereka anggap “benar” atau sesuai harapan peneliti, bukan jawaban yang jujur. Selain itu, tingkat *drop out* dalam penelitian ini biasanya tinggi karena kondisi mental partisipan yang tidak stabil, sehingga perencanaan penelitian harus fleksibel, responsif, dan mempertimbangkan kesejahteraan partisipan (Yohanes Kartika Herdiyanto & Vembriati, 2016).

Isu konteks budaya dan sosial juga penting. Persepsi gangguan jiwa berbeda antar budaya dan masyarakat. Instrumen penelitian yang tidak sesuai budaya dapat menghasilkan data yang kurang valid. Selain itu, norma keluarga dan masyarakat dapat memengaruhi partisipasi partisipan, sehingga peneliti perlu mempertimbangkan faktor sosial-budaya dalam perancangan penelitian (Call et al., 2025).

Selain itu, penelitian kesehatan jiwa harus memperhatikan aspek legal dan hak asasi manusia. Partisipan harus dilindungi dari eksploitasi dan diskriminasi. Peneliti wajib mematuhi regulasi nasional maupun internasional, termasuk panduan dari Komisi Etik Penelitian dan deklarasi internasional seperti Deklarasi Helsinki. Isu penggunaan intervensi juga perlu

diperhatikan; peneliti harus menyiapkan protokol untuk meminimalkan risiko dan menyediakan tindakan tanggap jika intervensi memperburuk kondisi partisipan. Akhirnya, konflik kepentingan merupakan isu tambahan yang tidak boleh diabaikan. Penelitian yang dibiayai oleh pihak tertentu, misalnya industri farmasi, berpotensi menimbulkan bias dalam desain, analisis, atau pelaporan hasil penelitian. Peneliti harus transparan mengenai sumber pendanaan dan memastikan hasil penelitian objektif serta valid. Dengan demikian, penelitian kesehatan jiwa menuntut perhatian ekstra terhadap berbagai isu etis, metodologis, psikologis, sosial, budaya, dan legal. Perlindungan partisipan harus menjadi prioritas utama, di samping menjaga kualitas dan integritas penelitian (Hosiana et al., 2024). Penelitian yang dilakukan dengan memperhatikan isu-isu ini tidak hanya memberikan kontribusi ilmiah yang signifikan, tetapi juga menghormati hak, martabat, dan kesejahteraan partisipan. Sebagian besar responden penelitian kesehatan jiwa merupakan individu dengan gangguan mental, keterbatasan kognitif, atau kondisi emosional yang tidak stabil. Hal ini membuat mereka rentan terhadap tekanan, eksploitasi, atau salah paham terhadap tujuan penelitian. Tidak semua pasien kesehatan jiwa mampu mengambil keputusan secara mandiri. Tantangan yang sering muncul: Gangguan persepsi, delusi, atau penurunan fungsi kognitif, ketergantungan pada keluarga atau tenaga kesehatan. Perlu penilaian kapasitas mental, serta persetujuan dari wali/keluarga bila diperlukan, tanpa mengabaikan persetujuan subjek (assent) (Azfa, 2019). Data kesehatan jiwa bersifat sangat pribadi dan sensitif, seperti: riwayat penyakit mental, pengalaman trauma, pikiran bunuh diri atau perilaku agresif. Kebocoran data dapat menyebabkan stigma, diskriminasi, atau dampak sosial bagi responden. Proses penelitian (wawancara, kuesioner, observasi) dapat memicu kembali

trauma lama, Menimbulkan kecemasan, stres, atau rasa tidak nyaman, memperburuk kondisi psikologis subjek, Peneliti wajib menyiapkan prosedur penanganan krisis. Label “pasien gangguan jiwa” masih memiliki konotasi negatif di masyarakat. Penelitian berpotensi: Memperkuat stereotip negatif, Menurunkan harga diri responden. Bahasa yang digunakan harus netral, manusiawi, dan tidak menghakimi. Hubungan antara peneliti (misalnya perawat, dokter, dosen) dan pasien dapat membuat pasien: Merasa terpaksa ikut penelitian, Takut menolak karena khawatir memengaruhi perawatan, Partisipasi harus benar-benar sukarela, tanpa tekanan terselubung. Pada kondisi tertentu, subjek dapat menunjukkan: Perilaku agresif, Risiko melukai diri sendiri atau orang lain. Penelitian harus memperhatikan keselamatan fisik dan psikologis semua pihak. Pemahaman tentang gangguan jiwa dipengaruhi oleh: Budaya, kepercayaan agama, Norma social. Penelitian yang tidak sensitif budaya dapat menimbulkan salah tafsir atau penolakan dari subjek dan komunitas. Hasil penelitian harus: Digunakan untuk kepentingan ilmiah dan peningkatan layanan, Tidak disalahgunakan untuk pelabelan atau diskriminasi. Pelaporan hasil perlu menjaga anonimitas dan martabat subjek (Ramdhan, 2021).

Prosedur Etis dan Perlindungan Partisipan

Setiap penelitian kesehatan jiwa wajib memperoleh persetujuan dari Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) sebelum pelaksanaan yang bertujuan untuk memastikan bahwa resiko terhadap partisipan telah diminimalkan, manfaat penelitian sebanding dengan risiko, hak dan keselamatan partisipan terlindungi. Partisipan harus diberikan informasi yang jelas dan mudah dipahami mengenai tujuan dan prosedur penelitian, manfaat dan risiko yang mungkin timbul, hak untuk menolak atau, menghentikan partisipasi kapan saja, jaminan

kerahasiaan data. Pada partisipan dengan keterbatasan kapasitas mental: dilakukan penilaian kapasitas keputusan, diperlukan persetujuan wali/keluarga, serta persetujuan partisipan (assent). Keikutsertaan partisipan tanpa paksaan, tanpa ancaman, tanpa imbalan yang berlebihan (Alfarizil & Novita Listyaningrum, 2024). Partisipan tidak boleh merasa bahwa layanan kesehatan atau hubungan profesional akan terpengaruh jika menolak. Peneliti wajib menjaga kerahasiaan identitas partisipan (kode/anonim), menyimpan data di tempat aman, membatasi akses hanya kepada tim peneliti. Publikasi hasil penelitian tidak boleh mengungkapkan identitas partisipan secara langsung maupun tidak langsung. Penelitian merancang menghindari pertanyaan atau prosedur yang memicu distress, menghentikan pengumpulan data bila partisipan menunjukkan tanda ketidaknyamanan berat, risiko fisik, psikologis, sosial, dan hukum harus dipertimbangkan sejak awal. Peneliti wajib menyiapkan prosedur rujukan ke tenaga profesional (psikiater/psikolog/perawat jiwa), mekanisme penghentian sementara atau permanen penelitian, dukungan emosional segera bila partisipan mengalami distress. Kelompok rentan dalam penelitian seperti pasien gangguan jiwa berat, Anak dan remaja, pasien rawat inap atau institusional Memerlukan Perlindungan tambahan bagi partisipan. Peneliti dalam melakukan penelitian menggunakan bahasa yang sopan, netral, dan tidak menghakimi, menghormati nilai budaya, agama, dan norma setempat, menyesuaikan instrumen penelitian dengan konteks sosial partisipan. Pemilihan partisipan harus adil dan tidak diskriminatif: Tidak mengeksploitasi kelompok tertentu, Beban dan manfaat penelitian didistribusikan secara proporsional. Hasil penelitian disampaikan secara jujur dan bertanggung jawab, Tidak memperkuat stigma gangguan jiwa, Menjaga martabat dan hak partisipan (Atribusi, 2021).

Praktik Baik dalam Penelitian Kesehatan Jiwa

Praktik baik dalam penelitian kesehatan jiwa merupakan prinsip dan langkah-langkah yang harus diterapkan peneliti untuk memastikan penelitian dilakukan secara etis, ilmiah, dan aman bagi partisipan. Karena penelitian kesehatan jiwa melibatkan individu yang rentan secara psikologis, praktik baik ini sangat penting untuk melindungi hak, martabat, dan kesejahteraan partisipan, sekaligus memastikan kualitas data yang diperoleh valid dan dapat dipercaya. Salah satu praktik baik yang utama adalah penegakan etika penelitian. Peneliti harus memastikan bahwa setiap partisipan memberikan persetujuan yang sadar (*informed consent*) setelah mendapatkan informasi yang lengkap tentang tujuan, prosedur, manfaat, dan risiko penelitian. Informasi ini harus disampaikan dengan bahasa yang jelas dan mudah dipahami, sesuai dengan tingkat pemahaman kognitif partisipan. Untuk partisipan yang mengalami gangguan kognitif atau psikosis, persetujuan sebaiknya juga melibatkan wali atau keluarga yang sah, tanpa mengurangi hak partisipan untuk menolak atau menarik diri dari penelitian kapan saja. Selain itu, *informed consent* sebaiknya dipandang sebagai proses berkelanjutan, bukan hanya persetujuan satu kali di awal penelitian (Akbar, 2014).

Praktik baik berikutnya adalah perlindungan terhadap risiko psikologis dan fisik. Peneliti harus menilai potensi risiko sebelum penelitian dimulai dan menyiapkan protokol untuk menangani situasi darurat atau respons negatif partisipan. Misalnya, dalam penelitian yang melibatkan wawancara mendalam atau intervensi psikologis, peneliti harus siap memberikan dukungan emosional, konseling, atau rujukan ke layanan kesehatan jiwa bila diperlukan. Hal ini bertujuan untuk memastikan partisipan tidak mengalami kerugian akibat partisipasinya dalam penelitian (Akbar, 2014).

Kerahasiaan dan privasi data juga termasuk praktik baik yang sangat penting. Data kesehatan jiwa bersifat sangat sensitif dan bila bocor dapat berdampak negatif pada kehidupan partisipan, termasuk stigma, diskriminasi, atau kerugian sosial dan ekonomi. Oleh karena itu, peneliti harus menyimpan data dengan aman, menganonimkan identitas partisipan, dan membatasi akses hanya kepada pihak yang berwenang. Seluruh proses pengumpulan, penyimpanan, analisis, dan pelaporan data harus dilakukan sesuai dengan regulasi hukum dan standar etika penelitian nasional maupun internasional. Pendekatan yang berfokus pada partisipan (*participant-centered approach*) juga merupakan praktik baik yang harus diterapkan. Peneliti perlu memperhatikan kondisi psikologis, budaya, dan sosial partisipan. Misalnya, instrumen penelitian harus disesuaikan dengan konteks budaya lokal, dan bahasa yang digunakan dalam wawancara atau kuesioner harus sensitif terhadap norma sosial. Partisipan harus merasa dihargai, didengar, dan dilibatkan secara aktif dalam proses penelitian (Natalia et al., 2019).

Selain itu, praktik ilmiah yang baik sangat penting untuk menghasilkan penelitian yang valid dan dapat dipercaya. Hal ini meliputi perancangan metodologi yang tepat, pemilihan sampel yang representatif, penggunaan instrumen pengukuran yang valid dan reliabel, serta analisis data yang transparan dan akurat. Peneliti juga harus menghindari bias, baik yang bersifat metodologis maupun terkait konflik kepentingan, serta memastikan bahwa hasil penelitian dilaporkan secara jujur dan tidak menyesatkan.

Praktik baik lainnya adalah pengelolaan konflik kepentingan. Penelitian kesehatan jiwa sering didanai oleh pihak eksternal, termasuk industri farmasi atau lembaga swasta, yang berpotensi memengaruhi desain,

pelaksanaan, atau pelaporan penelitian. Peneliti harus transparan mengenai sumber pendanaan, dan memastikan bahwa penelitian dilakukan secara objektif dan bebas dari tekanan eksternal. Terakhir, praktik baik dalam penelitian kesehatan jiwa juga mencakup upaya untuk mengurangi stigma dan meningkatkan kesadaran masyarakat. Penelitian harus dilakukan dengan cara yang tidak memperburuk persepsi negatif terhadap gangguan jiwa, dan hasil penelitian dapat digunakan untuk mendukung kebijakan, intervensi, atau program edukasi yang meningkatkan pemahaman, penerimaan, dan dukungan bagi individu dengan gangguan mental. Secara keseluruhan, praktik baik dalam penelitian kesehatan jiwa mencakup aspek etika, metodologis, psikologis, sosial, budaya, dan legal, yang saling terkait dan bertujuan untuk melindungi partisipan serta meningkatkan kualitas penelitian. Dengan menerapkan prinsip-prinsip ini secara konsisten, peneliti dapat menghasilkan penelitian yang tidak hanya valid secara ilmiah, tetapi juga bertanggung jawab secara etis dan sosial, serta memberikan manfaat nyata bagi individu dan masyarakat (Muhlisin & Pratiwi, 2015).

Daftar Pustaka

- Akbar, L. M. A. w I. Z. w A. (2014). *Teori dan Aplikasi Praktik Klinik*.
- Alfarizil, L. M., & Novita Listyaningrum. (2024). *Perlindungan hukum bagi subjek penelitian kesehatan ditinjau dari etika dan tanggung jawab*.
- andre ata ujan, Febiana R, T. sintak gunawan. (2016). *moralitas lentera peradaban dunia. Buku*.
- Atribusi-, L. C. C. (2021). *Kesehatan mental pada penyintas Covid-19 Literatur Review Nur Wulan, Budi Anna Keliat Universitas Indonesia*. 215–225.
- Azfa, S. (2019). *Pengaruh Cyberbullying pada Kesehatan Mental Remaja*. 329–338.
- Call, F. S., Arsy, F. S., & Saifuddin, W. (2025). *Jurnal JTIK (Jurnal Teknologi Informasi dan Komunikasi) Analisis Resepsi Penonton Mengenai Isu Kesehatan Mental pada*. 9(June), 655–663.
- Darmadipura, M. S. (2024). *Isu Etik Dalam Penelitian di Bidang Kesehatan*.
- Hosiana, V., Silalahi, C., & Sihombing, R. A. (2024). *Membangun Kesejahteraan Masyarakat Indonesia Sehat: Strategi Komprehensif Dalam Pencegahan Penyakit , Reformasi Sistem Kesehatan , Dan Peningkatan Kesadaran Isu Kesehatan Mental*. 1(3).
- Jefri Firnando. (2025). *Hukuman Mati Dan Kesehatan Mental: Perspektif Psikologi Forensik Terhadap Implikasi Hukum Dan Etika Death Penalty And Mental Health: A Forensic Psychological Perspective On Legal And Ethical Implications*. 5.
- Lestari3, A. R. H. N. A. S. A., & Rafi'ah5, E. G. K. (2025). *J . A . I: Jurnal Abdimas Indonesia*. 284–289.
- Mada, U. G. (2024). *Isu Etika pada Penelitian yang Melibatkan Orang dengan Skizofrenia: Scoping Review dan Studi Kualitatif Urfa Khairatun Hisan, Prof. Dra. RA Yayi Suryo Prabandari, M.Si., Ph.D.; Dr. Dra. Retna Siwi Padmawati, M.A.*

- Muhlisin, A., & Pratiwi, A. (2015). *The 2 nd University Research Coloquium 2015 ISSN 2407-9189 The 2 nd University Research Coloquium 2015 ISSN 2407-9189. 2000.*
- Natalia, J. R., Bernathsius, J., Studi, P., Dokter, P., Kedokteran, F., & Lampung, U. (2019). *Highly Sensitive Person dan dampaknya terhadap kesehatan. 7(3).*
- Ramdhani, M. (2021). *Metode Penelitian*. Cipta Media Nusantara.
- Shobhit Jain¹, Pooja Patnaik Kuppili¹, Raman Deep Pattanayak², ✉, R. S. (2017). *etika penelitian psikiatri.*
- Wicaksono, E. N. (2025). *Perlindungan Hukum terhadap Hak Asasi Orang dengan Gangguan Jiwa yang Terlibat Tindak Pidana : Tinjauan UU Kesehatan Jiwa. 2, 1–13.*
- Yohanes Kartika Herdiyanto, & Vembriati, N. (2018). *Stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa di bali. 121–132.*

Profil Penulis



Ns. Dina Palayukan Singkali, S.Kep., M.Kep.

Penulis di lahirkan di Paniki pada tanggal 15 Desember 1983 penulis selesai pendidikan S1 dari Universitas Famika Makassar pada tahun 2006 dan Pada tahun 2017 penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Airlangga Surabaya dengan mengambil jurusan keperawatan Jiwa. Setelah selesai pendidikan S2 tahun 2019 penulis ditempatkan di RS Jiwa dengan jabatan Kepala Instalasi Rawat Jiwa dan Manager pelayanan pasien jiwa. Pada tahun 2022 penulis pindah instansi kerja di Universitas Tadulako palu sebagai Dosen dan mengajar keperawatan jiwa dan menjadi dosen tamu di universitas swasta di palu. penulis aktif dalam melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat tentang kesehatan jiwa remaja. pengalaman menulis buku dimulai tahun 2024 sampai sekarang dengan berfokus pada kesehatan jiwa.

Email Penulis : dinasingkalipalu@gmail.com

- 1 KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI KESEHATAN JIWA
Antonius Adolf Gebang
- 2 PREVALENSI GANGGUAN KESEHATAN JIWA DI INDONESIA
Echa Effendy Siswanto Amir
- 3 FAKTOR RISIKO GANGGUAN KESEHATAN JIWA
Riastuti Kusuma Wardani
- 4 GANGGUAN CEMAS DAN DEPRESI
Nicholas Hardi
- 5 GANGGUAN BIPOLAR
Syahrianti Sarea
- 6 SKIZOFRENIA
Ika Nur Fitriana
- 7 EPIDEMIOLOGI BUNUH DIRI DAN PERILAKU MERUSAK DIRI
Finni Fitria Tumiwa
- 8 GANGGUAN AKIBAT ZAT DAN ADIKSI
Daniella Satyasari
- 9 KESEHATAN JIWA PADA KELOMPOK RENTAN (REMAJA, LANSIA, PEKERJA DAN IBU HAMIL)
Inne Ariane Gobel
- 10 SURVEILANS DAN SISTEM INFORMASI KESEHATAN JIWA DI INDONESIA
Bayu Eka Kurniawan
- 11 STRATEGI PROMOSI DAN PENCEGAHAN GANGGUAN JIWA BERBASIS MASYARAKAT
A. Ulfana Fitri
- 12 ETIKA DAN ISU SENSITIF DALAM PENELITIAN KESEHATAN JIWA
Dina Palayukan Singkali

Editor:

Hairil Akbar

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

