

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur peneliti panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga laporan ini dapat diselesaikan dengan baik.

Dalam kesempatan ini, Tim peneliti: Prof. dr. Meiwita Budiharsana, MPA, Ph.D., Dr. Indra Supradewi, MKM., Sri Wahyuni, SKM., MKM., Yuly Karolinn Darwin, SKM., Bdn. Ayu Anggaritno P, S. Tr. Keb. dan Tim ahli: Prof. Johana Endang Prawitasari, Ph.D., Dra. Joyce Siti Hanna Djaelani, Psi., dan Dr. Yasinta Astin Sokang, S. Psi., M. Psi., Psikolog.

Menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu, baik secara langsung maupun tidak langsung, dalam pelaksanaan kegiatan dan penyusunan laporan ini.

Ucapan terima kasih disampaikan oleh tim peneliti dan tim ahli kepada:

1. Direktur Poltekkes Kemenkes Jakarta III
2. Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Jakarta III
3. Ketua Prodi Profesi Kebidanan Poltekkes Kemenkes Jakarta III
4. Kepala Puskesmas dan Staf Puskesmas Tanjung Priok Jakarta Utara
5. Ketua RW 09, Ketua dan Anggota Karang Taruna RW 09, Kader Pendamping dan Kader Posyandu Remaja RW 09 Kebon Bawang, Jakarta Utara
6. Tim Enumerator/Pengumpul Data

Peneliti menyadari bahwa laporan ini masih perlu kritik dan saran yang membangun untuk penyempurnaan. Akhir kata, semoga laporan ini memberikan manfaat bagi semua pihak yang membacanya dan dapat menjadi salah satu landasan perbaikan layanan di tengah masyarakat demi menciptakan masyarakat yang sehat secara fisik, mental dan emosional.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas tersusunnya buku “*Laporan Penelitian Operasional Integrasi Deteksi Dini Masalah dan Gangguan Kesehatan Jiwa ke Primary Health Care (PHC/Puskesmas)*”. Buku ini disusun sebagai bagian dari upaya penguatan layanan kesehatan jiwa di tingkat pelayanan kesehatan pertama melalui pendekatan yang sistematis, berbasis bukti, dan aplikatif. Penelitian operasional ini bertujuan untuk menguji validitas sejumlah kuesioner yang direkomendasikan oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan (Dit. Yankesren) dalam rangka integrasi deteksi dini masalah dan gangguan kesehatan jiwa ke dalam layanan *primary health care* (PHC) atau pelayanan kesehatan tingkat pertama di fasilitas seperti puskesmas beserta jejaringnya. Uji validitas ini menjadi langkah penting untuk memastikan bahwa instrumen yang digunakan memiliki ketepatan dan keandalan dalam mengidentifikasi masalah kesehatan jiwa pada berbagai kelompok sasaran.

Enam kuesioner yang diuji dalam penelitian ini meliputi: kuesioner *Mini Mindhear Youth Scale* (MMYS) dan *Strengths and Difficulties* (SDQ) untuk anak dan remaja; *Self-Reporting Questionnaire-29* (SRQ-29), *State-Trait Anxiety Inventory – Trait* (STAI-T), dan *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4) untuk perempuan dewasa dan lansia; serta *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) untuk ibu hamil. Melalui proses pengujian ini, diharapkan diperoleh bukti ilmiah mengenai kelayakan penggunaan instrumen-instrumen tersebut dalam konteks pelayanan kesehatan primer di Indonesia, sehingga dapat mendukung deteksi dini yang lebih akurat, cepat, dan terintegrasi dalam sistem pelayanan.

Selama ini, deteksi dini masalah kesehatan jiwa di layanan primer masih menghadapi berbagai tantangan, antara lain keterbatasan waktu pelayanan, kapasitas sumber daya manusia, serta ketersediaan instrumen skrining yang telah teruji secara ilmiah dalam konteks populasi Indonesia. Oleh karena itu, pengujian validitas instrumen menjadi langkah strategis untuk memastikan bahwa proses skrining yang dilakukan di puskesmas dan jejaringnya benar-benar mampu mengidentifikasi individu yang membutuhkan intervensi lebih lanjut.

Buku laporan ini tidak hanya memuat hasil uji validitas secara statistik, tetapi juga mendokumentasikan proses pelaksanaan penelitian, karakteristik responden, serta implikasi praktis dari penggunaan masing-masing instrumen di layanan PHC. Penguatan deteksi dini kesehatan jiwa di tingkat PHC merupakan langkah strategis dalam menurunkan beban masalah kesehatan jiwa di masyarakat. Oleh karena itu, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan bagi pengambil kebijakan, tenaga kesehatan, akademisi, serta pihak-pihak terkait dalam mengembangkan kebijakan dan praktik layanan kesehatan jiwa yang lebih responsif dan berkelanjutan.

Kami menyadari bahwa laporan ini masih memiliki keterbatasan, sehingga masukan dan saran konstruktif sangat kami harapkan untuk penyempurnaan di masa mendatang.

Akhir kata, kami menyampaikan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam pelaksanaan dan penyusunan laporan penelitian ini. Semoga buku ini memberikan manfaat yang luas bagi penguatan sistem pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia.

Penulis
2026



DAFTAR ISI

UCAPAN TERIMA KASIH	i
KATA PENGANTAR	1
DAFTAR ISI	3
DAFTAR TABEL	5
DAFTAR GAMBAR	8
DAFTAR SINGKATAN	9
DAFTAR ISTILAH	11
BAB I PENDAHULUAN	15
1.1 Latar Belakang	15
1.2 Tujuan Penelitian	17
1.2.1 Tujuan Umum	17
1.2.2 Tujuan Khusus	17
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	19
2.1 Kesehatan Jiwa dalam Pelayanan Kesehatan Primer	19
2.2 Determinan Sosial Kesehatan Jiwa dan Pendekatan Ekologis	19
2.3 Kerangka Teoritis Psikologi	20
2.3.1 Model <i>Diatesis–Stres</i>	20
2.3.2 Teori Kognitif Depresi dan Kecemasan	21
2.3.3 Perspektif Psikopatologi Perkembangan pada Remaja dan Dewasa Muda	21
2.3.4 Gambaran Realitas Teori Peran dan Beban Peran Ganda pada Perempuan	22
2.3.5 Alat Ukur EPDS: Mengukur Keparahan Depresi dan Kecemasan Ibu Hamil.....	22
2.4 Instrumen Skrining Kesehatan Jiwa di Layanan Primer (<i>Primary Health Care</i>).....	23
2.5 Kode ICD-10 untuk Deteksi Cemas dan Depresi	24
2.6 Kesehatan Jiwa Remaja, Perempuan Dewasa, dan Ibu Hamil merupakan Isu Kesehatan Masyarakat	25
BAB III METODOLOGI.....	28
3.1 Kuesioner Penelitian.....	29
3.2 Definisi Operasional Variabel-Variabel Kesehatan Jiwa	30
3.3 Manajemen dan Analisa Data	36
3.4 Keterbatasan Penelitian	36
BAB IV HASIL	38
4.1 Data Responden Penelitian: Jumlah sampel	38
4.2 Hasil Sesuai Urutan Tujuan Khusus	44

4.2.1	Hasil deteksi gangguan kesehatan jiwa pada anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) menggunakan kuesioner <i>Mini Mindhear Youth Scale</i> (MMYS) V.1 (usia 10-18 tahun)....	44
4.2.2	Hasil deteksi gangguan kesehatan jiwa pada anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) menggunakan kuesioner <i>Strengths and Difficulties</i> (SDQ) (usia 4-11 tahun dan 11-18 tahun)	47
4.2.3	Hasil deteksi gangguan kesehatan jiwa pada perempuan dewasa menggunakan <i>Self-Reporting Questionnaire-29</i> (SRQ-29) (usia >18 tahun).....	48
4.2.4	Hasil deteksi gangguan kecemasan pada perempuan dewasa menggunakan kuesioner <i>State-Trait Anxiety Inventory – Trait</i> (STAI-T) (usia >18 tahun)	55
4.2.5	Hasil deteksi gangguan depresi dan kecemasan pada perempuan dewasa menggunakan <i>Patient Health Questionnaire-4</i> (PHQ-4) (usia >18 tahun).....	58
4.2.6	Hasil deteksi gangguan depresi pada ibu hamil menggunakan kuesioner <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS) (usia >18 tahun).....	62
4.2.7	Perbandingan hasil deteksi kecemasan menggunakan dua kuesioner yang berbeda yaitu <i>State-Trait Anxiety Inventory – Trait</i> (STAI-T) dan <i>Patient Health Questionnaire-4</i> (PHQ-4)	64
4.2.8	Perbedaan hasil metode <i>self-test</i> (mengisi kuesioner mandiri) dan metode wawancara untuk deteksi kecemasan dan depresi, oleh kuesioner STAI-T dan kuesioner PHQ-4	65
4.2.9	Hasil deteksi gangguan campuran cemas dan depresi berdasarkan kode F41.2 ICD-10 pada anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) serta perempuan dewasa.	68
BAB V PEMBAHASAN		69
BAB VI KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....		73
6.1	Kesimpulan	73
6.2	Rekomendasi	74
DAFTAR PUSTAKA.....		77
LAMPIRAN		80
1.	Kuesioner dan Saran Tim Peneliti serta Tim Ahli	80
2.	Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan	103

DAFTAR TABEL

Tabel 3.2.1 Penilaian Kuesioner <i>Mini Mindhear Youth Scale</i> (MMYS) V.1 (usia 10-18 tahun)	30
Tabel 3.2.2 Penilaian Kuesioner <i>Strengths and Difficulties</i> (SDQ)	31
Tabel 3.2.3 Interpretasi Nilai Jawaban Empat Kuesioner: <i>Self-Reporting Questionnaire-29</i> (SRQ-29), <i>State-Trait Anxiety Inventory – Trait</i> (STAI-T), <i>Patient Health Questionnaire-4</i> (PHQ-4), dan <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS)	34
Tabel 4.1.1 Data Pengunjung Anak dan Remaja (Perempuan dan Laki-laki) di Puskesmas Tanjung Priok, 10 Agustus, 26-29 Agustus, dan 1-3 September 2025	39
Tabel 4.1.2 Data Karakteristik (Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan) Pengunjung Anak dan Remaja (Perempuan dan Laki-laki) di Posyandu dan Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025	39
Tabel 4.1.3 Data Karakteristik Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswa), Juli-Agustus 2025	40
Tabel 4.1.4 Data Pengunjung Puskesmas Tanjung Priok, 26-29 Agustus – 1-3 September 2025	41
Tabel 4.1.5 Data Karakteristik Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025	41
Tabel 4.1.6 Data Karakteristik Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025	42
Tabel 4.1.7 Lama Waktu (Menit) Pengisian Kuesioner dan Wawancara pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswa) dan Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Juli-September 2025	43
Tabel 4.2.1.1 Hasil Deteksi Kecemasan dan Depresi pada Anak dan Remaja (Perempuan dan Laki-laki) di Wilayah Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (Kuesioner <i>Mini Mindhear Youth Scale</i> (MMYS) V.1 (usia 10-18 tahun)).....	45
Tabel 4.2.1.2 Hasil Deteksi Kecemasan dan Depresi pada Anak dan Remaja (Perempuan dan Laki-laki) Menurut Usia dan Pendidikan di Wilayah Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (Kuesioner <i>Mini Mindhear Youth Scale</i> (MMYS) V.1 (usia 10-18 tahun))	46
Tabel 4.2.2.1 Hasil Deteksi Masalah Kesehatan Jiwa Anak (4-11 tahun) dan Remaja (11-18 tahun) Perempuan dan Laki-laki di Wilayah Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (Kuesioner <i>Strengths and Difficulties</i> /SDQ)	48
Tabel 4.2.3.1. Hasil Deteksi Masalah Kesehatan Jiwa pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswa), Juli-Agustus 2025 (<i>Self-Reporting Questionnaire-29</i> (SRQ-29)	50
Tabel 4.2.3.2. Hasil Deteksi Masalah Kesehatan Jiwa Menurut Usia dan Pekerjaan Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswa), Juli-Agustus 2025 (<i>Self-Reporting Questionnaire-29</i> (SRQ-29)	51
Tabel 4.2.3.3. Hasil Deteksi Masalah Kesehatan Jiwa pada Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025(<i>Self-Reporting Questionnaire-29</i> (SRQ-29)	52

Tabel 4.2.3.4. Hasil Deteksi Pengunjung Perempuan dengan Lebih dari Satu Gejala Kesehatan Jiwa pada Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (<i>Self-Reporting Questionnaire-29</i> (SRQ-29))	53
Tabel 4.2.3.5. Hasil Deteksi Gangguan Kesehatan Jiwa (GME, Psikosis, PTSD) Menurut Usia dan Pekerjaan Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (<i>Self-Reporting Questionnaire-29</i> (SRQ-29)).....	54
Tabel 4.2.4.1 Hasil Deteksi Kecemasan pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswa) Juli- Agustus 2025 (Kuesioner <i>State-Trait Anxiety Inventory – Trait</i> (STAI-T))	55
Tabel 4.2.4.2 Hasil Deteksi Kecemasan Menurut Usia dan Pekerjaan pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswa), Juli-Agustus 2025(Kuesioner <i>State-Trait Anxiety Inventory – Trait</i> (STAI-T))	56
Tabel 4.2.4.3 Hasil Deteksi Kecemasan pada Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (Kuesioner <i>State-Trait Anxiety Inventory – Trait</i> (STAI-T)	57
Tabel 4.2.4.4 Hasil Deteksi Kecemasan Menurut Usia dan Pekerjaan pada Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (Kuesioner <i>State-Trait Anxiety Inventory – Trait</i> (STAI-T)	58
Tabel 4.2.5.1 Hasil Deteksi Depresi dan Kecemasan pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswa), Juli-Agustus 2025 (<i>Patient Health Questionnaire-4</i> (PHQ-4))	59
Tabel 4.2.5.2 Hasil Deteksi Depresi dan Kecemasan Menurut Usia dan Pekerjaan pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswa), Juli-Agustus 2025 (<i>Patient Health Questionnaire-4</i> (PHQ-4))	60
Tabel 4.2.5.3 Hasil Deteksi Depresi dan Kecemasan pada Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (<i>Patient Health Questionnaire-4</i> (PHQ-4))	60
Tabel 4.2.5.4 Hasil Deteksi Depresi dan Kecemasan Menurut Usia dan Pekerjaan pada Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (<i>Patient Health Questionnaire-4</i> (PHQ-4))	61
Tabel 4.2.6.1 Hasil Deteksi Depresi pada Ibu Hamil di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (Kuesioner <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS))	62
Tabel 4.2.6.2 Hasil Deteksi Depresi Menurut Usia dan Pekerjaan Ibu Hamil yang Berkunjung ke Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (Kuesioner <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS))	63
Tabel 4.2.7.1 Perbandingan Hasil Deteksi Kecemasan Menggunakan Kuesioner STAI-T dan PHQ-4 pada Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025.....	65

Tabel 4.2.8.1 Hasil Uji Validasi Metode *Self-Test* (Mengisi Kuesioner Mandiri) dan Wawancara pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswa), Juli-Agustus 2025 66

Tabel 4.2.8.2 Perbedaan Hasil Deteksi Kecemasan oleh Kuesioner STAI-T dan Kuesioner PHQ-4 yang Diisi secara *Self-Test* (Mengisi Mandiri) dan secara Wawancara pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswa), Juli-Agustus 2025..... 67

Tabel 4.2.9.1 Hasil Deteksi Gangguan Campuran Cemas dan Depresi pada Remaja, Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswa), dan Perempuan Dewasa, Juli-September 202568



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Poltekkes Kemenkes Jakarta III	15
Gambar 2. Puskesmas Tanjung Priok.....	16
Gambar 3. Alur Kesehatan Jiwa Remaja, Perempuan Dewasa, dan Ibu Hamil sebagai Isu Kesehatan Masyarakat (dari Uraian 2.6)	27
Gambar 4. Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswa) Mengisi Kuesioner di Poltekkes,	28
Gambar 5. Wawancara Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswa) di Poltekkes, Agustus 2025	28
Gambar 6. Wawancara Anak dan Remaja di Posyandu di Wilayah Puskesmas Tanjung Priok, Agustus 2025	29
Gambar 7. Wawancara Pengunjung Perempuan Dewasa (Ibu Hamil) di Puskesmas Tanjung Priok, September 2025	29



Yayasan
Kesehatan
Perempuan

DAFTAR SINGKATAN

Bappenas	: Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
Catin	: Calon Pengantin
Dirjen BinKesMas	: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat
Ditjen Kesprimkom	: Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas
DitKesWa	: Direktorat Kesehatan Jiwa
Dit. Yankesren	: Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan
E	: Emosional
EMPATHS	: Emosional, Masalah Perilaku, Hiperaktivitas, Teman Sebaya
EPDS	: <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
GAD-2	: <i>Generalized Anxiety Disorder-2</i>
GME	: Gangguan Mental Emosional
H	: Hiperaktivitas
ha	: Hektar
KB	: Keluarga Berencana
Keswa	: Kesehatan Jiwa
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
MA	: Madrasah Aliyah setara Sekolah Menengah Atas (SMA)
mhGAP	: <i>Mental Health Gap Action Programme</i>
MMYS	: <i>Mini Mindhear Youth Scale</i>
MP	: Masalah Prilaku
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
MTs	: Madrasah Tsanawiyah setara Sekolah Menengah Pertama (SMP)
NAPZA	: Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif
Nifas	: Pasca Persalinan
PHC	: <i>Primary Health Care</i> atau Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)
PHQ-2	: <i>Patient Health Questionnaire-2</i>
PHQ-4	: <i>Patient Health Questionnaire-4</i>
PKPR	: Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja
PNS/ASN	: Pegawai Negeri Sipil/Aparatur Sipil Negara
Poltekkes	: Politeknik Kesehatan

PTM	: Penyakit Tidak Menular
PTSD	: <i>Post-Traumatic Stress Disorder</i>
RB	: Ruang Bersalin
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPJMD	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga
SD	: Sekolah Dasar
SDQ	: <i>Strengths and Difficulties</i>
Sedalunis	: Sembuh dari Luka Kronis
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMK	: Sekolah Menengah Kejuruan
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SRQ-20	: <i>Self-Reporting Questionnaire</i> -20 berisi 20 pertanyaan
SRQ-29	: <i>Self-Reporting Questionnaire</i> -29 berisi 29 pertanyaan
STAI-T	: <i>State-Trait Anxiety Inventory – Trait</i>
TB	: Tuberkulosis
TPMB	: Tempat Praktik Mandiri Bidan
TS	: Teman Sebaya
UBM	: Upaya Berhenti Merokok
WHO	: <i>World Health Organization</i>
YKP	: Yayasan Kesehatan Perempuan

DAFTAR ISTILAH

Daftar istilah disusun untuk memberikan penjelasan mengenai istilah-istilah yang digunakan dalam laporan penelitian ini agar memberikan kejelasan dan keseragaman pemahaman bagi pembaca.

Responden

Responden adalah partisipan penelitian yang terpilih dalam sampel/subjek penelitian untuk memberikan data dan informasi yang akurat sesuai dengan kondisi sebenarnya. Karakteristik responden penelitian ini:

- Anak dan remaja: pengunjung posyandu dan puskesmas usia 8-18 tahun (perempuan dan laki-laki) yang sedang melakukan pemeriksaan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Priok.
- Perempuan dewasa muda: mahasiswi jurusan kebidanan di Poltekkes Kemenkes Jakarta III
- Perempuan dewasa: pengunjung yang sedang melakukan pemeriksaan kesehatan namun tidak dalam keadaan hamil di Puskesmas Tanjung Priok.
- Perempuan lansia (lanjut usia): pengunjung yang sedang melakukan pemeriksaan kesehatan pada perempuan usia lanjut (lebih dari 60 tahun) di Puskesmas Tanjung Priok.
- Ibu Hamil: pengunjung yang sedang melakukan pemeriksaan kehamilan/*antenatal care* (ANC) di Puskesmas Tanjung Priok.

Mean

Nilai rata-rata, contoh rata-rata usia responden adalah 25 tahun.

Median

Nilai tengah atau nilai setengah dari responden. Misalnya usia median 23 tahun, artinya setengah dari perempuan dewasa muda (mahasiswi) berusia 23 tahun.

Lama Waktu

Lama waktu pengisian kuesioner (*self-test*) dan wawancara adalah perkiraan jumlah menit yang dibutuhkan untuk menyelesaikan satu kali pengisian kuesioner/wawancara dengan satu responden. Dihitung dari selisih waktu selesai dikurangi waktu mulai wawancara.

Mini Mindhear Youth Scale (MMYS)

Kuesioner *Mini Mindhear Youth Scale* (MMYS) V.1 merupakan instrumen skrining kesehatan mental untuk remaja usia 10-18 tahun yang digunakan untuk menilai gejala kecemasan dan depresi secara umum. Terdiri dari 6 pertanyaan, 3 pertanyaan kecemasan dan 3 pertanyaan depresi dalam **2 minggu terakhir**. Ditanyakan kepada remaja perempuan dan remaja laki-laki.

Strengths and Difficulties (SDQ)

Kuesioner *Strengths and Difficulties* (SDQ) untuk menilai kondisi psikologis dan perilaku anak (4-11 tahun) dan remaja (11-18 tahun). Kuesioner ini menggambarkan kondisi 6 bulan terakhir, berisi 25 pertanyaan dari 4 domain faktor kesulitan (*risk factors*) yang dirinci dalam 5 pertanyaan tentang emosional (E), 5 pertanyaan tentang masalah perilaku (MP), 5 pertanyaan tentang hiperaktif (H), dan 5 pertanyaan tentang masalah hubungan teman sebaya (TS). Juga 1 domain faktor kekuatan (*supporting factors*) terdiri dari 5 pertanyaan tentang perilaku pro-sosial yaitu: empati terhadap perasaan orang lain, dorongan untuk berbagi, dorongan untuk anak yang lebih muda, dan spontanitas membantu orang lain.

Self-Reporting Questionnaire-29 (SRQ-29)

Kuesioner *Self-Reporting Questionnaire-29* (SRQ-29) adalah skrining gejala gangguan mental emosional, terutama gangguan kecemasan dan depresi, serta gejala yang mengarah pada gangguan psikosis dan penggunaan zat, pada kelompok sasaran dewasa dan lansia. SRQ-29 terdiri dari 29 pertanyaan dengan jawaban dikotomis (ya/tidak) yang menggambarkan kondisi atau keluhan yang dirasakan responden dalam **30 hari terakhir**. SRQ-29 berfungsi sebagai alat skrining awal, sehingga hasilnya tidak digunakan untuk menegakkan diagnosis, melainkan sebagai dasar untuk penilaian lanjutan, pemantauan, atau rujukan ke layanan kesehatan jiwa yang lebih komprehensif.

State-Trait Anxiety Inventory – Trait (STAI-T)

Kuesioner *State-Trait Anxiety Inventory – Trait* (STAI-T) digunakan untuk mengukur kecenderungan kecemasan yang bersifat menetap (*trait anxiety*) dan tidak dibatasi pada periode waktu tertentu, melainkan menggambarkan bagaimana responden umumnya merasa dalam kehidupannya sehari-hari. Skala kecemasan terdiri dari 20 pertanyaan, 10 pertanyaan positif dan 10 pertanyaan negatif. Kelompok sasaran adalah populasi dewasa dan lansia.

Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)

Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) adalah kuesioner skrining singkat yang digunakan untuk menilai gejala depresi dan kecemasan secara cepat pada populasi umum maupun layanan

kesehatan. Pertanyaan kecemasan sebagai kontrol dari pertanyaan depresi. PHQ-4 terdiri dari 4 pertanyaan 2 pertanyaan depresi (PHQ-2) dan 2 pertanyaan kecemasan (*Generalized Anxiety Disorder/GAD-2*), dengan kelompok sasaran dewasa (20-59 tahun) dan lansia (≥ 60 tahun). Instrumen ini menilai frekuensi gejala yang dialami responden dalam **dua minggu terakhir** dengan skala respons bertingkat. PHQ-4 digunakan sebagai alat **skrining awal**, sehingga hasilnya tidak digunakan untuk menegakkan diagnosis, melainkan untuk mengidentifikasi individu yang memerlukan penilaian lanjutan atau rujukan ke layanan kesehatan jiwa.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) adalah kuesioner skrining yang digunakan untuk mendeteksi secara dini gejala depresi pada ibu selama masa kehamilan dan setelah melahirkan (periode *perinatal* dan *postnatal*). EPDS terdiri dari 10 pertanyaan yang menilai kondisi emosional ibu dalam kurun waktu **tujuh hari terakhir**, dengan fokus pada perasaan sedih, cemas, kehilangan minat, serta kemampuan menikmati aktivitas sehari-hari.

Kecemasan/cemas

Kecemasan adalah rasa khawatir atau takut berlebihan yang membuat seseorang merasa tidak tenang, meskipun belum tentu ada bahaya nyata.

Depresi

Depresi adalah kondisi ketika seseorang merasa sangat sedih, kehilangan semangat, dan tidak berenergi dalam waktu lama hingga mengganggu aktivitas sehari-hari.

PHC

Primary Health Care (PHC) adalah layanan kesehatan primer seperti puskesmas/klinik pratama yang setara.

Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)

Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) merupakan program yang menekankan bahwa sebagian besar kasus gangguan jiwa yang umum, seperti kecemasan dan depresi, dapat dikelola secara efektif oleh tenaga kesehatan non-spesialis yang telah dilatih, dan dukungan panduan klinis terstruktur untuk pengambilan keputusan tentang kapan harus dirujuk dan ke mana harus pergi.

Model Diatesis–Stres

Model *diatesis–stres* atau model kerentanan–stres merupakan salah satu kerangka teoritis yang paling sering digunakan untuk menjelaskan munculnya gangguan jiwa. Model ini beranggapan

bahwa gangguan jiwa tidak semata-mata disebabkan oleh faktor biologis atau oleh pengalaman hidup, melainkan muncul dari interaksi antara kerentanan (diatesis) dan stresor lingkungan. Diatesis dapat berupa kerentanan biologis, temperamen, skema kognitif negatif, riwayat trauma masa kanak-kanak, atau faktor sosial seperti kemiskinan dan diskriminasi. Sementara itu, stresor dapat berupa peristiwa hidup yang menekan, seperti konflik keluarga, kegagalan akademik, kehilangan pekerjaan, kehamilan yang tidak direncanakan, atau beban peran yang berlebihan.

Peer

Peer atau teman sebaya adalah *individu* yang memiliki usia, tingkat perkembangan, atau status yang setara dan berinteraksi secara sosial dalam suatu kelompok.

Gangguan Mental Emosional (GME)

GME adalah kondisi seseorang mengalami masalah pada perasaan, pikiran, dan emosi—seperti cemas, sedih berkepanjangan, stres, atau mudah marah—yang mengganggu aktivitas sehari-hari, tetapi belum pasti termasuk gangguan jiwa berat atau harus dirujuk.

Psikosis

Psikosis adalah gangguan mental berat yang menyebabkan kehilangan kemampuan membedakan kenyataan dan khayalan, contoh: halusinasi (melihat hal yang tidak nyata), delusi (mendengar hal yang tidak nyata), dan berpikir tidak logis.

Psikotik

Psikotik adalah kondisi seseorang yang mengalami psikosis.

Post-Traumatic Stress Disorder atau Gangguan Stres Pasca-trauma (PTSD)

PTSD adalah gangguan kesehatan mental yang muncul setelah mengalami, menyaksikan, mengetahui, diancam, atau mengalami trauma, yang menimbulkan ingatan terus-menerus seperti kilas balik (*flashback*), mimpi buruk (*nightmare*), atau ingatan-ingatan yang mengganggu dan mengingatkan pada trauma tersebut (catatan: tidak semua orang mengalami PTSD pasca-trauma).

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penelitian ini merupakan studi pendahuluan hasil deteksi kesehatan jiwa yang dilakukan di dua lokasi penelitian, pertama melalui kolaborasi dengan Politeknik Kesehatan (Poltekkes) Kementerian Kesehatan Jakarta III, beralamat di Jl. Melati 2 No.15, Jatiwarna, Kec. Pd. Melati, Kota Bekasi, Jawa Barat 17415. Poltekkes Kemenkes Jakarta III terdiri dari Jurusan Keperawatan, Jurusan Kebidanan, Jurusan Teknologi Laboratorium Medis, dan Jurusan Fisioterapi. Pengumpulan data dilakukan dari tanggal 31 Juli, 7 Agustus, dan 14 Agustus tahun 2025, mencakup 138 mahasiswi Poltekkes Jurusan Kebidanan, berusia antara 21 tahun sampai 46 tahun, sebagian besar berstatus mahasiswi, sudah menjadi PNS/ASN (Pegawai Negeri Sipil/Aparatur Sipil Negara), Bidan di TPMB (Tempat Praktik Mandiri Bidan), dan Wiraswasta/karyawan swasta. Sebagian besar belum menikah.



Gambar 1. Poltekkes Kemenkes Jakarta III

Sumber: Peneliti

Lokasi penelitian kedua adalah Puskesmas Tanjung Priok, beralamat di Jl. Papanggo 2B No.69, RT.6/RW.3, Papanggo, Kec. Tj. Priok, Jakarta Utara, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 14340. Puskesmas Tanjung Priok terletak di jantung kota pelabuhan Jakarta, menyediakan layanan kesehatan untuk 421.532 orang jumlah penduduk setempat. Dengan fasilitas modern dan tenaga medis yang kompeten, puskesmas ini melayani layanan umum, layanan penyakit tidak menular (PTM), layanan

gigi, layanan 24 jam dan ambulans, layanan kesehatan ibu dan anak (KIA), layanan kesehatan anak dan imunisasi, layanan keluarga berencana (KB), layanan calon pengantin (CATIN), layanan manajemen terpadu balita sakit (MTBS), pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR), layanan laboratorium, layanan tuberculosis (TB) paru, layanan kusta, layanan pelangi (layanan pencegahan dan tatalaksana narkoba – HIV terintegrasi), layanan kesehatan jiwa, layanan lansia, layanan kesehatan lingkungan, layanan kesehatan tradisional, layanan badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS), layanan kesehatan haji, layanan sembuh dari luka kronis (Sedalunis), layanan upaya berhenti merokok (UBM), layanan konseling gizi, layanan ruang bersalin (RB) persalinan, dan layanan farmasi.

Berdasarkan laporan Puskesmas tahun 2024, Kecamatan Tanjung Priok memiliki luas wilayah 2.251,74 ha yang terdiri atas 104 RW dan 1.274 RT. Jumlah petugas medis dan non medis adalah 17 dokter (termasuk 1 kesehatan jiwa/keswa), 3 dokter gigi, 22 bidan, 22 perawat (termasuk 1 keswa), 2 tenaga kesehatan masyarakat, 3 tenaga kesehatan lingkungan, 2 tenaga gizi, 5 ahli teknologi laboratorium medik, 5 keteknisan medis, 8 tenaga teknis kefarmasian, dan 3 apoteker. Pengumpulan data di puskesmas dilakukan dari tanggal 26 Agustus – 3 September 2025. Jumlah responden yang diwawancara adalah 151 orang anak dan remaja (perempuan dan laki-laki), dan perempuan dewasa (ibu hamil, dewasa, dan lansia) sejumlah 284 orang.



Gambar 2. Puskesmas Tanjung Priok

Sumber: Peneliti

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Menguji validitas kuesioner-kuesioner yang direkomendasikan Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan (Dit. Yankesren) untuk integrasi deteksi dini masalah dan gangguan kesehatan jiwa ke layanan *primary health care* (PHC) atau pelayanan kesehatan tingkat pertama di fasilitas seperti puskesmas dan jejaring nya.

1.2.2 Tujuan Khusus

Pengembangan materi pelatihan Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP) untuk menjajaki jenis instrumen tepat guna untuk deteksi dini masalah kesehatan jiwa di tingkat puskesmas (*primary health care, PHC*) atau layanan kesehatan dasar. Studi operasional (*operations research*) dilakukan dalam rangka mendukung/mempromosikan upaya Kemenkes melalui Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan (Dit. Yankesren) yang mengintegrasikan layanan kesehatan jiwa (keswa) ke layanan kesehatan fisik primer. Studi contoh kelayakan ini dilaksanakan melalui kolaborasi dengan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) perempuan dan Yayasan Kesehatan Perempuan (YKP). Diharapkan menjadi contoh konkret partisipasi LSM perempuan dalam identifikasi masalah dan gangguan mental yang diderita perempuan. Rincian terdiri dari:

- 1.2.2.1 Mendapatkan gambaran hasil deteksi gangguan kesehatan jiwa pada anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) menggunakan kuesioner *Mini Mindhear Youth Scale* (MMYS) V.1 (usia 10-18 tahun).
- 1.2.2.2 Mendapatkan gambaran hasil deteksi gangguan kesehatan jiwa pada anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) menggunakan kuesioner *Strengths and Difficulties* (SDQ) (usia 4-11 tahun dan 11-18 tahun).
- 1.2.2.3 Mendapatkan gambaran hasil deteksi gangguan kesehatan jiwa pada perempuan dewasa menggunakan *Self-Reporting Questionnaire-29* (SRQ-29) (usia >18 tahun).
- 1.2.2.4 Mendapatkan gambaran hasil deteksi gangguan kecemasan pada perempuan dewasa menggunakan kuesioner *State-Trait Anxiety Inventory – Trait* (STAI-T) (usia >18 tahun).
- 1.2.2.5 Mendapatkan gambaran hasil deteksi gangguan depresi dan kecemasan pada perempuan dewasa menggunakan *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4) (usia >18 tahun).
- 1.2.2.6 Mendapatkan gambaran hasil deteksi gangguan depresi pada ibu hamil menggunakan kuesioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (usia >18 tahun).

- 1.2.2.7 Menganalisis perbandingan hasil deteksi kecemasan menggunakan dua kuesioner yang berbeda yaitu *State-Trait Anxiety Inventory – Trait* (STAI-T) dan *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4).
- 1.2.2.8 Menganalisis perbedaan metode *self-test* (mengisi kuesioner mandiri) dan metode wawancara untuk deteksi kecemasan dan depresi, oleh kuesioner STAI-T dan PHQ-4.
- 1.2.2.9 Mendapatkan gambaran hasil deteksi gangguan campuran cemas dan depresi berdasarkan kode F41.2 ICD-10 pada anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) serta perempuan dewasa.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kesehatan Jiwa dalam Pelayanan Kesehatan Primer

Dalam dua dekade terakhir, kesehatan jiwa semakin dipandang sebagai komponen yang tidak terpisahkan dari definisi kesehatan *World Health Organization* (WHO), sehat fisik, mental, dan sosial (dan finansial) secara utuh, bukan hanya sekadar terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat (WHO, 1948). Organisasi Kesehatan Dunia menegaskan bahwa gangguan jiwa berkontribusi besar terhadap beban penyakit global dan menjadi salah satu penyebab utama disabilitas di berbagai belahan bumi (WHO, 2022). Pelayanan kesehatan jiwa yang terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan primer (*primary health care/PHC*) dipromosikan sebagai strategi kunci untuk memperluas akses, menutup kesenjangan layanan, dan menurunkan stigma di masyarakat (Patel V, Chisholm D, Parikh R, et al., 2016) (WHO, 2010). Integrasi ini berarti bahwa gejala awal kecemasan, depresi, gangguan mental emosional, maupun masalah psikososial lain tidak hanya ditangani di rumah sakit jiwa atau fasilitas rujukan tersier, tetapi dapat dideteksi dan didiagnosis sejak dini di puskesmas dan layanan primer lainnya (Thornicroft G, Deb T, Henderson C, 2016).

WHO melalui program *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP) menekankan bahwa sebagian besar kasus gangguan jiwa yang umum, seperti kecemasan dan depresi, dapat dikelola secara efektif oleh tenaga kesehatan non-spesialis yang telah dilatih, jika dilengkapi dukungan panduan klinis terstruktur untuk pengambilan keputusan yang jelas (WHO, 2016; Keynejad RC, Dua T, Barbui C, et al., 2018). Pendekatan ini relevan untuk negara berpendapatan rendah dan menengah, di mana jumlah psikiater dan psikolog klinis masih sangat terbatas. Dalam kerangka kesehatan masyarakat, integrasi kesehatan jiwa ke dalam PHC dipahami bukan hanya sebagai perluasan layanan klinis, tetapi juga sebagai langkah strategis untuk menjadikan kesehatan jiwa bagian dari layanan dasar bagi seluruh warga, termasuk kelompok rentan seperti remaja, perempuan usia produktif, dan ibu hamil (Patel & Saxena, 2019).

2.2 Determinan Sosial Kesehatan Jiwa dan Pendekatan Ekologis

Kesehatan jiwa seseorang tidak dapat dipahami hanya dari faktor internal, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh konteks sosial, ekonomi, dan lingkungan (Allen J, Balfour R, Bell R, et al., 2014) (WHO, 2014). Pendekatan determinan sosial kesehatan menekankan bahwa kemiskinan, ketidaksetaraan gender, pengangguran, kekerasan, lingkungan fisik yang padat dan tidak aman, serta rendahnya akses pada layanan kesehatan dan pendidikan, semuanya merupakan faktor yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap gangguan jiwa (Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, et al., 2018) (Patel V, Chisholm D, Parikh R, et al., 2018). Penduduk di kawasan urban padat, wilayah pelabuhan, atau daerah

dengan mobilitas tinggi sering menghadapi tekanan psikososial yang kompleks, mulai dari pekerjaan tidak stabil, kepadatan hunian, hingga paparan konflik sosial (Gruebner O, Rapp MA, Adli M, et al., 2017).

Model ekologi perkembangan, memberikan kerangka untuk memahami bagaimana berbagai lapisan lingkungan membentuk status kesehatan jiwa (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Pada tingkat mikrosistem, individu berinteraksi dengan keluarga, sekolah, tempat kerja, dan teman sebaya. Pada tingkat mesosistem, hubungan antara mikrosistem—misalnya interaksi antara keluarga dan sekolah—turut memengaruhi pengalaman individu. Eksosistem mencakup kebijakan lokal, kondisi kerja, dan layanan publik yang mungkin tidak bersentuhan langsung dengan individu tetapi berdampak tidak langsung terhadap kehidupannya. Sementara, makro sistem mencakup nilai budaya, norma sosial, dan kebijakan nasional yang lebih luas. Gangguan jiwa dapat muncul dari interaksi dinamis antara karakteristik individu dan berbagai lapisan model di atas (Stokols, 2013). Dalam konteks integrasi kesehatan jiwa di layanan Puskesmas dan pembelajaran di institusi pendidikan kesehatan, pendekatan ekologis menegaskan bahwa deteksi dini di layanan primer harus mencakup lapisan di tingkat keluarga, sekolah, komunitas, dan pengambil keputusan/kebijakan, bukan sekadar relasi antara pasien dan tenaga kesehatan yang mewawancarai secara individual (Barry MM, Clarke AM, Petersen I, et al., 2019).

2.3 Kerangka Teoritis Psikologi

2.3.1 Model *Diatesis–Stres*

Model *diatesis–stres* atau model kerentanan–stres merupakan salah satu kerangka teoritis yang paling sering digunakan untuk menjelaskan munculnya gangguan jiwa. Model ini beranggapan bahwa gangguan jiwa tidak semata-mata disebabkan oleh faktor biologis atau oleh pengalaman hidup, melainkan muncul dari interaksi antara kerentanan (*diatesis*) dan stresor lingkungan. *Diatesis* dapat berupa kerentanan biologis, temperamen, skema kognitif negatif, riwayat trauma masa kanak-kanak, atau faktor sosial seperti kemiskinan dan diskriminasi. Sementara itu, stresor dapat berupa peristiwa hidup yang menekan, seperti konflik keluarga, kegagalan akademik, kehilangan pekerjaan, kehamilan yang tidak direncanakan, atau beban peran yang berlebihan (Colodro-Conde L, Couvy-Duchesne B, Zhu G, et al., 2007) (Jones SR & Fernyhough C, 2007).

Dalam kerangka ini, anak dan remaja (perempuan dan laki-laki), mahasiswi, perempuan dewasa, serta ibu hamil dipandang sebagai kelompok yang memiliki kombinasi kerentanan dan stresor yang khas. Remaja mengalami perubahan hormonal dan sosial yang intens, mahasiswi ilmu kesehatan menghadapi tuntutan akademik dan klinis, perempuan dewasa sering memikul tanggung jawab ganda di rumah dan di tempat kerja, sementara ibu hamil menghadapi

perubahan fisik, psikososial dan hormonal yang signifikan. Model *diatesis–stres* memberikan landasan teoritis yang kuat mengapa skrining kesehatan jiwa pada kelompok ini penting dilakukan: banyak individu yang secara lahiriah tampak “berfungsi” tetapi sebenarnya berada pada titik keseimbangan rapuh antara kerentanan dan stres, sehingga deteksi dini di layanan primer sebenarnya sangat berguna untuk mencegah perkembangan gejala ke arah gangguan yang lebih berat (Zubin J & Spring B, 1977).

2.3.2 Teori Kognitif Depresi dan Kecemasan

Teori kognitif yang dikembangkan Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. (2024) menunjukkan bahwa depresi dan kecemasan sangat berkaitan dengan pola pikir negatif yang kronis. Dalam depresi, individu cenderung memiliki pandangan negatif tentang diri (merasa tidak berharga), dunia (dipersepsikan tidak adil dan berbahaya), serta masa depan (dipandang suram dan tanpa harapan). Dalam kecemasan, fokus utamanya adalah pada ancaman: individu cenderung menilai berbagai peristiwa sebagai berbahaya dan sulit dikendalikan, serta melebihkan kemungkinan terjadinya kejadian buruk (Beck JS, 2020).

Teori kognitif ini memberi justifikasi mengapa instrumen skrining yang berisi pertanyaan mengenai perasaan sedih, ketegangan, kekhawatiran, gangguan tidur, dan pesimisme dapat digunakan untuk mendeteksi risiko gangguan jiwa. Kuesioner seperti *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ), *Patient Health Questionnaire* (PHQ), *Mini Mindhear Youth Scale* (MMYS), dan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) pada hakikatnya mengoperasionalkan gejala kognitif–afektif yang dijelaskan dalam teori Beck et al., 2024. Jadi, penggunaan kuesioner gejala di layanan primer tidak berdiri di ruang hampa, tetapi memiliki landasan teoritis dalam psikologi kognitif mengenai bagaimana distorsi pemikiran, ruminasi, dan skema negatif memengaruhi emosi dan fungsi sehari-hari (Gautam M, Tripathi A, Deshmukh D, et al., 2020).

2.3.3 Perspektif Psikopatologi Perkembangan pada Remaja dan Dewasa Muda

Perspektif psikopatologi perkembangan (*developmental psychopathology*) memandang bahwa gejala psikologis harus dibaca dalam konteks lintas perkembangan. Pada masa remaja, tugas-tugas perkembangan utama meliputi pembentukan identitas, peningkatan kemandirian, penguatan relasi teman sebaya, serta perencanaan masa depan. Ketidakselarasan di salah satu area tersebut dapat bermanifestasi dalam bentuk masalah emosional, perilaku, atau relasi sosial, yang juga bisa merupakan efek kumulatif dari masalah dalam memenuhi tugas perkembangan sebelumnya. Instrumen seperti *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) didesain untuk menangkap spektrum gejala tersebut, mulai dari keluhan emosional, perilaku agresif,

hiperaktivitas, hingga kesulitan dalam hubungan dengan teman sebaya dan kemampuan prososial.

Pada dewasa muda, fase hidup ditandai dengan transisi ke peran profesional, pembentukan identitas karier, dan peningkatan tanggung jawab. Tekanan akademik, tuntutan kompetensi kerja, dan ekspektasi sosial seringkali menimbulkan *distress* yang jika tidak dikelola memadai dapat mengarah pada kecemasan kronis, gangguan mental emosional, atau *burnout*. Pendekatan perkembangan ini menegaskan bahwa skrining kesehatan jiwa di lingkungan pendidikan tinggi kesehatan bukan sekadar “tambahan”, melainkan bagian dari pemantauan kesehatan jiwa dalam fase transisi yang secara psikologis sangat menantang (Valentia & Turnip, 2022).

2.3.4 Gambaran Realitas Teori Peran dan Beban Peran Ganda pada Perempuan

Teori peran dalam psikologi sosial menyadari bahwa individu menjalankan berbagai peran sosial secara simultan, seperti peran dalam keluarga, pekerjaan, komunitas, dan pendidikan. Secara realitas, fakta menunjukkan bahwa berbagai peran tersebut bisa saling bertentangan dan sering melampaui kapasitas individu. Ada fenomena ketegangan peran (*role strain*) dan kelebihan beban peran (*role overload*). Sejumlah studi menunjukkan bahwa perempuan, khususnya di konteks sosial yang menempatkan perempuan sebagai pengasuh utama anak dan pengelola rumah tangga, lebih rentan mengalami konsekuensi psikologis beban peran ganda. Ketika perempuan juga menjadi pencari nafkah atau memiliki beban kerja formal, risiko stres kronis, gangguan mental emosional dan depresi meningkat secara berlebihan.

Kerangka ini relevan untuk memahami mengapa populasi perempuan dewasa, terutama ibu rumah tangga dan perempuan usia produktif, sering dilaporkan memiliki prevalensi kecemasan dan depresi yang lebih tinggi. Di layanan primer, perempuan sering datang dengan keluhan fisik seperti nyeri, kelelahan, sakit kepala atau gangguan tidur yang sebenarnya berkaitan dengan *distress* psikologis. Teori peran membantu menjelaskan bahwa intervensi kesehatan jiwa perlu memperhitungkan struktur peran dan beban kerja dalam rumah tangga, bukan hanya memberikan obat untuk gejala fisik (Patel V, Chisholm D, Parikh R, 2018).

2.3.5 Alat Ukur EPDS: Mengukur Keparahan Depresi dan Kecemasan Ibu Hamil

Depresi *perinatal*, yang mencakup depresi antenatal dan *postnatal*, telah diakui sebagai masalah kesehatan jiwa utama bagi perempuan di masa kehamilan sekitar dan setelah persalinan. Banyak studi membuktikan depresi *perinatal* berdampak buruk pada kesehatan ibu (misalnya, menurunkan kepatuhan kontrol kehamilan dan perawatan diri, meningkatkan risiko komplikasi

persalinan, serta memengaruhi ikatan emosi ibu–bayi), dan perkembangan anak jangka panjang. Kecemasan perinatal juga berhubungan dengan peningkatan penggunaan layanan, gangguan tidur, serta kekhawatiran *yang* berlebihan tentang kehamilan dan bayi.

Secara teoritis, depresi dan kecemasan *perinatal* muncul dari kombinasi perubahan hormonal, perubahan peran, pengalaman kehamilan yang penuh ambivalensi, serta faktor psikososial seperti dukungan sosial dari pasangan dan keluarga, kondisi ekonomi, dan riwayat gangguan jiwa sebelumnya. Instrumen *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) digunakan untuk mendeteksi depresi *postnatal* dan depresi *antenatal*. EPDS tidak hanya menilai suasana hati, rasa bersalah, dan kecemasan, tetapi juga menyertakan ukuran-ukuran mengenai ide menyakiti diri, sehingga menjadi alat penting untuk deteksi dini risiko bunuh diri pada periode perinatal.

2.4 Instrumen Skrining Kesehatan Jiwa di Layanan Primer (*Primary Health Care*)

Berbagai instrumen skrining telah dikembangkan untuk mempermudah deteksi dini gangguan jiwa di layanan primer. *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ) dikembangkan oleh WHO sebagai alat skrining gangguan mental emosional di negara berkembang. SRQ-20 yang terdiri dari 20 item ya atau tidak menilai gejala depresi, kecemasan, dan keluhan somatik yang sering muncul tanpa temuan organik jelas. Di beberapa konteks, SRQ dikembangkan menjadi versi yang lebih panjang, seperti SRQ-29, dengan penambahan item yang menilai gejala terkait penggunaan zat psikoaktif, gejala psikosis, dan gejala trauma. Keunggulan SRQ adalah kemudahan administrasi dan penatalaksanaan oleh tenaga kesehatan non-spesialis di Puskesmas, namun sifatnya tetap sebagai alat skrining; hasil positif memerlukan penilaian/*assessment* lanjutan oleh tenaga terlatih.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) merupakan kuesioner singkat untuk anak dan remaja yang menilai lima domain: gejala emosional, masalah perilaku, hiperaktivitas, masalah teman sebaya, dan perilaku prososial. SDQ banyak digunakan dalam survei epidemiologis dan layanan primer untuk pemetaan risiko dan identifikasi anak serta remaja yang membutuhkan intervensi psikososial. Keunikannya adalah integrasi aspek kekuatan (*strengths*) di samping kesulitan (*difficulties*). Dengan demikian, pendekatan ini sejalan dengan promosi kesehatan masyarakat yang tidak hanya berfokus pada gangguan kesehatan fisik, tetapi dukungan mental dari keluarga dan lingkungan sekitar.

State–Trait Anxiety Inventory (STAI), khususnya bagian *Trait* (STAI-T), dirancang untuk mengukur kecenderungan bagaimana individu bereaksi saat mengalami kecemasan. Skala kuesioner ini terdiri dari 20 *item* dengan jawaban bertingkat dari “tidak pernah” hingga “hampir selalu”. Dalam konteks subpopulasi tertentu seperti mahasiswa bidang kesehatan atau perempuan dewasa, STAI-T dapat digunakan untuk mengidentifikasi kelompok dengan kerentanan tinggi terhadap kecemasan kronis.

Walaupun jumlah pertanyaan lebih panjang dari PHQ-4, saat dicoba dalam studi ini, penambahan waktu pengisian hanya sedikit sekali (< 2 menit).

Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) dikembangkan sebagai kombinasi dua *items* depresi (PHQ-2) dan dua *items* kecemasan (*Generalized Anxiety Disorder/GAD-2*). Skala empat *items* ini dirancang sebagai alat skrining yang relatif ringkas (1,8 menit) untuk digunakan di praktik umum. Berbagai studi menunjukkan bahwa PHQ-4 memiliki struktur dua faktor yang jelas (depresi dan kecemasan). Keunggulan utamanya adalah kemudahan dan kecepatan administrasi, banyak digunakan sebagai pintu masuk awal (deteksi) untuk menentukan siapa yang memerlukan pemeriksaan lebih lanjut. Namun, karena sangat singkat, PHQ-4 berisiko tidak menangkap gejala yang ringan/sedang atau bentuk *distress* yang lebih spesifik. Sebaiknya dipadukan dengan instrumen yang lebih panjang atau pertanyaan spesifik untuk kelompok tertentu.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) adalah kuesioner sepuluh item yang dikembangkan untuk mendeteksi depresi *postnatal* ibu hamil. Studi awal menunjukkan bahwa EPDS memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang memadai bila dibandingkan dengan wawancara klinis terstandar. Seiring waktu, EPDS juga digunakan untuk menilai depresi antenatal dan telah diadaptasi ke berbagai bahasa dan budaya, termasuk Indonesia. EPDS menilai gejala seperti anhedonia, rasa bersalah, kecemasan, dan ide untuk menyakiti diri, sehingga cocok digunakan sebagai bagian dari pemeriksaan rutin pada ibu hamil dan ibu pasca persalinan di layanan primer seperti puskesmas dan klinik pratama.

2.5 Kode ICD-10 untuk Deteksi Cemas dan Depresi

Temuan menunjukkan kode ICD-10 utama ICD-10 utama untuk cemas dan depresi yang terjadi bersamaan (campuran) adalah F41.2 (*Mixed anxiety and depressive disorder*). Kode ini digunakan ketika gejala kecemasan dan depresi sama-sama ada tetapi tidak cukup parah untuk mendiagnosis gangguan depresi atau kecemasan secara terpisah.

Berikut adalah rincian kode ICD-10 terkait:

- **F41.2:** Gangguan Campuran Kecemasan dan Depresi
- **F41.1:** Gangguan Kecemasan Umum (*Generalized Anxiety Disorder*)
- **F32.x:** Episode Depresi (F32.9 untuk Episode Depresi Tidak Spesifik)
- **F43.23:** Gangguan Penyesuaian dengan campuran kecemasan dan depresi
- **F41.9:** Gangguan Kecemasan Tidak Spesifik

Pemilihan kode bergantung pada dominasi gejala dan konteks klinis, namun di Tingkat pelayanan primer ternyata nakes tidak menindak lanjuti sampai deteksi adanya stresor tertentu [F43.23] atau adanya gangguan kecemasan umum [F41.1]). Khusus untuk remaja, kuesioner yang digunakan adalah kuesioner MMYS. Untuk dewasa digunakan kuesioner PHQ-4 pertanyaannya ditujukan untuk kondisi dimana cemas dan depresi terjadi bersamaan.

2.6 Kesehatan Jiwa Remaja, Perempuan Dewasa, dan Ibu Hamil merupakan Isu Kesehatan Masyarakat

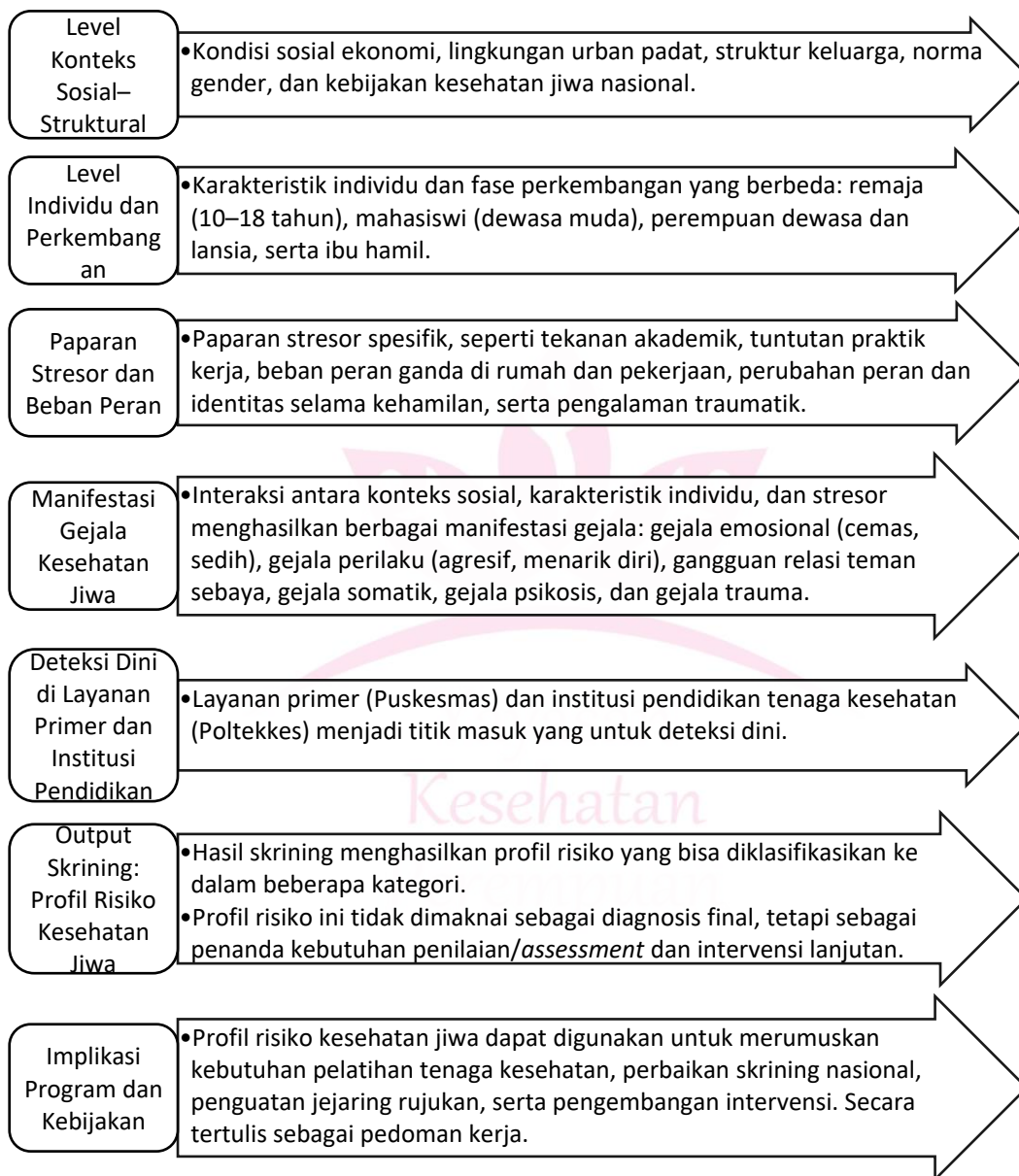
Masalah dan gangguan kesehatan jiwa remaja (perempuan dan laki-laki), perempuan dewasa, dan ibu hamil sekarang menjadi prioritas dalam status kesehatan masyarakat karena merupakan komponen “sehat” dalam definisi WHO yang belum pernah diukur di tingkat layanan kesehatan primer (puskesmas). Masa remaja merupakan periode krusial di mana banyak gangguan jiwa pertama kali muncul. Tekanan akademik, perubahan hubungan dengan teman sebaya, dinamika keluarga, dan paparan dunia digital dapat meningkatkan risiko kecemasan, depresi, dan perilaku berisiko. Instrumen seperti SDQ, MMYS, atau PHQ-4 telah digunakan dalam berbagai studi untuk memetakan beban masalah ini di komunitas dan sekolah di berbagai negara, kecuali Indonesia.

Perempuan dewasa, terutama yang hidup dalam konteks sosial dengan ketimpangan gender dan beban peran ganda, memiliki risiko tinggi mengalami gangguan mental emosional dan depresi. Hal ini berkaitan dengan kombinasi kerja domestik yang tidak dibayar, tanggung jawab pengasuhan dan pemeliharaan kesehatan, tekanan ekonomi, serta risiko paparan kekerasan dalam rumah tangga. Puskesmas dan layanan kesehatan primer menjadi titik strategis untuk mendeteksi *distress* psikologis ini. Namun, walaupun mayoritas pengunjung layanan kesehatan ibu dan anak, KB, atau layanan klinis lainnya adalah perempuan, belum pernah ada layanan deteksi dini masalah/gangguan kesehatan jiwa sampai tahun 2025 ini (Catatan: hasil uji coba enam provinsi oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan belum dipublikasikan secara umum).

Depresi dan kecemasan *perinatal* dipandang sebagai isu kesehatan masyarakat karena dampaknya yang cukup serius, namun belum ada publikasi tentang *magnitude*/besaran prevalensi yang dilaporkan di tingkat layanan primer. Prevalensi depresi *antenatal* dan *postnatal* di banyak negara berkembang telah dilaporkan cukup tinggi. Di Indonesia, jumlah sumber daya spesialis kesehatan jiwa sangat terbatas. Skrining rutin dengan EPDS atau alat sejenis di layanan *antenatal* dan *postnatal* menjadi salah satu rekomendasi untuk mendeteksi risiko sejak dini dan memungkinkan intervensi berupa konseling, dukungan sosial, dan bila perlu penanganan psiko-farmaka di bawah pengawasan tenaga ahli untuk menurunkan risiko gangguan menjadi lebih parah atau menetap. Jika deteksi dini tidak dimanfaatkan untuk perencanaan penyediaan dokter kesehatan jiwa maka dalam 5-10 tahun ke depan akan terjadi *demand* tinggi terhadap layanan rawat inap gangguan kesehatan jiwa, prevalensi bunuh diri, dan

produktivitas yang menurun drastis. Ternyata gangguan kesehatan jiwa pada usia remaja dan usia produktif (usia bekerja) cukup tinggi, yang akan berdampak pada beban layanan dan anggaran kesehatan pemerintah.





Gambar 3. Alur Kesehatan Jiwa Remaja, Perempuan Dewasa, dan Ibu Hamil sebagai Isu Kesehatan Masyarakat (dari Uraian 2.6)

BAB III METODOLOGI

Penelitian *cross-sectional* ini menggunakan teknik sampling non-probabilitas atau metode *purposive sampling*. Lokasi penelitian: Poltekkes Kemenkes Jakarta III dan Puskesmas Tanjung Priok. Periode pengumpulan data dilakukan pada bulan Juli–September 2025.

Sampel penelitian di Poltekkes Kemenkes Jakarta III adalah seluruh perempuan dewasa muda (mahasiswi kebidanan) dari Poltekkes Kemenkes Jakarta III tahun 2025. Pengumpulan data pertama, 138 mahasiswi mengisi kuesioner secara mandiri (*self-test*), yang kedua sebanyak 78 mahasiswi selain mengisi kuesioner secara mandiri juga di ulang diwawancarai oleh tim peneliti. Tujuan kedua cara ini adalah menguji konsistensi jawaban dan persepsi responden dengan melihat perbedaan hasil.

Puskesmas Tanjung Priok adalah puskesmas rujukan kecamatan yang melayani 421.532 penduduk (Data Profil Kesehatan Puskesmas Tanjung Priok, 2024). Sampel penelitian terdiri dari 151 anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) yang datang ke posyandu dan puskesmas, 284 perempuan dewasa dan lansia termasuk 145 ibu hamil yang datang ke Puskesmas Tanjung Priok.



Gambar 4. Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswi) Mengisi Kuesioner di Poltekkes, Juli 2025

Sumber: Peneliti

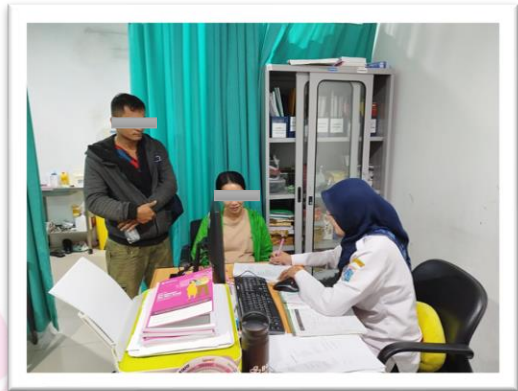


Gambar 5. Wawancara Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswi) di Poltekkes, Agustus 2025

Sumber: Peneliti



Gambar 6. Wawancara Anak dan Remaja di Posyandu di Wilayah Puskesmas Tanjung Priok, Agustus 2025
Sumber: Peneliti



Gambar 7. Wawancara Pengunjung Perempuan Dewasa (Ibu Hamil) di Puskesmas Tanjung Priok, September 2025
Sumber: Peneliti

3.1 Kuesioner Penelitian

Kuesioner dalam penelitian ini adalah kuesioner yang digunakan Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan (Dit. Yankesren) untuk mendeteksi masalah dan gangguan kesehatan jiwa, yaitu:

1. Kuesioner *Mini Mindhear Youth Scale* (MMYS) V.1 untuk anak dan remaja usia 10-18 tahun (perempuan dan laki-laki). Terdiri dari 6 pertanyaan, 3 pertanyaan kecemasan dan 3 pertanyaan depresi dalam 2 minggu terakhir.
2. Kuesioner *Strengths and Difficulties* (SDQ) untuk menilai kondisi psikologis dan perilaku anak (4-11 tahun) dan remaja (11-18 tahun) (perempuan dan laki-laki), dalam 6 bulan terakhir ada 25 pertanyaan dari 4 domain faktor kesulitan (*risk factors*) yang dirinci dalam 5 pertanyaan tentang emosional (E), 5 pertanyaan tentang masalah perilaku (MP), 5 pertanyaan tentang hiperaktivitas (H), dan 5 pertanyaan tentang masalah hubungan teman sebaya (TS). Juga 1 domain faktor kekuatan (*supporting factors*) terdiri dari 5 pertanyaan tentang perilaku pro-sosial (Kemenkes, 2023).
3. Kuesioner *Self-Reporting Questionnaire-29* (SRQ-29) adalah skrining gejala gangguan mental emosional, terutama gangguan kecemasan dan depresi pada kelompok sasaran perempuan dewasa dan lansia dalam 30 hari terakhir.

4. Kuesioner *State-Trait Anxiety Inventory – Trait* (STAI-T) adalah kuesioner yang mengukur dua jenis kecemasan yaitu kecemasan yang dirasakan pada saat tertentu (situasional) dan kecemasan sebagai sifat atau kecenderungan umum yang relatif menetap pada individu. Skala kecemasan terdiri dari 20 pertanyaan, 10 pertanyaan positif dan 10 pertanyaan negatif. Kelompok sasaran adalah populasi dewasa dan lansia. dalam studi ini responden hanya perempuan
5. Kuesioner *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4) merupakan kombinasi dari PHQ-2 (*Patient Health Questionnaire-2*) yang mendeteksi gejala depresi, serta GAD-2 (*Generalized Anxiety Disorder-2*) yang mendeteksi gejala kecemasan. Terdiri dari 4 pertanyaan, dengan kelompok sasaran perempuan dewasa dan lansia dalam 2 minggu terakhir (Kemenkes, 2025).
6. Kuesioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) untuk deteksi dini depresi pada ibu hamil dan pasca persalinan (nifas) dalam 7 hari terakhir. Terdiri dari 10 pertanyaan, dengan kelompok sasaran ibu hamil dan ibu pasca persalinan. Penilaian dilakukan hingga 3 kali selama masa kehamilan dan nifas (Kemenkes, 2025) (Sari DN, Diatri H, Siregar K, et al., 2021).

3.2 Definisi Operasional Variabel-Variabel Kesehatan Jiwa

Penentuan penilaian dan kategori kesehatan jiwa dalam penelitian ini adalah berdasarkan pedoman dalam kuesioner yang digunakan Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan (Dit. Yankesren). Berikut ini adalah tabel penilaian dan kategori penilaian jawaban tentang status kesehatan jiwa:

Tabel 3.2.1 Penilaian Kuesioner *Mini Mindhear Youth Scale* (MMYS) V.1 (usia 10-18 tahun)

Jumlah Pertanyaan	Jenis jawaban	Domain	Kategori
Terdiri dari 6 pertanyaan (kuesioner terlampir)	Ya dan Tidak	Kecemasan, pertanyaan nomor 1-3	1. Tidak terdeteksi cemas, jika jawaban adalah kombinasi dari: • Tidak-tidak-tidak • Tidak-ya-tidak 2. Cemas ringan, jika jawaban adalah kombinasi dari: • Tidak-tidak-ya • Ya-tidak-tidak • Tidak-ya-ya • Ya-ya-tidak 3. Cemas berat, jika jawaban adalah kombinasi dari:

Jumlah Pertanyaan	Jenis jawaban	Domain	Kategori
			• Ya-tidak-ya • Ya-ya-ya
		Depresi, pertanyaan nomor 4-6	1. Tidak terdeteksi depresi, jika jawaban adalah kombinasi dari: • Tidak-tidak-tidak • Tidak-ya-tidak 2. Depresi ringan, jika jawaban adalah kombinasi dari: • Tidak-tidak-ya • Ya-tidak-tidak • Tidak-ya-ya • Ya-ya-tidak 3. Depresi berat, jika jawaban adalah kombinasi dari: • Ya-tidak-ya • Ya-ya-ya

Tabel 3.2.2 Penilaian Kuesioner *Strengths and Difficulties* (SDQ)

Kategori	Pertanyaan	Skor	Skor SDQ usia <11 tahun	Skor SDQ usia 11-18 tahun
Gejala emosional	Nomor: 3, 8, 13, 16, 24 • Sering mengeluh sakit pada badan (seperti sakit kepala, perut, dan lain-lain) • Banyak kekhawatiran • Sering tidak bahagia, menangis • Gugup atau mudah hilang percaya diri • Mudah takut	Skor faktor negatif 0= tidak benar 1= agak benar 2= selalu benar Lalu secara terbalik:	Normal=0-3 Ambang/ <i>borderline</i> =4 Abnormal=5-10	Normal=0-5 Ambang/ <i>borderline</i> =6 Abnormal=7-10

Kategori	Pertanyaan	Skor	Skor SDQ usia <11 tahun	Skor SDQ usia 11-18 tahun
Masalah Perilaku (MP)	Nomor: 5, 7, 12, 18, 22 - Sering marah meledak-ledak - Umumnya berperilaku tidak baik, tidak melakukan apa yang diminta orang - Dewasa - Sering berkelahi - Sering berbohong, curang - Mencuri	Skor faktor positif 2= tidak benar 1= agak benar 0= selalu benar	Normal=0-2 Ambang/ <i>borderline</i> =3 Abnormal=4-10	Normal=0-3 Ambang/ <i>borderline</i> =4 Abnormal=5-10
Hiperaktivitas (H)	Nomor: 2, 10, 15, 21, 25 - Gelisah, terlalu aktif, tidak dapat diam lama - Terus bergerak dengan resah - Mudah teralih, konsentrasi buyar - Tidak berpikir sebelum bertindak - Tidak mampu menyelesaikan tugas sampai selesai	Masing-masing kategori dijumlahkan, dan total skor menilai kategori EMPATHS yaitu: Emosional, Masalah Perilaku, Hiperaktivitas, Teman Sebaya	Normal=0-5 Ambang/ <i>borderline</i> =6 Abnormal=7-10	Normal=0-5 Ambang/ <i>borderline</i> =6 Abnormal=7-10
Masalah Teman Sebaya (TS)	Nomor: 6, 11, 14, 19, 23 - Cenderung menyendiri, atau main sendiri - Tidak punya 1 teman baik		Normal=0-2 Ambang/ <i>borderline</i> =3 Abnormal=4-10	Normal=0-3 Ambang/ <i>borderline</i> =4-5 Abnormal=6-10

Kategori	Pertanyaan	Skor	Skor SDQ usia <11 tahun	Skor SDQ usia 11-18 tahun
	• Tidak disukai anak-anak lain • Diganggu/diancam oleh anak lain • Bergaul lebih baik dengan orang dewasa dari pada anak-anak			
Kesulitan	Penjumlahan skor EMPATHS (Emosional, Masalah Perilaku, Hiperaktivitas, Teman Sebaya)		Normal=0-13 Ambang/ <i>borderline</i> =14-15 Abnormal=16-40	Normal=0-15 Ambang/ <i>bord</i> erline=16-19 Abnormal=20-40
Kekuatan	Nomor: 1, 4, 9, 17, 20 • Mampu mempertimbangkan perasaan orang lain • Bersedia berbagi dengan anak lain • Suka menolong • Bersikap baik pada anak yang lebih muda • Sering menawarkan diri membantu orang lain		Normal=6-10 Ambang/ <i>borderline</i> =5 Abnormal=0-4	Normal=6-10 Ambang/ <i>bord</i> erline=5 Abnormal=0-4

Tabel 3.2.3 Interpretasi Nilai Jawaban Empat Kuesioner: *Self-Reporting Questionnaire-29 (SRQ-29)*, *State-Trait Anxiety Inventory – Trait (STAI-T)*, *Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)*, dan *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

No	Jenis kuesioner	Jenis jawaban	Interpretasi
1.	SRQ-29 terdiri dari 29 pertanyaan. (kuesioner terlampir)	1= Ya 0= Tidak	Apabila responden memiliki skor pada jawaban pertanyaan nomor 1-20: • 0-5: tidak terdeteksi gangguan mental emosional (GME) • >5: terdeteksi GME Interpretasi jawaban pertanyaan nomor 21-29 adalah berdasarkan pola jawaban, bukan berdasarkan skor: • Apabila jawaban YA pada nomor 21: terdeteksi psikoaktif. • Apabila terdapat satu atau lebih jawaban YA dari nomor 22-24: terdeteksi psikosis (gangguan dalam penilaian realitas) yang perlu penanganan serius. • Apabila terdapat satu atau lebih jawaban YA dari nomor 25-29: terdeteksi PTSD (<i>post-traumatic stress disorder</i>).
2.	STAI-T terdiri dari 20 pertanyaan. 10 pertanyaan positif dan 10 pertanyaan negatif (kuesioner terlampir)	Pertanyaan positif: 4= tidak pernah 3= kadang 2= sering 1= hampir selalu Lalu secara terbalik: Pertanyaan negatif: 1= tidak pernah 2= kadang 3= sering 4= hampir selalu	Apabila skor: <30: tidak terdeteksi cemas 30-40: cemas ringan 41-50: cemas sedang 51-80: cemas berat

No	Jenis kuesioner	Jenis jawaban	Interpretasi
3.	PHQ-4 terdiri dari 4 pertanyaan. Gabungan dari PHQ-2 (<i>Patient Health Questionnaire-2</i>) untuk mendeteksi gejala depresi, serta GAD-2 (<i>Generalized Anxiety Disorder-2</i>) yang mendeteksi gejala kecemasan. (kuesioner terlampir)	0= tidak sama sekali 1= kurang dari satu minggu 2= lebih dari satu minggu 3= hampir setiap hari	Sub skor depresi (PHQ-2) dari pertanyaan nomor 1-2: <3: tidak terdeteksi depresi ≥3: terdeteksi depresi Sub skor kecemasan (GAD-2) dari pertanyaan nomor 3-4: <3: tidak terdeteksi cemas ≥3: terdeteksi cemas
4.	EPDS terdiri dari 10 pertanyaan (kuesioner terlampir)	Contoh jawaban dari salah satu pertanyaan: 0= seperti biasanya 1= sekarang tidak terlalu sering 2= sekarang agak jarang 3= tidak sama sekali	Apabila skor: 0-8: tidak terdeteksi depresi 9-12: tidak terdeteksi depresi, tetapi perlu skrining ulang 13-30: terdeteksi depresi

3.2.1 Temuan Penyulit dalam Penilaian dan Kategori Deteksi Masalah dan Gangguan Kesehatan Jiwa

1. *Mini Mindhear Youth Scale* (MMYS) V.1: kategori jawaban berdasarkan pola jawaban **bukan** berupa penjumlahan skor. Proses penilaian dapat membingungkan dan tidak praktis. Interpretasi dapat dilakukan secara tepat jika ada pelatihan khusus untuk pewawancara.
2. *Strengths and Difficulties* (SDQ):
 - Ada *overlapping*/irisan usia yang sama antara SDQ anak dan remaja, tertera di judul kuesioner SDQ untuk “4-11 tahun” dan “11-18 tahun”. Usia 11 tahun membingungkan karena ada pada 2 kuesioner. Perlu diusulkan koreksi *overlapping* usia 11 tahun di judul kuesioner, di SDQ 4-11 tahun dan SDQ 11-18 tahun, sebab dalam pedoman skoring sebenarnya penilaian tertulis <11 tahun dan 11-18 tahun.

- Pada pedoman penilaian skor faktor kesulitan (*risk factors*) terdapat *cut off point* yang saling beririsan (usia <11 tahun) misalnya skor 15 bisa dimasukkan di kategori ambang/*borderline* tetapi bisa juga ke kategori abnormal. Contoh *overlapping* skoring 0-13= normal; 14-15=ambang/*borderline*; dan 15-40= normal. Hal ini dapat membuat interpretasi terhadap hasil menjadi kurang tepat.
3. *State-Trait Anxiety Inventory–Trait* (STAI-T): Dalam kuesioner STAI-T, tidak jelas dicantumkan apakah skor <30 adalah kategori ‘tidak terdeteksi cemas’. Sehingga peneliti menentukan bahwa skor <30 adalah kategori ‘tidak terdeteksi cemas’.

3.3 Manajemen dan Analisa Data

Manajemen data dilakukan melalui pemeriksaan kelengkapan data, pembersihan data dari kesalahan atau duplikasi, serta *coding* tepat guna untuk memastikan seluruh variabel sesuai dengan definisi operasional (penilaian/kategori variabel). Setelah data dinyatakan bersih, dilakukan analisis deskriptif untuk menggambarkan karakteristik data variabel dependen (gangguan kesehatan jiwa) dan independen (karakteristik responden) sesuai dengan tujuan khusus. Analisis univariat dan bivariat dilakukan namun analisis multivariat belum dilakukan karena jumlah sampel yang kecil akan meragukan kesahihan hasil analisis dalam menentukan variabel perancu. Semua analisis dilakukan menggunakan perangkat lunak statistik SPSS milik UI yang dapat dipertanggungjawabkan.

3.4 Keterbatasan Penelitian

Tim peneliti menyadari bahwa apa yang disajikan di bab 2 Tinjauan Pustaka tentang terdeteksinya kecemasan dan depresi sebagai masalah ataupun gangguan kesehatan jiwa seharusnya mengikutsertakan lebih banyak variabel independen. Namun, karena keterbatasan dana dan jumlah sampel, hasil penelitian ini lebih ke arah hasil uji coba kelayakan dari kuesioner-kuesioner tersebut dan perbedaan antara metode pengisian mandiri dan metode menjawab pertanyaan oleh pewawancara. Untuk mengatasi keterbatasan penelitian ini kami sudah merekomendasikan langkah-langkah yang perlu diambil oleh peneliti pada penelitian di masa mendatang untuk mengatasi keterbatasan jumlah sampel.

Pada penelitian ini ada lima subpopulasi sampel yaitu anak dan remaja (perempuan dan laki-laki), perempuan dewasa muda, perempuan dewasa, lansia, dan ibu hamil. Berdasarkan teori, variabel independen yang mendukung variabel dependen anak dan remaja adalah lingkungan keluarga dan paparan dunia digital. Konteks sosial, ketimpangan gender, peran ganda dalam rumah tangga (pekerjaan domestik), tanggung jawab pengasuhan, pemeliharaan kesehatan, kondisi ekonomi, dan paparan kekerasan dalam rumah tangga. Kondisi ini diambil dari jawaban kuesioner yang mengindikasikan kondisi dalam bentuk sosial responden. Diperlukan sampel yang besar untuk dapat mengakomodasi analisis regresi dengan jumlah independen yang lebih banyak.



BAB IV HASIL

4.1 Data Responden Penelitian: Jumlah sampel

Siapa responden penelitian ini?

Responden adalah partisipan perempuan pada penelitian yang terpilih dalam sampel/subjek penelitian untuk memberikan data dan informasi yang akurat sesuai dengan kondisi sebenarnya.

Karakteristik responden penelitian ini:

- Anak dan remaja: pengunjung posyandu dan puskesmas usia 8-18 tahun (perempuan dan laki-laki) yang sedang melakukan pemeriksaan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Priok.
- Perempuan dewasa muda: mahasiswa jurusan kebidanan di Poltekkes Kemenkes Jakarta III
- Perempuan dewasa: pengunjung yang sedang melakukan pemeriksaan kesehatan namun tidak dalam keadaan hamil di Puskesmas Tanjung Priok.
- Perempuan lansia (lanjut usia): pengunjung yang sedang melakukan pemeriksaan kesehatan pada perempuan usia lanjut (lebih dari 60 tahun) di Puskesmas Tanjung Priok.
- Ibu Hamil: pengunjung yang sedang melakukan pemeriksaan kehamilan/*antenatal care* (ANC) di Puskesmas Tanjung Priok.

Dibandingkan dengan jumlah pengunjung di Puskesmas, jumlah anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) masih sangat kecil dan terbatas pada pengunjung posyandu saja (di luar jam kerja puskesmas). Tabel 4.1.1 menunjukkan jumlah anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) yang berkunjung ke posyandu di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Priok:

- Hanya 24,2% pengunjung anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) yang diwawancarai (dari 95 orang) di puskesmas pada tanggal 26-29 Agustus.
- Total pengunjung anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) di posyandu (Sabtu, 10 Agustus 2025) yang diwawancarai sebanyak 86 orang.
- Hanya 50% pengunjung anak remaja (perempuan dan laki-laki) yang diwawancarai (dari 84 orang) di puskesmas pada tanggal 1-3 September.

Tabel 4.1.1 Data Pengunjung Anak dan Remaja (Perempuan dan Laki-laki) di Puskesmas Tanjung Priok, 10 Agustus, 26-29 Agustus, dan 1-3 September 2025

Kunjungan	Bulan					
	Agustus				September	
	Jumlah Pengunjung anak dan remaja (puskesmas)	Jumlah Sampel anak dan remaja (puskesmas)	Jumlah sampel anak dan remaja di posyandu	Keterangan: data anak dan remaja posyandu hanya dikumpulkan 1 hari (tanggal 10 Agustus)	Jumlah Pengunjung anak dan remaja (puskesmas)	Jumlah Sampel anak dan remaja (puskesmas)
Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)	95	23 (24,2%)	86		84	42 (50%)

Data karakteristik kependudukan pada Tabel 4.1.2 terdiri dari usia, jenis kelamin, dan jenjang pendidikan pengunjung anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) di posyandu dan Puskesmas Tanjung Priok. Data usia disajikan dalam tiga bentuk ukuran: nilai rata-rata (*mean*), nilai tengah (*median*), dan kisaran (minimum dan maksimum). Rata-rata usia anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) adalah 13 tahun. Proporsi jenis kelamin antara laki-laki dan perempuan hampir sama yaitu 51% dan 49%. Jenjang pendidikan terbanyak pada usia muda kategori SD dan SMP/MTs (74,2%).

Tabel 4.1.2 Data Karakteristik (Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan) Pengunjung Anak dan Remaja (Perempuan dan Laki-laki) di Posyandu dan Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025

Variabel	n=151 (100%)
Usia (tahun)	
<i>Mean</i>	13
<i>Median</i>	13
Minimum - Maksimum	8 -18
Jenis kelamin	
Laki-laki	77 (51,0)
Perempuan	74 (49,0)
Jenjang Pendidikan	
SD	64 (42,4)
SMP/MTs	48 (31,8)
SMA/MA/SMK	39 (29,8)

Tabel 4.1.3 menunjukkan bahwa pekerjaan, status pernikahan, usia, dan kategori usia perempuan dewasa muda (mahasiswi). Data usia disajikan dalam tiga bentuk ukuran: nilai rata-rata (*mean*), nilai tengah (*median*), dan kisaran (minimum dan maksimum). Rata-rata usia adalah 25 tahun dan setengah dari perempuan dewasa muda (mahasiswi) berusia 23 tahun. Tabel 4.1.4 menunjukkan 74,6% mahasiswi tidak bekerja, 10,9% adalah wiraswasta/karyawan swasta, 9,4% bekerja di TPMB (Tempat Praktik Mandiri Bidan), dan 5,1% bekerja sebagai PNS/ASN (Pegawai Negeri Sipil/Aparatur Sipil Negara). Sebagian besar belum menikah (86,2%) dan berusia di bawah 23 tahun (66,7%).

Tabel 4.1.3 Data Karakteristik Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswi), Juli-Agustus 2025

Variabel	Total n=138 (100%)
Pekerjaan	
Mahasiswi/tidak bekerja	103 (74,6)
PNS/ASN (Pegawai Negeri Sipil/ Aparatur Sipil Negara)	7 (5,1)
Bidan di TPMB (Tempat Praktik Mandiri Bidan)	13 (9,4)
Wiraswasta/karyawan swasta	15 (10,9)
Status Pernikahan	
Belum menikah	119 (86,2)
Menikah (termasuk cerai)	19 (13,8)
Usia (tahun)	
<i>Mean</i>	25
<i>Median</i>	23
Minimum – Maksimum*	21 - 46
Kategori Usia	
≤23	92 (66,7)
>23	46 (33,3)

Tabel 4.1.4 menunjukkan persentase responden menurut lokasi pengumpulan data di Puskesmas Tanjung Priok. Total responden adalah 148 orang (19,3%) dari total 766 orang pengunjung puskesmas periode 26-29 Agustus 2025 dan 162 orang (23%) dari total 703 orang pengunjung puskesmas periode 1-3 September 2025.

Tabel 4.1.4 Data Pengunjung Puskesmas Tanjung Priok, 26-29 Agustus – 1-3 September 2025

Kunjungan	Bulan					
	Agustus			September		
	Jumlah Pengunjung	Jumlah* Sampel	% Sampel yang diwawancara	Jumlah Pengunjung	Jumlah* Sampel	% Sampel yang diwawancara
Ibu hamil	135	61	45,2%	137	84	61,3%
Dewasa	477	76	15,9%	417	74	17,7%
Lansia	154	11	7,1%	149	4	2,7%
Total	766	148	19,3%	703	162	23,0%

*Pengunjung terdiri dari laki-laki dan perempuan, tetapi sampel penelitian hanya terdiri dari: ibu hamil, perempuan dewasa, dan perempuan lansia

Tabel 4.1.5 menunjukkan usia, kategori usia, pekerjaan, dan jenis pekerjaan pengunjung perempuan dewasa di Puskesmas Tanjung Priok. Data usia disajikan dalam 3 bentuk ukuran: nilai rata-rata (*mean*), nilai tengah (*median*), dan kisaran (minimum dan maksimum). Rata-rata usia pengunjung perempuan dewasa adalah 33 tahun dan setengahnya berusia 30 tahun, kisaran usia termuda 17 tahun dan tertua 81 tahun. Kategori usia dewasa 1 (20-39 tahun) yaitu 74,3%, dewasa 2 (40-59 tahun) yaitu 18,7%, dan lansia (≥ 60 tahun) 3,9%. Pekerjaan responden terbanyak adalah ibu rumah tangga (68,0%) dan bekerja (29,2%). Di antara responden yang bekerja, jenis pekerjaan terbanyak adalah karyawan swasta (72,3%).

Tabel 4.1.5 Data Karakteristik Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025

Variabel	n=284 (100%)
Usia	
<i>Mean</i>	33
<i>Median</i>	30
Minimum - Maksimum	17 - 81
Kategori Usia	

Variabel	n=284 (100%)
Remaja (17-19 tahun)	9 (3,1)
Dewasa 1 (20-39 tahun)	211 (74,3)
Dewasa 2 (40-59 tahun)	53 (18,7)
Lansia (≥ 60 tahun)	11 (3,9)
Pekerjaan	
Bekerja	83 (29,2)
Ibu rumah tangga	201 (70,8)
Jenis pekerjaan (n=83)	
Wiraswasta/wirausaha	9 (10,8)
Karyawan swasta	60 (72,3)
Guru/Freelance/mahasiswi/kader	14 (16,9)

Data karakteristik di tabel 4.1.6 terdiri dari status pernikahan, jumlah anak, dan status kehamilan pengunjung perempuan dewasa di Puskesmas Tanjung Priok. Data jumlah anak disajikan dalam tiga bentuk ukuran: nilai rata-rata (*mean*), nilai tengah (*median*), dan kisaran (minimum dan maksimum). Hampir seluruh pengunjung perempuan dewasa (90,5%) berstatus menikah, rata-rata memiliki 1–2 anak, dan hampir separuh responden merupakan ibu hamil (51,1%).

Tabel 4.1.6 Data Karakteristik Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025

Variabel	n=284 (100%)
Status pernikahan	
Belum menikah	27 (9,5)
Menikah (termasuk cerai)	257 (90,5)
Jumlah anak (n=258)	
<i>Mean</i>	1,7
<i>Median</i>	1,0
Minimum – Maksimum*	0-12
Status kehamilan	
Hamil	145 (51,1)
Tidak hamil	139 (48,9)

*Ada 2 perempuan (56 dan 81 tahun) dengan jumlah anak 10 dan 12

Lama waktu pengisian kuesioner (*self-test*) dan wawancara adalah perkiraan jumlah menit yang dibutuhkan untuk menyelesaikan satu kali pengisian kuesioner/wawancara dengan satu responden. Estimasi rata-rata waktu yang dibutuhkan dalam pelaksanaan pengisian kuesioner/wawancara, pada Tabel 4.1.7 menunjukkan bahwa perempuan dewasa muda (mahasiswi) memiliki rata-rata pengisian kuesioner SRQ-29 (29 pertanyaan) dan STAI-T (20 pertanyaan) adalah 3,4 dan 3,9 menit, dan kuesioner PHQ-4 (4 pertanyaan) adalah 1,8 menit. Pada pengunjung perempuan dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, rata-rata lama waktu wawancara untuk kuesioner SRQ-29 dan STAI-T adalah 3,9 dan 3,4 menit, kuesioner PHQ-4 adalah 1,1 menit, dan rata-rata lama waktu pengisian kuesioner EPDS (10 pertanyaan) pada ibu hamil adalah 2,9 menit.

Tabel 4.1.7 Lama Waktu (Menit) Pengisian Kuesioner dan Wawancara pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswi) dan Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Juli-September 2025

Jenis Kuesioner	n	Mean	Median
Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswi)			
SRQ-29	138	3,4	3,0
STAI-T	138	3,9	3,0
PHQ-4	138	1,8	1,5
Jenis Kuesioner	n	Mean	Median
Puskesmas Tanjung Priok			
SRQ-29	284	3,9	4,0
STAI-T	284	3,4	3,0
PHQ-4	284	1,1	1,0
EPDS	145	2,9	3,0

4.2 Hasil Sesuai Urutan Tujuan Khusus

Bab ini menyajikan hasil penelitian terkait masalah dan gangguan kesehatan jiwa berdasarkan data yang telah dikumpulkan dan dianalisis. Hasil dipaparkan secara sistematis untuk menjawab tujuan khusus penelitian dalam menggambarkan kondisi psikologis responden. Pada bagian ini disajikan karakteristik serta hasil deteksi kesehatan jiwa responden. Seluruh hasil disusun untuk memberikan gambaran kesehatan kejiwaan responden dengan menggunakan enam kuesioner yang digunakan Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan (Dit. Yankesren) untuk mendeteksi masalah dan gangguan kesehatan jiwa pada anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) yaitu kuesioner *Mini Mindhear Youth Scale* (MMYS) dan *Strengths and Difficulties* (SDQ). Pada perempuan dewasa dan lansia yaitu kuesioner *Self-Reporting Questionnaire-29* (SRQ-29), *State-Trait Anxiety Inventory – Trait* (STAI-T), dan *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4). Serta pada ibu hamil yaitu kuesioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS).

Hasil temuan deteksi masalah dan gangguan kesehatan jiwa pada studi ini akan menyesuaikan pencapaian tujuan khusus sesuai urutan berikut:

4.2.1 Hasil deteksi gangguan kesehatan jiwa pada anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) menggunakan kuesioner *Mini Mindhear Youth Scale* (MMYS) V.1 (usia 10-18 tahun)

Seberapa besar tingkat kecemasan dan depresi yang dialami anak dan remaja (perempuan dan laki-laki)?

Kecemasan adalah rasa khawatir atau takut berlebihan yang membuat seseorang merasa tidak tenang, meskipun belum tentu ada bahaya nyata. Sedangkan depresi adalah kondisi ketika seseorang merasa sangat sedih, kehilangan semangat, dan tidak berenergi dalam waktu lama hingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Tabel 4.2.1.1 tentang cemas dan depresi diukur dengan kuesioner MMYs (6 pertanyaan terdiri dari 3 pertanyaan untuk cemas dan 3 pertanyaan untuk depresi). Tabel 4.2.1.1 menunjukkan bahwa anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) yang memiliki cemas ringan dan berat adalah 25,9% dan 12,6%. Anak dan remaja yang memiliki depresi ringan sekitar 27,3% (1 dari 4 remaja) dan depresi berat 16,8% (1 dari 6 remaja).

Tabel 4.2.1.1 Hasil Deteksi Kecemasan dan Depresi pada Anak dan Remaja (Perempuan dan Laki-laki) di Wilayah Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (Kuesioner Mini Mindhear Youth Scale (MMYS) V.1 (usia 10-18 tahun))

Variabel	n=143 (100%)
Kecemasan	
Tidak terdeteksi cemas	88 (61,5)
Cemas ringan	37 (25,9)
Cemas berat	18 (12,6)
Depresi	
Tidak terdeteksi depresi	80 (55,9)
Depresi ringan	39 (27,3)
Depresi Berat	24 (16,8)

Sejauh mana remaja (perempuan dan laki-laki) mengalami kecemasan dan depresi?

Secara umum kita beranggapan remaja tidak memiliki beban mental seperti kecemasan atau depresi. Namun ternyata banyak kelompok remaja dan dewasa muda yang secara lahiriah tampak “berfungsi” atau “diharapkan produktif”, tetapi sebenarnya sering kali berada pada titik keseimbangan rapuh antara kerentanan dan stres. Sehingga mereka dengan mudah tergoda pada perilaku berisiko seperti merokok, minum alkohol, menggunakan narkoba, dan perilaku seks berisiko tertular dari teman sebaya (*peer-pressure*). Tabel 4.2.1.2 menunjukkan bahwa 46% dari anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) usia 13-15 tahun memiliki cemas ringan dan 59% memiliki depresi ringan. Berarti hampir setengah pelajar SMP telah terkena cemas ringan dan lebih dari setengahnya juga memiliki depresi ringan. Tidak kurang mengagetkan 44,5% (hampir separuh) siswa SMA/MA/SMK sudah memiliki cemas berat dan lebih dari separuh (54,1%) sudah memiliki depresi berat. Program kesehatan di tingkat *primary health care* sudah seharusnya mengantisipasi situasi masalah kesehatan jiwa pada anak dan remaja ini melalui program promotif dan preventif. Artinya, sudah mempersiapkan program-program penunjang/pendukung untuk menanggulangi kenaikan lebih tinggi dari persentase di atas guna mencegah kelanjutan cemas dan depresi dari ringan ke level cemas dan depresi berat yang bisa mengarah pada perilaku ‘*self-medicating*’ yang diartikan sebagai pemakaian NAPZA untuk mengatasi kecemasan, depresi atau masalah emosional lain yang mereka hadapi tanpa memahami dampaknya. Ini tentunya akan berdampak bukan hanya pada peningkatan pengguna NAPZA ke depannya, namun juga jumlah mereka yang kelak mengalami gangguan mental yang serius dan tak jarang mendeabilitas. Implikasi dari temuan ini adalah bahwa semua staf puskesmas harus menyadari bahwa status kesehatan

masyarakat tidak terbatas pada aspek fisik dan sosial, tetapi juga mencakup aspek mental. Staf puskesmas perlu dapat mengantisipasi masalah kesehatan dengan tindakan promotif, preventif, dan intervensi agar membantu menciptakan status kesehatan terbaik pada mereka yang dilayani oleh puskesmas. Status kesehatan masyarakat ini sangat terkait dengan status keamanan; status penyakit menular seksual; dan status kekerasan di rumah, di sekolah, dan di lingkungan teman sebaya (*peer-pressure*). Jika ada rencana pemerintah untuk intervensi terhadap status-status di atas, seharusnya rekam medis deteksi dini kesehatan remaja seperti ini bisa digunakan sebagai *base-line* data untuk rincian program intervensi.

Tabel 4.2.1.2 Hasil Deteksi Kecemasan dan Depresi pada Anak dan Remaja (Perempuan dan Laki-laki) Menurut Usia dan Pendidikan di Wilayah Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (Kuesioner *Mini Mindhear Youth Scale* (MMYS) V.1 (usia 10-18 tahun))

Variabel	Kecemasan			Depresi		
	Tidak terdeteksi cemas n=88 (100%)	Cemas ringan n=37 (100%)	Cemas berat n=18 (100%)	Tidak terdeteksi depresi n=80 (100%)	Depresi ringan n=39 (100%)	Depresi Berat n=24 (100%)
Usia						
10-12 tahun	31 (35,2)	11 (29,7)	4 (22,2)	32 (40,0)	10 (25,6)	4 (16,7)
13-15 tahun	37 (42,1)	17 (46,0)	7 (38,9)	30 (37,5)	23 (59,0)	8 (33,3)
16-18 tahun	20 (22,7)	9 (24,3)	7 (38,9)	18 (22,5)	6 (15,4)	12 (50,0)
Pendidikan						
SD	35 (39,8)	15 (40,6)	6 (33,3)	36 (45,0)	13 (33,3)	7 (29,2)
SMP/MTs	33 (37,5)	11 (29,7)	4 (22,2)	27 (33,8)	17 (43,6)	4 (16,7)
SMA/MA/SMK	20 (22,7)	11 (29,7)	8 (44,5)	17 (21,2)	9 (23,1)	13 (54,1)

4.2.2 Hasil deteksi gangguan kesehatan jiwa pada anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) menggunakan kuesioner *Strengths and Difficulties* (SDQ) (usia 4-11 tahun dan 11-18 tahun)

Seberapa besar masalah kesehatan jiwa pada anak dan remaja (perempuan dan laki-laki)?

Anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) merupakan kelompok usia yang rentan mengalami masalah kesehatan jiwa, sehingga penting untuk mengetahui sejauh mana masalah tersebut terjadi. Kuesioner *Strengths and Difficulties* (SDQ) untuk menilai kondisi psikologis dan perilaku anak (4-11 tahun) dan remaja (11-18 tahun). Kuesioner ini menggambarkan kondisi 6 bulan terakhir, berisi 25 pertanyaan dari 4 domain faktor kesulitan (*risk factors*) yang dirinci dalam 5 pertanyaan tentang emosional (E), 5 pertanyaan tentang masalah perilaku (MP), 5 pertanyaan tentang hiperaktif (H), dan 5 pertanyaan tentang masalah hubungan teman sebaya (TS). Juga 1 domain faktor kekuatan (*supporting factors*) terdiri dari 5 pertanyaan tentang perilaku pro-sosial yaitu: empati terhadap perasaan orang lain, dorongan untuk berbagi, dorongan untuk anak yang lebih muda, dan spontanitas membantu orang lain. Hasil wawancara menggunakan kuesioner SDQ (Tabel 4.2.2.1) sedikit berbeda antara hasil jawaban anak 4-11 tahun dan remaja 11-18 tahun.

- Anak 4-11 tahun (total 23 anak): 91,4% hiperaktif dalam batas normal; 39,1% *borderline* dalam menghadapi tekanan teman sebaya; 22% sulit mengendalikan gejala emosional dan bermasalah teman sebaya.
- Remaja 11-18 tahun (total 128 remaja): 89% hiperaktif dalam batas normal; 32% *borderline* dalam menghadapi tekanan teman sebaya; 19% dan 18% sulit mengendalikan gejala emosional dan masalah perilaku.

Perempuan

Tabel 4.2.2.1 Hasil Deteksi Masalah Kesehatan Jiwa Anak (4-11 tahun) dan Remaja (11-18 tahun) Perempuan dan Laki-laki di Wilayah Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (Kuesioner *Strengths and Difficulties/SDQ*)

Kategori*	Gejala Emosional	Masalah Perilaku (MP)	Hiperaktivitas (H)	Masalah Teman Sebaya (TS)	Kesulitan (<i>Risk factors</i>)	Kekuatan (<i>Supporting factors</i>)
SDQ Anak (4-11 tahun) n=23						
Normal	16 (69,6)	16 (69,6)	21 (91,4)	9 (39,1)	18 (78,3)	14 (60,9)
Ambang/ <i>borderline</i>	2 (8,7)	3 (13,0)	1(4,3)	9 (39,1)	3 (13,0)	7 (30,4)
Abnormal	5 (21,7)	4 (17,4)	1(4,3)	5 (21,8)	2 (8,7)	2 (8,7)
SDQ Anak (11-18 tahun) n=128						
Normal	101 (78,9)	93 (72,6)	114 (89,0)	89 (69,5)	94 (73,4)	111 (86,7)
Ambang/ <i>borderline</i>	3 (2,3)	12 (9,4)	8 (6,3)	32 (25,0)	18 (14,1)	9 (7,0)
Abnormal	24 (18,8)	23 (18,0)	6 (4,7)	7 (5,5)	16 (12,5)	8 (6,3)

*Lihat detail penjelasan mengenai kategori SDQ pada Tabel 3.2.2 penilaian kuesioner *strengths and difficulties* (SDQ)

4.2.3 Hasil deteksi gangguan kesehatan jiwa pada perempuan dewasa menggunakan *Self-Reporting Questionnaire-29* (SRQ-29) (usia >18 tahun)

Apa saja masalah kesehatan jiwa pada perempuan dewasa muda (mahasiswi) dalam kehidupan sehari-hari?

Masalah/gangguan kesehatan jiwa yang sering dialami pada perempuan dewasa muda (mahasiswi) adalah GME, psikosis, dan PTSD. Berikut ini adalah penjelasan tentang masalah kesehatan jiwa tersebut:

- GME: Gangguan Mental Emosional (GME) adalah kondisi seseorang mengalami masalah pada perasaan, pikiran, dan emosi—seperti cemas, sedih berkepanjangan, stres, atau mudah marah—yang mengganggu aktivitas sehari-hari, tetapi belum pasti termasuk gangguan jiwa berat.
- Psikotik adalah kondisi seseorang yang mengalami psikosis, yaitu gangguan mental berat yang menyebabkan kehilangan kemampuan membedakan kenyataan dan khayalan, contoh: halusinasi (menginderakan sesuatu yang tidak nyata, bisa lewat penglihatan,

- suara, sentuhan, dll), delusi (waham, memiliki sistem keyakinan tak tergoyahkan yang bertahan meski tidak sesuai realitas), dan berpikir tidak logis.
- c. PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder* atau Gangguan Stres Pasca-trauma) adalah gangguan kesehatan mental yang muncul setelah mengalami, menyaksikan, mengetahui, diancam, atau mengalami trauma, yang menimbulkan ingatan terus-menerus seperti kilas balik (*flashback*), mimpi buruk (*nightmare*), atau ingatan-ingatan yang mengganggu dan mengingatkan pada trauma tersebut (catatan: tidak semua orang mengalami PTSD pasca-trauma).

Kuesioner SRQ-29 digunakan untuk menilai tiga kondisi di atas. Tabel 4.2.3.1 menunjukkan bahwa 17,4% mahasiswi terdeteksi gangguan mental emosional (GME), 20,3% terdeteksi psikosis, dan 50% terdeteksi mengalami *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD). Hasil ini perlu dan penting untuk di *follow-up* oleh pelayan kesehatan dan bila perlu, dirujuk. Psikosis (20%) pada mahasiswi cukup mengkhawatirkan karena menyangkut terganggunya hubungan seseorang dengan realitas. Mencari penyebab dan mengatasinya sangat penting karena dapat berdampak pada semua aspek kehidupan seseorang dan bisa berkembang menjadi lebih parah di tahun-tahun berikutnya. Bilamana psikosis muncul akibat pemakaian NAPZA misalnya, maka ini pun perlu ditangani dan dirujuk agar pemakaian NAPZA bisa dihentikan. Lihat Bab VI Rekomendasi.

Mengingat persentase PTSD (50%) yang besar, 1 dari 2 mahasiswi, bisa dikaitkan dengan prestasi akademik yang menurun karena sulit berkonsentrasi, sulit tidur, mudah terkejut, dan mudah marah. Kondisi ini memerlukan perhatian pembimbing akademik di institusi pendidikan terkait. Gejala PTSD pada anak bisa berupa sangat rewel, sangat agresif, tidak mau ke sekolah, tidak mau berteman, berperilaku sembrono, atau menyakiti diri sendiri. Jika tidak ditangani PTSD dapat menyebabkan komplikasi serius seperti: kecemasan berat, depresi berat, perilaku anti-sosial, risiko bunuh diri, kecanduan NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika, Zat Adiktif) dan gangguan fisik lainnya – yang memengaruhi sekolah, pekerjaan, dan kehidupan sosial dikemudian hari.

Tabel 4.2.3.1. Hasil Deteksi Masalah Kesehatan Jiwa pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswi), Juli-Agustus 2025 (Self-Reporting Questionnaire-29 (SRQ-29))¹

Variabel	n=138 (100%)
Tidak terdeteksi GME	114 (82,6)
Terdeteksi GME	24 (17,4)
Tidak terdeteksi psikosis	110 (79,7)
Terdeteksi psikosis	28 (20,3)
Tidak terdeteksi PTSD	69 (50,0)
Terdeteksi PTSD	69 (50,0)

Pada dewasa muda (mahasiswi) lebih banyak mengalami gangguan kesehatan mental karena berada pada fase transisi perkembangan yang penuh tekanan. Pada tahap ini, mereka menghadapi tuntutan akademik yang tinggi, pencarian jati diri, ketidakpastian masa depan, serta ekspektasi keluarga. Perkembangan emosi yang belum sepenuhnya matang, paparan media sosial, serta perubahan biologis dan hormonal meningkatkan kerentanan terhadap stres, kecemasan, dan depresi. Kombinasi faktor tersebut membuat usia dewasa muda (mahasiswi) lebih rentan mengalami gangguan kesehatan mental. Tabel 4.2.3.2 menunjukkan bahwa 78,3% mahasiswi usia ≤ 23 tahun terdeteksi mengalami *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD). Secara keseluruhan lebih dari 80% mahasiswi yang tidak bekerja terdeteksi mengalami ketiga masalah/gangguan mental emosional (GME), psikosis, dan PTSD dibanding usia lebih tua (>23 tahun).

¹ SRQ-29: terdiri 29 pertanyaan; jawaban 1=ya dan 0=tidak; Apabila responden memiliki skor pada pertanyaan nomor 1-20: Apabila skor 0-5: tidak terdeteksi gangguan mental emosional (GME) dan skor >5 : terdeteksi GME; Interpretasi pertanyaan nomor 21-29 berdasarkan pola jawaban, bukan berdasarkan skor: Apabila jawaban YA pada nomor 21: terdeteksi psikoaktif; Apabila terdapat satu atau lebih jawaban YA dari nomor 22-24: terdeteksi psikosis (gangguan dalam penilaian realitas) yang perlu penanganan serius; Apabila terdapat satu atau lebih jawaban YA dari nomor 25-29: terdeteksi PTSD (*post-traumatic stress disorder*).

Tabel 4.2.3.2. Hasil Deteksi Masalah Kesehatan Jiwa Menurut Usia dan Pekerjaan Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswi), Juli-Agustus 2025 (Self-Reporting Questionnaire-29 (SRQ-29))

Variabel	SRQ-29		
	Terdeteksi GME n=24 (100%)	Terdeteksi psikosis n=28 (100%)	Terdeteksi PTSD n=69 (100%)
Usia			
≤23	20 (83,3)	24 (85,7)	54 (78,3)
>23	4 (16,7)	4 (14,3)	15 (21,7)
Pekerjaan			
Mahasiswi/tidak bekerja	21 (87,5)	25 (89,3)	58 (84,1)
Bekerja (PNS/ASN, TPMB, wiraswasta/karyawan swasta)	3 (12,5)	3 (10,7)	11 (15,9)

Sejauh mana kesehatan mental terdeteksi pada perempuan dewasa (pengunjung puskesmas)?

Gangguan kesehatan mental seperti gangguan mental emosional (GME), gangguan psikosis, dan PTSD juga dideteksi pada perempuan dewasa pengunjung puskesmas secara umum. Ketiga gangguan terdeteksi, dan PTSD tetap yang tertinggi seperti temuan pada perempuan dewasa muda (mahasiswi). Tabel 4.2.3.3 menunjukkan bahwa di antara pengunjung perempuan dewasa Puskesmas Tanjung Priok, terdeteksi gangguan mental emosional (GME) sebesar 27,5%, psikosis sebesar 20,8%, dan *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) sebesar 38,4%. Gambaran bahwa PTSD terdeteksi pada hampir 4 orang dari 10 perempuan dewasa yang diwawancarai dengan kuesioner SRQ-29, tidak secara langsung dapat merinci jenis paparan traumatis apa yang menjadi penyebab PTSD.

Temuan GME (27,5%) juga mengindikasikan masalah emosional seperti kecemasan dan depresi, yang dapat lebih lanjut dilihat dari hasil jawaban kuesioner STAI-T. Deteksi gangguan psikosis (20,8%) menandakan bahwa 1 dari 5 perempuan dewasa pengunjung puskesmas memiliki masalah halusinasi dan delusi yang juga memerlukan perhatian dan tindak lanjut profesional (spesialis).

Secara keseluruhan, hasil ini menegaskan pentingnya deteksi dini masalah/gangguan kesehatan jiwa dapat ditindaklanjuti dengan pemeriksaan lebih lanjut (rujukan) ke layanan

tersier yang lebih komprehensif di mana konfirmasi dapat dilakukan oleh dokter spesialis kesehatan jiwa ataupun psikolog. Data ini merupakan informasi berharga yang dapat digunakan sebagai bukti efektivitas upaya pencegahan jika kasus terdeteksi pada tahap '*early detection and prompt treatment*'. (lihat Bab VI Rekomendasi, terutama untuk BPJS).

**Tabel 4.2.3.3. Hasil Deteksi Masalah Kesehatan Jiwa pada Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025
(Self-Reporting Questionnaire-29 (SRQ-29))**

Variabel	n=284 (100%)
Tidak terdeteksi GME	206 (72,5)
Terdeteksi GME	78 (27,5)
Tidak terdeteksi psikosis	283 (99,6)
Terdeteksi psikosis	1 (0,4)
Tidak terdeteksi psikosis	225 (79,2)
Terdeteksi psikosis	59 (20,8)
Tidak terdeteksi PTSD	175 (61,6)
Terdeteksi PTSD	109 (38,4)

Pada kehidupan nyata, masalah/gangguan jiwa juga tidak berdiri sendiri (tidak terpisah-pisah). Studi juga menemukan kombinasi GME, gangguan psikosis, dan PTSD yang terdeteksi pada perempuan dewasa. Artinya, responden yang terdeteksi dengan GME juga bisa terdeteksi psikosis dan PTSD. Tabel 4.2.3.4 menunjukkan bahwa 11,6% perempuan dewasa terdeteksi dengan kombinasi GME, psikosis, dan PTSD sekaligus. Kelompok yang terdeteksi GME dan PTSD saja sebesar 10,6%. Artinya, kondisi di masyarakat saat ini perlu dipantau agar dapat diketahui berapa besar jumlah kasus yang dapat dicegah dengan deteksi dini dan deteksi lanjutan, termasuk persentase yang harus dirujuk ke layanan kesehatan tersier dan dokter spesialis.

Tabel 4.2.3.4. Hasil Deteksi Pengunjung Perempuan dengan Lebih dari Satu Gejala Kesehatan Jiwa pada Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (Self-Reporting Questionnaire-29 (SRQ-29))

Variabel (Gejala)*	n=284 (100%)
Tidak terdeteksi GME	135 (47,5)
Terdeteksi GME	26 (9,2)
Terdeteksi GME dan psikosis	4 (1,4)
Terdeteksi GME dan PTSD	30 (10,6)
Terdeteksi GME, psikoaktif**, dan psikosis	1 (0,4)
Terdeteksi GME, psikosis, dan PTSD	33 (11,6)
Terdeteksi psikosis dan PTSD	12 (4,1)
Terdeteksi psikosis	9 (3,2)
Terdeteksi PTSD	34 (12,0)

* Interpretasi dan saran: Lebih ditekankan pada gejala yang mungkin saja bisa lebih dari satu gejala sehingga terdeteksi gejala belum tentu berarti terdiagnosis; ** psikoaktif adalah seseorang yang mengonsumsi alkohol/narkoba.

Tabel 4.2.3.5 menunjukkan keterkaitan antara usia dan pekerjaan dengan hasil deteksi GME, psikosis, dan PTSD. Menurut usia 20-39 tahun (dewasa 1) merupakan subpopulasi paling banyak terdeteksi GME (79,5%), psikosis (69,5%), dan PTSD (78%) dibandingkan kelompok usia lebih muda (17-19 tahun) dan usia lebih tua (40-60+ tahun). Usia 20-39 tahun merupakan usia produktif dalam pekerjaan, kelanjutan pendidikan, atau berkarya untuk produk-produk yang lebih mutakhir. Namun subpopulasi ini justru yang paling rentan/rapuh maka bonus demografi sehingga kegagalan mereka menghadapi tantangan usia, bisa menjadikan mereka beban bagi subpopulasi lainnya termasuk lansia dan yang pasti menjadi beban pemerintah. Implikasi yang berat seperti ini harus menjadi perhatian pemerintah, LSM, dan keluarga masing-masing. Seandainya puskesmas berhasil meningkatkan cakupan skrining, menganalisis data hasil deteksi, memberikan konseling dan pengobatan di tahap awal (GME, psikosis, PTSD) secara langsung, maka kita dapat mengukur 'avoided severe cases of GME, psikosis, dan PTSD' dalam bentuk jumlah kasus pencegahan maupun bentuk monetisasi (kerugian ekonomi) yang terjadi. Lembaga seperti BPJS pun tidak akan mampu menanggung biaya yang dibutuhkan (kemungkinan seumur hidup), disamping biaya materi dan moril yang harus dikorbankan keluarga. Belum lagi dampak berupa kerusakan hubungan antara orang tua dan anak, kurangnya dukungan dari lingkungan sekitar, dan masa depan pasien sendiri.

Menurut status pekerjaan, kelompok Ibu rumah tangga merupakan kelompok terbesar yang terdeteksi masalah dan gangguan kesehatan jiwa, terdiri atas GME (71,8%), psikosis (74,6%), dan PTSD (71,6%) (Tabel 4.2.3.5). Gambaran bahwa hampir dua per tiga dari ibu usia reproduksi 17-60+ mengalami salah satu atau kombinasi dari GME, psikosis, dan PTSD menunjukkan rentannya mayoritas ibu rumah tangga di Indonesia. Dalam keadaan seperti ini, kapasitas sebagai ibu, baik yang berpendidikan maupun tidak berpendidikan menjadi lebih rendah dibandingkan tantangan sosial ekonomi yang harus dihadapi. Pada ibu rumah tangga, kerentanan ini dipengaruhi oleh beban peran ganda, keterbatasan dukungan sosial, stres domestik yang berkepanjangan, serta potensi paparan pengalaman traumatis. Penanganannya memerlukan deteksi dini dan skrining rutin, penguatan dukungan psikososial di tingkat keluarga dan komunitas, serta rujukan ke layanan kesehatan jiwa profesional bagi kasus sedang hingga berat. Pendekatan berbasis komunitas dan keluarga penting untuk menurunkan beban psikologis dan mencegah kelanjutan gangguan kesehatan mental yang sebenarnya masih dapat di atasi di tingkat layanan *primary health care* (PHC).

Tabel 4.2.3.5. Hasil Deteksi Gangguan Kesehatan Jiwa (GME, Psikosis, PTSD) Menurut Usia dan Pekerjaan Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (Self-Reporting Questionnaire-29 (SRQ-29))

Variabel	SRQ-29		
	Terdeteksi GME n=78 (100%)	Terdeteksi psikosis n=59 (100%)	Terdeteksi PTSD n=109 (100%)
Kategori Usia			
Remaja (17-19 tahun)	5 (6,4)	6 (10,2)	5 (4,6)
Dewasa 1 (20-39 tahun)	62 (79,5)	41 (69,5)	85 (78,0)
Dewasa 2 (40-59 tahun)	9 (11,5)	11 (18,6)	17 (15,6)
Lansia (≥ 60 tahun)	2 (2,6)	1 (1,7)	2 (1,8)
Pekerjaan			
Bekerja	22 (28,2)	15 (25,4)	31 (28,5)
Ibu rumah tangga	56 (71,8)	44 (74,6)	78 (71,5)

4.2.4 Hasil deteksi gangguan kecemasan pada perempuan dewasa menggunakan kuesioner *State-Trait Anxiety Inventory – Trait (STAI-T)* (usia >18 tahun)

Seberapa besar tingkat kecemasan yang dialami perempuan dewasa muda (mahasiswi)?

Kuesioner *State-Trait Anxiety Inventory – Trait (STAI-T)* adalah kuesioner yang mengukur dua jenis kecemasan yaitu kecemasan yang dirasakan pada saat tertentu (situasional) dan kecemasan sebagai sifat atau kecenderungan umum yang relatif menetap pada individu. Skala kecemasan terdiri dari 20 pertanyaan, 10 pertanyaan positif (seperti merasa tenang dan rileks, merasa aman, jarang merasa khawatir, dan mampu menghadapi masalah dengan tenang) dan 10 pertanyaan negatif (seperti merasa khawatir tentang hal-hal kecil, merasa tegang atau gelisah, merasa tidak tenang, dan merasa cemas tanpa alasan yang jelas).

Tabel 4.2.4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar perempuan dewasa muda (mahasiswi) mengalami gejala kecemasan, dengan 55,8% cemas ringan dan 20,3% cemas sedang. Jika pada tahap ini, 76,1% atau tiga perempat kasus dapat diintervensi untuk mencegah berlanjut ke tahap cemas berat maka intervensi masih bisa menyelamatkan tiga perempat dari total kasus cemas berat yang harus ditangani di layanan kesehatan tersier. Seandainya data ini juga dikumpulkan di puskesmas dalam rangka integrasi deteksi masalah/gangguan kesehatan jiwa sebagai penguatan layanan PHC, ditambah dengan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan (Nakes) PHC dan sistem informasi PHC yang diperkaya dengan data hasil deteksi dini, Kementerian Kesehatan sebenarnya sudah berhasil melengkapi kebutuhan data untuk menggambarkan status kesehatan masyarakat di tingkat kecamatan hingga pusat, sehingga pemerintah daerah dapat membuat keputusan berdasarkan bukti '*evidence-based health policies*'.

Tabel 4.2.4.1 Hasil Deteksi Kecemasan pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswi) Juli- Agustus 2025 (Kuesioner *State-Trait Anxiety Inventory – Trait (STAI-T)*)²

Variabel	n=138 (100%)
Tidak terdeteksi cemas	24 (17,4)
Cemas ringan	77 (55,8)
Cemas sedang	28 (20,3)
Cemas Berat	9 (6,5)

² STAI-T: terdiri 20 pertanyaan (10 pertanyaan positif dan 10 pertanyaan negatif); pilihan jawaban 1-4 pada masing-masing pertanyaan; Apabila responden memiliki skor <30: tidak terdeteksi cemas; 30-40: cemas ringan; 41-50: cemas sedang; dan 51-80: cemas berat.

Tabel 4.2.4.2 menunjukkan bahwa mahasiswi berusia ≤ 23 tahun terdeteksi cemas ringan (67,5%) dan cemas berat (75%), lebih besar dari mereka yang berusia tua (>23 tahun). Temuan ini mengindikasikan bahwa usia lebih muda (≤ 23 tahun) memang lebih rentan untuk mengalami kecemasan. Pada usia ini, mahasiswi berada pada fase transisi awal dewasa yang ditandai dengan tekanan akademik, penyesuaian diri, dan ketidakpastian masa depan, sementara kemampuan mengatasi *coping* emosional masih berkembang. Kondisi tersebut membuat kecemasan, baik ringan maupun berat, lebih sering terdeteksi pada kelompok usia yang lebih muda.

Tabel 4.2.4.2 Hasil Deteksi Kecemasan Menurut Usia dan Pekerjaan pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswi), Juli-Agustus 2025
(Kuesioner *State-Trait Anxiety Inventory – Trait (STAI-T)*)

Variabel	STAI-T			
	Tidak terdeteksi cemas n=24 (100%)	Cemas ringan n=77 (100%)	Cemas sedang n=28 (100%)	Cemas Berat n=9 (100%)
Usia				
≤ 23	14 (58,3)	52 (67,5)	21 (75,0)	5 (55,6)
>23	10 (41,7)	25 (32,5)	7 (25,0)	4 (44,4)
Pekerjaan				
Mahasiswi/tidak bekerja	16 (66,7)	59 (76,6)	20 (71,4)	8 (88,9)
Bekerja (PNS/ASN, TPMB, wiraswasta/karyawan swasta)	8 (33,3)	18 (23,4)	8 (28,6)	1 (11,1)

Seberapa besar tingkat kecemasan yang dialami perempuan dewasa (pengunjung puskesmas)?

Perempuan dewasa lebih banyak mengalami kecemasan karena menghadapi beban peran yang kompleks dan berkelanjutan, tanggung jawab keluarga, dan beban pekerjaan (di rumah dan di luar rumah). Selain itu, faktor biologis (hormonal), paparan stres kronis, dan pengalaman hidup yang menekan atau traumatis dapat meningkatkan kerentanan terhadap kecemasan. Kombinasi faktor tersebut membuat gejala cemas lebih sering muncul pada perempuan dewasa.

Tabel 4.2.4.3 menunjukkan bahwa sebagian besar pengunjung perempuan dewasa di puskesmas terdeteksi cemas ringan (54,2%) dan cemas sedang (26,8%). Temuan ini menegaskan pentingnya skrining kecemasan dan intervensi dini di layanan kesehatan primer. Data deteksi yang ditindaklanjuti dapat mencegah kasus berlanjut ke tahap cemas berat. Sama seperti populasi dewasa muda (mahasiswi), memanfaatkan intervensi untuk mencegah 81% kasus cemas ringan dan sedang agar tidak berlanjut ke tahap kasus cemas berat merupakan capaian yang luar biasa dalam konteks BPJS Kesehatan dan Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan (Dit. Yankesren, Kemenkes). Jelas upaya integrasi deteksi dini kesehatan jiwa ke PHC sudah merupakan 'road map' yang tepat guna namun perlu diawasi ukuran/indikator yang digunakan. Indikator sebaiknya bukan persentase populasi yang di skrining saat berkunjung ke puskesmas (Cek Kesehatan Gratis (CKG)/non CKG) terhadap populasi di masyarakat, melainkan data hasil deteksi cemas ringan dan sedang serta data hasil depresi ringan dan sedang yang diintervensi dengan konseling, pengobatan, perbaikan gizi, ataupun aktivitas fisik seperti olahraga, sehingga tidak berlanjut ke kondisi cemas berat dan depresi berat.

Tabel 4.2.4.3 Hasil Deteksi Kecemasan pada Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025
(Kuesioner *State-Trait Anxiety Inventory – Trait* (STAI-T))

Variabel	n=284 (100%)
Tidak terdeteksi cemas	34 (12,0)
Cemas ringan	154 (54,2)
Cemas sedang	76 (26,8)
Cemas Berat	20 (7,0)

Menurut Tabel 4.2.4.4, prevalensi terbesar cemas ringan (73,4 %), cemas sedang (76,3%), dan cemas berat (80%) terdapat pada kelompok usia 20-39 tahun perempuan dewasa pengunjung puskesmas. Artinya, kelompok usia 20-39 tahun adalah kelompok yang paling rentan terdeteksi mengalami kecemasan. Jika kita berhasil mendeteksi dan mengobati secara dini proporsi cemas ringan dan sedang, kita juga akan dapat menurunkan proporsi cemas berat pada kelompok usia 40-60+, sehingga dengan melakukan deteksi dini beban cemas berat (80%) akan berkurang. Besaran pengurangan ini perlu di teliti dan di analisis dari data yang masuk jika kuesioner STAI-T dilanjutkan penggunaannya. Namun jika hanya menggunakan kuesioner PHQ-4, pilihan yang ada: hanya terdeteksi cemas atau tidak terdeteksi. Berarti tidak ada nilai cemas ringan dan cemas sedang. Sebenarnya ketika kuesioner STAI-T dan PHQ-4 di *crosstab* (Tabel 4.2.7.1), terlihat bahwa jumlah kasus di

kategori STAI-T cemas ringan dan cemas sedang tersembunyi dalam kategori PHQ-4 'tidak terdeteksi cemas' karena PHQ-4 hanya memiliki 2 pertanyaan: 'terdeteksi cemas' dan 'tidak terdeteksi cemas' (tanpa gradasi kecemasan ringan dan sedang). Jika deteksi menurut kategori cemas ringan, sedang, dan berat dianalisis berdasarkan status pekerjaan (Tabel 4.2.4.4), terlihat bahwa baik cemas ringan (72%), cemas sedang (75%), maupun cemas berat (70%) lebih tinggi persentasenya pada kelompok perempuan berstatus ibu rumah tangga dibandingkan perempuan bekerja. Dengan kata lain ibu rumah tangga/tidak bekerja lebih rentan terhadap masalah/gangguan kecemasan yang terdeteksi dengan STAI-T.

Tabel 4.2.4.4 Hasil Deteksi Kecemasan Menurut Usia dan Pekerjaan pada Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025
(Kuesioner *State-Trait Anxiety Inventory – Trait* (STAI-T))

Variabel	STAI-T			
	Tidak terdeteksi cemas n=34 (100%)	Cemas ringan n=154 (100%)	Cemas sedang n=76 (100%)	Cemas Berat n=20 (100%)
Kategori Usia				
Remaja (17-19 tahun)	0 (0,0)	4 (2,6)	3 (4,0)	2 (10,0)
Dewasa 1 (20-39 tahun)	24 (70,6)	113 (73,4)	58 (76,3)	16 (80,0)
Dewasa 2 (40-59 tahun)	7 (20,6)	30 (19,5)	14 (18,4)	2 (10,0)
Lansia (≥ 60 tahun)	3 (8,8)	7 (4,5)	1 (1,3)	0 (0,0)
Pekerjaan				
Bekerja	15 (44,1)	43 (28,0)	19 (25,0)	6 (30,0)
Ibu rumah tangga	19 (55,9)	111 (72,0)	57 (75,0)	14 (70,0)

4.2.5 Hasil deteksi gangguan depresi dan kecemasan pada perempuan dewasa menggunakan *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4) (usia >18 tahun)

Seberapa besar depresi dan cemas terdeteksi pada perempuan dewasa muda (mahasiswi)?
Kuesioner *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4) digunakan untuk mendeteksi depresi dengan 2 pertanyaan pertama PHQ-2 (*Patient Health Questionnaire-2*) dilanjutkan dengan 2 pertanyaan pembanding tentang kecemasan dari GAD-2 (*Generalized Anxiety Disorder-2*). Tabel 4.2.5.1 menunjukkan dari total 138 perempuan dewasa muda (mahasiswi), 13%

terdeteksi depresi dan 8% terdeteksi cemas. Bahwa 92% tidak terdeteksi cemas menyembunyikan deteksi cemas ringan dan cemas sedang di dalam kategori ini, seperti ditunjukkan dalam Tabel 4.2.7.1. adalah risiko bahwa masalah ini tidak tertangani secara dini. Tenaga kesehatan di tingkat *primary health care*/PHC (puskesmas/layanan setara) harus diberi pelatihan sebelum akan melakukan wawancara deteksi dini masalah/gangguan jiwa.

Tabel 4.2.5.1 Hasil Deteksi Depresi dan Kecemasan pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswi), Juli-Agustus 2025 (*Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)*)³

Variabel ⁴	n=138 (100%)
Depresi	
Tidak terdeteksi depresi	120 (87,0)
Terdeteksi depresi	18 (13,0)
Kecemasan	
Tidak terdeteksi cemas	127 (92,0)
Terdeteksi cemas	11 (8,0)

Tabel 4.2.5.2 menunjukkan ada perbedaan keterkaitan antara terdeteksi depresi dan cemas oleh PHQ-4 menurut usia ≤ 23 tahun atau lebih >23 tahun. Pada usia ≤ 23 tahun terdeteksi depresi 61,1% lebih tinggi dibandingkan usia >23 tahun sebesar 38,9%. Demikian pula, usia ≤ 23 tahun menunjukkan terdeteksi cemas 72,7% lebih tinggi dibandingkan usia >23 tahun 27,3%. Jelas bahwa usia muda kurang dari 23 tahun jauh lebih rentan dibandingkan di atas 23 tahun. Implikasi dari penggunaan usia 23 tahun sebagai batas antara dewasa muda dan dewasa perlu dipertimbangkan dalam pendidikan, pekerjaan, dan pengambilan keputusan terkait usia pernikahan pertama, serta usia pertama lainnya dalam siklus reproduksi (usia hubungan seksual pertama, usia hamil pertama, usia persalinan pertama, dan seterusnya).

³ PHQ-4: terdiri 4 pertanyaan (2 pertanyaan tentang depresi dan 2 pertanyaan tentang kecemasan); pilihan jawaban 0-3 pada masing-masing pertanyaan; sub skor depresi dari pertanyaan nomor 1-2 (<3 =tidak terdeteksi depresi dan ≥ 3 =terdeteksi depresi); sub skor kecemasan dari pertanyaan nomor 3-4 (<3 =tidak terdeteksi cemas dan ≥ 3 =terdeteksi cemas).

Tabel 4.2.5.2 Hasil Deteksi Depresi dan Kecemasan Menurut Usia dan Pekerjaan pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswa), Juli-Agustus 2025 (Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4))

Variabel	Depresi		Kecemasan	
	Tidak terdeteksi depresi n=120 (100%)	Terdeteksi depresi n=18 (100%)	Tidak terdeteksi cemas n=127 (100%)	Terdeteksi cemas n=11 (100%)
Usia				
≤23	81 (67,5)	11 (61,1)	84 (66,1)	8 (72,7)
>23	39 (32,5)	7 (38,9)	43 (33,9)	3 (27,3)
Pekerjaan				
Mahasiswa/tidak bekerja	93 (77,5)	10 (55,6)	95 (74,8)	8 (72,7)
Bekerja (PNS/ASN, TPMB, wiraswasta/karyawan swasta)	27 (22,5)	8 (44,4)	32 (25,2)	3 (27,3)

Seberapa besar depresi dan cemas terdeteksi pada perempuan dewasa (pengunjung puskesmas)?

Pada subpopulasi perempuan dewasa pengunjung puskesmas yang mencerminkan gambaran perempuan dewasa di masyarakat, Tabel 4.2.5.3 menunjukkan bahwa PHQ-4 mendeteksi depresi sebesar 13% dan cemas sebesar 11,6% di antara perempuan dewasa yang berkunjung ke puskesmas. Artinya, 1 dari 8 perempuan dewasa yang datang ke puskesmas sudah memiliki depresi atau cemas. Hal ini menegaskan pentingnya skrining kesehatan mental dan tindak lanjut di layanan kesehatan primer.

Tabel 4.2.5.3 Hasil Deteksi Depresi dan Kecemasan pada Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4))

Variabel	n=284 (100%)
Depresi	
Tidak terdeteksi depresi	247 (87,0)
Terdeteksi depresi	37 (13,0)
Kecemasan	
Tidak terdeteksi cemas	251 (88,4)
Terdeteksi cemas	33 (11,6)

Secara umum, Tabel 4.2.5.4 (PHQ-4) menunjukkan bahwa hasil yang mirip dengan Tabel 4.2.4.4 (STAI-T) dimana prevalensi terbesar cemas (78,8%) ada pada kelompok usia 20-39 tahun perempuan dewasa pengunjung puskesmas. Kuesioner PHQ-4 sebenarnya khusus untuk deteksi depresi sehingga 2 pertanyaan tambahan untuk deteksi kecemasan lebih berfungsi sebagai pembanding atau kontrol terhadap pertanyaan untuk depresi. Ini mengkonfirmasi bahwa kelompok usia 20-39 tahun adalah kelompok paling rentan untuk terdeteksi depresi (81,1%). Menurut status pekerjaan hasil kuesioner PHQ-4 juga mengkonfirmasi bahwa kelompok perempuan berstatus ibu rumah tangga (78,4% depresi dan 75,8% cemas) lebih rentan dibandingkan perempuan bekerja. Perlu perhatian adalah kenyataan bahwa terdeteksi cemas ringan dan sedang di STAI-T (Tabel 4.2.4.4) tersembunyi dalam kategori tidak terdeteksi cemas di Tabel 4.2.5.4

Tabel 4.2.5.4 Hasil Deteksi Depresi dan Kecemasan Menurut Usia dan Pekerjaan pada Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4))

Variabel	Depresi		Kecemasan	
	Tidak terdeteksi depresi n=247 (100%)	Terdeteksi depresi n=37 (100%)	Tidak terdeteksi cemas n=251 (100%)	Terdeteksi cemas n=33 (100%)
Kategori Usia				
Remaja (17-19 tahun)	7 (2,8)	2 (5,4)	6 (2,4)	3 (9,1)
Dewasa 1 (20-39 tahun)	181 (73,2)	30 (81,1)	185 (73,7)	26 (78,8)
Dewasa 2 (40-59 tahun)	49 (19,8)	4 (10,8)	49 (19,5)	4 (12,1)
Lansia (≥ 60 tahun)	10 (4,0)	1 (2,7)	11 (4,4)	0 (0,0)
Pekerjaan				
Bekerja	75 (30,4)	8 (21,6)	75 (29,9)	8 (24,2)
Ibu rumah tangga	172 (69,6)	29 (78,4)	176 (70,1)	25 (75,8)

4.2.6 Hasil deteksi gangguan depresi pada ibu hamil menggunakan kuesioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (usia >18 tahun)

Sejauh mana ibu hamil mengalami depresi?

Kuesioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) digunakan untuk deteksi dini depresi pada ibu hamil dan pasca persalinan (nifas). Kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan, dengan kelompok sasaran ibu hamil dan ibu pasca persalinan. Sebagian ibu hamil di puskesmas mengalami masalah kesehatan mental yang signifikan, deteksi depresi sebesar 13,8% menggunakan EPDS dan 12,4% menggunakan PHQ-4 menunjukkan konsistensi adanya gejala depresi selama kehamilan (Tabel 4.2.6.1). Selain itu, ditemukannya 2,8% ibu hamil yang melaporkan perilaku menyakiti diri merupakan sinyal serius adanya risiko gangguan kesehatan mental berat. Hasil ini mengindikasikan bahwa kehamilan, meskipun merupakan proses fisiologis, ternyata adalah periode rentan secara psikologis sehingga dalam singkat dapat berubah menjadi proses patologis pada kehamilan dan persalinan yang bisa berakhir fatal. Temuan ini menegaskan pentingnya skrining rutin kesehatan mental pada ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu pasca persalinan karena risiko fatal tersebut, serta intervensi yang sesuai sedini mungkin. Namun, perlu diawasi agar ukuran/indikator yang digunakan **bukan** persentase populasi yang berkunjung ke puskesmas (CKG/non CKG) terhadap persentase populasi perempuan di masyarakat melainkan **data hasil deteksi** depresi dengan skor antara 9-12 (22,1%) terhadap jumlah pengunjung puskesmas pada bulan yang sama. Persentase inilah yang masih dapat diintervensi agar tidak berlanjut menjadi depresi positif.

Tabel 4.2.6.1 Hasil Deteksi Depresi pada Ibu Hamil di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025 (*Kuesioner Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS))

Variabel	n=145 (100%)
EPDS (skor depresi)	
Tidak terdeteksi depresi (skor 0-8)	93 (64,1)
Tidak terdeteksi depresi (tetapi perlu skrining ulang (skor 9-12)	32 (22,1)
Terdeteksi depresi (skor ≥ 13)	20 (13,8)
EPDS	
Indikasi menyakiti diri sendiri (agak sering)	4 (2,8)
PHQ-4 (skor depresi)	
Tidak terdeteksi depresi	127 (87,6)
Terdeteksi depresi	18 (12,4)

Khusus untuk ibu hamil yang berkunjung ke puskesmas, hasil wawancara kuesioner EPDS (Tabel 4.2.6.2) menunjukkan temuan yang searah dengan STAI-T (Tabel 4.2.4.4) dan PHQ-4 (Tabel 4.2.5.4) dimana prevalensi terbesar depresi (85%) ada pada ibu hamil kelompok usia 20-39 tahun. Prevalensi terbesar juga ditemukan pada ibu hamil berstatus ibu rumah tangga/tidak bekerja (Tabel 4.2.6.2). Jadi kuesioner EPDS mengonfirmasi bahwa kelompok perempuan berstatus ibu rumah tangga lebih rentan terdeteksi depresi (90%) dibandingkan ibu hamil yang bekerja (10%). Implikasinya, kelompok berstatus ibu rumah tangga yang kemungkinan merupakan persentase terbesar sebagai pengunjung puskesmas/PHC adalah kelompok paling rentan terdeteksi memiliki masalah/gangguan kesehatan jiwa. Oleh karena itu, integrasi deteksi dini masalah/gangguan kesehatan jiwa ke layanan *primary health care* merupakan inisiatif tepat guna untuk mendapatkan besaran (prevalensi, insiden, dan ukuran epidemiologi lainnya) dari aspek emosional/mental dari definisi 'sehat' WHO.

Tabel 4.2.6.2 Hasil Deteksi Depresi Menurut Usia dan Pekerjaan Ibu Hamil yang Berkunjung ke Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025
(Kuesioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS))

Variabel	EPDS (<i>Depression scale</i>)		
	Tidak terdeteksi depresi n=93 (100%)	Tidak terdeteksi depresi (tetapi perlu skrining ulang) n=32 (100%)	Terdeteksi depresi n=20 (100%)
Kategori Usia			
Remaja (17-19 tahun)	2 (2,2)	3 (9,4)	3 (15,0)
Dewasa 1 (20-39 tahun)	86 (92,5)	28 (87,5)	17 (85,0)
Dewasa 2 (40-59 tahun)	5 (5,4)	1 (3,1)	0 (0,0)
Pekerjaan			
Bekerja	34 (36,6)	9 (28,1)	2 (10,0)
Ibu rumah tangga	59 (63,4)	23 (71,9)	18 (90,0)

4.2.7 Perbandingan hasil deteksi kecemasan menggunakan dua kuesioner yang berbeda yaitu *State-Trait Anxiety Inventory – Trait (STAI-T)* dan *Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)*

Mempertimbangkan manfaat dari ukuran mana yang perlu digunakan untuk mendeteksi besaran kecemasan dapat dilihat dari hasil jawaban 2 kuesioner yaitu STAI-T dan PHQ-4. Studi ini melakukan uji banding antara kuesioner STAI-T (20 pertanyaan) dan PHQ-4 (4 pertanyaan) jika digunakan secara rutin untuk integrasi deteksi dini masalah/gangguan kesehatan jiwa ke layanan *primary health care*. Asumsi yang digunakan:

- a. STAI-T: 20 pertanyaan tentang 'kecemasan' akan menghabiskan waktu lebih lama baik bagi Nakes maupun bagi pengunjung/pasien dibandingkan PHQ-4.
- b. PHQ-4: 4 pertanyaan dapat ditujukan untuk mendeteksi depresi dan juga kecemasan.

Hasil uji banding dari studi ini menunjukkan bukti bahwa:

- a. STAI-T: 20 pertanyaan tentang 'cemas', menghabiskan waktu pengisian rata-rata 3,9 menit pada mahasiswi dan 3,4 menit pada perempuan dewasa pengunjung puskesmas (Tabel 4.1.7). Tabel 4.2.7.1 menunjukkan bahwa kuesioner STAI-T lebih mampu menangkap gradasi cemas (ringan, sedang, dan berat), dari 250 total pengunjung perempuan dewasa di puskesmas, 218 (87,2%) terdeteksi cemas ringan, sedang, berat oleh STAI-T, tetapi sama sekali tidak terdeteksi oleh kuesioner PHQ-4.
- b. PHQ-4: 4 pertanyaan '2 depresi dan 2 cemas', menghabiskan waktu pengisian rata-rata 1,8 menit pada mahasiswi dan 1,1 menit pada perempuan dewasa pengunjung puskesmas (Tabel 4.1.7). Deteksi depresi cukup jelas namun untuk deteksi cemas tidak mampu mendeteksi gradasi cemas ringan dan cemas sedang (Tabel 4.2.7.1). Padahal deteksi cemas ringan (96,8%) dan cemas sedang (85,5%) menunjukkan persentase yang tinggi, sehingga menjadi peluang bagi tenaga kesehatan masyarakat (*public health*) untuk melakukan intervensi seperti konseling, intervensi gizi, dan pengobatan dini guna mencegah kelanjutan masalah/gangguan menjadi cemas berat karena pengobatannya akan lebih mahal dan lebih lama (kemungkinan seumur hidup), serta memiliki risiko fatalitas yang tinggi.
- c. Dua hal lain yang menjadi perhatian adalah 1) secara konsisten persentase terbesar masalah/gangguan kecemasan terdapat pada kelompok usia 20-39 tahun, baik pada perempuan dewasa muda, dewasa, dan ibu hamil; 2) dibandingkan antara perempuan bekerja dan perempuan tidak bekerja/ibu rumah tangga, persentase cemas ringan, sedang, dan berat perlu di rinci karena besaran cemas pada ibu rumah tangga lebih besar. Sedangkan mayoritas perempuan di Indonesia adalah ibu rumah tangga. Tanpa deteksi dan intervensi pengobatan dini, maka kelompok populasi rentan terbesar ini

akan membebani pemerintah, masyarakat, dan keluarga. Beban yang dimaksud adalah beban moneter, beban penyakit (*burden of disease*), dan beban moral mengingat bahaya yang mengancam kesehatan keluarga secara fisik, mental, emosional dan sosial (ekonomi).

Tabel 4.2.7.1 Perbandingan Hasil Deteksi Kecemasan Menggunakan Kuesioner STAI-T dan PHQ-4 pada Pengunjung Perempuan Dewasa di Puskesmas Tanjung Priok, Agustus-September 2025

Variabel	Skala Cemas STAI-T n=284 (100%)			
	Tidak terdeteksi Cemas	Cemas ringan	Cemas Sedang	Cemas Berat
Cemas (PHQ-4)	n=34 (100%)	n=154 (100%)	n=76 (100%)	n=20 (100%)
Tidak terdeteksi cemas	33 (97,1)	149 (96,8)	65 (85,5)	4 (20,0)
Terdeteksi cemas	1 (2,9)	5 (3,2)	11 (14,5)	16 (80,0)

4.2.8 Perbedaan hasil metode *self-test* (mengisi kuesioner mandiri) dan metode wawancara untuk deteksi kecemasan dan depresi, oleh kuesioner STAI-T dan kuesioner PHQ-4

Hasil jawaban kuesioner STAI-T dan kuesioner PHQ-4 juga diuji coba menurut dua pendekatan: pengisian mandiri (*self-test*) dan wawancara. Tabel 4.2.8.1 menunjukkan perbedaan hasil deteksi ‘cemas sedang’ oleh STAI-T melalui kedua metode (*self-test* dan wawancara). Hasil pengisian mandiri lebih rendah (17,9% cemas sedang) dibandingkan pengisian melalui wawancara (32,8% cemas sedang). Hal ini menunjukkan bahwa wawancara membantu responden mengungkapkan tanda-tanda kecemasan secara lebih sensitif dibandingkan pengisian mandiri, karena pewawancara dapat memberikan penjelasan, latar belakang, dan konteks lainnya.

Tabel 4.2.8.1 juga menunjukkan perbedaan hasil deteksi depresi dan cemas oleh PHQ-4. Namun hasilnya terbalik, deteksi depresi (14,1%) dan cemas (6,4%) lebih tinggi dengan metode *self-test* dibandingkan dengan wawancara (depresi 6,4% dan cemas 2,6%).

Tabel 4.2.8.1 Hasil Uji Validasi Metode *Self-Test* (Mengisi Kuesioner Mandiri) dan Wawancara pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswi), Juli-Agustus 2025

Variabel	Mengisi Mandiri	Diwawancara
	n=78 (100%)	n=78 (100%)
Skala cemas STAI-T (n=70)		
Tidak terdeteksi cemas	12 (15,4)	9 (12,9)
Cemas ringan	48 (61,5)	37 (52,9)
Cemas sedang	14 (17,9)	23 (32,8)
Cemas berat	4 (5,2)	1 (1,4)
Depresi (PHQ-4)		
Tidak terdeteksi depresi	67 (85,9)	73 (93,6)
Terdeteksi depresi	11 (14,1)	5 (6,4)
Cemas (PHQ-4)		
Tidak terdeteksi cemas	73 (93,6)	76 (97,4)
Terdeteksi cemas	5 (6,4)	2 (2,6)

Tabel 4.2.8.2 menunjukkan perbedaan hasil pengisian STAI-T dan PHQ-4 mengenai gradasi deteksi cemas (ringan, sedang, berat) lewat pendekatan *self-test* (n=138 responden) dan diwawancara (n=71 responden), yaitu:

- Kuesioner STAI-T mampu mendeteksi lebih dari 93% ‘cemas ringan’ dan ‘cemas sedang’ melalui kedua metode (*self-test* dan wawancara) (Tabel 4.2.8.2).
- Kuesioner PHQ-4 tidak mampu mendeteksi ‘cemas ringan’ dan ‘cemas sedang’ melalui kedua metode.

Kesimpulan: kuesioner STAI-T lebih bermanfaat untuk mendeteksi ‘cemas ringan’ dan ‘cemas sedang’ baik dari metode *self-test* maupun wawancara.

Tabel 4.2.8.2 Perbedaan Hasil Deteksi Kecemasan oleh Kuesioner STAI-T dan Kuesioner PHQ-4 yang Diisi secara *Self-Test* (Mengisi Mandiri) dan secara Wawancara pada Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswi), Juli-Agustus 2025

Variabel	Skala Cemas STAI-T n=138 (100%) (<i>Self-Test</i>)			
	Tidak terdeteksi cemas	Cemas ringan	Cemas Sedang	Cemas Berat
Cemas (PHQ-4) n=138	n=24 (100%)	n=77 (100%)	n=28 (100%)	n=9 (100%)
Tidak terdeteksi cemas	24 (100,0)	74 (96,1)	26 (92,9)	3 (33,3)
Terdeteksi cemas	0 (0,0)	3 (3,9)	2 (7,1)	6 (66,7)
Variabel	Skala Cemas STAI-T n=71 (100%) (Wawancara)			
	Tidak terdeteksi cemas	Cemas ringan	Cemas Sedang	Cemas Berat
Cemas (PHQ-4) n=71	n=9 (100%)	n=37 (100%)	n=23 (100%)	n=1 (100%)
Tidak terdeteksi cemas	9 (100,0)	37 (100,0)	22 (95,7)	0 (0,0)
Terdeteksi cemas	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,3)	1 (100,0)

4.2.9 Hasil deteksi gangguan campuran cemas dan depresi berdasarkan kode F41.2 ICD-10 pada anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) serta perempuan dewasa.

Gangguan Campuran Cemas dan Depresi (ICD-10: F41.2) merupakan kondisi psikologis yang ditandai oleh munculnya gejala kecemasan dan depresi secara bersamaan, namun tidak ada salah satu yang dominan atau memenuhi kriteria diagnosis gangguan kecemasan maupun depresi secara terpisah. Kondisi ini dapat terjadi pada berbagai kelompok usia, termasuk anak dan remaja (perempuan dan laki-laki) serta perempuan dewasa, dan dapat berdampak pada fungsi sosial serta aktivitas sehari-hari.

Pada anak dan remaja, gangguan ini umumnya terlihat melalui keluhan seperti gelisah, mudah takut, sulit konsentrasi, disertai perasaan sedih, mudah lelah, gangguan tidur, serta penurunan minat belajar atau beraktivitas. Sementara pada perempuan dewasa, gejala sering muncul berupa kekhawatiran berlebihan, perasaan tertekan atau putus asa, serta penurunan motivasi dan produktivitas, yang kerap berkaitan dengan tekanan psikososial dan beban peran sehari-hari.

Gangguan Campuran Cemas dan Depresi pada anak dan remaja diukur menggunakan kuesioner *Mini Mindhear Youth Scale* (MMYS) V.1 dan pada perempuan dewasa menggunakan *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4). Tabel 4.2.9.1 menunjukkan bahwa deteksi gangguan campuran cemas dan depresi pada anak dan remaja sebesar 31,4%, mahasiswi sebesar 5,8%, dan perempuan dewasa sebesar 7,7%.

Tabel 4.2.9.1 Hasil Deteksi Gangguan Campuran Cemas dan Depresi pada Remaja, Perempuan Dewasa Muda (Mahasiswi), dan Perempuan Dewasa, Juli-September 2025

Variabel	Ya (campuran cemas dan depresi)	Tidak
Anak dan Remaja (n=143)	45 (31,5%)	98 (68,5%)
Perempuan dewasa muda (Mahasiswi) (n=138)	8 (5,8%)	130 (94,2%)
Perempuan dewasa (termasuk ibu hamil dan lansia) (n=284)	22 (7,7%)	262 (92,3%)

BAB V PEMBAHASAN

Berdasarkan data di atas, maka pembahasan akan berfokus pada tiga temuan utama: (1) tingginya proporsi masalah kesehatan jiwa pada kelompok usia produktif dan remaja, (2) ada perbedaan hasil deteksi antar instrumen/kuesioner yang digunakan, dan (3) implikasi serius dari pemilihan kuesioner yang kurang diterapkan untuk deteksi dini di layanan primer (*primary health care/PHC*). Hasil memperlihatkan deteksi masalah/gangguan kesehatan jiwa layak diintegrasikan ke dalam pelayanan kesehatan primer. Kesempatan lewat Puskesmas/PHC merupakan kesempatan yang berharga dalam meluaskan jangkauan deteksi masalah/gangguan kesehatan jiwa, mengingat jumlah puskesmas di Indonesia yang jumlahnya lebih dari 10.000, berarti integrasi/layanan terpadu merupakan strategi kunci untuk memperluas akses terhadap upaya menegakkan status sehat fisik dan mental. Diharapkan akses layanan terpadu bisa menutup kesenjangan layanan dan menurunkan stigma di masyarakat.

Hasil temuan menunjukkan terdeteksinya gejala awal kecemasan (ringan, sedang, berat) dan depresi. Jika integrasi deteksi dini masalah/gangguan kesehatan jiwa ke layanan PHC tidak dilakukan, maka data mengenai besaran cemas ringan dan cemas sedang yang relatif besar tidak akan tersedia (Tabel 4.2.4.1, cemas ringan 55,8% dan cemas sedang 20,3% pada perempuan dewasa muda (mahasiswi)); (Tabel 4.2.4.3, cemas ringan 54,2% dan cemas sedang 26,8% pada perempuan dewasa pengunjung puskesmas). Inilah yang dikenal sebagai *missed-opportunity* deteksi masalah/gangguan kesehatan jiwa, perempuan yang merupakan target terbesar masalah/gangguan kesehatan jiwa sudah berkunjung ke layanan kesehatan primer (sudah hadir di depan tenaga kesehatan), tetapi dibiarkan pulang tanpa terdeteksi gangguan cemas ringan, sedang, dan berat. Padahal STAI-T dan PHQ-4 sebagai alat bantu sudah tersedia di layanan PHC. Dengan demikian, sistem informasi kesehatan PHC tidak memiliki jumlah kasus gangguan mental emosional yang seharusnya dapat dicegah/diintervensi dini di tingkat PHC. Akibatnya, beban penanganan perempuan sebagai target terbesar masalah/gangguan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa atau fasilitas rujukan tersier tidak dapat diturunkan. Inilah fungsi dan peran *public health* yang sebenarnya harus dilakukan oleh pemerintah dalam menegakkan definisi ‘sehat’ (fisik, mental, dan sosial) WHO.

Temuan pada perempuan dewasa pengunjung puskesmas menunjukkan kesesuaian antara model *diatesis–stres* dan gejala yang ditemukan dari hasil kuesioner SRQ-29. Tabel 4.2.3.4 menunjukkan 1 dari 8 atau 9 perempuan dewasa (11.6%) terdeteksi mengalami kombinasi gangguan mental emosional (GME), psikosis dan PTSD sekaligus. Tidak menggunakan kuesioner SRQ-29 berarti kehilangan kesempatan untuk identifikasi kelompok dewasa muda yang secara lahiriah tampak “berfungsi” atau “diharapkan produktif”, tetapi sebenarnya sering kali berada pada titik keseimbangan rapuh antara kerentanan dan stres. Temuan ini menyanggah manfaat bonus demografi yang sering digunakan Bappenas/Badan Perencanaan dan

Pembangunan Nasional dalam proyeksi 5 tahun Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan turunannya (RPJMD).

Kecemasan dan depresi sangat berkaitan dengan pola pikir negatif yang kronis, seperti dalam teori kognitif yang dikembangkan oleh Beck AT, Rush AJ, dan Shaw BF, et al. (2024). Pada anak dan remaja (perempuan dan laki-laki), jawaban kuesioner MMYS tentang keluhan gabungan rasa 'tegang', 'gelisah', 'sulit tidur' dan 'sulit konsentrasi' menunjukkan keterkaitan dengan 38,5% anak dan remaja terdeteksi cemas (cemas ringan dan berat), 44,1% terdeteksi depresi (depresi ringan dan depresi berat) (Lihat Tabel 4.2.1.1), dan 31,5% terdeteksi gangguan campuran cemas dan depresi (Lihat Tabel 4.2.9.1). Kuesioner MMYS (6 pertanyaan) tidak mendeteksi cemas sedang dan depresi sedang.

Namun dari perspektif Kementerian Kesehatan Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan (Dit. Yankesren) dikatakan ukuran yang dilaporkan ke Pusat adalah indikator cakupan skrining yang rumusnya:

$$\text{Indikator Cakupan Skirining} = (\text{Jumlah Penduduk yang Telah Diskrining} / \text{Jumlah Penduduk yang Berisiko}) \times 100\%$$

Dari perspektif studi kesehatan masyarakat ini, deteksi masalah/gangguan kesehatan jiwa mengikuti alur yang dipengaruhi oleh kondisi sosial, budaya, struktural, individu, keluarga, dan paparan stresor (misalnya tekanan akademik, tuntutan kelompok sosial, dan beban gender seperti peran ganda di rumah dan di pekerjaan, kondisi hamil dan trauma lainnya) merupakan determinan yang penting untuk kecemasan dan depresi. Manifestasi masalah/gangguan kesehatan jiwa adalah dampak dari interaksi antara konteks sosial, stresor dan karakteristik individu dalam bentuk kematangan emosional, gejala perilaku (agresif atau menarik diri), gangguan somatik, psikosis, relasi teman sebaya, dan gejala trauma. Oleh karena itu, deteksi dini di tingkat layanan primer dan institusi pendidikan penting dilakukan. Malah persentase kecemasan ringan, sedang, dan berat serta depresi ringan, sedang, dan berat seharusnya di laporkan secara terus menerus untuk melihat tren prevalensi kecemasan dan depresi di suatu wilayah. Contohnya dalam studi ini adalah masyarakat di wilayah Kecamatan Tanjung Priok, Jakarta Utara. Jika yang dilaporkan adalah indikator cakupan skrining, akurasi dari persentase jumlah penduduk yang di skrining tidak mencerminkan persentase kecemasan dan depresi yang sebenarnya terjadi dan seharusnya diikuti untuk melihat *trend* atau pola kecemasan dan depresi menurut umur yang terjadi dari tahun ke tahun.

Studi ini tidak menggunakan istilah diagnosis, mengingat integrasi dini masalah/gangguan kesehatan jiwa masih dalam tahap deteksi menggunakan alat bantu (6 kuesioner). Kuesioner tersebut merupakan penanda penting pemenuhan kebutuhan *assessment* dan intervensi dini sebagai tindak lanjut. Studi ini sangat mendukung kebijakan Kemenkes Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan (Dit.

Yankesren) di bawah naungan Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas (Ditjen Kesprimkom 2025, sebelumnya bernama Direktorat Kesehatan Jiwa/DitKesWa). Mengintegrasikan deteksi dini masalah/gangguan kesehatan jiwa ke layanan primer sangat bermanfaat untuk:

- Kelengkapan skrining status sehat fisik, mental, dan sosial di tingkat nasional;
- Penguatan jejaring rujukan masalah/gangguan kesehatan mental; dan
- Pengembangan intervensi kesehatan jiwa—dalam bentuk program dan kebijakan (Lihat Gambar 3) yang dilakukan saat ini.

Indikator program integrasi deteksi dini masalah/gangguan kesehatan jiwa ke dalam layanan primer memiliki kelemahan, yaitu bahwa ukuran cakupan skrining tidak jelas dalam definisi numerator (pembilang) dan definisi denominatornya (penyebut). Pembilang/numerator seharusnya jumlah pengunjung layanan primer yang telah mengintegrasikan deteksi masalah/gangguan jiwa ke layanan sehari-harinya dan tercatat telah diwawancarai menggunakan alat bantu/kuesioner yang disebutkan di atas (Lihat BAB III Metodologi *section* 3.1 Kuesioner Penelitian). Penentuan penyebut/denominator tidak bisa dilakukan sembarangan, melainkan harus menggunakan jumlah orang yang berisiko memiliki masalah/gangguan jiwa dilandaskan data akurat dan diperoleh dari sumber terpercaya, seperti:

1. Data pengunjung Puskesmas X yang ter-skrining deteksi masalah/gangguan kesehatan jiwa (jumlah pengunjung yang terdeteksi positif dan tidak terdeteksi di Puskesmas X).
2. Dihitung jumlah yang terdeteksi dan tidak terdeteksi (total yang mengakses layanan integrasi kesehatan jiwa dan kesehatan primer) di Puskesmas X dibagi jumlah penduduk pada rentang usia yang sama berdasarkan data kependudukan dari Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil (Dukcapil) di kecamatan yang sama.
3. Jika ada data jumlah orang dengan risiko kesehatan jiwa dari survei nasional, studi epidemiologi, atau hasil kajian kesehatan masyarakat setempat yang unit sampelnya adalah kecamatan, maka dapat digunakan sebagai pembanding.

Pada bulan Desember 2025, tim peneliti mendapat informasi bahwa pada pertengahan 2025 mulai dilakukan proses perubahan nama dari Direktorat Kesehatan Jiwa (DitKesWa) menjadi Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan (Dit. Yankesren) di bawah naungan Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas (Ditjen Kesprimkom).

Jabatan Dirjen BinKesMas (Maret 2022) diganti dalam restrukturisasi Kemenkes berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 21 Tahun 2024 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan diganti menjadi Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas (Ditjen Kesprimkom) menunjukkan perubahan nomenklatur yang pindah fokus ke pelayanan kesehatan primer dan komunitas yang lebih terkini. Dampak proses ini adalah perubahan alat bantu deteksi dini masalah/gangguan jiwa

yang diintegrasikan ke layanan kesehatan primer (puskesmas/klinik pratama yang setara). Diantaranya adalah kuesioner *Self-Reporting Questionnaire-29* (SRQ, 29 pertanyaan), *Strengths and Difficulties* (SDQ, 25 pertanyaan), *State-Trait Anxiety Inventory – Trait* (STAI-T, 20 pertanyaan) kemungkinan diganti dengan kuesioner *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ, 4 pertanyaan), sedangkan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS, 10 pertanyaan) tetap digunakan, ditambah dengan kuesioner *Mini Mindhear Youth Scale* (MMYS) V.1 (usia 10-18 tahun) (6 pertanyaan).

Tim peneliti berpendapat pergantian alat bantu yang digunakan untuk deteksi dini masalah/gangguan jiwa ini ditingkat layanan primer ini tidak mempertajam penegakan hasil deteksi dalam dua kategori yaitu ‘cemas’ dan ‘depresi’. Kalau melihat hasil temuan studi operasional yang kami laporkan, jawaban kuesioner STAI-T menjadi hilang (*missing*) jika hanya mengandalkan jawaban kuesioner PHQ-4 dari 250 total pengunjung perempuan dewasa di puskesmas, 218 (87,2%) terdeteksi cemas ringan, sedang, berat oleh STAI-T, tetapi sama sekali tidak terdeteksi oleh kuesioner PHQ-4 (lihat Tabel 4.2.7.1). Ini merupakan kerugian besar yang tersembunyi dan menyebabkan kehilangan kesempatan (*missed opportunity*) dari perspektif kesehatan masyarakat (*public-health*). Penggunaan kuesioner PHQ-4 tanpa disertai kuesioner STAI-T melanggar definisi WHO: promosi *early detection and prompt treatment* sebagai strategi kritis memperbaiki *outcome* (hasil akhir) dari kelangsungan kualitas hidup. 82,7% pengunjung yang datang ke layanan kesehatan primer (telah hadir di depan tenaga kesehatan di puskesmas namun dibiarkan pulang tanpa tahu hasil deteksi masalah/gangguan jiwa yang sebenarnya).

Kesimpulan penting: kuesioner PHQ-4 TIDAK bisa mendeteksi gangguan kecemasan yang terdeteksi oleh STAI-T. Sebaliknya, kuesioner STAI-T dapat mendeteksi gangguan kecemasan yang terdeteksi oleh PHQ-4. Hal ini terjadi karena minimalnya jumlah pertanyaan di PHQ-4 (hanya 2 pertanyaan untuk cemas).

BAB VI KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

6.1 Kesimpulan

Studi operasional ini mendapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Terdeteksi masalah kesehatan jiwa (kecemasan dan depresi menurut umur) yang tinggi pada kelompok rentan di layanan primer (puskesmas).
2. Terdapat perbedaan hasil (*missed opportunity*) deteksi dini kecemasan ringan dan sedang serta depresi ringan dan sedang jika menggunakan kuesioner PHQ-4 dibandingkan kuesioner STAI-T.
3. Istilah skrining yang digunakan Kementerian Kesehatan Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan (Dit. Yankesren), dalam rumus:

$$\text{Indikator Cakupan Skринing} = (\text{Jumlah Penduduk yang Telah Diskринing} / \text{Jumlah Penduduk yang Berisiko}) \times 100\%$$

tidak menangkap ukuran deteksi dini kecemasan dan depresi sama sekali dan dari perspektif *public health* tidak dapat digunakan sebagai bukti dari gangguan kesehatan jiwa yang ada di masyarakat dan perlu di pantau dari tahun ke tahun.

4. Risiko kehilangan data karena perbedaan instrumen/ukuran cakupan merupakan kerugian *under-detection* untuk kejadian gangguan jiwa kecemasan dan depresi ringan dan sedang yang justru merupakan *entry point* atau dasar perhitungan data untuk tindakan promotif dan preventif gangguan kesehatan jiwa di tingkat *primary health care* (PHC/puskesmas).
5. Integrasi kesehatan jiwa di *primary health care* (PHC/puskesmas) merupakan dasar kebijakan berbasis bukti bagi program promotif dan preventif masalah/gangguan kesehatan jiwa yang perlu dilaporkan sampai dengan tahun 2045 Indonesia Emas sebagai bukti pengembangan *primary health care* (PHC/puskesmas) dalam mencapai masyarakat berstatus sehat fisik dan mental (belum sempurna fisik, mental dan sosial).

6.2 Rekomendasi

Berdasarkan hasil kajian dan temuan yang diperoleh, berikut disampaikan beberapa rekomendasi untuk meningkatkan efektivitas integrasi deteksi dini masalah/gangguan kesehatan jiwa ke dalam layanan kesehatan primer:

1. Rekomendasi Kebijakan

- a) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes) melalui Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan (Dit. Yankesren)

Untuk meningkatkan dampak dan efektivitas integrasi deteksi dini kesehatan jiwa ke dalam pelayanan kesehatan primer (puskesmas dan layanan setara), disarankan agar Kemenkes Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan (Dit. Yankesren) dapat mempertimbangkan langkah-langkah berikut:

- Memperkuat kebijakan dan pedoman teknis terkait integrasi deteksi dini masalah/gangguan kesehatan jiwa dalam pelayanan puskesmas, termasuk penyelarasan dengan program kesehatan ibu dan anak serta kesehatan reproduksi.
- Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan puskesmas melalui pelatihan berkelanjutan mengenai deteksi dini, penanganan awal, dan rujukan masalah/gangguan kesehatan jiwa.
- Penyesuaian dengan memberikan konteks atau *background* dari pertanyaan yang baku pada kuesioner tersebut. Contoh pertanyaan kuesioner PHQ-4 “Dalam 2 minggu terakhir”...., “seberapa sering Anda kurang/tidak bersemangat dalam melakukan kegiatan sehari-hari”. Untuk pertanyaan STAI-T: disarankan menambahkan batasan waktu misalnya “Dalam 2 minggu terakhir, saya merasa senang”. Pada pertanyaan SDQ ditanyakan dalam 6 bulan terakhir, kemungkinan ini membuat responden sulit mengingat kejadian yang telah lama berlalu. Oleh sebab itu disarankan dapat ditanyakan secara bertahap misalnya dalam 2 minggu terakhir, 1 bulan terakhir, 3 bulan terakhir, dan 6 bulan terakhir. Selain itu, perlu dilihat kembali tentang kalimat pertanyaan pada SDQ seperti kalimat: “banyak yang ditakuti, mudah menjadi takut”. Kalimat ini perlu diperjelas, dengan menambahkan “objek” yang dimaksud. “takut terhadap apa?”.
- Memperkuat sistem rujukan dan jejaring layanan kesehatan jiwa dari tingkat primer ke tingkat lanjutan dan tersier, termasuk rumah sakit jiwa dan layanan spesialis lainnya.
- Melakukan *monitoring* dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan integrasi deteksi dini kesehatan jiwa di puskesmas untuk memastikan kualitas dan keberlanjutan program.

b) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

Banyak masyarakat yang belum mengetahui bahwa BPJS Kesehatan ternyata menanggung biaya konsultasi kesehatan mental. Skrining kesehatan jiwa untuk mendeteksi dini kondisi kejiwaan seseorang (perempuan) sangat penting untuk melakukan '*early detection and prompt treatment*' yaitu pengobatan dan intervensi terkait secara lebih cepat dan tepat. Gangguan mental dapat diatasi sebelum menjadi gangguan yang lebih serius dan menetap, sehingga pasien tidak perlu rawat inap, konsultasi psikiater, atau layanan tersier/kegawatdaruratan yang memiliki dokter spesialis jiwa. Layanan-layanan ini merupakan beban yang besar untuk penjaminan BPJS Kesehatan, termasuk biaya rehabilitasi.

2. Rekomendasi Praktik Layanan

a) Puskesmas dan layanan kesehatan setara

- Melakukan promotif dan preventif masalah/gangguan kesehatan jiwa sebagai bagian dari pelayanan kesehatan primer (melengkapi capaian definisi WHO sehat fisik, mental dan sosial).
- Melaksanakan kegiatan edukasi (personal/penyuluhan) masyarakat dalam bentuk pesan promotif dan preventif untuk mendeteksi diri tanpa terpengaruh stigma dan diskriminasi terhadap sebutan penderita masalah/gangguan kesehatan jiwa.
- Meningkatkan dan memperluas jejaring kemitraan dengan fasilitas layanan kesehatan jiwa tingkat lanjutan dan tersier guna memperlancar sistem rujukan bagi klien yang membutuhkan penanganan lebih lanjut.

b) Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan Komunitas Peduli yang Bergerak di Bidang Kesehatan Reproduksi (Fisik, Mental, Emosional dan Sosial)

- Menyelenggarakan pelatihan atau peningkatan kapasitas bagi LSM lain, kader kesehatan, serta staf puskesmas di wilayah atau lokalitas terpilih terkait deteksi dini dan penanganan awal masalah/gangguan kesehatan jiwa.
- Mendokumentasikan praktik baik (*best practices*) dan keberhasilan pelaksanaan integrasi deteksi dini masalah/gangguan kesehatan jiwa ke dalam layanan primer sebagai bahan pembelajaran dan replikasi di wilayah lain.

3. Rekomendasi Tindakan Lanjutan

Penguatan kerja sama lintas disiplin di tingkat universitas dan akademik (seperti poltekkes) dapat menghasilkan profil dengan data dan tindak lanjut yang disarankan untuk menanggulangi kecemasan dan depresi ringan dan sedang; dan profil atau ringkasan untuk pemangku kepentingan daerah dalam membuat kebijakan jangka pendek dan jangka panjang; serta keberlanjutan penelitian operasional (mengikutsertakan lebih banyak variabel independen yang relevan, baik pada tingkat individu, keluarga, maupun lingkungan, guna memungkinkan eksplorasi analisis pada level multivariat) untuk pengembangan intervensi selanjutnya.

4. Rekomendasi Penelitian dan Pemanfaatan Laporan dalam bentuk Materi Edukasi Masyarakat

Pendekatan ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kondisi kesehatan mental serta interaksi antar-variabel, sehingga mendukung perumusan intervensi yang lebih tepat sasaran, efektif, dan berbasis bukti.

Yayasan
Kesehatan
Perempuan

DAFTAR PUSTAKA

- Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*. 2014. 26(4), 392–407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Barry MM, Clarke AM, Petersen I, Jenkins R. Implementing mental health promotion. Springer. 2019. pp. 3-28.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G, DeRubeis RJ, & Hollon SD. Cognitive therapy of depression. Guilford Publications. 2024.
- Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. Guilford Publications. (2020).
- Bronfenbrenner U, Morris PA. The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development*. 2006. (6th ed., pp. 793–828). Wiley.
- Colodro-Conde L, Couvy-Duchesne B, Zhu G, Coventry WL, Byrne EM, Gordon S, et al. A direct test of the diathesis–stress model for depression. *Molecular psychiatry*. 2018. 23(7), 1590-1596.
- Gautam M, Tripathi A, Deshmukh D, Gaur M. Cognitive behavioral therapy for depression. *Indian journal of psychiatry*. 2020. 62(Suppl 2), S223-S229.
- Gruebner O, Rapp MA, Adli M, Kluge U, Galea S, Heinz A. Urbanicity and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*. 2017. 30(3), 213–220. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>
- Jones SR, Fernyhough C. A new look at the neural diathesis–stress model of schizophrenia: the primacy of social-evaluative and uncontrollable situations. *Schizophrenia bulletin*. 2007. 33(5), 1171-1177.
- Kemkes. Instrumen Skrining Kesehatan Jiwa pada Sasaran Ibu Hamil dan Ibu Nifas: Kuesioner EPDS (Disampaikan pada Webinar Orientasi Seri 1 Skrining kesehatan jiwa pada usia dewasa, lansia, ibu hamil, dan ibu nifas. Jakarta: Kemkes. 2025, Mei 22.
- Kemkes. Surat Edaran: Pemberitahuan Perubahan Instrumen Skrining Kesehatan Jiwa. Jakarta, Indonesia: Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas, Direktur Pelayanan Kesehatan Rentan (dr. Imran Pambudi). 2025, Februari 10.
- Kemkes. Surat Edaran: Pemberitahuan Perubahan Penggunaan Instrumen Skrining Kesehatan Jiwa bagi Anak dan Remaja. Jakarta, Indonesia: Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas, Direktur Pelayanan Kesehatan Rentan (dr. Imran Pambudi). 2025, Juli 10.
- Kemkes. Upaya Kesehatan Jiwa di Layanan Kesehatan Primer (Direktorat Kesehatan Jiwa). Jakarta: Kemkes. 2023.
- Kemkes. Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza. Jakarta: 2020

Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 21 Tahun 2024 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan. Jakarta: 2024

Keynejad RC, Dua T, Barbui C, Thornicroft G. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *BMJ Ment Health*. 2018;21(1):30–4.

Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*. 2018. 5(4), 357–369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)

Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *The Lancet*. 2018. 391(10128), 1672–1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30490-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30490-6)

Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities. *The Lancet*. 2016. 387(10028), 1672-1685.

Patel V, Saxena S. Transforming lives, enhancing communities—innovations in global mental health. *New England Journal of Medicine*. 2014. 370(6), 498-501.

Puskesmas Tanjung Priok. Jenis Layanan [Internet]. 2025 [cited 2025 Des 12]. Available from: <https://puskesmastanjungpriok.id/jenislayanan.html>

Puskesmas Tanjung Priok. Profil Kesehatan Puskesmas Tanjung Priok. Jakarta: Kemenkes. 2024

Sari DN, Diatri H, Siregar K, Pratomo H. Adaptation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the Indonesian Version: Self-Reported Anxiety and Depression Symptoms in Pregnant Woman. *Scientific Foundation SPIROSKI*, Skopje, Republic of Macedonia. 2021. 9(B), 1654-1659.

Stokols, D. The social ecology of health and sustainability. *Annual Review of Public Health*. 2013. 34, 269–282. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114439>

Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*. 2016. 15(3), 276-286.

Valentia S, Turnip SS. Screening for emotional problems: Diagnostic accuracy of the Strength and Difficulties Questionnaire Indonesian version. *Asian Journal of Psychiatry*. 2022. 76, 103139.

Windarwati DH. Skrining Kesehatan Jiwa pada Dewasa dan Lansia: Disampaikan pada Webinar Orientasi Seri 1 Skrining Kesehatan Jiwa Usia Dewasa Lansia, Ibu Hamil dan Ibu Nifas bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Brawijaya, Jawa Timur: Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan, Kemenkes. 2025.

Windarwati DH, Ati NAL, Kusumawati MW, Arihandayani Y, Setiyanto B. Laporan Akhir: Monitoring dan Evaluasi Skrining Kesehatan Jiwa Program Cek Kesehatan Gratis. Kab. Lumajang Jawa Timur: Oktober-November, 2025.

World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 1948 [cited 2025 Jan 10]. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). In mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). mhGAP intervention guide—Version 2.0. WHO Press. 2016

World Health Organization. Social determinants of mental health. (2014). WHO Press.

World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization. 2022

Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. Journal of abnormal psychology. 1977. 86(2), 103.



LAMPIRAN

1. Kuesioner dan Saran Tim Peneliti serta Tim Ahli

A. Kuesioner Mini MINDHEAR Youth Scale (MMYS) V.1

1) Kuesioner Mini MINDHEAR Youth Scale (MMYS) V.1 untuk Remaja Usia 11-18 Tahun

Kuesioner *Mini Mindhear Youth Scale* (MMYS) V.1 merupakan instrumen skrining kesehatan mental untuk anak dan remaja usia 10-18 tahun perempuan dan laki-laki untuk menilai gejala kecemasan dan depresi secara umum. Terdiri dari 6 pertanyaan, 3 pertanyaan kecemasan dan 3 pertanyaan depresi, ditanyakan dalam 2 minggu terakhir.



1

Kuesioner Mini MINDHEAR Youth Scale (MMYS) V.1

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan saksama. Pilih jawaban yang paling sesuai dengan apa yang kamu rasakan atau alami dalam 2 (dua) minggu terakhir dan beri tanda (✓) pada kolom jawaban yang sesuai dengan jawaban.
2. Pertanyaan harus dijawab semua tidak boleh dikosongkan, dijawab dengan jujur dan tanpa dipengaruhi oleh orang lain.
3. Untuk setiap pertanyaan, pilih salah satu jawaban yang paling sesuai dengan apa yang dirasakan.

Nama :
 Jenis Kelamin :
 Tanggal Lahir :
 NIK :
 Alamat Domisili :
 Nomor HP :

Tanggal :
 Kode Responden :
 Waktu Mulai :
 Waktu Selesai :

No	Pertanyaan MMYS	Ya	Tidak
1	Dalam 2 minggu terakhir, Saya sering merasa khawatir atau tidak tenang, tegang, deg-degan dan gelisah terutama terhadap hal-hal negatif atau yang belum tentu terjadi		
2	Dalam 2 minggu terakhir, Saya berpikir berlebihan dan tidak bisa mengendalikan diri, terutama terhadap hal-hal negatif atau yang belum tentu terjadi		
3	Dalam 2 minggu terakhir, Saya sulit tidur dan berkonsentrasi terutama saat memikirkan hal-hal negatif yang belum tentu terjadi		
4	Dalam 2 minggu terakhir, Saya sering merasa sedih atau tertekan padahal tidak ada penyebab yang jelas		
5	Dalam 2 minggu terakhir, Saya tidak tertarik lagi dengan kegiatan atau hal-hal yang biasanya saya suka		
6	Dalam 2 minggu terakhir, Saya merasa sering capek, sulit tidur, dan sulit fokus saat belajar atau melakukan kegiatan		

Sumber: Kemenkes, Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan, 2024/2025

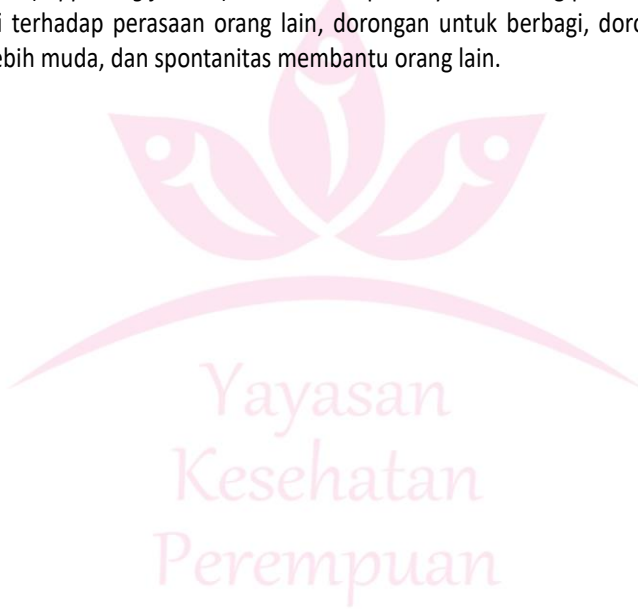
2) Saran Tim Peneliti dan Tim Ahli terhadap Kuesioner MMYS

- Selalu mencantumkan waktu mulai dan waktu selesai wawancara.
- Penilaian berpotensi menimbulkan kebingungan bagi tenaga kesehatan atau pewawancara apabila dilakukan tanpa pelatihan yang komprehensif kepada tenaga kesehatan puskesmas/klinik pratama.
- Beberapa butir pertanyaan memuat lebih dari satu maksud dalam satu pernyataan, misalnya pertanyaan nomor 1: *“Saya sering merasa khawatir atau tidak tenang, tegang, deg-degan, dan gelisah”*, yang menggabungkan beberapa gejala sekaligus.
- Pertanyaan nomor 6: *“Saya merasa sering capek, sulit tidur, dan sulit fokus”* tidak selalu secara spesifik mencerminkan gejala depresi, karena depresi juga dapat ditandai dengan tidur berlebihan (tidur terus menerus), perubahan pola makan ekstrem, atau kehilangan nafsu makan sama sekali. Oleh karena itu, diperlukan kehati-hatian dalam proses menanyakan serta menginterpretasikan hasil jawaban responden.
- Bahasa dan kalimat pertanyaan perlu disesuaikan dengan kelompok usia responden (10–12 tahun, 13–15 tahun, dan 16–18 tahun) yang interpretasinya sesuai dengan usia mereka .
- Penyampaian hasil penilaian harus dilakukan secara hati-hati; misalnya, hasil tidak disampaikan secara langsung dengan simpulan bahwa anak *“mengalami kecemasan berat”*.
- Penting untuk dipahami bahwa terdapat berbagai potensi *“bias”* dalam hasil jawaban MMYS.
- Interpretasi hasil sebaiknya disampaikan secara deskriptif dengan memisahkan masing-masing gejala atau tanda, seperti perasaan khawatir, rasa tidak tenang, atau jantung berdebar, agar tenaga kesehatan lebih berhati-hati dalam pencatatan dan penilaian deteksi dini bukan sebagai diagnosa final.
- Praktik penegakan diagnosis berdasarkan kriteria DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) tanpa mempertimbangkan konteks individu masih sering terjadi, termasuk di kalangan psikolog. Kondisi tersebut berisiko menyebabkan anak didiagnosis mengalami gangguan mental terlalu dini tanpa dasar konteks yang memadai.

B. Kuesioner Strengths and Difficulties (SDQ)

1) Kuesioner SDQ untuk anak (4-11 tahun) dan remaja (11-18 tahun)

Kuesioner *Strengths and Difficulties* (SDQ) untuk menilai kondisi psikologis dan perilaku **anak (4-11 tahun)** dan **remaja (11-18 tahun)** perempuan dan laki-laki. Kuesioner ini menggambarkan kondisi 6 bulan terakhir, berisi 25 pertanyaan dari 4 domain faktor kesulitan (*risk factors*) yang dirinci dalam 5 pertanyaan tentang emosional (E), 5 pertanyaan tentang masalah perilaku (MP), 5 pertanyaan tentang hiperaktif (H), dan 5 pertanyaan tentang masalah hubungan teman sebaya (TS). Juga 1 domain faktor kekuatan (*supporting factors*) terdiri dari 5 pertanyaan tentang perilaku pro-sosial yaitu: empati terhadap perasaan orang lain, dorongan untuk berbagi, dorongan untuk anak yang lebih muda, dan spontanitas membantu orang lain.



2a

Kuesioner *Strengths and Difficulties (SDQ)*- Usia 4-11 Tahun

Tanggal :
Kode Responden :
Waktu Mulai :
Waktu Selesai :

usia 4 -11 th

**SKORING DETEKSI DINI MASALAH EMOSI DAN PERILAKU DENGAN
MENGGUNAKAN KUISIONER KEKUATAN DAN KELEMAHAN
(STRENGTH AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE-SDQ)**

Untuk setiap pernyataan, beri tanda pada kotak: Tidak Benar. Agak Benar atau Selalu Benar. Akan sangat membantu kami apabila kamu mau menjawab semua pernyataan sebaik mungkin meskipun kamu tidak yakin benar. Berikan jawabannya sebagaimana sesuatu telah terjadi pada dirimu selama enam bulan terakhir.

Nama
Tanggal lahir

Laki-Laki/Perempuan

	Tidak Benar	Agak Benar	Selalu Benar
1. Dapat memperdulikan perasaan orang lain (Pro)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
2. Gelisah, terlalu aktif, tidak dapat diam untuk waktu lama (H)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
3. Sering mengeluh sakit kepala, sakit perut atau sakit lainnya (E)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
4. Kalau mempunyai mainan, kesenangan atau pensil, anak bersedia berbagi dengan anak-anak lain (Pro)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
5. Sering sulit mengendalikan kemarahan (C)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
6. Cenderung menyendiri, lebih suka bermain seorang diri (P)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
7. Umumnya bertingkah laku baik, biasanya melakukan apa yang disuruh oleh orang dewasa (C)	☐ 2	☐ 1	☐ 0
8. Banyak kekhawatiran atau sering tanpa khawatir (E)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
9. Suka menolong jika seseorang terluka, kecewa atau merasa sakit (Pro)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
10. Terus menerus bergerak dengan resah atau menggeliat-geliat (H)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
11. Mempunyai satu atau lebih teman baik (P)	☐ 2	☐ 1	☐ 0
12. Sering berkelahi dengan anak-anak lain atau mengintimidasi mereka (C)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
13. Sering merasa tidak bahagia, sedih atau menangis (E)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
14. Pada umumnya disukai oleh anak-anak lain (P)	☐ 2	☐ 1	☐ 0
15. Mudah teralih perhatiannya, tidak dapat berkonsentrasi (H)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
16. Gugup atau sulit berpisah dengan orang tua/pengasuhnya pada situasi baru, mudah kehilangan rasa percaya diri (E)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
17. Bersikap baik terhadap anak-anak yang lebih muda (Pro)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
18. Sering berbohong atau berbuat curang (C)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
19. Diganggu dipertainkan, diintimidasi atau diancam oleh anak-anak lain (P)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
20. Sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (orang tua, guru, anak-anak lain) (Pro)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
21. Sebelum melakukan sesuatu ia berfikir dahulu tentang akibatnya (H)	☐ 2	☐ 1	☐ 0
22. Mencuri dari rumah, sekolah atau tempat lain (C)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
23. Lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada dengan anak-anak lain (P)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
24. Banyak yang ditakuti, mudah menjadi takut (E)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
25. Memiliki perhatian yang baik terhadap apapun, mampu menyelesaikan tugas atau pekerjaan rumah sampai selesai (H)	☐ 2	☐ 1	☐ 0

Tanda tangan.....
Tanggal hari ini.....

Sumber: Kemenkes, Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan, 2024/2025

2b

Kuesioner *Strengths and Difficulties (SDQ)*- Usia 11-18

Tanggal	:
Kode Responden	:
Waktu Mulai	:
Waktu Selesai	:

usia 11-18 th

INSTRUMENT STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)

Untuk setiap pernyataan, beri tanda pada kotak: Tidak Benar, Agak Benar atau Selalu Benar. Akan sangat membantu kami apabila kamu mau menjawab semua pernyataan sebaik mungkin meskipun kamu tidak yakin benar. Berikan jawabanmu sebagaimana sesuatu telah terjadi pada dirimu selama enam bulan terakhir.

Nama
Tanggal lahir

Laki-Laki/Perempuan

	Tidak Benar	Kadang Benar	Selalu Benar
1. Saya berusaha baik kepada orang lain. Saya peduli dengan perasaan mereka	☐	☐	☐
2. Saya gelisah, saya tidak dapat diam untuk waktu lama	☐	☐	☐
3. Saya sering sakit kepala, sakit perut atau macam-macam sakit lainnya	☐	☐	☐
4. Kalau saya memiliki mainan, CD, atau makanan, Saya biasanya berbagi dengan orang lain	☐	☐	☐
5. Saya menjadi sangat marah dan sering tidak dapat mengendalikan kemarahan saya	☐	☐	☐
6. Saya lebih suka sendiri daripada bersama dengan orang yang seusiaku	☐	☐	☐
7. Saya biasanya melakukan apa yang diperintahkan oleh orang lain.	☐	☐	☐
8. Saya banyak merasa cemas atau khawatir terhadap apapun	☐	☐	☐
9. Saya selalu siap menolong jika seseorang terluka, kecewa atau merasa sakit	☐	☐	☐
10. Bila sedang gelisah atau cemas, badan saya sering bergerak –gerask tanpa saya sadari	☐	☐	☐
11. Saya mempunyai satu orang teman baik atau lebih	☐	☐	☐
12. Saya sering bertengkar dengan orang lain. Saya dapat memaksa orang lain melakukan apa yang saya inginkan	☐	☐	☐
13. Saya sering merasa tidak bahagia, sedih atau menangis	☐	☐	☐
14. Orang lain seusia saya umumnya menyukai saya	☐	☐	☐
15. Perhatian saya mudah teralih, saya sulit untuk memusatkan perhatian pada apapun	☐	☐	☐
16. Saya merasa gugup dalam situasi baru, saya mudah kehilangan rasa percaya Diri	☐	☐	☐
17. Saya bersikap baik terhadap anak-anak yang lebih muda dari saya	☐	☐	☐
18. Saya sering dituduh berbohong atau berbuat curang	☐	☐	☐
19. Saya sering diganggu atau dipertainkan oleh anak-anak atau remaja lainnya	☐	☐	☐
20. Saya sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (orang tua, guru, anak-anak)	☐	☐	☐
21. Saya berpikir terlebih dulu akibat yang akan terjadi, sebelum berbuat atau melakukan sesuatu	☐	☐	☐
22. Saya mengambil barang yang bukan milik saya dari rumah, sekolah atau dari mana saja	☐	☐	☐
23. Saya lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada dengan orang seusia Saya	☐	☐	☐
24. Banyak yang saya takut, saya mudah menjadi takut	☐	☐	☐
25. Saya menyelesaikan pekerjaan yang sedang saya lakukan. Saya mempunyai perhatian yang baik terhadap apapun.	☐	☐	☐

Tanda tangan

Tanggal hari ini

Sumber: Kemenkes, Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan, 2024/2025

2) Interpretasi dan Kesimpulan Hasil Pemeriksaan dengan Kuesioner SDQ

- **Skor Kesulitan**

- a. Gejala Emosional (E)
- b. Masalah Perilaku (C)
- c. Hiperaktivitas (H)
- d. Masalah Teman Sebaya (P)

- **Menghitung Total Skor Kesulitan = Skor E + C + H + P**

- **Penilaian :**

Usia < 11 tahun	Usia 11 – 18 tahun
Jika skor: 0 – 13: Normal 14 – 15: Ambang/ borderline 15 – 40: Abnormal	Jika skor: 0 – 15: Normal 16 – 19: Ambang/borderline 20 – 40: Abnormal

a. Gejala Emosional (E)

- Sering mengeluh sakit pada badan (seperti sakit kepala, perut dll) - Banyak kekhawatiran
- Sering tidak bahagia, menangis
- Gugup atau mudah hilang percaya diri
- Mudah takut

Penilaian :

Usia < 11 tahun	Usia 11 – 18 tahun
Jika skor: 0 – 3: Normal 4 : Ambang/ borderline 5 – 10: Abnormal	Jika skor: 0 – 5: Normal 6 : Ambang/borderline 7 – 10: Abnormal

b. Masalah Perilaku (C)

- Sering marah meledak-ledak.
- Umumnya berperilaku tidak baik, tidak melakukan apa yang diminta orang dewasa.

- Sering berkelahi.
- Sering berbohong, curang.
- Mencuri.

Penilaian :

Usia < 11 tahun	Usia 11 – 18 tahun
Jika skor: 0 – 2: Normal 3 : Ambang/ borderline 4 – 10: Abnormal	Jika skor: 0 – 3: Normal 4 : Ambang/borderline 5 – 10: Abnormal

c. Hiperaktivitas (H)

- Gelisah, terlalu aktif, tidak dapat diam lama.
- Terus bergerak dengan resah.
- Mudah teralih, konsentrasi buyar.
- Tidak berpikir sebelum bertindak
- Tidak mampu menyelesaikan tugas sampai selesai.

Penilaian :

Usia < 11 tahun	Usia 11 – 18 tahun
Jika skor: 0 – 5: Normal 6 : Ambang/ borderline 7 – 10: Abnormal	Jika skor: 0 – 5: Normal 6 : Ambang/borderline 7 – 10: Abnormal

d. Masalah Teman sebaya (P)

- Cenderung menyendiri, lebih senang main sendiri.
- Tidak punya 1 teman baik.
- Tidak disukai anak-anak lain.
- Diganggu/digerak oleh anak lain.
- Bergaul lebih baik dengan orang dewasa dari pada anak-anak.

Penilaian :

Usia < 11 tahun	Usia 11 – 18 tahun
Jika skor: 0 – 2: Normal 3 : Ambang/ borderline 4 – 10: Abnormal	Jika skor: 0 – 3: Normal 4 – 5 : Ambang/borderline 6 – 10: Abnormal

• **Skor Kekuatan**

Perilaku Proposial (Pro)

- Mampu mempertimbangkan perasaan orang lain.
- Bersedia berbagi dengan anak lain. - Suka Menolong.
- Bersikap baik pada anak yang lebih muda.
- Sering menawarkan diri membantu orang lain.

Penilaian :

Usia < 11 tahun	Usia 11 – 18 tahun
Jika skor: 6 – 10: Normal 5 : Ambang/ borderline 0 – 4 : Abnormal	Jika skor: 6 – 10 : Normal 5 : Ambang/borderline 0 – 4 : Abnormal

3) Saran Tim Peneliti dan Tim Ahli terhadap Kuesioner SDQ

- Selalu mencantumkan waktu mulai dan waktu selesai wawancara.
- Perlu diperjelas batasan usia karena ada tumpang tindih (*overlapping*) usia 11 tahun pada judul kuesioner SDQ '4–11 tahun' dan '11–18 tahun', meskipun pada *skoring* penilaian kesehatan jiwa tercantum kategori usia '<11 tahun' dan '11–18 tahun'.
- Redaksi dan bahasa pertanyaan dinilai belum pas untuk anak; diperlukan kalimat pembuka yang lebih kontekstual dan ramah anak, serta menghindari pertanyaan yang terlalu langsung, seperti "apakah Anda mencuri".
- Tanpa pelatihan yang memadai untuk tenaga kesehatan atau pewawancara, terdapat potensi perbedaan interpretasi antar pewawancara terhadap pertanyaan yang sama dan perbedaan persepsi oleh anak.
- Masalah emosional pada anak dapat terjadi secara alami sebagai bagian dari proses tumbuh kembang dan eksplorasi, sehingga tidak selalu mencerminkan adanya gangguan atau kesulitan psikologis. Kemungkinan wawancara perlu diulang.
- Kuesioner SDQ cenderung memperlakukan dan bertanya kepada anak seperti kepada orang dewasa, padahal setiap tahap perkembangan memiliki karakteristik dan kebutuhan yang berbeda.
- Sebagai masukan untuk program kesehatan jiwa, kuesioner SDQ belum sepenuhnya mempertimbangkan konteks dan tahap perkembangan anak, sehingga tenaga kesehatan sebaiknya mendiskusikan lebih lanjut.
- Aspek HEADS (*Home, Education/Employment, Activities, Drugs, Sexuality*) tidak tercakup dalam pertanyaan, padahal faktor seperti penggunaan zat dapat berkontribusi terhadap gejala hiperaktivitas.
- Temuan terkait kesulitan perlu dipahami sebagai faktor risiko (*risk factors*), sedangkan aspek kekuatan merupakan faktor pendukung (*supporting factors*), yang keduanya memerlukan tindak lanjut agar keluarga dapat berperan aktif dalam meningkatkan dukungan dan menurunkan faktor risiko.

C. Kuesioner *Self Reporting Questionnaire-29* (SRQ-29)

1) Kuesioner SRQ-29 untuk Dewasa dan Lansia

Kuesioner *Self-Reporting Questionnaire-29* (SRQ-29) adalah skrining gejala gangguan mental emosional, terutama gangguan kecemasan dan depresi, serta gejala yang mengarah pada gangguan psikosis dan penggunaan zat, pada kelompok sasaran dewasa dan lansia. SRQ-29 terdiri dari 29 pertanyaan dengan jawaban dikotomis (ya/tidak) yang menggambarkan kondisi atau keluhan yang dirasakan responden dalam 30 hari terakhir. SRQ-29 berfungsi sebagai alat skrining awal, sehingga hasilnya tidak digunakan untuk menegakkan diagnosis, melainkan sebagai dasar untuk penilaian lanjutan, pemantauan, atau rujukan ke layanan kesehatan jiwa yang lebih komprehensif. Sampai dengan akhir 2025, komunikasi secara verbal 6 Januari 2026 dengan wakil Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan (Dit. Yankesren) memutuskan untuk menghentikan penggunaan SRQ-29 di puskesmas sampai keputusan lebih lanjut. Walaupun demikian Tim peneliti tetap melampirkan kuesioner SRQ-29 di modul ini untuk kebutuhan pembelajaran.

Yayasan
Kesehatan
Perempuan

3

Kuesioner *Self-Reporting Questionnaire-29* (SRQ-29)

SELF REPORTING QUESTIONER 29 (SRQ-29)

Nama :
 Jenis Kelamin :
 Usia :
 Alamat :
 No HP :

Tanggal :
 Kode Responden :
 Waktu Mulai :
 Waktu Selesai :

Petunjuk

Bacalah petunjuk ini seluruhnya sebelum mulai mengisi. Pertanyaan berikut berhubungan dengan masalah yang mungkin mengganggu Anda selama 30 hari terakhir. Apabila Anda menganggap pertanyaan itu Anda alami dalam 30 hari terakhir, berilah tanda silang (X) pada kolom Y (berarti Ya). Sebaliknya, apabila Anda menganggap pertanyaan itu tidak Anda alami dalam 30 hari terakhir, berilah tanda silang (X) pada kolom T (Tidak). Jika Anda tidak yakin tentang jawabannya, berilah jawaban yang paling sesuai di antara Y dan T. Kami tegaskan bahwa jawaban Anda bersifat rahasia dan akan digunakan hanya untuk membantu pemecahan masalah Anda.

No	Pertanyaan	Y	T
1	Apakah Anda sering merasa sakit kepala		
2	Apakah Anda kehilangan nafsu makan		
3	Apakah tidur Anda tidak nyenyak		
4	Apakah Anda mudah merasa takut		
5	Apakah Anda merasa cemas, tegang, atau khawatir		
6	Apakah tangan Anda gemetar		
7	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan		
8	Apakah Anda sulit berpikir jernih		
9	Apakah Anda merasa tidak bahagia		
10	Apakah Anda lebih sering menangis		
11	Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari		

No	Pertanyaan	Y	T
12	Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengambil keputusan		
13	Apakah aktivitas/tugas sehari-hari Anda terbengkalai		
14	Apakah Anda merasa tidak mampu berperan dalam kehidupan ini		
15	Apakah Anda kehilangan minat terhadap banyak hal		
16	Apakah Anda merasa tidak berharga		
17	Apakah Anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda		
18	Apakah Anda merasa lelah sepanjang waktu		
19	Apakah Anda merasa tidak enak di perut		
20	Apakah Anda mudah lelah		
21	Apakah Anda minum alkohol lebih banyak dari biasanya atau apakah Anda menggunakan narkoba		
22	Apakah Anda yakin bahwa ada seseorang mencoba mencelakai Anda dengan cara tertentu		
23	Apakah ada yang mengganggu atau hal yang tidak biasa dalam pikiran Anda		
24	Apakah Anda pernah mendengar suara tanpa tahu sumbernya atau yang orang lain tidak dapat dengar		
25	Apakah Anda mengalami mimpi yang mengganggu, tentang suatu bencana/musibah atau adakah saat-saat Anda seolah mengalami kembali kejadian bencana itu		
26	Apakah Anda menghindari kegiatan, tempat, orang atau pikiran yang mengingatkan Anda akan bencana tersebut		
27	Apakah minat Anda terhadap teman dan kegiatan yang biasa Anda lakukan berkurang		
28	Apakah Anda merasa sangat terganggu jika berada dalam situasi yang mengingatkan Anda akan bencana atau jika Anda berpikir tentang bencana itu		
29	Apakah Anda kesulitan mengalami atau mengekspresikan perasaan Anda		

Sumber: Kemenkes, Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan, 2024/2025

Interpretasi skor:

1. Jawaban “Ya” diberi skor 1, sedangkan jawaban “Tidak” diberi skor 0.
2. Apabila terdapat lima (5) atau lebih jawaban “Ya” pada nomor 1–20, maka responden diindikasikan mengalami masalah Gangguan Mental Emosional (GME).
3. Apabila terdapat jawaban “Ya” pada nomor 21, maka responden diindikasikan memiliki penggunaan zat psikoaktif/narkoba.
4. Apabila terdapat satu (1) atau lebih jawaban “Ya” pada nomor 22–24, maka responden diindikasikan memiliki gejala gangguan psikotik (gangguan dalam penilaian realitas) yang memerlukan penanganan serius.
5. Apabila terdapat satu (1) atau lebih jawaban “Ya” pada nomor 25–29, maka responden diindikasikan memiliki gejala gangguan PTSD (*post-traumatic stress disorder*).

2) Saran Tim Peneliti dan Tim Ahli terhadap Kuesioner SRQ-29

- Selalu mencantumkan waktu mulai dan waktu selesai wawancara.
- Responden yang terdeteksi memiliki indikasi masalah kesehatan jiwa perlu ditindaklanjuti, diputuskan untuk dirujuk atau tidak, ke psikolog di puskesmas atau langsung ke layanan kesehatan jiwa tersier/spesialis.
- Pada bagian pembahasan, perlu ditelusuri faktor penyebab *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) dalam konteks Indonesia; misalnya faktor kekerasan dalam pengasuhan seperti kekerasan fisik oleh orang tua; ketidakhadiran figur ayah (*fatherless*), atau trauma-trauma lain di masa lalu yang dapat dipertimbangkan sebagai faktor kontekstual. Ke semua di atas harus didiskusikan secara hati-hati dalam pembahasan dengan keluarga, orang tua, dan dalam surat pengantar ke rujukan.

D. Kuesioner *State-Trait Anxiety Inventory – Trait* (STAI-T)

1) Kuesioner STAI-T untuk Dewasa dan Lansia

Kuesioner *State-Trait Anxiety Inventory – Trait* (STAI-T) adalah kuesioner yang mengukur dua jenis kecemasan yaitu kecemasan yang dirasakan pada saat tertentu (situasional) dan kecemasan sebagai sifat atau kecenderungan umum yang relatif menetap pada individu. Skala kecemasan terdiri dari 20 pertanyaan, 10 pertanyaan positif dan 10 pertanyaan negatif. Kelompok sasaran adalah populasi dewasa dan lansia.



Kuesioner State-Trait Anxiety Inventory – Trait (STAI-T)

Skala cemas dengan Instrument State-Trait Anxiety Inventory-Trait (STAI-T)

NAMA :
UMUR :
SKOR :

Tanggal :
Kode Responden :
Waktu Mula :
Waktu Selesai :

No	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang	Sering	Hampir Selalu
1	Saya merasa senang (+)	☐	☐	☐	☐
2	Saya merasa gugup dan gelisah (-)	☐	☐	☐	☐
3	Saya merasa puas dengan diri saya sendiri (+)	☐	☐	☐	☐
4	Saya berharap saya bisa bahagia seperti orang lain (+)	☐	☐	☐	☐
5	Saya merasa gagal (-)	☐	☐	☐	☐
6	Saya merasa lega (+)	☐	☐	☐	☐
7	Saya merasa tenang dan dapat mengendalikan diri (+)	☐	☐	☐	☐
8	Saya merasa kesulitan yang saya alami banyak sehingga saya tidak dapat mengatasinya (-)	☐	☐	☐	☐
9	Saya terlalu khawatir terhadap sesuatu yang sebenarnya tidak penting (-)	☐	☐	☐	☐
10	Saya merasa bahagia (+)	☐	☐	☐	☐
11	Saya merasa ada pikiran yang mengganggu /menggelisahkan (-)	☐	☐	☐	☐
12	Saya merasa kurang percaya diri (-)	☐	☐	☐	☐
13	Saya merasa aman (+)	☐	☐	☐	☐
14	Saya membuat keputusan dengan mudah (+)	☐	☐	☐	☐
15	Saya merasa tidak kuat (-)	☐	☐	☐	☐
16	Saya merasa puas dengan kondisi saya (+)	☐	☐	☐	☐
17	Saya memikirkan hal-hal yang tidak penting dan hal tersebut mengganggu saya (-)	☐	☐	☐	☐
18	Saya menanggapi kekecewaan yang saya alami terlalu dalam sehingga sulit melupakannya (-)	☐	☐	☐	☐
19	Saya orang yang kuat dalam menghadapi masalah (+)	☐	☐	☐	☐
20	Saya merasa tegang atau kacau jika memikirkan masalah yang saya alami (-)	☐	☐	☐	☐

SKOR PERTANYAAN (+)

4 : Tidak Pernah
3 : Kadang
2 : Sering
1 : Hampir Selalu

SKOR PERTANYAAN (-)

1 : Tidak Pernah
2 : Kadang
3 : Sering
4 : Hampir Selalu

SKOR TOTAL

30-40 cemas ringan
41-50 cemas sedang
51-80 cemas berat

Sumber: Kemenkes, Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan, 2024/2025

2) Saran Tim Peneliti dan Tim Ahli terhadap Kuesioner STAI-T

- Selalu mencantumkan waktu mulai dan waktu selesai wawancara.
- kuesioner STAI-T perlu mencantumkan secara eksplisit nilai skor <30 adalah kategori tidak terdeteksi cemas, untuk konfirmasi kepada tenaga kesehatan yang dilatih bahwa skor <30 adalah kategori tidak terdeteksi cemas.



E. Kuesioner *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4)

1) Kuesioner PHQ-4 untuk Dewasa dan Lansia

Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) adalah kuesioner skrining singkat yang digunakan untuk menilai gejala depresi dan kecemasan secara cepat pada populasi umum maupun layanan kesehatan. Dimana pertanyaan kecemasan sebagai kontrol dari pertanyaan depresi. PHQ-4 terdiri dari 4 pertanyaan, 2 pertanyaan depresi (PHQ-2) dan 2 pertanyaan kecemasan (*Generalized Anxiety Disorder/GAD-2*). Instrumen ini menilai frekuensi gejala yang dialami responden dalam **dua minggu terakhir** dengan skala respons bertingkat (dari 'tidak sama sekali' sampai 'hampir setiap hari'). Instrumen PHQ-4 dianggap alat **skrining awal** yang hasilnya tidak digunakan untuk menegakkan diagnosis melainkan untuk mengidentifikasi individu yang perlu penilaian lanjutan atau rujukan ke layanan kesehatan jiwa/spesialis.



5

Kuesioner *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4)

Nama :

Tanggal lahir :

Nomor HP :

Pada bagian ini terdapat lima pilihan jawaban menggunakan skala 1-5. Pilihlah jawaban sesuai dengan apa yang Anda alami saat ini.

Keterangan:

1. Tidak sama sekali
2. Kurang dari 1 minggu
3. Lebih dari 1 minggu
4. Hampir setiap hari

Tanggal :
Kode Responden :
Waktu Mulai :
Waktu Selesai :

No	Pertanyaan	1	2	3	4
1	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering anda kurang/tidak bersemangat dalam melakukan kegiatan sehari-hari				
2	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering anda merasa murung, tertekan, atau putus asa				
3	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering anda merasa gugup, cemas, atau gelisah				
4	Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering anda tidak mampu mengendalikan rasa khawatir?				

Sumber: Kemenkes, Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan, 2024/2025

2) Saran Tim Peneliti dan Tim Ahli terhadap Kuesioner PHQ-4

- Selalu mencantumkan waktu mulai dan waktu selesai wawancara.
- Karena pilihan jawaban tidak menjelaskan frekuensi kejadian (seberapa sering), kuesioner ini berpotensi menimbulkan multi interpretasi yang perlu dipahami pewawancara.
- Disarankan agar menyesuaikan bahasa pertanyaan dengan konteks budaya dan bahasa Indonesia.
- Pertanyaan sebaiknya dibuat lebih terbuka, sementara pengelompokan kategori dilakukan pada tahap analisis data berdasarkan skor yang diperoleh.



F. Kuesioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)

1) Kuesioner EPDS untuk Dewasa dan Lansia

***Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)** adalah kuesioner skrining yang digunakan untuk mendeteksi secara dini gejala depresi pada ibu selama masa kehamilan dan setelah melahirkan (periode *perinatal* dan *postnatal*). EPDS terdiri dari 10 pertanyaan yang menilai kondisi emosional ibu dalam kurun waktu **tujuh hari terakhir**, dengan fokus pada perasaan sedih, cemas, kehilangan minat, serta kehilangan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Kuesioner ini sudah diterapkan sejak 2024 di banyak puskesmas, namun tidak ada data khusus yang bisa diakses oleh tim peneliti.

Instrumen ini dirancang sebagai alat skrining, bukan alat diagnosis, sehingga hasil EPDS perlu diinterpretasikan secara hati-hati dan digunakan sebagai dasar untuk pemantauan lebih lanjut atau rujukan ke layanan kesehatan jiwa apabila diperlukan. Mengingat manfaat dari kuesioner EPDS perlu dilanjutkan untuk penentuan kapan harus merujuk dan ke mana harus merujuk untuk mencegah terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan bagi bayi yang belum dan akan dilahirkan, serta bagi ibu hamil sendiri. Pelatihan bagi tenaga kesehatan di puskesmas untuk melakukan konseling/pengobatan sebelum merujuk harus dilakukan.

Yayasan
Kesehatan
Perempuan

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Versi Bahasa Indonesia

Dipergunakan untuk populasi ibu hamil

Tanggal	:
Kode Responden	:
Waktu Mulai	:
Waktu Selesai	:

Karena Anda saat ini hamil, kami ingin mengetahui bagaimana perasaan Anda sekarang. Silakan memilih jawaban yang paling mirip dengan perasaan Anda selama 7 hari terakhir, tidak hanya perasaan Anda hari ini.

Contoh yang sudah diisi:

Saya merasa senang:

Ya, sepanjang waktu

Ya, sering

Tidak, tidak terlalu sering

Tidak, tidak sama sekali

Hal ini dapat berarti: 'Sepanjang minggu lalu, saya sering merasa senang'. Silakan menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut sebagaimana di atas.

- | | |
|---|--|
| <p>Selama 7 hari terakhir</p> <p>1. Saya dapat tertawa dan melihat segi kelucuan hal-hal tertentu:</p> <p>☐ Seperti biasanya</p> <p>☐ Sekarang tidak terlalu sering</p> <p>☐ Sekarang agak jarang</p> <p>☐ Tidak sama sekali</p> <p>2. Saya menanti-nanti untuk melakukan sesuatu dengan penuh harapan:</p> <p>☐ Hampir seperti biasanya</p> <p>☐ Agak berkurang dari biasanya</p> <p>☐ Jelas kurang dari biasanya</p> <p>☐ Hampir tidak sama sekali</p> <p>*3. Saya menyalahkan diri sendiri jika ada sesuatu yang tidak berjalan dengan baik:</p> <p>☐ Ya, hampir selalu</p> <p>☐ Ya, kadang-kadang</p> <p>☐ Tidak terlalu sering</p> <p>☐ Tidak, tidak pernah</p> <p>4. Saya merasa cemas atau kuatir tanpa alasan:</p> <p>☐ Tidak, tidak sama sekali</p> <p>☐ Hampir tidak pernah</p> <p>☐ Ya, kadang-kadang</p> <p>☐ Ya, amat sering</p> <p>*5. Saya merasa takut atau panik tanpa alasan:</p> <p>☐ Ya, sering sekali</p> <p>☐ Ya, kadang-kadang</p> <p>☐ Tidak, tidak terlalu</p> <p>☐ Tidak, tidak pernah sama sekali</p> | <p>Selama 7 hari terakhir</p> <p>*6. Banyak hal menjadi beban untuk saya:</p> <p>☐ Ya, seringkali saya sama sekali tidak dapat mengatasinya</p> <p>☐ Ya, kadang saya tidak dapat mengatasi seperti biasanya</p> <p>☐ Tidak, biasanya saya dapat mengatasinya dengan baik</p> <p>☐ Tidak, saya dapat mengatasinya dengan baik seperti biasanya</p> <p>*7. Saya merasa begitu sedih sampai sulit tidur:</p> <p>☐ Ya, hampir selalu</p> <p>☐ Ya, kadang-kadang</p> <p>☐ Tidak, Tidak sering</p> <p>☐ Tidak, tidak pernah</p> <p>*8. Saya merasa sedih atau susah:</p> <p>☐ Ya, hampir selalu</p> <p>☐ Ya, sering</p> <p>☐ Jarang</p> <p>☐ tidak pernah</p> <p>*9. Saya merasa sangat sedih sehingga saya menangis:</p> <p>☐ Ya, hampir selalu</p> <p>☐ Ya, sering</p> <p>☐ Hanya sekali-kali</p> <p>☐ Tidak pernah</p> <p>*10. Pikiran untuk mencelakai diri sendiri sering muncul:</p> <p>☐ Ya, agak sering</p> <p>☐ Kadang-kadang</p> <p>☐ Hampir tidak pernah</p> <p>☐ Tidak pernah</p> |
|---|--|

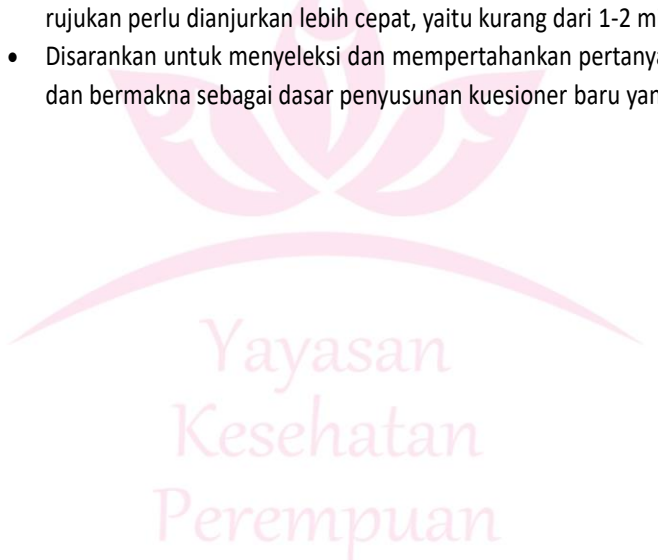
Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Diadaptasi oleh Sari, D.N., Diatri, H., Siregar, K., & Pratomo H. (2021). Adaptation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the Indonesian Version: Self-reported Anxiety and Depression Symptoms in Pregnant Women. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 9(8):1654-1659. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7783>

Sumber: Kemenkes, Direktorat Pelayanan Kesehatan Kelompok Rentan, 2024/2025

2) Saran Tim Peneliti dan Tim Ahli terhadap Kuesioner EPDS

- Selalu mencantumkan waktu mulai dan waktu selesai wawancara.
- Perlu perbaikan kejelasan dalam alur dan mekanisme rujukan pasien, termasuk penjelasan mengenai makna skrining, pelaksana skrining, serta interval waktu tindak lanjut (hari atau minggu).
- Disarankan adanya contoh konkret tindak lanjut, misalnya anjuran *follow-up* dalam 1–2 bulan, dengan catatan kewaspadaan khusus terhadap kemungkinan munculnya ***baby blues syndrome***.
- Pada kondisi tertentu, misalnya ibu kehilangan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, atau gejala awal lain yang mengkhawatirkan, *follow-up* atau rujukan perlu dianjurkan lebih cepat, yaitu kurang dari 1-2 minggu.
- Disarankan untuk menyeleksi dan mempertahankan pertanyaan yang paling relevan dan bermakna sebagai dasar penyusunan kuesioner baru yang lebih singkat.



Yayasan
Kesehatan
Perempuan

2. Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 21 Tahun 2024 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan

