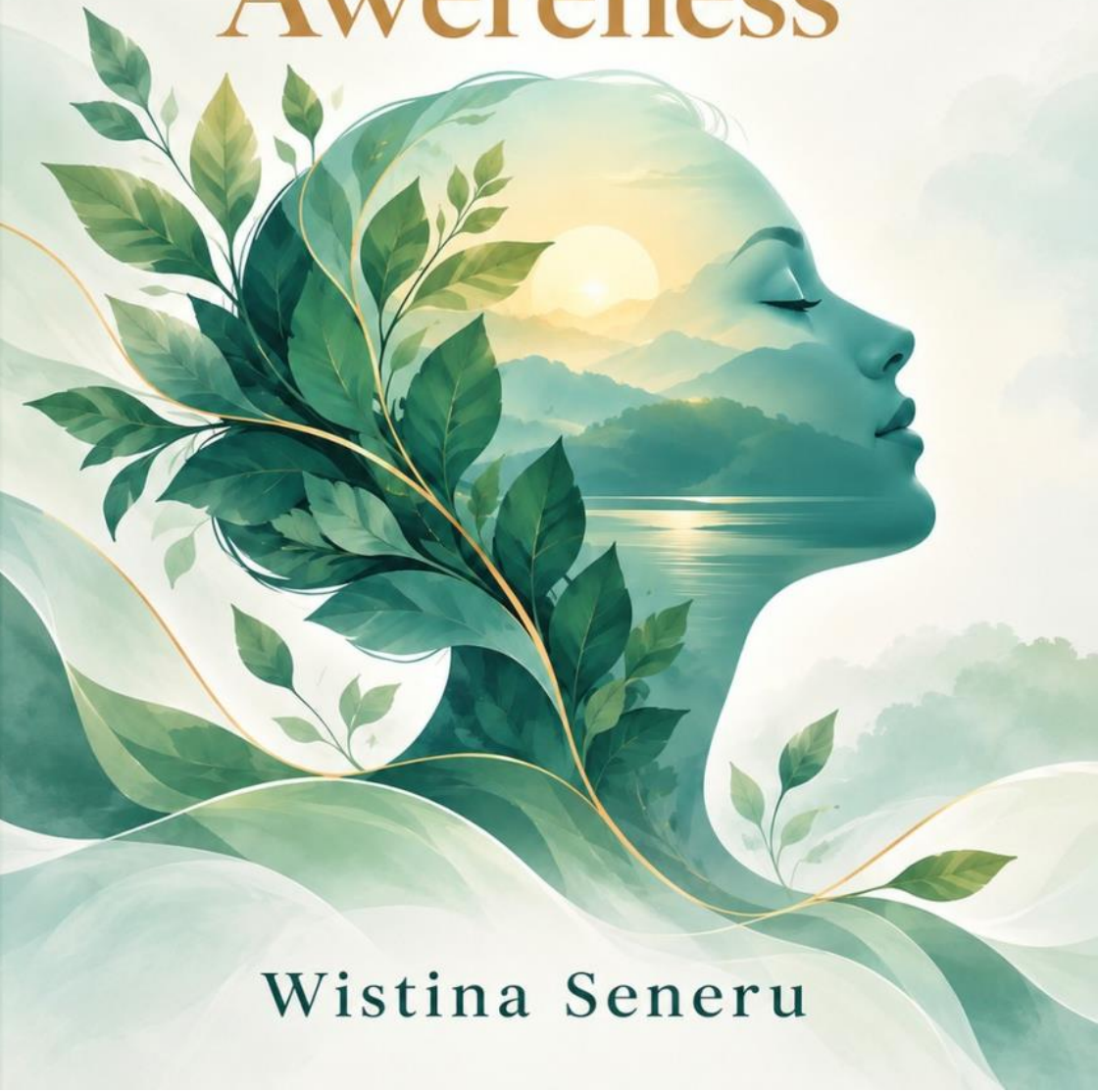
Mental Health Awereness



Wistina Seneru

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

Undang-undang Nomor 28 Tahun 2014

tentang Hak Cipta

Setiap orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf i untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000,00 (seratus juta rupiah).

Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang hak cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi pencipta sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h, untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang hak melakukan pelanggaran hak ekonomi pencipta sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g, untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Setiap orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Mental Health Awereness

Wistina Seneru

Mental Health Awereness
Wistina Seneru

Copyright@2026

Penata Letak : Alcearose

Pendesain Sampul :Tim Madani

Diterbitkan oleh : Yayasan Marwah Madani Riau

Alamat :Dusun IV Kasang Kulim Desa Kubang Jaya, Kec. Suak Hulu Kabupaten Kampar, Riau Indonesia, Kp. 28452

ISBN:

Telp. 0851-1720-7375

Email: admin@madanipublisher.id

Cetakan Pertama November 2026
320 Halaman, Ukuran A5

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang
Dilarang memperbanyak atau mengutip sebagian atau seluruh ini buku ini tanpa izin tertulis dan Penerbit.

Daftar Isi

BAB I — KONSEP DASAR KESEHATAN MENTAL 1
1.1 Pengertian dan Ruang Lingkup Kesehatan Mental 1
1.2 Sejarah dan Perkembangan Konsep Kesehatan Mental 5
1.3 Dimensi Kesehatan Mental dalam Kehidupan Manusia 9
1.4 Perbedaan Kesehatan Mental dan Gangguan Mental 13
1.5 Pentingnya Kesadaran terhadap Kesehatan Mental 17

BAB II — FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KESEHATAN MENTAL 22
2.1 Faktor Biologis dan Genetik 22
2.2 Faktor Psikologis dan Kepribadian 26
2.3 Faktor Sosial, Budaya, dan Lingkungan 30
2.4 Pengaruh Pola Asuh dan Pengalaman Masa Kecil 35
2.5 Hubungan Gaya Hidup dengan Kesehatan Mental 39

BAB III — KESEHATAN MENTAL DALAM PERSPEKTIF PSIKOLOGI 44
3.1 Konsep Kesejahteraan Psikologis 44
3.2 Hubungan Pikiran, Emosi, dan Perilaku 48
3.3 Peran Konsep Diri dan Harga Diri 53
3.4 Kecerdasan Emosional dan Keseimbangan Psikologis 57
3.5 Resiliensi sebagai Fondasi Ketahanan Mental 62

BAB IV — STRES DAN DAMPAKNYA TERHADAP KESEHATAN MENTAL 68
4.1 Pengertian dan Jenis-Jenis Stres 68
4.2 Sumber dan Pemicu Stres dalam Kehidupan Sehari-hari 72
4.3 Respons Fisik dan Psikologis terhadap Stres 76
4.4 Dampak Stres Berkepanjangan terhadap Kesehatan 81
4.5 Strategi Pengelolaan Stres yang Efektif 85

BAB V — KECEMASAN DAN GANGGUAN EMOSIONAL 91
5.1 Memahami Kecemasan sebagai Respons Psikologis 91
5.2 Perbedaan Kecemasan Normal dan Gangguan Kecemasan 95
5.3 Gejala dan Faktor Risiko Gangguan Kecemasan 100
5.4 Pengaruh Kecemasan terhadap Aktivitas Sehari-hari 105
5.5 Pendekatan Penanganan dan Pengelolaan Kecemasan 109

BAB VI — DEPRESI DAN TANTANGAN KESEHATAN MENTAL . 115
6.1 Pengertian dan Karakteristik Depresi 115
6.2 Faktor Penyebab dan Risiko Depresi 119
6.3 Tanda dan Gejala Depresi 123
6.4 Dampak Depresi terhadap Kehidupan Individu 128
6.5 Dukungan Psikologis dan Pendekatan Pemulihan 131

BAB VII — TRAUMA PSIKOLOGIS DAN PROSES PEMULIHAN ... 136
7.1 Konsep Dasar Trauma Psikologis 136
7.2 Jenis dan Sumber Pengalaman Traumatis 140
7.3 Dampak Trauma terhadap Emosi dan Perilaku 145
7.4 Mekanisme Adaptasi dan Pemulihan Pascatrauma 150
7.5 Pentingnya Dukungan Sosial dan Bantuan Profesional 155

BAB VIII — KESEHATAN MENTAL PADA BERBAGAI TAHAP KEHIDUPAN 160
8.1 Kesehatan Mental pada Masa Kanak-Kanak 160
8.2 Tantangan Kesehatan Mental pada Remaja 164
8.3 Kesehatan Mental pada Masa Dewasa Awal 168
8.4 Kesehatan Mental pada Masa Dewasa dan Dunia Kerja 173
8.5 Kesehatan Mental pada Kelompok Lanjut Usia 177

BAB IX — KESEHATAN MENTAL DALAM HUBUNGAN SOSIAL DAN KELUARGA 182
9.1 Peran Keluarga dalam Pembentukan Kesehatan Mental 182
9.2 Komunikasi Interpersonal dan Kesejahteraan Psikologis 186
9.3 Hubungan Sosial yang Sehat dan Suportif 190
9.4 Konflik Interpersonal dan Dampaknya terhadap Mental 195
9.5 Membangun Sistem Dukungan Sosial yang Positif 199

BAB X — KESEHATAN MENTAL DI ERA DIGITAL 205
10.1 Perkembangan Teknologi dan Dinamika Kesehatan Mental 205
10.2 Pengaruh Media Sosial terhadap Kondisi Psikologis 209
10.3 Cyberbullying dan Kekerasan Psikologis Digital 213
10.4 Kecanduan Digital dan Dampaknya terhadap Kesejahteraan Mental 218
10.5 Strategi Menjaga Kesehatan Mental dalam Kehidupan Digital 222

BAB XI — STIGMA DAN LITERASI KESEHATAN MENTAL 228

11.1 Pengertian dan Bentuk-Bentuk Stigma Kesehatan Mental 228
11.2 Mitos dan Kesalahpahaman tentang Gangguan Mental.....232
11.3 Dampak Diskriminasi terhadap Individu dengan Gangguan Mental.....236
11.4 Pentingnya Literasi dan Edukasi Kesehatan Mental.....241
11.5 Strategi Membangun Masyarakat yang Peduli Kesehatan Mental245

BAB XII — STRATEGI MENJAGA DAN MENINGKATKAN KESEHATAN MENTAL 251
12.1 Penerapan Self-Care dalam Kehidupan Sehari-hari.....251
12.2 Mindfulness, Relaksasi, dan Pengelolaan Emosi.....255
12.3 Pola Hidup Sehat dan Keseimbangan Aktivitas 259
12.4 Pengembangan Pola Pikir Positif dan Resiliensi 264
12.5 Peran Konseling dan Layanan Profesional dalam Pemeliharaan Kesehatan Mental 268

BAB XIII — MEMBANGUN KESADARAN DAN BUDAYA PEDULI KESEHATAN MENTAL 273
13.1 Pentingnya Gerakan Mental Health Awareness.....273
13.2 Peran Individu, Keluarga, dan Komunitas dalam Promosi Kesehatan Mental 277
13.3 Pendidikan dan Kampanye Kesadaran Kesehatan Mental.....281
13.4 Penguatan Lingkungan yang Aman, Inklusif, dan Mendukung....286
13.5 Mewujudkan Masyarakat yang Sehat Mental dan Berkelanjutan.291
DAFTAR REFERENSI TERVERIFIKASI.....296

BAB I — KONSEP DASAR KESEHATAN MENTAL

1.1 Pengertian dan Ruang Lingkup Kesehatan Mental

Kesehatan mental merupakan komponen fundamental dalam kerangka kesehatan manusia yang tidak hanya berbatas pada ketiadaan gangguan psikologis, tetapi juga mencakup kemampuan individu untuk berfungsi secara optimal dalam berbagai aspek kehidupan. Definisi ini tidak lagi terbatas pada kondisi yang dapat diukur secara klinis, melainkan mencerminkan kesejahteraan yang lebih luas, yang meliputi kesadaran diri, kemampuan menghadapi tekanan, serta kontribusi terhadap lingkungan sosial. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2022), kesehatan mental didefinisikan sebagai keadaan di mana individu dapat menyadari kemampuan dirinya, mengatasi tekanan kehidupan yang normal, bekerja secara produktif, dan memberikan kontribusi bagi komunitas. Definisi ini menggambarkan kesehatan mental bukan sebagai kondisi

yang dipertahankan secara pasif, melainkan sebagai proses dinamis yang melibatkan interaksi antara kapasitas internal dan kondisi eksternal. Pendekatan ini mendukung pemahaman bahwa kesehatan mental tidak dapat dipisahkan dari aspek kesehatan fisik, karena keduanya saling memengaruhi dalam konteks kehidupan sehari-hari (WHO, 2022).

Dalam konteks hukum, Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa menegaskan bahwa kesehatan jiwa merupakan kondisi di mana individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial, dengan kemampuan untuk menyadari potensi diri sendiri (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Pernyataan ini menunjukkan bahwa kesehatan mental tidak hanya berfokus pada pengobatan penyakit, tetapi juga pada proses pertumbuhan dan kemandirian individu. Dengan demikian, kesehatan mental dianggap sebagai bagian dari kesejahteraan pribadi yang terintegrasi dengan kehidupan sosial dan lingkungan. Pendekatan ini selaras dengan kerangka kerja kesehatan holistik yang menekankan pada keberlanjutan dan keseimbangan dalam kehidupan manusia, bukan hanya pada penanganan penyakit.

Konsep kesehatan mental juga telah mengalami evolusi dari pendekatan yang berorientasi pada ketiadaan gangguan

menjadi konstruksi yang lebih kompleks, melalui pengembangan model dua dimensi oleh Keyes (2002). Dalam model ini, kesehatan mental tidak hanya diukur berdasarkan kehadiran atau ketiadaan gangguan, tetapi juga melalui dimensi positif yang disebut flourishing, yang mencakup keadaan penuh makna, kebahagiaan, dan pertumbuhan pribadi. Sebaliknya, kondisi languishing menunjukkan keadaan yang tidak mengalami kemajuan atau kepuasan dalam kehidupan, meskipun tidak terdiagnosis dengan gangguan mental. Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan mental tidak hanya merupakan keberadaan tidak ada penyakit, tetapi juga mencakup kondisi sehat secara emosional dan psikologis yang aktif dan bermakna.

Pendekatan klasik yang dikembangkan oleh Jahoda (1958) memberikan dasar teoritis yang lebih luas terhadap kesehatan mental positif dengan mengusulkan enam kriteria utama: sikap positif terhadap diri sendiri, pertumbuhan dan perkembangan, integrasi kepribadian, otonomi, persepsi realitas yang akurat, serta kemampuan mengendalikan lingkungan. Kriteria-kriteria ini menjadi dasar bagi pemahaman bahwa kesehatan mental tidak hanya terkait dengan ketahanan terhadap stres, tetapi juga dengan kemampuan individu untuk memahami dan menyesuaikan diri dengan dunia sekitar. Kontribusi dari Ryff dan Singer

(1998) memperluas kerangka ini dengan mengidentifikasi enam dimensi kesejahteraan psikologis: penerimaan diri, pertumbuhan pribadi, tujuan hidup, penguasaan lingkungan, otonomi, dan hubungan positif dengan orang lain. Dimensi-dimensi ini menunjukkan bahwa kesehatan mental adalah konstruksi yang multidimensi, yang tidak dapat diukur hanya dengan skor klinis, melainkan melalui pengamatan terhadap kehidupan sehari-hari, nilai-nilai pribadi, dan kualitas hubungan sosial.

Dalam konteks praktis, definisi kesehatan mental yang luas ini menuntut pendekatan yang lebih holistik dalam perawatan kesehatan. Kesehatan mental tidak lagi dianggap sebagai bagian terpisah dari sistem kesehatan, melainkan sebagai elemen integral yang memengaruhi fungsi fisik, produktivitas, dan kualitas hidup. Dalam kerangka kerja ini, individu yang mengalami gangguan mental tetap dapat menunjukkan aspek-aspek kesehatan mental positif, sebaliknya, individu yang tidak mengalami gangguan dapat mengalami kondisi languishing yang berdampak negatif pada kesejahteraan mereka. Oleh karena itu, kesehatan mental harus dipahami sebagai keadaan dinamis yang melibatkan interaksi antara kapasitas pribadi dan lingkungan sosial, bukan sekadar penilaian berdasarkan keberadaan gangguan atau tidaknya.

1.2 Sejarah dan Perkembangan Konsep Kesehatan Mental

Konsep kesehatan mental tidak lahir dalam konteks yang bersifat monolitik atau statis, melainkan berkembang melalui pergeseran paradigma yang mencerminkan evolusi pemahaman manusia terhadap diri sendiri, kehidupan, dan keseimbangan dalam berinteraksi dengan dunia. Di era pra-modern, gangguan mental sering dijelaskan melalui lensa keagamaan dan moral, di mana penyebabnya dikaitkan dengan pengaruh dari entitas supranatural seperti kerasukan roh, kehendak ilahi, atau kesalahan dalam tindakan moral. Pendekatan ini mencerminkan kebutuhan akan penjelasan yang dapat diterima secara sosial dan religius, tetapi secara kognitif terbatas, karena tidak memungkinkan pengukuran atau intervensi yang berbasis pada proses biologis atau psikologis. Perubahan mendasar terjadi pada abad ke-18, ketika muncul gerakan yang memandang gangguan mental sebagai kondisi medis yang dapat diatasi melalui perawatan, bukan hukuman atau penjara. Salah satu titik balik penting adalah kegiatan reformasi di Bicêtre Hospital, Paris, pada tahun 1793, ketika Philippe Pinel menghentikan praktik penjara yang melibatkan belenggu dan kekerasan terhadap pasien. Melalui pendekatan yang dikenal sebagai moral treatment, Pinel menekankan pentingnya lingkungan yang tenang, kehadiran sosial, dan aktivitas yang mendukung

kesejahteraan psikologis. Pada saat itu, pasien diperlakukan bukan sebagai benda yang perlu dikendalikan, melainkan sebagai individu yang memiliki kapasitas untuk memulihkan diri. Pendekatan ini menjadi dasar bagi kemunculan sistem perawatan mental yang lebih manusiawi dan berorientasi pada pemulihan.

Pertumbuhan sistem klasifikasi psikiatri pada abad ke-19 membawa perubahan struktural dalam cara kita memahami gangguan mental. Emil Kraepelin, dalam karya Compendium der Psychiatrie (1883), mengusulkan sistem klasifikasi berbasis etiologi dan perkembangan klinis, yang membedakan antara dementia praecox (yang kemudian dikenal sebagai skizofrenia) dan manic-depressive insanity. Sistem ini menjadi fondasi bagi pengembangan psikiatri modern, karena mencoba menyusun gangguan mental berdasarkan pola gejala dan jalur perkembangannya, bukan hanya berdasarkan kepercayaan atau penilaian sosial. Namun, klasifikasi ini tetap mengandung dimensi yang dominan dalam penafsiran medis, sehingga mengabaikan faktor sosial, psikologis, atau lingkungan yang memengaruhi kondisi individu. Perkembangan selanjutnya datang dari bidang psikologi, khususnya dengan munculnya psikoanalisis yang dikembangkan oleh Sigmund Freud pada awal abad ke-20. Freud menekankan peran ketidaksadaran, konflik internal,

dan pengalaman masa kecil dalam memahami gangguan psikologis. Pendekatan ini membuka jalan bagi pemahaman bahwa gangguan mental bukan hanya hasil dari gangguan biologis, tetapi juga akumulasi dari dinamika internal yang kompleks dan terus-menerus berubah.

Gerakan sosial yang muncul pada awal abad ke-20, khususnya melalui inisiatif Clifford Beers (1908) dengan menerbitkan buku A Mind That Found Itself, menandai pergeseran dari pendekatan institusional ke pendekatan yang lebih eksplisit terhadap kesadaran publik. Beers, sebagai individu yang mengalami gangguan mental dan merasa diabaikan oleh sistem, memperkenalkan konsep mental hygiene sebagai upaya pencegahan dan perawatan yang dapat dilakukan oleh masyarakat secara luas. Ini menjadi awal dari gerakan pendidikan dan kampanye publik untuk meningkatkan pemahaman terhadap gangguan mental, serta menekankan bahwa kesehatan mental bukan hanya tanggung jawab institusi, tetapi juga tanggung jawab keluarga, sekolah, dan masyarakat. Peran ini menjadi semakin penting setelah Perang Dunia II, ketika Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 1948 secara resmi memasukkan kesehatan mental dalam definisi kesehatan holistik, yang mencerminkan pengakuan bahwa kesehatan tidak hanya berhubungan dengan tubuh, tetapi juga dengan fungsi mental dan sosial.

Evolusi konsep ini mencapai titik balik dengan munculnya model biopsikososial, yang dikemukakan oleh George Engel pada tahun 1977. Engel menolak pendekatan biomedis yang menganggap gangguan mental sebagai kelainan fungsional yang dapat diidentifikasi secara eksak dan ditangani secara farmakologis. Ia menekankan bahwa gangguan mental merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Model ini tidak hanya memperluas pemahaman terhadap penyebab gangguan, tetapi juga mengusulkan bahwa kesehatan mental harus dipandang sebagai kondisi dinamis yang dibentuk oleh lingkungan, nilai sosial, dan pengalaman hidup. Dalam sistem klasifikasi resmi seperti DSM-I (1952) hingga DSM-5-TR (2022), perubahan ini tercermin dalam penambahan kategori gangguan yang lebih kompleks dan lebih berfokus pada aspek fungsional, bukan hanya gejala. Namun, meskipun sistem klasifikasi terus berkembang, tantangan utama tetap berada pada kemampuan untuk mengintegrasikan dimensi sosial dan psikologis ke dalam praktik perawatan yang nyata, terutama di tengah sistem kesehatan yang masih dominan berbasis biomedis.

1.3 Dimensi Kesehatan Mental dalam Kehidupan Manusia

Kesehatan mental tidak dapat dipahami sebagai konsep monolitik atau sekadar ketiadaan gangguan psikologis. Sebaliknya, ia merupakan konstruksi multidimensi yang mencerminkan keadaan dinamis individu dalam memanfaatkan kapasitas dirinya secara seimbang dengan lingkungan sosial dan nilai-nilai yang diakui secara umum. Menurut definisi WHO (2001), kesehatan mental bukan sekadar keberadaan yang bebas dari penyakit, tetapi merupakan kondisi dinamis yang memungkinkan seseorang mengakses dan menggunakan kemampuan dirinya dalam harmoni dengan norma dan nilai masyarakat (WHO, 2001). Ini menunjukkan bahwa kesehatan mental adalah hasil dari interaksi kompleks antara kondisi internal dan eksternal, yang melibatkan aspek emosional, kognitif, sosial, spiritual, serta fungsional. Setiap dimensi tersebut tidak hanya berdiri sendiri, tetapi saling memengaruhi, membentuk persepsi dan kemampuan individu dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

Dalam kerangka teoritis yang lebih sistematis, Ryff (1989) mengemukakan enam dimensi kesejahteraan psikologis yang menjadi pilar utama dalam memahami kesehatan mental. Dimensi pertama, penerimaan diri, mencerminkan kecenderungan individu untuk menghargai dirinya sendiri secara utuh, tanpa penilaian negatif dari

lingkungan. Ini tidak berarti kepuasan terhadap kesempurnaan, melainkan kemampuan untuk menilai diri dengan realistis dan tanpa hukuman diri. Dimensi kedua, pertumbuhan pribadi, menunjukkan kemampuan individu untuk berkembang secara berkelanjutan, baik dalam aspek keterampilan, pengetahuan, maupun kepercayaan diri. Pertumbuhan ini tidak terbatas pada pencapaian akademik atau karier, tetapi mencakup perjalanan dalam memahami diri dan menghadapi perubahan hidup. Dimensi ketiga, tujuan hidup, menekankan pentingnya adanya arah atau makna dalam aktivitas sehari-hari. Individu yang memiliki tujuan hidup yang jelas cenderung lebih stabil secara emosional dan memiliki daya tahan terhadap tekanan. Dimensi keempat, penguasaan lingkungan, mengacu pada kemampuan seseorang untuk merespons dan menyesuaikan diri terhadap perubahan lingkungan, baik secara sosial maupun ekonomi. Ini mencakup keterampilan adaptif dan kepercayaan terhadap kemampuan diri untuk mengatasi tantangan. Dimensi kelima, otonomi, berkaitan dengan kebebasan individu dalam membuat keputusan yang sesuai dengan nilai pribadi, tanpa dipaksa oleh tekanan sosial atau kekuasaan eksternal. Akhirnya, dimensi keenam, hubungan positif dengan orang lain, menekankan pentingnya kualitas interaksi sosial, termasuk kehangatan, empati, dan saling pengertian.

Kualitas hubungan ini secara langsung memengaruhi kesejahteraan emosional dan stabilitas psikologis.

Keseluruhan kerangka ini tidak hanya berfungsi sebagai indikator kesejahteraan, tetapi juga menjadi alat analisis untuk memahami bagaimana individu berinteraksi dengan dunia. Galderisi dan rekan-rekannya (2015) memperluas pemahaman tersebut dengan menyatakan bahwa kesehatan mental adalah kondisi ekuilibrium dinamis yang memungkinkan individu menggunakan kemampuan mereka secara koheren dengan nilai-nilai universal masyarakat. Ini menekankan bahwa kesehatan mental bukan hanya soal keberadaan fungsi psikologis, tetapi juga keterlibatan individu dalam struktur sosial yang lebih luas. Dalam konteks ini, peran nilai dan norma sosial menjadi elemen penting dalam menentukan apakah seseorang dianggap "sehat" secara mental. Misalnya, seorang individu yang menunjukkan kecenderungan emosional yang stabil tetapi tidak memiliki hubungan sosial yang kuat dapat dianggap tidak sepenuhnya sehat dari sudut pandang sosial, meskipun secara kognitif dan emosional ia tidak mengalami gangguan. Sebaliknya, seseorang yang mengalami gangguan emosional namun memiliki hubungan yang kuat dan tujuan hidup dapat menunjukkan tingkat kesejahteraan yang tinggi dalam dimensi tertentu.

Dimensi spiritualitas dan makna hidup juga memainkan peran kritis dalam kesehatan mental, terutama dalam konteks perjalanan manusia yang mempertimbangkan makna eksistensial. Vaillant (2012) dalam studi longitudinal tentang kelompok pria di Harvard Grant Study menunjukkan bahwa kehadiran makna hidup dan kepercayaan terhadap nilai-nilai spiritual merupakan faktor penentu dalam ketahanan psikologis selama masa-masa sulit. Individu yang merasa memiliki tujuan atau makna dalam kehidupan cenderung lebih mudah menghadapi kegagalan, kehilangan, atau tekanan sosial. Ini menandai bahwa dimensi spiritual tidak hanya sebagai tambahan, tetapi sebagai bagian integral dari struktur kesehatan mental yang utuh. Dalam kerangka ini, kesehatan mental bukanlah hanya hasil dari proses kognitif atau emosional, tetapi juga dari keberadaan konstruksi makna yang dibangun melalui pengalaman hidup.

Interaksi antar dimensi ini juga terlihat dalam pengembangan indeks flourishing oleh Huppert dan So (2013), yang mengintegrasikan 10 indikator yang dikumpulkan dari 23 negara Eropa. Indeks ini menunjukkan bahwa individu yang menunjukkan keberhasilan dalam beberapa dimensi sering kali menunjukkan kesejahteraan yang lebih tinggi secara keseluruhan, meskipun tidak semua dimensi tersebut mencapai level maksimal. Hal ini

mengindikasikan bahwa kesehatan mental adalah fenomena yang tidak berbasis pada keberadaan sempurna, tetapi pada kemampuan individu untuk berada dalam keseimbangan yang dapat dikelola secara kontinu. Dalam praktiknya, hal ini berarti bahwa dukungan sosial, kualitas hubungan, serta kepercayaan diri dapat menjadi penstabil utama ketika dimensi lain mengalami gangguan sementara.

Keseluruhan gambaran ini menunjukkan bahwa kesehatan mental merupakan sistem yang kompleks dan dinamis, bukan sekadar keberadaan tanpa gangguan. Ia mencerminkan kualitas hidup individu dalam berinteraksi dengan dirinya sendiri, orang lain, dan lingkungannya. Dengan demikian, pendekatan terhadap kesehatan mental harus melampaui aspek klinis dan meliputi aspek sosial, nilai, dan makna hidup yang menjadi bagian dari kehidupan manusia sehari-hari.

1.4 Perbedaan Kesehatan Mental dan Gangguan Mental

Kesehatan mental dan gangguan mental merupakan dua konstruksi yang sering dikonfusikan dalam praktik kesehatan dan kesadaran publik, namun secara konseptual mereka memiliki dasar yang berbeda. Perbedaan ini tidak hanya bersifat definisif, tetapi juga mengandung implikasi terhadap cara kita memahami fungsi psikologis manusia dalam

kehidupan sehari-hari. Kesehatan mental, menurut definisi dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2022), adalah keadaan di mana individu menyadari kemampuan dirinya, dapat mengatasi tekanan kehidupan yang normal, bekerja secara produktif, dan memberikan kontribusi pada komunitas. Konsep ini menekankan kemampuan individu dalam menjalani kehidupan secara seimbang, tidak hanya dalam hal ketiadaan gangguan, tetapi juga dalam hal keterlibatan aktif dan bermakna. Sebaliknya, gangguan mental didefinisikan sebagai sindrom yang menunjukkan gangguan klinis signifikan pada kognisi, regulasi emosi, atau perilaku yang mencerminkan disfungsi dalam proses psikologis, biologis, atau perkembangan (APA, 2013). Definisi ini menekankan elemen patologis dan gangguan fungsi, bukan sekadar ketidakseimbangan emosional atau tekanan hidup.

Model dua dimensi yang dikemukakan oleh Keyes (2002) menjadi kerangka analitis yang paling relevan untuk membedakan kedua konstruk tersebut. Ia mengusulkan bahwa kesehatan mental dan gangguan mental bukanlah dua ujung dari satu kontinum yang terus-menerus, melainkan dua dimensi yang secara empiris dapat dipisahkan. Dalam kerangka ini, individu dapat berada dalam kondisi "languishing" — yaitu, tidak mengalami gangguan mental namun tidak juga merasakan keberadaan kesejahteraan

psikologis (flourishing). Studi Keyes (2005) menunjukkan bahwa individu dalam kondisi ini mengalami beban fungsional yang hampir setara dengan mereka yang menderita gangguan mental, termasuk kesulitan dalam kinerja sosial, pengambilan keputusan, dan kualitas hidup. Hal ini membuka ruang untuk memahami bahwa ketidaksejahteraan psikologis tidak selalu berhubungan dengan diagnosis medis formal, tetapi juga bisa muncul sebagai hasil dari ketidakmampuan individu untuk berfungsi secara optimal dalam konteks sosial dan emosional.

Dari sisi klasifikasi, perbedaan antara kesehatan mental dan gangguan mental juga terlihat dalam struktur sistem klasifikasi yang digunakan secara profesional. DSM-5 (APA, 2013) menyediakan kategori spesifik untuk gangguan mental berdasarkan kriteria klinis yang terukur, termasuk durasi, intensitas, dan dampak terhadap fungsi harian. Sementara itu, kesehatan mental tidak diukur dalam bentuk diagnosis, melainkan melalui indikator-indikator seperti kesejahteraan diri, kepercayaan diri, kemampuan menanggapi tekanan, dan keterlibatan sosial. Pendekatan ini menunjukkan bahwa kesehatan mental lebih bersifat dinamis dan kontekstual, sedangkan gangguan mental bersifat statis dan terfokus pada kegagalan fungsi. Konsep "harmful dysfunction" yang dikembangkan oleh Wakefield (1992) memperkuat

pemisahan ini dengan menekankan bahwa gangguan mental harus dianggap sebagai kondisi yang mengganggu fungsi, bukan sekadar perbedaan dalam respons terhadap tekanan. Ia membedakan antara respons normal terhadap keadaan sulit dan gangguan yang menghambat kemampuan individu untuk berfungsi secara normal dalam kehidupan sehari-hari.

Perbedaan ini juga mencerminkan perbedaan dalam pendekatan pengelolaan dan intervensi. Individu dengan gangguan mental biasanya memerlukan intervensi terstruktur, seperti terapi kognitif perilaku, pengobatan farmakologis, atau pendekatan berbasis klinis yang ditentukan oleh keberadaan gejala. Sebaliknya, pendekatan terhadap kesehatan mental sering kali berbasis pada pengembangan keterampilan diri, peningkatan kesadaran diri, dan peningkatan kualitas hubungan sosial. Pendekatan ini tidak hanya mengabaikan diagnosis, tetapi juga menekankan pada proses pertumbuhan individu. Dalam kerangka ini, seseorang dapat mengalami gangguan mental namun tetap menunjukkan aspek-aspek positif seperti kepercayaan diri, rasa memiliki, atau kemampuan menyelesaikan masalah. Sebaliknya, seseorang yang tidak mengalami gangguan mental dapat tetap hidup dalam kondisi "languishing" yang berdampak negatif pada kualitas hidup secara fungsional.

Pendekatan ini juga didukung oleh data global yang menunjukkan bahwa gangguan mental dan penyalahgunaan zat menyumbang 13% dari beban penyakit global (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Namun, tidak semua individu yang mengalami gangguan mental memiliki gangguan yang disertai dengan disfungsi signifikan, dan sebaliknya, banyak individu yang tidak memiliki diagnosis tetap menunjukkan indikator kesejahteraan psikologis rendah. Hal ini menegaskan bahwa kesehatan mental bukan sekadar keberadaan atau ketiadaan gangguan, melainkan konstruksi yang melibatkan dinamika kompleks antara kemampuan, kebutuhan, dan lingkungan hidup. Dengan demikian, pemahaman perbedaan antara kesehatan mental dan gangguan mental tidak hanya penting secara teoretis, tetapi juga memiliki dampak langsung terhadap kebijakan kesehatan, akses terhadap layanan, dan peningkatan literasi masyarakat terhadap kesehatan mental.

1.5 Pentingnya Kesadaran terhadap Kesehatan Mental

Kesadaran terhadap kesehatan mental merupakan faktor kunci dalam menentukan kualitas layanan kesehatan, pengaksesan bantuan, dan hasil kesejahteraan individu secara luas. Dalam konteks global, kekurangan kesadaran ini bukan hanya mengakibatkan penundaan dalam mencari bantuan,

tetapi juga memperkuat dinamika stigmatisasi sosial yang menghambat proses pemulihan. Data dari World Health Organization (2022) menunjukkan bahwa sekitar 1 dari 8 orang di dunia, atau sebanyak 970 juta individu, mengalami gangguan mental. Angka ini mengindikasikan skala luas permasalahan yang tidak terdeteksi secara tepat karena kurangnya pemahaman masyarakat terhadap gejala, penyebab, dan implikasi kesehatan mental. Keterlambatan dalam pencarian bantuan menjadi pola yang sistemik; studi WHO World Mental Health Survey (Wang et al., 2007) melaporkan rata-rata keterlambatan antara awal onset gangguan dan kunjungan pertama ke layanan profesional mencapai 6 hingga 8 tahun. Keterlambatan tersebut menandai kegagalan dalam proses deteksi dini, yang secara langsung berkontribusi terhadap peningkatan beban klinis, penurunan fungsi sosial, dan risiko komplikasi jangka panjang seperti gangguan kognitif atau disfungsi emosional.

Di tingkat lokal, kondisi serupa teramati dalam konteks Indonesia. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 dari Kementerian Kesehatan RI mencatat prevalensi gangguan mental emosional pada populasi di atas usia 15 tahun mencapai 9,8%. Meskipun angka ini menunjukkan tingkat kejadian yang relatif tinggi, tingkat pengaksesan layanan kesehatan jiwa tetap rendah. Data Thornicroft dan rekan-

rekannya (2017) menunjukkan bahwa hanya sekitar 1 dari 27 orang dengan gangguan mental di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah menerima pengobatan. Hal ini tidak hanya mengindikasikan kesenjangan akses, tetapi juga mengungkapkan kelemahan dalam sistem kesadaran publik terhadap kondisi tersebut. Kehadiran gangguan mental tidak selalu dianggap sebagai kegagalan individu, tetapi sering kali dikaitkan dengan kegagalan sosial, kekurangan akhlak, atau faktor keluarga yang tidak dapat diperbaiki secara medis. Dalam kondisi seperti ini, individu cenderung menghindari mencari bantuan karena takut dikategorikan sebagai "tidak normal" atau "lemah".

Stigma sosial menjadi salah satu hambatan utama dalam peningkatan kesadaran. Rüsch, Angermeyer, dan Corrigan (2005) menunjukkan bahwa stigma publik terhadap gangguan mental secara langsung berkorelasi dengan penurunan keinginan mencari bantuan, terutama pada kelompok muda dan perempuan. Ketika gangguan mental dikaitkan dengan nilai-nilai moral seperti ketidakmampuan, kegagalan, atau ketidakberdayaan, maka individu yang mengalami kondisi tersebut cenderung mengalami isolasi sosial, yang pada gilirannya memperparah kondisi kesehatan mental mereka. Stigma bukan hanya berdampak pada persepsi publik, tetapi juga memengaruhi struktur sistem

kesehatan yang sering kali mengabaikan kebutuhan khusus individu dengan gangguan mental. Sistem pelayanan yang masih berorientasi pada pendekatan patologis dan klinis menyiratkan bahwa keberadaan gangguan harus diatasi melalui intervensi medis, sehingga mengabaikan aspek kesejahteraan positif dan kemampuan individu untuk menghadapi tekanan kehidupan secara sehat.

Peningkatan kesadaran, sebaliknya, berpotensi mengubah paradigma tersebut. Intervensi seperti "Mental Health First Aid" yang dikembangkan oleh Jorm dan rekan-rekannya (2010) telah terbukti meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku tolong menolong secara signifikan, terutama di kalangan pelajar dan tenaga pendidik. Pelatihan ini tidak hanya memberikan pemahaman dasar tentang gejala gangguan mental, tetapi juga memperluas kerangka kerja untuk merespons dengan empati dan tindakan yang sehat. Dalam konteks pendidikan dan komunitas, kehadiran kesadaran yang terstruktur membuka ruang bagi dialog yang lebih sehat dan inklusif, sehingga memungkinkan masyarakat untuk memandang kesehatan mental sebagai bagian dari kesejahteraan umum, bukan sebagai masalah individu yang harus ditutupi. Pengetahuan yang lebih luas mengenai dimensi kesejahteraan psikologis—seperti penerimaan diri, tujuan hidup, atau hubungan sosial—juga membantu

membangun persepsi bahwa kesehatan mental adalah kondisi dinamis yang dapat dikembangkan, bukan hanya keadaan yang harus diobati.

Pengembangan kesadaran juga berkontribusi pada peningkatan literasi kesehatan dan kepercayaan terhadap layanan. Ketika individu memahami bahwa gangguan mental dapat terjadi karena faktor lingkungan, emosional, atau sosial, mereka cenderung merasa lebih terhubung dengan proses pemulihan dan lebih percaya diri dalam memilih pendekatan yang sesuai. Ini menandai pergeseran dari pendekatan patologis menuju pendekatan holistik yang memperhatikan keseimbangan antara kondisi emosional, sosial, dan spiritual. Dalam kerangka ini, kesadaran bukan sekadar informasi, tetapi menjadi alat untuk membangun budaya yang mendukung kesejahteraan mental sebagai bagian dari kehidupan yang sehat dan berkelanjutan.

BAB II — FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KESEHATAN MENTAL

2.1 Faktor Biologis dan Genetik

Faktor biologis dan genetik membentuk dasar struktural yang mendasari kemunculan gangguan gangguan mental, dengan kontribusi yang tidak hanya kuantitatif tetapi juga kualitatif dalam bentuk mekanisme fisiologis dan pola ekspresi genetik. Heritabilitas sebagai ukuran sejauh mana variasi fenotipik dapat dijelaskan oleh variasi genetik, menunjukkan bahwa sejumlah gangguan mental memiliki komponen genetik yang signifikan. Menurut Sullivan et al. (2012), skizofrenia menunjukkan heritabilitas sekitar 81%, sementara gangguan bipolar mencapai 75% dan depresi mayor sekitar 37%. Angka-angka ini mengindikasikan bahwa meskipun faktor lingkungan tidak dapat diabaikan, genetika memainkan peran dominan dalam membangun predisposisi

terhadap beberapa gangguan mental. Dalam konteks ini, heritabilitas bukan berarti bahwa genetik menentukan hasil akhir secara mutlak, tetapi menunjukkan bahwa variasi antar individu dalam rentang risiko gangguan mental dapat dipengaruhi oleh pola genetik yang terkait secara langsung dengan kecenderungan neurobiologis. Penelitian meta-analisis pada pasangan kembar, yang memperhitungkan faktor lingkungan yang sama, memberikan bukti kuat bahwa perbedaan manifestasi gangguan mental antar pasangan kembar dapat dijelaskan oleh perbedaan genetik, terutama dalam kasus skizofrenia dan gangguan bipolar.

Pendekatan genomik modern, khususnya genom wide association studies (GWAS), telah mengungkap ratusan lokus genetik yang terkait dengan berbagai gangguan mental. Studi kelompok lintas gangguan dari Psychiatric Genomics Consortium (2019) mengidentifikasi lokus genetik yang terlibat dalam lebih dari delapan gangguan psikiatris, menunjukkan adanya mekanisme pleiotropik—yaitu, satu lokus gen yang memengaruhi beberapa gangguan mental secara bersamaan. Dalam konteks ini, pola genetik tidak hanya terbatas pada satu gangguan tertentu, tetapi membentuk jaringan kausal yang saling terhubung. Hal ini membuka ruang untuk memahami bagaimana gangguan mental muncul sebagai hasil dari interaksi antara gen dan

jalur biologis yang terkait dengan fungsi otak. Misalnya, perubahan pada gen yang mengatur sintesis neurotransmiter dapat memengaruhi fungsi sistem saraf yang berperan dalam regulasi emosi dan persepsi dunia. Sistem neurotransmiter seperti dopamin, serotonin, norepinefrin, dan GABA telah dikaitkan secara klinis dengan berbagai gangguan mental. Dopamin, misalnya, terlibat dalam pengaturan motivasi dan persepsi kegembiraan, sehingga gangguan pada sistem dopamin dapat menjelaskan gejala skizofrenia dan gangguan ADHD. Serotonin, yang berperan dalam regulasi suasana hati dan respons terhadap stres, terlibat dalam depresi dan kecemasan. Norepinefrin, yang berfungsi dalam respons stres, juga terlibat dalam gangguan depresi, sementara GABA, sebagai neurotransmiter inhibisi, berkaitan dengan gangguan kecemasan.

Dari sisi struktur otak, penurunan volume hipokampus merupakan temuan klinis yang konsisten dalam individu dengan depresi mayor. Sheline et al. (1996) melaporkan adanya atrofi hipokampus pada pasien dengan depresi rekuren, dan meta-analisis oleh McKinnon et al. (2009) menunjukkan rata-rata pengurangan sebesar 10% dibandingkan kelompok kontrol. Hipokampus berperan sebagai pusat dalam regulasi emosi dan memori, khususnya dalam menanggapi rangsangan stres. Pengurangan volume ini

dianggap sebagai respons fisiologis terhadap gangguan sistem saraf hipotalamus-pituitari-hipokampus (HPA axis). Ketika sistem ini tidak berfungsi secara optimal, kortisol—hormon stres—terhasil secara kronis, yang pada gilirannya merusak struktur hipokampus dan mengganggu kemampuan regulasi emosi (McEwen, 2008). Proses ini membentuk lingkaran negatif di mana stres berkelanjutan memperparah gangguan emosional, yang kemudian memperkuat respons stres. Selain itu, mekanisme epigenetik menunjukkan bahwa pengalaman masa kanak-kanak yang merugikan—seperti kekerasan, kehilangan, atau lingkungan tidak aman—dapat mengubah ekspresi gen terkait stres secara permanen (McGowan et al., 2009). Studi ini menunjukkan bahwa ekspresi gen reseptor kortisol di otak dapat diubah oleh pengalaman trauma, sehingga memperkuat sensitivitas terhadap stres sepanjang hidup. Dengan demikian, faktor biologis dan genetik tidak hanya berfungsi sebagai penyebab awal, tetapi juga sebagai faktor yang dinamis, berubah seiring dengan pengalaman dan lingkungan.

Pemahaman terhadap faktor biologis dan genetik tidak hanya menggambarkan kerentanan individu, tetapi juga membuka jalan untuk pemahaman lebih dalam mengenai bagaimana interaksi antar sistem biologis dapat membentuk profil kesehatan mental. Namun, karena faktor ini bersifat

kuantitatif dan terbatas dalam pengaruhnya terhadap manifestasi gangguan, perlu dipertimbangkan dalam konteks integratif dengan faktor psikologis dan sosial. Biologis bukan satu-satunya dimensi, namun berfungsi sebagai fondasi yang memungkinkan terjadinya respons terhadap tekanan lingkungan.

2.2 Faktor Psikologis dan Kepribadian

Faktor psikologis dan kepribadian membentuk lapisan penting dalam memahami dinamika kesehatan mental, sebagai penentu bagaimana individu menanggapi, menafsirkan, dan mengatur pengalaman internal serta eksternal dalam kehidupan. Model Lima Faktor (Big Five) menjadi kerangka kerja yang kuat untuk mengkategorikan variasi kepribadian yang memiliki hubungan langsung dengan kondisi psikologis. Dalam konteks ini, neurotisisme—yang mencerminkan kecenderungan terhadap emosi negatif, seperti kecemasan, iritabilitas, dan kecenderungan mengalami stres—ditemukan berkorelasi kuat dengan kecenderungan mengalami gangguan mental, termasuk depresi dan kecemasan (Lahey, 2009). Keterkaitan ini tidak bersifat kausal tunggal, namun bersifat kuantitatif dan konsisten dalam berbagai populasi, di mana individu dengan skor neurotisisme tinggi cenderung mengalami lebih banyak

gejala emosional yang tidak stabil. Sebaliknya, kecenderungan terhadap konseptualitas dan disiplin diri, yang dinyatakan dalam dimensi conscientiousness, dikaitkan dengan kesehatan mental yang lebih baik, termasuk lebih rendahnya risiko depresi dan kecemasan. Pola ini menunjukkan bahwa kepribadian bukan hanya refleksi dari karakteristik individu, tetapi juga menjadi penentu dalam proses pengelolaan stres dan respons terhadap tantangan lingkungan.

Pola pikir—yang dikenal sebagai cognitive schemas—berperan sebagai sistem kognitif yang membentuk cara individu memahami dunia. Menurut Beck (1979), pola pikir maladaptif seperti over-generalisasi, catastrophizing, dan mind-reading menjadi fondasi awal dari terbentuknya gangguan depresi dan kecemasan. Ketika individu memproses pengalaman negatif secara berulang dengan interpretasi yang ekstrem, mereka cenderung mengalami penurunan kualitas hidup yang berkelanjutan. Misalnya, kesalahan kecil dalam pekerjaan bisa dianggap sebagai kegagalan total, dan kejadian yang tidak terduga dianggap sebagai indikator kegagalan masa depan. Pola pikir semacam ini tidak hanya memperkuat sensasi negatif, tetapi juga mengurangi kemampuan untuk mengubah atau menyelesaikan situasi secara adaptif. Dalam pengamatan longitudinal, pola kognitif yang tidak seimbang ini sering kali muncul sebelum manifestasi gejala klinis,

menunjukkan peran sebagai faktor predisposisi yang dapat diidentifikasi sejak masa remaja.

Teori keterikatan (attachment theory) memberikan kerangka yang lebih luas untuk memahami bagaimana pengalaman awal dalam hubungan sosial membentuk kapasitas regulasi emosi di masa dewasa. Bowlby (1982) dan Ainsworth (1978) menunjukkan bahwa pola keterikatan yang tidak aman—seperti terikat secara tidak stabil atau menghindari kontak emosional—dipengaruhi oleh kondisi pengasuhan di masa kanak-kanak. Anak yang terikat secara tidak aman cenderung mengalami kesulitan dalam mengelola emosi, terutama dalam situasi stres, dan memiliki kecenderungan untuk menunjukkan perilaku yang berlebihan atau terpenuhi secara ekstrem terhadap kebutuhan emosional. Dampak ini tidak terbatas pada hubungan pribadi, tetapi juga berdampak pada kemampuan individu dalam menanggapi perubahan sosial dan mengelola ketegangan psikologis secara umum. Keterikatan yang tidak aman, terutama dalam konteks perpisahan atau kehilangan, dapat memperkuat respons emosional yang tidak seimbang dan menjadi sumber kecemasan atau depresi pada masa dewasa.

Keyakinan diri, atau self-efficacy, menurut Bandura (1977), menjadi penentu dalam menentukan bagaimana individu memandang kemampuan diri untuk menghadapi

tantangan. Ketika seseorang percaya bahwa ia memiliki kemampuan untuk mengatasi masalah, ia cenderung mengambil tindakan yang lebih proaktif, mengalami stres yang lebih rendah, dan mempertahankan persepsi positif terhadap diri sendiri. Sebaliknya, penurunan keyakinan ini dapat memicu respons seperti kehilangan kendali, penundaan tindakan, dan peningkatan rasa bersalah. Dalam konteks kesehatan mental, self-efficacy berfungsi sebagai penyeimbang terhadap tekanan eksternal, memperkuat mekanisme pertahanan kognitif yang mencegah terjadinya gangguan. Namun, peran ini tidak otomatis; ia membutuhkan pengalaman yang positif dan dukungan sosial untuk berkembang.

Fenomena learned helplessness, yang dikemukakan oleh Seligman (1975), menunjukkan bagaimana individu dapat berubah dalam cara mereka menanggapi kegagalan, terutama ketika mereka merasa tidak memiliki kendali atas situasi. Dalam kondisi seperti itu, mereka cenderung mengabaikan peluang perbaikan, menolak tindakan yang bisa mengubah hasil, dan menilai diri mereka sendiri sebagai tidak efektif. Hubungan ini dengan depresi bukan hanya korelasi, tetapi juga menunjukkan proses psikologis yang dapat dikonfirmasi secara eksperimental. Ketika individu mengalami kegagalan berulang tanpa koreksi atau dukungan,

mereka mulai memandang dunia sebagai tidak dapat diubah, yang kemudian menjadi dasar bagi kecenderungan untuk mengalami kehilangan harapan dan perasaan tidak berharga.

Faktor lain yang sangat penting adalah ruminasi, yang telah ditemukan sebagai mekanisme transdiagnostik dalam gangguan mental. Nolen-Hoeksema et al. (2008) menunjukkan bahwa ruminasi—yaitu proses memikirkan kembali kejadian negatif secara berulang—tidak hanya memperpanjang durasi episode depresi, tetapi juga menghambat kemampuan individu untuk mengidentifikasi solusi dan mengalihkan fokus. Ruminasi tidak hanya berfungsi sebagai reaksi terhadap stres, tetapi juga sebagai perpanjangan dari proses kognitif yang menghambat pemulihan. Dalam konteks ini, ruminasi menjadi bagian dari dinamika internal yang memperkuat kecenderungan emosional yang tidak seimbang, dan dapat dilihat sebagai penanda awal dari penurunan fungsi kognitif yang mendasari gangguan mental.

2.3 Faktor Sosial, Budaya, dan Lingkungan

Faktor sosial, budaya, dan lingkungan berperan sebagai pendorong utama dalam membentuk dinamika kesehatan mental individu dan komunitas. Peran ini tidak terbatas pada struktur sosial semata, tetapi mencakup interaksi kompleks

antara kondisi ekonomi, pola interaksi sosial, dan konteks budaya yang memengaruhi persepsi dan ekspresi gangguan mental. Dalam konteks sosioekonomi, kemiskinan telah terbukti meningkatkan risiko gangguan mental sebesar 2–3 kali lipat, sebuah korelasi yang ditemukan dalam studi yang melibatkan populasi di negara-negara berkembang (Patel & Kleinman, 2003). Kondisi ini tidak hanya menciptakan tekanan lingkungan, tetapi juga membatasi akses terhadap layanan kesehatan mental, pendidikan, dan ruang sosial yang mendukung, sehingga menciptakan lingkungan yang memperkuat resiko psikologis. Hubungan ini bukan hanya kausalitas sederhana, tetapi juga melibatkan proses yang saling memperkuat: individu yang berada dalam kondisi ekonomi rendah cenderung mengalami lebih banyak stres kronis, yang pada gilirannya memperkuat pola pikir negatif dan mengurangi kapasitas regulasi emosi.

Pendekatan yang membedakan antara social causation dan social selection memberikan wawasan tentang mekanisme ini. Studi prospektif menunjukkan bahwa keduanya dapat berfungsi secara bersamaan; kemiskinan dapat secara langsung memicu gangguan mental (causation), tetapi juga bahwa individu yang sudah memiliki riwayat gangguan mental lebih cenderung berada dalam kondisi sosial yang terbatas (selection). Dohrenwend et al. (1992)

mengemukakan bahwa keberadaan faktor sosial seperti pendapatan rendah, akses terbatas ke fasilitas kesehatan, dan stres lingkungan menjadi faktor penentu dalam perkembangan gangguan mental. Dalam konteks urbanisasi, tinggal di kota besar dikaitkan dengan peningkatan risiko skizofrenia sebesar dua kali lipat, menurut meta-analisis Vassos et al. (2012). Faktor ini tidak hanya terkait dengan kepadatan penduduk, tetapi juga dengan peningkatan stres sosial, keterasingan, dan kurangnya ruang publik yang mendukung interaksi sosial positif. Urbanitas menciptakan lingkungan yang memicu respons psikologis berbeda dibandingkan dengan kawasan pedesaan, terutama dalam hal regulasi emosi dan keterhubungan sosial.

Di sisi lain, diskriminasi rasial merupakan elemen penting dalam memengaruhi kesehatan mental, terutama dalam konteks kekerasan sosial dan pengalaman kekerasan yang berulang. Williams et al. (2019) menunjukkan bahwa pengalaman diskriminasi secara langsung dikaitkan dengan peningkatan gejala PTSD, depresi, dan kecemasan. Pengalaman ini tidak hanya berdampak secara psikologis, tetapi juga memicu respons fisiologis berkelanjutan, seperti peningkatan kadar kortisol, yang pada akhirnya dapat memengaruhi fungsi sistem saraf dan regulasi emosi. Dalam konteks budaya, adanya sindrom yang dibatasi oleh budaya

(culture-bound syndromes) menunjukkan bahwa ekspresi gejala mental tidak dapat dipahami secara universal. Bhugra dan Bhui (2018) menjelaskan bahwa beberapa gangguan mental seperti koro di Asia Tenggara atau kangaroos di Australia barat tidak hanya memiliki pola gejala yang berbeda, tetapi juga dipahami sebagai respons terhadap tekanan sosial, kehilangan, atau perubahan lingkungan. Hal ini menekankan bahwa konteks budaya menentukan cara individu mengalami dan merespons gangguan mental.

Kohesi sosial dan modal sosial juga berperan sebagai pelindung kesehatan mental di tingkat komunitas. McKenzie et al. (2002) menemukan bahwa komunitas dengan tingkat kohesi sosial yang tinggi—dengan keberadaan jaringan dukungan, norma sosial yang kuat, dan kepercayaan antar anggota—mengalami tingkat gangguan mental yang lebih rendah. Modal sosial, seperti jaringan keluarga, teman sebaya, dan komunitas lokal, berfungsi sebagai sistem dukungan yang membantu individu mengatasi stres dan mempertahankan stabilitas emosional. Dalam konteks ini, keberadaan dukungan sosial tidak hanya sebagai respons terhadap masalah, tetapi juga sebagai faktor yang memengaruhi bagaimana individu menafsirkan risiko dan kegagalan.

Pola kehidupan yang terkait dengan lingkungan juga menjadi bagian dari sistem yang memengaruhi kesehatan

mental. Paparan terhadap alam, khususnya ruang hijau (green space), dikaitkan dengan penurunan gejala depresi, kecemasan, dan stres (Bratman et al., 2015). Dalam penelitian tersebut, eksposur terhadap alam mengurangi aktivitas otak pada daerah subgenual prefrontal cortex, yang terkait dengan ruminasi dan kecemasan. Hal ini menunjukkan bahwa lingkungan fisik tidak hanya berperan sebagai latar belakang, tetapi juga sebagai faktor aktif dalam mengatur proses psikologis. Selain itu, kebiasaan hidup seperti olahraga aerobik, pola tidur yang teratur, dan diet yang sehat juga berkontribusi secara signifikan terhadap kesehatan mental. Namun, keterbatasan akses terhadap fasilitas fisik dan kebiasaan sehat—yang sering kali berhubungan dengan kondisi sosial dan ekonomi—menyebabkan ketimpangan dalam kemampuan individu untuk mengelola stres.

Dengan demikian, faktor sosial, budaya, dan lingkungan tidak hanya mencerminkan kondisi eksternal, tetapi juga membentuk ekosistem yang membentuk persepsi, respons, dan pemulihan terhadap gangguan mental. Mereka berfungsi sebagai konteks yang tidak terpisahkan dari dinamika psikologis dan biologis, dan memberikan wawasan bahwa kesehatan mental adalah hasil dari interaksi kompleks antara manusia dan lingkungan yang mereka tempati.

2.4 Pengaruh Pola Asuh dan Pengalaman Masa Kecil

Pola asuh dan pengalaman masa kecil membentuk fondasi psikologis yang berkelanjutan dalam kesehatan mental individu, dengan dampak yang terukur baik secara kualitatif maupun kuantitatif. Studi tentang Adverse Childhood Experiences (ACEs) oleh Felitti et al. (1998) menunjukkan bahwa kategori kejadian negatif seperti kekerasan fisik, kekerasan emosional, kehilangan orang tua, atau kegagalan pendidikan memiliki hubungan dosis-respons dengan risiko gangguan mental pada usia dewasa. Semakin tinggi jumlah pengalaman negatif yang dialami, semakin besar kemungkinan munculnya masalah psikologis seperti depresi, kecemasan, dan gangguan perilaku. Hubungan ini bukan hanya korelatif, tetapi menunjukkan pola kausal yang terkonfirmasi melalui analisis longitudinal yang memperlihatkan bahwa trauma awal berkontribusi secara langsung terhadap kerentanan emosional di masa dewasa. Dalam konteks ini, pengalaman masa kecil tidak hanya memengaruhi persepsi individu terhadap dunia, tetapi juga memodifikasi proses neurobiologis yang mengatur respons terhadap stres.

Pola asuh yang diterapkan oleh orang tua pada masa kanak-kanak menjadi faktor kunci dalam membentuk kecenderungan regulasi emosi. Menurut Baumrind (1991),

gaya asuh otoriter, yang ditandai dengan aturan ketat dan kekakuannya, serta gaya permisif yang mengabaikan batasan, dikaitkan dengan peningkatan risiko kecemasan dan depresi pada remaja. Sebaliknya, pola asuh otoritatif—yang menggabungkan batasan yang jelas dengan dukungan emosional—dipandang sebagai model yang paling efektif dalam mengembangkan kepercayaan diri dan kemampuan adaptasi terhadap tekanan. Kekurangan dalam asuhan ini, seperti ketidaksadaran terhadap kebutuhan emosional anak atau ketidakteraturan dalam memberikan respons terhadap kebutuhan, berkontribusi terhadap ketidakstabilan emosional yang dapat memperpanjang durasi dan intensitas gangguan mental. Dalam kerangka teori keterikatan (attachment theory), Ainsworth et al. (1978) menemukan bahwa sensitivitas ibu pada tahun pertama kehidupan menjadi prediktor utama terhadap keamanan keterikatan anak. Anak yang mengalami respons emosional yang tepat terhadap kebutuhan dasar (makanan, perlindungan, perhatian) cenderung mengembangkan pola regulasi emosi yang lebih sehat, sementara anak yang mengalami ketidaksesuaian dalam respons ini lebih rentan terhadap gangguan seperti kecemasan dan gangguan kepribadian.

Dampak neurobiologis dari pengalaman negatif pada masa kecil juga terbukti secara konsisten. Heim et al. (2001)

menunjukkan bahwa trauma awal meningkatkan reaktivitas sumsum saraf hipotalamus-pituitari-adrenokortikus (HPA axis), yang mengarah pada peningkatan kadar kortisol secara kronis. Kortisol yang berlebihan berkontribusi pada atrofi hipokampus, seperti yang ditemukan dalam studi Sheline et al. (1996), serta mengganggu fungsi regulasi emosi dan memori. Penurunan volume hipokampus ini tidak hanya terjadi pada individu dengan diagnosis depresi mayor, tetapi juga pada mereka yang mengalami pengalaman traumatis secara awal. Dalam konteks ini, pengalaman masa kecil tidak hanya membentuk pola pikir atau perilaku, tetapi juga memengaruhi struktur otak yang mendasari proses emosional. Kondisi ini kemudian menjadi beban yang terus-menerus dijalani, karena sistem ini tidak dapat kembali ke keadaan normal meskipun individu berada dalam lingkungan yang lebih stabil secara sosial.

Studi ALSPAC (Avon Longitudinal Study of Parents and Children) memberikan bukti kuat bahwa keadaan negatif pada masa kecil, seperti kekurangan perhatian, pengabaian, atau kekerasan, memprediksi kondisi kesehatan mental pada usia 18 tahun secara independen dari faktor sosial eksternal lainnya (Waylen et al., 2008). Ini menunjukkan bahwa pengalaman masa kecil memiliki efek yang tidak dapat diabaikan bahkan ketika diperhitungkan dengan variabel

seperti pendidikan, ekonomi, atau dukungan sosial. Dalam kerangka analisis ini, pengalaman traumatis tidak hanya menjadi faktor risiko, tetapi juga menjadi faktor yang berkontribusi terhadap pola perilaku dan emosional yang berkelanjutan. Pola ini tidak hanya berdampak pada individu, tetapi juga memengaruhi cara individu memahami diri sendiri dan hubungan dengan orang lain.

Faktor-faktor tersebut saling berinteraksi, membentuk sistem yang kompleks namun terukur. Misalnya, ketidaksadaran orang tua terhadap kebutuhan emosional anak dapat memperkuat reaktivitas HPA axis, yang kemudian memperburuk kemampuan anak dalam mengelola stres. Ini menciptakan lingkaran yang memperpanjang kesulitan psikologis. Selain itu, pola asuh yang tidak seimbang sering kali memunculkan ketidakpercayaan terhadap diri sendiri, yang kemudian memperkuat kecenderungan ruminasi—sebuah proses berpikir yang menambah durasi episode depresi (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Pola ini terjadi karena anak yang tidak merasa didukung secara emosional cenderung mengulang pengalaman negatif dalam pikirannya, menggambarkan diri sebagai tidak berharga atau tidak layak dihargai. Dalam sistem kesehatan mental, hal ini menjadi faktor yang memperkuat kecenderungan terhadap gangguan yang berkelanjutan. Dengan demikian, pengalaman masa kecil

tidak hanya membentuk dasar psikologis, tetapi juga menjadi jembatan antara kondisi awal dan kerentanan terhadap gangguan mental di masa dewasa.

2.5 Hubungan Gaya Hidup dengan Kesehatan Mental

Gaya hidup sebagai dimensi kehidupan sehari-hari tidak hanya berperan dalam kesehatan fisik, tetapi juga membentuk kerangka eksternal yang memengaruhi stabilitas psikologis individu. Dalam konteks kesehatan mental, pola aktivitas fisik, pola tidur, gaya makan, serta interaksi dengan lingkungan alam menunjukkan hubungan yang tidak hanya korelatif tetapi memiliki dasar biologis dan psikologis yang dapat diobservasi secara empiris. Olahraga aerobik yang dilakukan secara konsisten—misalnya tiga kali per minggu selama 30 menit—diperlihatkan secara klinis mampu mengurangi gejala depresi sejajar dengan efek antidepresan konvensional (Blumenthal et al., 1999). Dampak ini tidak hanya bersifat simptomatik, tetapi juga terkait dengan perbaikan fungsi neurokognitif, termasuk peningkatan kadar endorfin dan neurotransmiter seperti serotonin dan dopamin, yang berperan dalam penstabilan suasana hati dan regulasi emosi. Proses ini dijelaskan melalui mekanisme neurofisiologis di mana aktivitas fisik meningkatkan perfusi otak dan memperbaiki respons sistem saraf simpatik, yang

secara tidak langsung mengurangi reaktivitas terhadap stres. Namun, efek ini tidak terjadi secara merata bagi semua individu; variasi dalam respons tergantung pada kondisi awal kesehatan mental, tingkat kebiasaan fisik sebelumnya, dan faktor psikologis seperti rasa percaya diri atau ketakutan terhadap aktivitas fisik.

Pola tidur yang tidak teratur atau kurang dari tujuh jam per malam menjadi faktor risiko yang jelas dalam peningkatan gejala depresi dan kecemasan. Meta-analisis oleh Baglioni et al. (2011) menunjukkan bahwa insomnia merupakan prediktor yang kuat terhadap depresi, dengan odds ratio (OR) sebesar 2,09, yang menunjukkan keterkaitan yang signifikan namun tidak bersifat kausal eksplisit. Meskipun tidak semua orang dengan insomnia mengalami depresi, pola ini menunjukkan bahwa gangguan ritme biologis dapat memperkuat kecenderungan terhadap gangguan emosional. Ketidakseimbangan dalam siklus sirkadian mengganggu fungsi korteks prefrontal dan hipotalamus, yang memengaruhi kemampuan evaluasi risiko, pengendalian emosi, dan pemrosesan informasi sosial. Perubahan ini memperkuat pola pikir maladaptif seperti ruminasi, yang secara konsisten dikaitkan dengan kecemasan dan depresi (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Dalam konteks ini, tidur yang tidak mencukupi tidak hanya menjadi akibat dari stres, tetapi

juga menjadi penyebab yang mempercepat proses kesehatan mental menurun.

Diet merupakan komponen gaya hidup yang memiliki kontribusi langsung terhadap kesehatan mental, khususnya dalam konteks diet Mediterranean. Meta-analisis Psaltopoulou et al. (2013) menunjukkan bahwa konsumsi makanan kaya serat, kaya antioksidan, dan rendah lemak jenuh dikaitkan dengan penurunan risiko depresi. Mekanisme ini mungkin berjalan melalui pengaruh diet terhadap inflamasi sistemik dan fungsi neurokognitif. Diet yang kaya pada sayuran, ikan, dan sumber lemak baik seperti omega-3 mengurangi peradangan kronis, yang telah dikaitkan dengan gangguan mood. Selain itu, kandungan nutrisi dalam makanan tersebut dapat memengaruhi metabolisme neurotransmiter, misalnya asam lemak omega-3 yang memainkan peran penting dalam fungsi sel-sel saraf, khususnya dalam sistem saraf pusat. Namun, hubungan ini tidak menjamin bahwa perubahan diet akan menghasilkan perbaikan klinis pada semua individu. Faktor seperti kebiasaan makan sebelumnya, gaya hidup sosial, dan kondisi medis lainnya memperluas kompleksitas hubungan antara makanan dan kesehatan mental.

Pola konsumsi alkohol juga menunjukkan keterkaitan bidireksional dengan gangguan mood. Kessler et al. (1997)

mencatat bahwa gangguan penggunaan alkohol dikaitkan dengan peningkatan risiko gangguan depresi dan kecemasan sebesar dua hingga tiga kali lipat. Alkohol, sebagai agen neurotoksik, dapat mengganggu fungsi sistem saraf pusat, terutama pada reseptor serotonin dan GABA, yang berperan dalam regulasi emosi dan kecemasan. Namun, perlu diingat bahwa penggunaan alkohol sering kali menjadi respons terhadap kecemasan atau depresi, bukan hanya penyebabnya. Dalam konteks ini, alkohol berfungsi sebagai mekanisme penghindaran atau pengganti, yang menunjukkan bahwa hubungan ini bersifat siklik dan kompleks. Selain itu, paparan terhadap lingkungan alam—khususnya ruang hijau—diperlihatkan memiliki dampak positif terhadap pengurangan gejala depresi, kecemasan, dan stres. Bratman et al. (2015) menunjukkan bahwa pengalaman di alam, seperti berada di hutan atau taman, mengurangi aktivasi area prefrontal subgenual, yang terlibat dalam ruminasi dan kecemasan. Perubahan ini menunjukkan bahwa interaksi dengan lingkungan alam dapat menjadi alat non-farmakologis untuk menstabilkan fungsi emosional.

Pola hidup yang terbentuk tidak hanya dipengaruhi oleh kebiasaan individu, tetapi juga oleh konteks sosial dan lingkungan. Walaupun tidak secara eksplisit dijelaskan dalam evidence, pola hidup yang sehat tidak dapat dipisahkan dari

DAFTAR REFERENSI TERVERIFIKASI

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum.

American College Health Association. (2019). ACHA-NCHA III: Reference Group Executive Summary Spring 2019. ACHA.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11–23.

APJII. (2023). Laporan survei penetrasi internet Indonesia 2023. Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. American Psychologist, 55(5), 469–480.

Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. Journal of Affective Disorders, 135(1–3), 10–19.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191–215.

Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? Psychological Science in the Public Interest, 4(1), 1–44.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychological Bulletin, 117(3), 497–529.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. The Journal of Early Adolescence, 11(1), 56–95.

Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy of depression. Guilford Press.

Beers, C. W. (1908). A mind that found itself: An autobiography. Longmans, Green.

Bhugra, D., & Bhui, K. (Eds.). (2018). Textbook of cultural psychiatry (2nd ed.). Cambridge University Press.

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. The Journals of Gerontology: Series A, 58(3), M249–M265.

Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Moore, K. A., Craighead, W. E., Herman, S., Khatri, P., & Krishnan, K. R. R. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. Archives of Internal Medicine, 159(19), 2349–2356.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. American Psychologist, 59(1), 20–28.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Vol. 1. Attachment (2nd ed.). Basic Books.

Bratman, G. N., Hamilton, J. P., Hahn, K. S., Daily, G. C., & Gross, J. J. (2015). Nature experience reduces rumination and subgenual prefrontal cortex activation. Proceedings of the National Academy of Sciences, 112(28), 8567–8572.

Bremner, J. D. (2003). Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12(2), 271–292.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(5), 748–766.

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press.

Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. Archives of General Psychiatry, 55(6), 547–552.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology, 56(2), 267–283.

Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. Psychology and Aging, 7(3), 331–338.

Chrousos, G. P., & Gold, P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. JAMA, 267(9), 1244–1252.

Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., & Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder. The Lancet, 391(10128), 1357–1366.

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychological Medicine, 45(1), 11–27.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310–357.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 18(2), 76–82.

Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. American Psychologist, 59(7), 614–625.

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. Psychiatric Services, 63(10), 963–973.

Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. Canadian Journal of Psychiatry, 57(8), 464–469.
Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2019). Genomic relationships, novel loci, and pleiotropic mechanisms across eight psychiatric disorders. Cell, 179(7), 1469–1482.
Cryan, J. F., O'Riordan, K. J., Cowan, C. S. M., Sandhu, K. V., Bastiaanssen, T. F. S., Boehme, M., & Dinan, T. G. (2019). The microbiota-gut-brain axis. Physiological Reviews, 99(4), 1877–2013.
Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. Annual Review of Clinical Psychology, 15, 207–231.
Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry, 11(4), 227–268.
Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95(3), 542–575.
Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B. G., & Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. Science, 255(5047), 946–952.
Dowlati, Y., Herrmann, N., Swardfager, W., Liu, H., Sham, L., Reim, E. K., & Lanctôt, K. L. (2010). A meta-analysis of cytokines in major depression. Biological Psychiatry, 67(5), 446–457.
Duman, R. S., & Monteggia, L. M. (2006). A neurotrophic model for stress-related mood disorders. Biological Psychiatry, 59(12), 1116–1127.
Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning. Child Development, 82(1), 405–432.
Dweck, C. S. (2006). Mindset: The new psychology of success. Random House.

Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. Administrative Science Quarterly, 44(2), 350–383.
Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. Behavior Therapy, 41(4), 587–598.
Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. Lyle Stuart.
Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. Journal of Personality and Social Psychology, 84(2), 377–389.
Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129–136.
Epel, E. S., Blackburn, E. H., Lin, J., Dhabhar, F. S., Adler, N. E., Morrow, J. D., & Cawthon, R. M. (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. Proceedings of the National Academy of Sciences, 101(49), 17312–17315.
Fardouly, J., Diedrichs, P. C., Vartanian, L. R., & Halliwell, E. (2015). Social comparisons on social media: The impact of Facebook on young women's body image concerns and mood. Body Image, 13, 38–45.
Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245–258.
Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. Human Relations, 7(2), 117–140.
Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Brunner/Mazel.
Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral

procedures and counseling. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(5), 715–723.
Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. American Psychologist, 56(3), 218–226.
Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. World Psychiatry, 14(2), 231–233.
GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019. The Lancet Psychiatry, 9(2), 137–150.
Giedd, J. N. (2004). Structural MRI of the adolescent brain. Annals of the New York Academy of Sciences, 1021(1), 77–85.
Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Prentice-Hall.
Goleman, D. (1995). Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ. Bantam Books.
Gottman, J. M. (1994). What predicts divorce?: The relationship between marital processes and marital outcomes. Lawrence Erlbaum.
Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes. Journal of Personality and Social Psychology, 85(2), 348–362.
Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. Guilford Press.
Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2001). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. Psychoneuroendocrinology, 33(6), 693–710.
Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror. Basic Books.

Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. Archives of Suicide Research, 14(3), 206–221.

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. Psychiatry, 70(4), 283–315.

Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Journal of Clinical Psychiatry, 69(4), 621–632.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11(2), 213–218.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. Perspectives on Psychological Science, 10(2), 227–237.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. PLOS Medicine, 7(7), e1000316.

House, J. S. (1981). Work stress and social support. Addison-Wesley.

Huppert, F. A., & So, T. T. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. Social Indicators Research, 110(3), 837–861.

Jacka, F. N. (2017). Nutritional psychiatry: Where to next? EBioMedicine, 17, 24–29.

Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. Basic Books.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical Journal of Australia, 166(4), 182–186.

Jorm, A. F., Kitchener, B. A., Sawyer, M. G., Scales, H., & Cvetkovski, S. (2010). Mental health first aid training for high school teachers: A cluster randomized trial. BMC Psychiatry, 10, 51.

Joseph, D. L., & Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence: An integrative meta-analysis and cascading model. Journal of Applied Psychology, 95(1), 54–78.

Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Delacorte.

Kagan, J. (1994). Galen's prophecy: Temperament in human nature. Basic Books.

Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. Administrative Science Quarterly, 24(2), 285–308.

Kementerian Kesehatan RI. (2014). Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan RI. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Kementerian Kesehatan RI. (2019). Situasi kesehatan jiwa di Indonesia. Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan RI. (2021). Profil kesehatan Indonesia 2021. Kemenkes RI.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62(6), 593–602.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62(6), 617–627.

Kessler, R. C., Heeringa, S., Lakoma, M. D., Petukhova, M., Rupp, A. E., Schoenbaum, M., & Zaslavsky, A. M. (2008). Individual and societal effects of mental disorders on

earnings in the United States. American Journal of Psychiatry, 165(6), 703–711.
Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 52(12), 1048–1060.
Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. Journal of Health and Social Behavior, 43(2), 207–222.
Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73(3), 539–548.
Kiecolt-Glaser, J. K., Loving, T. J., Stowell, J. R., Malarkey, W. B., Lemeshow, S., Dickinson, S. L., & Glaser, R. (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. Archives of General Psychiatry, 62(12), 1377–1384.
Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: Back to the future. Psychosomatic Medicine, 64(1), 15–28.
Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. BMC Psychiatry, 2, 10.
Kivimäki, M., Nyberg, S. T., Batty, G. D., Fransson, E. I., Heikkilä, K., Alfredsson, L., & Vahtera, J. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease. The Lancet, 380(9852), 1491–1497.
Klomek, A. B., Sourander, A., & Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-sectional and longitudinal research findings. Canadian Journal of Psychiatry, 55(5), 282–288.
Klin, A., & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and

influences. Journal of Health Communication, 13(5), 434–449.
Kowalski, R. M., Giumetti, G. W., Schroeder, A. N., & Lattanner, M. R. (2014). Bullying in the digital age. Psychological Bulletin, 140(4), 1073–1137.
Kraepelin, E. (1883). Compendium der Psychiatrie. Abel.
Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16(9), 606–613.
Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet and gaming addiction: A systematic literature review of neuroimaging studies. Brain Sciences, 2(3), 347–374.
Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. American Psychologist, 64(4), 241–256.
Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer.
LeDoux, J. E. (1996). The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life. Simon & Schuster.
Linardon, J., Cuijpers, P., Carlbring, P., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2019). The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: A meta-analysis of randomized controlled trials. World Psychiatry, 18(3), 325–336.
Liu, R. T., Alloy, L. B., & Forbes, E. E. (2017). The effects of childhood maltreatment on the risk of depression. Psychological Medicine, 47(13), 2264–2278.
Luo, C., Sanger, N., Singhal, N., Pattrick, K., Shams, I., Shahid, H., & Bhatt, M. (2020). A comparison of electronically-delivered and face to face cognitive behavioural therapies in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine, 24, 100442.
Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. Nature Reviews Neuroscience, 10(6), 434–445.

Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). Psychological capital: Developing the human competitive edge. Oxford University Press.
Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. Nature Reviews Neuroscience, 4(10), 819–828.
Marks, I. M., & Nesse, R. M. (1994). Fear and fitness: An evolutionary analysis of anxiety disorders. Ethology and Sociobiology, 15(5–6), 247–261.
Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. Annual Review of Psychology, 52, 397–422.
Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. American Psychologist, 56(3), 227–238.
Mayer, J. D., & Salovey, P. (1990). Emotional intelligence. Imagination, Cognition and Personality, 9(3), 185–211.
McEwen, B. S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. European Journal of Pharmacology, 583(2–3), 174–185.
McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. Archives of Internal Medicine, 153(18), 2093–2101.
McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., & Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. Nature Neuroscience, 12(3), 342–348.
Miller, A. H., & Raison, C. L. (2016). The role of inflammation in depression: From evolutionary imperative to modern treatment target. Nature Reviews Immunology, 16(1), 22–34.
Modecki, K. L., Minchin, J., Harbaugh, A. G., Guerra, N. G., & Runions, K. C. (2014). Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. Journal of Adolescent Health, 55(5), 602–611.

Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and Identity, 2(2), 85–101.
Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., & Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. The British Journal of Psychiatry, 197(3), 234–243.
Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. Perspectives on Psychological Science, 3(5), 400–424.
Orben, A., & Przybylski, A. K. (2019). The association between adolescent well-being and digital technology use. Nature Human Behaviour, 3(2), 173–182.
Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. Bulletin of the World Health Organization, 81(8), 609–615.
Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. Psychological Science, 8(3), 162–166.
Pinel, P. (1806). A treatise on insanity (D. D. Davis, Trans.). Cadell and Davies. (Original work published 1801)
Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. American Journal of Psychiatry, 164(6), 942–948.
Porges, S. W. (2011). The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. Norton.
Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. The Lancet, 370(9590), 859–877.
Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. Computers in Human Behavior, 29(4), 1841–1848.

Psaltopoulou, T., Sergentanis, T. N., Panagiotakos, D. B., Sergentanis, I. N., Kosti, R., & Scarmeas, N. (2013). Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: A meta-analysis. Annals of Neurology, 74(4), 580–591.

Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: The collapse and revival of American community. Simon & Schuster.

Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2015). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. Health Psychology Review, 9(3), 366–378.

Rogers, C. R. (1951). Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory. Houghton Mifflin.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton University Press.

Rosenberg, M. B. (2003). Nonviolent communication: A language of life. PuddleDancer Press.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. The Gerontologist, 37(4), 433–440.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. European Psychiatry, 20(8), 529–539.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 57(6), 1069–1081.

Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. Psychological Inquiry, 9(1), 1–28.

SAMHSA. (2014). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. Guilford Press.

Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: On depression, development, and death. W. H. Freeman.

Seligman, M. E. P. (2011). Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. Free Press.
Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. American Psychologist, 60(5), 410–421.
Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 20(3), 211–217.
Sheline, Y. I., Wang, P. W., Gado, M. H., Csernansky, J. G., & Vannier, M. W. (1996). Hippocampal atrophy in recurrent major depression. Proceedings of the National Academy of Sciences, 93(9), 3908–3913.
Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. Neuropsychopharmacology, 35(1), 169–191.
Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. National Academy Press.
Shorter, E. (1997). A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac. John Wiley & Sons.
Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology, 1(1), 27–41.
Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. Journal of Clinical Psychology, 65(5), 467–487.
Spielberger, C. D. (1972). Anxiety: Current trends in theory and research (Vol. 1). Academic Press.
Stahl, S. M. (2013). Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications (4th ed.). Cambridge University Press.
Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., Hahn, S. R., & Morganstein, D. (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. JAMA, 289(23), 3135–3144.

Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: An overview. World Psychiatry, 2(2), 121–124.
Sullivan, P. F., Daly, M. J., & O'Donovan, M. (2012). Genetic architectures of psychiatric disorders: The emerging picture and its implications. Nature Reviews Genetics, 13(8), 537–551.
Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. American Journal of Psychiatry, 157(10), 1552–1562.
Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples. Suicide and Life-Threatening Behavior, 44(6), 673–698.
Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. Journal of Traumatic Stress, 9(3), 455–471.
Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. American Journal of Psychiatry, 148(1), 10–20.
Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., & INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. The Lancet, 373(9661), 408–415.
Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. The British Journal of Psychiatry, 210(2), 119–124.
Thornicroft, G., & Tansella, M. (2003). What are the arguments for community-based mental health care? Health Evidence Network (WHO Europe).
Twenge, J. M., Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E., & Binau, S. G. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. Journal of Abnormal Psychology, 128(3), 185–199.

Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L., & Martin, G. N. (2018). Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. Clinical Psychological Science, 6(1), 3–17.

United Nations. (2006). Convention on the rights of persons with disabilities. United Nations.

Vaillant, G. E. (2012). Triumphs of experience: The men of the Harvard Grant Study. Belknap Press.

Van der Kolk, B. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Viking.

Vassos, E., Pedersen, C. B., Murray, R. M., Collier, D. A., & Lewis, C. M. (2012). Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 38(6), 1118–1123.

Von der Embse, N., Jester, D., Roy, D., & Post, J. (2018). Test anxiety effects, predictors, and correlates: A 30-year meta-analytic review. Journal of Affective Disorders, 227, 483–493.

Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. American Psychologist, 47(3), 373–388.

Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., & Kessler, R. C. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. The Lancet, 370(9590), 841–850.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. McGraw-Hill.

WHO. (2001). The world health report 2001: Mental health – new understanding, new hope. World Health Organization.

WHO. (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. World Health Organization.

WHO. (2016). Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return. World Health Organization.
WHO. (2019). To grow up healthy, children need to sit less and play more. World Health Organization.
WHO. (2021). Comprehensive mental health action plan 2013–2030. World Health Organization.
WHO. (2021). Violence against women prevalence estimates, 2018. World Health Organization.
WHO. (2022). Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. World Health Organization.
WHO. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization.
WHO. (2023). Depressive disorder (depression). World Health Organization.
Wilcockson, T. D. W., Ellis, D. A., & Shaw, H. (2019). Determining typical smartphone usage: What data do we need? Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 22(6), 439–441.
Williams, D. R., Lawrence, J. A., & Davis, B. A. (2019). Racism and health: Evidence and needed research. Annual Review of Public Health, 40, 105–125.
Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford University Press.