

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

National Institute of Mental Health menyatakan bahwa gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan diperkirakan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030. Kejadian tersebut akan memberikan andil meningkatnya prevalensi gangguan jiwa dari tahun ke tahun di berbagai negara (Kaunang, 2015). *Institute of Health Metrics and Evaluation* pada tahun 2019, menyatakan bahwa 1 dari 8 individu atau 970 juta penduduk di seluruh dunia hidup dengan mengidap gangguan jiwa, dengan gangguan kecemasan (*anxiety disorder*), serta depresi (*depressive disorder*) sebagai gangguan jiwa yang paling sering terjadi. Sekitar 18.373 individu di Indonesia mengalami gangguan kecemasan, kemudian terjadi peningkatan sebesar 6,8% pada tahun yang sama sehingga mengindikasikan adanya kebutuhan untuk individu dengan gangguan kecemasan mendapatkan pengobatan sesegera mungkin (Kementerian Kesehatan, 2020).

Prevalensi *Generalized Anxiety Disorder* (GAD) atau gangguan cemas menyeluruh dalam satu tahun diperkirakan 3-8% dari populasi di dunia. Studi lainnya, *National Comorbidity Study* melaporkan bahwa terdapat 1 dari 4 orang memenuhi setidaknya salah satu kriteria gangguan cemas dengan prevalensi gangguan cemas cukup tinggi yakni 17,7% (*American Psychiatric Association*, 2010). Tingkat prevalensi seumur hidup gangguan cemas pada remaja berusia 13—17 tahun adalah 7,7%, sementara itu 6,6% pada orang dewasa berusia 18—64 tahun (Bandelow & Michaelis, 2015). Prevalensi GAD yang diterima sebagai rujukan di Indonesia saat ini adalah 3—8% (Redayanti, 2004). Di Indonesia sendiri berdasarkan data dari Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, dari tahun 1990 sampai dengan 2017, GAD termasuk dalam kategori gangguan mental emosional dan merupakan gangguan jiwa kedua terbanyak di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Gangguan jiwa di Provinsi Sulawesi Selatan golongan emosional memiliki prevalensi sebesar 12,8% dan depresi sebesar 7,8%, dengan prevalensi gangguan jiwa emosional di Kota Makassar mencapai 17,86%. Hal tersebut kemudian menjadikan Makassar dengan jumlah penduduk yang mengidap penyakit gangguan mental tertinggi di pulau Sulawesi Selatan (Riskesdas, 2018). Sebanyak 201.619 orang berusia 15 tahun ke atas yang ikut dalam Survei Kesehatan Indonesia 2023, rata-rata skor gangguan mental emosional (SRQ-20) adalah 1,59, dengan nilai tengah 1. Skor paling rendah adalah 0 dan tertinggi 20. Mayoritas responden memiliki skor rendah, 43% tidak mengalami gejala sama sekali (skor 0), dan 46% punya gejala ringan (skor 1–5). Hanya sekitar 11% yang memiliki skor 6 atau lebih, yang menurut standar WHO bisa mengindikasikan adanya masalah kesehatan jiwa. Sekitar 12,3% responden di Sulawesi Selatan memiliki skor 6 atau lebih, yang berarti mereka berisiko mengalami gangguan kesehatan jiwa menurut ambang batas standar WHO. Angka ini menunjukkan bahwa sekitar 1 dari 8 orang dewasa di Sulsel

berpotensi mengalami masalah kesehatan mental (Survei Kesehatan Indonesia, 2023).

Populasi dengan prevalensi tinggi membutuhkan upaya preventif agar sedini mungkin terdapat perubahan untuk menerapkan perilaku yang sehat (Anthony, et al., 2010). Permenkes No. 4 Tahun 2019 tentang Pelayanan Kesehatan Saat Tanggap Darurat Krisis Kesehatan, mengatur layanan kesehatan jiwa dan psikososial sebagai bagian dari layanan kesehatan darurat. Akan tetapi, data-data di atas menunjukkan bahwa Indonesia masih kurang efektif dalam menangani gangguan kejiwaan, khususnya gangguan jiwa emosional seperti GAD dengan prevalensi yang cukup tinggi di Makassar. Kurangnya perhatian dari masyarakat maupun pemerintah terkait pasien GAD membuat tindakan kuratif maupun preventif tidak dapat dijalankan semaksimal mungkin (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). GAD dapat berisiko menjadi lebih serius apabila tidak berhasil ditanggulangi (WHO, 2023).

DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) menjelaskan bahwa *Generalized Anxiety Disorder* (GAD) atau gangguan cemas menyeluruh merupakan perasaan takut berlebihan yang terjadi pada individu dan berdampak pada terganggunya kegiatan atau aktivitas sehari-hari. GAD merupakan gangguan berupa kekhawatiran dan kecemasan yang berlebihan yang terjadi hampir setiap hari selama beberapa pekan hingga beberapa bulan, setidaknya selama 6 bulan (*American Psychiatric Association*, 2021). Individu dengan GAD cenderung untuk selalu berpikir buruk atau memiliki pola pikir yang terdistorsi sehingga mengganggu aktivitas individu tersebut dalam berkegiatan sehari-hari yang didominasi dengan rasa khawatir dan ketakutan yang berlebihan tanpa alasan dan tidak dapat dikontrol (Roberge, et al., 2015).

Terapi utama GAD adalah *Cognitive Behavior Teraphy* (CBT) dan psikofarmakologi antidepresan. CBT merupakan intervensi yang efektif dalam menangani kasus GAD (Dewi, et al., 2016). CBT juga dapat membantu pasien memahami hubungan antara pikiran, emosi, dan gejala fisik mereka, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kemampuan mereka untuk mengelola gejala secara mandiri (Westra, et al., 2016). CBT menjadi salah satu terapi yang dapat membuat pasien GAD mengalami perbaikan, akan tetapi perlu diimbangi antara psikoterapi dan psikofarmakologi (Wiguna, 2024). Pengobatan yang terbukti efektif untuk pasien dengan gangguan ansietas yaitu dengan melibatkan kombinasi pengobatan berupa psikoterapi dan pengobatan psikofarmakologi (*National Alliance on Mental*, 2017). GAD memiliki etiologi dan solusi yang kurang jelas, sehingga pengobatan dengan psikofarmakologi lebih tepat (Prins, et al., 2006).

Terapi psikofarmakologi antidepresan golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* (SSRI) merupakan salah satu pilihan utama untuk pengobatan pada pasien dengan GAD yang menjadi terapi lini pertama dan biasanya memberikan perbaikan gejala setelah 3—6 minggu (Kapczinski, et al., 2003). Kelompok obat SSRI diantaranya *fluoxetine*, *sertraline*, *citalopram*, *escitalopram*, *fluvoxamine*, *paroxetine* dan *vilazodone* yang berpotensi menimbulkan ketergantungan dan penyalahgunaan (Bystritsky, et al., 2013). Terapi antidepresan dimulai dari dosis rendah, lalu ditingkatkan bertahap hingga mencapai dosis terapeutik. Efek terapeutik biasanya

baru terlihat di minggu ke-2 atau ke-3 pengobatan. Setelah efek yang diharapkan tercapai, dilanjutkan dengan terapi pemeliharaan dengan target remisi dan mencegah terjadinya *relaps*. Hal tersebut dilakukan selama 6 bulan atau lebih (Kusumawardhani, 2017). Pengobatan antidepresan jangka panjang dari 180 pasien melaporkan efek samping umum pada masalah seksual sebesar 71,8% dan penambahan berat badan sebesar 65,3% (Cartwright, et al., 2016).

Pasien dengan gangguan jiwa merupakan pasien yang membutuhkan pendampingan khusus dalam pengobatan karena memiliki potensi tidak patuh minum obat (Kemenkes RI, 2021). Suatu *systematic review* menyatakan bahwa pasien yang berhenti mengonsumsi antidepresan sebagai terapi pemeliharaan, menunjukkan risiko terjadinya kekambuhan yang lebih besar dibandingkan dengan pasien yang tetap mengonsumsi antidepresan (Batelaan, et al., 2017). Gejala pasien kambuh pada bulan pertama setelah penghentian terapi psikofarmakologi terjadi sekitar 25% pada pasien GAD, dan 60—80% kambuh selama tahun berikutnya (Bandelow, et al, 2021; *American Psychiatric Association*, 2010).

Pasien sering kali terdorong untuk menghentikan konsumsi antidepresan ketika merasa lebih baik sehingga menyebabkan kekambuhan dini dan terjadinya *antidepressant discontinuation syndrome* (Sindrom penghentian antidepresan) terjadi pada sekitar 20% pasien yang menghentikan secara tiba-tiba penggunaan obat antidepresan setelah mengonsumsinya minimal enam minggu. Gejala khas sindrom ini meliputi gejala seperti flu, kelelahan, lesu, insomnia, mual, gangguan sensorik, sensasi “sengatan listrik”, kecemasan, agresivitas, agitasi, katatonía, dan gangguan kognitif berat. Gejala ini umumnya ringan, berlangsung selama satu hingga dua minggu, dan akan cepat membaik jika pengobatan dilanjutkan kembali. Edukasi pasien sebelum terapi dan kewaspadaan klinis sangat penting untuk mencegah terjadinya sindrom penghentian antidepresan (Warner, et al, 2006).

Hanya sekitar 43% pasien dengan gangguan kecemasan yang memulai terapi dengan SSRI atau SNRI tetap patuh selama enam bulan. Kepatuhan lebih tinggi diamati pada pasien yang menerima perawatan di fasilitas kesehatan mental dibandingkan dengan perawatan primer (Stein et al., 2006). Meski menghadapi berbagai hambatan seperti ketidakjelasan jenis pengobatan, faktor lingkungan, atau kemungkinan faktor kepribadian yang tidak diukur sebagian pasien GAD tetap menunjukkan konsistensi dalam menjalani pengobatan. Pasien GAD yang tetap menjalani pengobatan secara konsisten adalah mereka yang berada dalam kondisi lingkungan mendukung atau memiliki motivasi pribadi tinggi (Goodwin, & Gorman, 2002).

Mengingat besarnya beban pasien dengan GAD dan efek samping pengobatan dalam jangka panjang, ada kebutuhan untuk memeriksa faktor-faktor yang membuat individu berisiko mengalami gangguan kecemasan (Zimmermann, et al, 2020), termasuk memahami persepsi pasien terhadap kondisi sakit dan sehat yang mereka alami serta bagaimana hal tersebut memengaruhi kepatuhan mereka dalam menjalani pengobatan. Penanganan segera pada proses rawat jalan dengan intervensi psikofarmakologi antidepresan diperlukan bagaimana gambaran perilaku dan persepsi pasien GAD terkait bagaimana sehat dan sakitnya, hingga klinisi yang

menangani pasien GAD dapat memberikan intervensi yang tepat terhadap efek samping antidepresan yang tidak terlihat dan hanya diketahui oleh pasien selama proses intervensi psikofarmakologi dan rawat jalan pasien. Upaya peningkatan perilaku dan persepsi pasien terhadap bagaimana sehat dan sakitnya yang akan berpengaruh pada pengobatannya sangat dibutuhkan (Jurkowski, et al, 2008). Salah satu teori terkait dengan model yang berfokus pada faktor yang dapat meningkatkan perilaku kesehatan adalah *Health Belief Model* (HBM).

HBM dalam kajian psikologi kesehatan, merupakan persepsi individu melakukan perilaku sehat. Konsep dasar dalam HBM adalah perilaku sehat dipengaruhi oleh keyakinan masing-masing individu atau persepsi tentang ancaman (*threat perception*) dan evaluasi perilaku (*behavior evaluation*) (Conner & Norman, 2005). Dalam perkembangannya, teori HBM terdiri dari enam dimensi, yaitu persepsi risiko atau kerentanan (*perceived susceptibility*), persepsi keseriusan atau keparahan (*perceived severity*), persepsi manfaat terhadap kegunaan dari perilaku sehat (*perceived benefits*), persepsi hambatan (*perceived barriers*), isyarat bertindak atau perilaku dipengaruhi oleh suatu hal (*cues to action*), dan kemampuan diri (*self-efficacy*) (Tommey, & M.R. Alligood, 2006).

Teori *Health Belief Model* (HBM) oleh Becker digunakan sebagai upaya dalam menjelaskan kegagalan partisipasi masyarakat dalam program pencegahan atau deteksi penyakit, sehingga dapat diketahui alasan seseorang melakukan atau tidak melakukan tindakan kesehatan. Pendekatan teori HBM berfokus pada persepsi individu mengenai bagaimana upaya pencegahan dengan peningkatan perilaku (Tommey, & M.R. Alligood, 2006). HBM merupakan sebuah model yang didasari oleh keyakinan dan kepercayaan individu tentang perilaku hidup sehat, sehingga individu akan memberikan respon berupa perilaku pencegahan maupun pengobatan (Siddiqui, et., al, 2016).

Hasil penelitian Setiyaningsih (2020) bahwa terdapat hubungan antara persepsi ancaman (*perceived susceptibility*) dengan perilaku kepatuhan minum obat individu. Sejalan dengan penelitian Wolo, et., al., (2024) bahwa kualitas hidup (*self-efficacy*) rendah pada responden yang tidak patuh minum obat dibandingkan dengan pasien yang patuh. Selain itu, hasil penelitian yang dilakukan Fransiska, et., al., (2022) menemukan bahwa persepsi hambatan (*perceived barriers*) dan kemampuan diri (*self-efficacy*) memiliki pengaruh signifikan pada perilaku ibu hamil Kota Malang dalam pencegahan Covid-19. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ambarika (2016) yang menunjukkan bahwa faktor yang sangat berhubungan dengan perilaku waspada stroke adalah faktor persepsi keseriusan penyakit (*perceived severity*) dan persepsi hambatan (*perceived barriers*). Hasil penelitian Purwahyuni, et., al., (2019) menemukan bahwa banyak remaja yang tidak menerima vaksin HPV karena beberapa kendala, seperti biaya yang mahal, kurangnya layanan kesehatan yang menawarkan vaksin HPV, dan kurangnya informasi terkait vaksin HPV, hasil penelitian ini sejalan dengan persepsi hambatan (*perceived barriers*) pada dimensi HBM.

Penelitian yang dilakukan oleh Nurhidayati, et., al., (2019) menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara kepercayaan kesehatan (*perceived benefits*,

cues to action, dan *self-efficacy*) dengan kepatuhan minum obat pada penderita diabetes mellitus tipe 2 di Puskesmas Karangnongko. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa *Health Belief Model* (HBM) efektif dalam meningkatkan perilaku preventif (Puspita, et., al, 2017) kepatuhan (Alalah, 2017; Rajpura & Nayak, 2014), kualitas hidup (Lismayanti & Sari Nina, 2017), pengetahuan, persepsi, dan *self efficacy* (Onoruoiza, et., al., 2015), penelitian lainnya diperoleh data bahwa kerentanan menjadi faktor dominan dalam kepatuhan (Kurniawan, et., al, 2011).

Langley, et al. (2017) menyatakan bahwa pria dengan GAD cenderung memiliki niat yang lebih rendah untuk mencari bantuan dibandingkan dengan wanita dengan GAD, penelitian ini menyatakan bahwa individu yang mengalami GAD memiliki hambatan utama (*perceived barriers*) dalam biaya perawatan, keyakinan bahwa individu seharusnya dapat menyelesaikan masalah mereka sendiri, dan preferensi untuk mencari bantuan dari keluarga atau teman. Penelitian ini juga menyatakan bahwa manfaat perawatan yang dirasakan (*perceived benefits*) oleh subjek penelitian ini, bahwa semakin besar manfaat yang dirasakan, semakin tinggi niat individu dengan GAD untuk mencari bantuan.

Castonguay, et al. (2016), melakukan penelitian pada pasien penderita depresi, yang menunjukkan bahwa individu sering kali tidak menyadari kerentanannya terhadap depresi sebelum menerima pengobatan (*perceived susceptibility*), gejala yang parah (pikiran atau upaya bunuh diri) menjadi faktor utama yang mendorong individu untuk mencari bantuan (*perceived severity*), hambatan utama adalah stigma dan ketakutan terhadap proses pengobatan, termasuk efek samping obat (*perceived barriers*), manfaat pengobatan baru disadari setelah individu memulai pengobatan (*perceived benefits*), selain itu, banyak individu memiliki kemampuan diri (*self-efficacy*) cukup tinggi untuk berbicara dengan orang terdekat, tetapi tidak cukup tinggi untuk mencari bantuan medis sendiri. Salah satu temuan paling signifikan dalam penelitian ini adalah peran petunjuk tindakan interpersonal, seperti saran dari keluarga atau tenaga medis, yang sering kali menjadi pemicu pencarian bantuan (*cues to action*), dukungan sosial pada pasien depresi sangat membantu mengonfirmasi kebutuhan untuk pengobatan dan mengurangi ketidakpastian pada proses pengobatan pasien.

Faktor-faktor seperti usia muda, jenis kelamin perempuan, pengalaman pelecehan di masa kecil, dan kesulitan sosial kronis ditemukan berkorelasi positif dengan kebutuhan (*perceived benefits*) yang dirasakan akan bantuan profesional (Lefebvre, et al., 2000; Meadows, et al., 2002; Mojtabai, et al., 2002). Sejalan dengan penelitian tersebut, wanita lebih sering merasa membutuhkan pengobatan dibandingkan pria, tetapi cenderung lebih sedikit membutuhkan intervensi sosial dan pelatihan keterampilan (Meadows, et al., 2002). Jumlah pasien dengan gangguan kecemasan atau depresi yang merasa membutuhkan pengobatan (*cues to action*) berkisar antara 49% hingga 84% (Boardman, et al, 2004; Brody, et al, 1997; Cooper et al., 2003; Craske, et al., 2005; Meadows, et al., 2000, 2001; Mojtabai, et al, 2002). Persepsi terhadap keefektifan antidepresan (*perceived benefits*) menunjukkan peningkatan selama bertahun-tahun (Angermeyer & Matschinger, 1996; Angermeyer, et al., 1999; Jorm et al., 2006).

Tingkat *dropout* (berhenti dari pengobatan) pada pasien dengan gangguan kecemasan dan depresi dalam intervensi berbasis internet dalam konteks *randomized controlled trial* (RCT) berkisar antara 1–50%, dengan tingkat kepatuhan lebih dari 50%, sedangkan pada situs terbuka (*open access*), hampir seluruh pasien berhenti setelah sesi ke-10. Tingkat penghentian terapi pada program pengelolaan stres, olahraga, dan berhenti merokok dilaporkan sekitar 20–80%, sedangkan penghentian penggunaan antidepresan dilaporkan sekitar 40–80%. Faktor-faktor seperti tingkat keparahan (*perceived severity*) gejala, durasi pengobatan, dan kondisi kronis diketahui, serta hambatan (*perceived barriers*) seperti akses dan efek samping, yang dapat menurunkan kepatuhan jika tidak ditangani memengaruhi kepatuhan pasien (Christensen, et al., 2009).

Hambatan praktis (*perceived barriers*) seperti biaya tinggi dan kurangnya waktu, dianggap sebagai hambatan paling utama dalam mencari perawatan profesional oleh pasien dengan gangguan depresi atau kecemasan, sementara hambatan emosional, seperti rasa malu, penolakan, atau stigma, dianggap kurang penting (Alvidrez & Azocar, 1999; Craske, et al., 2005; Mohr, et al., 2006; Mojtabai, et al., 2002). Sejalan dengan hal tersebut, sebuah studi kualitatif oleh Haslam, et al., (2004) menyatakan bahwa, banyak penderita kecemasan dan depresi mengalami efek samping dari obat-obatan dan merasa kurang mendapatkan informasi tentang hal tersebut. Mereka percaya bahwa mereka tidak diberikan informasi yang cukup tentang mekanisme kerja obat dan kemungkinan efek sampingnya.

Berdasarkan hal tersebut, penelitian ini akan menjawab bagaimana gambaran dimensi pembentuk *Health Belief Model* (HBM), yaitu enam dimensi HBM berupa persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*), persepsi keparahan (*perceived severity*), persepsi manfaat (*perceived benefits*), persepsi hambatan (*perceived barriers*), isyarat bertindak (*cues to action*), dan kemampuan diri (*self-efficacy*) pada pasien dengan gangguan neurotik, yaitu pasien *Generalized Anxiety Disorder* (GAD) yang mendapatkan terapi psikofarmakologi antidepresan di instalasi rawat jalan Makassar.

1.1.1. *Health Belief Model* (HBM)

Health Belief Model (HBM) dikembangkan oleh Rosenstock pada tahun 1966 kemudian disempurnakan oleh Becker dan koleganya pada tahun 1970–1980-an dengan tujuan untuk memprediksi perilaku pencegahan kesehatan serta memahami bagaimana individu merespons pengobatan terhadap penyakit yang diderita (Rosenstock, I. M., 2005). Model ini berakar pada teori Kurt Lewin yang menyatakan bahwa persepsi individu terhadap suatu hal sangat memengaruhi keputusan tindakan yang akan diambil atau dihindari, sehingga HBM menjadi formulasi konseptual yang bertujuan mengetahui sejauh mana individu menerima atau tidak terhadap kondisi kesehatannya (Damanti, E. N., 2021).

HBM merupakan model perilaku kesehatan yang dipengaruhi oleh enam komponen utama, yaitu *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, *self-efficacy*, *cues to action*, dan *self-efficacy* (Rosenstock, I. M., 2005). Model ini telah banyak digunakan dalam berbagai

penelitian sebagai kerangka teoritis untuk menjelaskan bagaimana persepsi individu memengaruhi perilaku mereka terhadap kesehatan, baik dalam pencegahan, pengelolaan penyakit yang telah terdiagnosis (Carpenter, 2010; Eraker, et al., 1984), maupun dalam kepatuhan terhadap pengobatan (Jones, et al., 2014).

Rosenstock, I. M (2005), mengemukakan mengenai enam dimensi dari *Health Belief Model* (HBM), antara lain:

1. Persepsi Kerentanan (*Perceived Susceptibility*)

Persepsi kerentanan memungkinkan individu untuk melakukan tindakan pencegahan maupun pengobatan, karena individu tersebut merasa rentan terhadap suatu penyakit. Keyakinan individu mengenai kerentanan terhadap penyakit dan persepsi mengenai manfaat pencegahan penyakit dapat memengaruhi kesediaan individu untuk bertindak.

2. Persepsi Keparahan (*Perceived Severity*)

Persepsi keparahan merupakan persepsi yang didasarkan pada informasi medis, pengetahuan atau keyakinan individu bahwa individu tersebut akan mendapatkan kesulitan akibat penyakit yang diderita dan akan mempersulit kehidupan kedepannya. Bentuk keparahan yang dirasakan oleh individu menentukan apakah tindakan pencegahan akan dilakukan atau tidak.

3. Persepsi Manfaat (*Perceived Benefits*)

Persepsi manfaat menunjukkan sejauh mana individu memersepsikan manfaat dari suatu metode pencegahan yang diusulkan atau direkomendasikan untuk mencegah atau mengurangi keparahan suatu penyakit yang diderita akibat perilaku tidak sehat. Semakin baik individu memersepsikan manfaat dari suatu perilaku pencegahan penyakit, maka semakin besar peluang individu untuk melakukan tindakan tersebut.

4. Persepsi Hambatan (*Perceived Barriers*)

Persepsi hambatan merupakan bentuk persepsi individu mengenai sejauh mana individu memersepsikan dampak negatif dari suatu perilaku kesehatan yang direncanakan atau dianjurkan sehingga bentuk persepsi hambatan memengaruhi tindakan individu dan menyebabkan motif untuk menghindari tindakan yang bermanfaat. Mencegah penyakit atau mencari pengobatan dipengaruhi oleh hambatan yang dirasakan, yang kemudian menjadi faktor penentu terjadi atau tidaknya perubahan perilaku. Hambatan untuk bertindak adalah salah satu prediktor perilaku yang paling kuat pada proses pengambilan keputusan individu (Carpenter, 2010; Janz & Becker, 1984).

5. Persepsi Isyarat Bertindak (*Cues to Action*)

Persepsi individu mengenai tingkat kerentanan dan keparahan suatu penyakit memungkinkan individu terdorong untuk melakukan suatu tindakan. Manfaat dari tindakan memberikan jalan untuk suatu tindakan agar dilakukan, tetapi individu mungkin membutuhkan suatu isyarat atau acuan agar suatu perilaku benar-benar terjadi. Isyarat ini dapat terjadi dan muncul secara internal maupun eksternal. Isyarat bertindak dapat mendorong individu untuk melakukan tindakan sehingga dapat terjadi perubahan perilaku. Tindakan isyarat bergantung pada bagaimana persepsi individu terhadap derajat kerentanan dan keparahan.

6. Kemampuan Diri (*Self-Efficacy*)

Keyakinan akan kemampuan diri dapat dimiliki oleh individu karena mengamati perilaku individu lain atau berdasarkan pengalaman hidupnya. Keputusan pembentukan perilaku baru individu tergantung pada penilaian kemampuan individu tersebut kepada dirinya sendiri untuk menghasilkan sesuatu yang diharapkan dalam mengambil langkah secara tepat dan terarah. *Self-efficacy* yang dimiliki oleh individu dapat menentukan seberapa besar usaha yang dapat dilakukan dalam menghadapi suatu hambatan.

Persepsi hambatan (*perceived barriers*) merupakan prediktor paling kuat dari perilaku kesehatan dibandingkan dengan variabel-variabel lain dalam *Health Belief Model* (HBM) yang memengaruhi keputusan individu untuk bertindak atau tidak. Efek dari *barriers* terhadap perilaku menunjukkan nilai korelasi tertinggi secara keseluruhan ($r = 0.30$), lebih besar dibandingkan *benefits* ($r = 0.27$), *severity* ($r = 0.15$), dan *susceptibility* ($r = 0.05$). Persepsi hambatan (*perceived barriers*) cenderung menunjukkan hubungan yang stabil dan konsisten dengan perilaku, bahkan dalam berbagai jenis perilaku kesehatan, baik pencegahan maupun pengobatan (Carpenter, 2010).

1.1.2. **Generalized Anxiety Disorder (GAD)**

Generalized Anxiety Disorder (GAD) secara diagnostik, ditandai dengan kecemasan berlebihan yang mengganggu fungsi sehari-hari tanpa dipicu oleh objek atau situasi spesifik (APA, 2013), yang sering kali disertai gejala seperti kegelisahan, ketegangan otot, kesulitan tidur, dan mudah marah (Prajogo, 2021). Kecemasan ini bersifat persisten dan mengambang bebas "*free floating*" sebagaimana dijelaskan Freud, dan dipicu oleh distorsi kognitif berupa penilaian negatif terhadap lingkungan serta persepsi rendah terhadap kemampuan diri sendiri (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2010).

Salah satu pendekatan utama dalam pengobatan GAD adalah melalui terapi psikofarmakologi antidepresan, yang telah terbukti efektif dalam membantu menstabilkan gejala kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Antidepresan merupakan kelompok obat yang digunakan untuk menangani berbagai gangguan psikiatri, termasuk depresi dan gangguan kecemasan, dengan cara menormalkan aktivitas neurotransmitter seperti serotonin, norepinefrin, dan dopamin yang memengaruhi suasana hati, tidur, nafsu makan, energi, dan fungsi kognitif (APA, 2013; Nemeroff & Schatzberg, 2002).

Salah satu golongan utama antidepresan adalah *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* (SSRIs), seperti *fluoxetine* dan *escitalopram*, yang merupakan lini pertama dalam pengobatan gangguan kecemasan karena efek toksiknya yang relatif rendah (Bystritsky, et al., 2013; Dipiro, et al., 2015). Selain SSRIs, terdapat *Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors* (SNRIs) seperti *venlafaxine* dan *duloxetine* yang digunakan ketika SSRIs tidak memberikan respons optimal. SNRIs dapat menyebabkan efek samping seperti peningkatan tekanan darah, gangguan tidur, dan mulut kering (Dipiro, et al., 2015; Bystritsky, et al., 2013). Golongan lain adalah *Tricyclic Antidepressants* (TCAs), seperti *amitriptyline* dan *imipramine*, tetapi jarang

digunakan karena risiko efek samping yang tinggi dan potensi toksisitas bila overdosis (Dipiro, et al., 2015; Potter & Hollister, 2007).

1.2. Tujuan dan Manfaat

1.2.1. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk memahami bagaimana gambaran enam *Health Belief Model* (HBM), yaitu enam dimensi HBM berupa persepsi kerentanan (*perceived susceptibility*), persepsi keparahan (*perceived severity*), persepsi manfaat (*perceived benefits*), persepsi hambatan (*perceived barriers*), isyarat bertindak (*cues to action*), dan kemampuan diri (*self-efficacy*) pada pasien dengan *Generalized Anxiety Disorder* (GAD) yang mendapatkan terapi psikofarmakologi antidepresan di instalasi rawat jalan Makassar.

1.2.2. Manfaat Penelitian

1.2.2.1. Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis diadakannya penelitian ini, yaitu:

1. Menambah wawasan dan literatur dalam bidang psikologi, khususnya mengenai penerapan teori *Health Belief Model* (HBM) pada pasien GAD di instalasi rawat jalan.
2. Memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai bagaimana pengobatan dan manajemen efek samping ditinjau dari HBM pasien GAD di instalasi rawat jalan.
3. Menjadi dasar bagi penelitian lanjutan dalam mengembangkan intervensi berbasis teori *Health Belief Model* (HBM) untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan dan kualitas hidup pasien GAD di instalasi rawat jalan.

1.2.2.2. Manfaat Praktis

Manfaat praktis diadakannya penelitian ini, yaitu:

1. Memberikan gambaran *Health Belief Model* (HBM) yang dapat dijadikan dasar dalam merancang strategi intervensi yang lebih efektif dan sesuai dengan kebutuhan pasien GAD dengan terapi antidepresan pada instalasi rawat jalan di Makassar.
2. Memberikan wawasan tambahan kepada klinisi dan *stakeholder* terkait mengenai pentingnya memperhatikan persepsi dan keyakinan pasien dalam pengelolaan pengobatan antidepresan pada pasien GAD di instalasi rawat jalan.
3. Memberikan informasi tambahan bagi pasien GAD dan keluarga pasien GAD mengenai pentingnya kepatuhan dalam pengobatan, serta cara mengelola efek samping terapi antidepresan di instalasi rawat jalan, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien GAD.

BAB II

METODE PENELITIAN

2.1. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis dan pendekatan penelitian pada penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan *narrative study*. Metode kualitatif dengan pendekatan *narrative study* berfokus pada studi terhadap individu dan bagaimana individu tersebut memberikan makna terhadap pengalaman yang telah dilalui melalui cerita-cerita yang disampaikan, pengumpulan data dengan cara mengumpulkan cerita, laporan pengalaman individu, dan membahas arti pengalaman yang diceritakan bagi individu tersebut (Creswell, 2018). Dengan menggunakan metode penelitian kualitatif pada penelitian ini, diharapkan mampu memperoleh informasi secara mendalam terkait penelitian yang dilakukan mengenai gambaran *Health Belief Model* (HBM) *Generalized Anxiety Disorder* (GAD) yang mendapatkan terapi antidepresan di instalasi rawat jalan Makassar.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *narrative study* sehingga mampu menjelaskan suatu kejadian yang menjadi pusat perhatian peneliti berdasarkan suatu kejadian yang menjadi pusat awal peneliti mulai dari awal subjek merasakan gejala hingga menjalani pengobatan (Creswell, 2018). Hasil yang didapatkan, ditulis melalui proses mendengarkan dari subjek dengan bertemu secara langsung dengan melalui wawancara. Subjek dapat memberikan informasi secara mendetail dan mendalam, serta peneliti mendengarkan dan melaporkan kembali cerita atau informasi tersebut. Metode kualitatif dengan pendekatan *narrative study* dapat membantu peneliti dalam mengungkap enam dimensi *Health Belief Model* (HBM) pada pasien GAD yang menjalani proses terapi rawat jalan dengan pengobatan antidepresan.

2.2. Sumber Data

Sumber data penelitian ini diperoleh dalam bentuk data primer, yaitu jenis dan sumber dari data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber pertama, tanpa melalui perantara (Sugiyono, 2018). Data dikumpulkan secara langsung oleh peneliti sendiri dari sumber pertama yang secara khusus dilakukan untuk menjawab penelitian. Peneliti menggunakan hasil wawancara yang didapatkan dari subjek mengenai topik penelitian sebagai data primer. Pemilihan subjek dilakukan berdasarkan kriteria yang relevan dengan topik penelitian, subjek penelitian ini adalah:

- a. Pasien *Generalized Anxiety Disorder* (GAD) dengan usia minimal 18 tahun. Pada usia ini, perkembangan fisik, emosional, dan kognitif telah mencapai kematangan, yang memungkinkan evaluasi lebih akurat terhadap gejala kecemasan yang dialami (Santrock, J. W., 2018).
- b. Pasien GAD yang telah didiagnosa oleh dokter spesialis psikiatri yang berlangsung minimal 6 bulan. Periode tersebut merupakan waktu yang tepat untuk memantau efektivitas terapi dan memastikan stabilitas dalam pengobatan.

Ini juga memberikan gambaran yang lebih jelas mengenai seberapa lama pasien telah terpapar gejala, dan memberi waktu yang cukup bagi intervensi terapeutik untuk memberikan hasil yang optimal (Hoge, et al, 2015).

- c. Pasien GAD sedang menjalani terapi antidepresan di instalasi rawat jalan Rumah Sakit di lingkup Makassar.

Peneliti melaksanakan wawancara untuk mendapatkan bagaimana bagaimana gambaran dimensi pembentuk *Health Belief Model* (HBM), yaitu enam dimensi HBM berupa *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, *cues to action*, dan *self-efficacy* pada pasien GAD selama menjalani terapi rawat jalan dengan psikofarmakologi antidepresan pada instalasi rawat jalan di Makassar.

2.3. Teknik Pengumpulan Data

Data utama dalam penelitian ini dikumpulkan melalui wawancara semi terstruktur. Wawancara digunakan untuk mendapatkan pemahaman berdasarkan cerita narasi subjek mengenai pengalaman subjektif subjek terkait fenomena HBM yang sedang diteliti, sehingga subjek mampu menjelaskan pengalaman secara rinci dan mendalam (perasaan, pemikiran, dan persepsi) yang muncul dalam konteks fenomena HBM.

Wawancara semi terstruktur memungkinkan fleksibilitas dalam penggalian informasi, sehingga peneliti dapat mengeksplorasi topik yang relevan secara lebih mendalam berdasarkan jawaban yang diberikan oleh subjek. Melalui wawancara semi terstruktur, peneliti dapat mengidentifikasi faktor-faktor kunci yang tidak terduga sebelumnya, seperti berbagai hambatan, motivasi, dan konteks sosial yang mempengaruhi perilaku atau pandangan subjek. Penggalian data dilakukan dengan mengidentifikasi suatu kejadian yang menjawab permasalahan penelitian untuk dieksplorasi.

Penelitian dimulai dengan memfokuskan pada suatu permasalahan penelitian untuk diteliti dan diidentifikasi suatu kejadian sentral untuk dieksplorasi dalam proses kualitatif. Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* untuk menentukan subjek penelitian berdasarkan karakteristik yang telah ditentukan. Data kemudian di kumpulkan berdasarkan informasi berupa cerita dari subjek melalui wawancara semi terstruktur, kemudian menuliskan kembali cerita subjek untuk menempatkannya dalam sebuah rangkaian kronologis berdasarkan pengalaman-pengalaman personal dan sosial subjek. Peneliti juga melakukan validasi keakuratan data, seperti mentriangulasi diantara sumber data untuk menentukan keakuratan dan kredibilitas suatu cerita naratif subjek melalui *significant others* subjek (Creswell, 2018).

2.4. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data pada penelitian ini menggunakan *theory-driven* dapat mengidentifikasi pola-pola yang mendasari terkait gambaran subjek berdasarkan pada enam dimensi *Health Belief Model* (HBM) sebagai panduan untuk memahami dan menafsirkan data yang diperoleh dari wawancara semi terstruktur dengan pasien

Generalized Anxiety Disorder (GAD) yang mendapatkan terapi psikofarmakologi antidepresan di instalasi rawat jalan. Data dikumpulkan melalui wawancara semi terstruktur yang dirancang untuk mengeksplorasi persepsi dan pengalaman pasien GAD mengenai pengobatan yang sedang dijalani. Wawancara didasarkan pada dimensi HBM, yaitu *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, *cues to action*, dan *self-efficacy*.

Data yang telah dikumpulkan melalui wawancara kemudian ditranskrip secara verbatim. Reduksi data dilakukan dengan merangkum, memilih hal-hal pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dan mencari tema atau pola berdasarkan data yang telah diperoleh (Sugiyono, 2021). Setelah data direduksi, data kemudian disajikan secara tersusun dalam pola hubungan kemudian dikodekan dengan menggunakan kategori berdasarkan dimensi yang terdapat pada HBM. Setelah data dikodekan, peneliti mengidentifikasi tema-tema utama yang muncul dalam setiap kategori HBM, dan diinterpretasikan dengan merujuk pada enam dimensi HBM. Peneliti menganalisis bagaimana gambaran enam dimensi HBM pada subjek yang mendapatkan terapi psikofarmakologi antidepresan di instalasi rawat jalan. Berdasarkan analisis dan interpretasi data, peneliti kemudian menarik kesimpulan (Miles, M. B., 2014).

2.6. Prosedur Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan melalui beberapa tahapan yang meliputi:

1. Tahap Persiapan

Penelitian ini diawali dengan melakukan studi literatur guna memahami teori *Health Belief Model* (HBM) serta penelitian terdahulu yang relevan. Hasil studi literatur tersebut kemudian dijadikan acuan dalam penelitian ini. Kemudian rancangan penelitian yang mencakup perumusan masalah, tujuan penelitian, serta metode yang akan digunakan disusun sesuai dengan rancangan. Selanjutnya, dilakukan penentuan kriteria subjek penelitian. Peneliti kemudian mengajukan izin penelitian kepada beberapa instansi terkait, termasuk rumah sakit dan klinik tempat penelitian dilakukan. Peneliti juga menyiapkan instrumen penelitian seperti pedoman wawancara semi terstruktur untuk mendukung kelancaran penelitian.

2. Tahap Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan, peneliti terlebih dahulu mengidentifikasi dan mengambil subjek penelitian berdasarkan kriteria yang telah ditentukan. Peneliti melakukan wawancara pada pasien dengan *Generalized Anxiety Disorder* (GAD) yang berusia minimal 18 tahun, telah didiagnosa oleh dokter spesialis psikiatri selama setidaknya enam bulan, dan saat ini menjalani terapi pada instalasi rawat jalan di Makassar dengan psikofarmakologi antidepresan. Peneliti kemudian memberikan *informed consent* untuk mendapatkan persetujuan subjek sebelum dilakukan wawancara kepada subjek.

Penelitian ini dilaksanakan mulai pada tanggal 30 Januari 2025 hingga 16 April 2025. Proses awal dimulai dengan mendatangi instansi terkait dengan membawa surat izin penelitian untuk memperoleh izin resmi melakukan penelitian. Setelah

mendapatkan persetujuan dari pihak instansi, peneliti kemudian bertemu langsung dengan dokter spesialis jiwa yang bertugas di instansi tersebut untuk menanyakan apakah terdapat pasien yang sesuai dengan kriteria dalam penelitian ini. Dokter kemudian mengarahkan peneliti kepada calon subjek yang memenuhi kriteria dan turut menginformasikan jadwal konsultasi pasien tersebut, sehingga memungkinkan peneliti untuk bertemu langsung dengan subjek pada waktu yang tepat. Pertemuan pertama dengan subjek dilakukan di area tunggu instalasi rawat jalan pada poli jiwa instansi bersamaan dengan jadwal konsultasi subjek. Setelah menjelaskan maksud dan tujuan penelitian, peneliti kemudian menanyakan kesediaan subjek dalam penelitian ini dan mengatur jadwal wawancara lanjutan yang dilakukan di luar lingkungan rumah sakit sesuai dengan kenyamanan dan ketersediaan waktu subjek.

Selain itu, data juga dikumpulkan melalui triangulasi sumber dengan *significant others*, yaitu kakak ipar, saudara kandung, dan teman dekat/sahabat yang tinggal bersama dengan pasien dan/atau kebersamaan pasien selama proses pengobatan rawat jalan. *Significant others* subjek memiliki pengamatan langsung terhadap perilaku, perubahan kondisi, respons pasien terhadap proses pengobatan, dan seberapa konsisten pasien dalam mengonsumsi obat sesuai dengan resep pengobatan yang diberikan oleh klinisi. Hasil wawancara dicatat dan direkam untuk kemudian ditranskripsi serta dianalisis lebih lanjut.

3. Tahap Analisis Data

Data yang didapatkan dari hasil wawancara kemudian ditranskripsi secara verbatim untuk mendapatkan gambaran yang akurat mengenai pengalaman subjek. Selanjutnya dilakukan reduksi data dengan menyaring informasi penting berdasarkan dimensi dalam *Health Belief Model* (HBM), yaitu *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, *cues to action*, dan *self-efficacy*. Peneliti kemudian membuat kode dan tema utama untuk menemukan bagaimana gambaran *Health Belief Model* (HBM) dengan pengalaman subjek dalam menjalani terapi rawat jalan dengan mengonsumsi antidepresan. Hasil analisis kemudian diinterpretasikan berdasarkan teori serta penelitian terdahulu guna memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai fenomena yang diteliti.

4. Tahap Penyelesaian

Pada tahap penyelesaian, peneliti menyusun laporan penelitian berdasarkan hasil analisis data yang telah dilakukan. Peneliti juga melakukan refleksi kritis terhadap temuan penelitian sehingga mampu mengevaluasi implikasinya dalam konteks klinis dan psikologi kesehatan. Berdasarkan hasil analisis yang didapatkan, peneliti kemudian menyusun kesimpulan serta rekomendasi yang dapat diterapkan dalam praktik klinis maupun menjadi dasar bagi penelitian selanjutnya.