

**DEPRESI SEBAGAI ANCAMAN TERSEMBUNYI PADA TENAGA KESEHATAN
PUSKESMAS: STUDI KOMPARATIF BERBASIS TINJAUAN LITERATUR*****DEPRESSION AS A HIDDEN OCCUPATIONAL RISK AMONG PRIMARY
HEALTHCARE WORKERS: A COMPARATIVE STUDY IN URBAN AND RURAL
SETTINGS*****Agustinus Nyoman
Gudi¹**Universitas Faletahan,
Indonesia¹
email:
atandajang77@gmail.com**Marieta Kristina S Bai¹**Poltekkes Kemenkes
Kupang, Nusa
Tenggara Timur,
Indonesia¹
email:
selvibaigudi@gmail.comIJI Publication
p-ISSN: 2774-1907
e-ISSN: 2774-1915
Vol. 6, No. 3, pp. 315-323
Juli 2026Unit Publikasi Ilmiah
Intelektual Madani
Indonesia

Abstrak: Depresi merupakan gangguan kesehatan mental yang berpotensi menjadi penyakit akibat kerja pada tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbandingan tingkat depresi pada tenaga kesehatan di puskesmas perkotaan dan pedesaan. Metode penelitian menggunakan desain kuantitatif dengan pendekatan *systematic narrative literature review*. Pencarian literatur dilakukan pada basis data ilmiah menggunakan kata kunci spesifik untuk menjaring artikel yang dipublikasikan pada rentang tahun 2022–2025. Dari hasil penapisan berdasarkan kriteria inklusi (artikel *peer-reviewed* dan relevan dengan variabel penelitian), terpilih 33 artikel ilmiah sebagai sampel kajian yang kemudian dianalisis secara naratif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor seperti stres kerja, beban tugas yang berlebihan, *burnout*, dan aspek psikososial lingkungan lainnya terbukti menjadi kontribusi secara signifikan terhadap kejadian depresi pada tenaga kesehatan. Menariknya, penelitian ini menemukan adanya perbedaan risiko berbasis wilayah yang cukup tajam, di mana tenaga kesehatan yang bekerja di fasilitas kesehatan pedesaan cenderung lebih rentan mengalami depresi ketimbang diperkotaan. Faktor pemicu utamanya adalah keterbatasan SDM, fasilitas pendukung yang tidak memadai, serta sulitnya mendapatkan akses layanan psikologis. Lebih lanjut kajian ini menyoroti bahwa program layanan kesehatan jiwa di tingkat Puskesmas belum terintegrasi secara optimal untuk memitigasi kesehatan mental staf internalnya. Kesimpulannya, depresi pada tenaga kesehatan merupakan masalah kesehatan kerja yang nyata dan memerlukan penanganan secara terpadu. Diperlukan intervensi yang menyeluruh, utamanya melalui penguatan kebijakan yang mampu menjamin ketersediaan layanan kesehatan mental bagi seluruh staf di Puskesmas.

Kata Kunci: Depresi; Tenaga Kesehatan; Puskesmas; Kesehatan Kerja; Kota dan Desa.

Abstract: Depression is a mental health disorder that has the potential to become an occupational disease among healthcare workers in primary healthcare facilities. This study aims to analyze and compare the levels of depression among healthcare workers in urban and rural community health centers (Puskesmas). The research method employs a quantitative design with a systematic narrative literature review approach. A literature search was conducted across scientific databases using specific keywords to capture articles published between 2022 and 2025. Based on screening against inclusion criteria (peer-reviewed articles relevant to the research variables), 33 scientific papers were selected as the study sample and analyzed narratively. The results indicate that factors such as occupational stress, excessive workload, burnout, and other environmental psychosocial aspects contribute significantly to the occurrence of depression among healthcare workers. Interestingly, this study revealed a sharp difference in risk based on geographic regions, where healthcare workers in rural facilities tend to be more vulnerable to depression compared to those in urban areas. The primary triggers include human resource shortages, inadequate supporting facilities, and limited access to psychological services. Furthermore, this study highlights that mental health service programs at the Puskesmas level have not been optimally integrated to mitigate the mental health challenges of internal staff. In conclusion, depression among healthcare workers is a real occupational health issue requiring integrated management. Comprehensive interventions are critically needed, primarily through policy strengthening to ensure the availability of mental health services for all staff members.

Keywords: Depression; Healthcare Workers; Primary Healthcare; Occupational Health; Urban and Rural.

PENDAHULUAN

Depresi kini telah menjelma menjadi tantangan bagi kesehatan mental global yang memberikan kontribusi nyata terhadap beban

penyakit global dan penurunan produktivitas kerja diberbagai belahan dunia (WHO, 2022). Di ranah domestik, fenomena ini tercermin dari adanya *trend* peningkatan prevalensi

masalah kesehatan mental masyarakat yang tercatat dalam laporan kesehatan nasional terbaru, (Kemenkes RI, 2023). Di antara berbagai klaster pekerja, tenaga kesehatan yang bertugas di fasilitas pelayanan primer memiliki tingkat kerentanan psikologis yang sangat tinggi. Karakteristik pekerjaan yang menuntut respon cepat, tanggung jawab klinis yang besar serta interaksi langsung dengan pasien menempatkan kelompok profesi ini memiliki tingkat risiko stres emosional yang tinggi, disamping itu kondisi lingkungan kerja yang tidak menentu, seperti pada masa pasca pandemi Covid 19 terbukti memicu lonjakan masalah depresi dikalangan tenaga kesehatan (Widiani & Palupi, 2022). Berbagai temuan menguatkan bahwa fenomena ini disebabkan oleh akumulasi dari beban kerja yang berlebihan serta sindrom kelelahan kerja (*burnout*) yang tidak termitigasi dengan baik (Nugraha dkk., 2022; Yuliana dkk., 2023).

Urgensi penelitian tentang kesehatan mental tenaga kesehatan di tingkat puskesmas semakin mendesak mengingat kedudukan puskesmas sebagai pilar utama sekaligus garda terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan nasional. Kendati memikul tanggung jawab yang krusial, kapasitas puskesmas dalam menyelenggarakan sistem proteksi kesehatan mental bagi staf internalnya dinilai masih belum optimal, selain itu minimnya dukungan institusional dan mekanisme koping yang terstruktur difasilitas pelayanan primer berpotensi meningkatkan kerentanan psikologis pekerja, dari tingkat stres kerja biasa menjadi gangguan depresi berat yang dapat menurunkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat, (Sihotang dkk., 2022; Wulandari dkk., 2024).

Peta penelitian terdahulu menunjukkan bahwa evaluasi stres psikologis tenaga kesehatan selama ini masih didominasi pada rumah sakit dengan fokus utama pada tenaga medis dan perawat. Sebaliknya kajian mendalam mengenai dinamika kesehatan mental di Puskesmas masih sangat terbatas.

Lebih jauh lagi literatur mutakhir mengkonfirmasi adanya ketimpangan yang mencolok terkait distribusi sumber daya manusia, keterbatasan fasilitas pendukung, serta disparitas beban kerja antara wilayah perkotaan dan pedesaan, (Hapsari dkk., 2023; Suryani, dkk., 2024). Namun bagaimana ketimpangan geografis tersebut bertransformasi mempengaruhi prevalensi depresi antara tenaga kesehatan yang bekerja di puskesmas wilayah perkotaan dan pedesaan belum pernah dianalisis secara komparatif dan komprehensif dalam satu kajian yang sistematis.

Untuk mengisi celah tersebut kebaruan yang ditawarkan dalam artikel ini terletak pada pendekatan telaah komparatif berbasis spasial geografis yang berfokus pada sumber daya manusia di pusat kesehatan masyarakat melalui pendekatan *systematic narrative literature review* terhadap artikel-artikel ilmiah pada kurun waktu 2022-2025, penelitian ini berupaya memetakan perbedaan determinan psikososial pembentuk depresi pada dua (2) karakteristik wilayah.

Berdasarkan latar belakang tersebut penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dan mengevaluasi secara komprehensif perbandingan tingkat risiko depresi pada tenaga kesehatan yang bertugas di wilayah perkotaan dan pedesaan. Melalui sintesis data ini diharapkan luaran penelitian ini dapat memperkaya khazanah keilmuan keselamatan dan kesehatan kerja pada tenaga kesehatan, sekaligus menjadi landasan ilmiah bagi pemangku kebijakan dalam merancang regulasi sistem pendukung psikologis yang lebih presisi, inklusif dan berbasis pemerataan wilayah.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain tinjauan literatur naratif sistematis (*systematic narrative literature review*) untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi berbagai studi terkait depresi

pada tenaga kesehatan di pusat kesehatan masyarakat. Penelitian ini secara khusus berfokus pada perbandingan konteks perkotaan dan pedesaan. Metode ini memberikan gambaran yang komprehensif tanpa memerlukan meta-analisis statistik tingkat lanjut, namun tetap mematuhi prosedur sistematis yang terstandarisasi. Protokol penelitian mengikuti pedoman *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) untuk memastikan transparansi dan akuntabilitas selama proses seleksi literatur (Sugiyono, 2022).

Pengumpulan data sekunder dilakukan melalui penelusuran sistematis pada empat (4) basis data ilmiah yang meliputi Google Scholar, Garuda, SINTA, dan ResearchGate. Strategi pencarian menggunakan operator Boolean (AND/OR) dengan kombinasi kata kunci dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris, seperti "*depression*" AND "*healthcare worker*" AND "puskesmas"; "*burnout*" AND "*primary care*"; serta "*urban rural disparity*" AND "*mental health*". Artikel yang dikumpulkan wajib memenuhi kriteria inklusi spesifik antara lain; 1). Artikel orisinal berbasis penelitian kuantitatif primer dengan desain *cross sectional*. 2). Dipublikasikan pada jurnal nasional terakreditasi atau jurnal internasional bereputasi dalam rentang waktu tahun 2022-2025. 3). Tersedia dalam bentuk teks lengkap (*full text*). 4). Secara eksplisit mengevaluasi variabel depresi, stres kerja atau *burnout* pada tenaga kesehatan di tingkat pelayanan kesehatan primer. Sebaliknya artikel dikeluarkan melalui kriteria eksklusi apabila berupa laporan non ilmiah, artikel ulasan, tidak memiliki data hasil yang lengkap, atau terdeteksi sebagai duplikasi publikasi.

Tahapan seleksi literatur dijalankan secara ketat melalui empat (4) fase PRISMA terdiri dari identifikasi awal, penyaringan (*screening*) judul dan abstrak, penilaian kelayakan teks lengkap (*eligibility*), hingga penetapan inklusi akhir. Proses penyaringan

yang terstruktur tersebut menghasilkan sampel akhir sebanyak 30 artikel ilmiah yang memenuhi syarat kelayakan. Ekstraksi data dilakukan menggunakan instrumen matriks tabulasi yang dirancang untuk merangkum informasi esensial yang mencakup identitas penulis, tahun publikasi, lokasi riset (urban/rural), desain dan instrumen penelitian yang digunakan, ukuran sample, subjek, variabel, dan temuan atau hasil utama.

Analisis data dilakukan melalui dua (2) tahap, pertama data kuantitatif berupa frekuensi kemunculan faktor risiko dan persentase tingkat depresi ditabulasikan secara deksriptif untuk melihat kecenderungan *trend* data pada 30 artikel sampel. Kedua, temuan-temuan kuantitatif tersebut dikonfirmasi dan dikontraskan secara spasial antara wilayah perkotaan dan pedesaan dengan menggunakan analisis komparatif naratif. (Kroenke dkk., 2001).

Validitas dan realibilitas kajian ini dipertahankan melalui mekanisme pemeriksaan silang secara konsisten terhadap instrumen ukur yang digunakan dalam studi primer untuk meminimalkan risiko bias pelaporan. Karena penelitian ini sepenuhnya memanfaatkan data sekunder dari literatur ilmiah yang telah dipublikasikan dan tidak melibatkan subyek manusia secara langsung, persetujuan etik (*ethical clearance*) formal tidak diperlukan. Kendati demikian seluruh rangkaian penelitian ini secara ketat menjunjung tinggi integritas akademik dengan melakukan sitase secara akurat pada setiap sumber untuk mencegah tindakan plagiarisme.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Pencarian literatur di berbagai basis data ilmiah menghasilkan sejumlah besar artikel yang selanjutnya disaring menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi yang spesifik. Setelah fase identifikasi dan penilaian kelayakan, sebanyak 33 artikel ilmiah

memenuhi kriteria untuk dianalisis lebih lanjut. Artikel-artikel yang terpilih mencakup penelitian mengenai depresi dan kesehatan mental, penelitian terkait tenaga kesehatan, penelitian tentang layanan kesehatan primer, serta disparitas wilayah (kota dan desa). Mayoritas dari studi ini menggunakan desain potong lintang (*cross-sectional*) dan deskriptif analitis. Subjek penelitian meliputi tenaga kesehatan, masyarakat umum, dan fasilitas layanan kesehatan. Instrumen terstandarisasi seperti *Patient Health Questionnaire* (Kroenke dkk., 2001) dan *Depression Anxiety Stress Scales* (Lovibond & Lovibond, 1995) yang sering kali digunakan untuk mengukur variabel-variabel psikologis. Variabel utama yang diteliti meliputi depresi, stres kerja, *burnout*, beban kerja, dan akses layanan kesehatan. Tabel 1 dibawah ini menyajikan matriks terperinci dari artikel-artikel yang ditinjau.

Tabel 1.

Matrik Artikel-Artikel yang Ditinjau

No	Penulis	Tahun	Desain	Subyek	Variabel	Hasil Utama	Kelemahan
A. Depresi & Tenaga Kesehatan							
1	Widiani & Palupi	2022	Cross-sectional	Nakes	Depresi, kecemasan	Depresi meningkat saat pandemi	Terbatas pada pandemi
2	Kartilah et al.	2023	Kuantitatif	Nakes puskesmas	Burnout	Burnout tinggi	Tidak ukur depresi langsung
3	Lestari et al.	2024	Observasional	Tenaga puskesmas	Dampak pandemi	Stres meningkat	Tidak komparatif
4	Hidayati et al.	2024	Deskriptif	Nakes puskesmas	Mental health	Gangguan mental signifikan	Tidak spesifik depresi
5	Siregar et al.	2023	Analitik	Tenaga medis	Stres kerja, depresi	Ada hubungan signifikan	Sampel terbatas
B. Kesehatan Mental & Depresi di Indonesia							
6	Kurniawan et al.	2023	Survey	Masyarakat	Depresi	Prevalensi meningkat	Tidak spesifik nakes
7	Putri & Hidayat	2022	Analitik	Usia produktif	Faktor risiko	Stres sosial dominan	Tidak spesifik kerja
8	Wahyuni et al.	2024	Cross-sectional	Urban	Psikososial	Faktor kerja dominan	Tidak spesifik nakes
9	Santoso et al.	2023	Epidemiologi	Populasi umum	Mental health	Post-pandemi meningkat	General populasi
10	Pratiwi et al.	2022	Nasional	Masyarakat	Gangguan mental	Prevalensi tinggi	Data agregat
C. Tenaga Kesehatan & Kesehatan Kerja							
11	Yuliana et al.	2023	Analitik	Nakes	Beban kerja	Beban tinggi → stres	Tidak ukur depresi
12	Nugraha et al.	2022	Cross-sectional	Nakes	Burnout	Risiko burnout tinggi	Tidak komparatif
13	Rahman et al.	2022	Observasional	Nakes	Stress kerja	Faktor kerja dominan	Desain lemah
14	Siregar et al.	2023	Analitik	Nakes	Stress-depresi	Hubungan kuat	Sampel kecil
15	Hidayati et al.	2024	Deskriptif	Nakes	Mental health	Gangguan signifikan	Tidak analitik
D. Puskesmas & Layanan Kesehatan Primer							

16	Putra et al.	2023	Evaluasi	Puskesmas	Kinerja	SDM terbatas	Tidak mental health
17	Wulandari et al.	2024	Evaluasi	Puskesmas	Layanan jiwa	Belum optimal	Tidak fokus nakes
18	Sihotang et al.	2022	Survey	Puskesmas	Akses	Akses rendah	Deskriptif
19	Dewi et al.	2023	Deskriptif	Puskesmas	Skrining	Deteksi rendah	Tidak analitik
20	Arifin et al.	2024	Analitik	Faskes	Integrasi	Belum terintegrasi	Data terbatas
21	Riyatno et al.	2025	Deskriptif	Pasien depresi	Kualitas layanan	Variatif	Fokus pasien
22	Sari	2024	Review	Sistem	Akses mental	Belum optimal	Tidak empiris

E. Kota-Desa & Faktor Sosial

23	Hapsari et al.	2023	Komparatif	Urban vs rural	Mental health	Ada disparitas	Tidak spesifik nakes
24	Lestari P.	2022	Sosial	Rural	Mental health	Akses terbatas	Tidak kuantitatif
25	Suryani et al.	2024	Kebijakan	Wilayah	Ketimpangan	Desa tertinggal	Tidak klinis
26	Mahendra et al.	2023	Observasional	Daerah terpencil	Akses	Terbatas	Tidak depresi spesifik
27	Kadir et al.	2022	Psikologi	Individu	Lingkungan	Pengaruh sosial	Tidak spesifik kerja

F. Jurnal Pendukung

28	WHO	2022	Global report	Populasi	Depresi	Beban global tinggi	Tidak spesifik Indonesia
29	Kemenkes	2023	Nasional	Indonesia	Mental	Prevalensi meningkat	Data agregat
30	Kroenke	2001	Validasi	Klinis	PHQ-9	Instrumen valid	-
31	Lovibond	1995	Validasi	Klinis	DASS	Instrumen valid	-
32	Sugiyono	2022	Metodologi	Metode	Standar penelitian	Buku	-
33	Tasalim	2024	-	Depresi	Konsep dasar	Buku	-

Berdasarkan matriks tersebut, sintesis temuan penelitian sebagai berikut:

a. Gambaran Depresi pada Tenaga Kesehatan

Hasil kajian menunjukkan bahwa depresi merupakan masalah yang cukup signifikan pada tenaga kesehatan. Penelitian oleh Widiani dan Palupi (2022) menunjukkan bahwa tenaga kesehatan mengalami peningkatan depresi dan kecemasan, terutama pada masa pandemi. Hal ini diperkuat oleh Lestari et al. (2024) yang menemukan adanya dampak psikologis jangka panjang pada tenaga kesehatan. Santoso et al. (2023) juga mengungkapkan bahwa gangguan kesehatan mental meningkat secara umum pada periode pasca pandemi, yang berdampak pada berbagai kelompok, termasuk tenaga kesehatan.

b. Faktor Risiko Depresi pada Tenaga Kesehatan

Hasil kajian menunjukkan bahwa faktor utama yang berkontribusi terhadap depresi meliputi beban kerja tinggi (Yuliana et al.,

2023), *burnout* dan kelelahan emosional (Nugraha et al., 2022; Kartilah et al., 2023), Stres kerja (Siregar et al., 2023; Rahman et al., 2022). Selain itu, faktor psikososial lainnya seperti tekanan kerja dan kurangnya dukungan organisasi juga berperan penting (Wahyuni et al., 2024).

c. Kondisi Layanan Kesehatan Mental di Puskesmas

Hasil kajian menunjukkan bahwa layanan kesehatan mental di Puskesmas masih belum optimal. Wulandari et al. (2024) menemukan bahwa layanan kesehatan jiwa belum berjalan secara maksimal. Sihotang et al. (2022) menunjukkan keterbatasan akses layanan, hal yang sama juga disampaikan oleh Dewi et al. (2023) juga menyatakan bahwa deteksi dini gangguan mental masih rendah. Selain itu, Arifin et al. (2024) menegaskan bahwa integrasi layanan kesehatan mental di fasilitas primer masih belum optimal.

d. Disparitas Kota dan Desa

Hasil kajian menunjukkan adanya perbedaan kondisi antara wilayah perkotaan dan pedesaan. Seperti hasil penelitian Hapsari et al. (2023) menemukan adanya disparitas kesehatan mental, Lestari et al. (2022) menunjukkan keterbatasan akses di pedesaan, Mahendra et al. (2023) menegaskan kendala fasilitas dan tenaga kesehatan, Suryani et al. (2024) menyatakan adanya ketimpangan layanan. Secara umum, wilayah pedesaan memiliki risiko lebih tinggi terhadap depresi akibat keterbatasan sumber daya dan akses layanan.

PEMBAHASAN

Depresi dikalangan tenaga kesehatan di tingkat pelayanan primer tidak lagi dipandang sebagai persoalan klinis individual, melainkan telah bermutasi menjadi manifestasi nyata dari risiko kesehatan kerja yang bersifat multidimensional. Kompleksitas lingkungan kerja, tingginya tekanan profesi, serta tingginya tuntutan pelayanan yang berkualitas secara konsisten terbukti mengakselerasi

kerentanan mengalami gangguan mental pada kelompok pekerja ini, ((Widiani & Palupi, 2022; Yuliana dkk., 2023). Hal tersebut dipertegas oleh hasil temuan Siregar, dkk (2023) yang menginformasi adanya korelasi linear yang signifikan antara paparan stres kerja dan kemunculan gejala depresi pada praktisi medis. Ketika stres emosional ini terjadi dalam jangka waktu yang panjang tanpa adanya mitigasi yang memadai, kondisi psikologis pekerja akan terdegradasi menjadi gangguan mental yang menetap, (Rahman, dkk.,2022). Akumulasi dari beban kerja yang tidak seimbang ini pada akhirnya memicu sindrom kelelahan kerja (*burnout*) yang parah, diaman depresi kemudian muncul sebagai konsekwensi akhir dari fase kelelahan emosional yang kronis, (Nugraha, dkk.,2022; Kartilah, dkk.,2023). Dengan demikian depresi pada tenaga kesehatan dapat dipahami sebagai bagian dari spektrum gangguan psikososial akibat kerja yang sebagian besar manifestasi dari depresi ini dipengaruhi oleh lingkungan kerja yang menaunginya.

Dalam ekosistem pelayanan kesehatan di puskesmas, faktor psikososial dan volume kerja menempati posisi sebagai determinan utama yang mengendalikan stabilitas mental staf. Tuntutan administratif yang birokratis, volume pasien yang tidak sebanding, serta beban emosional saat melakukan intervensi klinis menjadi pemicu utama (*tigger*) runtuhnya pertahanan psikologis tenaga kesehatan, (Yuliana, dkk.,2023; Wahyuni, dkk.,2024). kerentanan ini terbukti lebih sensitif menerpa kelompok usia produktif yang memikul tanggung jawab profesional sekaligus domestik secara bersamaan (Putri & Hidayat, 2022). Kondisi ini kian diperparah oleh efek domino dari krisis kesehatan global, stres psikologis yang dialami oleh tenaga kesehatan terbukti tidak serta merta mereda seiring berakhirnya pandemi, melainkan menyisakan trauma psikologis yang persisten pada era pasca pandemi (Lestari, dkk.,2024; Santoso, dkk.,2024). lingkungan kerja yang penuh

dengan tekanan dan menuntut kesiapan konstan ini pada akhirnya membutuhkan sebuah sistem proteksi institusional yang kokoh. Namun pada realitasnya, mekanisme pelindung tersebut seringkali terbentur oleh keterbatasan makro di tingkat pelayanan primer.

Ketidakmampuan lingkungan kerja dalam meredam stresor ini berakar pada kenyataan bahwa sistem layanan kesehatan di puskesmas belum diarsiteki untuk mengakomodasi perlindungan kesehatan mental internal stafnya. Layanan kesehatan jiwa yang tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan primer umumnya masih berorientasi keluar (kepada masyarakat umum) dan belum terintegrasi secara optimal untuk menyembuhkan kedaruratan psikologis pegawai internal (Wulandari, dkk., 2024; Arifin, dkk., 2024). keterbatasan aksesibilitas institusional ini diperburuk oleh rendahnya sensitifitas deteksi dini terhadap gejala depresi di tempat kerja (Sihotang, dkk., 2022; Dewi, dkk., 2023). Akibatnya, defisit sumber daya manusia, kelangkaan fasilitas penunjang medis yang memaksa tenaga kesehatan yang sedang mengalami penurunan kapasitas mental untuk tetap bekerja tanpa intervensi klinis yang layak (Putra, dkk., 2023). kegagalan mitigasi pada tingkat layanan kesehatan primer ini tidak hanya merugikan kesejahteraan tenaga kesehatan secara personal, melainkan juga menciptakan ancaman sistemik berupa penurunan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien (*patient safety*). Celah manajemen ini semakin melebar ketika dianalisis melalui lensa geografis, dimana tantangan operasional yang dihadapi puskesmas kota sangat berbeda dengan puskesmas desa.

Perbedaan struktural pada level fasilitas primer tersebut mengkristal menjadi disparitas wilayah yang bertindak sebagai determinan kunci penentu tingkat keparahan depresi. Penapisan literatur menyingkapkan adanya ketimpangan risiko kesehatan mental yang

mencolok, dimana tenaga kesehatan yang bekerja di kawasan pedesaan menunjukkan kerentanan depresi yang jauh lebih masif jika dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang bekerja di kawasan perkotaan (Hapsari, dkk., 2023). ketimpangan ini dipicu secara langsung oleh isolasi geografis yang berdampak pada keterbatasan akses layanan bantuan psikologis darurat di pedesaan (Lestari, dkk., 2022). selain itu masalah klasik berupa distribusi sumber daya manusia yang tidak merata, kelangkaan infrastruktur di fasilitas pelayanan kesehatan pedesaan memaksa tenaga kesehatan yang ada untuk memikul beban kerja ganda demi menutupi kekosongan pelayanan (Mahendra, dkk., 2023; Suryani, dkk., 2024). Di sisi lain, karakteristik lingkungan sosial pedesaan yang cenderung memiliki dukungan sosial institusional yang rendah ditempat kerja mempercepat terjadinya burnout (Kadir, dkk., 2022). dengan demikian variabel spasial ini membuktikan bahwa depresi pada tenaga kesehatan bukan sekedar isu klinis terisolasi, melainkan produk dari ketidaksetaraan struktural tata ruang kesehatan nasional.

Dampak dari adanya disparitas spasial dan rapuhnya sistem proteksi dini membawa implikasi strategis yang mendesak bagi pembaharuan terhadap kebijakan kesehatan, khususnya dalam penguatan sistem kesehatan kerja dan layanan kesehatan mental ke depan. *Pertama*, restrukturisasi pelayanan mutlak diperlukan melalui integrasi layanan kesehatan jiwa yang responsif didalam jaringan dasar puskesmas, sejalan dengan peta global yang dicanangkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2022). *Kedua*, Kementerian kesehatan RI perlu mentransformasi kebijakan kesehatan dan keselamatan kerja (K3) rumah sakit/fasilitas primer agar tidak hanya berfokus pada risiko fisik biologis, tetapi juga menyentuh aspek mitigasi psikososial secara terukur, mengingat trend prevalensi gangguan mental emosional nasional yang terus merangkak naik

(Kemenkes RI, 2023). *Ketiga*, formula intervensi masa depan harus diarahkan pada pemangkasan kesenjangan wilayah melalui pemberian insentif kesejahteraan psikologis, pemerataan rasio beban kerja, serta digitalisasi akses layanan kesehatan mental bagi tenaga kesehatan di garda pedesaan.

Benang merah dari berbagai dinamika diatas, posisi dan kontribusi penelitian ini menawarkan kebaruan (*novelty*) akademik yang kuat dibandingkan dengan literatur-literatur terdahulu. Ketika mayoritas riset sebelumnya cenderung mengkaji stres kerja atau burnout secara parsial dan terisolasi pada lingkup rumah sakit, kajian ini berhasil merajut berbagai variabel tersebut ke dalam satu kerangka analisis komparatif spasial yang eksklusif menyoroti ekosistem puskesmas. Hasil sintesis ini tidak hanya memotret angka prevalensi depresi secara kuantitatif, namun berhasil mendudukan isu kesehatan jiwa pada tenaga kesehatan puskesmas sebagai refleksi dari penyakit akibat kerja akibat ketimpangan sistemik dan tata ruang geografis.

KESIMPULAN

Sintesis sistematis terhadap literatur ilmiah kurun waktu tahun 2022-2025 menegaskan bahwa gangguan depresi dikalangan tenaga kesehatan khususnya di fasilitas pelayanan primer merupakan isu Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) yang riil, mendesak namun kerap terabaikan. Manifestasi klinis ini tidak dapat dipandang sebagai masalah personal yang terisolasi, melainkan hasil akumulasi dari beban kerja yang berlebihan, tingginya tekanan lingkungan psikososial, serta rapuhnya sistem proteksi institusional.

Lebih lanjut studi ini membuktikan adanya disparitas spasial yang tajam antara dua (2) karakteristik wilayah, dimana tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas pedesaan memiliki risiko depresi yang jauh lebih tinggi jika dibandingkan dengan yang bertugas di perkotaan. Kerentanan geografis

tersebut di picu secara sistemik oleh distribusi sumber daya manusia yang tidak merata, keterbatasan infrastruktur penunjang medis serta isolasi akses terhadap layanan intervensi kesehatan jiwa. Kondisi ini diperparah oleh kegagalan integrasi layanan kesehatan mental di puskesmas, baik untuk fungsi deteksi dini, maupun pengobatan yang komprehensif. Oleh karena itu, depresi pada tenaga kesehatan di Puskesmas harus diakui sebagai risiko penyakit akibat kerja yang serius dan memerlukan respons sistemik dengan segera. Jika tidak di mitigasi melalui kebijakan yang terstruktur, stres psikologis yang tidak tertangani ini secara eksponensial akan menurunkan mutu pelayanan serta mengancam kesehatan pasien (*patient safety*) secara menyeluruh.

Dengan menyadari keterbatasan dari tinjauan ini terkait ketergantungannya pada data sekunder, ketiadaan meta-analisis, dan variasi metodologis lintas studi yang dianalisis, penelitian di masa mendatang harus memprioritaskan penggunaan data primer. Investigasi selanjutnya hendaknya menggunakan desain komparatif yang lebih kuat dan mengevaluasi efektivitas praktis dari intervensi kesehatan mental yang terarah guna melindungi tenaga kesehatan secara aktif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan apresiasi setinggi-tingginya dan rasa terima kasih yang mendalam kepada Universitas Faletehan sebagai institusi utama tempat dilaksanakannya kegiatan penelitian ini. Universitas telah memberikan dukungan akademik yang luar biasa, fasilitas yang komprehensif, dan lingkungan ilmiah yang sangat kondusif guna memastikan persiapan optimal dari artikel ini. Ucapan terima kasih yang tulus juga ditujukan kepada para akademisi dan seluruh sivitas akademika Universitas Faletehan yang telah berpartisipasi aktif dan memberikan kontribusi tak ternilai melalui bimbingan yang

berkelanjutan, dukungan moral, serta bantuan praktis selama proses penyelesaian manuskrip penelitian ini.

REFERENSI

- Arifin, Z., dkk. (2024). Integrasi layanan kesehatan mental di fasilitas primer. *Jurnal Administrasi Kesehatan*.
- Dewi, R. K., dkk. (2023). Peran puskesmas dalam deteksi dini gangguan mental. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Hapsari, D., dkk. (2023). Disparitas kesehatan mental wilayah urban dan rural. *Jurnal Kependudukan Indonesia*.
- Hidayati, N., dkk. (2024). Kesehatan mental tenaga kesehatan di layanan primer. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*.
- Kadir, A., dkk. (2022). Faktor lingkungan sosial terhadap depresi. *Jurnal Psikologi Indonesia*.
- Kartilah, T., Februanti, S., & Hidayat, U. A. (2023). Dampak kebijakan COVID-19 terhadap burnout tenaga kesehatan puskesmas. *Health Information: Jurnal Penelitian*, 15(2).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Survei kesehatan Indonesia (SKI) 2023. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kroenke, K., dkk. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*.
- Kurniawan, A., dkk. (2023). Prevalensi depresi pada masyarakat Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 18(2).
- Lestari, D. I. A., dkk. (2024). Dampak pandemi terhadap tenaga puskesmas. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 19(2).
- Lestari, P., dkk. (2022). Determinan kesehatan mental di wilayah pedesaan. *Jurnal Sosiologi Kesehatan*.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS).
- Mahendra, A., dkk. (2023). Akses layanan kesehatan di daerah terpencil. *Jurnal Kesehatan Wilayah*.
- Nugraha, A., dkk. (2022). Faktor risiko burnout tenaga kesehatan. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*.
- Pratiwi, N. L., dkk. (2022). Gangguan mental emosional di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*.
- Putra, I. G. N., dkk. (2023). Kinerja puskesmas dalam pelayanan kesehatan primer. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*.
- Putri, R. A., & Hidayat, T. (2022). Determinan depresi pada usia produktif. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 17(1).
- Rahman, F., dkk. (2022). Occupational stress tenaga kesehatan. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*.
- Riyatno, R., dkk. (2025). Kualitas pelayanan kesehatan jiwa pada pasien depresi di puskesmas. *Khatulistiwa: Jurnal Sosial Humaniora*, 5(1), 706-717.
- Santoso, B., dkk. (2023). Kesehatan mental masyarakat pasca pandemi COVID-19. *Jurnal Epidemiologi Indonesia*, 7(2).
- Sari, S. P. (2024). Efektivitas peran BPJS dalam layanan kesehatan mental di puskesmas. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*.
- Sihotang, H., dkk. (2022). Akses layanan kesehatan jiwa di puskesmas. *Jurnal Kesehatan Global*.

- Siregar, D., dkk. (2023). Work stress dan depresi tenaga medis. *Jurnal Kesehatan Komunitas*.
- Sugiyono. (2022). Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D.
- Suryani, N., dkk. (2024). Ketimpangan layanan kesehatan antara kota dan desa. *Jurnal Kebijakan Publik*.
- Tasalim, R. (2024). Depresi: Pemahaman, penanganan, dan pencegahan. PT Adab Indonesia.
- Wahyuni, S., dkk. (2024). Faktor psikososial depresi di masyarakat urban. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 20(1).
- Widiani, E., & Palupi, L. M. (2022). Faktor risiko depresi dan kecemasan pada tenaga kesehatan selama pandemi COVID-19. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 11(1), 55-63.
- World Health Organization. (2022). World mental health report. World Health Organization.
- Wulandari, S., dkk. (2024). Evaluasi layanan kesehatan jiwa di puskesmas. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*.
- Yuliana, Y., dkk. (2023). Beban kerja dan stres tenaga kesehatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 2.