

## ***SOCIAL ANXIETY DISORDER : DARI DEFINISI HINGGA PROGNOSIS – LITERATUR REVIEW***

**Lalu M. Ardi Praditna<sup>1\*</sup>, Syarifah Zahwa Maulidiva<sup>2</sup>, Muhammad Rofi Wahyu Setyadi<sup>3</sup>, Lale Justin Amelinda Elizar<sup>4</sup>**

Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Mataram, Mataram, Indonesia<sup>1,2,3</sup>,  
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Mataram, Nusa Tenggara Barat, Indonesia<sup>4</sup>

\*Corresponding Author : ardipraditna@gmail.com

### **ABSTRAK**

Gangguan kecemasan sosial atau *Social Anxiety Disorder* (SAD) merupakan salah satu bentuk gangguan kecemasan dengan prevalensi global berkisar antara 8–31% dan berdampak signifikan pada fungsi akademik, sosial, serta kualitas hidup. Akan tetapi, meskipun prevalensinya tinggi dan berdampak luas, SAD seringkali tidak terdiagnosis sehingga diperlukan tinjauan komprehensif mengenai aspek klinis dari SAD. Penelitian ini bertujuan meninjau aspek definisi, epidemiologi, etiologi, patogenesis, diagnosis, penatalaksanaan, serta komplikasi dari SAD. Metode penelitian yang digunakan adalah tinjauan naratif berbasis literatur dengan menelaah artikel internasional dan nasional yang relevan dari database PubMed, Scopus, dan Google Scholar dalam kurun 2015–2025. Variabel yang ditinjau mencakup prevalensi, faktor risiko, manifestasi klinis, serta strategi tatalaksana. Data dikumpulkan melalui pencarian sistematis menggunakan kata kunci “social anxiety disorder”, “prevalence”, “neurobiology”, dan “treatment”, kemudian dianalisis secara deskriptif untuk mengidentifikasi tren epidemiologi, patogenesis, serta pendekatan terapi. Hasil kajian menunjukkan bahwa SAD melibatkan interaksi faktor neurobiologis, genetik, lingkungan, dan temperamen. Aktivasi abnormal amigdala serta disregulasi sumbu hipotalamus-pituitari-adrenal berperan penting dalam patogenesis. Intervensi utama mencakup terapi perilaku kognitif (CBT), terapi paparan, serta farmakoterapi dengan SSRI atau SNRI. Prognosis bervariasi, namun deteksi dini dan terapi berkelanjutan terbukti meningkatkan kualitas hidup pasien.

**Kata kunci** : gangguan kecemasan sosial, neurobiologis, terapi perilaku kognitif

### **ABSTRACT**

*Social anxiety disorder (SAD) is a form of anxiety disorder with a global prevalence ranging from 8–31% and significantly impacting academic and social functioning, as well as quality of life. However, despite its high prevalence and widespread impact, SAD often goes undiagnosed, necessitating a comprehensive review of its clinical aspects. This study aims to review the definition, epidemiology, etiology, pathogenesis, diagnosis, management, and complications of SAD. The research method used is a narrative literature review by examining relevant international and national articles from PubMed, Scopus, and Google Scholar databases within the period 2015–2025. The variables reviewed include prevalence, risk factors, clinical manifestations, and management strategies. Data were collected through a systematic search using the keywords “social anxiety disorder,” “prevalence,” “neurobiology,” and “treatment,” then analyzed descriptively to identify epidemiological trends, pathogenesis, and therapeutic approaches. The results indicate that SAD involves the interaction of neurobiological, genetic, environmental, and temperamental factors. Abnormal amygdala activation and dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis play an important role in its pathogenesis. Main interventions include cognitive behavioral therapy (CBT), exposure therapy, and pharmacotherapy with SSRIs or SNRIs. Prognosis varies, but early detection and continuous therapy have been shown to improve patients’ quality of life.*

**Keywords** : cognitive behavioral therapy, neurobiology, social anxiety disorder

### **PENDAHULUAN**

Gangguan kecemasan merupakan kondisi psikologis yang ditandai oleh perasaan cemas atau takut berlebihan yang berlangsung terus-menerus dan mengganggu fungsi sehari-hari.

Kondisi ini mencakup beberapa bentuk seperti gangguan kecemasan umum (*generalized anxiety disorder*), gangguan panik, fobia, serta kecemasan sosial. Menurut DSM-5-TR, gangguan kecemasan muncul ketika rasa takut yang dirasakan tidak sebanding dengan ancaman nyata, sulit dikendalikan, dan berlangsung setidaknya selama enam bulan (*American Psychiatric Association*, 2022). *Social Anxiety Disorder* (SAD) memiliki prevalensi yang cukup tinggi di berbagai kelompok populasi. Secara global, prevalensi SAD mencapai 4,7% pada anak-anak, 8,3% pada remaja, dan meningkat menjadi 17% pada kelompok pemuda (Salari *et al.*, 2024). Di Amerika Serikat, sekitar 7,1% orang dewasa mengalami SAD setiap tahunnya, dengan angka lebih tinggi pada perempuan (8,0%) dibandingkan laki-laki (6,1%) (*National Institute of Mental Health*, 2023).

Di kalangan remaja, studi Young-HUNT3 di Norwegia melaporkan prevalensi sebesar 2,6%, sedangkan pada mahasiswa, sebuah studi di Yordania menemukan bahwa 45,4% mahasiswa menunjukkan kerentanan terhadap SAD dengan 12,5% mengalami gejala yang parah hingga sangat parah (Al-Kumaim & Alsubhi, 2025). Penelitian lain juga mencatat prevalensi di kalangan mahasiswa dari berbagai negara seperti Yordania (16,1%), Ghana (9%), Nigeria (8,3%), Brasil (10,4%), Swedia (12,8%), Ethiopia (26%), dan India (31,1%), menunjukkan bahwa gangguan ini merupakan isu kesehatan mental yang signifikan, khususnya di kalangan remaja dan mahasiswa (Al-Khani & Sarfraz, 2022). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Jeanne *et al.*, seseorang dengan SAD diketahui mengalami perubahan volume pada beberapa area otak seperti amygdala, hippocampus, insula, dan korteks prefrontal. Perubahan tersebut bermanifestasi dalam gangguan regulasi emosi, respon terhadap stress social dan evaluasi sosial (Jeanne *et al.*, 2023).

Studi *neuroimaging* lain menunjukkan bahwa penderita SAD mengalami peningkatan aktivitas di area otak yang berkaitan dengan rasa takut dan kewaspadaan sosial, seperti amygdala, insula, korteks cingulate anterior, serta korteks prefrontal, dengan gangguan konektivitas antara wilayah parietal dan sistem limbik serta eksekutif. Selain itu, sekitar 90% individu dengan SAD mengalami komorbiditas, termasuk depresi mayor, gangguan bipolar, gangguan kepribadian, dan penyalahgunaan alkohol, yang memperberat gejala serta menghambat respons terhadap terapi (Stein dan Stein, 2020). SAD juga sering ditemukan bersamaan dengan *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (ADHD), dengan prevalensi komorbiditas mencapai 60–70%, yang dapat memperumit diagnosis dan penanganan karena tumpang tindihnya gejala (Verywell Mind, 2024). Berdasarkan studi yang dilakukan oleh Matsumoto *et al.*, intervensi dini, bahkan dalam format daring mandiri memiliki potensi untuk mencegah SAD, terutama pada populasi yang masih muda (Matsumoto *et al.*, 2024). Intervensi dini terhadap SAD dapat memberikan perlindungan jangka panjang dan mengurangi risiko gangguan kecemasan berat di masa mendatang (Fisak, 2023).

Mengingat pentingnya pengetahuan akan SAD, *literatur review* ini dibuat untuk memberikan gambaran komprehensif mengenai *Social Anxiety Disorder* (SAD), mulai dari definisi, epidemiologi, faktor risiko, dan manifestasi klinis, hingga aspek neurobiologis, komorbiditas, tatalaksana, serta prognosis. Artikel ini diharapkan dapat memperjelas pemahaman tentang perjalanan klinis SAD serta menekankan pentingnya deteksi dan intervensi dini guna mencegah dampak jangka panjang pada kesehatan mental dan kualitas hidup penderita. Tujuan penelitian ini adalah meninjau secara sistematis literatur terkait SAD agar diperoleh pemahaman menyeluruh mengenai karakteristik klinis, mekanisme patogenesis, serta strategi penatalaksanaan yang relevan.

## METODE

Jenis penelitian ini adalah tinjauan naratif berbasis literatur. Desain penelitian menggunakan *literature review* dengan menelaah artikel-artikel internasional dan nasional yang

relevan. Populasi penelitian adalah publikasi ilmiah mengenai *Social Anxiety Disorder* (SAD), sedangkan sampel berupa artikel yang diperoleh melalui pencarian di PubMed, Scopus, dan Google Scholar dalam rentang tahun 2015–2025. Lokasi penelitian dilakukan secara daring melalui basis data elektronik, dengan waktu telaah literatur dilakukan pada tahun 2025. Instrumen yang digunakan adalah kata kunci pencarian “social anxiety disorder”, “prevalence”, “neurobiology”, dan “treatment”. Hasil yang terkumpul dianalisis secara deskriptif untuk mengidentifikasi tren epidemiologi, faktor risiko, manifestasi klinis, patogenesis, serta strategi tatalaksana SAD.

## HASIL

### Definisi dan Klasifikasi

*Social Anxiety Disorder*/SAD merupakan kondisi psikologis yang ditandai oleh ketakutan atau kecemasan berlebihan dan menetap terhadap situasi sosial dimana individu merasa diperhatikan atau dinilai oleh orang lain, seperti berbicara di depan umum atau berinteraksi dengan orang asing. Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Edisi Kelima (DSM-5), kondisi ini melibatkan ketakutan yang tidak proporsional terhadap situasi sosial yang hampir selalu memicu kecemasan, berlangsung minimal enam bulan, dan menyebabkan gangguan signifikan dalam fungsi sosial atau pekerjaan (*American Psychiatric Association*, 2022). Sementara itu, *International Classification of Diseases*, Edisi Kesebelas (ICD-11), mendefinisikan SAD sebagai ketakutan berlebihan yang konsisten terhadap interaksi sosial atau situasi performatif, yang cukup berat untuk menimbulkan penderitaan atau gangguan dalam berbagai aspek kehidupan dan berlangsung selama beberapa bulan (WHO, 2022).

Perbedaan antara kecemasan sosial normal dan patologis terletak pada intensitas, durasi, dampak terhadap kehidupan sehari-hari, serta lingkup situasi yang memicunya. Kecemasan sosial normal biasanya bersifat ringan, hanya muncul dalam situasi sosial tertentu seperti berbicara di depan umum, berlangsung sementara, dan tidak mengganggu fungsi sosial atau pekerjaan. Sebaliknya, kecemasan sosial patologis ditandai dengan rasa takut yang sangat intens dan menetap, muncul bahkan sebelum menghadapi situasi sosial, serta berdampak signifikan terhadap kehidupan individu misalnya menyebabkan penghindaran, isolasi sosial, atau gangguan fungsi akademik dan pekerjaan. Gejala fisik dan psikologisnya pun lebih berat, termasuk gemetar, mual, dan pikiran irasional yang sulit dikendalikan, meski penderita sadar bahwa ketakutannya tidak masuk akal. Dalam kasus SAD, ketakutan akan penilaian sosial menjadi sangat dominan sehingga menghambat kemampuan untuk berinteraksi secara normal dalam kehidupan sehari-hari (Axelsson & Hedman, 2023).

Subtipe dari SAD secara umum terbagi menjadi dua kategori, yaitu *social anxiety disorder generalized type* dan *specific (non-generalized) type*. Pada *subtipe specific*, individu mengalami kecemasan yang terbatas pada situasi sosial tertentu, seperti berbicara di depan umum, tampil dalam presentasi, atau makan di depan orang lain. Gejala biasanya tidak menyebar ke situasi sosial lain, dan kecemasan hanya muncul dalam konteks tertentu. Sebaliknya, pada *subtipe generalized*, individu menunjukkan ketakutan yang meluas terhadap berbagai situasi sosial dan interaksi, termasuk berbicara, makan, menulis di depan orang lain, atau hanya sekedar berbicara dengan orang yang baru dikenal. Tipe *generalized* cenderung lebih berat, muncul lebih awal dalam kehidupan (biasanya remaja), dan sering kali dikaitkan dengan gangguan psikologis lain seperti depresi dan gangguan kepribadian menghindar (*avoidant personality disorder*) (Rose dan Tady, 2022).

### Epidemiologi

Gangguan Kecemasan Sosial (*Social Anxiety Disorder*/SAD) merupakan salah satu gangguan mental yang paling umum dijumpai secara global, dengan prevalensi yang berbeda

tergantung pada wilayah dan kelompok usia. Survei *Indonesian National Adolescent Mental Health Survey* (I-NAMHS) yang dipublikasikan pada Oktober 2023, gangguan kecemasan termasuk fobia sosial dan gangguan kecemasan menyeluruh dialami oleh 3,7% remaja berusia 10–17 tahun. Di Amerika Serikat, sekitar 7,1% orang dewasa mengalami SAD dalam setahun terakhir, sementara prevalensi seumur hidupnya mencapai 12,1%. Pada remaja usia 13–18 tahun, prevalensi seumur hidup mencapai 9,1%, dengan sekitar 1,3% mengalami gangguan yang tergolong berat. Perempuan diketahui lebih rentan mengalami SAD dibandingkan laki-laki, dengan prevalensi tahunan masing-masing 8,0% dan 6,1% (*National Institute of Mental Health*, 2023).

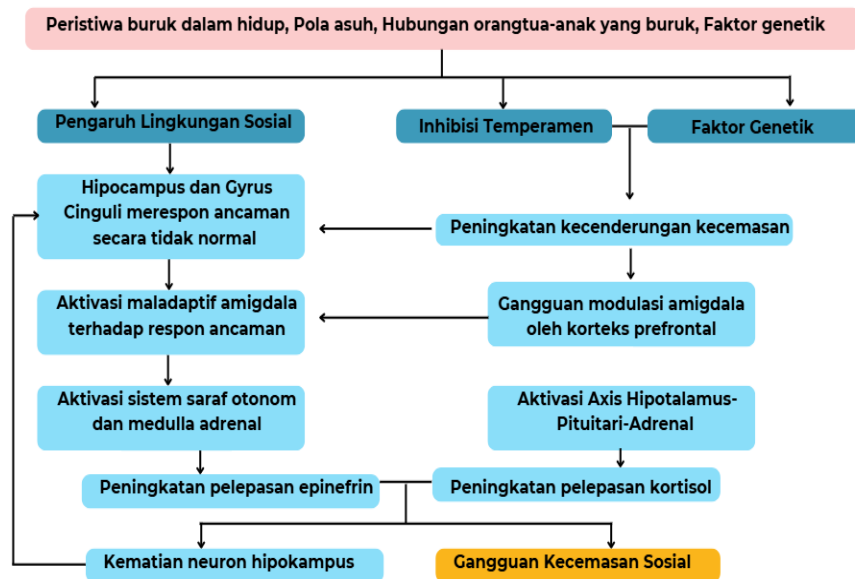
Secara global, studi menunjukkan bahwa negara berpendapatan tinggi memiliki prevalensi seumur hidup sekitar 5,5%, negara berpendapatan menengah atas sebesar 2,9%, dan negara berpendapatan rendah hingga menengah bawah sekitar 1,6% (Stein et al., 2017). SAD umumnya bermula pada masa remaja dengan usia onset rata-rata sekitar 15 tahun dan bisa berlangsung selama rata-rata 16 tahun apabila tidak diobati. Selain itu, sekitar 70–80% individu dengan SAD juga mengalami gangguan mental lain, seperti depresi atau gangguan kecemasan lainnya. Gangguan ini berdampak signifikan terhadap kehidupan sosial, akademik, dan pekerjaan, serta dapat meningkatkan risiko isolasi sosial dan depresi apabila tidak ditangani dengan tepat (*National Institute of Mental Health*, 2023).

### **Etiologi dan Faktor Risiko**

Etiologi dari SAD dapat diklasifikasikan menjadi 4 yang terdiri atas faktor neurobiologis, pengaruh lingkungan, inhibisi temperamen, dan faktor genetik. Faktor biologis yang menjadi penyebab terjadinya SAD adalah peningkatan produksi hormon kortisol akibat hiperaktivitas dari axis hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA axis) terhadap kondisi stres yang dipicu oleh aktivitas sosial (Rose dan Tadi, 2022). Pengaruh lingkungan seperti terjadinya suatu peristiwa hidup yang buruk dan minimnya interaksi sosial dengan orang tua maupun orang disekitar dapat memicu peningkatan aktivitas dari amygdala yang dapat menjadi salah satu pemicu terjadinya SAD (Hyett dan Evoy, 2018). Selain itu terdapat pula faktor inhibisi temperamen yang umumnya berkaitan dengan pola asuh yang *overprotective* dari orang tua terhadap anak yang dapat menyebabkan sikap pemalu atau mudah takut terhadap orang baru atau situasi asing. Inhibisi temperamen dapat menyebabkan individu menjadi sangat takut dikritik atau ditolak sehingga dapat berkembang menjadi SAD. Faktor genetik juga menjadi salah satu etiologi dari SAD (Nagata, Suzuki, dan Teo, 2015). Faktor risiko SAD berkaitan dengan adanya peristiwa buruk dalam hidup, interaksi yang buruk antara orangtua dengan anak, dan pola asuh yang *overprotective* (Rose dan Tadi, 2022). Beberapa faktor ini dapat meningkatkan kejadian SAD yang dipengaruhi oleh faktor neurobiologis, pengaruh lingkungan, dan inhibisi temperamen serta dapat diturunkan kepada anak melalui faktor genetik.

### **Patogenesis**

Faktor risiko berupa peristiwa buruk dalam hidup, pola asuh, dan hubungan orangtua dengan anak yang buruk dapat memicu terjadinya SAD (Rose dan Tadi, 2022). Berbagai faktor tersebut dapat menyebabkan terjadinya inhibisi temperamen yang dapat meningkatkan kecenderungan seorang anak untuk mengalami gangguan kecemasan. Peningkatan kecenderungan seorang anak untuk mengalami kecemasan juga berhubungan dengan faktor genetik dimana hal ini dapat berupa ketidakseimbangan hormonal dalam tubuh. Seseorang dengan kecenderungan ini ketika dihadapkan pada kondisi sosial tertentu akan menyebabkan terjadinya respon tidak normal oleh hipocampus dan gyrus cinguli (Nagata, Suzuki, dan Teo, 2015).

Gambar 1. Patogenesis *Social Anxiety Disorder*

Respon tersebut diteruskan menuju ke amigdala yang nantinya akan teraktivasi secara maladaptif sebagai respon terhadap kondisi sosial yang dianggap “mengancam”. Aktivitas amigdala ini juga disebabkan oleh gangguan modulasi dari korteks prefrontal. Aktivitas amigdala nantinya akan memicu aktivasi sistem saraf otonom dan medula adrenal yang akan memicu pelepasan epinefrin. Peristiwa ini akan berjalan seiringan dengan aktivasi HPA axis, dimana hipotalamus akan memproduksi *corticotropin releasing hormone* yang akan memicu pelepasan hormon asetilkolin oleh hipofisis anterior. Hormon asetilkolin selanjutnya akan merangsang zona fasciculata korteks adrenal untuk memproduksi hormon kortisol. Peningkatan kadar hormon kortisol dan epinefrin sebagai respon terhadap suatu kondisi sosial yang dianggap “mengancam” oleh individu tertentu inilah yang akan menyebabkan terjadinya SAD (Guyton dan Hall, 2011).

## Diagnosis

Diagnosis SAD bergantung pada perilaku yang diamati dan dilaporkan sendiri, pemeriksaan gejala kejiwaan, dan penilaian klinis (Billings *et al.*, 2017). Penegakan diagnosis dapat ditentukan menggunakan 10 kriteria diagnosis dari DSM-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Texted Revision*) Edisi 5. Diagnosis SAD (*social anxiety disorder*) yang didasarkan pada DSM-5, pasien harus memiliki rasa takut yang nyata dan terus-menerus, atau kecemasan terhadap satu atau lebih situasi sosial di mana mereka merasa dapat dihakimi oleh orang lain. Gejala tersebut harus bertahan selama 6 bulan atau lebih. Rasa takut tersebut harus melibatkan pikiran tentang penghinaan, rasa malu, penolakan, atau hal yang menyinggung (Moini *et al.*, 2020). Selain itu, keempat faktor berikut harus ada untuk mendiagnosis seseorang mengalami SAD. Pertama, situasi sosial yang sama hampir selalu memicu kecemasan atau ketakutan. Kedua, pasien secara aktif menghindari situasi ini. Ketiga, kecemasan atau ketakutan tidak proporsional dengan ancaman sebenarnya, dengan mempertimbangkan faktor sosial budaya yang normal. Keempat, kecemasan, ketakutan, dan/atau penghindaran menyebabkan tekanan yang signifikan, atau sangat mengganggu fungsi sosial atau pekerjaan (Moini *et al.*, 2020).

Ketika mendiagnosis seseorang dengan SAD, perlu membedakannya dengan jenis gangguan mental lain, termasuk gangguan perkembangan saraf. Pada tabel berikut dijelaskan beberapa diagnosis banding dan perbedaannya dengan gangguan mental lain, menurut DSM-5 yang diterbitkan oleh *American Psychiatric Association*.



Kriteria Diagnosis SAD ( <i>Social Anxiety Disorder</i> )	
A.	Ketakutan atau kecemasan yang nyata tentang satu atau lebih situasi sosial di mana individu tersebut terpapar pada kemungkinan pengawasan oleh orang lain. Contohnya termasuk interaksi sosial (misalnya, bercakap-cakap, bertemu orang yang tidak dikenal), diamati (misalnya, makan atau minum), dan tampil di depan orang lain (misalnya, berpidato). <b>Catatan:</b> Pada anak-anak, kecemasan harus terjadi dalam lingkungan sebaya dan bukan hanya selama interaksi dengan orang dewasa.
B.	Individu tersebut takut bahwa ia akan bertindak dengan cara atau menunjukkan gejala kecemasan yang akan dievaluasi secara negatif (misalnya, akan mempermalukan atau membuat malu; akan menyebabkan penolakan atau menyinggung orang lain).
C.	Situasi sosial hampir selalu menimbulkan ketakutan atau kecemasan. <b>Catatan:</b> Pada anak-anak, ketakutan atau kecemasan dapat diekspresikan dengan menangis, mengamuk, membeku, menempel, menyusut, atau tidak berbicara dalam situasi sosial.
D.	Situasi sosial dihindari atau ditanggung dengan ketakutan atau kecemasan yang intens
E.	Ketakutan atau kecemasan tidak sebanding dengan ancaman aktual yang ditimbulkan oleh situasi sosial dan konteks sosiokultural.
F.	Ketakutan, kecemasan, atau penghindaran bersifat terus-menerus, biasanya berlangsung selama 6 bulan atau lebih.
G.	Ketakutan, kecemasan, atau penghindaran menyebabkan tekanan atau gangguan yang signifikan secara klinis dalam bidang sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.
H.	Ketakutan, kecemasan, atau penghindaran tidak disebabkan oleh efek fisiologis suatu zat (misalnya, obat terlarang, pengobatan) atau kondisi medis lainnya.
I.	Ketakutan, kecemasan, atau penghindaran tidak lebih baik dijelaskan oleh gejala gangguan mental lain, seperti gangguan panik, gangguan dismorfik tubuh, atau gangguan spektrum autisme.
J.	Jika kondisi medis lain (misalnya, penyakit Parkinson, obesitas, cacat akibat luka bakar atau cedera), ketakutan, kecemasan, atau penghindaran tersebut jelas tidak terkait atau berlebihan.
<i>Kondisi Spesifik Khusus jika:</i>	
<b>Hanya menunjukan:</b> ketakutan terbatas pada berbicara atau tampil di depan umum	

Gambar 2. Kriteria diagnosis SAD DSM-5

Diagnosis Banding	Perbedaan dengan SAD
Agorafobia	Individu dengan agorafobia mungkin takut dan menghindari situasi sosial (misalnya, pergi ke bioskop) karena akan sulit melarikan diri atau bantuan mungkin tidak tersedia jika terjadi gejala panik, sedangkan individu dengan SAD, paling takut diperiksa oleh orang lain dan cenderung tenang ketika dibiarkan sendirian, yang seringkali tidak terjadi pada agorafobia.
Gangguan Panik	Individu dengan SAD mungkin mengalami serangan panik, tetapi kekhawatirannya adalah tentang ketakutan akan evaluasi negatif, sedangkan pada gangguan panik kekhawatirannya adalah tentang serangan panik itu sendiri.
Gangguan Kecemasan Umum	Gangguan kecemasan umum/general fokusnya lebih pada sifat hubungan yang sedang berlangsung daripada pada ketakutan akan evaluasi negatif. Pada gangguan gangguan sosial, kekhawatiran berfokus pada kinerja sosial dan evaluasi orang lain.
Mutisme selektif	Individu dengan mutisme selektif mungkin gagal berbicara karena takut akan evaluasi negatif, tetapi mereka tidak takut evaluasi negatif dalam situasi sosial di mana tidak diperlukan berbicara (misalnya, permainan nonverbal).
Gangguan depresi mayor	Individu dengan gangguan depresi mayor akan khawatir tentang dievaluasi secara negatif oleh orang lain karena mereka merasa mereka buruk atau tidak layak untuk disukai. Sebaliknya, individu dengan SAD khawatir dievaluasi secara negatif karena perilaku sosial atau gejala fisik tertentu.
Gangguan dismorfik tubuh	Individu dengan gangguan dismorfik tubuh mengalami satu atau lebih cacat atau kekurangan yang dirasakan dalam penampilan fisik mereka yang tidak dapat diamati atau tampak sedikit bagi orang lain; Keasyikan ini sering menyebabkan kecemasan sosial dan penghindaran. Jika ketakutan dan penghindaran sosial mereka hanya disebabkan oleh keyakinan mereka tentang penampilan mereka, diagnosis SAD yang terpisah tidak dibenarkan.
Gangguan Kepribadian	Permulaannya yang sering terjadi di masa kanak-kanak dan kegigihannya hingga dan hingga dewasa. Individu dengan gangguan kepribadian menghindari memiliki pola penghindaran yang lebih luas.
Gangguan kecemasan perpisahan	Individu dengan gangguan kecemasan perpisahan dapat menghindari pengaturan sosial (termasuk penolakan sekolah) karena kekhawatiran tentang terpisah dari figur keterikatan atau, pada anak-anak, tentang mengharuskan kehadiran orang tua.

Gambar 3. Diagnosis banding SAD DSM-5

### Tatalaksana

Tatalaksana pada pasien dengan *Social anxiety disorder* (SAD) terdiri dari tatalaksana farmakologi dan non farmakologi (psikoterapi). Terapi perilaku kognitif (CBT), merupakan suatu jenis psikoterapi yang umumnya digunakan dan menjadi tatalaksana utama untuk pasien dengan kondisi ini. CBT berisi tentang cara berpikir, berperilaku, dan bereaksi terhadap situasi untuk membantu pasien merasa tidak terlalu cemas dan takut. CBT juga membantu mempelajari dan mempraktikkan keterampilan sosial, yang sangat penting untuk mengobati SAD (*National Institutes of Mental Health*, 2022). Terapi *exposure* (pemaparan) adalah salah satu metode terapi perilaku kognitif yang berfokus pada penanganan ketakutan yang mendasari gangguan kecemasan secara progresif untuk membantu seseorang terlibat dalam aktivitas yang selama ini mereka hindari. Terapi *exposure* terkadang digunakan bersama dengan latihan relaksasi. Terapi perilaku kognitif yang diberikan dalam format terapi kelompok juga dapat memberikan manfaat untuk SAD (*National Institutes of Mental Health*, 2022).

Terapi farmakologi menggunakan beberapa jenis obat-obatan SSRI (sertraline, paroxetine), SNRI (venlafaxine), Benzodiazepin (pada kasus tertentu), dan Beta-blocker (untuk kecemasan performa). SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) merupakan agen lini pertama untuk pengobatan SAD, bekerja dengan cara meningkatkan kadar serotonin pasien, yang pada akhirnya menyebabkan suasana hati menjadi teratur dan kesejahteraan mental menjadi lebih baik. Sertraline, paroxetine, dan fluvoxamine adalah SSRI yang disetujui FDA (Mithawala and Thomas, 2022). SNRI (*Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors*) dengan contoh obat Venlafaxine adalah SNRI yang disetujui untuk pengobatan lini pertama SAD (Sartori SB and Singew, 2019). SNRI bekerja mirip dengan SSRI, namun, SNRI menyebabkan konsentrasi serotonin dan norepinefrin meningkat (Sartori SB and Singewald N, 2019). Benzodiazepin (BZD) merupakan obat yang bekerja dengan meningkatkan afinitas terhadap reseptor GABA tipe A, yang menghasilkan efek menenangkan di otak. Tidak seperti SSRI dan SNRI, efek ansiolitik BZD dimulai segera setelah pemberian. Karena efek ansiolitiknya yang kuat dan kemampuannya untuk mengurangi tremor, beta-blocker telah digunakan untuk mengobati kecemasan saat tampil (Mithawala dan Thomas, 2022).

### Komplikasi dan Prognosis

*Social anxiety disorder* (SAD) yang tidak diobati dikenal gangguan yang kelemahan umum yang dapat mengakibatkan kualitas pendidikan yang lebih rendah, kinerja pekerjaan yang lebih buruk, interaksi sosial terhambat, hubungan berkualitas rendah, dan penurunan kualitas hidup. Kondisi ini sering dikaitkan dengan keinginan bunuh diri, harga diri yang rendah, status sosial ekonomi yang rendah, pengangguran, masalah keuangan, dan tidak menikah. Banyak individu dengan kondisi ini tidak menyadari masalah kesehatan mental mereka dan sehingga tidak mencari dan mendapat pengobatan pengobatan yang tepat (Rose and Tadi, 2022). Komorbiditas gangguan kejiwaan terjadi pada hampir 90% pasien akibat dari kecenderungan SAD menjadi gangguan kejiwaan kronis. Kondisi ini merupakan prediktor perkembangan depresi mayor dan gangguan penggunaan alkohol. Pasien yang memiliki gangguan kejiwaan komorbid memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami gejala yang lebih parah, resistensi terhadap pengobatan, penurunan fungsi, dan peningkatan angka bunuh diri (Koyuncu A *et al.*, 2019).

### PEMBAHASAN

*Social Anxiety Disorder* (SAD) adalah gangguan kecemasan yang ditandai ketakutan menetap terhadap situasi sosial dengan dampak signifikan pada fungsi hidup (*American Psychiatric Association*, 2022). Prevalensinya bervariasi: 7,1% pada orang dewasa di AS (NIMH, 2023), 2,6% remaja Norwegia (Young-HUNT3), hingga 45,4% mahasiswa Yordania

(Al-Kumaim & Alsubhi, 2025), dan 31,1% di India (Al-Khani & Sarfraz, 2022). Studi global melaporkan prevalensi seumur hidup 5,5% di negara maju dan 1,6% di negara berpendapatan rendah (Stein *et al.*, 2017; Salari *et al.*, 2024). Onset rata-rata usia 15 tahun dengan perjalanan kronis bila tidak diobati (NIMH, 2023).

Secara neurobiologis, SAD terkait hiperaktivitas amigdala, disfungsi HPA axis, serta gangguan konektivitas limbik-prefrontal (Rose & Tadi, 2022; Nagata *et al.*, 2015; Stein & Stein, 2020). Faktor lingkungan, pola asuh overprotektif, dan inhibisi temperamen meningkatkan risiko (Hyett & Evoy, 2018). Komorbiditas tinggi—hampir 90% pasien mengalami depresi, gangguan kepribadian, atau penyalahgunaan zat (Koyuncu *et al.*, 2019; Verywell Mind, 2024). Tatalaksana utama adalah Cognitive Behavioral Therapy (CBT) yang efektif mengurangi kecemasan melalui restrukturisasi kognitif dan exposure, baik individual maupun kelompok (NIMH, 2022; Rose & Tadi, 2022). Terapi farmakologi, terutama SSRI dan SNRI, digunakan pada kasus berat (Mithawala & Thomas, 2022; Sartori & Singewald, 2019). Intervensi dini terbukti meningkatkan prognosis, mencegah kronisitas, depresi, dan isolasi sosial, sedangkan keterlambatan meningkatkan risiko bunuh diri (Salari *et al.*, 2024; Stein & Stein, 2020; NIMH, 2023). Dengan demikian, SAD adalah gangguan multifaktorial dengan beban sosial tinggi. Upaya skrining sejak remaja, penerapan CBT, dan integrasi farmakoterapi pada kasus berat menjadi kunci dalam memperbaiki kualitas hidup penderita.

## KESIMPULAN

*Social Anxiety Disorder* (SAD) merupakan gangguan mental yang kompleks dan sering kali kronis, yang ditandai oleh ketakutan berlebihan terhadap situasi sosial serta evaluasi negatif dari orang lain. Gangguan ini berdampak signifikan terhadap kehidupan sosial, akademik, dan profesional individu yang mengalaminya, serta berisiko tinggi mengalami komorbiditas seperti depresi, gangguan kepribadian, dan penyalahgunaan zat. Diagnosis SAD ditegakkan berdasarkan kriteria DSM-5, yang mencakup minimal sepuluh gejala, dengan ketentuan bahwa gejala berlangsung setidaknya selama enam bulan dan menimbulkan gangguan fungsional yang signifikan. Penatalaksanaan gangguan ini mencakup pendekatan psikoterapi, terutama *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT), serta terapi farmakologis seperti SSRI dan SNRI. SAD dapat dicegah atau diminimalkan dampaknya dengan edukasi dini, deteksi gejala awal, serta dukungan sosial dan lingkungan yang sehat. Penanganan yang tepat dan berkelanjutan penting untuk meningkatkan kualitas hidup penderita dan mencegah komplikasi jangka panjang.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada semua orang yang telah berkontribusi dalam penyusunan *literature review* ini. Kami secara khusus berterimakasih kepada dosen yang membimbing kami dengan sepenuh hati dalam penyusunan karya ini. Kami berharap karya kami dapat menambah wawasan pembaca terkait gangguan kecemasan sosial dan bermanfaat bagi banyak orang.

## DAFTAR PUSTAKA

- Al-Khani, A. M., & Sarfraz, A. (2022). Social anxiety disorder and its associated factors: A cross-sectional study among medical students, Saudi Arabia. *BMC Psychiatry*, 22(1), 515. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9330618/>
- Al-Kumaim, N. H., & Alsubhi, T. (2025). Screening for social anxiety disorder in students of Jordan universities after COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey study. *BMJ Open*, 15(1), e059876. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39880432/>



- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Axelsson, E., & Hedman-Lagerlöf, E. (2023). Validity and clinical utility of distinguishing between DSM-5 somatic symptom disorder and illness anxiety disorder in pathological health anxiety: Should we close the chapter? *Journal of Psychosomatic Research*, 165, 111105. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111105>
- Billings, J. M., & Eder, M. (2017). Machine learning applications to resting-state functional MRI imaging analysis. *Neuroimaging Clinics of North America*, 27(4), 473–481. <https://doi.org/10.1016/j.nic.2017.06.010>
- Fisak, B. (2023). The effectiveness of anxiety interventions for young children. *Children*, 10(2), 278. <https://doi.org/10.3390/children10020278>
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2011). *Guyton and Hall textbook of medical physiology* (12th ed.). Saunders/Elsevier.
- Hyett, M. P., & McEvoy, P. M. (2018). Social anxiety disorder: Looking back and moving forward. *Psychological Medicine*, 48(12), 1937–1944. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000537>
- Indergaard, H., Haavet, O. R., & Hjemdal, O. (2022). Social anxiety disorder in adolescents: Prevalence and subtypes in the Young-HUNT3 study. *Journal of Anxiety Disorders*, 86, 102491. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35248811/>
- Jeanne, M. (2023). Neuroanatomical correlates of anxiety disorders and their structural modifications: A narrative review. *Brain Sciences*, 13(1), 66. <https://doi.org/10.3390/brainsci13010066>
- Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: Diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in Context*, 8, 212573. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>
- Matsumoto, K., et al. (2024). Effectiveness of unguided internet-based cognitive behavioral therapy for subthreshold social anxiety disorder in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 7, e49205. <https://doi.org/10.2196/49205>
- Mithawala, P. K., & Thomas, N. M. (2022). Managing social anxiety disorder. *U.S. Pharmacist*, 46(5), 23–27.
- Moini, J., et al. (2020). Social and psychological problems. In *Global health complications of obesity* (pp. 315–336). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819751-6.00013-X>
- Nagata, T., Suzuki, F., & Teo, A. R. (2015). Generalized social anxiety disorder: A still-neglected anxiety disorder three decades since Liebowitz's review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69(12), 724–740. <https://doi.org/10.1111/pcn.12330>
- National Institute of Mental Health. (2022). *Social anxiety disorder: More than just shyness*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/social-anxiety-disorder-more-than-just-shyness>
- National Institute of Mental Health. (2023). *Social anxiety disorder: Statistics*. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/social-anxiety-disorder>
- Rose, M., & Tadi, P. (2022). Social anxiety disorder. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555890/>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., & Khaledi-Paveh, B. (2024). Global prevalence of social anxiety disorder in children, adolescents, and youth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 33(7), 1987–1998. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38852119/>

- Sartori, S. B., & Singewald, N. (2019). Novel pharmacological targets in drug development for the treatment of anxiety and anxiety-related disorders. *Pharmacology & Therapeutics*, 204, 107402. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2019.107402>
- Stein, D. J., & Stein, M. B. (2020). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 396(10265), 59–70. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30988687/>
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., & Scott, K. M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>
- World Health Organization. (2022). *International classification of diseases* (11th ed.). World Health Organization.
- Verywell Mind. (2024). The relationship between ADHD and social anxiety disorder. *Verywell Mind*. <https://www.verywellmind.com/the-relationship-between-add-and-sad-3024754>