JPII: Jurnal Psikiatri Integratif Indonesia
Vol. 1 No. 3, September 2026
E-ISSN: XXXXXXXXX

Jurnal Psikiatri Integratif INDONESIA

Penatalaksanaan *Gambling Disorder* Terkait Aktivitas Judi Online: Suatu Tinjauan Literatur Naratif Mengenai Aspek Diagnosis, Patofisiologi, Psikoterapi, dan Farmakoterapi

Ni Made Leni[1] | Luh Nyoman Alit Aryani[2] | Komang Rama Satria Mahotama[3]
[1,2,3] *Departement Psikiatri, Universitas Udayana, Denpasar, Indonesia*

Korespondensi: Komang Rama Satria Mahotama (ramamahotama13@gmail.com)

Receive: 19 Juli 2026 | ***Accepted***: 3 Agustus 2026 | ***Published:*** 28 September 2026

Abstrak—Ekspansi teknologi digital dan konektivitas internet telah menggeser lanskap perjudian menuju aktivitas judi online (internet/online gambling) yang bersifat anonim, berkecepatan tinggi, dan dapat diakses sepanjang waktu, sehingga meningkatkan kerentanan terhadap perkembangan *Gambling Disorder* (GD). Dalam sistem klasifikasi DSM-5 dan DSM-5-TR, GD ditetapkan sebagai adiksi perilaku (behavioral addiction) formal pertama yang memiliki kemiripan fenomenologis dan neurobiologis dengan gangguan penggunaan zat. Artikel ini merupakan tinjauan literatur naratif berbasis bukti (*evidence-based narrative review*) yang disusun melalui penelusuran sistematis pada basis data PubMed/MEDLINE, ScienceDirect, Cochrane Library, dan Google Scholar untuk publikasi periode Januari 1993 hingga September 2026, dengan pendekatan sintesis tematik berdasarkan domain diagnosis, epidemiologi, patofisiologi, psikoterapi, dan farmakoterapi. Patofisiologi GD melibatkan interaksi multifaktorial, termasuk hiporeaktivitas sirkuit imbalan mesolimbik dopaminergik, pergeseran kendali perilaku dari ventral ke dorsal striatum, pelemahan kontrol inhibisi korteks prefrontal, pengkondisian operan, serta distorsi kognitif. Dalam tata laksana klinis, psikoterapi terstruktur khususnya *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) tatap muka maupun berbasis internet (iCBT) serta Motivational Interviewing (MI) merupakan intervensi lini pertama dengan dukungan bukti empiris paling konsisten, meskipun efektivitasnya masih dipengaruhi oleh heterogenitas studi dan tingkat keterputusan terapi (dropout). Pada aspek farmakoterapi, hingga saat ini belum terdapat agen psikofarmaka yang memperoleh persetujuan resmi (FDA/EMA-approved) untuk indikasi GD sehingga seluruh penggunaannya bersifat *off-label*; antagonis reseptor opioid (Naltrexone dan Nalmefene) menunjukkan bukti efikasi paling menonjol dalam menurunkan dorongan mengidam (craving), sedangkan antidepresan golongan SSRI dan pemantap suasana hati (*mood stabilizer*) dialokasikan secara selektif untuk komorbiditas psikiatri afektif. Integrasi psikoterapi terstruktur, farmakoterapi off-label yang disesuaikan dengan fenotipe klinis, dan pembatasan akses digital diperlukan untuk mengoptimalkan pemulihan pasien GD terkait judi online.

Kata Kunci: *Adiksi Perilaku; Cognitive Behavioral Therapy; Gambling Disorder; Judi Online; Motivational Interviewing; Pharmacotherapy*

I. Pendahuluan

Ekspansi industri perjudian komersial global telah mengalami transformasi struktural yang pesat dalam beberapa dekade terakhir, dengan pergeseran utama dari perjudian konvensional berbasis fisik menuju aktivitas judi online (internet/online gambling) [1, 2]. Pemanfaatan perangkat elektronik portabel seperti ponsel pintar (smartphone), komputer jinjing, dan tablet yang terhubung dengan jaringan internet memungkinkan aktivitas bertaruh dilakukan secara privat, tanpa batasan geografis, serta dapat diakses 24 jam sehari [1]. Secara fenomenologis, platform judi online memiliki karakteristik struktural khusus yang membedakannya dari perjudian tradisional, meliputi ketersediaan akses tanpa batas, kemudahan transaksi finansial digital berkecepatan tinggi melalui dompet elektronik (e-wallet) dan perbankan daring, anonimitas tinggi, kecepatan umpan balik instan (rapid event frequency), serta antarmuka berbasis gamification [1, 7]. Kombinasi fitur tersebut menurunkan persepsi risiko finansial dan mempermudah individu kehilangan kendali atas alokasi waktu maupun uang [1].

Di Indonesia, penetrasi internet dan kemudahan pembayaran digital turut mendorong peningkatan paparan masyarakat terhadap platform judi online ilegal, yang kini menjadi permasalahan kesehatan masyarakat dan sosial yang mendesak. Laporan Pusat Pelaporan dan Analisis Transaksi Keuangan (PPATK) serta Satuan Tugas Pemberantasan Perjudian Daring menunjukkan lonjakan eksponensial nilai transaksi dan jumlah pelaku judi online di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir, yang mencakup berbagai kelompok usia mulai dari remaja, mahasiswa, hingga pekerja produktif

serta berkorelasi dengan meningkatnya kasus jeratan pinjaman daring ilegal, konflik rumah tangga, dan tindak kriminalitas [32, 33]. Meskipun demikian, kajian klinis psikiatri di Indonesia yang mengintegrasikan data fenomena judi online dengan tata laksana medis berbasis bukti masih sangat terbatas.

Dalam spektrum perilaku manusia, penting untuk membedakan secara tegas antara aktivitas judi online rekreasional, problematic gambling, dan Gambling Disorder (GD) [3, 13]. Aktivitas judi online merujuk pada perilaku bertaruh melalui media internet yang pada sebagian besar individu bersifat rekreasional atau terkendali tanpa menimbulkan disfungsi bermakna [4]. *Problematic gambling* menggambarkan spektrum perilaku perjudian berisiko yang mulai menimbulkan dampak negatif pada skala ringan hingga sedang seperti pengeluaran melebihi batas atau tekanan emosional sesaat namun belum memenuhi ambang batas kriteria diagnostik klinis secara penuh [2, 13]. Sebaliknya, Gambling Disorder merupakan entitas gangguan psikiatri berat yang ditandai oleh pola perilaku bertaruh persisten, berulang, dan maladaptif selama minimal 12 bulan yang menyebabkan penderitaan (distress) klinis maupun gangguan nyata pada fungsi sosial, pekerjaan, dan keuangan [3, 6]. Pada pembaruan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Edisi Kelima (DSM-5, 2013) dan DSM-5-TR (2022), GD direklasifikasi dari kelompok gangguan kontrol impuls ke dalam kategori *Substance-Related and Addictive Disorders* sebagai adiksi perilaku (behavioral addiction) formal pertama [3, 4]. Keputusan ini dilandasi kesamaan mekanisme neurobiologis, genetik, serta manifestasi klinis seperti toleransi, gejala penarikan diri (*withdrawal*), dan dorongan mengidam (craving) dengan gangguan penggunaan zat [5, 6].

Beban klinis dan psikososial yang ditimbulkan oleh GD terkait aktivitas judi online bersifat multidimensional [1, 2]. Selain kebangkrutan finansial, keretakan keluarga, dan penurunan produktivitas akademik maupun kerja, lebih dari 75% penderita GD mengalami komorbiditas psikiatri lain, terutama gangguan penggunaan zat, gangguan depresi mayor, gangguan ansietas, *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (ADHD), dan gangguan kepribadian [14, 15]. Dampak paling mengkhawatirkan adalah tingginya prevalensi ideasi hingga percobaan bunuh diri dibandingkan populasi umum [4, 14]. Namun, penatalaksanaan klinis GD dihadapkan pada kesenjangan pengetahuan (*knowledge gap*) yang nyata: sebagian besar bukti uji klinis dan meta-analisis terapi GD masih berakar pada populasi penjudi konvensional atau campuran (mixed-mode), sementara protokol tata laksana yang secara spesifik mengintegrasikan karakteristik unik judi online seperti anonimitas, akses 24 jam, dan tingginya angka keterputusan terapi (dropout) masih terus berkembang [1, 13, 14]. Selain itu, belum adanya psikofarmaka dengan persetujuan indikasi resmi dari Food and Drug Administration (FDA) maupun *European Medicines Agency* (EMA) menuntut klinisi untuk memahami secara presisi batas efikasi, dosis, dan keamanan farmakoterapi off-label [4, 5]. Oleh karena itu, tinjauan literatur naratif ini disusun untuk mensintesis secara kritis bukti ilmiah terkini mengenai diagnosis, epidemiologi, patofisiologi, psikoterapi, dan farmakoterapi guna memberikan panduan praktis yang rasional dan terintegrasi bagi praktik klinis psikiatri dalam menangani pasien GD terkait aktivitas judi online [5, 6].

II. Metode

Tinjauan ini disusun menggunakan desain tinjauan literatur naratif berbasis bukti (*evidence-based narrative review*) yang mengadopsi prinsip transparansi pelaporan seleksi pustaka [4, 6]. Penelusuran literatur dilakukan secara sistematis melalui empat basis data elektronik internasional PubMed/MEDLINE, ScienceDirect, Cochrane Library, dan Google Scholar dengan tanggal pencarian terakhir pada 25 September 2026 [5, 6, 8, 12]. Rentang waktu publikasi yang dicakup adalah Januari 1993 hingga September 2026, yang dipilih untuk mengakomodasi evolusi kriteria nosologi psikiatri sejak penerbitan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ-III/ICD-10) tahun 1993 hingga pembaruan meta-analisis jaringan (network meta-analysis) dan pedoman klinis terbaru [5, 17]. Selain basis data elektronik, dilakukan penelusuran manual terhadap panduan diagnostik resmi (DSM-5, DSM-5-TR, dan PPDGJ-III) serta laporan resmi lembaga nasional terkait permasalahan judi online di Indonesia [3, 17, 32, 33].

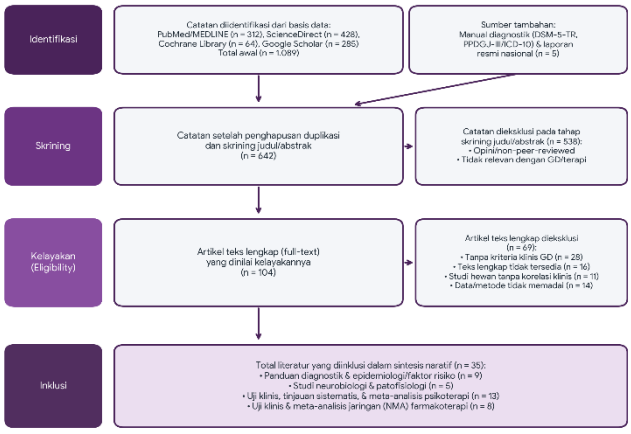
Strategi pencarian disusun menggunakan kombinasi kata kunci Boolean dan Medical Subject Headings (MeSH) yang disesuaikan untuk setiap basis data dengan filter bahasa (Inggris dan Indonesia) serta jenis publikasi ilmiah (artikel penelitian, tinjauan sistematis, meta-analisis, dan pedoman klinis):

- PubMed/MEDLINE: ("Gambling"[MeSH] OR "Gambling Disorder" OR "Pathological Gambling" OR "Online Gambling" OR "Internet Gambling") AND ("Cognitive Behavioral Therapy"[MeSH] OR "Motivational Interviewing"[MeSH] OR "Psychotherapy" OR "Drug Therapy"[MeSH] OR "Pharmacotherapy" OR "Naltrexone" OR "Nalmefene" OR "Selective Serotonin Reuptake Inhibitors"). Filter: Humans, English/Indonesian, 1993–2026.
- ScienceDirect: ("Gambling Disorder" OR "Online Gambling Addiction" OR "Internet Gambling") AND ("Diagnosis" OR "Neurobiology" OR "Cognitive Behavioral Therapy" OR "Motivational Interviewing" OR "Pharmacotherapy" OR "Opioid Antagonists"). Filter: Review articles, Research articles, 1993–2026.
- Cochrane Library: ("Gambling Disorder" OR "Pathological Gambling" OR "Online Gambling") AND ("Psychotherapy" OR "Cognitive Behavioral Therapy" OR "Pharmacotherapy"). Filter: Cochrane Reviews, Trials, 1993–2026.
- Google Scholar: allintitle: ("Gambling Disorder" OR "Online Gambling" OR "Judi Online") AND ("Therapy" OR "Treatment" OR "Terapi" OR "Psikoterapi" OR "Farmakoterapi"). Filter: 1993–2026.

Kriteria inklusi meliputi: (1) artikel jurnal ilmiah terindeks (*peer-reviewed*) dalam bahasa Inggris atau Indonesia; (2) desain studi berupa uji klinis teracak (Randomized Controlled Trials/RCT), meta-analisis, tinjauan sistematis (systematic review), studi kohort, studi neuroimaging klinis, maupun panduan praktik klinis; dan (3) publikasi yang membahas kriteria diagnosis, epidemiologi, mekanisme neurobiologi, psikoterapi, atau farmakoterapi pada GD maupun GD terkait judi online. Kriteria eksklusi mencakup: (1) opini non-ilmiah, editorial tanpa data empiris, atau laporan media populer; (2) studi perjudian rekreasional tanpa kriteria diagnostik klinis GD; (3) artikel tanpa akses teks lengkap (*full-text unavailable*); dan (4) studi praklinis pada hewan coba tanpa korelasi klinis manusia.

Penelusuran awal menghasilkan 1.089 catatan dari basis data elektronik (PubMed/MEDLINE = 312; ScienceDirect = 428; Cochrane Library = 64; Google Scholar = 285) dan 5 sumber manual diagnostik serta laporan nasional. Setelah penghapusan duplikasi dan skrining judul/abstrak terhadap 642 catatan, sebanyak 538 catatan dieksklusi dan 104 artikel teks lengkap dinilai kelayakannya. Dari jumlah tersebut, 69 artikel dieksklusi karena tidak menggunakan kriteria klinis GD (n = 28), teks lengkap tidak tersedia (n = 16), studi hewan coba murni (n = 11), atau metodologi/data klinis tidak memadai (n= 14), sehingga diperoleh 35 literatur utama yang diinklusi dalam sintesis akhir (Gambar 1).

Penilaian kualitas bukti dan risiko bias dilakukan secara naratif berdasarkan hierarki bukti klinis (level of evidence): tinjauan sistematis, meta-analisis jaringan (NMA), dan RCT multisenter buta ganda ditempatkan sebagai bukti tingkat tertinggi untuk efikasi intervensi, sementara studi observasional, studi pilot open-label, dan laporan kasus diinterpretasikan secara hati-hati dengan mempertimbangkan keterbatasan ukuran sampel, efek plasebo yang tinggi pada uji klinis GD, heterogenitas instrumen pengukuran, serta variasi angka dropout. Seluruh data yang diekstraksi kemudian disintesis dan dikelompokkan secara tematis ke dalam lima domain utama: (1) Kriteria Diagnosis dan Klasifikasi; (2) Epidemiologi dan Faktor Risiko; (3) Patofisiologi



Neurobiologi dan Mekanisme Perilaku; (4) Penatalaksanaan Psikologis (Non-Farmakologis); dan (5) Penatalaksanaan Farmakologis.

Gambar 1. Diagram alir seleksi literatur yang diadaptasi dari metode PRISMA.

III. Hasil Pembahasan

1. Kriteria Diagnosis dan Klasifikasi

Gambling Disorder (GD) didefinisikan sebagai pola perilaku bertaruh yang persisten, berulang, dan maladaptif yang menimbulkan penderitaan (distress) bermakna secara klinis atau gangguan signifikan pada fungsi sosial, pekerjaan, pendidikan, dan finansial [3, 6]. Penegakan diagnosis tidak hanya bergantung pada jumlah kriteria gejala yang terpenuhi, melainkan mensyaratkan adanya dampak klinis nyata berupa disfungsi peran kehidupan dan tidak dapat dijelaskan secara lebih baik oleh episode manik [3, 18]. Dalam interpretasi klinis, klinisi perlu mewaspadai keterbatasan kriteria diagnostik pada konteks judi online: gejala seperti toleransi (peningkatan nominal taruhan) atau chasing losses dapat berkembang jauh lebih cepat akibat kecepatan transaksi digital, sementara gejala penarikan diri (withdrawal) bersifat psikologis-emosional (gelisah, iritabel) tanpa manifestasi fisik spesifik seperti pada adiksi zat, sehingga berisiko tumpang tindih dengan gangguan afektif komorbid [1, 18].

Berdasarkan DSM-5 dan DSM-5-TR, diagnosis GD ditegakkan apabila terpenuhi minimal 4 dari 9 kriteria dalam kurun waktu 12 bulan terakhir: (1) preokupasi terhadap perjudian; (2) toleransi berupa peningkatan jumlah uang taruhan untuk mencapai sensasi euforia; (3) kegelisahan atau iritabilitas saat berupaya mengurangi/menghentikan judi (withdrawal); (4) kegagalan berulang dalam mengendalikan perilaku bertaruh; (5) berjudi sebagai pelarian dari stres atau afek negatif (escapism); (6) perilaku mengejar kekalahan (chasing losses); (7) berbohong untuk menyembunyikan keterlibatan judi; (8) mempertaruhkan atau kehilangan relasi interpersonal, pekerjaan, maupun kesempatan pendidikan; dan (9) bergantung pada bantuan finansial orang lain (bailout) [3, 13, 18]. Tingkat keparahan diklasifikasikan menjadi ringan (4–5 kriteria), sedang (6–7 kriteria), dan berat (8–9 kriteria), dengan tambahan spesifikasi episodik versus persisten serta status remisi awal atau berkelanjutan [3, 18].

Di Indonesia, Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ-III) yang mengacu pada ICD-10 masih digunakan secara luas dalam sistem pelayanan kesehatan dan pembiayaan nasional, di mana kondisi ini dikodekan sebagai F63.0 Judi Patologis di bawah kategori Gangguan Kebiasaan dan Impuls [17]. Perbandingan konseptual dan operasional antara DSM-5-TR dan ICD-10/PPDGJ-III dirangkum pada Tabel 1.

Tabel 1. Perbandingan kriteria diagnostik Gambling Disorder menurut DSM-5-TR dan Judi Patologis (F63.0) menurut ICD-10/PPDGJ-III [3, 17, 18].

Aspek Perbandingan	DSM-5 / DSM-5-TR (APA)	ICD-10 / PPDGJ-III (Kemenkes RI)
Nomenklatur & Kode	Gambling Disorder (312.31 / F63.0)	Judi Patologis (F63.0)
Kategori Nosologi	Substance-Related and Addictive Disorders (Adiksi Perilaku)	Gangguan Kebiasaan dan Impuls (F63)
Ambang Diagnostik	Kuantitatif: minimal 4 dari 9 kriteria gejala dalam 12 bulan terakhir	Kualitatif-deskriptif: dua atau lebih episode judi dalam periode ≥1 tahun yang mendominasi kehidupan
Fokus Kriteria Utama	Mencakup toleransi, withdrawal, craving/preokupasi, chasing losses, dan dampak fungsional; menghapus kriteria tindakan ilegal	Menekankan ketidakmampuan mengendalikan dorongan berjudi meskipun merusak nilai sosial, pekerjaan,

		material, dan keluarga
Spesifikasi & Keparahan	Klasifikasi keparahan (ringan, sedang, berat), pola perjalanan (episodik/persisten), dan status remisi	Tidak memiliki stratifikasi tingkat keparahan formal; membedakan dari judi biasa (Z72.6) dan episode manik (F30.-)

2. Epidemiologi dan Profil Faktor Risiko

Meta-analisis epidemiologi global terkini oleh Tran et al. (2024) memperkirakan bahwa sekitar 46,2% populasi dewasa dan 17,9% remaja di seluruh dunia terlibat dalam aktivitas perjudian dalam 12 bulan terakhir [2]. Pada populasi umum dewasa, prevalensi seumur hidup untuk GD berada pada kisaran 0,4% hingga 2,0%, sedangkan prevalensi perilaku judi berisiko (any risk gambling) mencapai 8,7% [2, 8]. Sebaliknya, pada subpopulasi pengguna platform judi online, angka prevalensi individu dengan problematic gambling atau yang memenuhi kriteria GD dilaporkan jauh lebih tinggi, yakni berkisar antara 2,7% hingga 16,4%, dibandingkan pelaku judi konvensional yang berada pada rentang 0,9% hingga 5,7% [1]. Namun, perbandingan angka prevalensi antarstudi harus diinterpretasikan secara hati-hati karena adanya perbedaan metodologis yang signifikan, meliputi: (1) karakteristik populasi sampel (survei populasi umum versus sampel daring/online self-selected yang cenderung bias); (2) definisi kasus yang menggabungkan subthreshold problem gambling dan GD klinis penuh; (3) variasi instrumen skrining (misalnya *Problem Gambling Severity Index* [PGSI], *South Oaks Gambling Screen* [SOGS], atau kriteria DSM-5); serta (4) perbedaan periode pengukuran prevalensi (prevalensi 12 bulan terakhir versus prevalensi seumur hidup) [1, 2]. Selain itu, bukti menunjukkan bahwa partisipasi pada berbagai moda perjudian sekaligus (*mixed-mode gambling*) merupakan prediktor keparahan GD yang lebih kuat dibandingkan paparan media daring semata [1].

Di tingkat nasional, data PPATK mencatat lebih dari 4 juta warga Indonesia terpapar aktivitas judi online dengan dominasi kelompok usia produktif dan remaja, yang sejalan dengan peningkatan kunjungan pasien dengan keluhan terkait adiksi perilaku di layanan kesehatan jiwa [32, 33]. Faktor risiko demografis, psikososial, dan klinis yang terbukti secara empiris meningkatkan kerentanan terhadap GD terkait judi online meliputi:

- **Jenis Kelamin dan Fenomena Telescoping:** Laki-laki secara konsisten menunjukkan angka partisipasi dan prevalensi GD lebih tinggi dibandingkan perempuan (rasio sekitar 2:1 hingga 3:1) [2]. Namun, populasi perempuan menunjukkan fenomena telescoping effect, yaitu awitan (onset) berjudi terjadi pada usia lebih lambat, tetapi progresivitas menuju GD berat dan pencarian bantuan klinis berlangsung jauh lebih singkat [6, 15].
- **Usia Muda dan Faktor Sosioekonomi:** Kelompok remaja akhir dan dewasa muda (usia 18–29 tahun) memiliki kerentanan tinggi akibat interaksi multifaktorial. Kerentanan ini tidak semata-mata disebabkan oleh tingginya literasi digital atau belum sempurnanya maturasi korteks prefrontal (kontrol eksekutif), melainkan juga dipengaruhi secara empiris oleh faktor sosioekonomi (ketidakstabilan pendapatan, tekanan finansial, dan tingkat pendidikan lebih rendah), paparan iklan digital yang agresif, pengaruh teman sebaya (peer norm), serta rendahnya persepsi risiko terhadap transaksi uang elektronik [1, 2, 6].
- **Komorbiditas Psikiatri:** Lebih dari 75% pasien GD yang mencari layanan klinis memiliki sekurang-kurangnya satu komorbiditas gangguan psikiatri lain [14]. Komorbiditas tersering meliputi gangguan penggunaan zat dan alkohol (prevalensi seumur hidup 63%–64%), gangguan depresi mayor (hingga 60%), gangguan ansietas (hingga 40%), ADHD, serta gangguan kepribadian klaster B dan C [1, 14, 15].

3. Patofisiologi Neurobiologi dan Mekanisme Perilaku

Pemahaman patofisiologi GD berkembang dari temuan pencitraan otak fungsional (functional neuroimaging), studi asosiasi neurobiologis, serta model pembelajaran perilaku [6, 7]. Dalam interpretasinya, penting untuk membedakan antara temuan empiris neuroimaging dan hipotesis mekanistik yang masih terus diteliti, serta menghindari generalisasi bahwa seluruh penderita GD memiliki profil neurobiologis yang seragam [6].

Pada studi neuroimaging fungsional (fMRI), ditemukan asosiasi berupa penurunan aktivasi (hiporeaktivitas) pada ventral striatum (termasuk nucleus accumbens) serta ventromedial prefrontal cortex (vmPFC) saat pasien GD mengantisipasi imbalan moneter dibandingkan individu kontrol sehat [6]. Temuan ini mendukung salah satu model penjelasan neurobiologis yang dikenal sebagai hipotesis defisit sistem imbalan (reward deficiency model), yang berpostulat bahwa rendahnya responsivitas dopaminergik basal mendorong individu mencari stimulasi bertaruh dengan nominal lebih besar untuk mencapai respons afektif yang memadai [6, 7]. Bukti tidak langsung mengenai peran transmisi dopaminergik juga teramati pada sebagian pasien penyakit Parkinson yang mengalami GD iatrogenik setelah menerima terapi agonis reseptor dopamin (seperti pramipexole) [6]. Namun, model defisit imbalan ini bukan merupakan mekanisme tunggal yang berlaku universal pada seluruh penderita; sebagian subkelompok pasien justru menunjukkan hipersensitivitas terhadap isyarat judi (cue-induced hyperreactivity) dan disregulasi sistem stres yang lebih menonjol [6].

Selain disfungsi pada sirkuit imbalan mesolimbik (proyeksi dari ventral tegmental area ke ventral striatum), model neuroadaptasi adiksi mengajukan hipotesis terjadinya pergeseran kendali sirkuit saraf dari ventral striatum yang memediasi perilaku pencarian imbalan berbasis impulsivitas menuju dorsal striatum yang mengatur pembentukan kebiasaan otomatis dan perilaku kompulsif [6]. Pada saat yang sama, penurunan aktivitas pada jaringan korteks prefrontal

mencakup vmPFC, orbitofrontal cortex (OFC), dan anterior cingulate cortex (ACC) berasosiasi dengan melemahnya kontrol inhibisi (inhibitory control), gangguan fleksibilitas kognitif, serta kecenderungan memilih imbalan sesaat berisiko tinggi (delay discounting) tanpa mempertimbangkan konsekuensi kerugian jangka panjang [4, 6].

Secara psikologis dan perilaku, penguatan adiksi judi online dimediasi oleh prinsip pengkondisian klasik dan operan [7]. Melalui pengkondisian klasik, isyarat visual/auditori pada aplikasi judi maupun keadaan afek negatif (stres, kesepian) memicu respons craving yang kuat [7, 13]. Sementara itu, pengkondisian operan bekerja melalui jadwal penguatan rasio variabel acak (*intermittent/variable-ratio reinforcement schedule*), di mana kemenangan yang tidak terprediksi menghasilkan resistensi kepunahan perilaku paling tinggi [7]. Mekanisme ini berinteraksi dengan distorsi kognitif khas, seperti *illusion of control* (keyakinan bahwa keterampilan pribadi memengaruhi hasil acak), gambler's fallacy (keyakinan bahwa kekalahan beruntun meningkatkan probabilitas kemenangan berikutnya), dan efek near-miss (persepsi bahwa hasil yang nyaris menang merupakan indikator keberhasilan yang semakin dekat), yang secara kolektif mempertahankan perilaku chasing losses [4, 7, 20].

4. Penatalaksanaan Psikologis (Non-Farmakologis)

Intervensi psikologis terstruktur merupakan modalitas terapi lini pertama (*first-line treatment*) dalam tata laksana GD karena memiliki landasan bukti empiris paling luas serta profil keamanan yang baik tanpa risiko efek samping farmakologis [8, 13]. Tinjauan sistematis dan meta-analisis terbaru oleh Eriksen et al. (2023) terhadap uji klinis teracak (RCT) mengonfirmasi bahwa intervensi psikologis menghasilkan penurunan bermakna pada keparahan gejala GD (Hedges' g = -0,76 pada pascaintervensi), frekuensi berjudi, dan kerugian finansial dibandingkan kelompok kontrol pasif [8].

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) merupakan pendekatan psikoterapi yang paling banyak diteliti dan diakui sebagai standar baku (gold standard) dalam penanganan GD [4, 12]. Kekuatan bukti CBT didukung oleh konsistensi efikasi dalam menurunkan keparahan gejala dan perilaku bertaruh pada berbagai uji RCT [8, 12, 13]. Meskipun demikian, bukti terkait CBT juga memiliki keterbatasan, antara lain heterogenitas protokol dan durasi sesi antarstudi, tingginya tingkat keterputusan terapi (dropout) yang berkisar 20%–40% pada praktik klinis rutin, serta penurunan besaran efek (effect size) pada pemantauan jangka panjang di atas 12 bulan apabila tidak disertai sesi penguat (booster) [8, 12, 13]. Pelaksanaan CBT pada GD terkait judi online bertumpu pada empat komponen utama [7, 13, 21]:

- **Analisis Fungsional Perilaku:** Mengidentifikasi pemicu internal (stres, depresi, kebosanan) dan pemicu eksternal (notifikasi aplikasi, ketersediaan dana digital, waktu luang) yang mendahului perilaku bertaruh [7, 13].
- **Restrukturisasi Kognitif:** Mengoreksi keyakinan irasional (illusion of control, gambler's fallacy, magical thinking) melalui edukasi probabilitas matematis dan pengenalan prinsip bahwa sistem perjudian komersial dirancang dengan keunggulan statistik (house edge) [7, 20].
- **Kontrol Stimulus dan Pembatasan Akses Digital:** Memutus akses langsung terhadap platform judi online melalui pemasangan perangkat lunak pemblokir (misalnya GamBlock, BetBlocker), pendaftaran fitur self-exclusion, pembatasan transaksi perbankan/e-wallet, serta pendelegasian pengelolaan keuangan sementara kepada keluarga tepercaya [7, 22].
- **Pelatihan Koping dan Pencegahan Relaps:** Melatih regulasi emosi, manajemen utang terstruktur, serta mengenali dan mengoreksi Abstinence Violation Effect yakni reaksi rasa bersalah berlebihan setelah terjadi satu kali kekambuhan ringan (slip) yang dapat memicu relaps penuh [13, 21].

Selain CBT, pendekatan motivasional memegang peranan penting mengingat banyak pasien GD datang dalam kondisi ambivalen [13]. Dalam literatur klinis, perlu dibedakan antara *Motivational Interviewing* (MI) murni yaitu gaya konseling kolaboratif berpusat pada pasien yang berfokus mengeksplorasi ambivalensi dan memperkuat motivasi intrinsik sesuai tahapan perubahan (*stages of change*) dengan Motivational Enhancement Therapy (MET), yang merupakan protokol terstruktur singkat (umumnya 1–4 sesi) yang menggabungkan prinsip MI dengan pemberian umpan balik normatif personal terstandardisasi (*personalized normative feedback*) mengenai tingkat keparahan dan kerugian judi pasien dibandingkan populasi umum [12, 13, 23, 24]. Bukti uji RCT menunjukkan bahwa intervensi MI/MET singkat efektif menurunkan frekuensi bertaruh dan pengeluaran uang pada tindak lanjut 6 hingga 24 bulan, terutama pada kelompok problematic gambling atau GD derajat ringan-sedang [23-25]. Lebih lanjut, uji klinis yang secara langsung menguji kombinasi protokol motivasional dan kognitif-perilaku seperti penelitian Petry et al. (2008) dan Grant et al. (2009) yang memadukan sesi awal MI dengan CBT atau imaginal desensitization melaporkan peningkatan tingkat kehadiran sesi, kepatuhan terapi, dan penurunan angka dropout dibandingkan intervensi tanpa penguatan motivasi [25, 26].

Untuk menjawab hambatan stigma dan kebutuhan anonimitas pada pengguna judi online, CBT berbasis internet (*internet-delivered* CBT/iCBT) telah dikembangkan secara luas [14, 27]. Uji klinis acak oleh Carlbring & Smit (2008) serta Casey et al. (2017) menunjukkan bahwa therapist-supported iCBT (dengan pendampingan terapis melalui pesan daring atau telepon singkat) secara signifikan menurunkan skor keparahan GD, ansietas, dan depresi dibandingkan kelompok daftar tunggu (waitlist), dengan efikasi yang sebanding (non-inferior) terhadap terapi tatap muka [27, 28]. Studi kohort komparatif pada layanan adiksi rutin oleh Molander et al. (2024) juga mengonfirmasi efektivitas klinis iCBT dalam menurunkan gejala GD; namun, tantangan utama format iCBT adalah tingkat retensi yang bervariasi, di mana program mandiri tanpa dukungan terapis (unguided iCBT) menunjukkan angka dropout jauh lebih tinggi dibandingkan program yang dipandu terapis (guided iCBT), meskipun efek

terapeutik pada pasien yang menyelesaikan modul terbukti bertahan hingga pemantauan 12–36 bulan [14, 27, 28].

5. Penatalaksanaan Farmakologis

Hingga saat ini, belum ada satupun agen farmakologis yang memperoleh persetujuan resmi dari FDA maupun EMA khusus untuk indikasi GD, sehingga seluruh peresepan psikofarmaka bersifat *off-label* dan diposisikan sebagai terapi ajungtif terhadap psikoterapi atau pilihan pada pasien yang tidak merespons psikoterapi [4, 5]. *Analisis Network Meta-Analysis* (NMA) terbaru oleh Ioannidis et al. (2024) mengevaluasi berbagai kelas psikofarmaka dan menegaskan perlunya pemilihan agen berdasarkan profil gejala dominan serta komorbiditas psikiatri [5].

Golongan antagonis reseptor opioid khususnya Naltrexone dan Nalmefene memiliki dukungan bukti efikasi paling konsisten dalam menurunkan keparahan gejala GD dan dorongan mengidam (craving) [4, 5, 10]. Secara neurobiologis, modulasi sistem imbalan melalui antagonis opioid melibatkan mekanisme bertingkat: aktivasi reseptor mu-opioid endogen pada interneuron GABAergik di ventral tegmental area (VTA) secara fisiologis menghambat pelepasan GABA, yang berujung pada disinhibisi neuron dopaminergik dan peningkatan pelepasan dopamin di nucleus accumbens saat mengantisipasi atau menerima hadiah [6, 10]. Dengan memblokir reseptor mu-opioid (serta modulasi reseptor kappa-opioid oleh Nalmefene), antagonis opioid memulihkan inhibisi GABAergik pada VTA sehingga meredam lonjakan dopamin mesolimbik yang dipicu oleh isyarat perjudian, sekaligus menekan sensasi euforia hedonic [5, 6, 10]. Meskipun demikian, jalur opioid-dopamin ini merupakan salah satu mekanisme modulasi reward dan bukan satu-satunya jalur patofisiologis pada semua pasien GD [5, 6].

Dalam praktik klinis off-label, Naltrexone oral diberikan dengan dosis awal 25 mg/hari selama 3–4 hari pertama untuk meminimalkan efek samping gastrointestinal, kemudian dititrasi ke dosis target 50 mg/hari hingga maksimal 100–150 mg/hari sesuai respons klinis dan tolerabilitas [10, 11]. Naltrexone diindikasikan terutama pada pasien GD dengan intensitas craving tinggi atau riwayat keluarga dengan gangguan penggunaan alkohol [10, 11]. Kontraindikasi absolut meliputi penggunaan opioid eksogen (analgesik opioid maupun ketergantungan opioid aktif) karena dapat memicu sindrom putus zat opioid akut yang berat (*precipitated withdrawal*), serta hepatitis akut atau gagal hati [10, 11]. Oleh karena itu, skrining bebas opioid (uji toksikologi urin atau riwayat klinis cermat) serta pemeriksaan fungsi hati dasar (AST/ALT) dan pemantauan berkala wajib dilakukan, terutama apabila digunakan dosis di atas 50–100 mg/hari yang berasosiasi dengan risiko peningkatan transaminase hati reversibel [5, 10, 11]. Sementara itu, Nalmefene (dosis 20–40 mg/hari) menunjukkan ukuran efek paling menonjol dalam NMA Ioannidis et al. (2024) (SMD = -0,86) dengan keunggulan tidak bersifat hepatotoksik, namun kedua antagonis opioid ini memiliki angka dropout akibat efek samping (mual, pusing, kelelahan) yang secara bermakna lebih tinggi dibandingkan plasebo (OR = 7,82 untuk naltrexone; OR = 7,55 untuk nalmefene) [5].

Antidepresan golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* (SSRI seperti paroxetine 20–60 mg/hari, fluvoxamine 100–250 mg/hari, dan sertraline 50–150 mg/hari) serta bupropion tidak menunjukkan keunggulan bermakna dibandingkan plasebo dalam meredakan gejala primer GD pada meta-analisis terkini [5, 29, 30]. Bukti klinis mengindikasikan bahwa perbaikan yang teramati pada sebagian pasien terutama dimediasi oleh peredaan gejala komorbiditas gangguan depresi mayor atau gangguan ansietas, sehingga SSRI tidak direkomendasikan sebagai monoterapi GD tanpa komorbiditas afektif yang jelas [4, 5, 11]. Untuk golongan pemantap suasana hati (*mood stabilizer*), Lithium (dosis disesuaikan kadar serum terapeutik 0,6–1,0 mEq/L) menunjukkan manfaat klinis selektif pada pasien GD dengan komorbiditas gangguan spektrum bipolar [4]. Adapun modulator glutamat N-acetyl cysteine (NAC, dosis 1.200–1.800 mg/hari) yang bekerja memulihkan homeostasis glutamat melalui penukar sistin-glutamat di nucleus accumbens menunjukkan potensi awal dalam studi pilot terkontrol, tetapi masih memerlukan uji RCT multisenter berskala besar sebelum direkomendasikan secara rutin [5, 6, 31]. Sebaliknya, antipsikotik atipikal seperti olanzapine tidak terbukti lebih unggul dari plasebo dan tidak direkomendasikan [5]. Ringkasan profil modalitas terapi psikologis dan farmakologis disajikan pada Tabel 2.

Tabel 2. Ringkasan modalitas penatalaksanaan psikologis dan farmakologis pada Gambling Disorder terkait aktivitas judi online [4, 5, 8, 10, 14, 27].

Modalitas Intervensi	**Status & Tingkat Bukti**	**Target Klinis / Dosis**	**Catatan Keamanan & Keterbatasan**
CBT (Tatap Muka)	Lini pertama; bukti kuat (RCT & meta-analisis)	Distorsi kognitif, kontrol stimulus digital, pencegahan relaps (8–16 sesi)	Tingkat dropout 20–40%; efek jangka panjang (>12 bulan) menurun tanpa sesi booster
MI / MET	Lini pertama / ajungtif awal; bukti moderat–kuat	Resolusi ambivalensi, peningkatan kesiapan berubah (1–4 sesi)	Kombinasi MI sebelum CBT menurunkan dropout; efek lebih optimal pada kasus ringan–sedang
iCBT (Berbasis Internet)	Lini pertama alternatif; non-inferior terhadap tatap muka	Akses anonim untuk penjudi online (modul terstruktur 6–12 minggu)	Guided iCBT memiliki retensi jauh lebih tinggi dibanding unguided iCBT
Naltrexone &	Off-label; bukti	Craving berat &	Dropout tinggi akibat

Nalmefene (Antagonis Opioid)	farmakoterapi terkuat (RCT & NMA)	dorongan bertaruh; Naltrexone 50–150 mg/hari, Nalmefene 20–40 mg/hari	mual/pusing; Naltrexone dikontraindikasikan pada pengguna opioid & butuh monitoring fungsi hati
SSRI & Lithium	Off-label selektif; bukti terbatas untuk GD murni	SSRI untuk komorbiditas depresi/ansietas; Lithium untuk komorbiditas spektrum bipolar	Tidak efektif sebagai monoterapi GD tanpa komorbiditas afektif; perlu pemantauan kadar serum untuk Lithium
N-acetyl cysteine (NAC)	Off-label eksperimental; bukti awal terbatas	Modulasi homeostasis glutamat & kompulsivitas (1.200–1.800 mg/hari)	Memerlukan uji RCT skala besar; efek samping ringan (gangguan pencernaan)

IV. Kesimpulan

Gambling Disorder (GD) terkait aktivitas judi online merupakan adiksi perilaku (behavioral addiction) yang diakui secara resmi dalam DSM-5-TR dan dikodekan sebagai F63.0 (Judi Patologis) dalam ICD-10/PPDGJ-III, yang ditandai oleh hilangnya kendali atas perilaku bertaruh serta gangguan fungsi kehidupan yang bermakna. Karakteristik struktural platform judi online seperti aksesibilitas 24 jam, anonimitas, dan transaksi digital instan mempercepat eskalasi dari judi rekreasional dan problematic gambling menjadi GD klinis, dengan kerentanan yang dipengaruhi oleh interaksi faktor demografis, sosioekonomi, komorbiditas psikiatri, disregulasi sirkuit imbalan mesolimbik serta kontrol prefrontal, dan distorsi kognitif.

Berdasarkan kekuatan bukti empiris yang tersedia saat ini, penatalaksanaan GD menempatkan intervensi psikologis terstruktur khususnya *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) tatap muka maupun berbasis internet dengan pendampingan terapis (guided iCBT) serta Motivational Interviewing (MI/MET) sebagai terapi lini pertama (first-line) yang paling konsisten efikasinya. Pada aspek farmakoterapi, belum terdapat agen yang memiliki persetujuan indikasi resmi (FDA/EMA-approved) sehingga seluruh terapi obat bersifat off-label: antagonis reseptor opioid (Naltrexone dan Nalmefene) memiliki bukti paling menonjol untuk menekan craving dengan memperhatikan risiko efek samping gastrointestinal dan keamanan hepatik, antidepresan SSRI serta Lithium dialokasikan secara selektif untuk komorbiditas afektif atau bipolar, sedangkan agen seperti N-acetyl cysteine masih memerlukan penelitian uji klinis acak berskala lebih besar.

Tinjauan literatur naratif ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan dalam penerapan klinis, meliputi heterogenitas desain dan instrumen pengukuran antarstudi, perbedaan definisi kasus antara problematic gambling dan GD klinis penuh, keterbatasan uji klinis acak yang secara eksklusif meneliti subpopulasi penjudi online murni dibandingkan penjudi konvensional atau campuran, serta tingginya variabilitas respons terapi dan angka dropout. Penelitian di masa depan perlu difokuskan pada uji klinis terandomisasi jangka panjang khusus pada populasi GD terkait judi online di Indonesia serta pengembangan protokol intervensi digital terintegrasi yang adaptif terhadap konteks lokal..

Ucapan Terima Kasih

Naskah tinjauan literatur ini dibawakan dan dipresentasikan pada Pertemuan Ilmiah Bagian Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Denpasar, di bawah bimbingan dan arahan dari dr. Ni Made Leni, Sp.KJ.

Penulis merupakan Dokter Muda yang sedang menempuh dan menyelesaikan Kepaniteraan Klinik Madya (KKM) di Departemen/KSM Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Udayana / RSUP Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah Denpasar, Bali, Indonesia.

Referensi

[1] Gainsbury SM. Online gambling addiction: the relationship between internet gambling and disordered gambling. Curr Addict Rep. 2015;2(2):185-93.
[2] Tran LT, Wardle H, Colledge-Frisby S, Taylor S, Lynch M, Rehm J, et al. The prevalence of gambling and problematic gambling: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2024;404(10454):810-23.
[3] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
[4] Menchon JM, Mestre-Bach G, Steward T, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S. An overview of gambling disorder: from treatment approaches to risk factors. F1000Res. 2018;7:434.
[5] Ioannidis K, Del Giovane C, Tzagarakis C, Solly JE, Westwood SJ, Parlatini V, et al. Pharmacological management of gambling disorder: A systematic review and network meta-analysis. Compr Psychiatry. 2024;137:152566.
[6] Potenza MN. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2008;363(1507):3181-99.
[7] Chóliz M, Marcos M. "Gambler": Behavioural-cognitive treatment of online gambling disorder. A step-by-step treatment guide. Clin Case Rep Stud. 2024;5(2):1-16.
[8] Eriksen JW, Fiskaali A, Zachariae R, Wellnitz KB, Oernboel E, Stenbro AW, et al. Psychological intervention for gambling disorder: A systematic review and meta-analysis. J Behav Addict. 2023;12(3):613-30.
[9] Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, Johnsen BH, Molde H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. Addiction. 2005;100(10):1412-22.
[10] Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. Biol Psychiatry. 2001;49(11):914-21.
[11] Grant JE, Potenza MN. Pharmacotherapy for pathological gambling. Expert Opin Pharmacother. 2006;7(18):2551-61.
[12] Ribeiro EO, Afonso NH, Morgado P. Non-pharmacological treatment of gambling disorder: a systematic review of randomized controlled trials. BMC Psychiatry. 2021;21(1):105.

[13] Rash CJ, Petry NM. Psychological treatments for gambling disorder. Psychol Res Behav Manag. 2014;7:285-95.
[14] Molander O, Berman AH, Jakobson M, Gajecki M, Hällström H, Ramnerö J, et al. Introducing and evaluating the effectiveness of online cognitive behavior therapy for gambling disorder in routine addiction care: Comparative cohort study. J Med Internet Res. 2024;26:e54754.
[15] Black DW, Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. Psychiatr Serv. 1998;49(11):1434-9.
[16] Petry NM. Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. J Cogn Psychother. 2006;20(2):175-84.
[17] Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ-III). Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Depkes RI; 1993 [Kode F63.0 Judi Patologis].
[18] Stinchfield R, McCready J, Turner NE, Jimenez-Murcia S, Petry NM, Grant J, et al. Reliability, validity, and classification accuracy of the DSM-5 diagnostic criteria for gambling disorder and comparison to DSM-IV. J Gambl Stud. 2016;32(3):905-22.
[19] Toneatto T, Blitz-Miller T. The cognitive-behavioral treatment of problem gambling: a review of research and practice. J Gambl Stud. 1997;13(3):257-84.
[20] Echeburúa E, Báez C, Fernández-Montalvo J. Cognitive behaviour therapy for pathological gamblers in clinical practice. Behav Cogn Psychother. 1996;24(3):239-50.
[21] Echeburúa E, Fernández-Montalvo J, Báez C. Relapse prevention in the treatment of pathological gambling: a long-term follow-up study. J Gambl Stud. 2000;16(4):417-29.
[22] Cunningham JA, Hodgins DC, Toneatto T, Rai A, Cordingley J. Brief personalized feedback interventions for problem gamblers: a randomized controlled trial. J Gambl Stud. 2009;25(2):131-44.
[23] Hodgins DC, Currie SR, el-Guebaly N. Motivational interview + self-help materials for problem gambling: the 12-month follow-up of a randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol. 2001;69(1):38-49.
[24] Hodgins DC, Currie SR, el-Guebaly N, Diskin KM. Brief motivational treatment for problem gambling: a 24-month follow-up. J Consult Clin Psychol. 2004;72(3):508-13.
[25] Petry NM, Weinstock J, Morasco BJ, Ledgerwood DM. Brief motivational interventions for college student problem gamblers. J Consult Clin Psychol. 2008;76(2):319-28.
[26] Grant JE, Donahue C, Odlaug BL, Kim SW, Miller MJ, Petry NM. Imaginal desensitization plus motivational interviewing in the treatment of pathological gambling. Ann Clin Psychiatry. 2009;21(3):153-7.
[27] Carlbring P, Smit F. Randomized trial of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for pathological gambling. Acta Psychiatr Scand. 2008;118(6):476-84.
[28] Casey LM, Oei TP, Raylu N, Horrigan K, Day J, Reynolds J, et al. Cognitive behaviour therapy via the internet for problem gambling: A randomized controlled trial. J Gambl Stud. 2017;33(4):1073-88.
[29] Grant JE, Kim SW, Potenza MN, Blanco C, Ibanez A, Stevens L, et al. Paroxetine treatment of pathological gambling: a multi-center randomized trial. Int Clin Psychopharmacol. 2003;18(4):243-9.
[30] Black DW, Arndt S, Corey-Luse B, Allen J. Bupropion in the treatment of pathological gambling: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Clin Psychopharmacol. 2007;27(2):143-50.
[31] Grant JE, Kim SW, Odlaug BL. N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling: a double-blind, placebo-controlled, crossover study. Biol Psychiatry. 2007;62(6):652-7.
[32] Pusat Pelaporan dan Analisis Transaksi Keuangan (PPATK). Laporan Tahunan dan Analisis Transaksi Keuangan Terkait Perjudian Daring di Indonesia. Jakarta: PPATK; 2024.
[33] Kementerian Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia. Laporan Penanganan Konten dan Ekosistem Perjudian Online di Indonesia. Jakarta: Kemenkominfo RI; 2024.7.