



DEPRESI, ANXIETY, DAN STRESS PADA MAHASISWA

HERLINA J. EL MATURY

DEPRESI, ANXIETY, DAN STRESS PADA MAHASISWA
ISBN 978-623-68930-7-4

Cetakan Pertama, Maret 2021

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang memperbanyak karya tulis dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

Isi di luar tanggung jawab penerbit

Penulis:

Herlina J. EL- Matury

Editor:

Saiful Batubara

Selamat Ginting

Penyunting:

Saiful Batubara

Desain Sampul dan Tata Letak:

Syahlan

Penerbit:

Budapest International Research and Critics University
(Bircu-Publishing)

Anggota Ikatan Penerbit Indonesia (IKAPI) No. 037

Redaksi:

Jl. Perjuangan, Desa Bandar Klippa, Kecamatan Percut Sei Tuan,
Kabupaten Deli Serdang, Sumatera Utara 20371

Hp: 081375313465

Email: bukharyahmedal@gmail.com



Prakata

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, puji dan syukur tak terhingga atas kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya, sehingga penulisan buku ini dapat terselesaikan.

Masalah Kesehatan mental adalah masalah kesehatan masyarakat. Gangguan Kesehatan mental yang paling dominan diseluruh dunia adalah depresi dan kecemasan (anxiety). Depresi berat menjadi penyebab utama timbulnya ide bunuh diri. Tingginya angka kejadian gangguan Kesehatan mental berupa depresi, anxiety, dan stress pada institusi pendidikan tinggi di dunia dan di Indonesia, menunjukkan perlunya pengetahuan dan pemahaman tentang gangguan depresi, anxiety dan stress pada mahasiswa.

Buku ini merupakan hasil dari penelitian yang penulis lakukan pada mahasiswa Strata 1 (S1) dan disusun menjadi 15 bab yang meliputi gambaran kasus-kasus gangguan depresi, anxiety dan stress pada mahasiswa di institusi pendidikan secara global dan Indonesia, definisi, factor penyebab dan dampak gangguan depresi, anxiety dan stress pada mahasiswa, pengukuran depresi, anxiety dan stress, definisi, instrument pengukuran ide bunuh diri, definisi dan instrument pengukuran harga diri, dukungan sosial, coping, sumber masalah pada mahasiswa dan alat ukurnya, dan studi kasus yang menghasilkan model depresi, anxiety dan stress pada mahasiswa, studi kasus yang menghasilkan model ide bunuh diri pada mahasiswa, serta strategi pencegahan depresi, anxiety dan stress pada mahasiswa berdasarkan hasil research yang telah dilakukan.

Model depresi, anxiety dan stress pada mahasiswa menunjukkan bahwa *self-esteem* dan sumber masalah merupakan factor yang paling mempengaruhi terjadinya depresi, anxiety dan stress pada mahasiswa S1. Sedangkan untuk model ide bunuh diri pada mahasiswa adalah kejadian depresi anxiety dan stress pada mahasiswa yang merupakan factor timbulnya ide bunuh diri pada mahasiswa S1.

Penulis mendapatkan banyak dukungan dari berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang tinggi serta setulusnya kepada yang saya hormati para guru dan dosen yang telah membimbing dan memberikan masukan saat melakukan penelitian yaitu Prof. dra. Fatma Lestari, M.Sc.,Ph.D., Dr. Besral, SKM, M.Sc., Indri Hapsari Susilowati, SKM.,MKK.,PhD., Prof. Dr. dr. L Meily Kurniawidjaja, M.S., Sp.Ok., Dr. dr. Astrid Widayati Hardjono, MPH., Sp.OK., Dr. drg. Dewi Rahayu, M.Kes., Dr. Agus Triyono, S.Si., M.Kes., Mila Tejamaya, S.Si, MOHS., PhD., drg. Baiduri Widanarko, MKKK., PhD. Kepada rekan-rekan Doktorat Program FKMUI Angkatan 2015 dan rekan kerja yang telah memberikan support dan masukannya agar penulis dapat menuliskan

hasil penelitian menjadi buku yang dapat dibaca semua kalangan. Penghargaan dan terimakasih yang tidak dapat dilukiskan kepada orang tua, Suami Ir. Edwar Syahlan, dan anak-anak kami Nabila Syahlan dan Asyrafi Iftikhar Syahlan yang telah mendukung saat studi maupun saat penulisan buku ini.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna dan masih dapat berbagai kekurangan, dengan ini penulis memohon umpan balik dan koreksinya guna perbaikan berkelanjutan di kemudian hari.

Penulis,

DR. Herlina J. EL- Matury, ST., M.Kes.

KATA SAMBUTAN

Rektor Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua
Drs. Johannes Sembiring, M.Pd, M.Kes.



Salam Sejahtera bagi kita semua,

Segala puji dan syukur kita panjatkan kepada Tuhan yang Maha Esa atas terbitnya buku Kesehatan Mental Mahasiswa karya DR. Herlina J. EL- Matury, ST., M.Kes. Karya ilmiah ini ditulis oleh dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua (FKM InKes DHDT) yang mengangkat isu gangguan kesehatan mental berupa depresi anxiety dan stress serta ide bunuh diri pada mahasiswa S1 sebagai salah satu isu penting dalam kesehatan masyarakat.

Seperti diketahui bahwa masalah Kesehatan masyarakat di Indonesia masih sangat beragam dan menjadi tantangan kita Bersama, diantaranya adalah gangguan Kesehatan mental berupa depresi anxiety dan stress yang berdampak bagi Kesehatan masyarakat yang dapat terjadi pada segala usia dan segala lapisan masyarakat tak terkecuali di institusi pendidikan tinggi. Pembahasan yang terkait dengan gangguan Kesehatan mental depresi anxiety dan stress serta ide bunuh diri pada mahasiswa bertujuan memberikan pengetahuan yang bermak bagi masyarakat luas, pengampu kependidikan, pembuat keputusan, serta akademisi dan mahasiswa.

Terimakasih disampaikan kepada penulis yang telah berjunag bagi peningkatan status Kesehatan masyarakat di Indonesia. Semoga buku ini bermanfaat bagi semua pihak, sebagai suatu bentuk kontribusi FKM Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua dalam peningkatan pengetahuan tentang Kesehatan masyarakat.

Salam sehat dan sejahtera

Rektor Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua
Drs. Johannes Sembiring, M.Pd, M.Kes.



KATA SAMBUTAN

Kepala Disaster Risk Reduction Center (DRRC) Universitas Indonesia
Guru Besar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
Prof.dra. Fatma Lestari,MSi, PhD.

Assalamualaikum wr wb,

Segala puji dan syukur kita panjatkan kepada Allah SWT atas terbitnya buku Kesehatan Mental Mahasiswa karya DR. Herlina J. EL- Matury, ST.,M.Kes. Buku ini ditulis oleh alumni Program Doktorat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKMUI) yang juga dosen di Magister Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua yaitu DR. Herlina J. EL- Matury, ST., M.Kes.

Buku ini mengangkat permasalahan pada mahasiswa yang sangat penting yaitu Kesehatan Mental. Seperti diketahui bahwa masalah gangguan Kesehatan Mental mahasiswa di Indonesia masih sering terjadi. Buku ini membahas permasalahan gangguan Kesehatan mental berupa depresi, anxiety dan stress pada mahasiswa yang bertujuan memberikan informasi dan pengetahuan yang bermakna bagi mahasiswa, akademisi dan masyarakat.

Terima kasih disampaikan kepada penulis yang telah berjuang bagi peningkatan pengetahuan tentang gangguan depresi, anxiety dan stress serta ide bunuh diri pada mahasiswa di Indonesia. Semoga buku ini bermanfaat bagi semua pihak, sebagai suatu bentuk kontribusi kepada kesehatan masyarakat di Indonesia.

Kepala Disaster Risk Reduction Center (DRRC) Universitas Indonesia
Guru Besar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
Prof.dra. Fatma Lestari,MSi, PhD.

KATA SAMBUTAN

Guru Besar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
Prof. Dr. dr. L. Meily Kurniawidjaja, M.Sc., Sp.Ok.



Depresi, ansietas dan stres di dunia terus meningkat, dan dapat berdampak pada status kesehatan dan konsekuensi sosial, menurunkan kesejahteraan bahkan menjadi kontributor utama bunuh diri. Gangguan kesehatan mental ini merebak dan merupakan tren pada mahasiswa di berbagai negara, dan berkisar pada 20% s/d 59%, di antara mereka ada yang mempertimbangkan, melakukan percobaan bunuh diri atau telah melukai diri sendiri. Dalam beberapa penelitian, tren gangguan mental ini juga terdeteksi pada mahasiswa di Indonesia.

Saya mengenal penulis saat penulis menyusun disertasinya. Penulis dengan jeli melakukan beberapa survei dan penelitian pada mahasiswa Strata 1 di sebuah universitas terkemuka di Indonesia. Dalam penulisan disertasinya, penulis telah melakukan tinjauan literatur yang luas dan mendalam. Buku ini hadir menyajikan berbagai masalah gangguan kesehatan mental pada mahasiswa, berbagai pengertian tentang status kesehatan mental serta kaitannya dengan ide bunuh diri, tentang berbagai faktor yang mempengaruhi kesehatan mental serta sumber masalahnya pada mahasiswa, berbagai cara dan instrumen pengukuran, serta penanganan masalah (*coping*). Selain itu, penulis memaparkan hasil studi kasus yang dilakukannya, tentang model depresi, ansietas dan stres pada mahasiswa, model ide bunuh diri pada mahasiswa, serta strategi pencegahan dan pengobatannya.

Buku ini hadir pada saat dibutuhkan, saya berharap buku ini dapat menjadi salah satu referensi dan dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi mahasiswa, orang tua dan para pendidik. dalam rangka menjaga agar mahasiswa terhindar dari depresi, ansietas dan stres dalam menghadapi beban kerja yang berlebih, keterbatasan waktu, tes, dan tugas serta dalam pengambilan keputusan penting terkait masa depan mereka dan jalur karir.

Salam sehat jasmani dan rohani.

Jakarta, Maret 2021

Prof. Dr. dr. L. Meily Kurniawidjaja, M.Sc., Sp.Ok.
Guru Besar Universitas Indonesi



KATA SAMBUTAN

Manajer Kerjasama, Alumni, dan Ventura
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
DR. Besral, SKM., M.Sc.

Bismillaahirrahmaanirrahiim
Assalammualaikum wr wb,

Alhamdulillahirabbil'alamin, segala puji kepada Allah SWT atas terbitnya buku "Depresi, Anxiety, dan Stress pada Mahasiswa karya Dr. Herlina J. EL- Matury, ST., M.Kes. Buku ini ditulis oleh alumni Program Doktoral Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKMUI) yang juga dosen di Magister Kesehatan Masyarakat Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua.

Penulis merupakan mahasiswa yang tangguh, ulet, gesit, dan cekatan serta mampu membaca peluang dan memanfaatkan peluang tersebut. Buku ini merupakan hasil dari perjuangan dan ketangguhan penulis dalam memanfaatkan peluang penelitian bidang kesehatan mental pada mahasiswa di perguruan tinggi ternama di Jakarta.

Depresi, Kecemasan (Anxiety), dan Stress merupakan gangguan Kesehatan Mental yang paling dominan diseluruh dunia. Depresi berat dapat menjadi penyebab utama timbulnya ide bunuh diri. Tingginya angka kejadian gangguan Kesehatan Mental pada institusi pendidikan tinggi, baik di dunia maupun di Indonesia, menunjukkan adanya masalah besar dalam proses pembelajaran di perguruan tinggi.

Diperlukan pengetahuan yang baik dan pemahaman yang cukup tentang penyebab gangguan depresi, anxiety, dan stress pada mahasiswa. Perlunya dirancang program pencegahan sedini mungkin, bahkan sejak mahasiswa baru mulai masuk dan beraktifitas di kampus barunya. Program tersebut antara lain pelayanan konseling, meliputi pelayanan konseling bagi mahasiswa, pelayanan konseling *online*, sosialisasi layanan, pelatihan bagi dosen konselor dan pengelola konseling fakultas, kegiatan *peer counselor* dan *health educator* (PCHE), dan kerjasama dengan lembaga/institusi internal kampus maupun eksternal kampus.

Buku ini telah membahas secara komprehensif dan mendalam tentang Depresi, Kecemasan (Anxiety), dan Stress pada Mahasiswa, mulai dari definisi dan pengukuran depresi, anxiety dan stress; definisi dan pengukuran ide bunuh diri, harga diri, dukungan sosial, coping, sumber masalah pada mahasiswa dan strategi pencegahannya.

Terima kasih kepada penulis yang telah berjuang bagi peningkatan pengetahuan tentang gangguan depresi, kecemasan/anxiety dan stress pada mahasiswa. Buku ini sangat cocok bagi pengelola universitas, mahasiswa, dan pegiat kesehatan jiwa. Semoga buku ini bermanfaat bagi semua pihak.

Wassalamualaikum wr. Wb

Manajer Kerjasama, Alumni, dan Ventura

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Dr. Besral, SKM., M.Sc.

KATA SAMBUTAN

Kepala Departemen Keselamatan & Kesehatan Kerja
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
Indri Hapsari Susilowati, SKM., MKKK., Ph.D.



Bismillahirrahmanirrahim
Assalamualaikum wr. Wb

Selamat dan turut bangga untuk Saudari Herlina J. EL- Matury atas terbitnya buku Depresi, Anxiety, dan Stress pada Mahasiswa. Buku ini merupakan penelitian penulis selama menempuh Pendidikan Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Penulis merupakan mahasiswa yang ulet, gesit, dan terbuka menerima masukan selama melakukan penelitian ini. Sehingga hasil penelitiannya memuaskan dan dapat menjadi sebuah buku monograf yang saya yakin akan banyak memberikan manfaat bagi para pembacanya.

Buku ini menjelaskan tentang kasus – kasus psikososial yang dirasakan oleh mahasiswa S1 terutama terkait kondisi depresi, kecemasan, dan stress selama menjalani kehidupan menjadi mahasiswa. Menjadi mahasiswa S1 harus dapat dengan cepat beradaptasi dan merubah cara berpikir, bersikap, dan berperilaku lebih dewasa lagi, dikarenakan pola pembelajarannya selama kuliah pasti berbeda dengan semasa SMA. Jika mahasiswa tidak dapat segera menyesuaikan diri maka akan berdampak timbulnya depresi, cemas, dan stress selama kuliah. Dengan adanya buku ini maka dapat menjadi informasi dan pembelajaran bagi para mahasiswa, dosen, pimpinan universitas, pemangku kebijakan di Pendidikan tinggi agar dapat dilakukan program – program pencegahan dan pengendaliannya.

Sekali lagi, selamat bagi Saudari Herlina J. EL- Matury atas karya ilmiahnya, saya selalu mendukung dan menunggu karya ilmiah lainnya. Demikianlah pengantar yang saya sampaikan. Semoga bermanfaat dan berkah ilmunya melalui buku ini.

Wassalamualaikum wr. Wb
Ketua Departemen K3 FKM UI
Indri Hapsari Susilowati, SKM., MKKK., Ph.D.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	1
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR SINGKATAN.....	vii
 BAB 1 PENDAHULUAN.....	 1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Gambaran Global Gangguan Kesehatan Mental pada Mahasiswa.....	3
1.3 Gambaran Gangguan Kesehatan Mental pada Mahasiswa di Indonesia	5
1.4 Gambaran Gangguan Kesehatan Mental pada Mahasiswa Universitas XYZ.....	6
1.5 Gambaran Global Kasus Bunuh Diri	11
1.6 Gambaran Kasus Bunuh Diri di Indonesia.....	12
 BAB 2 KESEHATAN MENTAL.....	 13
2.1 Pengertian Kesehatan Mental.....	13
2.2 Prinsip dalam Kesehatan Mental	20
2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental	22
2.4 Type Gangguan Kesehatan Mental.....	28
2.5 Dampak Gangguan Kesehatan Mental.....	29
 BAB 3 DEPRESI.....	 31
3.1 Definisi.....	31
3.2 Tipe dan Gejala.....	31
3.3 Faktor Penyebab dan Faktor Resiko	34
 BAB 4 KECEMASAN.....	 36
4.1 Definisi.....	36
4.2 Gejala	37
4.3 Faktor Penyebab dan Faktor Resiko	40
 BAB 5 STRES	 41
5.1 Penyebab Stres atau <i>Stressor</i>	43
5.2 Appraisal	44
5.3 Reaksi terhadap Stres	45
5.3.1 Aspek Fisiologis	45
5.3.2 Aspek psikologis	46
 BAB 6 PENGUKURAN DEPRESI, ANXIETY DAN STRES	 47
6.1 Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS).....	47
6.2 Perceived Stress Scale (PSS).....	51
6.3 Professional Life Stress Scale (PLSS)	52
6.4 Kessler Psychological Distress Scale (K10)	55
6.5 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	57
6.6 Emotional Quotient Inventory (EQ-i).....	59

BAB 7 IDE BUNUH DIRI	61
7.1 Latar Belakang.....	61
7.2 Depresi, Anxiety, dan Stress dengan Ide Bunuh Diri.....	Error! Bookmark not defined.
7.3 Instrument Pengukuran Ide Bunuh Diri.....	62
7.3.1 Instrumen <i>Columbia-Suicide Severity Rating Scale</i> (C-SSRS)	63
7.3.2 <i>Ask suicide-screening questions</i> (ASQ)	65
7.3.3 <i>Patient Health Questioner</i> (PHQ)	67
7.3.4 <i>Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage</i> (SAFE-T)	69
7.3.5 <i>The Patient Safety Screener</i> (PSS-3).....	71
7.3.6 Beck Hopelessness Scale	73
7.3.7 Beck Scale for Suicide Ideation (BSS).....	74
7.3.8 Geriatric Suicide Ideation Scale	75
7.3.9 <i>InterRAI Severity of Self-harm Scale</i> (interRAI SOS)	76
7.3.10 Mental Health Environment of Care Checklist	78
7.3.11 <i>Modified Scale for Suicide Ideation</i>	78
7.3.12 <i>Nurses' Global Assessment of Suicide Risk</i> (NGASR)	80
7.3.13 Reasons for Living Inventory	80
7.3.14 <i>SAD PERSONS and SAD PERSONAS Scales</i>	82
7.3.14.1 <i>SAD PERSONS</i>	82
7.3.14.2 <i>SAD PERSONAS</i>	83
7.3.15 Scale for Impact of Suicidality – Management, Assessment and Planning of Care	84
7.3.16 Suicidal Behaviors Questionnaire	85
7.3.17 <i>Suicide Intent Scale</i>	86
7.3.18 <i>Suicide Probability Scale</i>	87
7.3.19 Tool for Assessment of Suicide Risk	89
BAB 8 HARGA DIRI.....	91
8.1 Pembentukan Harga Diri.....	92
8.2 Perasaan mengenai diri sendiri.....	93
8.3 Perasaan Terhadap Hidup	93
8.4 Hubungan Dengan Orang Lain.....	94
8.5 Karakteristik Individu Berdasarkan Harga Diri (<i>Self-Esteem</i>) yang dimiliki	94
8.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Harga Diri	95
8.7 Alat Ukur <i>Self-Esteem</i>	99
BAB 9 DUKUNGAN SOSIAL.....	100
9.1 Sumber Dukungan Sosial	100
9.2 Dimensi Dukungan Sosial	101
9.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Sosial	102
9.4 Alat Ukur Dukungan Sosial	104
BAB 10 COPING	106
10.1 Jenis-jenis Penanganan Masalah	106
10.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Coping.....	108
10.3 Mekanisme Coping	109
10.3.1 Karakteristik Mekanisme Coping.....	110

10.4 Pengukuran Penanganan Masalah (<i>Coping</i>)	110
10.5 Alat Ukur Coping	111
BAB 11 Sumber Masalah Mahasiswa	112
11.1 Mahasiswa	112
11.2 Sumber Masalah Mahasiswa	112
11.2.1 Tekanan Akademik	115
11.2.2 Tekanan Sosial	116
11.2.3 Masalah Keuangan	116
11.2.4 Masalah Keluarga	117
11.2.5 Emosional	117
11.3 Instrument Pengukuran Sumber Masalah pada Mahasiswa	117
11.3.1 <i>Indonesian Undergraduate Sources of Stress Questionnaire</i> (IUSSQ)	117
11.3.2 <i>The Undergraduate Stress Questionnaire</i> (USQ)	118
11.3.3 <i>Social Readjustment Rating Scale</i> (SRRS)	120
11.4 Dampak Masalah pada Mahasiswa	121
BAB 12 STUDI KASUS MODEL DEPRESI, ANXIETY, DAN STRES PADA MAHASISWA.....	137
12.1 Kejadian Depresi, Anxiety, dan Stres	138
12.2 Crostab Kejadian Depresi, Anxiety dan Stres	141
12.2.1 Jenis Kelamin dengan Depresi, Anxiety dan Stres.....	145
12.2.2 Umur dan Depresi, Anxiety dan Stres	146
12.2.3 Indeks Prestasi Akademik dengan Depresi, Anxiety, dan Stres	147
12.2.4 Rumpun Ilmu dengan Depresi, anxiety dan Stres	147
12.3 Sumber Masalah pada Mahasiswa	148
12.4 Harga diri dengan Depresi, anxiety dan Stres	151
12.5 Dukungan Sosial dengan Depresi, Anxiety dan Stres	152
12.6 Penanganan Masalah dengan Depresi, Anxiety dan Stres	154
12.7 Model Depresi Kecemasan dan Stres pada Mahasiswa	155
12.8 Hubungan Antar Variabel	157
12.9 Interaksi.....	159
BAB 13 STUDI KASUS MODEL IDE BUNUH DIRI PADA MAHASISWA	161
13.1 Kejadian Bunuh Diri pada Mahasiswa	161
BAB 14 STRATEGI PENCEGAHAN DEPRESI, ANXIETY DAN STRES PADA MAHASISWA.....	166
14.1 Pencegahan.....	166
14.2 Pengobatan dan Perawatan.....	169
14.3 Pencegahan dan Pengobatan pada Mahasiswa	170
14.4 Program Pencegahan dan Pengobatan pada Universitas XYZ.....	172
BAB 15 KESIMPULAN DAN SARAN	174
15.1 Kesimpulan.....	174
15.2 Saran	174
DAFTAR PUSTAKA.....	176

TENTANG PENULIS.....Error! Bookmark not defined.

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Klasifikasi Masalah yang Dikeluhkan saat Konseling Tahun 2016	9
Tabel 2.1 Contoh determinan dari kesehatan mental	22
Tabel 2.2. Item DASS-21	49
Tabel 2.3. Skala skor pada DASS 42	50
Tabel 2.4. Skala skor pada DASS 21	50
Tabel 2.5. Pernyataan pada <i>Cohen Stress Scale</i>	51
Tabel 2.6. Pernyataan pada K-10.....	56
Tabel 2.7. Pernyataan pada HADS	57
Tabel 3.1. Pernyataan pada C-SSRS.....	63
Tabel 3.2. Pernyataan pada ASQ	66
Tabel 3.3. Pernyataan pada PHQ-9.....	68
Tabel 3.4. Tabel tingkatan resiko pada SAFE-T	71
Tabel 3.5. Tabel tingkatan resiko pada PSS-3.....	72
Tabel 7.1. Indikator Pengukuran Sumber masalah pada mahasiswa	113
Tabel 7.2 Faktor pada IUSSQ	117
Tabel 7.3 Pernyataan pada USQ	118
Tabel 7.4. Pernyataan SRRS	120
Tabel 8.1. Karakteristik Mahasiswa.....	138
Tabel 8.2. Gambaran kejadian depresi pada mahasiswa berdasarkan karakteristik	142
Tabel 8.3. Gambaran kejadian kecemasan pada mahasiswa berdasarkan karakteristik	143
Tabel 8.4. Gambaran kejadian stres mahasiswa berdasarkan karakteristik	144
Tabel 8.5. Faktor pada Sumber Masalah.....	148
Tabel 8.6. Hasil uji signifikansi hipotesis penelitian berdasarkan uji model struktural	157
Tabel 8.7. Hasil Uji Model Interaksi	159

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Kasus Depresi dan Kecemasan Menurut Wilayah Kerja WHO	2
Gambar 1.2. Hasil Survey Mahasiswa yang Mengalami Gangguan Kesehatan Mental di Beberapa Negara.....	4
Gambar 1.3. Jumlah mahasiswa baru yang memiliki kecenderungan gangguan mental emosional.....	7
Gambar 1.4. Jumlah Kunjungan Konseling pada Klinik universitas dari tahun 2008 – 2016.....	7
Gambar 1.5. Jumlah Mahasiswa yang Konseling di Klinik Universitas XYZ Berdasarkan Rumpun Ilmu.....	8
Gambar 1.6. Proporsi Mahasiswa yang Konseling di Klinik Universitas XYZ dari Total Mahasiswa pada tiap Rumpun Ilmu Tahun 2015	9
Gambar 1.7. Gambaran Depresi, Kecemasan dan Stres Mahasiswa Universitas XYZ pada Hasil Survey Tahun 2017.....	11
Gambar 2.1. Faktor-faktor penentu kesehatan mental	14
Gambar 2.2. Faktor predisposisi, pencetus, dan pendukung	14
Gambar 2.3. A Holistic view of Health.....	16
Gambar 2.4. Struktural Model Mental Health.....	16
Gambar 2.5. Popularitas alat ukur stres di google.com	47
Gambar 2.6 Bar-On EQi dimensi dan subscale	60
Gambar 8.1. Model struktural depresi kecemasan dan stres pada mahasiswa	155

DAFTAR SINGKATAN

ACCA	: <i>the American College Conseling Assosiation</i>
ACHA	: <i>the American College Health Assessment</i>
APA	: <i>American Psychiatric Association</i>
CR	: <i>Construct Reliability</i>
CFA	: <i>Confirmatory Factor Analysis</i>
DASS	: <i>Depression Anxiety Stress Scale</i>
DSM-5	: <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5</i>
EFA	: <i>ExploratoryFactor Analysis</i>
ICD-10	: <i>International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem – 10th Revision</i>
ILO	: <i>International Labour Organization</i>
IPK	: <i>Indek Prestasi Kumulatif</i>
KMO	: <i>Kaiser-Meyer-olkin</i>
MIPA	: <i>Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam</i>
MPSS	: <i>Multidimensional of Perceived Sosial Support</i>
NPM	: <i>Nomor Pokok Mahasiswa</i>
NSCCD	: <i>Counseling Center Directors</i>
PCA	: <i>Principal Component Analysis</i>
SEM	: <i>Structural Equation Modelling</i>
SPSS	: <i>Statistical Statistics Social Sciences</i>
RISKESDAS	: <i>Riset Kesehatan Dasar</i>
UI	: <i>Universitas Indonesia</i>
UPT K3L	: <i>Unit Pelaksana Teknis Keselamatan Kesehatan Lingkungan</i>
VE	: <i>Variance Extracted</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
YLD	: <i>Years Lived with Disabilities</i>

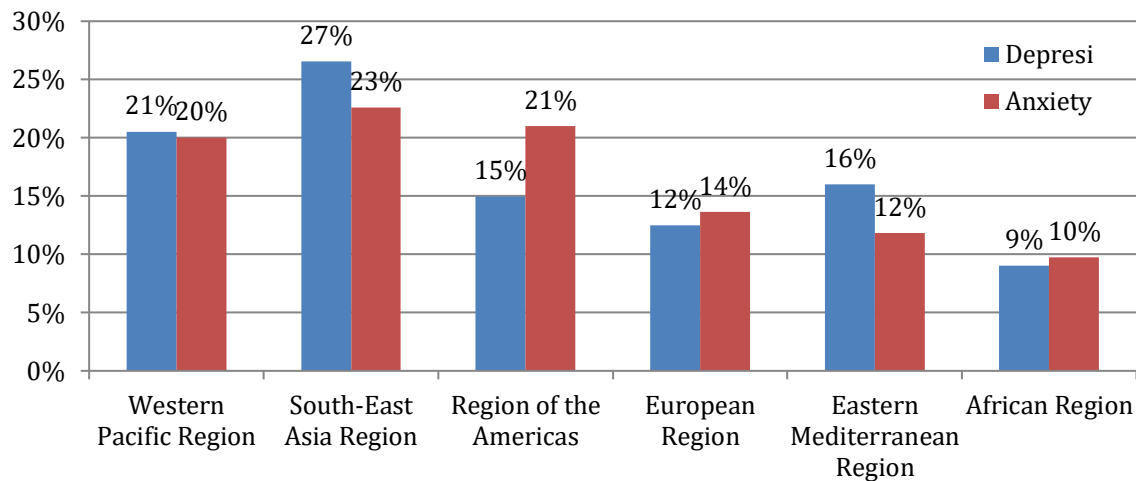
BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masalah kesehatan mental adalah masalah kesehatan masyarakat. Indeks baru-baru ini dari 301 penyakit, ditemukan bahwa masalah kesehatan mental menjadi salah satu penyebab utama beban penyakit secara keseluruhan di seluruh dunia. Pada 2010, masalah kesehatan mental dan perilaku (mis. Depresi, kegelisahan, dan penggunaan narkoba) dilaporkan sebagai pendorong utama kecacatan di seluruh dunia, menyebabkan kecacatan lebih dari 40 juta tahun pada anak usia 20 hingga 29 tahun. Menurut *Global Burden of Disease Study* 2010, masalah kesehatan mental yang paling dominan di seluruh dunia adalah depresi dan kecemasan, depresi berat menjadi penyebab utama kedua disabilitas di seluruh dunia dan merupakan kontributor utama pada beban bunuh diri dan penyakit jantung iskemik (Edwards, 2015).

Masalah kesehatan mental adalah salah satu penyebab utama beban penyakit di seluruh dunia. Gangguan kesehatan mental (depresi, anxiety) merupakan beban di semua negara di dunia dan terus tumbuh yang secara signifikan dan berdampak pada kesehatan dan konsekuensi sosial, hak asasi manusia dan ekonomi (WHO, 2017b). Proporsi dari populasi global dengan depresi pada tahun 2015 diperkirakan 4,4% dan kecemasan (*anxiety*) 3,6%, jumlah orang yang hidup dengan depresi di dunia adalah 322 juta dan kecemasan 265 juta (WHO, 2017a). Total perkiraan jumlah orang yang hidup dengan depresi meningkat 18,4% dan kecemasan 14,9% antara tahun 2005 sampai tahun 2015 (WHO, 2017a). WHO mengestimasi kasus depresi dan kecemasan paling tinggi di negara-negara wilayah Asia Tenggara diikuti oleh negara-negara wilayah Pasifik Barat, Amerika, Mediterania Timur, Eropa, dan Afrika (gambar 1.1).



Gambar 1.1. Kasus Depresi dan Kecemasan Menurut Wilayah Kerja WHO

Sumber: (WHO, 2017a)

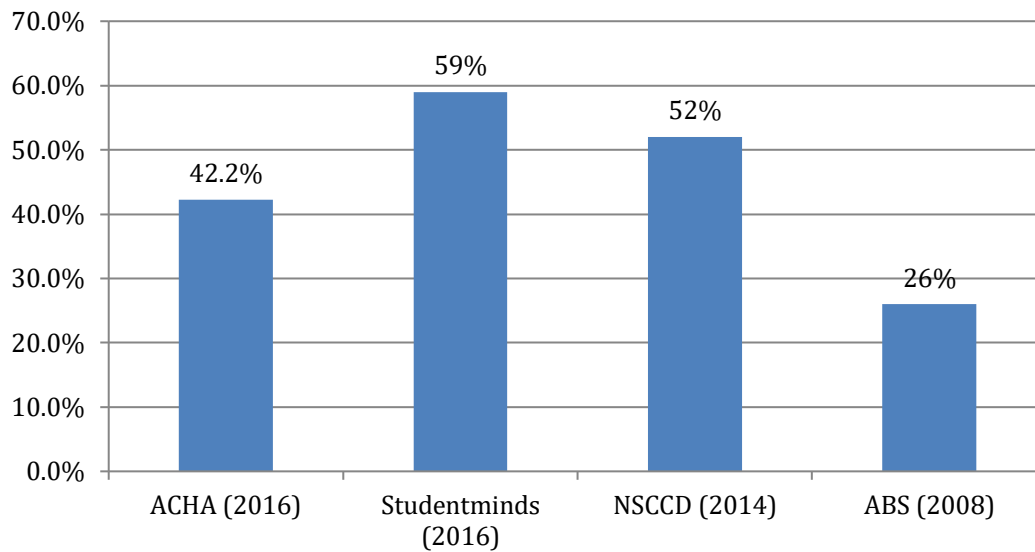
Depresi adalah penyakit umum di seluruh dunia, dengan sekitar 350 juta orang terkena dampaknya. Depresi berbeda dari fluktuasi suasana hati yang biasa dan respons emosional jangka pendek terhadap tantangan dalam kehidupan sehari-hari. Terutama ketika tahan lama dan dengan intensitas sedang atau berat, depresi dapat menjadi kondisi kesehatan yang serius. Ini dapat menyebabkan orang yang terkena sangat menderita dan berfungsi buruk di tempat kerja, di sekolah dan di keluarga. Yang terburuk, depresi dapat menyebabkan bunuh diri. Lebih dari 800.000 orang meninggal karena bunuh diri setiap tahun. Bunuh diri adalah penyebab utama kematian kedua pada usia 15-29 tahun (WHO, 2017b).

Adult Psychiatric Morbidity Survey (APMS 2007) menemukan bahwa 1 dari 4 orang di Inggris akan mengalami masalah kesehatan mental pada tahun tertentu. Dalam Survei Kesejahteraan UK 2013, hampir 1 dari 5 orang di Inggris yang berusia 16 dan lebih tua menunjukkan gejala kecemasan atau depresi. Persentase ini lebih tinggi untuk wanita (21,5%) daripada untuk pria (14,8%). Dalam Survei Kesehatan Welsh 2014, 12% orang dewasa (berusia 16 tahun ke atas) yang tinggal di Wales dilaporkan telah menerima perawatan untuk masalah kesehatan mental. Dalam Survei Kesehatan Irlandia Utara 2013-2014, 19% responden menunjukkan tanda-tanda kesehatan mental yang buruk. Dari jumlah tersebut, 45% perempuan dan 29% laki-laki menggunakan obat

untuk stres, kecemasan atau depresi. Dalam Survei Kesehatan Skotlandia 2012-2013, ditemukan bahwa hampir satu dari sepuluh (9%) orang dewasa memiliki dua atau lebih gejala depresi atau kecemasan. (Edwards, 2015). Di Inggris, wanita lebih cenderung memiliki masalah kesehatan mental daripada pria yang didiagnosis dengan gangguan kecemasan. Di Skotlandia, ditemukan bahwa pada 2012-2013 hampir 1/10 (9%) orang dewasa memiliki dua atau lebih gejala depresi atau kecemasan.

1.2 Gambaran Global Gangguan Kesehatan Mental pada Mahasiswa

Kasus gangguan kesehatan mental pada siswa berada di atas populasi umum, sementara tingkat kecemasan lebih rendah dan depresi lebih tinggi dari populasi (Sarmiento, 2015). Gangguan kesehatan mental juga dialami oleh remaja di Eropa, ada sekitar 20% remaja mengalaminya (Lavikainen, Lahtinen, & Lehtinen, 2001). Prevalensi yang tertinggi gangguan depresi ada di kalangan anak muda Australia yaitu 26% pada usia 16-24 tahun (ABS, 2008). Mahasiswa di Inggris juga mengalami gangguan kesehatan mental dengan prevalensi sebesar 59% (Studentminds, 2016). Laporan *National Survey of Counseling Center Directors* (NSCCD) oleh *the American College Counseling Association* (ACCA) tahun 2014 di Amerika pada pusat konseling di kampus bahwa Psychological problem pada mahasiswa merupakan trend, dilaporkan bahwa sebanyak 52% dari klien mereka memiliki masalah psikologis yang parah, 44% mengalami masa distress berat (depresi, kecemasan, panik, keinginan bunuh diri, dan lainnya), meningkat tajam dari 44% pada tahun 2013, 125 mahasiswa bunuh diri pada tahun 2013 (61% karena depresi, 21% masalah hubungan, 11% masalah akademis) (Gallagher, 2014). *National College Health Assessment survey* melakukan survei dampak akademis pada tahun 2016 bahwa 32,5% terdiagnosis mengalami kecemasan (*anxiety*), 20,9% mengalami depresi, 42,2% stres, 28,4% susah tidur, 13% mempertimbangkan bunuh diri secara serius, 2,1% melakukan percobaan bunuh diri, 8,7% melukai diri sendiri (ACHA, 2016). (Gambar 1.2)



Gambar 1.2. Hasil Survey Mahasiswa yang Mengalami Gangguan Kesehatan Mental di Beberapa Negara

Sumber: (ABS, 2008; ACHA, 2016; Gallagher, 2014; Hambly & Byrom, 2016)

Hampir 200 penelitian yang dilakukan terhadap 129 ribu mahasiswa kedokteran di 47 negara, prevalensi depresi berkisar antara 9% sampai 56% (Slavin, Schindler, & Chibnall, 2014). Penelitian pada mahasiswa Kedokteran, Psikologi, Hukum dan Teknik Mesin di University of Adelaide, Australia menunjukkan hasil bahwa 48% mahasiswa secara psikologis tertekan, mahasiswa pada disiplin ilmu non-kesehatan secara signifikan lebih tertekan daripada mahasiswa pada disiplin ilmu kesehatan (Leahy et al., 2010), dan 30% mahasiswa universitas negeri di Australia mengalami gangguan kesehatan mental (depresi, kecemasan, gangguan makan, minum minuman berbahaya) (Said, Kypri, & Bowman, 2013). Penelitian di Amerika Utara dan Eropa bahwa mahasiswa mengalami stres dari level sedang sampai parah dan berhubungan dengan kondisi kesehatan yang buruk pada hampir 90% mahasiswa (Da Silva, 2016), 50,9% mahasiswa (K. Brown, Anderson-Johnson, & McPherson, 2016). Remaja yang memiliki tekanan akademik akan 2,4 kali lebih berisiko mengalami depresi dibandingkan dengan remaja tanpa tekanan akademik (Jayanthi, Thirunavukarasu, & Rajkumar, 2015).

Kalangan mahasiswa Malaysia memiliki prevalensi depresi, kecemasan dan stres mulai dari 29,3%, 55,0% dan 21,6%, dan mahasiswa kedokteran terbukti lebih cenderung mengalami gangguan emosional, terutama stres dan depresi dibandingkan dengan mahasiswa non-medis (Teh, Ngo, Zulkifli, Vellasamy, & Suresh, 2015). Penelitian lain pada mahasiswa kedokteran University Malaysia menyatakan bahwa 29,6% mahasiswa mengalami gangguan emosi, mahasiswa tahun pertama 26,3%, mahasiswa tahun kedua 31,4%, mahasiswa tahun keempat 35,3% dan mahasiswa tahun kelima 21,9%, (Muhammd Saiful Bahri Yusoff, Rahim, & Yaacob, 2010), peneliti lain mendapatkan ada 84% mahasiswa mengalami tingkat stres yang parah (Siraj et al., 2014).

1.3 Gambaran Gangguan Kesehatan Mental pada Mahasiswa di Indonesia

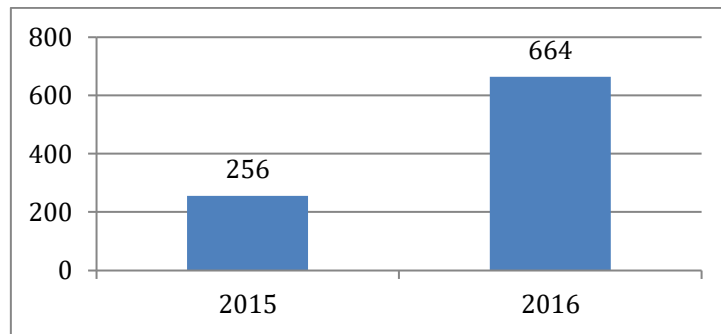
Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil, sedangkan prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 6,0% (Riskesdas, 2013). Prevalensi gangguan mental emosional perempuan lebih tinggi daripada laki-laki, kelompok umur 15-24 tahun memiliki prevalensi 6% dan kelompok umur 25-34 tahun prevalensi 5% (Riskesdas, 2013). Hasil Riskesdas 2018 menyatakan bahwa prevalensi depresi di Indonesia pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar 6.1 per mil sedangkan prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk Indonesia 9,8 per mil (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Hasil beberapa penelitian yang dilakukan untuk mengetahui kejadian gangguan kesehatan mental (depresi, kecemasan dan stres) pada mahasiswa di Indonesia menunjukkan bahwa mahasiswa yang mengalami stres berkisar dari 30% sampai dengan lebih dari 70% dari populasi. Mahasiswa keperawatan Poltekkes Cirebon mengalami stres pada level sedang 55,8% dan stres pada level berat sebanyak 31,2% (Suwartika, Nurdin, & Ruhmadi, 2014). Mahasiswa fakultas kedokteran Universitas Sumatera Utara mengalami stres pada level sedang sebesar 61% dan pada level tinggi sebesar 4%, kelompok usia 19 dan 20 tahun yang paling banyak mengalami stres dan pria mempunyai stres yang lebih tinggi (Pathmanathan, Husada, & Kj, 2013). Penelitian pada mahasiswa semester I, III, dan V Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang sebanyak 50,8% mengalami stres (Legiran, Azis, & Bellinawati, 2015).

Hasil penelitian pada mahasiswa keperawatan Jakarta mendapati bahwa mahasiswa mengalami stres pada tingkat sedang sebesar 68,8% dan beban akademik merupakan sumber stres yang utama (Rakhmawati, Farida, & Nurhalimah, 2014). Penelitian yang dilakukan pada mahasiswa tahun pertama fakultas kedokteran Universitas Lampung didapati bahwa mahasiswa mengalami stres pada level sedang sebesar 71,7% dan sebesar 23,9% mengalami stres pada level berat, sedangkan mahasiswa tahun kedua 77,2% mengalami stres pada level sedang dan 12% mengalami stres pada level berat (Maulana, Soleha, Saftarina, & Siagian, 2014). Penelitian pada mahasiswa fakultas kedokteran Universitas Lambung Mangkurat juga mendapati bahwa sebanyak 37% mahasiswa mengalami stres pada level sedang dan 26% mengalami stres pada level berat (Raudah, Budiarti, & Lestari, 2015), sedangkan pada mahasiswi pendidikan dokter fakultas kedokteran Universitas Andalas mengalami stres pada level sedang sebanyak 12,7% dan pada level berat sebanyak 6,7% (Sari, Nurdin, & Defrin, 2015).

1.4 Gambaran Gangguan Kesehatan Mental pada Mahasiswa Universitas XYZ

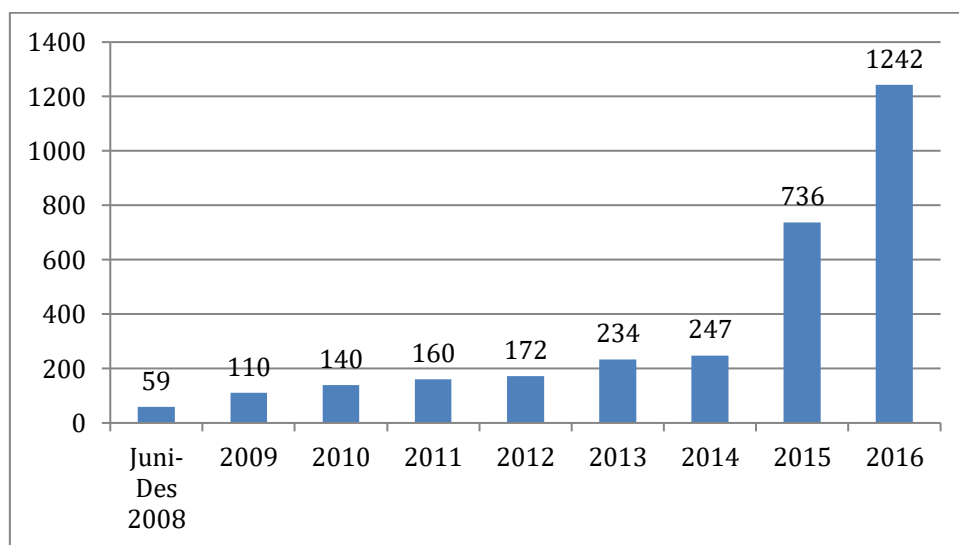
Pemeriksaan kesehatan mahasiswa baru Universitas Negeri XYZ di Jakarta tahun 2015 yang dilakukan oleh Klinik Universitas XYZ didapati bahwa dari 6.928 orang mahasiswa baru yang menjalani pemeriksaan kesehatan terdapat 256 orang (3,7%) mengalami kecenderungan gangguan mental emosional secara klinis yang membutuhkan penanganan segera untuk pencegahan lebih lanjut (Hardjono, 2015). Wawancara yang dilakukan kepada mahasiswa oleh dokter, bahwa mereka sudah mengalami stres sebelumnya karena masuk ke Universitas XYZ, ada yang karena studi di jurusan yang diinginkan oleh orang tua bukan keinginan sendiri. Laporan pemeriksaan kesehatan pada mahasiswa baru angkatan 2016 dari 7.296 orang yang melakukan pemeriksaan kesehatan di klinik Universitas XYZ terdapat 664 orang (9%) yang terdeteksi mengalami kecenderungan gangguan mental emosional (Hardjono, 2016) (gambar 1.3).



Gambar 1.3. Jumlah mahasiswa baru yang memiliki kecenderungan gangguan mental emosional

Sumber (Hardjono 2015;2016)

Klinik Universitas XYZ mengalami peningkatan kunjungan mahasiswa yang membutuhkan konseling dari 2008 sampai dengan 2016, kunjungan mahasiswa menunjukkan peningkatan yang signifikan (gambar 1.4).



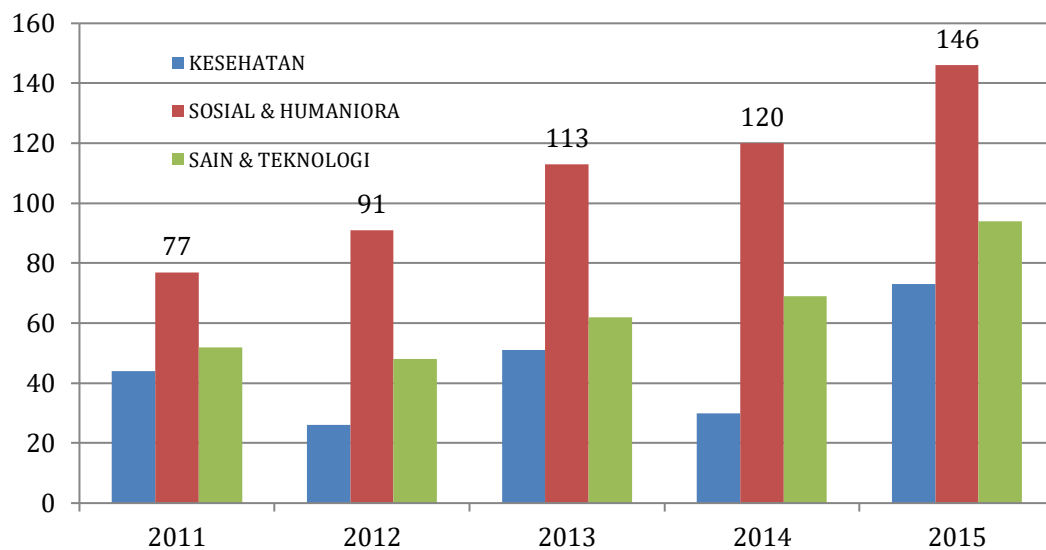
Gambar 1.4. Jumlah Kunjungan Konseling pada Klinik universitas dari tahun 2008 – 2016

Sumber: KlinikSatelitMakara (2016)

Hal ini menunjukkan bahwa semakin banyak mahasiswa yang membutuhkan bantuan konseling, juga semakin meningkatnya kepedulian dari diri mahasiswa sendiri kalau mereka membutuhkan konseling. Kunjungan mahasiswa yang konseling ke Klinik

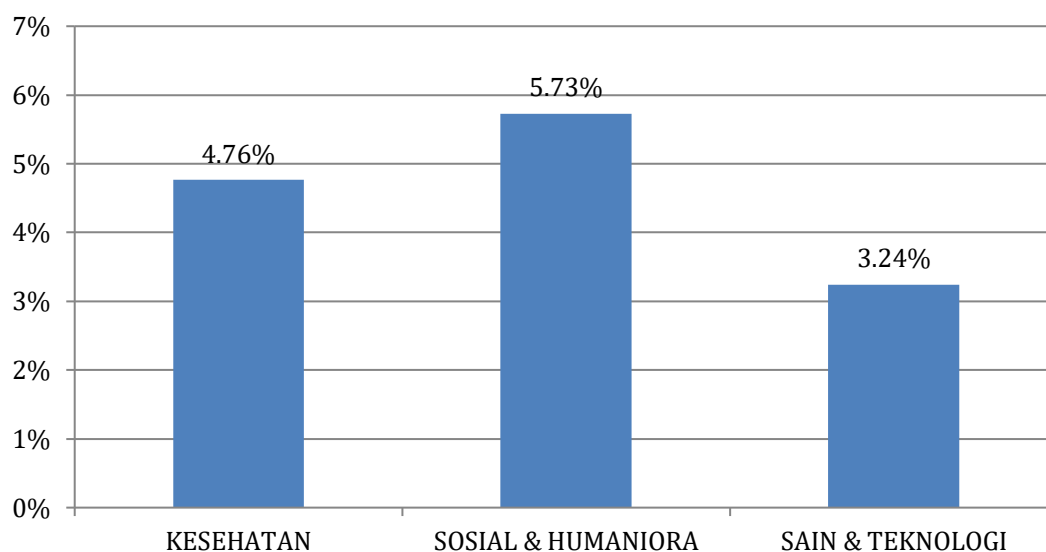
Universitas XYZ setiap tahunnya mengalami peningkatan terutama pada saat menjelang ujian tengah semester sampai selesai ujian akhir semester (KlinikSatelitMakara, 2016).

Mahasiswa S1 yang paling banyak melakukan kunjungan ke Klinik Universitas XYZ yaitu 443 orang pada tahun 2016, mahasiswa yang banyak melakukan kunjungan mulai dari mahasiswa yang berada di tahun pertama sampai yang berada di tahun ke empat mereka kuliah. Mahasiswa yang paling banyak melakukan kunjungan berdasarkan rumpun ilmu dari tahun 2011 sampai dengan 2015 dari Rumpun Ilmu Sosial dan Humaniora yang diikuti oleh mahasiswa Rumpun Ilmu Sain dan Teknologi dan Rumpun Ilmu Kesehatan (gambar 1.5). Sedangkan jika diproporsikan terhadap total jumlah mahasiswa tiap rumpun ilmu, maka mahasiswa yang paling banyak melakukan kunjungan ke Klinik Universitas XYZ adalah Rumpun Ilmu Sosial dan Humaniora yang diikuti oleh mahasiswa Rumpun Ilmu Kesehatan dan Rumpun Ilmu Sain dan Teknologi (gambar 1.6).



Gambar 1.5. Jumlah Mahasiswa yang Konseling di Klinik Universitas XYZ Berdasarkan Rumpun Ilmu

Sumber (KlinikSatelitMakara, 2016)



Gambar 1.6. Proporsi Mahasiswa yang Konseling di Klinik Universitas XYZ dari Total Mahasiswa pada tiap Rumpun Ilmu Tahun 2015

Sumber: (KlinikSatelitMakara, 2016)

Masalah yang paling banyak dikeluhkan oleh mahasiswa saat konseling adalah kecemasan dan ketakutan yang berlebihan, terkait dengan keadaan orangtua dan anggota keluarga lain, kurangnya motivasi dan efektifitas belajar, terkait pertemanan dan/atau organisasi, kepercayaan diri, terkait hubungan dengan lawan jenis/pacar, penyelesaian tugas akhir, dan lain-lain (tabel 1.1) (KlinikSatelitMakara, 2016).

Tabel 1.1. Klasifikasi Masalah yang Dikeluhkan saat Konseling Tahun 2016

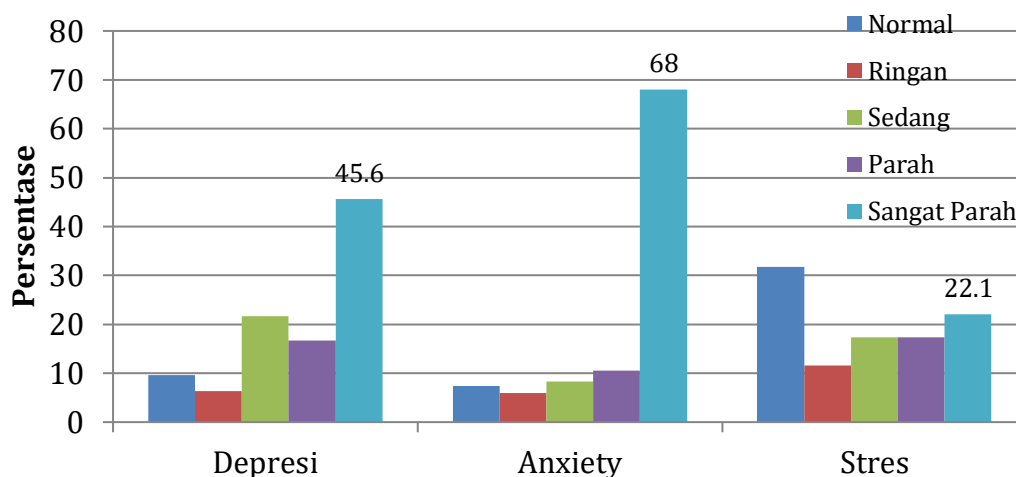
No	Klasifikasi masalah yang diceritakan di awal kunjungan	Jumlah
1	Masalah kecemasan/ ketakutan yang berlebihan	110
2	Masalah terkait keadaan orang tua/ anggota keluarga lain	80
3	Kurangnya motivasi dan efektivitas belajar	59
4	Masalah terkait hubungan pertemanan dan/atau organisasi	44
5	Masalah kepercayaan diri	30
6	Masalah terkait hubungan dengan lawan jenis/ pacar	28
7	Masalah dalam penyelesaian tugas akhir	24
8	Masalah terkait pengelolaan emosi	19
9	Ketidaksesuaian jurusan dengan minat bakat	16
10	Orientasi karir dan persiapan pasca campus	14
11	Masalah terkait keluhan fisik/ penyakit tertentu	12

12	Gangguan Psikotik	12
13	Masalah penyesuaian diri/culture shock	12
14	Indeks Prestasi rendah/ terancam DO	11
15	Masalah lainnya	8
16	Masalah terkait orientasi seksual	5
17	Masalah kecanduan hal tertentu (games, pronografi, dsb)	4
18	Masalah terkait pernikahan	3
19	Masalah terkait gangguan kepribadian	2
20	Masalah finansial	1
T o t a l		1.242

Sumber (KlinikSatelitMakara, 2016)

Penelitian yang telah dilakukan pada mahasiswa Universitas XYZ menemukan bahwa sebanyak 21,6% mahasiswa mengalami depresi (Besri, 2014), penelitian lain yang dilakukan pada mahasiswa keperawatan Universitas XYZ angkatan 2010 sampai dengan angkatan 2013 mendapati bahwa 66,4% mahasiswa mengalami stres pada tingkat normal, 19,1% stres pada tingkat ringan, 6,8% stres pada tingkat sedang, 5,9% stres pada tingkat berat, 1,8% stres pada tingkat sangat berat (Dwi, 2014). Beberapa kejadian mahasiswa Universitas XYZ Fakultas Ekonomi ditemukan tewas bunuh diri dengan cara gantung diri di kamar kosnya pada 31 Mei 2016 (Poskotanews, 2016), mahasiswa Fakultas MIPA Universitas XYZ mengalami depresi (Tempo, 2015), data yang tercatat di UPT K3L Universitas XYZ bahwa ada 1 orang mahasiswa yang mengalami depresi pada tahun 2016, sedangkan pada tahun 2017 ada 2 orang mahasiswa yang mengalami depresi sampai harus dirawat di rumah sakit.

Survey yang telah dilakukan pada pertengahan semester genap tahun 2017 pada 3 (tiga) rumpun ilmu di Universitas XYZ, kuesioner disebarkan pada 560 mahasiswa S1 dan 449 kuesioner yang lengkap. Hasil survey awal didapat mahasiswa yang mengalami depresi sangat parah sebanyak 45%, kecemasan 68%, dan stres 22% (EL-Matiry, Lestari, & Besral, 2018). (gambar1.7).



Gambar 1.7. Gambaran Depresi, Kecemasan dan Stres Mahasiswa Universitas XYZ pada Hasil Survey Tahun 2017
Sumber: EL-Matury et al. 2018

1.5 Gambaran Global Kasus Bunuh Diri

Diperkirakan ada 793.000 kematian akibat bunuh diri di seluruh dunia pada tahun 2016, menunjukkan tingkat bunuh diri standar usia global 10,5 per 100.000 penduduk, sedangkan untuk Indonesia 3.7 per 100.000 penduduk (WHO, 2016b).

Laporan *National Survey of Counseling Center Directors* (NSCCD) oleh *the American College Conseling Assosiation* (ACCA) tahun 2014 di Amerika pada pusat konseling di kampus bahwa Psychological problem pada mahasiswa merupakan trend, dilaporkan bahwa sebanyak 125 mahasiswa bunuh diri pada tahun 2013 (61% karena depresi, 21% masalah hubungan, 11% masalah akademis) (Gallagher, 2014).

Laporan hasil survey dampak academic oleh *the American College Health Association* (ACHA) 2016 National College Health Assessment survey bahwa 13% mempertimbangkan bunuh diri secara serius, 2,1% melakukan percobaan bunuh diri, 8,7% melukai diri sendiri (ACHA, 2016).

Penyelidikan Nasional di Inggris pada tahun 2015 tentang bunuh diri dan pembunuhan oleh orang dengan penyakit mental, menemukan dari tahun 2003 s/d 2013, 18.220 orang dengan masalah kesehatan mental mengakhiri hidupnya di Inggris. APMS (2007) menemukan bahwa hampir 6% orang dewasa (≥ 16 tahun) melaporkan telah melakukan upaya bunuh diri di beberapa titik dalam hidup mereka. Menurut Kantor

Statistik Nasional Inggris pada tahun 2013, 6.233 kasus bunuh diri pada usia ≥ 15 tahun, 78% laki-laki dan 22% perempuan (Edwards, 2015).

Bunuh diri adalah penyebab kematian terbesar bagi pria berusia 20-49 tahun di Inggris dan Wales. Pada 2012, lebih dari tiga perempat kematian karena bunuh diri adalah oleh pria. Di Irlandia Utara, total 268 kasus bunuh diri terdaftar pada tahun 2014. Dari angka ini, lebih dari 75% (207) kasus bunuh diri adalah laki-laki. Angka bunuh diri lebih rendah untuk wanita daripada pria, dan ini tetap konsisten seiring waktu. Antara 1981 dan 2007, tingkat bunuh diri di Inggris turun secara signifikan untuk kedua jenis kelamin. Namun, sejak 2007, tingkat bunuh diri untuk wanita tetap konstan sedangkan tingkat untuk pria telah meningkat secara signifikan (Edwards, 2015).

1.6 Gambaran Kasus Bunuh Diri di Indonesia

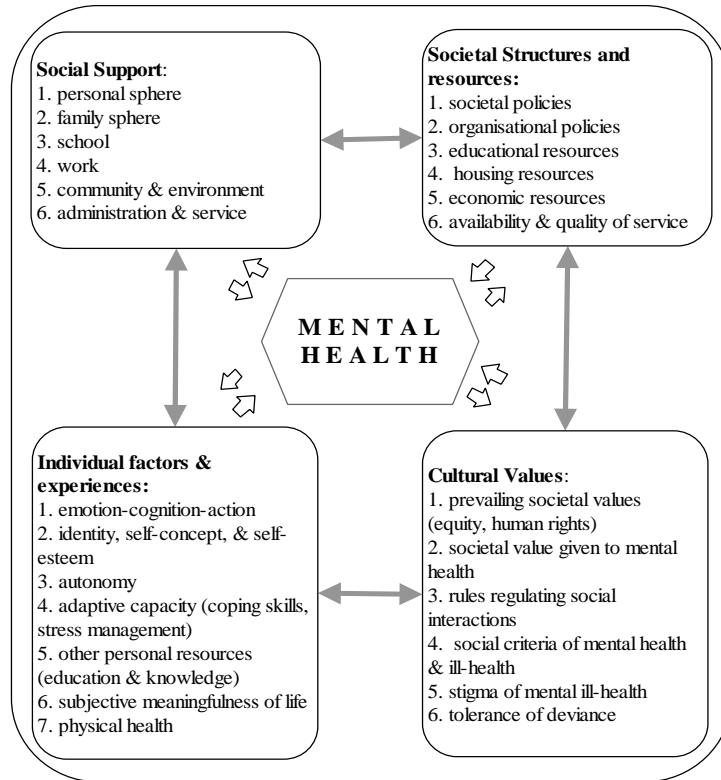
BAB 2

KESEHATAN MENTAL

2.1 Pengertian Kesehatan Mental

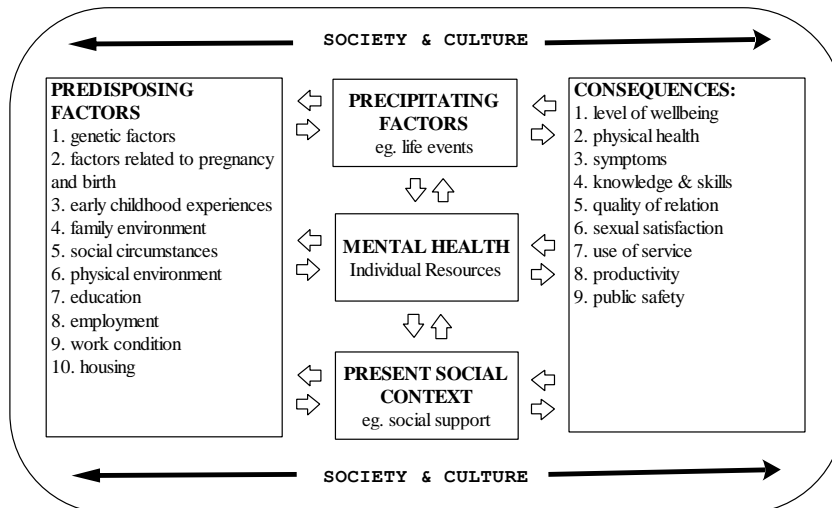
Kesehatan mental adalah keadaan sejahtera dimana individu menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan yang normal dalam kehidupan, dapat bekerja secara produktif dan bermanfaat, serta mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (WHO, 2005, 2017a). Kesehatan mental merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan, lebih dari sekedar tidak adanya gangguan mental (mental disorders) atau penyakit mental (mental illness), dan berhubungan erat dengan kesehatan fisik dan perilaku (WHO, 2005). Federasi Kesehatan Mental Dunia (*World Federation for Mental Health*) merumuskan pengertian kesehatan mental sebagai kondisi yang memungkinkan adanya perkembangan yang optimal baik secara fisik, intelektual dan emosional, sepanjang hal itu sesuai dan menjamin dirinya berkembang dan toleran terhadap masyarakat yang lain.

Kesehatan mental dipengaruhi oleh faktor individu dan pengalaman, interaksi sosial, struktur sosial dan sumber daya dan nilai-nilai budaya, hal ini dipengaruhi oleh pengalaman dalam kehidupan sehari-hari, dalam keluarga dan sekolah, di lingkungan dan di tempat kerja (gambar 2.1) (Lavikainen et al., 2001). Kesehatan mental juga dapat dilihat sebagai suatu proses yang terdiri atas faktor predisposisi, faktor pencetus dan faktor pendukung (gambar 2.2) (Lavikainen et al., 2001).



Gambar 2.1. Faktor-faktor penentu kesehatan mental

Sumber: Lavikainen et al. (2001)

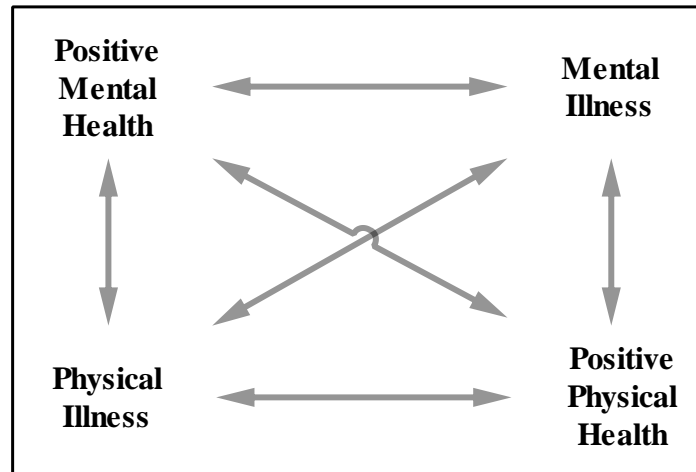


Gambar 2.2. Faktor predisposisi, pencetus, dan pendukung

Sumber: Lavikainen et al. (2001)

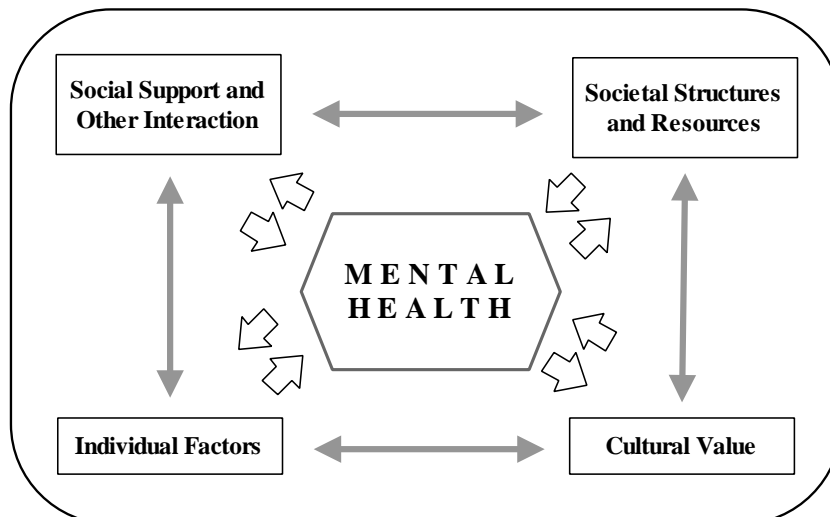
Konsep kesehatan mental dapat dibagi menjadi dimensi yang beragam dan terukur yang saling melengkapi. Untuk status kesehatan mental, ada dua aspek utama, negatif dan positif (Lavikainen et al., 2001). Pada tahun 1960, Bradburn, membangun konseptual Gurin, melihat psikologis kesejahteraan sebagai keseimbangan antara dua dimensi independen yang disebutnya pengaruh positif dan negatif, bahwa seseorang akan mengalami tingkat kesejahteraan psikologis tinggi jika pengaruh positif mendominasi. Demikian juga, rendahnya tingkat kesejahteraan ditandai dengan pengaruh negatif (Bradburn dalam WHO, 2005). Pendekatan utama terhadap kesehatan mental yaitu positif dan negatif (Lavikainen et al., 2001):

1. kesehatan mental yang positif menganggap kesehatan mental sebagai sumber daya. Hal ini penting untuk kesejahteraan umum serta kemampuan untuk merasakan, memahami dan menafsirkan lingkungan, untuk beradaptasi dengan mereka atau untuk mengubahnya jika perlu, dan untuk berkomunikasi satu sama lain, kemampuan dan fungsi kesehatan mental memungkinkan menjalani hidup dengan lebih bermakna, membantu menjadi anggota masyarakat yang kreatif dan produktif.
2. Kesehatan mental negatif adalah tentang gangguan mental, gejala dan masalah. Gangguan mental didefinisikan dalam klasifikasi diagnostik dengan adanya gejala (dengan pengecualian gangguan psiko-organik dan gangguan penyalahgunaan zat). Disebut gangguan, bila gejala yang bertahan lama, di luar kendali individu, tidak ada kemungkinan penyebab eksternal, dan mengurangi kapasitas fungsional. Gejala mental dan masalah juga ada tanpa adanya kriteria untuk gangguan klinis. Kondisi subklinis sering merupakan konsekuensi dari marabahaya persisten atau sementara, dapat menjadi beban, tetapi tidak selalu diakui sebagai masalah kesehatan mental atau membutuhkan perawatan khusus.



Gambar 2.3. A Holistic view of Health

Sumber WHO (2005)



Gambar 2.4. Struktural Model Mental Health

Sumber WHO (2005)

Relevansi status emosional terhadap pemeliharaan kesehatan fisik yang baik dan pemulihan dari penyakit fisik. Gangguan kesehatan fisik merugikan kesehatan mental, kesehatan mental yang buruk memberikan kontribusi untuk kesehatan fisik yang buruk. Stres mental jangka pendek sebagai pemicu untuk pengembangan infark miokard dan kematian mendadak pada orang dengan penyakit jantung. Pengawasan di tempat kerja dan dukungan sosial yang buruk memiliki pengaruh penting pada kesehatan fisik (misal: morbiditas kardiovaskular) dan kesehatan psikologis (misal: depresi) (Kopp, Skrabski & Szedmák, 2000). Studi WHO di 15 pusat di Asia, Afrika, Eropa dan Amerika meneliti

Depresi, Anxiety, Stres, dan Bunuh Diri

hubungan antara rasa sakit dan kesejahteraan di lebih dari 5.000 orang, bahwa mereka dengan nyeri (pain) persisten lebih dari 4 kali memiliki kecemasan atau gangguan depresi daripada mereka yang tidak nyeri (Gureje, Von Korff, Simon, & Gater Richard, 1998).

Perilaku kesehatan individu sangat tergantung pada kesehatan mental, dengan kata lain penyakit mental atau stres psikologis dapat mempengaruhi perilaku kesehatan (WHO, 2005). Faktor personal, sosial dan lingkungan yang menentukan kesehatan mental dan penyakit mental dapat dikelompokkan 3 tema konseptual (HEA, 1997; Lahtinen et al, 1999; Lehtinen, Riikonen & Lahtinen, 1997.):

1. Pengembangan dan pemeliharaan masyarakat yang sehat.

Menyediakan lingkungan yang aman, perumahan yang baik, pengalaman pendidikan yang positif, kerja, kondisi kerja yang baik dan infrastruktur politik yang mendukung, meminimalkan konflik dan kekerasan, memungkinkan penentuan nasib sendiri dan kontrol dari kehidupan seseorang; dan memberikan validasi masyarakat, dukungan sosial, model peran positif dan kebutuhan dasar makanan, kehangatan dan tempat tinggal.

2. Kemampuan setiap orang untuk berurusan dengan dunia sosial melalui keterampilan seperti berpartisipasi, toleransi keragaman dan tanggung jawab bersama.

Hal ini terkait dengan pengalaman positif dari awal ikatan, keterikatan, hubungan, komunikasi dan perasaan penerimaan.

3. Kemampuan setiap orang untuk menangani pikiran dan perasaan, pengelolaan kehidupan dan ketahanan emosional.

Hal ini terkait dengan harga diri, kemampuan untuk mengelola konflik dan kemampuan untuk belajar.

Kesehatan mental yang positif memiliki 2 komponen yaitu kognitif dan afektif yang merujuk pada kepuasan hidup, moral dan kebahagiaan meliputi (Lavikainen et al. 2001):

1. arti positif kesejahteraan
2. sumber daya individu termasuk harga diri, optimisme, dan rasa penguasaan dan koherensi

3. kemampuan untuk memulai, mengembangkan dan mempertahankan hubungan pribadi yang saling memuaskan
4. kemampuan untuk mengatasi kemalangan (ketahanan). Ini akan meningkatkan kapasitas seseorang untuk berkontribusi kepada keluarga dan jaringan sosial lainnya, masyarakat lokal dan masyarakat

Individu dengan kesehatan mental yang positif biasanya menunjukkan ciri-ciri kepribadian positif, yang dianggap sebagai sumber daya, seperti memiliki level yang tinggi akan harga diri (self esteem), rasa penguasaan, rasa koherensi (hidup dijalani dengan bermakna dan dikelola) dan self efficacy. Ciri-ciri ini merupakan penentu (determinan) yang dapat dikonseptualisasikan sebagai kemampuan seseorang untuk mengatasi (cope) kesulitan, dan menghindari kerusakan atau beragam masalah kesehatan ketika dihadapkan dengan kejadian yang negative/buruk (Lavikainen et al., 2001).

Masalah kesehatan mental meliputi antara lain (Lavikainen et al., 2001): tekanan psikologis biasanya dihubungkan dengan berbagai situasi kehidupan, peristiwa dan masalah; gangguan umum jiwa (mis depresi, gangguan kecemasan); gangguan jiwa berat dengan gangguan persepsi, keyakinan, dan proses berpikir (psikosis); gangguan penyalahgunaan zat (kelebihan konsumsi dan ketergantungan pada alkohol, obat-obatan, tembakau); ciri-ciri kepribadian yang abnormal yang menjadi rintangan untuk individu dan / atau orang lain; dan penyakit organik progresif otak (demensia).

Salah satu ciri kesehatan mental yang baik adalah daya tahan, yang berarti resistensi terhadap gangguan mental dalam menghadapi kesulitan hidup. Daya tahan mendekati konsep-konsep seperti tahan banting dan mengatasi, dapat dilihat sebagai suatu proses yang dinamis, sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor protektif, yang merupakan kompetensi khusus yang diperlukan untuk proses ketahanan yang terjadi, fungsi utamanya adalah ketahanan terhadap stres, yang dapat bervariasi di seluruh waktu dan keadaan dan memiliki determinan konstitusional dan lingkungan. Mengatasi (coping) kesusahan merupakan hal penting dalam melindungi kesehatan yang kurang baik dan dampak dari kesehatan mental (WHO, 2005). Hubungan sosial dan jaringan juga dapat bertindak sebagai faktor protektif terhadap timbulnya atau kambuhnya cacat mental dan meningkatkan pemulihan dari gangguan mental. Ketersediaan dukungan

sosial secara langsung berkontribusi terhadap peningkatan kesehatan mental yang berperan sebagai penyangga utama dalam menghadapi kesulitan yang stres atau peristiwa kehidupan (WHO, 2005). Konsep kesehatan mental yang positif merujuk pada individu yang memiliki rasa positif pada kesejahteraan, sumber daya seperti harga diri, optimisme, rasa penguasaan dan koherensi, memuaskan hubungan pribadi dan ketahanan atau kemampuan untuk mengatasi kemalangan (WHO, 2005).

Kesehatan mental merupakan hal yang penting bagi individu, keluarga, komunitas, dan bangsa, yang juga sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan masyarakat dan berkontribusi pada fungsi masyarakat serta berpengaruh pada produktivitas dan juga sangat penting untuk kesejahteraan dan fungsi individu (Lavikainen et al., 2001).

Federasi Kesehatan Mental Dunia (*World Federation for Mental Health*) merumuskan pengertian kesehatan mental sebagai berikut:

1. Kesehatan mental sebagai kondisi yang memungkinkan adanya perkembangan yang optimal baik secara fisik, intelektual dan emosional, sepanjang hal itu sesuai dengan keadaan orang lain.
2. Sebuah masyarakat yang baik adalah masyarakat yang membolehkan perkembangan ini pada anggota masyarakatnya selain pada saat yang sama menjamin dirinya berkembang dan toleran terhadap masyarakat yang lain.

Dalam konteks Federasi Kesehatan Mental Dunia ini jelas bahwa kesehatan mental itu tidak cukup dalam pandangan individual belaka tetapi sekaligus mendapatkan dukungan dari masyarakatnya untuk berkembang secara optimal. Dengan demikian, pengertian kesehatan mental beragam, namun demikian merumuskan pengertian kesehatan mental secara komprehensif adalah bukan suatu hal yang mudah dilakukan. Untuk membantu memahami makna kesehatan mental, terdapat prinsip-prinsip yang dapat dijadikan sebagai pegangan bagi kita.

Prinsip-prinsip pengertian kesehatan mental adalah sebagai berikut:

1. Kesehatan mental adalah lebih dari tiadanya perilaku abnormal.

Prinsip ini menegaskan bahwa yang dikatakan sehat mentalnya tidak cukup kalau dikatakan sebagai orang yang tidak mengalami abnormalitas atau orang yang normal. Karena pendekatan statistik memberikan kelemahan pemahaman

normalitas itu. Konsep kesehatan mental lebih bermakna positif daripada makna keadaan umum atau normalitas sebagaimana konsep statistik.

2. Kesehatan mental adalah konsep yang ideal.

Prinsip ini menegaskan bahwa kesehatan mental menjadi tujuan yang amat tinggi bagi seseorang. Apalagi disadari bahwa kesehatan mental itu bersifat kontinum. Jadi sedapat mungkin orang mendapatkan kondisi sehat yang paling optimal dan berusaha terus untuk mencapai kondisi sehat yang setinggi-tingginya.

3. Kesehatan mental sebagai bagian dan karakteristik kualitas hidup.

Prinsip ini menegaskan bahwa kualitas hidup seseorang salah satunya ditunjukkan oleh kesehatan mentalnya. Tidak mungkin membiarkan kesehatan mental seseorang untuk mencapai kualitas hidupnya, atau sebaliknya kualitas hidup seseorang dapat dikatakan meningkat jika juga terjadi peningkatan kesehatan mentalnya.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa kesehatan mental adalah Suatu kondisi dimana kepribadian, emosional, intelektual dan fisik seseorang tersebut dapat berfungsi secara optimal, dapat beradaptasi terhadap tuntutan lingkungan dan *stressor*, menjalankan kapasitasnya selaras dengan lingkungannya, menguasai lingkungan, merasa nyaman dengan diri sendiri, menemukan penyesuaian diri yang baik terhadap tuntutan sosial dalam budayanya, terus menerus bertumbuh, berkembang dan matang dalam hidupnya, dapat menerima kekurangan atau kelemahannya, kemampuan menghadapi masalah-masalah dalam hidupnya, memiliki kepuasan dalam kehidupan sosialnya serta memiliki kebahagiaan dalam hidupnya.

2.2 Prinsip dalam Kesehatan Mental

Menurut Schbeiders (dalam Notoosoedirdjo & Latipun, 2005) ada lima belas prinsip yang harus diperhatikan dalam memahami kesehatan mental. Prinsip ini berguna dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan mental serta pencegahan terhadap gangguan-gangguan mental. Prinsip-prinsip tersebut adalah sebagai berikut:

1. Prinsip yang didasarkan atas sifat manusia, meliputi:

- a. Kesehatan dan penyesuaian mental memerlukan atau bagian yang tidak terlepas dari kesehatan fisik dan integritas organisme.

- b. Untuk memelihara kesehatan mental dan penyesuaian yang baik, perilaku manusai harus sesuai dengan sifat manusia sebagai pribadi yang bermoral, intelektual, religius, emosional dan sosial.
 - c. Kesehatan dan penyesuaian mental memerlukan integrasi dan pengendalian diri, yang meliputi pengendalian pemikiran, imajinasi, hasrat, emosi dan perilaku.
 - d. Dalam pencapaian khususnya dalam memelihara kesehatan dan penyesuaian kesehatan mental, memperluas tentang pengetahuan diri sendiri merupakan suatu keharusan
 - e. Kesehatan mental memerlukan konsep diri yang sehat, yang meliputi: penerimaan diri dan usaha yang realistik terhadap status atau harga dirinya sendiri.
 - f. Pemahaman diri dan penerimaan diri harus ditingkatkan terus menerus memperjuangkan untuk peningkatan diri dan realisasi diri jika kesehatan dan penyesuaian mental hendak dicapai.
 - g. Stabilitas mental dan penyesuaian yang baik memerlukan pengembangan terus menerus dalam diri seseorang mengenai kebaikan moral yang tertinggi, yaitu: hukum, kebijaksanaan, ketabahan, keteguhan hati, penolakan diri, kerendahan hati, dan moral.
 - h. Mencapai dan memelihara kesehatan dan penyesuaian mental tergantung kepada penanaman dan perkembangan kebiasaan yang baik.
 - i. Stabilitas dan penyesuaian mental menuntut kemampuan adaptasi, kapasitas untuk mengubah meliputi mengubah situasi dan mengubah kepribadian.
 - j. Kesehatan dan penyesuaian mental memerlukan perjuangan yang terus menerus untuk kematangan dalam pemikiran, keputusan, emosionalitas dan perilaku.
 - k. Kesehatan dan penyesuaian mental memerlukan belajar mengatasi secara efektif dan secara sehat terhadap konflik mental dan kegagalan dan ketegangan yang ditimbulkannya.
2. Prinsip yang didasarkan atas hubungan manusia dengan lingkungannya, meliputi:
- a. Kesehatan dan penyesuaian mental tergantung kepada hubungan interpersonal yang sehat, khususnya didalam kehidupan keluarga.

- b. Penyesuaian yang baik dan kedamaian pikiran tergantung kepada kecukupan dalam kepuasan kerja.
 - c. Kesehatan dan penyesuaian mental memerlukan sikap yang realistis yaitu menerima realitas tanpa distorsi dan objektif.
3. Prinsip yang didasarkan atas hubungan manusia dengan Tuhan, meliputi:
- a. Stabilitas mental memerlukan seseorang mengembangkan kesadaran atas realitas terbesar daripada dirinya yang menjadi tempat bergantung kepada setiap tindakan yang fundamental.
 - b. Kesehatan mental dan ketenangan hati memerlukan hubungan yang konstan antara manusia dengan Tuhannya.

2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental

Ada sejumlah faktor yang diketahui terkait dengan masalah kesehatan mental, dengan efek yang berpotensi bertahan dan terakumulasi lintas generasi. Kelompok populasi tertentu memiliki risiko lebih tinggi terhadap masalah kesehatan mental karena paparan yang lebih besar dan kerentanan terhadap keadaan sosial, ekonomi, dan lingkungan yang tidak menguntungkan, termasuk gender, etnis, kecacatan, dan akses yang lebih rendah ke pelayanan perlindungan. Menurut WHO, faktor penentu sosial kesehatan, termasuk kesehatan mental, adalah keadaan di mana orang dilahirkan, tumbuh, hidup, bekerja dan usia. Kondisi ini dipengaruhi oleh distribusi uang, daya, dan sumber daya yang beroperasi di tingkat global, nasional, dan lokal.

Survei Kesehatan Mental WHO, dilaporkan bahwa ada korelasi positif antara ketimpangan sosial-ekonomi dan masalah kesehatan mental di 8 negara maju. Lebih khusus lagi, kerugian sosial ekonomi (mis. pendidikan rendah, pengangguran, kemiskinan, kekurangan) dikaitkan dengan meningkatnya masalah kesehatan mental. *Systematic review* pada tahun 2013 pada 55 studi dari 23 negara menemukan bahwa dampak ketimpangan sosial-ekonomi di antara anak-anak dan remaja yang kurang beruntung secara sosial-ekonomi adalah 2-3 kali lebih mungkin mengalami masalah kesehatan mental, dan menemukan bahwa peningkatan status sosial ekonomi menghasilkan pengurangan yang signifikan masalah kesehatan mental (Edwards, 2015).

Tabel 2.1 Contoh determinan dari kesehatan mental

Society	Community	Family	Individual
Equality vs discrimination	Personal safety	Family structure	Lifestyle factors
Unemployment levels	Housing and access to open space	Family dynamic (e.g. High/low expressed emotion)	Attributional style (i.e. How events are understood)
Social coherence	Economic status of the community	Genetic makeup	Debt vs financial security
Education	isolation	Intergenerational contact	Physical health
Health care provision	Neighbourliness	parenting	Individual relationships and responses to those

Sumber: McCulloch & Goldie (2010) dalam Edwards (2015)

Masalah kesehatan mental yang umum, seperti depresi dan kecemasan dipengaruhi oleh faktor-faktor demografis, seperti usia, jenis kelamin, dan etnis, pendapatan rumah tangga, pendidikan dan pekerjaan orang tua. Kondisi buruk pada awal kehidupan dikaitkan dengan risiko lebih tinggi masalah kesehatan mental. Kondisi lingkungan dan faktor gaya hidup berhubungan dengan perkembangan fisiologis dan psikologis negatif pada anak-anak sepanjang kehidupannya. Di masa kanak-kanak, hubungan yang buruk, pengabaian, kurangnya kualitas stimulasi, dan konflik dalam keluarga berdampak negatif pada perilaku sosial, hasil pendidikan, status pekerjaan dan kesehatan mental dan fisik masa depan. Kerusakan keluarga, termasuk perpisahan orang tua, sangat terkait dengan kesehatan mental yang buruk pada orang dewasa dan anak-anak.

Seperti yang dinyatakan oleh Steinberg (2017), bahwa sejak awal dimulainya masa pubertas sampai dengan dewasa akhir, perempuan lebih dimungkinkan untuk menderita depresi klinis daripada laki-laki. Penyebabnya antara lain pengaruh genetis, perubahan hubungan sosial pada masa-masa puber, aturan masyarakat yang menyebabkan konflik sehingga menimbulkan rasa tidak berdaya dan kecemasan, yang selanjutnya akan menyebabkan depresi, mengalami stres yang beruntun pada saat bersamaan, bereaksi menggunakan perasaan saat menghadapi stres, lebih memperhatikan keadaan sekitarnya dan lebih sensitif terhadap hubungan interpersonal, serta lebih menggunakan penyelesaian masalah secara emosional.

Ada beberapa faktor yang berkontribusi terhadap tingkat kesehatan mental yakni sebagai berikut:

a. Biologis

Para ahli telah banyak melakukan studi tentang hubungan antara dimensi biologis dengan kesehatan mental. Berbagai penelitian itu telah memberikan kesimpulan yang meyakinkan bahwa faktor biologis memberikan kontribusi sangat besar bagi kesehatan mental. Karena itu, kesehatan manusia, khususnya disini adalah kesehatan mental, tentunya tidak terlepas dari dimensi biologis ini.

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang hubungan tersebut, khususnya beberapa aspek biologis yang secara langsung berpengaruh terhadap kesehatan mental, diantaranya: otak, sistem endokrin, genetik, sensori, kondisi ibu selama kehamilan.

1. Otak

Otak sangat kompleks secara fisiologis, tetapi memiliki fungsi yang sangat esensi bagi keseluruhan aktivitas manusia. Diferensiasi dan keunikan yang ada pada manusia pada dasarnya tidak dapat dilepaskan dari otak manusia. Keunikan manusia terjadi justru karena keunikan otak manusia dalam mengekspresikan seluruh pengalaman hidupnya. Jika didipadukan dengan pandangan-pandangan psikologi, jelas adanya kesesuaian antara perkembangan fisiologis otak dengan perkembangan mental. Fungsi otak seperti motorik, intelektual, emosional dan afeksi berhubungan dengan mentalitas manusia.

2. Sistem endokrin

Sistem endokrin terdiri dari sekumpulan kelenjar yang sering bekerja sama dengan sistem syaraf otonom. Sistem ini sama-sama memberikan fungsi yang penting yaitu berhubungan dengan berbagai bagian-bagian tubuh. Tetapi keduanya memiliki perbedaan diantaranya sistem syaraf menggunakan pesan kimia dan elektrik sedangkan sistem endokrin berhubungan dengan bahan kimia, yang disebut dengan hormon.

Tiap kelenjar endokrin mengeluarkan hormon tertentu secara langsung ke dalam aliran darah, yang membawa bahan-bahan kimia ini ke seluruh bagian tubuh. Sistem endokrin berhubungan dengan kesehatan mental seseorang. Gangguan mental akibat sistem endokrin berdampak buruk pada mentalitas manusia. Sebagai contoh terganggunya kelenjar adrenalin berpengaruh terhadap kesehatan

mental, yakni terganggunya “mood” dan perasannya dan tidak dapat melakukan *coping stress*.

3. Genetik

Faktor genetik diakui memiliki pengaruh yang besar terhadap mentalitas manusia. Kecenderungan psikosis yaitu schizophrenia dan manis-depresif merupakan sakit mental yang diwariskan secara genetis dari orangtuanya. Gangguan lainnya yang diperkirakan sebagai factor genetik adalah ketergantungan alkohol, obat-obatan, *Alzeimer syndrome*, phenylketunurine, dan *huntington syndrome*. Gangguan mental juga terjadi karena tidak normal dalam hal jumlah dan struktur kromosom. Jumlah kromosom yang berlebihan atau berkurang dapat menyebabkan individu mengalami gangguan mental.

4. Sensori

Sensori merupakan aspek penting dari manusia. Sensori merupakan alat yang menangkap segenap stimuli dari luar. Sensori termasuk: pendengaran, penglihatan, perabaan, pengecap dan penciuman. Terganggunya fungsi sensori individu menyebabkan terganggunya fungsi kognisi dan emosi individu. Seseorang yang mengalami gangguan pendengaran misalnya, maka akan berpengaruh terhadap perkembangan emosi sehingga cenderung menjadi orang yang paranoid, yakni terganggunya afeksi yang ditandai dengan kecurigaan yang berlebihan kepada orang lain yang sebenarnya kecurigaan itu adalah salah.

5. Faktor ibu selama masa kehamilan

Faktor ibu selama masa kehamilan secara bermakna mempengaruhi kesehatan mental anak. Selama berada dalam kandungan, kesehatan janin ditentukan oleh kondisi ibu. Faktor-faktor ibu yang turut mempengaruhi kesehatan mental anaknya adalah: usia, nutrisi, obat-obatan, radiasi, penyakit yang diderita, stress dan komplikasi.

b. Psikologis

Notosoedirjo dan latipun (2005), mengatakan bahwa aspek psikis manusia merupakan satu kesatuan dengan dengan sistem biologis. Sebagai subsistem dari eksistensi manusia, maka aspek psikis selalu berinteraksi dengan keseluruhan aspek kemanusiaan. Karena itulah aspek psikis tidak dapat dipisahkan dari aspek yang lain dalam kehidupan manusia.

1. Pengalaman

Awal Pengalaman awal merupakan segenap pengalaman-pengalaman yang terjadi pada individu terutama yang terjadi pada masa lalunya. Pengalaman awal ini dipandang sebagai bagian penting bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari.

2. Proses Pembelajaran

Perilaku manusia adalah sebagian besar adalah proses belajar, yaitu hasil pelatihan dan pengalaman. Manusia belajar secara langsung sejak pada masa bayi terhadap lingkungannya. Karena itu faktor lingkungan sangat menentukan mentalitas individu.

3. Kebutuhan

Pemenuhan kebutuhan dapat meningkatkan kesehatan mental seseorang. Orang yang telah mencapai kebutuhan aktualisasi yaitu orang yang mengeksplorasi dan mewujudkan segenap kemampuan, bakat, keterampilannya sepenuhnya, akan mencapai pada tingkatan apa yang disebut dengan tingkat pengalaman puncak (*peak experience*). Maslow mengatakan bahwa ketidakmampuan dalam mengenali dan memenuhi kebutuhan-kebutuhannya adalah sebagai dasar dari gangguan mental individu.

c. Sosial Budaya

Lingkungan sosial sangat besar pengaruhnya terhadap kesehatan mental. Lingkungan sosial tertentu dapat menopang bagi kuatnya kesehatan mental sehingga membentuk kesehatan mental yang positif, tetapi pada aspek lain kehidupan sosial itu dapat pula menjadi *stressor* yang dapat mengganggu kesehatan mental. Dibawah ini akan dijelaskan beberapa lingkungan social yang berpengaruh terhadap kesehatan mental adalah sebagai berikut:

1. Stratifikasi social

Masyarakat kita terbagi dalam kelompok-kelompok tertentu. Pengelompokan itu dapat dilakukan secara demografis diantaranya jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan dan status sosial. Stratifikasi sosial ini dapat mempengaruhi kesehatan mental seseorang, misalnya kaum minoritas memiliki kecenderungan yang lebih besar untuk mengalami gangguan mental.

2. Interaksi social

Interaksi sosial banyak dikaji kaitannya dengan gangguan mental. Ada dua pandangan hubungan interaksi sosial ini dengan gangguan mental. Pertama teori psikodinamik mengemukakan bahwa orang yang mengalami gangguan emosional dapat berakibat kepada pengurangan interaksi sosial, hal ini dapat diketahui dari perilaku regresi sebagai akibat dari adanya sakit mental. Kedua adalah bahwa rendahnya interaksi sosial itulah yang menimbulkan adanya gangguan mental.

3. Keluarga

Keluarga yang lengkap dan fungsional serta mampu membentuk homeostatis akan dapat meningkatkan kesehatan mental para anggota keluarganya, dan kemungkinan dapat meningkatkan ketahanan para anggota keluarganya dari gangguan-gangguan mental dan ketidakstabilan emosional para anggotanya.

4. Perubahan sosial

Sehubungan dengan perubahan sosial ini, terdapat dua kemungkinan yang dapat terjadi yaitu, perubahan sosial dapat menimbulkan kepuasan bagi masyarakat karena sesuai dengan yang diharapkan dan dapat meningkatkan keutuhan masyarakat dan hal ini sekaligus meningkatkan kesehatan mental mereka. Namun, di sisi lain dapat pula berakibat pada masyarakat mengalami kegagalan dalam penyesuaian terhadap perubahan itu, akibatnya mereka memanifestasikan kegagalan penyesuaian itu dalam bentuk yang patologis, misalnya tidak terpenuhinya tuntutan politik, suatu kelompok masyarakat melakukan tindakan pengrusakan dan penjarahan.

5. Sosial budaya

Sosial budaya memiliki makna yang sangat luas. Namun dalam konteks ini budaya lebih dikhususkan pada aspek nilai, norma, dan religiusitas dan segenap aspeknya. Dalam konteks ini, kebudayaan yang ada di masyarakat selalu mengatur bagaimana orang seharusnya melakukan sesuatu, termasuk didalamnya bagaimana seseorang berperan *sakit*, *kalsifikasi kesakitan*, serta adanya sejumlah kesakitan yang sangat spesifik ada pada budaya tertentu, termasuk pula adanya gangguan mentalnya.

Kebudayaan pada prinsipnya memberikan aturan terhadap anggota masyarakatnya untuk bertindak yang seharusnya dilakukan dan meninggalkan

tindakan tertentu yang menurut budaya itu tidak seharusnya dilakukan. Tindakan yang bertentangan dengan sistem nilai atau budayanya akan dipandang sebagai penyimpangan, dan bahkan dapat menimbulkan gangguan mental. Hubungan kebudayaan dan kesehatan mental meliputi tiga hal yaitu: (1) kebudayaan mendukung dan menghambat kesehatan mental, (2) kebudayaan memberi peran tertentu terhadap penderita gangguan mental, (3) berbagai bentuk gangguan mental karena faktor kultural, (4) upaya peningkatan dan pencegahan gangguan mental dalam telaah budaya.

6. *Stessor* Psikososial lainnya

Situasi dan kondisi peran sosial sehari-hari dapat menjadi sebagai masalah atau sesuatu yang tidak dikehendaki, dan karena itu dapat berfungsi sebagai *stressor* sosial kontribusi ini terhadap kesehatan mental bisa kuat atau lemah. *Stressor* psikososial secara umum dapat menimbulkan efek negatif bagi individu yang mengalaminya. Manum demikian tentang variasi *stressor* psikososial ini berbeda untuk setiap masyarakat, bergantung kepada kondisi social masyarakatnya.

d. Lingkungan

Interaksi manusia dengan lingkungannya berhubungan dengan kesehatannya. Kondisi lingkungan yang sehat akan mendukung kesehatan manusia itu sendiri, dan sebaliknya kondisi lingkungan yang tidak sehat dapat mengganggu kesehatannya termasuk dalam konteks kesehatan mentalnya.

2.4 Type Gangguan Kesehatan Mental

Menurut National Institute for Health and Care Excellence (NICE), masalah kesehatan mental yang umum termasuk depresi, gangguan kecemasan umum, gangguan kecemasan sosial, gangguan panik, gangguan obsesif-kompulsif (OCD), dan gangguan stres pasca trauma (PTSD) (Edwards, 2015).

Masalah kesehatan mental semua orang seperti yang dihasilkan dalam kehidupan kita sehari-hari di rumah, sekolah, tempat kerja dan dalam kegiatan rekreasi. Kesehatan mental dan fisik sangat terkait erat. Gangguan mental yang utama berupa gangguan emosi dan perilaku pada anak-anak, gangguan kecemasan (anxiety), depresi,

skizofrenia dan demensia, dan depresi merupakan gangguan kesehatan mental yang paling banyak dialami (Lavikainen et al., 2001).

Gangguan kesehatan mental umumnya ditandai dengan kombinasi dari pikiran yang abnormal, persepsi, emosi, perilaku dan hubungan dengan orang lain. Gangguan mental meliputi: depresi, gangguan afektif bipolar, skizofrenia dan psikosis lainnya, demensia, cacat intelektual dan gangguan perkembangan termasuk autisme (WHO, 2017b). Perilaku kesehatan individu sangat tergantung pada kesehatan mental individu, dengan kata lain penyakit mental atau stres psikologis dapat mempengaruhi perilaku kesehatan (WHO, 2001).

Masalah kesehatan mental menyebabkan dan meningkatnya beban berat yang berkontribusi terhadap biaya yang tinggi bagi masyarakat kita, ketidakmampuan jangka panjang, meningkatnya angka kematian dan penderitaan manusia yang sangat dalam, apalagi, beberapa masalah kesehatan mental, seperti depresi sudah menjadi semakin umum (Lavikainen et al., 2001). Tindakan untuk kesehatan mental memerlukan tindakan untuk meningkatkan kesehatan mental positif serta tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan mental (Lavikainen et al., 2001). Adanya program kerja/tindakan yang berbasis bukti yang efektif untuk meningkatkan kesehatan mental serta untuk mencegah dan mengobati masalah kesehatan mental, mengembangkan strategi kesehatan mental sebagai bagian integral dari kebijakan kesehatan masyarakat yang komprehensif dengan mempertimbangkan keadaan sosial dan budaya. Kesehatan mental harus dipertimbangkan dalam semua kebijakan dan di semua tingkat dan sektor (Lavikainen et al., 2001).

Ada hubungan kuat antara masalah kesehatan fisik dan mental. Sebuah laporan tahun 2012 oleh The King's Fund menemukan bahwa 30% orang dengan masalah kesehatan fisik jangka panjang juga memiliki masalah kesehatan mental dan 46% orang dengan masalah kesehatan mental juga memiliki masalah kesehatan fisik jangka Panjang (Edwards, 2015).

2.5 Dampak Gangguan Kesehatan Mental

Masalah kesehatan mental merupakan sumber tunggal terbesar beban ekonomi dunia, dengan perkiraan biaya global £ 1,6 triliun (atau US \$ 2,5 triliun), lebih besar

daripada penyakit kardiovaskular, penyakit pernapasan kronis, kanker, dan diabetes sendiri. Di Inggris, perkiraan biaya masalah kesehatan mental adalah antara £ 70 - £ 100 miliar setiap tahun dan menyumbang 4,5% dari GDP (Edwards, 2015). Fakta satu dari empat orang dewasa dan satu dari sepuluh anak-anak cenderung memiliki masalah kesehatan mental di setiap tahun. Ini dapat memiliki dampak mendalam pada kehidupan puluhan juta orang di Inggris, dan dapat memengaruhi kemampuan mereka untuk mempertahankan hubungan, bekerja, atau sekadar menjalani hari.

Di Inggris, 70 juta hari hilang dari pekerjaan setiap tahun karena kesehatan mental (mis. anxiety, depresi, dan kondisi terkait stres), menjadikannya penyebab utama ketidakhadiran akibat sakit (Edwards, 2015).

BAB 3

DEPRESI

3.1 Definisi

Depresi adalah salah satu gangguan mental tertua yang diketahui dan dideskripsi melankolis, yang dikenal oleh kedokteran Yunani kuno diduga disebabkan oleh 'empedu hitam'. Meskipun depresi masih merupakan konsep yang ambigu yang bisa berarti hal yang berbeda, dari reaksi emosional normal sehari-hari menjadi penyakit mental yang sangat parah dan mengancam kehidupan (Lavikainen et al., 2001). Depresi adalah gangguan mental yang umum, ditandai dengan kesedihan, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, susah tidur atau nafsu makan, perasaan kelelahan, dan konsentrasi yang buruk (Hale & Davies, 2011). Depresi dapat tahan lama atau berulang, secara substansial mempengaruhi kemampuan individu untuk berfungsi di tempat kerja atau sekolah atau menghadapi kehidupan sehari-hari, paling parah depresi dapat menyebabkan bunuh diri, saat ringan dapat diobati tanpa obat-obatan tetapi ketika depresi sedang atau berat mereka mungkin memerlukan obat-obatan dan perawatan profesional. Depresi adalah gangguan yang dapat didiagnosis dan diobati oleh non-spesialis sebagai bagian dari perawatan kesehatan primer, perawatan spesialis yang dibutuhkan untuk sebagian kecil orang dengan depresi rumit atau mereka yang tidak merespon pengobatan lini pertama (WHO, 2016a).

3.2 Tipe dan Gejala

Tergantung pada jumlah dan tingkat keparahan gejala, episode depresi dapat dikategorikan ringan, sedang, atau berat. Depresi pada orang yang memiliki atau tidak memiliki riwayat episode manik dapat menjadi kronis (mis. Dalam jangka waktu yang lama) dengan kekambuhan, terutama jika mereka tidak diobati.

Tergantung pada jumlah dan tingkat keparahan gejala, episode depresi dapat dikategorikan sebagai ringan, sedang, atau berat. Gangguan depresi berulang (recurrent depressive disorder), gangguan ini melibatkan episode depresi yang berulang. Selama episode ini, orang mengalami perasaan depresi, kehilangan minat dan kenikmatan, dan mengurangi energi yang mengarah berkurang aktifitas setidaknya selama dua minggu. Orang dengan depresi juga menderita gejala kecemasan, susah tidur dan nafsu makan

dan mungkin memiliki perasaan bersalah atau rendah diri, konsentrasi yang buruk dan dijelaskan dengan gejala medis. Tergantung pada jumlah dan tingkat keparahan gejala, episode depresi dapat dikategorikan sebagai ringan, sedang, atau berat. Seorang individu dengan episode depresi ringan akan memiliki beberapa kesulitan dalam melakukan pekerjaan yang biasa dan kegiatan sosial, tetapi mungkin tidak berhenti berfungsi sepenuhnya. Selama episode depresi berat, sangat tidak mungkin penderita dapat melanjutkan kegiatan sosial, pekerjaan, atau kegiatan domestik, kecuali pada batas yang sangat terbatas (WHO, 2016a). Gangguan afektif bipolar: tipe depresi ini biasanya terdiri atas episode manik dan depresi yang dipisahkan oleh periode suasana hati normal. Episode manik melibatkan suasana hati yang meningkat atau mudah tersinggung, aktivitas berlebihan, tekanan bicara, peningkatan harga diri dan penurunan kebutuhan untuk tidur.

Depresi adalah konsep yang multifaset baik dalam bahasa sehari-hari maupun bahasa profesional, antara lain (Hale & Davies, 2011; Lavikainen et al., 2001):

1. Depresi sebagai emosi, termasuk variasi normal: ketidakpuasan, dan kesedihan.
2. Depresi sebagai gejala dari beberapa gangguan mental: menurunnya suasana hati, kekosongan.
3. Depresi sebagai sindrom mewujudkan dirinya sebagai tiga serangkai depresi:
 - a. Gangguan emosional: kesedihan, ketidakmampuan untuk merasakan kenikmatan, menangis, kecemasan, mudah tersinggung
 - b. gangguan kognitif: keputusaan, pesimisme, rasa bersalah, rendah diri, bunuh diri
 - c. Gangguan fisik: gangguan tidur, keterlambatan, gejala somatik, variasi harian
4. Depresi sebagai gangguan mental yang spesifik: dalam kriteria tertentu pada klasifikasi penyakit.

Sebagai gangguan mental, depresi dapat memiliki beberapa gejala klinis, berikut beberapa contoh (Lavikainen et al., 2001):

- a. beberapa depresi terjadi mendadak dan memiliki hubungan yang jelas pada peristiwa kehidupan yang merugikan
- b. beberapa depresi muncul lebih lambat dan tanpa alasan yang jelas

- c. beberapa orang menderita episode berulang dari simptomatologi depresi, orang lain mungkin hanya memiliki satu episode parah selama seluruh hidup mereka
- d. Beberapa orang mungkin menderita penyakit seumur hidup yang tidak mengganggu kapasitas fungsional mereka
- e. depresi lain sangat parah sehingga orang tersebut benar-benar tidak mampu
- f. Beberapa orang menderita gangguan bipolar: episode depresi bervariasi dengan episode suasana hati gembira.

Gejala umum depresi dalam ICD-10 adalah (Hale & Davies, 2011; WHO, 2013):

- a. menurunkan konsentrasi dan perhatian;
- b. menurunkan harga diri dan kepercayaan diri;
- c. merasa bersalah dan tidak layak (bahkan dalam jenis ringan);
- d. muram dan pesimis memandang masa depan;
- e. gagasan atau tindakan menyakiti diri atau bunuh diri;
- f. susah tidur
- g. berkurang nafsu makan.

Tergantung pada jumlah dan tingkat keparahan gejala, episode depresi dapat dikategorikan dalam ICD-10 sebagai (Hale & Davies, 2011; WHO, 2013)

1. Ringan (mild), yaitu perasaan depresi, kehilangan minat dan kenikmatan, dan mudah lelah, kedua gejala ini harus ada untuk diagnosis pasti, durasi minimal dari seluruh episode selama 2 minggu. Individu dengan episode depresi ringan biasanya merasakan gejala tertekan dan kesulitan dalam melanjutkan dengan pekerjaan seperti biasa dan kegiatan sosial, tetapi tidak berhenti berfungsi sepenuhnya.
2. Sedang (moderate), yaitu semua gejala pada episode ringan ditambah 3 atau 4 gejala, durasi minimal dari seluruh episode selama 2 minggu. Individu dengan episode depresi cukup parah biasanya kesulitan dalam melanjutkan kegiatan sosial, pekerjaan atau kegiatan rumah tangga.
3. Parah (severe), dalam episode depresi berat, penderita biasanya menunjukkan tekanan yang cukup besar atau agitasi, kehilangan harga diri atau perasaan tidak berguna atau bersalah cenderung menonjol, dan bunuh diri merupakan bahaya tersendiri dalam kasus yang sangat parah. Episode depresi ini harus berlangsung

minimal 2 minggu, tetapi jika gejala sangat parah dan menyerang dengan sangat cepat, mungkin dibenarkan untuk membuat diagnosis ini kurang dari 2 minggu. Selama episode depresi berat itu sangat tidak memungkinkan penderita dapat melakukan kegiatan sosial, pekerjaan, atau kegiatan domestik, kecuali sampai batas yang sangat terbatas.

Depresi memiliki 2 type yaitu (WHO, 2016a):

1. gangguan depresi berulang: gangguan ini mengulangi episode depresi. Selama episode ini, orang mengalami perasaan depresi, kehilangan minat dan kenikmatan, dan mengurangi energi yang mengarah ke aktivitas berkurang setidaknya dua minggu. Banyak orang dengan depresi juga menderita gejala kecemasan, susah tidur dan nafsu makan dan mungkin memiliki perasaan bersalah atau rendah diri, konsentrasi yang buruk dan bahkan gejala medis.
2. Gangguan afektif bipolar: jenis depresi biasanya terdiri dari kedua episode manik dan depresi dipisahkan oleh periode suasana hati yang normal. episode manik melibatkan peningkatan atau suasana hati mudah marah, lebih-aktivitas, tekanan berbicara, meningkat harga diri dan penurunan kebutuhan untuk tidur.

Penelitian yang dilakukan oleh Monteiro et al. (2015) mendapati bahwa kerentanan terhadap stres, pesimisme, sikap disfungsional dan neurotisisme secara positif terkait dengan simtomatologi depresi.

3.3 Faktor Penyebab dan Faktor Resiko

Depresi hasil dari interaksi yang kompleks dari faktor-faktor sosial, psikologis dan biologis. Orang-orang yang telah melalui efek samping kehidupan (pengangguran, kematian, trauma psikologis) lebih mungkin untuk mengalami depresi. Depresi menyebabkan lebih banyak stres dan disfungsi, dan memperburuk situasi kehidupan orang yang terkena depresi. Ada hubungan timbal balik antara depresi dan kesehatan fisik, misalnya penyakit kardiovaskular dapat menyebabkan depresi dan sebaliknya (WHO, 2016a). Ada beberapa faktor sosial yang merupakan faktor resiko untuk terjadinya depresi antara lain status sosial ekonomi rendah, pengangguran, terutama pengangguran jangka panjang, penyalahgunaan zat, kesepian dan kurangnya dukungan sosial, sedangkan dukungan sosial yang memadai dapat menjadi faktor protektif (Lavikainen et al., 2001).

Perempuan, penambahan usia, kelebihan berat badan, obesitas (Abdel Wahed & Hassan, 2017), merokok dan perempuan (Kulsoom & Ali Afsar, 2015), intensitas modalitas penggunaan ponsel (Višnjić et al., 2018), perempuan dan tahun studi (Hadianto, 2014), perempuan (Villacura, Irrarázabal, & López, 2017), tekanan yang diterima, masalah dan emosi coping pelepasan, kualitas tidur yang buruk, kantuk di siang (Zhang, Chernaik, & Hallet Susan, 2017),

BAB 4

KECEMASAN

4.1 Definisi

Kecemasan adalah keadaan emosional yang tidak menyenangkan yang dicirikan oleh rasa takut dan gejala-gejala fisik yang tidak diinginkan dan menyusahkan, merupakan respons yang normal dan tepat terhadap stres tetapi menjadi patologis ketika tidak proporsional dengan tingkat keparahan stres, dan berlanjut setelah stresor hilang atau terjadi tanpa adanya stresor eksternal (Moorey & Hale, 2011). Dalam model kognitif dasar kecemasan, kecemasan didefinisikan sebagai reaksi normal terhadap ancaman atau bahaya yang dirasakan. Dalam gangguan kecemasan, ada interpretasi terdistorsi dari ancaman yang dihadapi: kemungkinan bahaya dibesar-besarkan, dan konsekuensi dari bahaya yang berlebihan (Moorey & Hale, 2011).

Gangguan kecemasan termasuk gangguan sebagai ketakutan yang berlebihan dan kecemasan dan terkait dengan gangguan perilaku (APA, 2013). Ketakutan adalah respon emosional terhadap ancaman yang nyata atau yang dirasakan, sedangkan kecemasan adalah mengantisipasi ancaman di akan datang. Kecemasan merupakan respon normal, emosional, wajar dan diharapkan pada bahaya nyata atau potensial. Namun, jika gejala kecemasan berkepanjangan, tidak rasional, tidak proporsional dan/atau berat, terjadi karena tidak adanya peristiwa stres atau rangsangan, atau mengganggu aktivitas sehari-hari, maka disebut Anxiety Disorders dalam DSM-5 (APA, 2013).

Kecemasan secara patologi (*pathology anxiety*) adalah keadaan ketakutan yang dialami saat tidak ada ancaman yang nyata atau yang akan datang yang secara objektif dipahami sebagai ancaman (Branden, 2001). Kecemasan secara patologi bukan hanya ketakutan yang secara rasional dibenarkan yang melanda orang-orang di dunia pada umumnya, tetapi dari ketakutan biasa dalam kehidupan sehari-hari, ketakutan yang biasa adalah reaksi yang proporsional dan dilokalisasi untuk bahaya yang kongkrit, eksternal, dan bahaya langsung, seperti takut berdiri di jalanan yang ada mobil yang melaju. Berbeda dengan kecemasan obyektif atau normal kecemasan normal adalah perasaan ketakutan dan tak berdaya seperti rasa takut, menuju sumber tertentu, tetapi bahaya yang tidak seketika, daripada kasus ketakutan dan emosi yang lebih antisipatif,

seperti sebagai perasaan jika seseorang dihadapkan dengan tanda-tanda beberapa penyakit serius, atau mungkin menyerang orang tua yang anaknya di tangan penculik. Ketakutan dan kecemasan objektif lenyap ketika bahaya akan hilang, tetapi kecemasan patologis tidak (Branden, 2001).

4.2 Gejala

Kecemasan merupakan reaksi terhadap stres, reaksi stres akut yaitu respon cepat (dalam beberapa menit atau jam) untuk kejadian yang menimbulkan stres secara tiba-tiba atau tak terduga, reaksi yang dapat disesuaikan yaitu respons yang lebih lambat yang terjadi hari atau minggu setelah peristiwa kehidupan (seperti kehilangan pekerjaan, pindah rumah atau perceraian) dengan gejala kecemasan, iritabilitas dan depresi (tanpa gejala biologis) (Moorey & Hale, 2011).

Gejala yang terkadang muncul langsung pada fisik akibat kecemasan seperti sakit kepala, perasaan tersedak, jantung berdebar-debar, penyakit usus, pusing, gemetar, mual, keringat yang berlebihan, insomnia, ketegangan tubuh yang menyakitkan, dan kelelahan kronis (Branden, 2001). Orang yang cemas merasa tidak berdaya, impotensi, merasa bencana tak berbentuk akan datang, dan sering merasa bersalah. Ketika seseorang menderita semacam ketakutan, penyebabnya tidak terletak pada dunia luar; tetapi terletak di dalam dirinya sendiri. Kecemasan patologis (pathology anxiety) adalah sinyal alarm alam, peringatan pada diri bahwa ia berada dalam kondisi psikologis yang tidak tepat, bahwa hubungannya dengan realitas yang salah, dan hilangnya kontrol, hal ini adalah merupakan krisis harga diri (self esteem) (Branden, 2001).

Gangguan kecemasan termasuk gangguan umum kecemasan, gangguan panik, gangguan kecemasan fobia (fobia spesifik, agoraphobias, fobia sosial), gangguan obsesif kompulsif dan gangguan trauma pasca-stres. Namun satu individu sering ditemukan menderita lebih dari satu gangguan ini pada saat yang sama, dan juga sering ditemukan mengalami gejala kecemasan dan gejala depresi menjadi cukup serius untuk didiagnosis sebagai gangguan kecemasan atau depresi (Lavikainen et al., 2001; Moorey & Hale, 2011).

Gejala klinis pada berbagai bentuk kecemasan antara lain (Lavikainen et al., 2001):

1. gangguan kecemasan umum yaitu gangguan kecemasan tertentu dengan prevalensi tertinggi pada populasi umum (3-5%), dalam istilah klinis merupakan kombinasi gejala yang menetap secara psikologis dan somatik. Gejala psikologis meliputi perasaan khawatir antisipatif, kecemasan yang sering, kepekaan terhadap suara, iritabilitas, konsentrasi yang buruk, dan tidak ada hubungan jelas dengan suatu objek atau situasi yang mungkin bertindak sebagai pemicu. Gejala-gejala somatik biasanya terlihat dalam bentuk ketegangan motorik (gelisah, gemetar, ketidakmampuan untuk bersantai) dan hiperaktivitas neurovegetative (palpitasi, dyspnoea, perasaan penyempitan di dada, sudoresis, mulut kering, pucat, frekuensi dan urgensi berkemih). Harus dibedakan antara kecemasan umum dari gangguan depresi (di mana kecemasan mungkin muncul baik sebagai gejala atau sebagai entitas nosological terkait) dan dari beberapa penyakit fisik dengan gejala kecemasan (tirotoksikosis, phaeocromocytoma, hypoglycaemia).
2. gangguan panik ditandai dengan terjadinya paroksismal krisis kecemasan dengan komponen neurovegetative dominan, disertai dengan perasaan sebuah risiko besar akan kematian, dengan rata-rata durasi 10-30 menit. Dalam perjalanan dari krisis, kecemasan mungkin cukup intens untuk memicu pengalaman depersonalisasi dan derealisasi. Pada akhir beberapa krisis individu mungkin menghindari tempat-tempat tertentu dan memperoleh perilaku agoraphobic yang membenarkan, meskipun tidak sepenuhnya, asosiasi sering antara dua situasi klinis ini. Seperti dalam gangguan kecemasan umum, penilaian fisik dan laboratorium sangat penting, untuk mengecualikan situasi organik mungkin. Dalam gangguan panik yang tidak terdeteksi dan diobati sering menjadi anxiolytics, hipokondria dan depresi, membuat prognosis secara substansial lebih buruk.
3. gangguan kecemasan fobia (agoraphobia, fobia sosial dan fobia sederhana) dipicu oleh paparan individu untuk objek tertentu atau situasi individu mengakui bahwa besarnya respon melebihi besarnya pemicu (dengan kata lain orang mempertahankan kapasitas untuk memahami), tetapi tidak dapat menghindari atau mengendalikan baik perasaan takut atau menghindari.
 - a. agoraphobia adalah saat individu mengalami kecemasan (persisten atau dalam bentuk krisis panik) ketika ia menemukan dirinya di ruang dimana dia merasa dia tidak bisa keluar atau di mana ia merasa ia tidak bisa mendapatkan

bantuan, dia sangat membutuhkannya (misalnya transportasi publik, bioskop, supermarket). Jika tidak diobati, perilaku menghindari dapat menyebabkan orang tersebut tidak pernah meninggalkan rumah (*housebond syndrome*) sendirian, gangguan serius pada fungsi sosial, profesional dan relasional, yang akhirnya menyebabkan penurunan kualitas hidup yang sangat tajam. Gangguan ini lebih sering terjadi pada wanita dan sering disertai dengan gejala depresi yang terkait.

- b. fobia sosial yang ditandai dengan rasa takut akan diawasi oleh orang lain, yang timbul dalam situasi di mana hubungan sosial dan paparan yang tak terelakkan (pertemuan, pertemuan keluarga, konferensi, percakapan telepon). Gangguan ini sama lazim pada kedua pria dan wanita, alkohol sering digunakan dalam upaya untuk mengurangi stimulus anxiogenic. Depresi sangat sering pada fobia sosial yang berimplikasi pada kesulitan relasional, dan tanda prognosis buruk terutama dalam kasus-kasus yang tidak diobati.
 - c. fobia spesifik yaitu munculnya kecemasan dalam menanggapi rangsangan yang diberikan, seperti binatang (anjing, reptil, laba-laba), situasi (dokter gigi, ketinggian) atau tindakan (naik lift). Gangguan ini lebih sering terjadi pada wanita.
4. gangguan obsesif-kompulsif (*obsessive compulsive disorders*) ditandai dengan terjadinya obsesi dan/atau dorongan yang secara signifikan mengganggu fungsi dan kualitas hidup individu. Obsesi dapat berupa gambar visual, pikiran, keraguan dan merenung, yang memaksakan diri pada pikiran individu secara menetap dan ego-dystonic, dengan tema yang berhubungan dengan kontrol, ketertiban, kontaminasi, agama dan seksualitas. Dorongan terdiri dari tindakan, yang dilakukan secara ritual dan berulang-ulang tetapi tidak selalu mengurangi kecemasan terkait dengan pengalaman fenomena obsesif (misalnya memeriksa, membersihkan, pemesanan), sering ditandai dengan memiliki sifat magis-takhayul. Gejala obsesif dapat ditemukan dalam situasi kejiwaan lainnya, seperti depresi berat dan skizofrenia.
 5. gangguan stres pasca-trauma (*post-traumatic stres disorders*) dan gangguan stres akut adalah hasil dari paparan pengalaman yang sangat traumatis (misalnya perang, gempa bumi, pemerkosaan) dan ditandai oleh terjadinya menhidupkan

kembali pengalaman, episode perpisahan, mengurangi kontrol atas impuls, agresivitas, depresi, serangan panik dan gangguan tidur, dalam konteks peringatan yang sangat tinggi. Meskipun prevalensi tertinggi ditemukan di bekas tentara, jumlah kasus yang dihasilkan dari kekerasan seksual dan kekerasan dalam rumah tangga tumbuh secara signifikan, terutama di negara-negara industri barat. Dampak dari situasi ini pada kehidupan relasional akan hancur, dan hal ini sangat umum bagi individu yang terkena menderita 3 gejala: perceraian, depresi dan penyalahgunaan alkohol. Dari sudut pandang terapi bahwa jaringan dukungan sosial (misalnya kelompok dukungan) sangat penting dalam pengobatan awal PTSD, mengingat bahwa diagnosis berhubungan dengan durasi dan tingkat kondisi klinis.

4.3 Faktor Penyebab dan Faktor Resiko

Beberapa studi menyebutkan beberapa hal menjadi penyebab dan faktor resiko antara lain perempuan, penambahan usia, kelebihan berat badan, obesitas (Abdel Wahed & Hassan, 2017), perempuan (Villacura et al., 2017), tekanan yang diterima, masalah dan emosi penanganan masalah, kualitas tidur yang buruk (Zhang et al., 2017).

BAB 5

STRES

Stres merupakan reaksi fisiologis dan psikologis manusia terhadap situasi yang menekan (Lahey, 2003). Keadaan ini disebut sebagai stresor, yaitu sesuatu yang berpotensi menyebabkan reaksi stres (Greenberg, 2009). Stres telah diteliti sejak tahun 1974 oleh Hans Selye, yang menyatakan stres sebenarnya adalah kerusakan yang dialami tubuh akibat berbagai tuntutan yang ditempatkan padanya (Santrock, 2013, 2014).

Stres adalah respon fisik dan emosional yang berbahaya yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara kebutuhan yang dirasakan, sumber daya dan kemampuan individu untuk mengatasi kebutuhan mereka (ILO, 2012, 2016; Cox, 2000; Fink 2009). Menurut Lazarus & Folkman (1984) stres adalah keadaan internal yang dapat diakibatkan oleh tuntutan fisik dari tubuh atau kondisi lingkungan dan sosial yang dinilai potensial membahayakan, tidak terkendali atau melebihi kemampuan individu untuk mengatasinya, yang dikenal dengan ‘model transaksional stres dan coping’. Lazarus & Folkman (1984), mengatakan stres bergantung pada bagaimana individu menilai dan menginterpretasi suatu kejadian. Stres juga merupakan sebuah hubungan yang dibangun antara individu dan lingkungan. Individu melakukan penilaian terhadap segala hal yang terjadi pada dirinya. Pertama, individu menilai apakah kondisi tersebut membahayakan kesejahteraan dirinya. Kedua, individu menilai apakah dirinya dapat mengatasi kondisi yang dihadapi (Lazarus & Folkman, 1984). Pendekatan teoritis mendefinisikan stres sebagai stimulus (kondisi atau kejadian tertentu yang menimbulkan stres atau disebut juga dengan stresor), respon (suatu respon atau reaksi individu yang muncul karena adanya situasi tertentu yang menimbulkan stres. Respon yang muncul dapat secara psikologis, seperti: jantung berdebar, gemetar, pusing, diare, perut bermasalah, cemas, marah, depresi, lelah, susah konsentrasi, dan lainnya), atau relasi/transaksi (Lazarus & Folkman 1984; Cox (1978) dalam Niven 1995).

Stres sering digambarkan sebagai perasaan kelebihan beban, ketat, tegang dan khawatir, semua individu terkadang mengalami stres. Kadang-kadang dapat membantu untuk memotivasi untuk menyelesaikan tugas dengan baik. Tetapi stres juga bisa berbahaya jika menjadi lebih stres dan mengganggu kemampuan untuk melanjutkan

hidup normal terlalu lama (Miller, Smith, & Rothstein, 1994). Ketika menghadapi peristiwa stres, tubuh merespon dengan mengaktifkan sistem saraf dan melepaskan hormon seperti adrenalin dan kortisol. Hormon-hormon ini menyebabkan perubahan fisik dalam tubuh yang membantu kita untuk bereaksi dengan cepat dan efektif untuk melewati situasi stres. Hormon-hormon meningkatkan denyut jantung, pernapasan, tekanan darah, metabolisme dan ketegangan otot, bola mata membesar dan keringat meningkat.

Stres sering digunakan sebagai perangkat untuk melegitimasi perilaku yang dinyatakan sebagai hasil dari kecemasan, neurosis atau ketidakmampuan personal dan stres juga sering memiliki fungsi tak bisa dijelaskan, apakah ini menjadi gejala psikologis atau fisik atau penyakit yang sebenarnya (Niven, 1995).

Menurut Lazarus & Folkman (1986) stres memiliki memiliki tiga bentuk yaitu:

1. Stimulus, yaitu stres merupakan kondisi atau kejadian tertentu yang menimbulkan stres atau disebut juga dengan *stressor*.
2. Respon, yaitu stres yang merupakan suatu respon atau reaksi individu yang muncul karena adanya situasi tertentu yang menimbulkan stres. Respon yang muncul dapat secara psikologis, seperti: jantung berdebar, gemetar, pusing, serta respon psikologis seperti: takut, cemas, sulit berkonsentrasi, dan mudah tersinggung.
3. Proses, yaitu stres digambarkan sebagai suatu proses dimana individu secara aktif dapat mempengaruhi dampak stres melalui strategi tingkah laku, kognisi maupun afeksi.

Rice (2002) mengatakan bahwa stres adalah suatu kejadian atau stimulus lingkungan yang menyebabkan individu merasa tegang. Atkinson (2000) mengemukakan bahwa stres mengacu pada peristiwa yang dirasakan membahayakan kesejahteraan fisik dan psikologis seseorang. Situasi ini disebut sebagai penyebab stres dan reaksi individu terhadap situasi stres ini sebagai respon stres.

Berdasarkan berbagai penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa stress merupakan suatu keadaan yang menekan diri individu. Stres merupakan mekanisme yang kompleks dan menghasilkan respon yang saling terkait baik fisiologis, psikologis, maupun perilaku pada individu yang mengalaminya, dimana mekanisme tersebut bersifat individual yang sifatnya berbeda antara individu yang satu dengan individu yang lain.

5.1 Penyebab Stres atau *Stressor*

Stressor adalah faktor-faktor dalam kehidupan manusia yang mengakibatkan terjadinya respon stres. *Stressor* dapat berasal dari berbagai sumber, baik dari kondisi fisik, psikologis, maupun sosial dan juga muncul pada situasi kerja, dirumah, dalam kehidupan sosial, dan lingkungan luar lainnya. Istilah *stressor* diperkenalkan pertama kali oleh Selye (dalam Rice, 2002). Menurut Lazarus & Folkman (1986) *stressor* dapat berwujud atau berbentuk fisik (seperti polusi udara) dan dapat juga berkaitan dengan lingkungan sosial (seperti interaksi sosial). Pikiran dan perasaan individu sendiri yang dianggap sebagai suatu ancaman baik yang nyata maupun imajinasi dapat juga menjadi *stressor*.

Menurut Lazarus & Cohen (1977), tiga tipe kejadian yang dapat menyebabkan stres yaitu:

- a. *Daily hassles* yaitu kejadian kecil yang terjadi berulang-ulang setiap hari seperti masalah kerja di kantor, sekolah dan sebagainya.
- b. *Personal stressor* yaitu ancaman atau gangguan yang lebih kuat atau kehilangan besar terhadap sesuatu yang terjadi pada level individual seperti kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, masalah keuangan dan masalah pribadi lainnya.

Ditambahkan Freese Gibson (dalam Rachmaningrum, 1999) umur adalah salah satu faktor penting yang menjadi penyebab stres, semakin bertambah umur seseorang, semakin mudah mengalami stres. Hal ini antara lain disebabkan oleh faktor fisiologis yang telah mengalami kemunduran dalam berbagai kemampuan seperti kemampuan visual, berpikir, mengingat dan mendengar.

Pengalaman kerja juga mempengaruhi munculnya stres kerja. Individu yang memiliki pengalaman kerja lebih lama, cenderung lebih rentan terhadap tekanan-tekanan dalam pekerjaan, dari pada individu dengan sedikit pengalaman (Koch & Dipboye, dalam Rachmaningrum, 1999). Selanjutnya masih ada beberapa factor lain yang dapat mempengaruhi tingkat stres, yaitu kondisi fisik, ada tidaknya dukungan sosial, harga diri, gaya hidup dan juga tipe kepribadian tertentu (Dipboye, Gibsin, Riggio dalam Rachmaningrum, 1999).

5.2 Appraisal

Penilaian terhadap suatu keadaan yang dapat menyebabkan stres disebut *stress appraisals*. Menilai suatu keadaan yang dapat mengakibatkan stress tergantung dari 2 faktor, yaitu faktor yang berhubungan dengan orangnya (*Personal factors*) dan faktor yang berhubungan dengan situasinya. *Personal factors* didalamnya termasuk intelektual, motivasi, dan *personality characteristics*.

Sedangkan faktor situasi yang, mempengaruhi *stress appraisals*, yaitu:

- a. Kejadian yang melibatkan tuntutan yang sangat tinggi dan mendesak sehingga menyebabkan ketidaknyamanan
- b. *Life transitions*, dimana kehidupan mempunyai banyak kejadian penting yang menandakan berlalunya perubahan dari kondisi atau fase yang satu ke yang lain, dan menghasilkan perubahan substansial dan tuntutan yang baru dalam kehidupan kita.
- c. *Timing* juga berpengaruh terhadap kejadian-kejadian dalam kehidupan kita, dimana apabila kita sudah merencanakan sesuatu yang besar dalam kehidupan kita dan *timing*-nya meleset dari rencana semula, juga dapat menimbulkan stres.
- d. *Ambiguity*, yaitu ketidakjelasan akan situasi yang terjadi
- e. *Desirability*, ada beberapa kejadian yang terjadi diluar dugaan kita
- f. *Controllability*, yaitu apakah seseorang mempunyai kemampuan untuk merubah atau menghilangkan *stressor*. Seseorang cenderung menilai suatu situasi yang tidak terkontrol sebagai suatu keadaan yang lebih *stressful*, daripada situasi yang terkontrol.

Ancaman merupakan konsep kunci dalam memahami stress. Lazarus (1986) mengungkapkan bahwa individu yang tidak akan merasakan suatu kejadian sebagai suatu gangguan bila stressor tersebut diinterpretasikan sebagai hal yang wajar. Ancaman adalah suatu penilaian subjektif dari pengaruh negatif yang potensial dari stressor. *Transactions* yang mengarah pada kondisi stres umumnya melibatkan proses *assesment* yang disebut sebagai *cognitive appraisals* (Lazarus & Folkman, 1986). *Cognitive appraisals* adalah suatu proses mental, dimana ada dua factor yang dinilai oleh seseorang: (1) apakah sebuah tuntutan mengancam kesejahteraannya dan (2) *resources* yang tersedia untuk memenuhi tuntutan tersebut.

Menurut Lazarus (1986) ada dua macam penilaian yang dilakukan individu untuk menilai apakah suatu kejadian yang dapat atau tidak menimbulkan stress bagi individu, yaitu:

- a. *Primary appraisals* yaitu penilaian pada waktu kita mendeteksi suatu kejadian yang potensial untuk menyebabkan stress. Peristiwa yang diterima sebagai keadaan stress selanjutnya akan dinilai menjadi 3 akibat yaitu *harmloss* (tidak berbahaya), *threat* (ancaman) dan *challenge* (tantangan)
- b. *Secondary appraisals* mengarah pada *resources* yang tersedia pada diri kita atau yang kita miliki untuk menanggulangi stres.

5.3 Reaksi terhadap Stres

5.3.1 Aspek Fisiologis

Walter Canon (dalam sarafino, 2006) memberikan deskripsi mengenai bagaimana reaksi tubuh terhadap suatu peristiwa yang mengancam. Ia menyebutkan reaksi tersebut sebagai *fight-or-flight response* karena respon fisiologis mempersiapkan individu untuk menghadapi atau menghindari situasi yang mengancam tersebut. *Fight-or-flight response* menyebabkan individu dapat berespon dengan cepat terhadap situasi yang mengancam. Akan tetapi bila *arousal* yang tinggi terus menerus muncul dapat membahayakan kesehatan individu.

Selye (dalam Sarafino, 2006) mempelajari akibat yang diperoleh bila stressor terus menerus muncul. Ia mengembangkan istilah *General Adaptation Syndrome (GAS)* yang terdiri atas rangkaian tahapan reaksi fisiologis terhadap stressor yaitu:

1. Fase reaksi yang mengejutkan (*alarm reaction*)

Pada fase ini individu secara fisiologis merasakan adanya ketidakberesan seperti jantungnya berdegup, keluar keringat dingin, muka pucat, leher tegang, nadi bergerak cepat dan sebagainya. Fase ini merupakan pertanda awal orang terkena stres.

2. Fase perlawanan (*Stage of Resistance*)

Pada fase ini tubuh membuat mekanisme perlawanan pada stres, sebab pada tingkat tertentu, stres akan membahayakan. Tubuh dapat mengalami disfungsi, bila stres dibiarkan berlarut-larut. Selama masa perlawanan tersebut, tubuh harus cukup tersuplai oleh gizi yang seimbang, karena tubuh sedang melakukan kerja keras.

3. Fase Keletihan (*Stage of Exhaustion*)

Fase disaat orang sudah tak mampu lagi melakukan perlawanan. Akibat yang parah bila seseorang sampai pada fase ini adalah penyakit yang dapat menyerang bagian – bagian tubuh yang lemah.

5.3.2 Aspek psikologis

Reaksi psikologis terhadap stressor meliputi:

1. Kognisi

Cohen menyatakan bahwa stres dapat melemahkan ingatan dan perhatian dalam aktifitas kognitif.

2. Emosi

Emosi cenderung terkait stress individu sering menggunakan keadaan emosionalnya untuk mengevaluasi stres dan pengalaman emosional (Maslach, Schachter & Singer, dalam Sarafino, 2006). Reaksi emosional terhadap stress yaitu rasa takut, phobia, kecemasan, depresi, perasaan sedih dan marah.

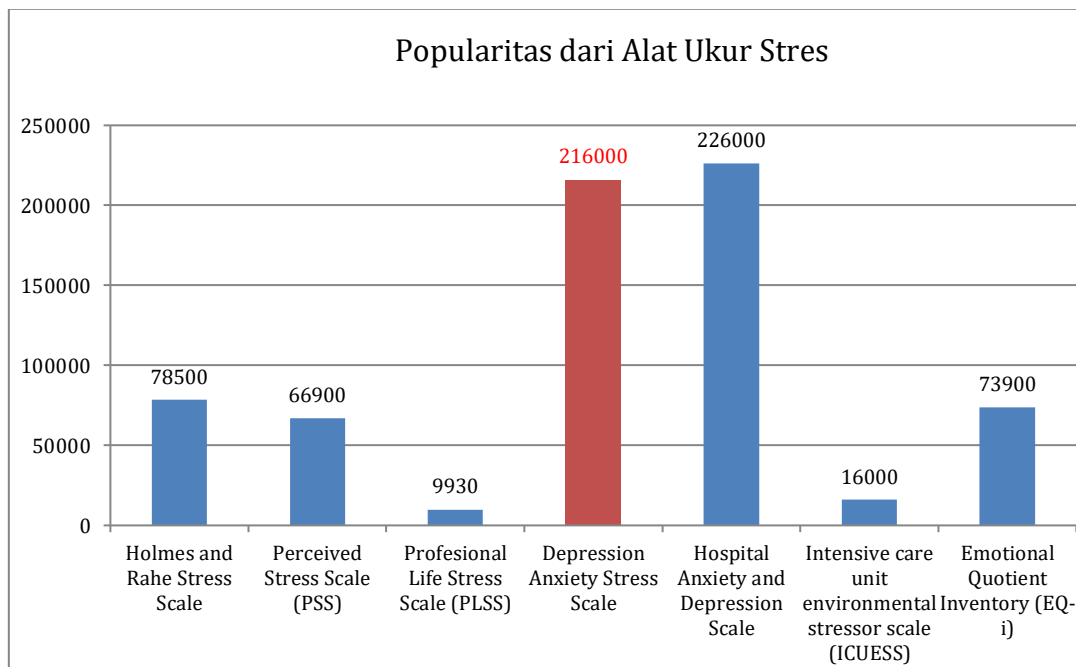
3. Perilaku Sosial

Stres dapat mengubah perilaku individu terhadap orang lain. Individu dapat berperilaku menjadi positif dan negatif (dalam Sarafino, 2006). Stres yang diikuti dengan rasa marah menyebabkan perilaku sosial negatif cenderung meningkat sehingga dapat menimbulkan perilaku agresif (Donnerstein & Wilson, dalam Sarafino, 2006).

BAB 6

PENGUKURAN DEPRESI, ANXIETY DAN STRES

Kesehatan mental biasanya diukur dengan berbagai daftar tilik skala gejala, terdiri dari beragam bentuk seperti kecemasan, depresi dan stres. Skala mengukur tekanan psikologis yang menunjukkan pada tingkat umum, bahwa ada sesuatu yang salah. Banyak peneliti telah mengembangkan alat ukur berupa kuesioner yang dapat mengukur tingkat kesehatan mental individu. Skala pengukuran tersebut telah banyak dipakai dan telah diuji validitas dan reliabilitasnya oleh peneliti lain. Beberapa skala pengukuran yang populer dipakai oleh banyak peneliti ditunjukkan pada gambar 2.5.



Gambar 6.1. Popularitas alat ukur stres di google.com

Sumber: (Bartkiene, 2013)

6.1 Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS)

Alat ukur *Depresi Anxiety Stres Scale* (DASS) sangat populer dan digunakan oleh banyak peneliti. Pada penelitian ini digunakan alat ukur DASS. Alat ukur DASS dikembangkan oleh Lovibond & Lovibond (1995) yang terdiri dari 42 pertanyaan yang mengidentifikasi skala subjektif depresi, kecemasan, dan stres. Pengaplikasian DASS

menggunakan format skala penilaian (*rating scale*) normal, ringan, sedang, parah, dan sangat parah. DASS tidak hanya mengukur secara konvensional mengenai status emosional, tetapi juga proses lebih lanjut pada pemahaman, pengertian dan pengukuran yang berlaku dimanapun dari status emosional yang secara signifikan digambarkan sebagai stres, dan dapat digunakan oleh kelompok dan individu untuk tujuan penelitian (Lovibond & Lovibond, 1995).

DASS-21 adalah versi singkat dari DASS-42 yang dikembangkan pada tahun 1995 yang mampu memberikan struktur yang sama dengan versi lengkap tetapi waktu yang dibutuhkan untuk menjawabnya lebih singkat (Lovibond & Lovibond, 1995). Selain itu, DASS-21 juga terbukti lebih stabil dan berbeda dibandingkan dengan DASS-42, dan telah digunakan secara luas di banyak populasi yang berbeda di seluruh dunia seperti Hispanik, Amerika, dan Inggris sebagai alat penelitian penting untuk mengukur tiga aspek psikologis utama.

Masing-masing dari tiga skala DASS berisi 14 item, dibagi menjadi subskala dari 2-5 item dengan konten serupa. Skala Depresi menilai dysphoria, keputusasaan, devaluasi kehidupan, penolakan, kurangnya minat / keterlibatan, anhedonia, dan inersia. Skala kecemasan menilai gairah, efek otot rangka, kecemasan situasional, dan pengalaman subyektif cemas. Skala Stres sensitif terhadap tingkat rangsangan non spesifik yang kronis. Ini menilai kesulitan bersantai, kegelisahan gugup, dan mudah marah / gelisah, mudah tersinggung / over-reaktif dan tidak sabar. Subyek diminta untuk menggunakan skala keparahan / frekuensi 4-poin untuk menilai sejauh mana mereka telah mengalami setiap bagian selama seminggu terakhir. Skor untuk depresi, kecemasan, dan stres dihitung dengan menjumlahkan skor untuk item yang relevan. (Lovibond & Lovibond, 1995).

Karakteristik yang memiliki skor tinggi pada setiap skala DASS, yaitu:

1. Skala depresi antara lain: meremehkan diri sendiri; putus asa, suram, sedih; yakin bahwa hidup tidak memiliki makna atau nilai; pesimis tentang masa depan; tidak dapat mengalami kesenangan atau kepuasan; tidak dapat terlibat; lambat, kurang inisiatif.
2. Skala kecemasan antara lain: gelisah, panik; gemetar; mulut kering, kesulitan bernapas, detakan jantung, telapak tangan berkeringat; khawatir tentang kinerja dan kemungkinan kehilangan kontrol.

3. Skala Stres antara lain: tegang; tidak bisa rileks; sensitif, mudah marah; mudah tersinggung; mudah kaget; gugup, gelisah; tidak toleran terhadap gangguan atau penundaan.

Tabel 6.1. Item DASS-21

Indikasikan seberapa sering anda mengalami perasaan dibawah ini selama beberapa minggu belakangan ini menderita stress mental karena studi secara terus menerus

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sering	Hampir selalu
1	Saya merasa sulit untuk beristirahat.	0	1	2	3
2	Saya merasa bibir saya sering kering.	0	1	2	3
3	Saya sama sekali tidak dapat merasakan perasaan positif	0	1	2	3
4	Saya mengalami kesulitan bernafas (misalnya: seringkali terengah-engah atau tidak dapat bernafas padahal tidak melakukan aktivitas fisik sebelumnya).	0	1	2	3
5	Saya merasa sulit untuk meningkatkan inisiatif dalam melakukan sesuatu	0	1	2	3
6	Saya cenderung bereaksi berlebihan terhadap suatu situasi.	0	1	2	3
7	Saya merasa gemetar (misalnya: pada tangan).	0	1	2	3
8	Saya merasa telah menghabiskan banyak energy untuk merasa cemas	0	1	2	3
9	Saya merasa khawatir dengan situasi dimana saya mungkin menjadi panik dan mempermalukan diri sendiri.	0	1	2	3
10	Saya merasa tidak ada hal yang dapat diharapkan di masa depan	0	1	2	3
11	Saya menemukan diri saya mudah gelisah.	0	1	2	3
12	Saya merasa sulit untuk bersantai.	0	1	2	3
13	Saya merasa putus asa dan sedih.	0	1	2	3
14	Saya tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi saya untuk menyelesaikan hal yang sedang saya lakukan.	0	1	2	3
15	Saya merasa saya hampir panik.	0	1	2	3
16	Saya tidak merasa antusias dalam hal apapun.	0	1	2	3
17	Saya merasa bahwa saya tidak berharga sebagai seorang manusia.	0	1	2	3
18	Saya merasa bahwa saya mudah tersinggung.	0	1	2	3
19	Saya menyadari kegiatan jantung, walaupun saya tidak sehabis melakukan aktivitas fisik (misalnya: merasa detak jantung meningkat atau melemah).	0	1	2	3

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sering	Hampir selalu
20	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas	0	1	2	3
21	Saya merasa bahwa hidup tidak berarti	0	1	2	3

Adopsi dari (Lovibond & Lovibond, 1995; Szabó, 2010), diterjemahkan oleh (Damanik, 2006).

DASS adalah ukuran kuantitatif tekanan depresi, kecemasan dan stres, bukan ukuran kategoris untuk diagnosis klinis. Tingkat keparahan digunakan untuk menggambarkan skor dalam populasi, misalnya 'ringan' berarti bahwa orang tersebut di atas rata-rata populasi tetapi mungkin masih jauh di bawah keparahan bagi seseorang yang mencari bantuan (bukan berarti tingkat gangguan yang ringan). Skor DASS individu tidak dapat menentukan intervensi yang tepat, harus digunakan bersamaan dengan informasi klinis yang tersedia dalam menentukan pengobatan yang tepat untuk setiap individu. Adapun skala tingkat keparahan dalam DASS dan nilai skor tiap tingkat dapat dilihat pada tabel 2.1 dan tabel 2.2.:

Tabel 6.2. Skala skor pada DASS 42

	Normal	Ringan	Sedang	Parah	Sangat Parah
Depression	0 – 9	10 -13	14 – 20	21 – 27	28+
Kecemasan	0 – 7	8 – 9	10 – 14	15 – 19	20+
Stres	0 – 14	15 – 18	19 – 25	26 – 33	34+

Tabel 6.3. Skala skor pada DASS 21

	Normal	Ringan	Sedang	Parah	Sangat Parah
Depression	0 – 4	5 - 6	7 – 10	11 – 13	14+
Kecemasan	0 – 3	4 – 5	6 – 7	8 – 9	10+
Stres	0 – 7	8 – 9	10 – 12	13 – 16	17+

Oei et al. (2013) melakukan pengujian terhadap DASS-21 pada populasi Asia (Indonesia, Malaysia, Singapore, Thailand, Srilanka, Taiwan) yang direvisi menjadi DASS-18. DASS-18 memiliki lebih sedikit item, menghasilkan struktur faktorial yang lebih bersih, dan memiliki korelasi interfactor yang lebih kecil sehingga skala stres DASS-18 lebih cocok untuk populasi Asia.

6.2 Perceived Stress Scale (PSS)

Perceived stress scale (PSS) (Cohen, 1994) menanyakan tentang perasaan akan hal tertentu dan apa yang dipikirkan selama sebulan yang lalu. Dalam setiap pertanyaan, ditanya seberapa sering merasakan atau berpikir dengan cara tertentu. Pernyataan pada PSS dapat dilihat pada table 2.5.

Untuk setiap pernyataan, dicek pada pilihan pikiran atau perasaan tidak pernah, hampir tidak pernah, kadang-kadang, cukup sering, atau sangat sering. Pernyataan nomor 4, 5, 7, dan 8 memiliki pernyataan dengan skor yang positif.

Tabel 6.4. Pernyataan pada *Cohen Stress Scale*

No	Pernyataan	Tidak pernah	Hampir tidak pernah	Kadang-kadang	sering	Sangat sering
1	Dalam sebulan terakhir, seberapa sering Anda kesal karena sesuatu yang terjadi secara tak terduga?	0	1	2	3	4
2	Dalam sebulan terakhir, seberapa sering Anda merasa tidak mampu mengendalikan hal-hal penting dalam hidup Anda?	0	1	2	3	4
3	Dalam sebulan terakhir, seberapa sering Anda merasa gugup atau stres?	0	1	2	3	4
4	Dalam sebulan terakhir, seberapa sering Anda merasa yakin dengan kemampuan Anda untuk menangani masalah pribadi?	4	3	2	1	0
5	Dalam sebulan terakhir, seberapa sering Anda merasa bahwa segala sesuatunya berjalan sesuai keinginan Anda?	4	3	2	1	0
6	Dalam sebulan terakhir, seberapa sering Anda menemukan bahwa Anda tidak dapat mengatasi semua hal yang harus Anda lakukan?	0	1	2	3	4
7	Dalam sebulan terakhir, seberapa sering Anda bisa mengendalikan iritasi dalam hidup Anda?	4	3	2	1	0
8	Dalam sebulan terakhir, seberapa sering Anda merasa berada di atas segalanya?	4	3	2	1	0
9	Dalam sebulan terakhir, seberapa	0	1	2	3	4

No	Pernyataan	Tidak pernah	Hampir tidak pernah	Kadang-kadang	sering	Sangat sering
	sering Anda marah karena hal-hal yang terjadi di luar kendali Anda?					
10	Dalam sebulan terakhir, seberapa sering Anda merasa kesulitan menumpuk begitu tinggi sehingga Anda tidak bisa mengatasinya?	0	1	2	3	4

Adaptasi dari (Cohen, 1994).

Hasil Ukur:	
Rendah	= 0 - 13
Sedang	= 14 - 26
Tinggi	= 27 - 40

6.3 Professional Life Stress Scale (PLSS)

Profesional Life Stress Scale dikembangkan oleh David Fontana (1989) dalam buku *Managing Stress*. Skala ukur stress ini merupakan *self assessment* yang bertujuan hanya untuk membantu mengklarifikasi sebagian pemikiran tentang kehidupan dari pasien, dan sebagai panduan yang bermanfaat daripada sebagai instrument yang tepat. Pernyataan Professional Life Stress Scale sebagai berikut:

1.	Dua orang yang mengenal Anda dengan baik sedang mendiskusikan Anda. Manakah dari pernyataan berikut yang kemungkinan besar akan mereka gunakan?	Skor
	a. 'X sangat bersama. Sepertinya tidak banyak yang mengganggunya.'	a = 0
	b. 'X bagus. Tetapi Anda harus berhati-hati dengan apa yang Anda katakan kepadanya.'	b = 1
	c. 'Sesuatu sepertinya selalu salah dengan kehidupan X.'	c = 2
	d. 'Saya menemukan X sangat murung dan tidak terduga.'	d = 3
	e. 'Semakin sedikit saya melihat X semakin baik!'	e = 4

2.	Adakah salah satu dari ciri-ciri umum kehidupan Anda berikut ini?	Tidak	Ya
	Merasa Anda jarang dapat melakukan sesuatu dengan benar	0	1
	Terasa diburu, terjebak, atau terpojok	0	1
	Gangguan pencernaan	0	1
	Nafsu makan buruk	0	1
	Sulit tidur di malam hari	0	1
	Mantra pusing atau palpitasi	0	1

	Berkeringat tanpa aktivitas atau suhu udara tinggi	0	1
	Perasaan panik saat berada di keramaian atau di ruang terbatas	0	1
	Kelelahan dan kekurangan energi	0	1
	Perasaan putus asa ('apa gunanya sesuatu?')	0	1
	Sensasi pingsan atau mual tanpa sebab fisik apa pun	0	1
	Iritasi ekstrim pada hal-hal kecil	0	1
	Ketidakmampuan untuk bersantai di malam hari	0	1
	Bangun secara teratur di malam hari atau lebih awal di pagi hari	0	1
	Kesulitan dalam mengambil keputusan	0	1
	Ketidakmampuan untuk berhenti memikirkan masalah atau peristiwa hari itu	0	1
	Penuh dengan air mata	0	1
	Keyakinan bahwa Anda tidak bisa mengatasinya	0	1
	Kurangnya antusiasme bahkan untuk minat yang dihargai	0	1
	Keengganan untuk bertemu orang baru dan mencoba pengalaman baru	0	1
	Ketidakmampuan untuk mengatakan 'tidak' ketika diminta untuk melakukan sesuatu	0	1
	Memiliki lebih banyak tanggung jawab daripada yang bisa Anda tangani	0	1

3.	Apakah anda lebih atau kurang optimis daripada dulu (atau hampir sama)?	Lebih optimis 0	Sama saja 1	Kurang optimis 2
----	---	--------------------	----------------	---------------------

4.	Apakah Anda menikmati olahraga?	Ya	tidak
5.	Bisakah Anda bangun terlambat di akhir pekan jika Anda ingin tanpa merasa bersalah?	0	1
6.	Dalam batas profesional dan pribadi yang masuk akal, dapatkah Anda mengungkapkan pikiran Anda kepada: (a) bos Anda? (B) kolega Anda? (c) anggota keluarga Anda?	0 0 0	1 1 1

7.	Siapa yang biasanya bertanggung jawab untuk membuat keputusan penting dalam hidup Anda: (a) diri sendiri? (b) orang lain?	0 1
8.	Ketika dikritik oleh atasan di tempat kerja, apakah Anda biasanya: (a) sangat kesal? (B) cukup marah? (c) agak kesal?	2 1 0
9.	Apakah Anda menyelesaikan hari kerja dengan merasa puas dengan	

	apa yang telah Anda raih: (a) sering? (b) terkadang? (c) hanya sesekali?	0 1 2
--	---	-------------

10.	Apakah Anda sering merasa konflik yang tidak beres dengan kolega?	Tidak 0	Ya 1
-----	---	------------	---------

11.	Apakah jumlah pekerjaan yang harus Anda lakukan melebihi jumlah waktu yang tersedia: (a) biasanya? (b) terkadang? (c) hanya sesekali saja?	2 1 0
12.	Apakah Anda memiliki gambaran yang jelas tentang apa yang diharapkan dari Anda secara profesional: (a) kebanyakan? (b) terkadang? (c) hampir tidak pernah?	0 1 2

13.	Apakah Anda mengatakan bahwa secara umum Anda memiliki cukup waktu untuk dihabiskan untuk diri sendiri?	ya	tidak
14.	Jika Anda ingin mendiskusikan masalah Anda dengan seseorang, bisakah Anda menemukan telinga yang simpatik?	0	1
15.	Apakah Anda masuk akal untuk mencapai tujuan utama dalam hidup?	0	1

16.	Apakah Anda bosan di tempat kerja: (a) sering? (b) terkadang? (c) sangat jarang?	2 1 0
17.	Apakah Anda berharap untuk mulai bekerja: (a) hampir setiap hari? (b) beberapa hari? (c) hampir tidak pernah?	0 1 2

18.	Apakah Anda merasa cukup dihargai karena kemampuan dan komitmen Anda di tempat kerja?	Ya 0	Tidak 1
19.	Apakah Anda merasa dihargai dengan cukup (dalam hal status dan promosi) untuk kemampuan dan komitmen Anda di tempat kerja?	0	1

20	Apakah Anda merasakan atasan Anda: (a) secara aktif menghalangi Anda dalam pekerjaan Anda?	1
----	---	---

	(B) secara aktif membantu Anda dalam pekerjaan Anda?	0
21	Jika sepuluh tahun yang lalu Anda dapat melihat diri Anda secara profesional seperti sekarang, apakah Anda telah melihat diri Anda sebagai: (a) melebihi harapan Anda? (B) memenuhi harapan Anda? (c) gagal memenuhi harapan Anda?	0 1 2
22	Jika Anda harus menilai seberapa besar Anda menyukai diri sendiri pada skala dari 1 (kurang suka) ke 5 (paling suka), apa yang akan peringkat Anda? 5 (paling suka) 4 3 2 1 (sedikit suka)	0 1 2 3 4

Adaptasi dari (Fontana, 1989)

Interpretasi skor, skor pada skala stres harus ditafsirkan dengan hati-hati. Ada begitu banyak variabel yang berada di luar lingkup skala ini tetapi yang memengaruhi cara kita memandang dan menangani stres, sehingga dua orang dengan skor yang sama dapat mengalami tingkat stres yang sangat berbeda. Namun demikian, tidak lagi menjadi pedoman, skala ini dapat memberi kita beberapa informasi yang berguna.

Hasil Ukur:	
0 - 15	Stres bukan masalah dalam hidup Anda. Ini tidak berarti bahwa Anda memiliki stres yang tidak cukup untuk membuat diri Anda sibuk dan puas. Skala ini hanya dirancang untuk menilai respons stres yang tidak diinginkan.
16 - 30	Ini adalah tingkat stres sedang bagi orang profesional yang sibuk. Meskipun demikian, ada baiknya melihat bagaimana hal itu dapat dikurangi secara wajar.
31 - 45	Stres jelas merupakan masalah, dan kebutuhan untuk tindakan perbaikan jelas. Semakin lama Anda bekerja di bawah tingkat stres ini, semakin sulit untuk melakukan sesuatu. Ada alasan kuat untuk memperhatikan kehidupan profesional Anda dengan cermat.
46 - 60	Pada level ini stres adalah masalah besar, dan sesuatu harus dilakukan tanpa penundaan. Anda mungkin mendekati tahap kelelahan dalam sindrom adaptabilitas umum. Tekanan harus dikurangi.

6.4 Kessler Psychological Distress Scale (K10)

K-10 (Kessler, Andrews, & Colpe, 2002) adalah 10-item kuesioner yang menghasilkan ukuran kesusahan global berdasarkan pertanyaan tentang kecemasan dan gejala depresi yang dialami seseorang dalam periode 4 minggu terakhir. Penggunaan

penilaian sendiri merupakan metode penilaian yang diinginkan dan merupakan upaya pihak klinisi untuk mengumpulkan informasi tentang kondisi pasien saat ini dan untuk membangun dialog yang produktif. Pernyataan dalam K-10 terdapat dalam table 2.

Tabel 6.5. Pernyataan pada K-10

No	Pernyataan	Tidak pernah	Hampir tidak pernah	Kadang-kadang	sering	Sangat sering
1	Selama 30 hari terakhir, seberapa sering Anda merasa lelah tanpa alasan?	1	2	3	4	5
2	Selama 30 hari terakhir, seberapa sering Anda merasa gugup?	1	2	3	4	5
3	Selama 30 hari terakhir, seberapa sering Anda merasa sangat gugup sehingga tidak ada yang bisa menenangkan Anda?	1	2	3	4	5
4	Selama 30 hari terakhir, seberapa sering Anda merasa putus asa?	1	2	3	4	5
5	Selama 30 hari terakhir, seberapa sering Anda merasa gelisah atau gelisah?	1	2	3	4	5
6	Selama 30 hari terakhir, seberapa sering Anda merasa gelisah atau gelisah?	1	2	3	4	5
7	Selama 30 hari terakhir, seberapa sering Anda merasa tertekan?	1	2	3	4	5
8	Selama 30 hari terakhir, seberapa sering Anda merasa bahwa semuanya adalah upaya?	1	2	3	4	5
9	Selama 30 hari terakhir, seberapa sering Anda merasa sangat sedih sehingga tidak ada yang bisa menghibur Anda?	1	2	3	4	5
10	Selama 30 hari terakhir, seberapa sering Anda merasa tidak berharga?	1	2	3	4	5

Adopsi dari (Kessler et al., 2002).

Hasil Ukur:	
< 20	= baik-baik saja
20 - 24	= mengalami gangguan mental ringan
25 - 29	= mengalami gangguan mental sedang

≥ 30	= mengalami gangguan mental berat
-----------	-----------------------------------

6.5 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Skala Kecemasan dan Depresi Rumah Sakit (HADS) pada awalnya dikembangkan oleh (Snaith, 2003; Zigmond & Snaith, 1983) dan umumnya digunakan oleh dokter untuk menentukan tingkat kecemasan dan depresi yang dialami seseorang. HADS adalah skala empat belas item yang menghasilkan: Tujuh item berhubungan dengan kecemasan dan tujuh berkaitan dengan depresi. Zigmond dan Snaith menciptakan ukuran hasil ini secara khusus untuk menghindari ketergantungan pada aspek-aspek kondisi ini yang juga merupakan gejala penyakit somatik yang umum, misalnya kelelahan dan insomnia atau hypersomnia, diharapkan akan menjadi alat untuk mendeteksi kecemasan dan depresi pada orang dengan masalah kesehatan fisik.

Skala penilaian diri ditemukan dan telah dikembangkan sebagai instrumen yang dapat diandalkan untuk mendeteksi keadaan depresi dan kecemasan dalam klinik rawat jalan medis rumah sakit. Kecemasan dan subskala depresi juga merupakan ukuran yang valid dari tujuh puluh gangguan emosional. Disarankan bahwa pengenalan skala ke dalam praktek rumah sakit umum akan memfasilitasi tugas besar deteksi dan pengelolaan gangguan emosional pada pasien yang sedang diselidiki dan perawatan di departemen medis dan bedah (Zigmond & Snaith, 1983).

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) disajikan sebagai instrumen yang dapat diandalkan untuk skrining untuk kecemasan dan depresi klinis yang signifikan pada pasien yang menghadiri klinik medis umum. Skala ini juga telah terbukti sebagai ukuran yang valid dari keparahan gangguan mood ini dan oleh karena itu pemberian skala yang berulang pada kunjungan berikutnya ke klinik akan memberikan informasi yang berguna bagi dokter mengenai kemajuan (Zigmond & Snaith, 1983).

Tabel 6.6. Pernyataan pada HADS

Centang pernyataan sesuai dengan perasaan anda seminggu terakhir.

D	A		D	A	
		Saya merasa tegang atau “putus asa”			Saya merasa seolah-olah saya melambat
	3	Setiap saat	3		Hampir sepanjang waktu
	2	Hampir setiap saat	2		Sangat sering
	1	Sesekali	1		Kadang-kadang
	0	Tidak pernah sama sekali	0		Tidak pernah sama sekali
		Saya masih menikmati hal-hal yang dulu saya lakukan Nikmati:			Saya mendapatkan semacam perasaan takut seperti 'kupu-kupu' di perut:
0		Sangat banyak		0	Tidak pernah sama sekali
1		Tidak terlalu banyak		1	Kadang-kadang
2		Hanya sedikit		2	Cukup Sering
3		Hampir tidak sama sekali		3	Sangat Sering
		Saya mendapatkan semacam rasa takut seolah-olah sesuatu yang buruk akan terjadi:			Saya telah kehilangan perhatian pada penampilan saya
	3	Sangat jelas dan sangat buruk	3		Pasti
	2	Ya, tapi tidak terlalu buruk	2		Aku tidak terlalu peduli seperti seharusnya
	1	Sedikit, tetapi itu tidak membuat ku khawatir	1		Aku mungkin tidak terlalu peduli
	0	Tidak sama sekali	0		Saya sangat berhati-hati
		Saya bisa tertawa dan melihat sisi lucunya:			Saya merasa gelisah karena harus bergerak:
0		Sebisa mungkin		3	Sangat banyak
1		Tidak begitu banyak sekarang		2	Cukup banyak
2		Jelas tidak begitu banyak sekarang		1	Tidak terlalu banyak
3		Tidak sama sekali		0	Tidak semuanya
		Pikiran yang mengkhawatirkan masuk ke dalam pikiran saya:			Saya menantikan dengan senang akan sesuatu:
	3	Setiap waktu	0		Seperti yang pernah saya lakukan
	2	Banyak waktu	1		Kurang dari biasanya
	1	Dari waktu ke waktu, tetapi tidak terlalu sering	2		Jelas lebih sedikit dari saya dulu
	0	Hanya sesekali	3		Hampir tidak sama sekali
		Saya merasa ceria:			Tiba-tiba saya merasa panik:
3		Tidak pernah		3	Sangat sering

2		Tidak sering	2	Cukup sering
1		Terkadang	1	Tidak terlalu sering
0		Sebagian besar waktu	0	Tidak pernah
		Saya bisa duduk dengan santai dan merasa santai:		Saya bisa menikmati buku, radio, atau program TV yang bagus:
	0	Pasti	0	Sering
	1	Biasanya	1	Terkadang
	2	Tidak Sering	2	Tidak sering
	3	Tidak sama sekali	3	Sangat jarang

Adopsi dari (Zigmond & Snaith, 1983).

Hasil Ukur:	
Total Skor: Depresi (D) = _____ Anxiety (A) = _____	
0 - 7	= Normal
8 - 10	= batas tidak normal (batas kasus)
11 - 21	= Abnormal (kasus)

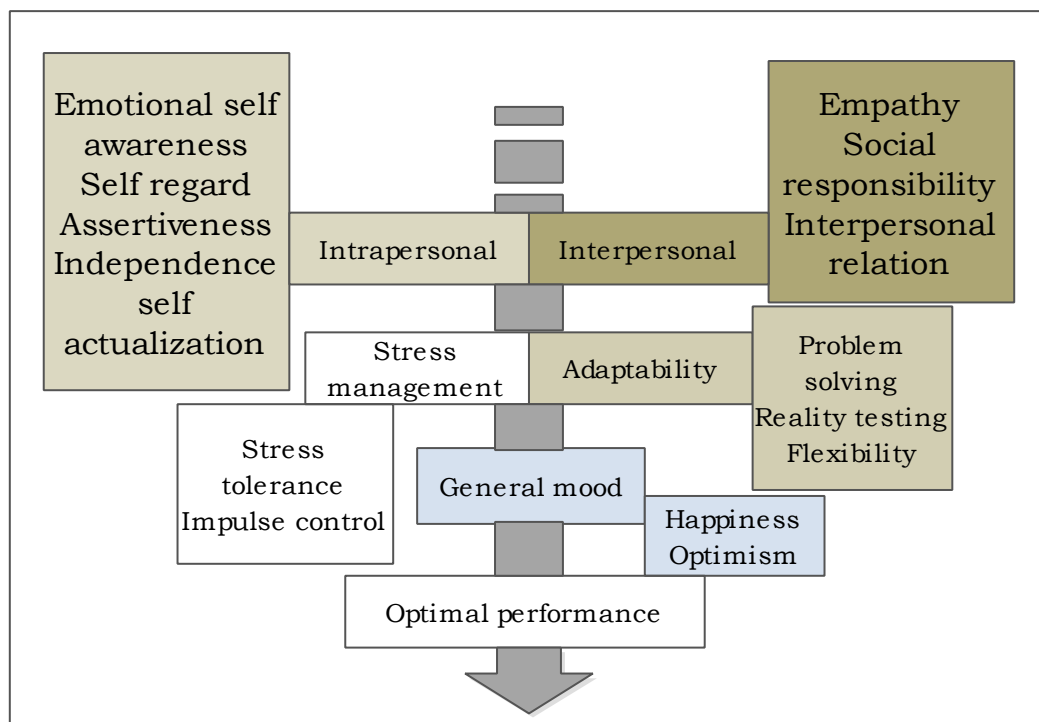
6.6 Emotional Quotient Inventory (EQ-i)

Berdasarkan lebih dari 20 tahun penelitian oleh Dr. Reuven Bar-On dan menguji lebih dari 85.000 orang di seluruh dunia, BarOn EQ-i® adalah ukuran pertama dari kecerdasan emosional yang ditinjau dalam Buku Tahunan Pengukuran Mental Buros. Bar-On EQ-i® mengukur perilaku cerdas secara emosional dan sosial seperti yang dilaporkan oleh responden. Semakin banyak penelitian menunjukkan bahwa kecerdasan emosional adalah penentu utama keberhasilan dalam hidup (lihat <http://eqi.mhs.com> untuk informasi lebih lanjut). BarOn EQ-i terdiri dari 133 item dan termasuk empat indeks validitas dan faktor koreksi canggih yang menghasilkan skor untuk komponen-komponen berikut:

- Intrapersonal (Self-Regard, Kesadaran Diri Emosional, Ketegasan, Kemandirian, dan Aktualisasi Diri)
- Interpersonal (Empati, Tanggung Jawab Sosial, dan Hubungan Antarpribadi)
- Manajemen Stres (Toleransi Stres dan Kontrol Impuls)
- Kemampuan Beradaptasi (Uji Realitas, Fleksibilitas, dan Pemecahan Masalah)
- Skala Suasana Hati Umum (Optimisme dan Kebahagiaan) BarOn EQ-i dapat digunakan secara klinis, pengaturan pendidikan, forensik, medis, perusahaan, sumber daya manusia, dan penelitian. Dalam psikodiagnostik, ia dapat menilai

tingkat umum kecerdasan emosional klien, potensi kesehatan emosional, dan kesejahteraan psikologis. Hasil dapat menunjukkan bidang-bidang yang memerlukan eksplorasi lebih lanjut, menentukan kebutuhan keseluruhan untuk terapi, menetapkan tujuan terapi yang jelas, memutuskan kapan harus menghentikan terapi, mengevaluasi keberhasilan intervensi psikologis, dan mengevaluasi potensi keberhasilan bagi mereka yang dipertimbangkan untuk rehabilitasi penyalahgunaan zat.

EQ-i adalah inventaris laporan diri 133-item. Item adalah pernyataan deklaratif yang diutarakan dalam singular orang pertama. Responden diminta untuk menunjukkan sejauh mana pernyataan tersebut menggambarkan mereka secara akurat pada skala 5 poin (1 = tidak benar untuk saya, 5 = benar untuk saya). Item dijumlahkan untuk menghasilkan skor total, yang mencerminkan kecerdasan emosional keseluruhan; skor pada 5 dimensi komposit tingkat tinggi (kecerdasan intrapersonal, kecerdasan interpersonal, kemampuan beradaptasi, manajemen stres, dan mood umum) dan skor pada 15 skala komponen tingkat rendah.



Gambar 6.2 Bar-On EQi dimensi dan subscale

BAB 7

IDE BUNUH DIRI

7.1 Latar Belakang

Pemikiran bunuh diri (*suicide ideation*) merupakan istilah yang lebih umum dari keinginan bunuh diri atau tindakan bunuh diri. Sebagian besar individu yang melakukan bunuh diri memiliki gangguan kejiwaan. Gejala gangguan kejiwaan yang berkaitan dengan bunuh diri antara lain penyalahgunaan alkohol dan depresi berat. Prilaku bunuh diri dapat dicirikan dari pikiran sekilas untuk bunuh diri sampai ke melakukan tindakan bunuh diri (Gliatto & Rai, 1999). Pemikiran bunuh diri yaitu berpikir tentang, mengingat, atau merencanakan untuk bunuh diri, masuk dalam kriteria tindakan kekerasan pada diri sendiri atau prilaku melukai diri sendiri dan percobaan bunuh diri (Crosby, Ortega, & Melanson, 2011).

Faktor sosial, psikologis, budaya dan faktor lainnya dapat berinteraksi mengarah seseorang untuk perilaku bunuh diri, tapi stigma yang melekat pada gangguan mental dan bunuh diri berarti bahwa banyak orang merasa tidak mampu mencari bantuan (WHO, 2014). Risiko yang terkait dengan masyarakat dan hubungan antara perang dan bencana, tekanan akulturasi (seperti antara masyarakat adat atau pengungsi), diskriminasi, rasa isolasi, pelecehan, kekerasan dan hubungan konflikual. Faktor risiko pada tingkat individu termasuk usaha-usaha bunuh dirisebelumnya, gangguan mental, penggunaan berbahaya alkohol, kerugian finansial, sakit kronis dan riwayat bunuh diri pada keluarga (WHO, 2014).

Literatur internasional menghasilkan banyak catatan dari faktor risiko dan proses kehidupan yang menyebabkan bunuh diri pada remaja dan usaha bunuh diri. Domain faktor risiko yang dapat menyebabkan perilaku bunuh diri meliputi: kesulitan sosial dan pendidikan; kesulitan anak-anak dan keluarga; psikopatologi; individu dan pribadi yang rentan; paparan peristiwa kehidupan dan keadaan yang penuh stres; faktor-faktor sosial, budaya dan kontekstual (Beautrais, 2000). Bukti dari penelitian Beautrais (2000) menunjukkan bahwa faktor risiko terkuat untuk bunuh diri pada pemuda adalah gangguan mental (khususnya, gangguan afektif, gangguan penggunaan narkoba dan perilaku antisosial) dan riwayat psikopatologi.

Mayoritas orang-orang muda yang memiliki ide bunuh diri tidak akan melaksanakan ide itu, namun setiap laporan dari keinginan bunuh diri harus ditanggapi dengan serius. Bahkan ketika itu ringan dan hanya dilaporkan pada satu kesempatan, keinginan bunuh diri telah ditemukan terkait dengan gejala klinis yang signifikan dari depresi (Evans, Rodham, Psychol, & Deeks, 2005). Orang-orang muda yang mengulangi ide bunuh diri terus menerus, pada tingkatan risiko usaha bunuh diri yang parah. Bukti menunjukkan bahwa hubungan antara keinginan bunuh diri dan usaha bunuh diri dimediasi oleh beban faktor risiko psikososial pada orang-orang muda (Scanlan, Purcell, Robinson, & McGorry, 2009).

7.2 Instrument Pengukuran Ide Bunuh Diri

Ada tiga aspek untuk menciptakan penilaian penuh risiko bunuh diri dan memberikan landasan untuk perencanaan perawatan:

1. Kumpulkan informasi lengkap tentang ide dan perilaku bunuh diri di masa lalu, baru-baru ini, dan saat ini
2. Kumpulkan informasi tentang konteks dan riwayat pasien
3. Memadukan informasi ini ke dalam formulasi risiko bunuh diri yang berorientasi pada pencegahan yang tertanam dalam konteks kehidupan pasien²

Tujuan penilaian bukan untuk memprediksi pasien mana yang mungkin mengambil nyawanya sendiri, tetapi untuk meningkatkan keselamatan, mengurangi risiko, dan meningkatkan kesehatan dan pemulihan.

Instrument pengukuran ide bunuh diri dikembangkan untuk mengidentifikasi setiap orang yang berisiko bunuh diri, hal ini dengan menggunakan instrument yang dapat menggambarkan adanya ide bunuh diri pada remaja/mahasiswa. Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mengembangkan instrument antara lain untuk mengetahui:

1. Munculnya ide bunuh diri ke dalam pikiran
2. Skrining positif untuk risiko bunuh diri pada instrumen yang divalidasi yang dapat menjadi prediksi perilaku bunuh diri di masa depan,
3. proxy untuk masalah kesehatan mental serius lainnya yang memerlukan perhatian.
4. instrumen singkat untuk membantu mendeteksi pasien medis yang berisiko bunuh diri.

7.2.1 Instrumen *Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*

Columbia-Suicide severity rating scale (C-SSRS) adalah skala penilaian perilaku dan ide bunuh diri yang dibuat oleh para peneliti di Universitas Columbia, Universitas Pennsylvania, Universitas Pittsburgh dan Universitas New York untuk mengevaluasi risiko bunuh diri. Ukuran yang digunakan untuk mengidentifikasi dan menilai individu yang berisiko bunuh diri. C-SSRS mengukur tingkat keparahan ide, intensitas ide, perilaku dan kematian. Ada empat versi skala yang tersedia, termasuk:

1. Versi seumur hidup / terbaru, yang memungkinkan para praktisi untuk mengumpulkan sejarah seumur hidup dari ide bunuh diri dan / atau perilaku.
2. Sejak Versi Kunjungan Terakhir untuk penilaian pemikiran dan perilaku bunuh diri sejak C-SSR terakhir kali diberikan.
3. Versi skrining, versi singkat dari formulir lengkap (3-6 pertanyaan) yang paling umum digunakan dalam pengaturan triase klinis.
4. Halaman Penilaian Risiko, yang menyediakan daftar periksa faktor protektif dan risiko bunuh diri.

Instrumen C-SSRS dikembangkan oleh Kelly Posner (Posner, 2008).

Tabel 7.1. Pernyataan pada C-SSRS

Definisi dan penyebab muncul nya Ide Bunuh Diri	Bulan lalu	
Ajukan pertanyaan yang dicetak tebal dan bergaris bawah	Ya	Tidak
Ajukan pertanyaan nomor 1 & 2		
1) Berharap untuk Mati: Orang tersebut mendukung pemikiran tentang keinginan untuk mati atau tidak hidup lagi, atau ingin tertidur dan tidak bangun. <u>Apakah anda pernah berharap anda mati atau berharap anda tidur dan tidak akan bangun lagi?</u>		
2) Pikiran umum non-spesifik tentang keinginan untuk mengakhiri hidup seseorang / bunuh diri, "Saya sudah berpikir untuk bunuh diri" tanpa pemikiran umum tentang cara untuk membunuh diri sendiri / metode terkait, niat, atau rencana. <u>Apakah anda benar-benar berpikiran untuk bunuh diri?</u>		
Jika jawaban 'Ya' kedua pertanyaan, ajukan pertanyaan 3, 4, 5, dan 6. Jika jawaban 'Tidak', langsung ke pertanyaan 6.		
3) Pikiran untuk bunuh diri dengan metode (tanpa rencana tertentu atau maksud untuk bertindak): Orang tersebut mendukung pemikiran bunuh diri dan telah memikirkan setidaknya satu metode selama periode penilaian.		

<p>Ini berbeda dari rencana khusus dengan rincian waktu, tempat, atau metode yang dikerjakan. "Aku berpikir untuk mengambil overdosis, tetapi aku tidak pernah membuat rencana spesifik kapan di mana atau bagaimana aku akan benar-benar melakukannya dan aku tidak akan pernah melakukannya <u>Apakah anda pernah berpikir tentang bagaimana cara yang mungkin untuk membunuh dirimu sendiri?</u></p>		
<p>4) Bermaksud bunuh diri (tanpa rencana tertentu): Pikiran bunuh diri aktif untuk membunuh diri sendiri dan laporan pasien memiliki beberapa niat untuk menindaklanjuti pemikiran seperti itu, sebagai lawan dari "Saya memiliki pemikiran tetapi saya pasti tidak akan melakukan apa-apa tentang mereka." <u>Apakah anda memiliki pikiran dan niat untuk melakukan bunuh diri?</u></p>		
<p>5) Niat bunuh diri dengan rencana tertentu: Pikiran membunuh diri sendiri dengan rincian rencana sepenuhnya atau sebagian berhasil dan seseorang memiliki niat untuk melaksanakannya. <u>Apakah anda mulai membuat rincian untuk melakukan bunuh diri, apakah anda berniat untuk melaksanakan rencana ini?</u></p>		
<p>6) Pertanyaan Perilaku Bunuh Diri: Pernahkah anda melakukan sesuatu untuk mengakhiri hidup anda? Contoh: mengumpulkan obat-obatan (pil), mendapatkan pistol, memberikan barang-barang berharga, menulis surat wasiat atau bunuh diri, mengeluarkan pil tetapi tidak menelan apa pun, memegang pistol tetapi mengubah pikiran Anda atau diambil dari tangan Anda, pergi ke atap tetapi tidak melompat; atau benar-benar minum pil, mencoba menembak diri sendiri, melukai diri sendiri, mencoba menggantung diri, dan lain-lain.</p>		
<p>Jika Ya, apakah lebih dari setahun yang lalu</p>		
<p>Jika ya, antara tiga bulan dan satu tahun yang lalu</p>		
<p>jika ya, dalam tiga bulan terakhir</p>		

Adopsi dari (Posner, 2008).

C-SSRS terdiri dari sepuluh kategori dengan pilihan jawaban ya / tidak, untuk menunjukkan ada atau tidaknya perilaku. Sepuluh kategori yang termasuk dalam C-SSRS adalah sebagai berikut:

1. Kategori 1 – Ingin mati;
2. Kategori 2 - Pikiran untuk bunuh diri aktif non-spesifik;
3. Kategori 3 - Gagasan bunuh diri aktif dengan metode apa pun (bukan rencana) tanpa niat untuk bertindak;

4. Kategori 4 - Ide bunuh diri aktif dengan niat untuk bertindak, tanpa rencana spesifik;
5. Kategori 5 - Ide bunuh diri aktif dengan rencana dan niat khusus;
6. Kategori 6 - Tindakan atau perilaku persiapan;
7. Kategori 7 - Upaya yang dibatalkan;
8. Kategori 8 - Upaya terganggu;
9. Kategori 9 - Upaya sebenarnya (tidak fatal);
10. Kategori 10 - Bunuh Diri Lengkap.

Respons ya / tidak juga digunakan dalam menilai perilaku yang merugikan diri sendiri tanpa niat bunuh diri. Hasil dari C-SSRS adalah skor numerik yang diperoleh dari kategori yang disebutkan di atas.

Tidak ada batas klinis yang ditentukan untuk C-SSRS karena sifat biner dari respons terhadap item. Ketika suatu item disetujui, dokter harus mengajukan pertanyaan tindak lanjut untuk mendapatkan informasi tambahan. Tabel berikut ini dapat menginformasikan pemantauan keselamatan dan perencanaan perawatan ketika pasien mendukung ide bunuh diri, perilaku bunuh diri, atau keduanya:

Outcome	Item pengesahan	C-SSRS kategori
Ide bunuh diri	“ya”	Kategori 1-5
Perilaku bunuh diri	“ya”	Kategori 6-10
Ide & perilaku bunuh diri	“ya”	Kategori 1-10

Penyedia harus menggunakan C-SSRS sebagai ukuran ide bunuh diri, niat, atau rencana, dan perilaku bunuh diri di masa lalu. Ini dapat digunakan untuk memandu intervensi terapi yang tepat dan untuk memfasilitasi pemantauan dan perencanaan keselamatan. Selain itu, C-SSRS dapat digunakan untuk mengukur kemajuan pengobatan dari waktu ke waktu dan untuk menilai kesulitan yang berlanjut dengan bunuh diri yang harus menjadi target pengobatan.

7.2.2 Ask suicide-screening questions (ASQ)

Instrumen ASQ dikembangkan oleh *National Institute of Mental Health USA* (NIMH, 2017). Alat skrining 4-item yang cepat yang secara psikometri untuk semua pasien anak yang datang ke unit gawat darurat, unit rawat inap, & fasilitas perawatan primer.

Latar belakang pengembangan instrument ini yaitu (NIMH, 2017):

1. Tahun 2010, bunuh diri menjadi penyebab kematian nomor 2 bagi remaja usia 10-24.
2. Tahun 2015, lebih dari 5.900 pemuda Amerika bunuh diri.
3. Di A.S., lebih dari 2 juta anak muda mencoba bunuh diri setiap tahun. 90% upaya bunuh diri di kalangan remaja tidak diketahui orang tua.
4. Identifikasi dini dan perawatan pasien dengan risiko tinggi untuk bunuh diri adalah strategi pencegahan bunuh diri utama, namun pasien risiko tinggi sering tidak dikenali oleh penyedia layanan kesehatan.
5. Studi terbaru menunjukkan bahwa sebagian besar orang yang meninggal karena bunuh diri telah melakukan kontak dengan penyedia layanan kesehatan dalam waktu tiga bulan sebelum kematian mereka.
6. Sayangnya, pasien-pasien ini sering hanya hadir dengan keluhan fisik dan jarang mendiskusikan pikiran dan rencana bunuh diri kecuali diminta secara langsung.
7. Bunuh diri di lingkungan medis merupakan salah satu peristiwa sentinel yang paling sering dilaporkan, dalam 20 tahun terakhir, lebih dari 1.300 kematian pasien akibat bunuh diri telah dilaporkan dari rumah sakit nasional.
8. 25% dari bunuh diri ini terjadi di lingkungan kesehatan non-perilaku seperti unit medis umum dan gawat darurat.
9. Analisis akar penyebab mengungkapkan bahwa kurangnya “penilaian” risiko bunuh diri yang tepat adalah penyebab utama bunuh diri yang dilaporkan ini.

Pernyataan dalam ASQ terdiri dari 5 pernyataan dengan pilihan “ya” dan “tidak”, kuesioner yaitu:

Tabel 7.2. Pernyataan pada ASQ

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Dalam beberapa minggu terakhir, pernahkah Anda berharap Anda mati?		
2	Dalam beberapa minggu terakhir, apakah Anda merasa bahwa Anda atau keluarga Anda akan lebih baik jika Anda mati?		
3	Dalam seminggu terakhir, apakah Anda pernah berpikir untuk bunuh diri?		
4	Apakah Anda pernah mencoba bunuh diri? Jika ya, bagaimana?		

	Kapan? _____ Jika pasien menjawab ya untuk salah satu di atas, tanyakan pertanyaan berikut:		
5	Apakah Anda memiliki pemikiran untuk bunuh diri sekarang?		

Adopsi dari (NIMH, 2017).

Pedoman dalam menjawab pernyataan pada ASQ yaitu:

1. Jika pasien menjawab "Tidak" untuk semua pertanyaan 1 hingga 4, skrining selesai, tidak perlu mengajukan pertanyaan nomor 5, dan tidak diperlukan intervensi. Catatan: Penilaian klinis selalu dapat mengesampingkan layar negatif).
2. Jika pasien menjawab "Ya" untuk pertanyaan 1 hingga 4, atau menolak untuk menjawab, mereka dianggap sebagai positif. Ajukan pertanyaan nomor 5, untuk menilai ketajaman: "Ya" untuk pertanyaan nomor 5 = positif akut (risiko yang harus segera teridentifikasi). Pasien membutuhkan penilaian keselamatan/evaluasi kesehatan mental penuh. Pasien tidak dapat pergi sampai dievaluasi keamanannya. Tetap sabar dalam skrining. Hilangkan semua benda berbahaya dari ruangan evaluasi. Beri tahu dokter atau psikolog yang bertanggung jawab atas perawatan pasien.
3. Jika jawaban "Tidak" untuk pertanyaan nomor 5 = positif non-akut (risiko potensial diidentifikasi), pasien memerlukan penilaian keamanan bunuh diri singkat untuk menentukan apakah evaluasi kesehatan mental yang lengkap diperlukan. Pasien tidak dapat pergi sampai dievaluasi keamanannya. Beri tahu dokter atau psikolog yang bertanggung jawab atas perawatan pasien.

7.2.3 Patient Health Questioner (PHQ)

PHQ-9 adalah instrumen psikometri yang awalnya merupakan bagian dari *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) yang ditujukan untuk penapisan gangguan mental secara umum. Kemudian pada tahun 2001, kuesioner yang disusun oleh Robert J. Spitzer, Dr. Janet B.W. Williams, Dr. Kurt Kroenke, dan rekan-rekannya dari Universitas Columbia, New York, Amerika Serikat ini dikembangkan secara terpisah sehingga secara khusus mengidentifikasi depresi.

PHQ-9 terdiri dari sembilan pertanyaan pendek yang dibuat berdasarkan pedoman kriteria diagnosis depresi dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)* sehingga sesuai dengan Pedoman Penggolongan dan

Depresi, Anxiety, Stres, dan Bunuh Diri

Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ-III) yang digunakan di Indonesia. Butir pertanyaan dan cara penilaian dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 7.3. Pernyataan pada PHQ-9

Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda terganggu oleh masalah-masalah berikut? (Gunakan “✓” untuk menandai jawaban Anda)	Tidak Pernah	Beberapa hari	Lebih dari separuh waktu yang dimaksud	Hampir setiap hari
Kurang berminat/bergairah dalam melakukan apapun	0	1	2	3
Merasa murung, sedih, atau putus asa				
Sulit tidur/mudah terbangun atau terlalu banyak tidur				
Merasa Lelah atau kurang bertenaga				
Kurang nafsu makan atau terlalu banyak makan				
Kurang percaya diri atau merasa bahwa anda adalah orang yang gagal atau telah mengecewakan diri sendiri atau keluarga				
Sulit berkonsentrasi pada sesuatu, misalnya membaca koran atau menonton televisi				
Bergerak atau berbicara sangat lambat sehingga orang lain memperhatikannya, atau sebaliknya: merasa resah atau gelisah sehingga anda lebih sering bergerak dari biasanya.				
Merasa lebih baik mati atau ingin melukai diri sendiri dengan cara apapun.				

Adopsi dari Kroenke, Spitzer, & Williams (2001)

Penilaian dilakukan dengan menambah seluruh jumlah pertanyaan pada kuesioner. Hasil dari penjumlahan mempunyai arti klinis dan rekomendasi terapi. Skor serta arti klinis dan rekomendasi terapi disebutkan sebagai berikut:

1. Skor < 10: Gejala depresi ringan. Anjuran terapi adalah psikoedukasi bila ada perburukan gejala

2. Skor 10 – 14: Depresi ringan. Anjuran terapi adalah observasi gejala yang ada dalam 1 bulan (perbaikan atau perburukan) dan pertimbangan pemberian antidepresan atau psikoterapi singkat
3. Skor 15 – 19: Depresi sedang. Dianjurkan untuk memberikan antidepresan atau psikoterapi
4. Skor ≥ 20 : Depresi berat : Dianjurkan untuk memberikan antidepresan secara tunggal atau kombinasikan dengan psikoterapi intensif

7.2.4 Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage (SAFE-T)

Awalnya disusun oleh Douglas Jacobs, MD, dan dikembangkan sebagai kolaborasi antara *Screening for Mental Health, Inc.* dan *the Suicide Prevention Resource Center*. SAFE-T dimanfaatkan oleh *American Psychiatric Association Practice Guidelines* untuk penilaian dan perawatan pasien dengan perilaku bunuh diri.

Item dalam wawancara SAFE-T cenderung menghasilkan informasi rinci yang diperlukan untuk mengembangkan gambaran lengkap risiko bunuh diri pasien, item antara lain:

1. Ideation: frekuensi, intensitas, durasi dalam 48 jam terakhir, bulan lalu, dan terburuk yang pernah ada
 2. Rencana: waktu, lokasi, kematian, ketersediaan, tindakan persiapan
 3. Perilaku: upaya masa lalu, upaya yang dibatalkan, latihan (mengikat tali, pistol pemuatan) vs tindakan bunuh diri yang tidak bunuh diri
 4. Keinginan: sejauh mana keinginan pasien, mengharapkan untuk melaksanakan rencana, dan percaya rencana / tindakan itu mematikan dan merugikan diri sendiri.
- Selidiki ambivalensi: alasan untuk mati vs alasan untuk hidup.

Penilaian bunuh diri harus dilakukan pada kontak pertama, dengan perilaku bunuh diri selanjutnya, peningkatan ide, atau klinis terkait. Perubahan untuk pasien rawat inap, sebelum meningkatkan hak istimewa dan saat dipulangkan.

1. Faktor risiko
 - a. Perilaku bunuh diri: riwayat percobaan bunuh diri sebelumnya, percobaan bunuh diri yang dibatalkan, atau perilaku yang merugikan diri sendiri
 - b. Gangguan kejiwaan saat ini / sebelumnya: gangguan mood terutama, gangguan psikotik, penyalahgunaan alkohol / zat, ADHD, TBI, PTSD,

- kepribadian Cluster B, Gangguan, gangguan perilaku (perilaku antisosial, agresi, impulsif), co-morbiditas dan timbulnya penyakit baru-baru ini meningkatkan risiko
- c. Gejala utama: anhedonia, impulsif, keputusasaan, kecemasan / panik, insomnia global, halusinasi perintah
 - d. Pencetus / penekan / Interpersonal: memicu peristiwa yang mengarah pada penghinaan, rasa malu, atau putus asa (mis., Kehilangan hubungan, status keuangan atau kesehatan nyata atau diantisipasi). Penyakit medis yang sedang berlangsung (terutama gangguan SSP, nyeri). Kemabukan. Kekacauan / kekacauan keluarga. Riwayat pelecehan fisik atau seksual. Isolasi social
 - e. perubahan perawatan: keluar dari rumah sakit jiwa, penyedia atau perubahan perawatan
 - f. Akses ke senjata api
 - g. Riwayat keluarga: bunuh diri, upaya, atau gangguan kejiwaan Axis 1 yang membutuhkan rawat inap
2. Faktor protektif: Faktor pelindung, bahkan jika ada, mungkin tidak menangkal risiko akut yang signifikan:
 - a. Internal: kemampuan untuk mengatasi stres, kepercayaan agama, toleransi frustrasi
 - b. Eksternal: tanggung jawab terhadap anak-anak atau hewan peliharaan tercinta, hubungan terapi positif, dukungan social
 3. Pertanyaan suicide: Pertanyaan khusus tentang pikiran, rencana, perilaku, niat
 - a. Ideation: frekuensi, intensitas, durasi — dalam 48 jam terakhir, bulan lalu, dan terburuk yang pernah ada
 - b. Rencana: waktu, lokasi, kematian, ketersediaan, tindakan persiapan
 - c. Perilaku: upaya masa lalu, upaya yang dibatalkan, latihan (mengikat tali, pistol pemuatan) vs tindakan bunuh diri yang tidak bunuh diri
 - d. Maksud: sejauh mana pasien (1) mengharapkan untuk melaksanakan rencana dan (2) percaya rencana / tindakan itu mematikan dan merugikan diri sendiri. Jelajahi ambivalensi: alasan untuk mati vs alasan untuk hidup

- Untuk Remaja: tanyakan orang tua / wali tentang bukti pemikiran bunuh diri, rencana, atau perilaku, dan perubahan suasana hati, perilaku, atau disposisi
- Permintaan Pembunuhan: ketika ditunjukkan, esp. Dalam karakter laki-laki cacat atau paranoid berurusan dengan kehilangan atau penghinaan. Tanyakan di empat area yang tercantum di atas

4. Tingkat risiko / intervensi

- a. Penilaian tingkat risiko didasarkan pada penilaian klinis, setelah menyelesaikan langkah 1-3
- b. Menilai kembali ketika keadaan pasien atau lingkungan berubah

Tabel 7.4. Tabel tingkatan risiko pada SAFE-T

Tingkat Risiko	Faktor Risiko/Protektif	Usaha bunuh diri	Intervensi yang memungkinkan
Tinggi	Diagnosis psikiatrik dengan gejala parah dari peristiwa pencetus akut; faktor perlindungan tidak relevan	Upaya bunuh diri yang berpotensi mematikan atau ide yang terus-menerus dengan niat kuat atau latihan bunuh diri	Penerimaan secara umum ditunjukkan kecuali perubahan signifikan mengurangi risiko. Tindakan pencegahan bunuh diri
Sedang	Banyak faktor risiko, beberapa faktor perlindungan	Ide bunuh diri dengan rencana, tetapi tidak ada niat atau perilaku	Penerimaan mungkin diperlukan tergantung pada faktor-faktor risiko. Kembangkan rencana krisis. Berikan nomor darurat / krisis
Rendah	Modifiable risk factors, strong protective factors	Pikiran akan kematian, tidak ada rencana, niat, atau perilaku	Rujukan rawat jalan, pengurangan gejala. Berikan nomor darurat / krisis

(Grafik ini dimaksudkan untuk mewakili berbagai tingkat risiko dan intervensi, bukan penentuan yang sebenarnya.) Diadopsi dari SAMHSA (2009).

7.2.5 The Patient Safety Screener (PSS-3)

Patient Safety Screener (PSS-3) adalah alat skrining tiga item untuk digunakan dalam pengaturan perawatan akut untuk membantu penyedia dalam skrining untuk risiko bunuh diri. Ini dapat diberikan kepada semua pasien, tidak hanya mereka yang

datang untuk perawatan psikiatrik. Tiga pertanyaan penyaringan termasuk dalam PSS-3 berkaitan dengan depresi, ide bunuh diri aktif dalam dua minggu terakhir, dan upaya bunuh diri seumur hidup.

Patient Safety Screener (PSS-3) dirancang untuk menyaring risiko yang tidak dapat diabaikan dan memberikan stratifikasi awal bagi mereka yang berisiko tidak dapat diabaikan menjadi risiko ringan, sedang, atau tinggi. Ini dapat digunakan sebagai instrumen sembilan item tunggal. Selain itu, tiga item pertama (PSS-3) dan enam item terakhir (ED-SAFE *Secondary Screener*, atau ESS) dapat digunakan secara terpisah. Misalnya, PSS-3 sendiri dapat digunakan sebagai alat skrining universal, atau dalam populasi yang ditargetkan, seperti yang mengalami keluhan kesehatan emosional atau perilaku. ESS dapat digunakan sebagai alat skrining sekunder jika instrumen skrining primer lain yang menilai ide dan perilaku positif.

Tabel 7.5. Tabel tingkatan resiko pada PSS-3

Variabel	Item	Pilihan Jawaban	
Depresi	1 Selama 2 minggu terakhir, apakah Anda merasa sedih, tertekan, atau putus asa	ya, tidak, menolak	"Ya" ke Item 1 = layar positif untuk Depresi.
Pemikiran bunuh diri	2 Selama 2 minggu terakhir, pernahkah Anda berpikir untuk bunuh diri?	ya, tidak, menolak	"Ya" ke Butir 2 atau "6 bulan terakhir" ke Butir 3 = layar positif untuk Risiko Bunuh Diri.
Upaya bunuh diri	3 Pernahkah Anda mencoba bunuh diri?	ya, tidak, menolak	
	4 Jika Ya untuk item 3, kapan terakhir terjadi?	<ul style="list-style-type: none"> • Dalam 24 jam terakhir (termasuk hari ini) • Dalam sebulan terakhir (tapi tidak hari ini) • Antara 1 dan 6 bulan lalu • Lebih dari 6 bulan lalu • Menolak • Pasien tidak dapat menyelesaikan 	

Diadopsi dari Boudreaux, Jaques, Brady, Matson, & Allen (2015).

7.2.6 Beck Hopelessness Scale

The Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck & Steer, 1988) dirancang untuk mengukur sikap negatif tentang masa depan seseorang dan ketidakmampuan yang dirasakan untuk mencegah kejadian kehidupan negatif.

Dua puluh pertanyaan dengan pilihan jawaban benar/salah mengukur tiga aspek keputusan:

- Perasaan negatif tentang masa depan;
- Kehilangan motivasi; dan
- Harapan pesimistis.

Masing-masing dari 20 pernyataan diberi skor 0 atau 1. Skor total dihitung dengan menjumlahkan tanggapan pesimis untuk masing-masing dari 20 item, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan keputusan yang lebih besar. Skor batas yang dipublikasikan untuk BHS lebih besar dari 9 (Beck, Steer et al., 1985).

BHS dapat digunakan dengan sampel psikiatri dan non-psikiatri (populasi umum), serta dengan orang dewasa yang lebih tua (Neufeld et al., 2010). Ini dapat digunakan dalam pengaturan forensik, di mana skor cut-off lebih besar dari 5 telah diidentifikasi untuk risiko bunuh diri (McMillan et al., 2007).

BHS dikembangkan untuk menghasilkan skor yang dapat diandalkan dengan skor konsistensi internal yang dilaporkan mulai dari skor alpha Chronbach dari $\alpha = 0,82$ hingga $\alpha = 0,93$ di antara sampel orang dengan penyakit mental (Beck & Steer, 1988) dan $\alpha = 0,88$ di sampel non-psikiatri (Steed, 2001). Ketika membandingkan skor BHS dan peringkat klinis keputusan, korelasi sedang telah ditemukan antara tanggapan BHS dan peringkat keputusan dalam sampel praktik umum ($r = 0,74$) dan dalam sampel percobaan bunuh diri ($r = 0,62$) (Beck et al., 1974).

BHS dapat menjadi skrining awal yang baik untuk mengidentifikasi orang yang membutuhkan penilaian risiko klinis yang lebih intensif (McMillan et al., 2007). BHS tidak didukung untuk digunakan dalam mengidentifikasi individu yang berisiko tinggi mengalami cedera diri berulang dan tidak bunuh diri, juga tidak didukung untuk digunakan dalam pengaturan darurat (Cochrane-Brink, et al., 2000).

7.2.7 Beck Scale for Suicide Ideation (BSS)

Skala Beck untuk Ide Bunuh Diri (BSS: Beck et al., 1979) mengukur intensitas sikap saat ini dan segera, perilaku dan rencana perilaku terkait bunuh diri dengan maksud untuk mengakhiri hidup pada pasien psikiatri.

Skala tersebut terdiri dari 21 item yang dinilai pada skala 3 poin dari intensitas bunuh diri (misalnya, 0 hingga 2). Lima item pemeriksaan menilai keinginan pasien untuk hidup atau mati, termasuk keinginan untuk mencoba bunuh diri. Jika ada ide terkait bunuh diri aktif atau pasif yang dicatat, item skala yang tersisa akan diberikan untuk menilai durasi dan frekuensi ide tersebut, serta jumlah persiapan yang terlibat dalam upaya bunuh diri yang direncanakan. BSS membutuhkan pelatihan khusus dan kualifikasi profesional untuk digunakan.

BSS telah divalidasi di antara sejumlah populasi, termasuk pasien rawat inap dan rawat jalan psikiatri, pasien perawatan primer, pasien ruang gawat darurat, remaja, mahasiswa, dan populasi klinis orang dewasa yang lebih tua (Beck et al., 1985; Beck et al., 1997; Clum & Curtin, 1993; Holi et al., 2005; Mireault & de Man, 1996).

BSS memiliki konsistensi internal yang cukup tinggi dengan *Cronbach alpha* mulai dari $\alpha = 0,84$ hingga $\alpha = 0,89$. Respon terhadap SSI secara signifikan dikaitkan dengan *Beck Depression Inventory* dan *Hamilton Rating Scale for Depression* (Brown, 2002). BSS adalah salah satu dari sedikit alat penilaian yang telah mendokumentasikan validitas prediktif untuk kematian karena bunuh diri. Dalam studi prospektif 20 tahun, pasien yang dianggap berisiko tinggi tujuh kali lebih mungkin meninggal karena bunuh diri dibandingkan pasien yang dianggap berisiko lebih rendah (Brown et al., 2000). Validitas prediktif BSS untuk bunuh diri akut tidak ditemukan dalam literatur.

BSS adalah salah satu ukuran ideasi terkait bunuh diri yang paling banyak digunakan dan telah dipelajari secara ekstensif, telah terbukti dapat membedakan antara orang dewasa dan remaja dengan dan tanpa riwayat upaya bunuh diri (Holi et al., 2005; Mann et al., 1999).

BSS dapat dikelola oleh dokter atau dilakukan melalui laporan mandiri menggunakan kertas dan pensil atau di komputer (Chioqueta & Stiles, 2006). Analisis faktor skala telah mengungkapkan berbagai dimensi bunuh diri, tergantung pada populasi yang dijadikan sampel dan metode analisis faktor yang digunakan. Analisis faktor asli mengungkapkan tiga faktor: keinginan bunuh diri yang aktif; keinginan

bunuh diri pasif; dan persiapan (Beck et al., 1979). Baru-baru ini, model motivasi dua faktor (misalnya, keinginan, alasan, keinginan) dan persiapan (misalnya, perencanaan dan tindakan) dibuat di antara sampel perempuan yang mencoba bunuh diri (Holden & DeLisle, 2005).

7.2.8 Geriatric Suicide Ideation Scale

Skala Ide Bunuh Diri Geriatrik (GSIS; Heisel & Flett, 2006) adalah ukuran multidimensi dari ide terkait bunuh diri yang dikembangkan untuk digunakan dengan orang dewasa yang lebih tua.

GSIS terdiri dari 31 pertanyaan dengan skor mulai dari 31 hingga 165. Peserta memberikan tanggapan pada skala tipe Likert 5 poin mulai dari sangat tidak setuju (1) hingga sangat setuju (5). GSIS awalnya divalidasi dengan senior yang dilembagakan dan tinggal di komunitas lebih dari 64 tahun (Heisel & Flett, 2006). GSIS memiliki empat faktor:

- Ide bunuh diri (misalnya, "Saya ingin mengakhiri hidup saya.");
- Makna yang Dipersepsi dalam Kehidupan (misalnya, "Hidup sangat berharga bagi saya", kunci terbalik);
- Kehilangan Nilai Pribadi dan Sosial (misalnya, "Saya biasanya merasa sangat tidak berharga"); dan
- Gagasan Kematian (misalnya, "Saya sering berharap saya akan meninggal dalam tidur saya"); dan satu item tambahan (mis., "Saya telah mencoba mengakhiri hidup saya di masa lalu").

Uji-ulang keandalan tanggapan oleh sampel dari 32 penghuni panti jompo adalah $r = 0,86$ (satu hingga dua bulan antara titik pengukuran), dan $r = 0,77$ untuk sampel 13 penghuni panti jompo (1 hingga 1,5 tahun antar titik pengukuran). Alpha Cronbach untuk tanggapan terhadap GSIS ($\alpha = 0,90$) dan subskala ($0,74 \leq \alpha \leq 0,86$) menunjukkan dapat diterima untuk konsistensi internal yang baik (Heisel & Flett, 2006). Tanggapan terhadap GSIS telah menunjukkan validitas konkuren yang kuat vis-à-vis Skala Beck untuk Ide Bunuh Diri ($r = 0.62$) dan Skala Depresi Geriatric ($r = 0.77$; Heisel, Flett, Duberstein, & Lyness, 2005). Fitur

positif lebih lanjut termasuk kepekaannya terhadap ide terkait bunuh diri di berbagai fungsi dan subskala yang berfokus pada faktor maladaptif dan pelindung.

7.2.9 InterRAI Severity of Self-harm Scale (interRAI SOS)

Severity of Self-harm (Skala SOS) interRAI mengukur risiko melukai diri sendiri (bunuh diri dan melukai diri sendiri) berdasarkan ide, rencana, dan perilaku bunuh diri historis dan terkini serta indikator depresi, keputusan, gejala positif, fungsi kognitif, dan perhatian keluarga atas keselamatan orang tersebut. Skala SOS menggunakan algoritme penilaian hierarki yang menghasilkan skor mulai dari 0 (tanpa risiko) hingga 6 (risiko ekstrem atau segera). Orang yang mendapat skor pada tingkat risiko tertinggi (6) termasuk mereka yang diamati atau dilaporkan ide bunuh diri dalam 24 hingga 76 jam terakhir, yang sebelumnya mencoba bunuh diri, dan memiliki sejumlah besar gejala depresi saat ini.

InterRAI SOS adalah skala yang tertanam dalam tiga instrumen penilaian interRAI untuk pengaturan kesehatan mental, Kesehatan Mental interRAI, Kesehatan Mental Komunitas interRAI, dan Penyaring Darurat interRAI untuk Psikiatri (www.interrai.org). InterRAI Mental Health (interRAI MH) adalah sistem penilaian yang mencakup informasi tentang karakteristik sosio-demografis seseorang, indikator status kesehatan mental dan fisik, pola penggunaan zat, perilaku agresif dan mengganggu, merugikan diri sendiri dan orang lain, diagnosa, kinerja kognitif, berfungsi dengan aktivitas sehari-hari, hubungan sosial dan keluarga, fungsi kejuruan, dan pemanfaatan layanan (Hirdes et al., 2000). Instrumen yang kompatibel dengan interRAI MH, InterRAI Community Mental Health (CMH) dirancang untuk digunakan di antara orang-orang yang menerima layanan kesehatan mental rawat jalan. Sekitar 60% dari item di CMH interRAI adalah sama dengan interRAI MH dengan item lainnya dirancang untuk menangani masalah relevansi khusus dengan layanan kesehatan mental komunitas (misalnya, masalah keuangan, item penggunaan zat yang diperluas, keterlibatan dengan peradilan pidana, dll). InterRAI Emergency Screener for Psychiatry (ESP) adalah instrumen penyaringan singkat yang mencakup item dari interRAI MH dan CMH yang dirancang untuk menilai kemampuan untuk merawat diri sendiri dan risiko melukai diri sendiri dan orang lain dalam pengaturan ruang gawat darurat.

MH dan CMH interRAI diselesaikan saat masuk, setiap 90 hari, setelah perubahan status, dan saat keluar. InterRAI ESP diselesaikan dalam 24 jam pertama setelah seseorang memasuki lingkungan kesehatan darurat. Setiap penilaian ini diselesaikan oleh tim perawatan klinis berdasarkan observasi serta konsultasi dengan anggota tim lain, keluarga, dan orang tersebut. MH dan CMH interRAI didasarkan pada periode observasi tiga hari, sedangkan ESP menggunakan periode observasi 24 jam.

MH interRAI telah ditemukan memiliki reliabilitas antar penilai yang baik dengan tingkat persetujuan rata-rata pada peringkat item lebih dari 80% antara penilai (Hirdes et al., 2002). Skala SOS diperoleh dengan menggunakan lebih dari 1.000 penilaian ESP interRAI yang dikumpulkan dari 10 rumah sakit Ontario dengan tempat tidur kesehatan mental rawat inap. Untuk menilai validitas, dokter yang menyelesaikan ESP juga diminta untuk menilai tingkat risiko bahaya pada diri sendiri yang ditimbulkan oleh setiap orang pada skala lima poin, dari risiko minimal hingga sangat parah/segera. Hubungan yang kuat ditemukan antara skor SOS dan klinisi peringkat risiko di mana skor SOS cocok dengan peringkat dokter 85% dari waktu. Selanjutnya, 98% pasien dengan skor 0 pada SOS dinilai sebagai risiko minimal atau ringan oleh dokter sementara 80% dengan skor SOS 6 dinilai sebagai risiko sedang hingga sangat parah/segera.

Skala SOS juga digunakan sebagai dasar untuk Suicidality and Purposeful Self-harm Self-harm Clinical Assessment Protocol (CAP). Setelah MH, CMH, atau ESP interRAI lengkap selesai, tim klinis akan diberitahu kepada orang-orang minimal hingga ringan (0 hingga 2), sedang hingga berat (3 hingga 4), dan risiko sangat parah melukai diri sendiri (5 hingga 6). CAP memberikan daftar pertimbangan, pedoman, dan intervensi awal yang dapat digunakan oleh tim klinis dalam perencanaan perawatan untuk mengatasi masalah keamanan jangka pendek dan jangka panjang guna mencegah tindakan melukai diri sendiri dan bunuh diri di masa mendatang. Dengan demikian, instrumen penilaian interRAI menggabungkan penilaian risiko dengan pedoman untuk mendukung perencanaan perawatan. Di yurisdiksi seperti Ontario, Skala SOS dikelola untuk setiap orang yang dirawat di ranjang kesehatan mental rawat inap yang memungkinkan untuk penyaringan tertanam dan kesempatan untuk mengidentifikasi orang-orang yang membutuhkan penilaian risiko bunuh diri yang lebih mendalam menggunakan wawancara klinis.

7.2.10 Mental Health Environment of Care Checklist

Mental Health Environment of Care Checklist (MHECC) berfokus pada faktor-faktor dalam lingkungan perawatan fisik yang berkontribusi pada keselamatan pasien dan staf. Itu tidak menentukan apakah seseorang berisiko bunuh diri.

Daftar periksa memberikan panduan rinci untuk mengidentifikasi bahaya lingkungan dan meningkatkan keamanan lingkungan. Ada 114 potensi bahaya yang dinilai berdasarkan tingkat keparahan (yaitu, dapat diabaikan hingga bencana) dan kemungkinan kecelakaan (yaitu, kemungkinan besar terjadi segera hingga tidak mungkin terjadi). Setiap bahaya dinilai menggunakan kode penilaian risiko (RAC) 5 poin yang menggabungkan elemen tingkat keparahan bahaya dan kemungkinan kecelakaan (yaitu, dapat diabaikan hingga kritis). Misalnya, RAC 5 adalah situasi yang membutuhkan perhatian segera, seperti jendela terbuka di kamar pasien yang tinggi di atas tanah. MHECC bersifat wajib di semua unit kesehatan mental Urusan Veteran A.S. yang bertanggung jawab merawat orang yang diketahui berisiko bunuh diri. Dalam hal efektivitas dan kemudahan penerapan, tim inspeksi keselamatan multidisiplin di 113 fasilitas menerapkan daftar periksa dan mengidentifikasi 7.642 bahaya dengan 5.834 (76,4%) bahaya ini telah dihilangkan setelah satu tahun penerapan (Mills et al., 2010).

Mental Health Environment of Care Checklist (MHECC; Mills, 2010) dikembangkan mengikuti hasil studi tentang hubungan antara bunuh diri rawat inap dan lingkungan fisik. Sebuah komite yang terdiri dari pemimpin senior dan staf garis depan dalam kesehatan mental, perawat kesehatan mental senior, kepala insinyur dan arsitek dengan keahlian dalam desain dan konstruksi fasilitas kesehatan mental, serta personel keselamatan rawat inap senior dan keselamatan kebakaran mengembangkan daftar periksa lingkungan ini untuk digunakan di semua Veteran Urusan Unit Kesehatan Mental untuk tujuan mengurangi faktor lingkungan yang berkontribusi terhadap kasus bunuh diri rawat inap dan cedera diri.

7.2.11 Modified Scale for Suicide Ideation

Modified Scale for Suicide Ideation (SSI-M; Miller, Bishop & Dow, 1986) dirancang untuk menyaring pasien berisiko dalam pengaturan klinis dalam format yang

dapat digunakan oleh paraprofesional dan orang awam. Dengan demikian, SSI-M mengidentifikasi mereka yang berisiko tertinggi untuk bunuh diri dalam populasi berisiko tinggi tertentu (misalnya, pasien psikiatri yang dicurigai ingin bunuh diri) dan dapat diberikan oleh staf yang tidak terlatih secara klinis (Pettit, Garza, Grover et al., 2009; Rudd & Rajab, 1995). SSI-M menilai beberapa aspek ide dan perilaku bunuh diri, seperti frekuensi ideasi, durasi dan tingkat keparahan; penghalang yang dapat diidentifikasi untuk suatu upaya; alasan hidup / mati; tingkat kekhususan / perencanaan; ketersediaan / peluang metode; harapan upaya yang sebenarnya; dan persiapan aktual (Rudd & Rajab, 1995).

Skala terdiri dari 18 pertanyaan yang diberi skor dari 0 sampai 3. Skor total berkisar dari 0 sampai 54. Skor total berdasarkan jumlah semua item dihitung untuk memperkirakan tingkat keparahan ide bunuh diri. Untuk tujuan efisiensi, empat item skala pertama ditetapkan sebagai item skrining (misalnya, pasien yang melaporkan keinginan sedang atau kuat untuk mati) untuk menjamin administrasi seluruh skala. SSI-M telah digunakan di seluruh populasi orang dewasa dan di antara remaja berusia 13 hingga 17 tahun.

Konsistensi internal respons SSI-M yang dilaporkan berkisar dari $\alpha = 0,87$ hingga $\alpha = .94$ (Clum & Yang, 1995; Miller, et al., 1986; Rudd & Rajab, 1995). Korelasi antara SSI-M dan SSI ($r = .74$) *Beck Depression Inventory* ($r = .39$; BHS ($r = .46$); dan Zung Depression Scale ($r = .45$) menetapkan validitas konstruk skala. SSI -M menunjukkan beberapa dukungan untuk menetapkan risiko dari waktu ke waktu (misalnya, enam bulan), namun ada bukti terbatas untuk validitas prediktifnya.

Modified Scale for Suicide Ideation (SSI-M; Miller, Morman, Bishop, & Dow, 1986) adalah versi revisi Skala Beck untuk Ide Bunuh Diri (BSS®: Beck et al., 1979). Keuntungan dari SSI-M adalah kemampuannya untuk secara efektif membedakan antara ideator bunuh diri dan pelaku percobaan bunuh diri.

7.2.12 Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)

The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR; Cutcliffe & Barker, 2004) adalah alat penilaian keperawatan yang digunakan untuk mengidentifikasi stres psikososial yang dilaporkan sangat terkait dengan bunuh diri.

NGASR direkomendasikan untuk digunakan sebagai panduan dalam penilaian risiko bunuh diri, dan sesuai untuk staf perawatan kesehatan tingkat pemula dengan sedikit pengalaman dalam penilaian bunuh diri.

Lima belas item menilai tingkat risiko pasien, serta tingkat keterlibatan dan dukungan yang sesuai untuk kebutuhan pasien. Lima dari 15 item memiliki bobot 3, karena item ini dianggap sebagai indikator penting dari risiko bunuh diri (misalnya, keputusan, memiliki rencana bunuh diri). Sepuluh item lainnya memiliki bobot 1. Risiko dikaitkan dengan empat kemungkinan kategori: risiko sangat kecil; tingkat risiko menengah; tingkat risiko yang tinggi; atau risiko bunuh diri yang sangat tinggi. Semakin tinggi level risiko yang ditunjukkan, semakin intensif level keterlibatan yang dibutuhkan.

Tidak ada studi validasi skala luas yang menguji sifat psikometri NGASR. Sebuah studi Belanda baru-baru ini menggunakan NGASR di bangsal resolusi krisis melaporkan konsistensi internal yang rendah ($\alpha = 0,42$), tetapi kepuasan pengguna yang tinggi (Veen, 2010). Kepuasan di antara para profesional kesehatan yang menggunakan NGASR telah digaungkan di tempat lain (Mitchell et al., 2005), termasuk di antara perawat yang pemula dengan penilaian bunuh diri. Alat ini digunakan secara luas di kalangan perawat di Kanada, Irlandia, Jepang, Selandia Baru, dan Inggris.

Barker & Barker (2005) menggabungkan NGASR sebagai komponen kunci dari penilaian risiko bunuh diri dan pemantauan dalam Model Tidal perawatan kesehatan mental mereka; pendekatan berbasis teori untuk perawatan kesehatan mental yang menekankan hubungan pemberdayaan pasien terapeutik.

7.2.13 Reasons for Living Inventory

The Reasons for Living Inventory (RFL; Linehan et al., 1983) menilai faktor pelindung potensial di antara orang-orang yang melaporkan ide bunuh diri. Ini dapat digunakan untuk mengeksplorasi perbedaan alasan hidup di antara individu yang terlibat

dalam perilaku terkait bunuh diri dan mereka yang tidak (mis., "Saya percaya bahwa saya dapat mengatasi apa pun yang ditawarkan kehidupan").

RFL adalah kuesioner laporan mandiri 48 item. Setiap item dinilai pada skala tipe Likert 6 poin mulai dari 1 (sama sekali tidak penting) hingga 6 (sangat penting). RFL terdiri dari enam sub-skala dan skala total: keyakinan bertahan hidup dan mengatasi masalah (24-item); tanggung jawab kepada keluarga (7-item); masalah terkait anak (3 item); takut bunuh diri (7-item); takut akan ketidaksetujuan sosial (3-item); dan keberatan moral (4 item). Enam subskala didasarkan pada empat analisis faktor terpisah yang dilakukan pada dua sampel relawan dewasa normal (Linehan et al., 1983). Analisis faktor konfirmatori selanjutnya, bagaimanapun, hanya menemukan dukungan moderat untuk solusi enam faktor pada pasien psikiatri (Osman et al., 1999).

RFL telah dibuktikan untuk digunakan dengan sampel klinis dan non-klinis, serta populasi orang dewasa yang lebih tua (RFL-OA; Edelstein et al., 2009) dan dewasa muda (RFL-YA; Gutierrez et al., 2002; Linehan et al., 1983; Malone et al., 2000; Osman et al., 1993).

Reliabilitas internal yang baik dilaporkan dengan Cronbach alphas mulai dari $\alpha = 0,72$ hingga $\alpha = 0,92$ untuk setiap subskala. Konsistensi internal yang kuat dilaporkan untuk RFL-OA ($\alpha = 0,98$). RFL memiliki korelasi negatif sedang dengan SSI ($r = -.64$) dan BHS ($r = -.63$) dalam sampel mahasiswa (Brown, 2002). Tanggapan pada RFL-OA juga secara signifikan berkorelasi dengan SSI ($r = -.40$) dan BDI-II ($r = -.43$). Tidak ada bukti yang tersedia untuk validitas prediktif RFL.

Laporan menunjukkan bahwa RFL membutuhkan waktu sekitar 10 menit untuk diberikan, namun 48 item tidak praktis untuk beberapa populasi seperti pasien rawat inap psikiatri atau forensik (Brown, 2002; Range & Knott, 1997).

Keuntungan RFL adalah kata-katanya yang positif yang mungkin, sebagian, bertindak sebagai penyangga terhadap perilaku terkait bunuh diri bagi mereka yang menyelesaikan penilaian. Penilaian alasan untuk hidup, baik dengan instrumen ini atau melalui wawancara klinis, harus dimasukkan dalam evaluasi individu yang ingin bunuh diri (Malone et al., 2000). Meskipun ini merupakan instrumen laporan diri, dokter yang tertarik untuk menggunakan RFL mungkin ingin memasukkan item tersebut ke dalam pendekatan wawancara klinis atau memberikan instruksi yang sangat menyeluruh kepada orang tersebut mengapa dia diminta untuk melengkapi RFL. Mendistribusikan

item untuk mengumpulkan skor mungkin tampak dingin dan menghilangkan keterlibatan terapeutik. Setelah RFL selesai, penting untuk mendiskusikan item dengan orang tersebut dan meninjau atau tanggapannya sebagai bagian dari intervensi terapeutik.

7.2.14 SAD PERSONS and SAD PERSONAS Scales

7.2.14.1 SAD PERSONS

Skala SAD PERSONS (Patterson et al., 1983) adalah mnemonik sederhana untuk menilai faktor risiko utama terkait bunuh diri (Patterson et al., 1983).

Huruf-huruf dalam SAD PERSONS dikaitkan dengan faktor risiko demografis, perilaku, dan psikososial. Dukungan positif untuk setiap huruf diberi bobot 1 poin, hingga maksimum 10 poin. Skor batas yang lebih besar dari 5 adalah tingkat risiko yang disarankan ketika rawat inap (baik sukarela atau tidak disengaja) dari pasien berisiko diperlukan. Namun, bukti terbatas tersedia untuk mendukung validitas batasan ini. Item tersebut meliputi:

S = Jenis kelamin (pria) 1 poin

A = Usia (25-34); (35-44); (65+) 1 poin

D = Depresi 1 poin

P = Upaya sebelumnya 1 poin

E = Penyalahgunaan etanol 1 poin

R = Gangguan berpikir rasional (psikosis) 1 poin

S = Dukungan sosial kurang 1 poin

O = Rencana bunuh diri terorganisir 1 poin

N = Tidak ada pasangan (untuk pria) 1 poin

S = Penyakit (kronis / parah) 1 poin

Setiap item dinilai sebagai sekarang / tidak hadir dengan maksimal 10 poin. Patterson et al., (1983) merekomendasikan bahwa untuk skor 3 sampai 4, klinisi harus memantau status dengan cermat, untuk 5 dan 6 klinisi harus “sangat mempertimbangkan rawat inap”, dan skor 7 sampai 10 harus dirawat di rumah sakit untuk penilaian lebih lanjut. Juhnke & Hovestadt (1995) menemukan bahwa dokter yang menggunakan *SAD PERSONS* lebih mampu mengidentifikasi orang dengan ide bunuh diri daripada kelompok kontrol yang tidak menggunakan SAD PERSONS.

Sejumlah kecil studi telah menguji validitas dari *SAD PERSONS*. Bullard (1993) menemukan bahwa skor tersebut mungkin meremehkan risiko bunuh diri dibandingkan dengan wawancara klinis. Herman (2006) menemukan bahwa *cut off score* sebesar 5 gagal untuk mengidentifikasi 14% orang yang dianggap oleh dokter sebagai bunuh diri secara aktif dan memiliki angka positif palsu dari 87%.

Meskipun *SAD PERSONS* memasukkan sejumlah faktor yang dianggap risiko dan faktor peringatan (misalnya, penyalahgunaan zat, kehilangan pemikiran rasional, dan adanya rencana bunuh diri), ini juga mencakup sejumlah faktor epidemiologi yang mungkin lebih jauh dalam hal risiko. Lebih penting lagi, faktor risiko tidak diatur secara hierarkis seperti yang disarankan oleh literatur tentang tanda peringatan (Rudd, 2008). Misalnya, pria lajang berusia 40 tahun dengan diabetes akan mendapat skor lebih tinggi daripada wanita berusia 40 tahun dengan depresi dan rencana bunuh diri yang terorganisir. Oleh karena itu, dokter mungkin dihadapkan pada jumlah positif palsu yang tinggi.

7.2.14.2 SAD PERSONAS

Versi modifikasi dari *SAD PERSONS*, the *SAD PERSONAS* (Hockberger & Rothstein, 1998) dikembangkan untuk menggabungkan sistem pembobotan dan memodifikasi beberapa item:

S = Jenis kelamin (pria) 1 poin

A = Usia (<19 atau > 45 tahun) 1 poin

D = Depresi atau keputusan 2 poin

P = Upaya bunuh diri sebelumnya atau perawatan psikiatri 1 poin

E = Penggunaan alkohol atau narkoba yang berlebihan 1 poin

R = Kerugian berpikir rasional 2 poin

S = Pisah, cerai atau janda 1 poin

O = Upaya terorganisir atau serius 2 poin

N = Tidak ada dukungan sosial 1 poin

A = Ketersediaan lethal berarti 2 poin

S = Menyatakan niat masa depan 2 poin

Hockberger & Rothstein (1998) menemukan sensitivitas 31% dan spesifisitas 94% untuk versi modifikasi dari *SAD PERSONAS* dalam memprediksi rawat inap di

antara orang-orang di unit gawat darurat. Cochrane-Brink dkk. (2000) menemukan *SAD PERSONAS* yang dimodifikasi tidak efektif dalam memprediksi rawat inap karena risiko melukai diri sendiri dibandingkan dengan ukuran risiko lain termasuk Skala Kemungkinan Bunuh Diri.

Sementara skala yang dimodifikasi membuat peningkatan dalam faktor risiko pembobotan yang konsisten dengan tanda peringatan yang lebih spesifik untuk bunuh diri akut, masih ada kekurangan validitas prediktif untuk pengambilan keputusan klinis. Penilaian ini memberikan daftar faktor risiko potensial yang mudah diingat untuk memandu skrining awal, terutama di antara mereka yang tidak berpengalaman dalam penilaian risiko klinis.

7.2.15 Scale for Impact of Suicidality – Management, Assessment and Planning of Care

Scale for Impact of Suicidality – Management, Assessment and Planning of Care (SIS-MAP; Nelson, Johnston & Shrivastava, 2010) adalah alat penilaian bunuh diri yang komprehensif untuk membantu dalam prediksi risiko bunuh diri, serta pengembangan perawatan dan rencana pengelolaan.

Item dalam SIS-MAP diseimbangkan antara faktor risiko dan ketahanan (protektif), selain faktor yang berkontribusi terhadap bunuh diri dari berbagai domain. Tingkat risiko bunuh diri saat ini diukur dari delapan domain: (1) demografi; (2) psikologis; (3) komorbiditas; (4) riwayat keluarga; (5) biologis; (6) faktor pelindung; (7) penilaian / observasi klinis; dan (8) masalah psikososial / lingkungan.

Skala SIS-MAP terdiri dari 108 item di seluruh domain di atas. Terlepas dari jumlah itemnya, timbangan dapat dilakukan dalam waktu yang relatif singkat. Sebagian besar item memerlukan pemeriksaan sederhana 'ya' atau 'tidak' untuk ada atau tidak adanya item di bawah setiap domain (item 'ya' memiliki nilai 1; item 'tidak' tidak memiliki nilai). Penulis skala merekomendasikan bahwa orang dengan skor 33 atau lebih dianggap "risiko serius" bunuh diri dan harus dirawat di fasilitas psikiatri sementara orang dengan skor antara 13 dan 33 masih dianggap berisiko memerlukan penilaian klinis untuk pengaturan perawatan yang sesuai (Nelson et al., 2010). Skor kurang dari 13 kemungkinan tidak memerlukan tindak lanjut, tetapi harus tunduk pada

penilaian klinis yang sesuai. Tidak seperti alat penilaian risiko lain yang menawarkan sedikit implikasi pengobatan, SIS-MAP memberikan batasan klinis untuk memfasilitasi tingkat keputusan perawatan berdasarkan skor pasien.

Item ketahanan pada SIS-MAP menunjukkan hubungan sedang dengan masuk ke rumah sakit rawat inap ($r = -.33$, $p < .05$), menunjukkan bahwa individu dengan tingkat faktor pelindung yang lebih tinggi cenderung tidak dirawat di rumah sakit. SIS-MAP juga membedakan dengan benar antara individu yang tidak memerlukan rawat inap (yaitu, tingkat spesifisitas 78,1%) dan mereka yang membutuhkan rawat inap (yaitu, tingkat sensitivitas 66,7%). Tingkat positif palsu adalah 33,3%, dengan 21,9% kasus menghasilkan negatif palsu (Nelson et al., 2010). Meskipun studi psikometri dan validasi tambahan diperlukan, SIS-MAP menunjukkan bukti awal sebagai valid, sensitif, dan alat khusus untuk menilai risiko bunuh diri.

7.2.16 Suicidal Behaviors Questionnaire

The Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ; Linehan, 1981) adalah penilaian laporan diri untuk pikiran dan perilaku bunuh diri pada orang dewasa. SBQ mengukur frekuensi dan intensitas ide bunuh diri, ancaman bunuh diri di masa lalu dan masa depan, upaya bunuh diri di masa lalu dan masa depan, dan perilaku merugikan diri sendiri yang tidak fatal. Item dinilai menurut beberapa hari terakhir, bulan terakhir, empat bulan terakhir, tahun lalu, dan seumur hidup. Perilaku dinilai menggunakan skor ringkasan tertimbang di setiap interval waktu. Skor batas yang disarankan untuk populasi orang dewasa umum adalah > 7 ; dan > 8 untuk psikiatri rawat inap dewasa. Kuesioner Perilaku Bunuh Diri adalah kuesioner laporan diri yang dapat diisi menggunakan versi 14-item (SBQ-14; Linehan, 1996) dan versi 4-item (SBQ-4; Linehan & Nielsen, 1981).

SBQ telah divalidasi untuk digunakan di banyak populasi, termasuk orang dewasa di komunitas dan populasi psikiatri, dan remaja di fasilitas pemasyarakatan. Konsistensi internal telah ditetapkan untuk kedua versi, mulai dari $\alpha = 0,76$ hingga $\alpha = 0,87$ (Osman et al., 2001). Korelasi antara SBQ-14, Skala Ide Bunuh Diri, Beck Depression Inventory dan Beck Hopelessness Scale ($r = .55$ sampai $r = .62$) menetapkan validitas konstruk skala (Linehan & Addis, 1990).

Format laporan diri dari SBQ memungkinkan kesempatan untuk memperoleh informasi dari individu yang mungkin mengalami kesulitan dalam mengungkapkan pikiran untuk bunuh diri atau perilaku terkait bunuh diri sebelumnya selama situasi wawancara (Osman et al., 2001). Karena susunan kata dalam SBQ-4, berbagai perilaku bunuh diri dapat dengan cepat dinilai. Dokter mungkin lebih suka versi singkat 4 item daripada versi 34 atau 14 item, yang telah lebih sering digunakan untuk tujuan penelitian.

7.2.17 Suicide Intent Scale

Suicide Intent Scale (SIS; Beck, Schuyler, & Herman, 1974) sebagian besar digunakan sebagai instrumen penelitian untuk menilai perasaan mendalam dan subjektif dari niat setelah upaya tertentu untuk mati karena bunuh diri.

SIS mencakup 15 item yang diberi skor untuk tingkat keparahan dari 0 hingga 2 dengan skor total mulai dari 0 hingga 30, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat niat yang lebih tinggi. SIS biasanya dikelola sebagai wawancara. Bagian pertama dari SIS (item 1-8) menilai keadaan objektif seputar upaya bunuh diri termasuk item tentang persiapan dan cara pelaksanaan upaya, pengaturan, serta petunjuk sebelumnya yang diberikan oleh pasien yang dapat memfasilitasi atau menghambat penemuan dari upaya tersebut. Bagian kedua dari SIS (item 9-15) mencakup persepsi pelaku usaha tentang mematikan metode, ekspektasi tentang kemungkinan penyelamatan dan intervensi, tingkat perencanaan, dan tujuan yang diduga dari upaya tersebut.

Baru-baru ini, struktur empat faktor telah diidentifikasi di antara orang dewasa yang mencakup konsepsi (misalnya tujuan dan keseriusan upaya), persiapan (misalnya, tingkat perencanaan), tindakan pencegahan terhadap penemuan (misalnya, isolasi), dan komunikasi (misalnya, tindakan untuk mendapatkan keuntungan. bantuan) (Misson et al., 2010). Misalnya, item pada tingkat meditasi sebelum percobaan diberi nilai 2 jika orang tersebut berniat bunuh diri lebih dari tiga jam sebelum percobaan, 1 jika orang tersebut berpikir untuk bunuh diri kurang dari tiga jam, dan 0 jika orang tersebut melakukannya. tidak memikirkan untuk bunuh diri tetapi bertindak secara impulsif (Beck, Schuyler, & Herman, 1974).

SIS telah ditemukan menjadi ukuran yang dapat diandalkan dari niat bunuh diri karena telah ditemukan memiliki konsistensi internal yang kuat ($\alpha = .95$) dan reliabilitas antar penilai ($r = 0.95$; Beck, Schuyler & Herman (1974)). Validitas konvergen dari SIS terbatas setelah hasil yang tidak konsisten mengenai hubungan antara SIS dan ukuran niat terkait bunuh diri lainnya (Freedenthal, 2008). SIS ditemukan memiliki validitas prediksi yang rendah sampai sedang. Dua, studi prospektif 10 tahun untuk bunuh diri lengkap untuk pasien yang dirawat di rumah sakit setelah mencoba bunuh diri menemukan bahwa SIS tidak memprediksi kematian karena bunuh diri (Beck & Steer, 1989; Tejedor, Diaz, Castillon & Pericay, 1999). Penelitian lain menemukan hasil yang tidak konsisten untuk validitas prediksi SIS untuk upaya bunuh diri nonfatal berikutnya. Beck, Morris, & Beck, 1974 menemukan bahwa SIS terkait dengan percobaan bunuh diri berikutnya sementara Tejedor, Diaz, Castillon & Pericay (1999) tidak menemukan hubungan antara skor SIS dan percobaan bunuh diri berikutnya.

SIS telah diterjemahkan ke dalam sejumlah bahasa dan terbukti dapat diandalkan dalam budaya yang berbeda (Gau et al., 2009). SIS mungkin paling baik berfungsi sebagai alat penelitian atau alat skrining singkat untuk membantu memahami, secara retrospektif, alasan mengapa seseorang mencoba bunuh diri (Harriss & Hawton, 2005; Sisask et al., 2009). Bagian pertama pada penilaian obyektif bahkan dapat diselesaikan melalui tinjauan bagan medis oleh para peneliti setelah kematian seseorang (Freedenthal, 2008). Namun, mengingat ketidakkonsistenan dan kurangnya daya prediksi, SIS bukanlah alat skrining yang berguna untuk menilai risiko bunuh diri di masa depan.

7.2.18 Suicide Probability Scale

Skala Kemungkinan Bunuh Diri (SPS; Cull & Gill, 1988) mengukur ide bunuh diri saat ini, keputusan, evaluasi diri negatif dan permusuhan.

SPS mencakup 36 item laporan diri. Pertanyaan tentang frekuensi emosi dan perilaku dijawab dengan skala 4 poin mulai dari 1 ("Tidak ada atau sedikit waktu") sampai 4 ("Sebagian besar atau sepanjang waktu"). Skala SPS membutuhkan waktu sekitar 10 hingga 20 menit untuk diselesaikan dan membutuhkan tingkat membaca kelas empat. Tiga skor ringkasan dapat diperoleh dari SPS termasuk:

- Skor probabilitas bunuh diri;
- Total skor tertimbang; dan
- Skor-T yang dinormalisasi.

Menggunakan skor probabilitas bunuh diri (kisaran = 0 hingga 100) telah dibuat skor penggal yang mewakili orang-orang di fasilitas rawat inap (misalnya, risiko tinggi = 50 hingga 100), orang-orang di klinik rawat jalan (misalnya, risiko menengah = 25 hingga 49), dan orang dalam populasi umum (misalnya, risiko rendah = 0 hingga 24). Total skor tertimbang berkisar dari 30 hingga 147 dengan skor tertimbang 78 yang dipublikasikan sebagai batasan untuk risiko tinggi. SPS didasarkan pada enam faktor:

- Ide Bunuh Diri (6 item);
- Keputusan (12 item);
- Pandangan Positif (6 item);
- Kedekatan Interpersonal (3 item);
- Permusuhan (7 item); dan
- Angry Impulsivity (2 item) (Cull & Gill, 1988).

Namun, empat subskala direkomendasikan untuk SPS:

- Keputusan,
- Pemikiran bunuh diri,
- Evaluasi Diri Negatif (menggabungkan pandangan positif dan interpersonal kedekatan), dan
- Permusuhan (termasuk impulsif marah).

Adanya dimensi yang berbeda ini memungkinkan dokter untuk mengidentifikasi faktor-faktor tertentu yang mungkin berkontribusi terhadap risiko bunuh diri seseorang. SPS telah digunakan pada sampel remaja dan dewasa laki-laki dan perempuan. Skor normatif telah dikembangkan berdasarkan sampel dari populasi umum, orang yang menerima layanan kesehatan mental rawat inap, dan orang yang pernah mencoba bunuh diri (Cull & Gill, 1988). Masing-masing sampel ini termasuk orang-orang dari latar belakang ras kulit putih, Hispanik, dan Afrika-Amerika. SPS juga telah diterapkan pada populasi narapidana dewasa di mana skor probabilitas total yang lebih tinggi ditemukan memiliki sensitivitas dan spesifisitas rendah hingga sedang dalam mendiskriminasi di antara narapidana yang kemudian akan terlibat dalam perilaku bunuh diri (Naud

&Daigle, 2010). SPS juga terbukti dapat diandalkan di antara mahasiswa, remaja, dan narapidana pria (Labelle et al., 1998).

Di antara populasi orang dewasa, SPS telah menunjukkan keandalan yang kuat dengan alfa Cronbach dari $\alpha = 0,93$, dan berkisar dari $\alpha = 0,62$ hingga $\alpha = 0,93$ untuk empat subskala klinis (Cull & Gill, 1988, Bisconer & Gross, 2007). SPS juga telah menunjukkan validitas konvergen yang baik yang berkorelasi dengan baik dengan ukuran risiko bunuh diri, keputusan, dan depresi lainnya. Reliabilitas test-retest dengan korelasi $r = 0,92$ telah ditetapkan selama periode tiga minggu. Validitas prediktif SPS belum dipelajari secara ekstensif pada populasi orang dewasa. Dalam sampel kecil pasien rawat inap dewasa yang diakui sebagai bahaya bagi diri sendiri (kelompok risiko tinggi) atau bahaya bagi orang lain (kelompok risiko rendah) total skor probabilitas bunuh diri yang dipotong dari 50 pada SPS mampu mengidentifikasi dengan benar orang-orang dalam risiko tinggi. kelompok (sensitivitas) 52% dari waktu, sementara identifikasi yang benar dari mereka yang tidak dalam kelompok risiko tinggi (spesifisitas) terjadi pada 78% kasus. Hasil ini menjamin penyelidikan lebih lanjut sebelum rekomendasi penggunaan skor batas dapat dibuat.

SPS dapat diandalkan dan valid untuk digunakan di antara pasien rawat inap psikiatri remaja, meskipun struktur faktor asli yang diidentifikasi pada orang dewasa tidak secara konsisten diidentifikasi di kalangan remaja (Eltz et al., 2006). Di antara remaja yang dirawat di rumah sakit, skor SPS tertimbang total sangat memprediksi upaya bunuh diri setelah dipulangkan (Huth-Bocks et al., 2007). Dalam studi yang sama, sensitivitas dari skor batas 78 adalah sedang pada 65%, begitu juga dengan spesifisitas pada 64%. Menurunkan batas ke 61 sangat meningkatkan sensitivitas menjadi 90% tetapi secara drastis mengurangi spesifisitas menjadi 38%, yang menunjukkan bahwa jumlah positif palsu yang tinggi diharapkan.

7.2.19 Tool for Assessment of Suicide Risk

Alat untuk Menilai Risiko Bunuh Diri (TASR; Kutcher & Chehil, 2007) dirancang untuk menilai risiko bunuh diri yang akan terjadi. TASR adalah alat singkat dan ringkas yang dimaksudkan untuk digunakan sebagai bagian dari penilaian kesehatan mental biasa. Ini dirancang untuk membantu dalam pengambilan keputusan klinis

mengenai 'beban risiko' untuk bunuh diri (Kutcher & Chehil, 2007) dengan memastikan bahwa individu yang paling relevan, gejala dan faktor risiko akut telah ditangani oleh dokter.

TASR dibagi menjadi empat bagian dengan item terkait di setiap bagian. Setiap bagian diberi bobot 'bintang' (*) untuk menunjukkan signifikansi item terhadap risiko bunuh diri. Dokter akan menjawab 'ya' (berlaku untuk pasien) atau 'tidak' (tidak berlaku) untuk setiap item yang terdaftar.

1. Profil Risiko Individu (bagian 1) - mengidentifikasi usia dan faktor risiko demografis, serta riwayat keluarga terkait, riwayat kesehatan pribadi dan psikososial sejarah. Bagian ini berbobot satu bintang karena banyak individu memiliki banyak faktor risiko demografis tetapi tidak bunuh diri.
2. Profil Gejala (bagian 2) - membahas keberadaan gejala kejiwaan saat ini yang terkait dengan peningkatan risiko bunuh diri (misalnya, gejala depresi, impulsivitas). Bagian ini memiliki bobot dua bintang.
3. Profil Wawancara (bagian 3) - membahas faktor-faktor akut yang diidentifikasi selama klinis wawancara yang mungkin menempatkan seseorang pada risiko tinggi untuk bunuh diri (misalnya, bunuh diri niat, rencana bunuh diri) baik disertai atau tidak disertai oleh faktor-faktor tercantum dalam bagian 1 dan 2. Bagian ini memiliki bobot tiga bintang.
4. Peringkat Keseluruhan Risiko (bagian 4) - menilai risiko individu untuk bunuh diri (mis., tinggi, sedang, rendah) berdasarkan kesan dokter terhadap penilaian keseluruhan.

TASR telah digunakan dengan orang dewasa di ruang gawat darurat, rumah sakit dan pengaturan rawat jalan komunitas. TASR juga tersedia dalam versi untuk remaja - Alat Penilaian Risiko Bunuh Diri untuk Remaja (TASR-A). Ini mirip dengan TASR untuk orang dewasa, dengan item khusus untuk faktor risiko bunuh diri pada populasi yang lebih muda.

Tidak ada informasi yang tersedia tentang validitas dan reliabilitas TASR. Kutcher dan Chehil (2007) mencatat bahwa TASR tidak dirancang sebagai alat prediksi atau diagnostik; sebaliknya, TASR dimaksudkan sebagai sarana bagi dokter untuk meringkas penilaian mereka terhadap pasien yang mungkin menunjukkan risiko bunuh diri.

BAB 8

HARGA DIRI

Definisi harga diri (*self-esteem*) secara psychological yang tertua dibangun oleh William James (1890/1983) yaitu pertama adalah harga diri masuk dalam jenis perilaku yaitu tindakan yang menghasilkan kesuksesan, bisa disebut tindakan yang kompeten, dan kedua harga diri juga melibatkan pretensi yang saat ini dipahami sebagai aspirasi termasuk keinginan, tujuan, harapan, dan impian seseorang (Mruk, 2013).

Seperti yang telah diketahui secara umum bahwa harga diri merupakan sebuah fenomena yang manusiawi (Mruk, 2013). Ada tiga definisi umum tentang harga diri yang populer digunakan dan diterima di masyarakat, yang pertama adalah kemampuan untuk berhasil dalam hidup yang penuh arti dan percaya pada aspirasi sendiri (Mruk, 2013), yang kedua adalah sikap yang menimbulkan rasa layak/bernilai (Rosenberg, 1965), dan yang ketiga adalah Branden (2001) yang merupakan campuran dari dua definisi pertama yaitu: keyakinan akan kemampuan individu untuk berpikir dan untuk mengatasi tantangan hidup, keyakinan akan hak nya untuk menjadi bahagia, perasaan layak, layak menerima, berhak untuk menegaskan kebutuhan dan keinginan dan menikmati hasil dari usaha. Harga diri merupakan hasil dari/dan bagian dalam proses verifikasi diri dan merupakan keseluruhan evaluasi positif terhadap diri dari individu (Rosenberg, 1965). Penelitian tentang harga diri umumnya dilakukan pada praduga salah satu dari tiga konseptual yaitu harga diri diteliti sebagai hasil, harga diri diteliti sebagai self-motif, harga diri diteliti sebagai penyangga untuk diri yang memberikan perlindungan dari pengalaman yang membahayakan, harga diri sebagai cadangan energi yang terkuras oleh masalah terus-menerus dalam verifikasi diri (Cast & Burke, 2002). Harga diri memiliki dua aspek yang saling terkait yaitu rasa keberhasilan pribadi dan rasa nilai pribadi, yang terintegrasi dari kepercayaan diri dan harga diri, dan keyakinan bahwa seseorang kompeten untuk hidup dan layak hidup (Branden, 2001). Hanya individu yang memiliki kompetensi yang menangani tantangan hidup dengan cara yang layak dapat menimbulkan harga diri yang sehat, positif, atau otentik (Mruk, 2013). Harga diri sering dianalogikan sebagai "reservoir energi", seperti halnya sumber daya, harga diri dapat dibangun, tetapi ketika digunakan, itu hilang. Reservoir harga diri diisi oleh verifikasi diri yang sukses dan digunakan ketika proses verifikasi diri (*self-*

verifikasi) terganggu. Seperti aspek lain dari diri, harga diri sangat stabil tapi responsif terhadap perubahan situasi sosial. Ketika perubahan ini merupakan masalah yang terus-menerus dalam verifikasi diri, harga diri cenderung menurun bahkan seperti reservoir energi menjadi habis (Cast & Burke, 2002). Disarankan bahwa individu harus berusaha untuk mempertahankan atau meningkatkan harga diri mereka dengan menciptakan "struktur kesempatan" atau konteks untuk verifikasi diri (Bosson, Swan, & Pennebaker, 2000; Tafarodi & Jr, 2001).

Harga diri telah menjadi kata yang populer, guru, orang tua, terapis telah memfokuskan upaya pada peningkatan harga diri, dengan asumsi bahwa harga diri yang tinggi akan menyebabkan banyak hasil dan manfaat yang positif. Individu dengan harga diri yang tinggi termasuk dalam kategori suka membesar-besarkan keberhasilan dan sifat-sifat yang baik, narsis, defensif, dan sombong (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003).

Harga diri adalah suatu konsep penting dan populer, baik dalam ilmu sosial maupun kehidupan sehari-hari. Branden (2001) menjelaskan bahwa tanpa dibekali harga diri yang sehat, individu akan mengalami kesulitan untuk mengatasi tantangan hidup maupun untuk merasakan berbagai kebahagiaan dalam hidupnya. Branden juga mengatakan bahwa harga diri mengandung nilai keberlangsungan hidup (*survival value*) yang merupakan kebutuhan dasar manusia. Hal ini memungkinkan harga diri mampu memberikan sumbangan bermakna bagi proses kehidupan individu selanjutnya, maupun bagi perkembangan pribadi yang normal dan sehat.

8.1 Pembentukan Harga Diri

Menurut Bradshaw (1998) proses pembentukan harga diri telah dimulai sejak bayi merasakan tepukan pertama kali yang diterima orang mengenai kelahirannya, sehingga seorang anak sangat perlu mendapatkan rasa penghargaan dari orang tuanya. Proses selanjutnya, harga diri dibentuk melalui perlakuan yang diterima individu dari orang lingkungannya. Seperti dimanja dan diperhatikan orang tua dan orang lain. Dengan demikian harga diri bukan merupakan faktor yang bersifat bawaan, melainkan faktor yang dapat dipelajari dan terbentuknya sepanjang pengalaman individu.

8.2 Perasaan mengenai diri sendiri

Seseorang haruslah menerima dirinya secara penuh, apa adanya. Mampu menilai diri kita sendiri sebagai seorang manusia. Dengan begitu, perasaannya tentang dirinya sendiri tidak bergantung pada kondisi eksternal. Apapun yang terjadi kita dapat merasa nyaman dengan diri kita sendiri dan dapat menilai keunikan yang ada didalam diri kita tanpa menghiraukan karakter atau kemampuan yang kita punya atau tidak punya. Seseorang yang memiliki harga diri yang tinggi dapat menghormati dirinya dan memiliki keyakinan penuh bahwa diri kita adalah sesosok yang penting, dan apapun itu jika tidak berlaku bagi orang lain, setidaknya berlaku bagi diri kita sendiri. Selain itu juga dapat memaklumi dan memaafkan diri sendiri, atas segala kekurangan dan ketidaksempurnaan yang ia miliki. Mereka yang memiliki harga diri yang tinggi juga mampu menghargai nilai personal mereka sebagai seorang individu, sehingga mereka tidak mudah terpengaruh oleh pendapat orang lain. Mereka tidak akan merasa lebih baik ketika mereka dipuji atau merasa buruk ketika mereka di kritisi. Perasaan baik kita mengenai diri kita sendiri tidak bergantung pada kondisi luar. Seseorang dengan harga diri tinggi memegang kendali atas emosinya sendiri. Sebaliknya, keadaan yang buruk dapat mempengaruhi perasaan seseorang dengan Self esteem rendah, akibatnya suasana hatinya (mood) pun menurun. Setiap kali seseorang mengatakan sesuatu tentang dirinya, apakah dari pasangan, guru, pimpinan, orang tua, atau saudara kandung, ia akan menerima komentar tersebut begitu saja dan membiarkan pikiran orang ‘melumpuhkan’ kehidupannya. Kemudian, ia pun mulai mempercayai ucapan orang tersebut meskipun jauh di lubuk hati dan jiwanya, ia tahu itu tidak benar, pada akhirnya ia akan merasa cemburu, tidak bahagia, dan depresi.

8.3 Perasaan Terhadap Hidup

Perasaan terhadap hidup berarti menerima tanggung jawab atas sebagian hidup yang dijalannya. Maksudnya, seseorang dengan harga diri tinggi akan menerima realita dengan lapang dada dan tidak menyalahkan keadaan hidup ini (atau orang lain) atas segala masalah yang dihadapinya. Ia sadar bahwa semuanya itu terjadi dengan pilihan dan keputusannya sendiri, bukan karena faktor eksternal. Karena itu, ia pun akan membangun harapan atau cita-cita secara realistis: sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. Perasaan seseorang terhadap hidup juga menentukan apakah ia akan

menganggap sebuah masalah adalah rintangan hebat atau kesempatan bagus untuk mengembangkan diri. Selain itu, seseorang dengan harga diri tinggi juga tidak berusaha mengendalikan orang lain atau situasi yang ada. Sebaliknya, ia akan dengan mudah menyesuaikan diri dengan keadaan.

8.4 Hubungan Dengan Orang Lain

Individu dengan toleransi dan penghargaan yang sama terhadap semua orang berarti memiliki harga diri yang bagus akan percaya bahwa setiap orang, termasuk dirinya, mempunyai hak yang sama dan patut dihormati. Karena itu, seseorang dengan harga diri tinggi mampu memandang hubungannya dengan orang lain secara lebih bijaksana. Saat seseorang merasa nyaman dengan dirinya sendiri, ia pun akan menghormati orang lain sebagaimana adanya mereka. Ia tidak akan memaksakan kehendak atau nilai-nilai kepada orang lain karena ia tidak membutuhkan penerimaan dari orang tersebut agar ia merasa berharga. Mereka memiliki pemikiran yang masuk akal, dapat menerima kekurangan orang lain, berwatak tenang, fleksibel, dan bertanggung jawab dalam menjalin hubungan dengan orang lain. Memandang tiap orang secara sama dan dapat menghormati orang lain tanpa pandang bulu.

8.5 Karakteristik Individu Berdasarkan Harga Diri (*Self-Esteem*) yang dimiliki

Minchinton (1993) menjelaskan sekurang-kurangnya terdapat beberapa karakteristik individu ditinjau dari tinggi rendahnya atau positif negatifnya harga diri, yaitu:

1. Karakteristik individu dengan harga diri tinggi:
 - a. akan memiliki ciri-ciri seperti: dapat menerima dan mengapresiasi dirinya sendiri dalam kondisi apapun, merasa nyaman dengan keadaan dirinya, berprasangka baik terhadap dirinya sendiri, jika tidak bagi orang lain, setidaknya bagi dirinya sendiri serta memiliki kontrol emosi yang baik dan terbebas dari perasaan yang tidak menyenangkan, kemarahan, ketakutan, kesedihan dan rasa bersalah.
 - b. memiliki suatu keyakinan bahwa ia memiliki rasa bertanggung jawab dan merasa mampu mengontrol setiap bagian kehidupannya.
 - c. dapat terlihat dari bagaimana cara seseorang dalam bentuk rasa penghormatan, toleransi, kerja sama dan saling memiliki antara satu dengan yang lain.

- d. dapat merancang, merencanakan, dan merealisasikan segala sesuatu yang diharapkan atau menjadi tujuan hidupnya secara optimal
2. Karakteristik individu dengan harga diri yang rendah:
- a. meyakini bahwa dirinya memiliki kemampuan instrinsik yang kecil, meragukan kemampuan dirinya, merasa bahwa keberhasilan yang diperolehnya merupakan sebuah prestasinya, selalu takut untuk mencoba segala sesuatu dan memiliki kontrol emosi yang buruk, merasa tidak bahagia, tertekan serta merasa bahwa dirinya tidak berarti atau sia-sia.
 - b. merasa bahwa kehidupan ini berada di luar kontrol dan tanggung jawab dirinya dan berjalan begitu saja, terkadang merasa lemah dan merasa di bawah kontrol atau kendali orang lain.
 - c. tidak dapat merasakan arti pentingnya hubungan interpersonal, bersikap tidak toleran, kurang dapat bekerja sama, dan kurang rasa memiliki antara satu sama lainnya.
 - d. kurang dapat merancang, merencanakan, dan merealisasikan segala sesuatu yang diharapkan atau menjadi tujuan hidupnya secara optimal.

Menurut Minchinton (1993) individu dengan harga diri yang tinggi akan lebih mudah beradaptasi dengan lingkungan mereka, karena dapat mengekspresikan diri dengan baik dalam lingkungan dimana mereka berada. Lain halnya dengan individu yang memiliki harga diri rendah, mereka kurang dapat mengekspresikan diri dengan baik dan sangat tergantung dengan lingkungan mereka. Kebanyakan dari mereka merasa takut mengalami kegagalan dalam hubungan sosial dengan orang lain dalam lingkungan mereka karenanya secara pasif selalu mengikuti apa yang ada dalam lingkungan.

8.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Harga Diri

Ghufron & Risnawati (2010) menyatakan harga diri dalam perkembangannya terbentuk dari hasil interaksi individu dengan lingkungan dan beberapa penghargaan, penerimaan, dan pengertian orang lain terhadap dirinya. Faktor-faktor yang mempengaruhi harga diri dibedakan menjadi dua, yaitu faktor internal seperti jenis kelamin, intelegensi, kondisi fisik individu dan faktor eksternal seperti lingkungan sosial, sekolah, dan keluarga.

Menurut (Guindon, 2010), harga diri yang rendah sangat berhubungan dengan depresi dan hubungan yang signifikan antara pikiran untuk bunuh diri dan harga diri. Selain itu, mereka dengan harga diri yang rendah mengalami sebagian besar tidak bahagia dan lebih mengalami stres emosional, termasuk depresi dan kecemasan. Orang-orang dengan harga diri yang rendah juga cenderung mempunyai *self-efficacy* dan kepercayaan (*confidence*) pada keputusan-keputusan dan pendapat-pendapat mereka. *Self-efficacy* adalah penilaian orang dari efektifitasnya dan kompetensi dari diri seseorang, sedangkan kepercayaan diri merupakan antisipasi dari kesuksesan untuk menguasai suatu tantangan atau mengatasi rintangan (Rosenberg (1979) dalam (Guindon, 2010)). Baumeister et. al (2003) dalam (Guindon, 2010) menunjukkan bahwa harga diri dan kebahagiaan berhubungan kuat: inisiatif tinggi, perasaan nyaman, dan kesehatan fisik yang lebih baik dan panjang umur adalah hasil positif dari harga diri yang tinggi. Mereka dengan harga diri yang tinggi mempunyai percaya diri yang tinggi, rasa puas, punya tujuan yang jelas, selalu berpikir positif, mampu untuk berinteraksi sosial. Harga diri yang rendah mempunyai rasa takut, cemas, depresi sebagai respon dari stres dan tidak percaya diri.

Harga diri yang rendah merupakan faktor risiko untuk terjadi masalah kesehatan mental dan harga diri yang positif merupakan faktor protektif terhadap terjadi masalah kesehatan mental (Mulligan, 2011). Harga diri yang positif berhubungan dengan kesejahteraan mental, kebahagiaan, penyesuaian, sukses, prestasi akademik, dan kepuasan. Harga diri yang rendah dapat menghasilkan hal negatif seperti depresi, kecemasan, gangguan makan, fungsi sosial yang buruk, putus sekolah, dan perilaku berisiko tinggi.

Ada karakteristik tertentu yang membedakan seseorang yang memiliki harga diri yang tinggi antara lain orang dengan harga diri yang tinggi tidak takut untuk menunjukkan rasa ingin tahu mereka, mendiskusikan pengalaman, ide, dan peluang, juga dapat menikmati aspek lucu dari kehidupan dan merasa nyaman dengan lingkungan sosial atau pribadi yang tegas (Branden, 2001). Rosenberg (1965) merumuskan bahwa individu dengan harga diri yang tinggi percaya bahwa mereka adalah orang-orang pantas (bernilai), dengan demikian memiliki rasa hormat pada diri mereka sendiri. Sebaliknya, deskripsi tradisional tentang rendah diri (*low self-esteem*) adalah evaluasi keseluruhan diri yang rendah, perasaan rendah diri terus-menerus, rasa

tidak berharga, dan sering merasa kesepian dan ketidakamanan (Mruk, 2013). Rendah diri diidentifikasi sebagai kriteria diagnostic yang berhubungan dengan 24 mental disorders dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (APA, 2013). Individu dengan tinggi harga diri lebih mampu beradaptasi dengan tantangan dan tuntutan, sehingga penyesuaian yang lebih baik untuk kehidupan kampus bila dibandingkan dengan mereka yang rendah diri (Lee, Dickson, Conley, & Holmbeck, 2014). Sangat banyak hasil studi yang menunjukkan bahwa bila dibandingkan dengan orang-orang dengan self-esteem yang tinggi, orang-orang dengan harga diri yang rendah akan mengalami emosi negatif yang lebih, mempengaruhi, contohnya kecemasan, kesedihan dan depresi, permusuhan dan kemarahan, kecemasan sosial, rasa malu dan rasa bersalah, malu, kesepian, serta pengaruh umum yang negatif dan neurotisisme (Mruk, 2013).

Ada bukti yang cukup untuk model kerentanan harga diri dan depresi, bahwa rendah diri berfungsi sebagai faktor risiko depresi, terutama dalam menghadapi stres besar dalam hidup (Sowislo & Orth, 2013). Namun, banyak asosiasi yang dibangun bahwa efek harga diri pada depresi dapat dimediasi atau dimoderasi oleh variabel intervensi lain, seperti dukungan sosial dan kemampuan secara efektif untuk mengatasi stres (Lee et al., 2014). Harga diri mempengaruhi status kesehatan secara umum (Yıldırım, Karaca, Cangur, Acikgoz, & Akkus, 2017). Kurangnya *self-verifikasi* mengurangi/menurunkan harga diri, menguras harga diri, menghasilkan kesusahan, individu semakin tertekan (Cast & Burke, 2002). Harga diri diperoleh melalui *self-verifikasi* berfungsi sebagai pelindung penting bagi diri secara langsung dan tidak langsung mengurangi jumlah stres, harga diri juga dapat bekerja sebagai "pelumas sosial" membantu individu menghadapi berbagai stresor sehingga memungkinkan individu berfungsi secara berarti dan efektif dari hari ke hari dalam peran dan struktur sosial di mana mereka berada (Cast & Burke, 2002). Individu dengan harga diri yang rendah yang mengalami stres transisi ke perguruan tinggi kemungkinan sangat rentan untuk mengalami gejala depresi (Orth, Trzesniewski, & Robins, 2010).

Harga diri dan dukungan sosial juga memiliki hubungan yang merupakan hubungan dua arah, level harga diri dapat memprediksi dukungan sosial begitu juga sebaliknya (Lee, 2013). Harga diri merupakan indikator penting dalam kemampuan untuk mengatasi (*cope*) stres (Lazarus & Folkman, 1984). Harga diri merupakan faktor

kunci dalam mengatasi (*coping*) stres, bahwa siswa dengan harga diri yang tinggi akan lebih efektif mengatasi stres yang dialami selama pendidikan (Yıldırım et al., 2017). Pemanfaatan *coping style* yang cukup dan tepat selama masa remaja memfasilitasi pengembangan kepribadian yang sehat dan pembentukan harga diri yang tinggi (Yıldırım et al., 2017). Coping juga menjadi indikator yang mendasari pengembangan psikopatologi untuk individu dengan harga diri yang tinggi serta individu dengan harga diri yang rendah (Lee, 2013).

Penelitian ini mengeksplorasi mekanisme yang terlibat dalam hubungan antara harga diri dengan variabel lain dan dengan depresi kecemasan dan stres.

Ada bukti yang cukup untuk model kerentanan harga diri dan depresi, bahwa rendah diri (*low self-esteem*) berfungsi sebagai faktor risiko depresi, terutama dalam menghadapi stres besar dalam hidup (Sowislo & Orth, 2013). Namun, banyak asosiasi yang dibangun bahwa efek harga diri pada depresi dapat dimediasi atau dimoderasi oleh variabel intervensi lain, seperti dukungan sosial dan kemampuan secara efektif untuk mengatasi stres (Lee et al., 2014). Harga diri juga mempengaruhi status kesehatan secara umum dan siswa dengan harga diri yang tinggi akan lebih efektif mengatasi stres yang dialami selama pendidikan (Yıldırım et al., 2017).

Sangat banyak hasil studi yang menunjukkan bahwa bila dibandingkan orang-orang yang memiliki harga diri yang tinggi dengan orang-orang yang memiliki harga diri rendah akan mengalami emosi negatif yang lebih, mempengaruhi, contohnya kecemasan, kesedihan dan depresi, permusuhan dan kemarahan, kecemasan sosial, rasa malu dan rasa bersalah, malu, kesepian, serta pengaruh umum yang negatif dan neurotisisme (Mruk, 2013). Selain itu, mahasiswa dengan harga diri yang rendah merasa tidak bahagia dan mengalami stres emosional, termasuk depresi dan kecemasan, juga cenderung mempunyai rasa takut, cemas, depresi sebagai respon dari stres dan tidak percaya diri, gangguan makan, fungsi sosial yang buruk, putus sekolah, dan perilaku berisiko tinggi, sedangkan orang dengan harga diri yang tinggi mempunyai percaya diri yang tinggi, rasa puas, punya tujuan yang jelas, selalu berpikir positif, mampu untuk berinteraksi sosial. mempunyai *self-efficacy* dan *confidence* pada keputusan-keputusan dan pendapat-pendapat mereka, berhubungan dengan kesejahteraan mental, kebahagiaan, penyesuaian, sukses, prestasi akademik, dan kepuasan.

8.7 Alat Ukur *Self-Esteem*

Alat

ukur

BAB 9

DUKUNGAN SOSIAL

Dukungan sosial (*social support*) telah sering ditemukan untuk buffer terhadap gejala depresi ketika individu dihadapkan dengan stres (Dollete et al. 2004; Zimet et al. 1988; Cohen & Hoberman 1983). Penelitian telah menunjukkan bahwa dukungan sosial memainkan peran penting dalam mengelola masalah psikologis. Kurangnya dukungan sosial menjadi salah satu faktor yang menyebabkan banyak masalah psikologis antara mahasiswa. Bertambahnya jumlah literatur dan penelitian empiris yang menunjukkan hubungan antara dukungan sosial dan masalah psikologis di kalangan siswa (Aris, Yasin, & Dzulkifli, 2010). Dukungan sosial mengacu pada pengalaman yang dinilai, dihormati, peduli, dan dicintai oleh orang lain yang hadir dalam kehidupan seseorang (Gurung, 2006). Dukungan sosial ini berasal dari sumber yang berbeda seperti keluarga, teman, guru, masyarakat, atau kelompok-kelompok sosial yang satu berafiliasi. Dukungan sosial bisa datang dalam bentuk bantuan nyata yang diberikan oleh orang lain bila diperlukan yang meliputi penilaian dari situasi yang berbeda, strategi mengatasi efektif, dan dukungan emosional. Dukungan sosial merupakan elemen yang dapat membantu individu untuk mengurangi jumlah stres yang dialami serta untuk membantu individu mengatasi lebih baik dalam menangani situasi stres (Aris et al., 2010; Gurung, 2006). Dukungan sosial dalam menangani kesehatan mental sebelumnya mengacu pada keyakinan bahwa bantuan ada jika diperlukan sedangkan yang terakhir mengacu memperoleh bantuan yang sebenarnya. Kedua hal ini dianggap untuk melindungi terhadap stres dengan mengurangi situasi yang dianggap sebagai ancaman bagi kesejahteraan dan meningkatkan keyakinan bahwa sumber daya yang diperlukan tersedia. Investigasi mekanisme yang mendasari efek buffer stres pada dukungan sosial telah difokuskan pada bagaimana dukungan sosial mempengaruhi penilaian terkait stres dan coping (Lakey & Cohen, 2000).

9.1 Sumber Dukungan Sosial

Zimet et al. (1988) mengemukakan bahwa dukungan sosial dapat diterima dari tiga sumber, yaitu:

1. Keluarga

Keluarga merupakan tempat pertumbuhan dan perkembangan individu. Kebutuhan fisik dan psikologis mula-mula terpenuhi dari lingkungan keluarga. Individu akan menjadikan keluarga sebagai tumpuan harapan, tempat bercerita dan tempat mengeluarkan keluhan ketika individu mengalami persoalan.

2. Teman

Teman bertindak sebagai orang kepercayaan yang penting dan menolong individu dalam melewati berbagai situasi yang menjengkelkan dengan menyediakan dukungan emosi dan nasihat yang memberikan informasi. Sekelompok teman merupakan sumber afeksi, simpati, pemahaman dan panduan moral, tempat bereksperimen dan setting untuk mendapatkan otonomi dan independensi dari orang tua.

3. Orang yang signifikan

Sejumlah orang lain yang potensial memberikan dukungan, yang secara nyata penting bagi seseorang dalam proses sosialisasi dan sangat mempengaruhi individu.

9.2 Dimensi Dukungan Sosial

Dimensi dukungan sosial menurut Sarafino & Smith (2011) dimensi dukungan sosial yaitu:

1. Dukungan Emosional

Dalam dukungan emosional menyampaikan suatu perasaan empati, peduli, perihatin, dan hal positif

2. Dukungan Instrumental

Dukungan yang melibatkan langsung suatu bantuan seperti, ketika seseorang memberikan atau meminjamkan uang kepada orang lain yang membutuhkan.

3. Dukungan Informasi

Dalam dukungan ini memberikan suatu saran, arahan, atau umpan balik tentang bagaimana orang tersebut melakukannya. Contoh, orang sakit mendapatkan informasi dari dokter atau keluarga bagaimana cara menyembuhkannya.

4. Dukungan Persahabatan

Dalam dukungan ini mengacu pada ketersediaan orang lain untuk menghabiskan waktunya dengan orang yang membutuhkan dukungan sehingga memberikan

perasaan yang bersahabat kelompok orang-orang yang berbagi minat dan kegiatan sosial secara bersama-sama.

9.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Sosial

Beberapa studi menunjukkan bahwa dukungan sosial berkorelasi negatif dengan gejala dan gangguan psikologis seperti stres, depresi dan gangguan kejiwaan lainnya, dan positif berkorelasi dengan kesehatan fisik dan mental (Aris et al., 2010). Sebuah studi oleh Nahid & Sarkis (1994) misalnya menemukan bahwa dukungan sosial melindungi orang dalam krisis kehidupan seperti kematian, penyakit, dan stres utama lainnya, dan moderat efek stres pada psikologis kesejahteraan. Karakteristik dan kualitas dukungan sosial adalah pusat untuk penyesuaian individu, dukungan sosial berhubungan signifikan dengan masalah psikologis yang menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan sosial, semakin rendah masalah psikologis (Aris et al., 2010). Dukungan dari keluarga dan teman-teman dapat mengurangi dampak dari masalah psikologis pada siswa (Calvete & Connor-Smith, 2006). Villanova dan Bownas (1984) misalnya menemukan bahwa dukungan sosial dapat membantu siswa untuk mengatasi stresor kehidupan sehari-hari dan meringankan beban kerja akademik. Tanpa dukungan yang cukup dari keluarga dan teman-teman, mereka akan berada dalam kesulitan dan rentan terhadap depresi, stres dan kecemasan. Temuan ini didukung oleh Dollete et al. (2004) yang menemukan bahwa dukungan sosial dapat bertindak sebagai faktor pelindung yang bisa menurunkan masalah psikologis pada siswa seperti stres. Hal ini menunjukkan bahwa dampak dari situasi yang stres dapat menurun ketika siswa memiliki dukungan sosial yang baik. Saran dan dorongan dari sumber dukungan juga dapat meningkatkan kemungkinan individu akan melakukan pemecahan masalah aktif dan mencari informasi (Friedlander, Reid, Shupak, & Cribbie, 2007). Ini dapat membantu siswa dalam menghadapi berbagai stresor di lingkungan dan memfasilitasi proses penyesuaian yang positif. Tindakan mendukung yang disediakan oleh dukungan sosial dianggap penyangga dampak stres dengan meningkatkan efektivitas upaya coping, yang pada gilirannya menurunkan tekanan pada siswa (Holahan, et al, 1995;. (Lakey & Cohen, 2000). Misalnya, menerima dukungan emosional dan persahabatan dapat mendorong adaptasi yang efektif antara siswa dalam menghadapi dan mengatasi peristiwa tak terkendali (Aris et al., 2010). Siswa dapat mengatasi stres yang dialami

selama pendidikan dengan sangat baik jika memiliki dukungan sosial (sosial support) (Yıldırım et al., 2017). Rendahnya tingkat dukungan sosial telah berulang kali dikaitkan dengan hasil kesehatan fisik dan mental yang buruk (Lakey & Cohen, 2000). Ikiz & Cakar (2010); Gad dan Johnson (1980) menemukan tidak ada interaksi antara faktor dukungan sosial dengan harga diri, sebaliknya, Greenberg et al. (1983) melaporkan interaksi yang melibatkan dukungan dari orang tua: meningkatkan dukungan dikaitkan dengan harga diri yang lebih tinggi hanya di kalangan orang-orang dewasa yang menderita stres yang tinggi. Inkonsistensi ini menunjukkan potensi manfaat dari studi lebih lanjut pada area ini.

Siswa dapat mengatasi stres yang dialami selama pendidikan dengan sangat baik jika memiliki dukungan sosial (sosial support) (Yıldırım et al., 2017). Terdapat hubungan yang positif antara tingkat dukungan sosial dengan tingkat harga diri pada remaja (Ikiz & Cakar, 2010). Peningkatan dukungan sosial dari teman-teman, tetapi bukan dari keluarga, diprediksi membaik penyesuaian, penurunan stres diprediksi meningkatkan secara keseluruhan, akademik, penyesuaian pribadi-emosional, dan sosial. Peningkatan global, akademik, dan harga diri diprediksi menurunkan depresi dan meningkatkan penyesuaian akademik dan sosial (Friedlander et al., 2007).

Hasil penelitian telah menunjukkan bahwa harga diri dapat mempengaruhi gejala depresi melalui dukungan sosial (Brissette, Scheier, & Carver, 2002; Friedlander, Reid, Shupak, & Cribbie, 2007). Ada beberapa teori interpersonal bahwa harga diri memprediksi dukungan sosial, teori self-verifikasi Swann mengusulkan bahwa individu dengan harga diri yang rendah mencari umpan balik yang konsisten dengan pandangan diri mereka sendiri secara subjektif yang sering negatif (Bosson et al., 2000; Tafarodi & Jr, 2001); Lee, 2013; Giesler, Josephs, & Swann, 1996; Swann, 1997; Swann, Wenzlaff, Tafarodi, 1992).

Harga diri memprediksi sintomatologi depresi melalui dukungan sosial dan pelepasan coping. Hubungan antara harga diri dan dukungan sosial tampak sebagai dua arah, harga diri memprediksi dukungan sosial dan sebaliknya, sedangkan pada pelepasan coping ditemukan pengaruh harga diri pada sintomatologi depresi (Lee et al., 2014).

Mahasiswa dapat mengatasi stress yang dialami selama pendidikan dengan sangat baik jika memiliki dukungan social (*social support*) (Yıldırım et al., 2017). Terdapat hubungan yang positif antara social support level dengan self-esteem level pada remaja (Ikiz & Cakar, 2010). Peningkatan dukungan sosial dari teman-teman, tetapi bukan dari keluarga, diprediksi membaik penyesuaian, penurunan stres diprediksi meningkatkan secara keseluruhan, akademik, penyesuaian pribadi-emosional, dan sosial. Peningkatan global, akademik, dan harga diri diprediksi menurunkan depresi dan meningkatkan penyesuaian akademik dan sosial (Friedlander et al., 2007).

Mahasiswa dapat mengatasi stress yang dialami selama pendidikan dengan sangat baik jika memiliki dukungan social (*social support*) (Yıldırım et al., 2017). Rendahnya tingkat dukungan sosial telah berulang kali dikaitkan dengan hasil kesehatan fisik dan mental yang buruk (Lakey & Cohen, 2000). Ikiz & Cakar (2010);

Beberapa hasil studi mengatakan bahwa mahasiswa yang mendapat dukungan sosial dari keluarga, teman dan orang lain cenderung tidak mengalami depresi, kecemasan dan stress.

9.4 Alat Ukur Dukungan Sosial

Zimet beserta koleganya mengembangkan sebuah alat tes *Multidimensional of Perceived Sosial Support* (MPSS) pada tahun 1988 yang kemudian divalidasi kedalam berbagai sampel termasuk remaja, dewasa, wanita hamil, dan individu dengan gangguan kejiwaan. MPSS menyediakan tiga sumber dukungan yaitu orang lain yang signifikan, keluarga, dan teman. MPSS dimaksudkan untuk mengukur sejauh mana seorang individu merasakan dukungan sosial dari ketiga sumber tersebut.

Alat ukur MPSS sangatlah singkat hanya dengan 12 buah pernyataan dan sangat ideal untuk penelitian yang membutuhkan penilaian beberapa variabel, juga dapat digunakan untuk populasi dalam jumlah besar yang tidak dapat mentoleransi kuesioner yang panjang. MPSS juga mudah dimengerti karena itu cocok untuk populasi muda dengan tingkat melek huruf yang terbatas (Cheng & Chan, 2004).

Mitchell dan Zimet (1988), berpendapat bahwa skala 'orang yang signifikan' bisa berbeda-beda untuk tiap individu. Seperti misalnya sumber dukungan ini dirasakan oleh remaja dari guru, pacar, atau konselor. Dalam hal ini, peneliti mengkategorikan

'orang yang signifikan' sebagai keluarga, teman, orang lain karena subjek dalam penelitian ini adalah mahasiswa.

BAB 10

COPING

Lazarus & Folkman (1984) mendefinisikan penanganan masalah (*coping*) sebagai segala usaha untuk mengurangi stres, yang merupakan proses pengaturan atau tuntutan (eksternal maupun internal) yang dinilai sebagai beban yang melampaui kemampuan seseorang. Menurut Lazarus dan Folkman (1984), penanganan masalah merupakan suatu proses di mana individu mencoba untuk mengelola jarak yang ada antara tuntutan-tuntutan (baik itu tuntutan yang berasal dari individu maupun tuntutan yang berasal dari lingkungan) dengan sumber-sumber daya yang mereka gunakan dalam menghadapi situasi yang menekan. Pada dasarnya *coping* menggambarkan proses aktivitas kognitif, yang disertai dengan aktivitas perilaku. Dinamika dan perubahan yang menjadi ciri coping sebagai proses bukanlah sesuatu yang acak, tapi merupakan fungsi dari penilaian terus-menerus dan perubahan dalam hubungan antara orang dan lingkungannya (Lazarus & Folkman, 1984). Strategi penanganan masalah dipilih berdasarkan penilaian kognitif terhadap stresor dan penilaian pada sumber daya, kemudian individu menetapkan strategi coping yang dirasa efektif melalui identifikasi terhadap sumberdaya yang dimilikinya (Lazarus & Folkman, 1984).

10.1 Jenis-jenis Penanganan Masalah

Menurut Lazarus & Folkman (1984) terdapat dua jenis strategi penanganan masalah yaitu berfokus pada masalah (*problem-focused*) dan berfokus pada emosi (*emotion-focused*), yaitu:

1. Fokus pada masalah (*Problem-focused*) adalah mengatasi masalah dengan melakukan penanganan terhadap sumber masalah, ada empat langkah untuk mengelola stres ini yaitu tentukan masalah, hasilkan solusi alternatif, pelajari keterampilan baru untuk berhadapan dengan stres, nilai kembali dan temukan standar baru perilaku.
2. Fokus pada emosi (*Emotion-focused*) adalah cara mengatasi masalah dengan mengendalikan emosi yang ada, antara lain menghindari sumber stres, menjauhkan diri dari stres (tidak peduli), penerimaan, mencari dukungan, lari ke alkohol.

Problem-focused mengarah pada penyelesaian masalah, seperti mencari informasi mengenai satu masalah, mengumpulkan solusi-solusi yang dapat dijadikan alternative, mempertimbangkan alternative dari segi biaya, dan manfaatnya, memilih alternative, dan menjalani alternative yang dipilih (Lazarus & Folkman, 1984). Individu akan melakukan *problem-focused coping* apabila masalah yang dihadapi masih dapat diubah dan diperbaiki (Lazarus & Folkman, 1984). Jadi dalam problem-focused tidak hanya berencana sebanyak mungkin, tetapi segera melakukan rencana terbaik dari semua pilihan yang ada.

Emotion-focused menurut Lazarus & Folkman (1984) merupakan sekumpulan proses kognitif yang diarahkan untuk mengurangi penderitaan emotional dan mencakup strategi seperti menghindari, meminimalisir, menjaga jarak, selektif memilih perhatian, perbandingan positif, dan mencari nilai positif dari peristiwa negative. Orang menggunakan *emotion-focused* untuk mempertahankan harapan dan optimism, menyangkal fakta dan implikasinya, menolak mengakui hal terburuk, bertindak seolah-olah hal yang terjadi bukan hal yang penting, dimana kesemua proses tersebut memberi sebuah penipuan atau distorsi kenyataan pada diri mereka sendiri (Lazarus & Folkman, 1984).

Menurut (Kenneth I Pargament, 1987, 2007; Kenneth I Pargament & Hahn, 1986; Kenneth I Pargament et al., 1988; Kenneth I Pargament, Koenig, & Perez, 2000; Kenneth Ira Pargament, 1997) terdapat strategi coping lain yang disebut sebagai strategi coping berfokus religi (*religious-focused*), yaitu penanganan masalah yang dilakukan individu untuk mengatasi ancaman berdasarkan keyakinan bahwa Tuhan akan membantunya, terdiri dari *religious behavior* dan *religious belief*.

Carver & M.F (2001) mengembangkan 14 dimensi coping berdasarkan ways of coping dari Folkman & Lazarus (1988) yang terdiri dari:

1. *Active coping* yaitu proses pengambilan langkah untuk mencoba memindahkan, menyiasati atau mengurangi efek sumber stres, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan langsung, meningkatkan dan mencoba untuk melakukan usaha penyelesaian tahap demi tahap.
2. *Planning* yaitu meliputi perencanaan strategi dan langkah apa yang akan diambil, dan bagaimana cara terbaik menyelesaikan masalah.

3. *Positive reframing* yaitu mengatasi masalah dengan mencari segala hal positif dari masalah yang ada
4. *Acceptance* yaitu menerima bahwa hal ini sudah terjadi, menerima tekanan sebagai suatu kenyataan dan menerima karena belum memiliki strategi menghadapi masalah.
5. *Humor* yaitu mengatasi masalah dengan membuat semua situasi atau keadaan menjadi lucu.
6. *Religion* yaitu mengembalikan permasalahan yang dihadapi kepada agama dengan rajin beribadah dan memohon pertolongan Tuhan.
7. *Emotional support* yaitu mengatasi masalah dengan mendapatkan dukungan emosional dari orang lain
8. *Instrumental support* yaitu mencari saran, nasihat, bantuan dan dukungan dari orang lain seperti teman, keluarga, atau orang lain
9. *Self-distraction* yaitu mengatasi masalah dengan mengalihkan perhatian dengan kegiatan lain seperti pergi ke bioskop untuk menonton film, menonton televisi, membaca, berbelanja, berolahraga, dan lain-lain
10. *Denial* yaitu menolak percaya bahwa masalah tersebut pernah ada, bertindak seolah-olah masalah tidak ada.
11. *Venting* yaitu mengatasi masalah dengan melepaskan atau mengungkapkan masalah yang dialami
12. *Substance* yaitu mengatasi masalah dengan melarikan diri kepada alcohol dan obat-obatan yang terlarang
13. *Behavioural disengagement* yaitu mengurangi usaha mengatasi masalah dengan melepaskan masalah tersebut dengan menyerah
14. *Self-blame* yaitu cara mengatasi masalah dengan menyalahkan diri sendiri atas apa yang telah terjadi

10.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Coping

Penanganan masalah mengakibatkan efek langsung pada status kesehatan, dimana saat level penanganan masalah meningkat, keluhan pada status kesehatan secara umum menurun (Yıldırım et al., 2017). Peningkatan penolakan melakukan penanganan masalah menyebabkan gejala depresi yang lebih besar (Lee et al., 2014).

Pemanfaatan model penanganan masalah yang cukup dan tepat selama masa remaja memfasilitasi pengembangan kepribadian yang sehat dan pembentukan harga diri yang tinggi (Yıldırım et al., 2017). Penanganan masalah juga menjadi indikator yang mendasari pengembangan psikopatologi untuk individu dengan harga diri yang tinggi serta individu dengan harga diri yang rendah (Lee, 2013).

Penanganan masalah ditemukan pengaruh harga diri pada simptomatologi depresi, dalam peningkatan kadar penanganan masalah menyebabkan gejala depresi yang lebih besar dalam konteks tinggi dan rendah harga diri (Lee et al., 2014).

Menurut Smet (1994) faktor-faktor tersebut adalah:

1. Variabel dalam kondisi individu; mencakup umur, tahap perkembangan, jenis kelamin, temperamen, faktor genetik, intelegensi, pendidikan, suku, kebudayaan, status ekonomi dan kondisi fisik.
2. karakteristik kepribadian, mencakup introvert-ekstrovert, stabilitas emosi secara umum, kepribadian “ketabahan” (*hardiness*), *locus of control*, kekebalan dan ketahanan.
3. Variabel sosial-kognitif, mencakup: dukungan sosial yang dirasakan, jaringan sosial, kontrol pribadi yang dirasakan.
4. Hubungan dengan lingkungan sosial, dukungan sosial yang diterima, integrasi dalam jaringan sosial.
5. Strategi *coping*, merupakan cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah dan menyesuaikan diri dengan perubahan dalam situasi yang tidak menyenangkan.

10.3 Mekanisme Coping

Mekanisme coping adalah upaya langsung untuk mengatasi stress. Mekanisme coping sebagai cara yang digunakan individu untuk menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam. Stuart (2014) mengidentifikasi mekanisme coping sebagai tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri.

1. penanganan masalah yang berfokus pada masalah: penanganan masalah aktif, perencanaan dan mencari dukungan instrumental,
2. penanganan masalah yang berfokus pada emosi: penerimaan, humor, curhat, agama, dukungan emosional, mencoba berpikir positif dan menyalahkan diri sendiri, dan
3. penanganan masalah yang kurang bermanfaat atau menghindar: penyangkalan, gangguan diri, pelepasan perilaku dan penggunaan narkoba.

Brief COPE adalah versi 28 item yang disingkat dari 60 item yang dikembangkan oleh Carver et al. (1989) untuk mengukur gaya penanganan masalah yang biasanya digunakan orang pada saat stres. Ukuran ini terdiri dari 14 skala, dengan 2 item per skala dengan skala Likert empat poin, yaitu, (i) Saya biasanya tidak melakukan ini, (ii) Saya biasanya melakukan ini sedikit, (iii) Saya biasanya lakukan ini dalam jumlah sedang dan (iv) Saya biasanya melakukan ini banyak.

10.5 Alat Ukur Coping

Ala

BAB 11

Sumber Masalah Mahasiswa

11.1 Mahasiswa

Mahasiswa adalah individu yang menempuh pendidikan di perguruan tinggi (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2005). Remaja yang duduk dibangku perguruan tinggi berada pada masa remaja akhir, yaitu usia 18-21 tahun. Masa remaja, berbagai minat muncul sebagai perwujudan nilai yang dimiliki oleh remaja. Minat yang dianggap penting pada remaja awal adalah minat pakaian dan penampilan, sementara pada remaja akhir lebih berminat pada masalah karir. Pengalaman membuat remaja akhir lebih kritis dan lebih tahu mana yang benar-benar penting untuk dirinya. Adanya penilaian kritis remaja akhir cenderung menstabilkan minatnya dan membawanya ke dalam masa dewasa (Hurlock, 1999).

Telah diakui bahwa belajar di universitas sangat stres dan mahasiswa memiliki tingkat stres yang tinggi (Ahern & Norris, 2011). Tidak hanya mahasiswa yang mengalami tekanan yang besar untuk mendapatkan gelar secara akademis, tetapi mereka juga mengalami beban kerja yang berlebih, keterbatasan waktu, tes, dan tugas serta keputusan penting tentang masa depan mereka dan jalur karir (Alginahi et al., 2009). Ketika ada terlalu banyak stres atau ketika stres ini dianggap negatif, hasilnya mungkin sangat mengganggu mahasiswa (Kausar, 2010). Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Kausar, 2010) pada sampel dari mahasiswa Universitas Punjab, Pakistan, ditemukan bahwa 27% dari merasakan tingkat stres mereka menjadi 'diluar kendali' dengan proporsi yang signifikan dengan risiko bahaya yang cukup besar. Selanjutnya, Blitzer & Troskie-De Bruin (2004) menemukan pada sampel mahasiswa tahun pertama sebuah universitas di Afrika Selatan, bahwa banyak siswa mengalami kesulitan dalam mengelola beban kerja akademik di universitas.

11.2 Sumber Masalah Mahasiswa

Holmes & Rahe (1967) melakukan studi pada populasi mahasiswa AS untuk peristiwa kehidupan yang dinilai sangat stres antara lain kematian anggota keluarga dekat atau teman dekat, perceraian antara orang tua, masalah hukum, cedera, tanggung jawab pada orang lain seperti anak-anak/pasangan, ancaman pada sumber pendapatan

utama, masalah dengan teman sekamar, perubahan kesehatan anggota keluarga, kehamilan, masalah seksual, perbedaan pendapat yang serius dengan orang tua, perubahan gaya hidup dengan alasan keuangan, bertengkar dengan anggota keluarga dekat, masalah dengan pacar, mengulang mata kuliah, beban kuliah yang meningkat, prestasi yang luar biasa, semester pertama di perguruan tinggi, perubahan kondisi hidup, perbedaan pendapat serius dengan seorang instruktur, mendapatkan nilai lebih rendah dari yang diharapkan, perubahan kebiasaan tidur, sosial dan makan, terlalu banyak kelas, mengulang di beberapa kelas.

Tabel 11.1. Indikator Pengukuran Sumber masalah pada mahasiswa

Alat Ukur	Deskripsi			
	Penggunaan	Faktor	Item	Reliability Cronbach's α
"Undergraduates Stresors Questionnaires"(Spiridon & Karagiannopoulou, 2015)	Assessment of academic university stresors	1. Lack of leisure time 2. Academic performance (grades) 3. Fear of failure 4. Academic overload 5. Finance 6. Competition between students 7. Relationships with university faculty	29 items	0,90
"Undergraduates Sources of Stres Questionnaire"(Blackmore, Tucker, & Jones, 2013)	To assess sources of stres in undergraduate students	1. Academic demands 2. Finacial issues 3. Personal issues	18 items	0,78
Accounting Student Academic Stres Scale (ASASS) (Hou, Shinde, & Willems, 2013)	measuring academic stres in accounting students	1. Assistance 2. Assessment 3. Assignment 4. Course difficulty 5. Presentation and career	15 item	0.84-0,86
Student Stres Inventory for Black Women (CSSI-BW) (A. L. Brown & Blankson, 2013)	measuring response to stres in academic life for Black women	1. Intern-item 2. difficulty	13 item	0,84
"College Undergraduate Stres Scale (CUSS)" (Renner and Mackin, 1998); analysis faktor by Brandon Mason (2012)	administered to measure academic strain	3. life strain 4. Aademic strain 5. Peer strain	51 item menjadi 19 item	0,57 – 0,74
"Educational Stres Scale for Edolescents (ESSA)"(Sun, Dunne, Hou, & Ai-qiang, 2011)	To measure academic stres	1. Pressure from study 2. Workload 3. Worry about grades 4. Self-expectation 5. Despondency	16 items	0,81
"Medical Students Stresors Questionnaire (MSSQ)"(M. Yusoff, 2011)	Detecting and evaluate stresors of medical student	1. Academic related stresors (ARS) 2. Intrapersonal & interpersonal related Stresors (IRS) 3. Teaching & learning related stresors (TLRS) 4. Sosial related stresors (SRS) 5. Drive & desire related stresors (DRS) 6. Group activities related stresors (GARS)	20 items	0,915
"Student Stres Scale" (Da Coste Leite and Israel, 2011)	Assess academic obstacle	1. Academic demands 2. Non-academic demands 3. environmental demands	32 items	0,88
"Stres in Academic Life Scale (SALS)"(Alzaeem, Azhar, Sulaiman, & Gillani, 2010)	used in gauging stres of pharmacy undergraduates	1. Sosial support related stres 2. Achievement - motivation related stres 3. Curriculum & teaching mode related stres	27 items	0,86

Alat Ukur	Deskripsi			
	Penggunaan	Faktor	Item	Reliability Cronbach's α
		4. academic ambition related stres 5. self-confidence related stres 6. performance anxiety related stres 7. clinical career related stres		
"Perceived Stres Scale" (Cohen et al., 1983). Adjusted for university students from Matheny et al., (2003) and (Örücü & Demir, 2009)	A general appraisal instrument that measures the degree to which situations in one's life are appraised as stressful	1. Perceived helplessness 2. Perceived self-efficacy	14 items	0.80
"Academic Stres Inventory"(Lin & Shing, 2009)	detecting related academic problems	1. Teachers' stres 2. results stres 3. tests stres 4. studying in group stres 5. peer stres 6. time mangement stres 7. self-inflicted stres	34 items	0.85-0.92
"Major of sources of academic stres"(Yumba, 2008)	To examined the perceptions of major of sources of academic stres undergraduates	1. Relating to other people 2. Personal Faktors 3. Academic faktors 4. Environments faktors	33 items	
Nepal source of stres & Perceived severity (Sreeramareddy et al., 2007)	To examined the soures of stres and perceived severity	1. Academic stresor 2. Psychosocial stresor 3. Health relates stresor	33 item	
Academic expectation stres inventory (Ang & Huan, 2006)	To find a source of academic stres	1. Expectations of Parents/Teachers 2. Expectations of Self	9 item	0,83 – 0,9
Higher education stres inventory (HESI) (Marie Dahlin, Nils Joneborg, and Bo Runeson (2005),	To measure stres	1. negative psychosocial climate 2. worries about future 3. endurance/capacity 4. insufficient feedback 5. low commitment 6. academic workload 7. role conflict 7. financial concern	33 item	
"Scale for Assessing Academic Stres"(Sinha, Sharma, & Nepal, 2001)	Developed to assess all possible major mediators of academic stres in term of their presence or absence	Expressions of academic stres: 1. Cognitive 2. Affective 3. Physical 4. Sosial-interpersonal 5. Motivational	30 items	0,75
"The Student Stres Survey"(Ross, Niebling, & Heckert, 1999)	Identify multiple stresors in undergraduates	Stresors: 1. Interpersonal 2. Intrapersonal 3. Academic 4. Environmental	40 items	from 0,75 to 0,82
"Students Life Stres Inventory"(Gadzella, 1994)	Measuring students stresors and reactions to stresors	Stresors: 1. Frustrations 2. Conflicts 3. Pressures 4. Change 5. Self-imposed Reactions: 1. Psychological 2. Emotional 3. Behavioral 4. Cognitive	51 items	from 0,52 to 0,85
"Dental Environment Stres (DES)" (Garbee et al., 1980). Revision by Westerman et al. 1993	To assess potential stresors and assigned stresor categories	1. Academic performance 2. Patient & Clinic responsibility 3. Faculty relations 4. Personal life issues 5. Pprofesional identity	34 items	0,875

Alat Ukur	Deskripsi			
	Penggunaan	Faktor	Item	Reliability Cronbach's α
"Undergraduates Stres Questionnaires"(Crandall, Preisler, & Aussprung, 1992)	Assess a list of stresfullife events ranging from major life crisis to minor daily hassles	2. "Minor" life events 3. "Major" life events	82 items	
"Sources of Stres among the Psychology Undergraduates"(Tyrrell, 1992)	To identify important sources and symptoms of stres	1. Fear of falling behind with coursework 2. Finding the motivation to study 3. Time pressures 4. Finacial worries 5. Concern about academic ability	60 items	0,75
"Academic Stres Scale"(Kohn & Frazer, 1986)	Identify events which elicit academic stres	1. Final grades 2. Excessive homework 3. Term papers 4. Examinations 5. Studying for examination	35 items	0,92
"Perceived Stres Scale"(Cohen et al., 1983)	assesses the degree of stresful	1. Academic stresors 2. Psychososial stresors 3. Health related stresors	33 items	0,85
"Dental Environment Stres (DES)" (Garbee et al., 1980)	Stresors inventory	1. Academic performance 2. . Stres level with educational environment 3. Stres levels with learning clinical skills 4. Clinical skills		

11.2.1 Tekanan Akademik

Akademik stres merupakan suatu kondisi atau keadaan individu yang mengalami tekanan sebagai hasil persepsi dan penilaian mahasiswa tentang stresor akademik, yang berhubungan dengan ilmu pengetahuan dan pendidikan (Govaerts & Grégoire, 2004). Pada kehidupan mahasiswa rentan sekali mengalami akademik stres, disinyalir karena dampak tuntutan dari rutinitas belajar dalam dunia perkuliahan, tuntutan untuk berpikir lebih tinggi dan kritis, kehidupan yang mandiri, serta berperan serta dalam kehidupan sosial bermasyarakat (Hicks & Heastie, 2008). Akademik stres agak unik karena siswa tidak hanya menyesuaikan diri dengan lingkungan baru dan berbagai situasi sosial, tetapi mereka juga menghadapi evaluasi terus menerus (Alginahi et al., 2009).

Berdasarkan beberapa penelitian yang telah dilakukan, tekanan akademik yang diterima mahasiswa antara lain:

1. Tes, ujian, tugas/makalah, nilai/hasil (Alginahi et al. (2009); Spiridon & Karagiannopoulou (2015); Kuh, Cruce, Shoup, Kinzie, & Gonyea, 2008; McKenzie & Schweitzer, 2010; Da Coste Leite & Israel, 2011; Sreeramareddy et al. (2007); Kohn & Frazer (1986); Lin & Shing (2009); (Alzaeem et al., 2010); (Alzahem, van der Molen, Alaujan, Schmidt, & Zamakhshary, 2011); (Sun et al.,

- 2011); (Muhammd Saiful Bahri Yusoff et al., 2010); (M. Yusoff, 2011); (Tyrrell, 1992)
2. Proses belajar mengajar, dosen, (Lin & Shing, 2009); kurikulum dan pengajaran (Alzaeem et al., 2010);
 3. kurangnya waktu belajar, beban kerja yang tinggi (Kuh, Cruce, Shoup , Kinzie, & Gonyea, (2008); McKenzie & Schweitzer (2010); Da Coste Leite & Israel, (2011); (Lin & Shing, 2009).
 4. keseimbangan antara sekolah dan bekerja, commuting, rencana masa depan atau karir (Akgun & Ciarrochi, 2003; Eremsoy, Celimli, & Gencoz, 2005; (Zajacova, Lynch, & Espenshade, 2005); Huan, See, Ang, & Har, 2008; Pfeifer, Kranz, & Scoggin, 2008); (Alzaeem et al., 2010); (Alzahem et al., 2011)
 5. lamanya pendidikan (Muhammd Saiful Bahri Yusoff et al., 2010);
 6. belajar dalam kelompok belajar (Lin & Shing, 2009).
 7. pencapaian dan motivasi, ambisi akademis (Alzaeem et al., 2010); (Alzahem et al., 2011)
 8. akomodasi, faktor pribadi, faktor lingkungan pendidikan, (Alzahem et al., 2011)
 9. pelayanan staf prodi/fakultas, hubungan dengan prodi/fakultas (Spiridon & Karagiannopoulou, 2015)

11.2.2 Tekanan Sosial

Waktu yang terbatas untuk keluarga dan teman-teman, dan persaingan antar rekan (Kuh, Cruce, Shoup , Kinzie, & Gonyea, (2008); McKenzie & Schweitzer, (2010); Da Coste Leite & Israel, (2011); (Lin & Shing, 2009), kurangnya waktu dan fasilitas untuk hiburan, (Sreeramareddy et al., 2007); (Muhammd Saiful Bahri Yusoff et al., 2010); (M. Yusoff, 2011); (Ross et al., 1999)

11.2.3 Masalah Keuangan

Masalah keuangan, (Kuh, Cruce, Shoup , Kinzie, & Gonyea, 2008; McKenzie & Schweitzer, 2010; Da Coste Leite & Israel, 2011; Marshall et al. (2008); (Tyrrell, 1992); (Ross et al., 1999); (Blackmore et al., 2013); (Spiridon & Karagiannopoulou, 2015); (Silinda & Brubacher, 2016); (Dahlin, Nilsson, Stotzer, & Runeson, 2011).

11.2.4 Masalah Keluarga

Pengharapan orang tua dan dosen, (Akgun & Ciarrochi, 2003; Eremsoy, Celimli, & Gencoz, 2005; (Zajacova et al., 2005); Huan, See, Ang, & Har, 2008; Pfeifer, Kranz, & Scoggin, 2008; Sreeramareddy et al. (2007); (M. Yusoff, 2011; Muhammd Saiful Bahri Yusoff et al., 2010), hubungan keluarga (Marshall et al., 2008), orang tua/anggota keluarga sakit/mati (Holmes & Rahe 1967); bermasalah dengan orang tua (Ross et al., 1999).

11.2.5 Emosional

Frustasi, konflik, tekanan, perubahan, diri sendiri sebagai penyebab stres (Gadzella, 1994), dan kepercayaan diri, ketakutan/kegugupan (Alzaeem et al., 2010); (Muhammd Saiful Bahri Yusoff et al., 2010); (M. Yusoff, 2011);

11.3 Instrument Pengukuran Sumber Masalah pada Mahasiswa

11.3.1 *Indonesian Undergraduate Sources of Stress Questionnaire (IUSSQ)*

Indonesian undergraduate sources of stress questionnaire (IUSSQ) merupakan kuesioner yang dirancang dan dikembangkan berdasarkan daftar keluhan mahasiswa saat konseling di Klinik Universitas (KlinikSatelitMakara, 2016). IUSSQ terdiri dari 5 (lima) factor. Faktor dan pernyataan pada IUSSQ dapat dilihat pada tabel 7.2.

Tabel 11.2 Faktor pada IUSSQ

No	Pernyataan	Tdk pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
Faktor Komunikasi dan Adaptasi:					
1	Kesulitan berkomunikasi dengan dosen				
2	Kesulitan berinteraksi dengan dosen				
3	Kurangnya tatap muka interaksi/support di kelas				
4	Kesulitan beradaptasi dengan sesama mahasiswa				
5	Kesulitan berpartisipasi saat diskusi di kelas				
6	Kesulitan ketika mengerjakan tugas bersama kelompok				
Faktor Akademis					
1	Kesulitan dalam memahami materi kuliah				
2	Kesulitan menyelesaikan tugas-tugas kuliah				
3	Kesulitan mengerjakan ujian				
4	Terlalu banyak materi yang harus dipelajari				

No	Pernyataan	Tdk pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
5	Kurangnya waktu untuk mengulang materi yang telah dipelajari				
Faktor Personal					
1	Kekhawatiran karir dan persiapan pasca kuliah				
2	Permasalahan kepercayaan diri				
3	Ketakutan tidak diterima oleh teman/lingkungan baru				
4	Kompetisi/persaingan yang tinggi antar teman di kampus				
5	Ketakutan akan gagal saat ujian				
6	Kurangnya motivasi				
Faktor Emosional					
1	Permasalahan pertemanan atau di organisasi				
2	Kesulitan mengendalikan emosi				
3	Merasa didiskriminasi				
4	Sulit menyesuaikan diri dengan lingkungan dan budaya yang baru (culture shock)				
Faktor Kecewaan					
1	Kecemasan tentang prestasi studi yang rendah				
2	Kecewaan dengan prestasi akademis saat ini				
3	Penilaian dosen yang memihak/tidak adil				
4	Ketidaksesuai jurusan dengan minat dan bakat				

Adaptasi dari

Skoring	Hasil Ukur
1 = Tidak Pernah	Rendah = 1 – 33
2 = Kadang-kadang	Sedang = 34 – 66
3 = Sering	Tinggi = 67 - 100
4 = Selalu	

11.3.2 The Undergraduate Stress Questionnaire (USQ)

The Undergraduate Stress Questionnaire (USQ) dikembangkan oleh Crandall et al. (1992) yang merupakan *check list* peristiwa kehidupan dan dirancang untuk mengukur stres pada mahasiswa. Pernyataan pada USQ dapat dilihat pada table 7.3.

Tabel 11.3 Pernyataan pada USQ

No	Pernyataan	No	Pernyataan
1	Kematian (anggota keluarga/teman)	42	menjaga jarak jauh teman laki-laki / perempuan
2	Memiliki banyak test	43	dijejali untuk ujian

No	Pernyataan	No	Pernyataan
3	Minggu terakhir (deadline)	44	merasa tidak terorganisir mencoba memutuskan jurusan
4	Mendaftar ke sekolah pasca sarjana	45	merasa terisolasi
5	Menjadi korban kejahatan	46	orang tua mengontrol dengan uang
6	tugas di semua kelas jatuh tempo pada hari yang sama	47	tidak bisa menemukan tempat parkir
7	putus dengan teman laki-laki / perempuan	48	kebisingan mengganggu Anda saat mencoba belajar
8	menemukan teman laki-laki / perempuan selingkuh dari Anda	49	seseorang meminjam sesuatu tanpa izin
9	banyak tenggat waktu yang harus dipenuhi	50	harus meminta uang
10	properti dicuri	51	kehabisan pita tipe penulis saat mengetik
11	Anda memiliki minggu depan yang sulit	52	jadwal yang tidak menentu
12	Anda memiliki minggu depan yang sulit	53	tidak dapat memahami profesor Anda
13	pergi ke tes tanpa persiapan	54	mencoba masuk ke jurusan atau perguruan tinggi Anda
14	kehilangan sesuatu terutama dompet	55	pendaftaran kelas
15	kematian hewan peliharaan	56	begadang menulis makalah
16	lebih buruk dari yang diharapkan pada tes	57	beberapa yang Anda harapkan tidak dapat dihubungi
17	melakukan wawancara	58	seseorang melanggar janji
18	memiliki proyek, makalah penelitian jatuh tempo	59	tidak bisa berkonsentrasi
19	mengerjakan ujian dengan buruk	60	seseorang melakukan 'hewan peliharaan mengesalkan "milikmu
20	orang tua bercerai	61	tinggal dengan teman laki-laki / perempuan
21	bergantung pada orang lain	62	merasa perlu transportasi
22	mengalami konflik teman sekamar	63	potongan rambut yang buruk hari ini
23	mobil / sepeda rusak, ban kempes dll	64	persyaratan pekerjaan berubah
24	mendapat tilang	65	tidak ada waktu untuk makan
25	Menunggu/melewati masa menstruasi	66	merasakan tekanan teman sebaya
26	berhenti dan kecanduan	67	Anda mabuk
27	pemikiran tentang masa depan	68	masalah dengan komputer Anda
28	kekurangan uang	69	masalah pulang dari bar saat mabuk
29	ditangani kompetensinya di kantor registrar	70	menggunakan ID palsu
30	thought tentang pekerjaan yang belum selesai	71	tidak ada seks dalam beberapa saat
31	tidak tidur	72	seseorang memotong antrean di depan Anda

No	Pernyataan	No	Pernyataan
32	sakit, cedera	73	buku cek tidak seimbang
33	melakukan presentasi kelas	74	mengunjungi kerabat dan menghibur mereka
34	melamar pekerjaan	75	keputusan untuk berhubungan seks di pikiran Anda
35	bertengkar dengan teman laki-laki / perempuan	76	berbicara dengan seorang professor
36	bekerja saat di sekolah	77	perubahan lingkungan (dokter baru, dokter gigi, dll)
37	argumen, konflik nilai dengan teman	78	terkena acara TV, buku, atau film yang menjengkelkan
38	terganggu karena tidak memiliki dukungan sosial keluarga	79	sampai ke kelas terlambat
39	tampil buruk dalam suatu tugas	80	Liburan
40	tidak bisa menyelesaikan semua yang perlu Anda lakukan	81	duduk di kelas yang membosankan
41	mendengar kabar buruk	82	tim olahraga favorit kalah

Adaptasi dari (Crandall et al., 1992)

Skoring	Tingkat Keparahannya
1 = Tidak ada	Rendah = 1 – 109
2 = Sedikit	Sedang = 110 – 219
3 = beberapa	Parah = 220 - 328
4 = banyak	

11.3.3 Social Readjustment Rating Scale (SRRS)

Social readjustment rating scale (SRRS) dirancang dan dikembangkan oleh (T.H. Holmes & Rahe, 1967). SRRS merupakan pernyataan dari peristiwa-peristiwa sosial yang membutuhkan penyesuaian hidup, secara signifikan terkait dengan timbulnya penyakit fisik, demikian pula dengan 'tekanan hidup,' 'stres emosional,' 'kehilangan,' dan lain-lain pada mahasiswa. Pernyataan pada SRRS dapat dilihat pada table 7.4.

Tabel 11.4. Pernyataan SRRS

Indikasikan seberapa sering anda mengalami perasaan dibawah ini selama beberapa minggu belakangan ini menderita stress mental karena studi secara terus menerus.

No	Pernyataan	Score	No	Pernyataan	Score
1	Kematian anggota keluarga	100	17	Peningkatan beban kerja di sekolah	37

No	Pernyataan	Score	No	Pernyataan	Score
2	Kematian teman dekat	73	18	Prestasi diri yang luar biasa	36
3	Perceraian orang tua	65	19	Semester awal di perguruan tinggi	36
4	Masa yang memenjarakan	63	20	Perubahan kondisi hidup	31
5	Cidera atau penyakit yang diderita	63	21	Perbedaan pendapat dengan pembimbing	30
6	Pernikahan	58	22	Mendapatkan nilai yang lebih rendah dari yang diharapkan	29
7	Dipecat dari pekerjaan	50	23	Perubahan kebiasaan tidur	29
8	Gagal mengikuti kelas yang penting	47	24	Perubahan dalam kegiatan sosial	29
9	Gangguan kesehatan pada anggota keluarga	45	25	Perubahan kebiasaan makan	28
10	Kehamilan	45	26	Mobil yang terus menerus bermasalah	26
11	Masalah sex	44	27	Perubahan jumlah keluarga yang berkumpul	26
12	Perbedaan pendapat dengan teman	40	28	Terlalu banyak kelas yang terlewat	25
13	Perubahan status keuangan	39	29	Pindah perguruan tinggi	24
14	Perubahan jurusan akademik	39	30	Gagal pada >1 kelas	23
15	Permasalahan dengan orang tua	39	31	Pelanggaran kecil lalu lintas	20
16	Pacar baru	37			

Adaptasi dari (Thomas H. Holmes & Rahe, 1967)

Interpretasi skor:	
≥ 300	secara statistik, hampir 80 persen kemungkinan jatuh sakit dalam waktu dekat.
150 – 299	memiliki peluang 50-50 untuk mengalami perubahan kesehatan yang serius dalam dua tahun
≤ 149	memiliki peluang sekitar 30 persen untuk perubahan kesehatan yang serius

11.3.4 Medical Student Stressor Questioner (MSSQ)

MSSQ adalah instrumen tervalidasi yang digunakan untuk mengidentifikasi sumber stres (24-26). Item dalam MSSQ mewakili 40 kemungkinan sumber stres pada mahasiswa kedokteran yang diidentifikasi dari literatur yang dikelompokkan ke dalam enam domain utama; *Academic Related Stressor (ARS)*, *Intrapersonal and Interpersonal Related Stressor (IRS)*, *Teaching and Learning Related Stressor (TLRS)*, *Social Related Stressor (SRS)*, *Drive and Desire Related Stressor (DRS)*, dan *Group Activities Related Stressor (GARS)*, terdiri dari lima pilihan pernyataan, yaitu 'tidak menyebabkan stres sama sekali', 'menyebabkan stres ringan', 'menyebabkan stres sedang', 'menyebabkan stres tinggi' dan 'menyebabkan stres berat'. Metode penilaian

memberikan nilai dari 0 hingga 4 untuk masing-masing tanggapan. Koefisien reliabilitas dari kelompok stressor berkisar antara 0,64 sampai 0,92 (Muhammad Saiful Bahri Yusoff & Rahim, 2010).

Tabel 11.5. Item pada *Medical Student Stressor Questioner (MSSQ)*

Pilihan Jawaban:

1 = Tidak menyebabkan stress sama sekali

2 = Menyebabkan stress ringan

3 = Menyebabkan stress sedang

4 = Menyebabkan stress tinggi

5 = Menyebabkan stress berat

No	Pernyataan	1	2	3	4	5
	<i>Academic Related Stressor (ARS)</i>					
1	Tes / ujian					
2	Tertinggal dalam jadwal membaca					
3	Sejumlah besar konten untuk dipelajari					
4	Mengalami kesulitan memahami isinya					
5	Mendapatkan nilai yang buruk					
6	Sistem kuota dalam ujian					
7	Kurangnya waktu untuk meninjau kembali apa yang telah dipelajari					
8	Perlu melakukannya dengan baik (ekspektasi diri)					
9	Konteks pembelajaran - penuh persaingan					
10	Tidak dapat menjawab pertanyaan dari guru					
11	Beban kerja berat					
12	Proses penilaian yang tidak tepat					
13	Tidak cukup praktik ketrampilan medis					
	<i>Intrapersonal and Interpersonal Related Stressor (IRS)</i>					
1	Konflik dengan siswa lain					
2	Motivasi belajar yang buruk					
3	Pelecehan verbal atau fisik oleh siswa lain					
4	Pelecehan verbal atau fisik oleh guru					
5	Pelecehan verbal atau fisik oleh personel					
6	Konflik dengan personel					
7	Konflik dengan guru					
	<i>Teaching and Learning Related Stressor (TLRS)</i>					
1	Guru - kurangnya keterampilan mengajar					
2	Bahan pelajaran tidak cukup					
3	Tugas yang tidak pantas					
4	Kurangnya bimbingan dari guru					
5	Tidak cukup umpan balik dari guru					

No	Pernyataan	1	2	3	4	5
6	Ketidakpastian tentang apa yang diharapkan dari saya					
7	Kurangnya pengakuan atas pekerjaan yang telah diselesaikan					
	<i>Social Related Stressor (SRS)</i>					
1	Kurangnya waktu untuk keluarga dan teman					
2	Tidak dapat menjawab pertanyaan dari pasien					
3	Berbicara dengan pasien tentang masalah pribadi					
4	Menghadapi penyakit atau kematian pasien					
5	Bekerja dengan komputer					
6	Sering diganggu pekerjaan saya oleh orang lain					
	<i>Drive and Desire Related Stressor (DRS)</i>					
1	Keengganan untuk belajar kedokteran					
2	Keinginan orang tua agar Anda belajar kedokteran					
3	Tanggung jawab keluarga					
	<i>Group Activities Related Stressor (GARS)</i>					
1	Partisipasi dalam diskusi kelas					
2	Partisipasi dalam presentasi kelas					
3	Perlu melakukannya dengan baik (dipaksakan oleh orang lain)					
4	Merasa tidak kompeten					

Adaptasi dari (Muhammad Saiful Bahri Yusoff & Rahim, 2010)

11.3.5 Academic Expectations Stress Inventory (AESI)

Konstruk yang diukur diartikan sebagai ekspektasi (dari diri sendiri, orang tua, atau guru) sebagai sumber stres akademik yang dialami remaja SMP dan SMA. Instrumen ini dikembangkan berdasarkan tinjauan literatur yang relevan di bidang stres akademik yang berkaitan dengan persepsi remaja tentang ekspektasi diri dan harapan lain. Format respons untuk AESI adalah skala tipe Likert mulai dari 1 (tidak pernah benar) hingga 5 (hampir selalu benar). Item diberi skor sedemikian rupa sehingga skor yang lebih tinggi menunjukkan stres akademik yang dirasakan lebih besar dari ekspektasi ini (Ang & Huan, 2006).

Tabel 11.6. Item pada *Academic Expectations Stress Inventory* (AESI)

Pilihan Jawaban:

- 1 = Tidak pernah benar
- 2 = kurang benar
- 3 = tidak benar
- 4 = benar

5 = hampir selalu benar

No	Pernyataan	1	2	3	4	5
Faktor 1: Harapan Orang Tua / Guru						
1	Saya menyalahkan diri sendiri ketika saya tidak bisa memenuhi harapan orang tua terhadap saya.					
2	Saya merasa telah mengecewakan guru saya ketika saya berprestasi buruk di sekolah.					
3	Saya merasa telah mengecewakan orang tua saya ketika saya berprestasi buruk di sekolah.					
4	Saya merasa stres ketika saya tahu orang tua saya kecewa dengan nilai ujian saya.					
5	Saya merasa tidak enak ketika saya tidak bisa memenuhi harapan guru saya.					
Faktor 2: Harapan akan Diri Sendiri						
6	Saya merasa tertekan ketika saya tidak memenuhi standar saya sendiri.					
7	Ketika saya gagal memenuhi harapan saya sendiri, saya merasa saya tidak cukup baik.					
8	Saya biasanya tidak bisa tidur dan khawatir ketika saya tidak dapat memenuhi tujuan yang saya tetapkan untuk diri saya sendiri.					
9	Ketika saya tidak berhasil sebaik yang saya bisa dalam ujian atau tes, saya merasa stres.					

Adaptasi dari (Ang & Huan, 2006)

11.3.6 College Student Stress Scale (CSSS)

College Student Stress Scale (CSSS) alat ukur level stress pada mahasiswa yang merupakan pernyataan tentang kejadian yang dialami selama 1 tahun terakhir.

Tabel 11.7. Item pada *College Student Stress Scale* (CSSS)

Salin nomor “peringkat stres” ke kolom terakhir untuk setiap hal yang terjadi pada Anda tahun lalu, lalu jumlahkan.

No	Kejadian	Peringkat	Skor
1	Diperkosa	100	
2	Mengetahui bahwa Anda HIV-positif	100	
3	Dituduh pemerkosaan	98	
4	Kematian seorang teman dekat	97	
5	Kematian anggota keluarga dekat	96	
6	Tertular penyakit menular seksual (selain AIDS)	94	
7	Kekhawatiran tentang kehamilan	91	
8	Minggu terakhir (deadline)	90	
9	Kekhawatiran tentang kehamilan pasangan Anda	90	
10	Tidur berlebihan untuk ujian	89	

No	Kejadian	Peringkat	Skor
11	Gagal di kelas	89	
12	Memiliki pacar yang selingkuh	85	
13	Mengakhiri hubungan kencan yang mantap	85	
14	Penyakit serius pada teman dekat atau anggota keluarga	85	
15	Kesulitan Keuangan	84	
16	Menulis makalah utama	84	
17	Ketahuan menyontek pada tes	83	
18	Mengemudi dalam keadaan mabuk	82	
19	Rasa kelebihan beban di sekolah atau pekerjaan	82	
20	Dua ujian dalam satu hari	80	
21	Selingkuh dengan pacar	77	
22	Menikah	76	
23	Konsekuensi negatif dari minum atau penggunaan narkoba	75	
24	Depresi atau krisis pada sahabat Anda	73	
25	Kesulitan dengan orang tua	73	
26	Berbicara di depan kelas	72	
27	Kurang tidur	69	
28	Perubahan situasi perumahan (kerepotan, bergerak)	69	
29	Bersaing atau tampil di depan umum	69	
30	Terlibat dalam pertarungan fisik	66	
31	Kesulitan dengan teman sekamar	66	
32	Perubahan pekerjaan (melamar, pekerjaan baru, kerepotan kerja)	65	
33	Menyatakan jurusan atau kekhawatiran tentang rencana masa depan	65	
34	Kelas yang Anda benci	62	
35	Minum atau menggunakan obat-obatan	61	
36	Konfrontasi dengan profesor	60	
37	Memulai semester baru	58	
38	Berkencan pertama	57	
39	Pendaftaran	55	
40	Menjaga hubungan kencan yang stabil	55	
41	Bolak-balik ke kampus atau kantor, atau keduanya	54	
42	Tekanan teman	53	
43	Jauh dari rumah untuk pertama kalinya	53	
44	Sakit	52	
45	Kekhawatiran tentang penampilan Anda	52	
46	Maju terus	51	
47	Kelas sulit yang Anda sukai	48	
48	Mencari teman baru	47	
49	Persaudaraan atau Sorority rush	47	
50	Persaudaraan atau perkumpulan sealiran	47	
51	Tertidur di kelas	40	
52	Menghadiri acara atletik	20	
Total			

Nilai penelitian terhadap mahasiswa umumnya berkisar antara 182 - 2571; semakin rendah skor, semakin rendah kerentanan terhadap tekanan; jika mendapat skor di tengah, memiliki kerentanan sedang dan mendekati ujung yang lebih tinggi dari kisaran = tingkat kerentanan yang tinggi terhadap sumber tekanan.

11.3.7 *Academic Stress Inventory (ASI)*

Academic Stress Inventory (ASI) mahasiswa universitas dan perguruan tinggi teknologi yang berpartisipasi dalam penelitian ini menunjukkan bahwa ketika masalah akademik terkait, frustrasi atau masalah dihadapi di sekolah, akibatnya adalah ketidakmampuan untuk menyesuaikan diri, dan fenomena fisik dan mental yang tidak bahagia atau bermasalah disebabkan. ASI dalam penelitian ini dibagi menjadi tujuh faktor, dengan total 34 pertanyaan. Skala lima poin Likert digunakan, mulai dari 5 sangat setuju, hingga 1 sangat tidak setuju. Semakin tinggi poin untuk setiap faktor, semakin tinggi tingkat tegangan yang dihasilkan oleh faktor tersebut. Kemungkinan penyebab stres yang dapat dihadapi dalam inventarisasi stres akademik yang dikembangkan untuk penelitian ini adalah: (Lin & Shing, 2009)

1. Stres dari guru: termasuk bahan ajar, materi pengajaran dan latihan.
2. Stres dari hasil: stres dari orang tua, termasuk konflik antara ekspektasi dan opini serta penurunan nilai.
3. Stres dari tes: khawatir tentang bagaimana mempersiapkan tes dan mengulang kursus wajib.
4. Belajar dalam stres kelompok: termasuk laporan latihan, pengelompokan, dll.
5. Stres teman: termasuk kompetisi akademik, interferensi teman sebaya, dll.
6. Stres manajemen waktu: kegiatan sosial dan perkumpulan mahasiswa, manajemen waktu dan pilihan, dll.
7. Stres yang ditimbulkan sendiri: seperti ekspektasi diri, minat akan pilihan kursus, dll.

Tabel 11.8. Item pada *Academic Stress Inventory*

No	Pernyataan
	<i>Factor 1: Teacher's stress</i>
1	Saya merasa bahwa bentuk dan isi latihan serta laporan dari beberapa guru

No	Pernyataan
	terlalu ketat.
2	Saya merasa latihan dan laporan dari beberapa guru terlalu sulit.
3	Saya merasa latihan dan laporan dari beberapa guru berlebihan.
4	Saya merasa tidak banyak memahami tentang konten pengajaran beberapa guru.
5	Beberapa guru memberikan terlalu banyak data; ini menyebabkan saya tidak dapat menyelesaikan studi dan mengasimilasi pengetahuan.
6	Saya merasakan banyak tekanan karena beberapa mata pelajaran menggunakan buku berbahasa asing.
7	Saya merasa bahwa saya tidak dapat beradaptasi dengan metode pengajaran beberapa guru.
8	Saya merasa bahwa begitu saya masuk universitas, saya tidak dapat mengikuti kecepatan pengajaran guru.
9	Di beberapa mata kuliah, saya harus menghabiskan banyak waktu untuk mencari data dan informasi.
	Factor 2: Results stress
10	Saya merasa orang tua saya menganggap saya tidak serius dengan studi saya.
11	Saya memiliki konflik dengan orang tua saya karena hasil akademis saya.
12	Saya merasa ada perbedaan besar antara hasil saya saat ini dan hasil sekolah menengah.
13	Saya khawatir hasil akademis saya tidak sesuai dengan harapan orang tua.
14	Saya merasa hasil tes terakhir saya tidak sempurna dan mengalami kemunduran.
	Factor 3: Tests stress
15	Saya tidak cukup tidur di malam hari karena saya khawatir dengan ulangan sekolah.
16	Aku begadang sebelum ujian sekolah besar dan kecil.
17	Saya khawatir bahwa saya harus mengulang mata kuliah wajib di mana saya gagal.
18	Saya merasa tes dan isi kelas dari beberapa mata pelajaran bervariasi, yang menyebabkan saya tidak dapat mempersiapkan secara memadai.
	Factor 4: Studying in groups stress
19	Saya sering menghadapi masalah tentang bagaimana berbagi pekerjaan dengan teman sekelas saya ketika beberapa latihan atau laporan membutuhkan kerja kelompok.
20	Ketika kerja kelompok diperlukan untuk menyelesaikan latihan atau laporan, saya khawatir saya tidak akan dapat menemukan anggota kelompok yang cocok.
21	Ketika saya memberikan pidato atau presentasi, saya khawatir teman sekelas saya akan menertawakan ketidakmampuan saya untuk berprestasi.
22	Terkadang, kata-kata yang digunakan oleh teman sekelas saya dengan mudah melukai harga diri saya atau menyebabkan kerugian.
23	Saya merasa gugup ketika saya perlu berpidato atau memberikan presentasi.
	Factor 5: Peer stress
24	Ketika saya ingin belajar sendiri, saya sering terpengaruh oleh obrolan teman sekelas saya.
25	Saya merasa teman sekelas saya sangat berisik selama kelas dan ini mempengaruhi situasi kelas saya.

No	Pernyataan
26	Saya merasa ada perselisihan terbuka dan perjuangan terselubung di antara teman sekelas karena prestasi akademis.
27	Saya sangat khawatir bahwa hasil akademis saya tidak sebaik teman sekelas saya.
	Factor 6: Time management stress
28	Saya merasa tidak mampu mengatur dan menjadwalkan waktu antara kegiatan akademik dan sosial secara efektif.
29	Saya merasa sangat sulit bagi saya untuk menemukan keseimbangan antara kegiatan akademik dan sosial saya.
30	Saya merasa kegiatan sosial dan himpunan mahasiswa mempengaruhi pekerjaan akademik saya.
	Factor 7: Self-inflicted stress
31	Saya merasa tingkat belajar saya tidak sebaik teman sekelas saya.
32	Saya merasa bahwa saya memiliki begitu banyak kursus sehingga saya kehabisan napas.
33	Saya merasa tidak tertarik pada beberapa mata pelajaran atau akademisi.
34	Saya merasa setelah saya masuk universitas, kinerja saya tidak sebaik yang saya harapkan.

Adaptasi dari (Lin & Shing, 2009)

11.3.8 Professional Life Stress Scale

Profesional Life Stress Scale dikembangkan berdasarkan buku *Managing Stress* oleh (Fontana, 1991). Tujuan skala ini hanya untuk membantu pasien mengklarifikasi beberapa pemikiran tentang kehidupan pasien.

Tabel 11.9. Item pada *Academic Stress Inventory*

No	Pernyataan	Jawaban	Skor
1	Dua orang yang mengenal Anda dengan baik sedang mendiskusikan Anda. Manakah dari pernyataan berikut yang kemungkinan besar akan mereka gunakan? a. 'X sangat cocok. Sepertinya tidak banyak yang mengganggunya.' b. 'X itu hebat. Tetapi Anda harus berhati-hati dengan apa yang Anda katakan padanya pada waktu-waktu tertentu.' c. 'Sepertinya selalu ada yang tidak beres dengan kehidupan X.' d. 'Saya menemukan X sangat murung dan tidak dapat diprediksi.' e. 'Semakin sedikit saya melihat X semakin baik!'	a/b/c/d/e	a. 0 b. 1 c. 2 d. 3 e. 4
2	Apakah salah satu dari ciri-ciri umum hidup Anda berikut ini? • Merasa Anda jarang bisa melakukan sesuatu dengan	Ya/tidak	

No	Pernyataan	Jawaban	Skor
	<p>benar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terasa diburu atau terjebak atau disudutkan • Gangguan pencernaan • Berkeringat tanpa tenaga atau suhu udara tinggi • Perasaan panik saat berada di keramaian atau di ruang tertutup • Kelelahan dan kekurangan energi • Perasaan putus asa ('apa gunanya sesuatu?') • Pingsan atau sensasi mual tanpa sebab fisik apa pun • Iritasi ekstrim karena hal-hal kecil • Ketidakmampuan untuk bersantai di malam hari • Bangun secara teratur di malam hari atau di pagi hari • Kesulitan dalam mengambil keputusan • Ketidakmampuan untuk berhenti memikirkan masalah atau kejadian hari itu • Tearfulness • Keyakinan yang tidak bisa Anda atasi • Kurangnya antusiasme bahkan untuk kepentingan yang disayangi • Keengganan untuk bertemu orang baru dan mencoba pengalaman baru • Ketidakmampuan untuk mengatakan 'tidak' saat diminta melakukan sesuatu • Memiliki lebih banyak tanggung jawab daripada yang bisa Anda tangani 	<p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p> <p>Ya/tidak</p>	<p>1 = Ya</p> <p>0 = Tidak</p>
3	Apakah Anda lebih atau kurang optimis daripada sebelumnya (atau hampir sama)?	Lebih Sama kurang	0 = lebih 1 = sama, 2 = kurang
4	Apakah Anda suka menonton olahraga?	Ya/tidak	0 = ya 1 = tidak
5	Bisakah Anda bangun terlambat di akhir pekan jika Anda mau tanpa merasa bersalah?	Ya/tidak	0 = ya 1 = tidak
6	Dalam batasan profesional dan pribadi yang masuk akal, dapatkah Anda menyampaikan pendapat Anda kepada: a. atasan Anda? b. kolega Anda? c. anggota keluargamu?	Ya/tidak Ya/tidak Ya/tidak	0 = ya 1 = tidak
7	Siapa yang biasanya bertanggung jawab untuk membuat keputusan penting dalam hidup Anda: a. diri Anda sendiri? b. orang lain?	a/b	a = 0 b = 1
8	Saat dikritik oleh atasan di tempat kerja, apakah Anda biasanya: a. sangat kesal?	a/b/c	a = 2 b = 1 c = 0

No	Pernyataan	Jawaban	Skor
	b. agak kesal? c. kurang kesal?		
9	Apakah Anda menyelesaikan hari kerja dengan perasaan puas dengan apa yang telah Anda capai: a. sering? b. Kadang-kadang? c. sesekali?	a/b/c	a = 0 b = 1 c = 2
10	Apakah Anda merasa sebagian besar waktu Anda memiliki konflik yang tidak terselesaikan dengan rekan kerja?	Ya/tidak	0 = tidak 1 = ya
11	Apakah jumlah pekerjaan yang harus Anda lakukan melebihi jumlah waktu yang tersedia: a. biasanya? b. terkadang? c. sangat sesekali saja?	a/b/c	a = 2 b = 1 c = 0
12	Apakah Anda memiliki gambaran yang jelas tentang apa yang diharapkan dari Anda secara profesional: a. sebagian besar? b. terkadang? c. hampir tidak pernah?	a/b/c	a = 0 b = 1 c = 2
13	Menurut Anda, apakah secara umum Anda memiliki cukup waktu untuk diri sendiri?	Ya/tidak	0 = ya 1 = tidak
14	Jika Anda ingin mendiskusikan masalah Anda dengan seseorang, bisakah Anda mencari pendengar yang simpatik?		0 = ya 1 = tidak
15	Apakah Anda berada di jalur yang tepat untuk mencapai tujuan utama Anda dalam hidup?	Ya/tidak	0 = ya 1 = tidak
16	Apakah Anda bosan saat bekerja: a. sering? b. terkadang? c. sangat jarang?	a/b/c	a = 2 b = 1 c = 0
17	Apakah Anda berharap untuk mulai bekerja: a. hampir setiap hari? b. beberapa hari? c. hampir tidak pernah?	a/b/c	a = 0 b = 1 c = 2
18	Apakah Anda merasa cukup dihargai atas kemampuan dan komitmen Anda di tempat kerja?		0 = ya 1 = tidak
19	Apakah Anda merasa cukup dihargai (dalam hal status dan promosi) atas kemampuan dan komitmen Anda di tempat kerja?		0 = ya 1 = tidak
20	Apakah Anda merasa atasan Anda: a. secara aktif menghalangi Anda dalam pekerjaan Anda? b. secara aktif membantu Anda dalam pekerjaan Anda?		a = 1 b = 0
21	Jika sepuluh tahun yang lalu Anda dapat melihat diri Anda secara profesional seperti Anda sekarang, apakah	a/b/c	a = 0 b = 1

No	Pernyataan	Jawaban	Skor
	Anda akan melihat diri Anda sebagai: a) melebihi harapan Anda? b) memenuhi harapan Anda? c) kurang dari harapan Anda?		c = 2
22	Jika Anda harus menilai seberapa besar Anda menyukai diri sendiri dalam skala dari 5 (paling suka)	1/2/3/4/5	1 = 4 2 = 3 3 = 2 4 = 1 5 = 0

Adaptasi dari (Fontana, 1991)

Skoring	Tingkat Keparahannya
0 - 15	Stres bukanlah masalah dalam hidup Anda
16 - 30	Ini adalah tingkat stres sedang untuk orang profesional yang sibuk. Namun demikian, sangat berharga untuk melihat bagaimana hal itu dapat dikurangi secara wajar.
31 - 45	Stres jelas merupakan masalah, dan kebutuhan untuk tindakan perbaikan terlihat jelas. Semakin lama Anda bekerja di bawah tingkat stres ini, semakin sulit untuk melakukan sesuatu. Ada alasan kuat untuk memperhatikan kehidupan profesional Anda dengan cermat.
46 - 60	Pada level ini, stres adalah masalah utama, dan sesuatu harus dilakukan.

Adaptasi dari (Fontana, 1991)

Harap dicatat bahwa skor pada skala stres harus ditafsirkan dengan hati-hati. Ada begitu banyak variabel yang berada di luar lingkup skala ini, tetapi yang mempengaruhi cara memandang dan menangani stres, sehingga dua orang dengan skor yang sama mungkin mengalami diri mereka sendiri berada di bawah tingkat ketegangan yang sangat berbeda. Namun demikian, yang dianggap tidak lebih dari panduan, skala ini dapat memberi beberapa informasi yang berguna.

11.3.9 Student Nurse Stress Index (SNSI)

Student Nurse Stress Index dibangun oleh (Jones & Johnston, 1999) karena kurang nya skala ukur sumber stress mahasiswa perawat saat itu.

Tabel 11.10. Item pada *Student Nurse Stress Index*

Pikirkan peristiwa nyata yang telah terjadi sebulan terakhir dalam peran Anda sebagai siswa. Untuk setiap butir, lingkari peringkat yang berlaku untuk ANDA.

No	Pernyataan	Not Stressful				Extremely Stressful
1	Jumlah materi tugas kelas yang harus dipelajari	1	2	3	4	5

No	Pernyataan	Not Stressful				Extremely Stressful
2	Kesulitan mempelajari materi tugas kelas					
3	Ujian dan / atau nilai					
4	Persaingan sesama					
5	Sikap / harapan profesional lain terhadap keperawatan					
6	Kurangnya waktu luang					
7	Respon Perguruan Tinggi / Sekolah terhadap kebutuhan siswa					
8	Takut gagal dalam pelajaran					
9	Masalah kesehatan pribadi					
10	Kesehatan fisik anggota keluarga lainnya					
11	Hubungan dengan orang tua					
12	Masalah pribadi lainnya					
13	Hubungan dengan profesional lain					
14	Terlalu banyak tanggung jawab					
15	Kurangnya umpan balik yang tepat waktu tentang kinerja					

Jawab pertanyaan berikut dari refleksi Anda tentang pengalaman klinis Anda:

No	Pernyataan	Not Stressful				Extremely Stressful
16	Sikap klien terhadap saya					
17	Sikap klien terhadap profesi saya					
18	Suasana diciptakan oleh staf pengajar					
19	Hubungan dengan staf di area klinis					

Item akademik dan terkait lainnya:

No	Pernyataan	Not Stressful				Extremely Stressful
20	Saya tidak yakin apa yang diharapkan dari saya					
21	Saya tidak punya waktu untuk hiburan					
22	Saya tidak punya cukup waktu untuk keluarga saya					

Adaptasi dari (Jones & Johnston, 1999)

SNSI subskala dan skor total dihitung dengan menggunakan metode penilaian bobot unit. SNSI. Jumlahkan skor pada item 1-22 untuk menghasilkan total keseluruhan, mulai dari 22 hingga 110.

Sub skala	Skoring
Beban akademik	Jumlahkan skor pada item 1, 2, 3, 8, 14, 18, 20 untuk memberikan total subskala mulai dari 7 hingga 35.
Masalah klinis	Jumlahkan skor pada item 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20 untuk memberikan total subskala yang berkisar dari 7 hingga 35.
Masalah pribadi	Jumlahkan skor pada item 9, 10, 11, 12 untuk memberikan total subskala yang berkisar dari 4 hingga 20.
Kekhawatiran berinteraksi	Jumlahkan skor pada item 4, 5, 6, 7, 15, 21, 22 untuk memberikan total subskala mulai dari 7 hingga 35.

11.3.10 Academic Stress

Academic Stress dikembangkan oleh (Yumba, 2008). Kuesioner terdiri dari 33 item yang dibagi menjadi empat kategori sumber stres potensial termasuk sumber yang terkait dengan interaksi mahasiswa dengan orang lain, faktor internal, faktor akademik, dan faktor lingkungan. Responden mengevaluasi tingkat stres pribadi dari masing-masing 33 item pada skala tipe Likert 6 poin.

Tabel 11.11. Item pada *Academic Stress*

Mohon balas pertanyaan berikut ini:

Selama studi Anda, Anda mungkin mengalami stres.

Bagaimana Anda menilai sumber stres yang dapat menyebabkan situasi stres ini kapan saja selama masa studi Anda? Menurut Anda apa yang menyebabkan stres selama studi Anda?

Pilihan jawaban:

1 = tidak stress sama sekali,

5 = sangat stres dan

6 = tidak tahu (nilai yang hilang).

No	Pernyataan	1	2	3	4	5	6
A	Terkait dengan orang lain						
1	Ubah hubungan dengan orang lain						
2	Konflik teman sekamar						
3	Bekerja dengan orang yang tidak Anda kenal						
4	Bertengkar dengan pacar / pacar						
5	Pacar / pacar baru						

No	Pernyataan	1	2	3	4	5	6
6	Masalah keluarga						
7	Frustrasi karena kesalahpahaman						
B Faktor Pribadi							
8	Ubah kebiasaan tidur						
9	Ubah kebiasaan makan						
10	Ubah kebiasaan seksual						
11	Kesulitan finansial						
12	Menggabungkan pekerjaan dengan studi						
13	Ganti penggunaan alcohol						
14	Masalah kesehatan						
15	Tekanan						
16	Kurangnya kontak social						
17	Tanggung jawab baru						
C Faktor Akademik							
18	Beban kerja kelas meningkat						
19	Kelas bawah						
20	Banyak jam belajar						
21	Kesulitan Bahasa						
22	Kurangnya dukungan universitas						
23	Ujian						
24	Banyak esai						
25	Bekerja sampai larut malam						
26	Kehilangan beberapa dosen						
D Faktor Lingkungan							
27	Kurangnya liburan / Istirahat						
28	Masalah computer						
29	Kondisi hidup yang buruk						
30	Keluar dari pekerjaan						
31	Perceraian antar orang tua						
32	Ditempatkan dalam situasi yang tidak biasa						
33	Pindah ke kota baru						

Adaptasi dari (Yumba, 2008)

11.3.11 Dental Environment Stress (DES)

Kuesioner DES adalah kuesioner tertutup, berisi 38 pertanyaan yang berkaitan dengan faktor stresor potensial seperti akomodasi tempat tinggal, hubungan interpersonal, kinerja akademik, keterampilan klinis dan faktor lain-lain. Kuesioner ini telah dimodifikasi dan digunakan dalam beberapa penelitian di seluruh dunia. Penilaian stresor pada skala Likert 4 poin dengan peringkat, 1 (tidak Stres), 2 (sedikit stress), 3 (stres sedang), 4 (sangat stress).

Tabel 11.12. Item pada *Dental Environment Stress*

Pilihan jawaban:

1 = tidak stress,

2 = sedikit stres

3 = stress sedang

4 = sangat stres

No	Pernyataan	1	2	3	4
A	Akomodasi tempat tinggal				
1	Pindah dari rumah				
2	Akomodasi bukanlah lingkungan yang sesuai untuk belajar				
3	Kurangnya suasana rumah *				
4	Tinggal dengan teman sekamar				
5	Masalah lain dengan akomodasi seperti kurangnya rekreasi				
B	Hubungan interpersonal				
	Kesulitan dalam berteman				
	Hubungan dengan lawan jenis				
	Tuntutan sosial (harapan keluarga dan masyarakat)				
	Konflik dengan pasangan				
	Takut keluar				
C	Akademis				
	Harapan versus realitas perguruan tinggi kedokteran gigi				
	Penalaran dan mudah didekati staf				
	Menerima kritik tentang pekerjaan akademis atau klinis				
	Peraturan dan regulasi perguruan tinggi				
	Diskriminasi berdasarkan jenis kelamin, agama, kelas sosial, warna kulit				
	Kurangnya masukan dalam proses pengambilan keputusan di perguruan tinggi				
	Jumlah tugas kursus				
	Kesulitan kursus				
	Takut tidak bisa mengejar jika tertinggal				
	Persaingan untuk mendapatkan nilai				
	Ketidakpastian karir gigi (pekerjaan, kursus PG, pendirian klinik, dll)				
	Ujian				
D	Keterampilan klinis				
	Kekhawatiran tentang ketangkasan manual				
	Transisi dari pekerjaan praklinis ke klinis				
	Mempelajari ketepatan dan keterampilan manual				
	Melengkapi persyaratan klinis				
	Kesulitan dalam menangani kasus-kasus sulit				

No	Pernyataan	1	2	3	4
	Perbedaan pendapat antara staf klinis tentang pengobatan				
	Kekurangan waktu klinis yang dialokasikan				
	Kurangnya kerjasama dengan pasien				
	Kurang percaya diri dalam pengambilan keputusan klinis sendiri				
E	Miscellaneous				
	Masalah keuangan (makanan, pakaian, biaya dll ...)				
	Kesehatan fisik pribadi (penyakit kronis dll)				
	Keharusan untuk menunda pernikahan				
	Keharusan untuk menunda anak				
	Waktu yang tidak memadai untuk relaksasi				
	Memiliki hari libur yang berkurang				
	Ketergantungan (alkohol, merokok, narkoba dll)				

Adaptasi dari (Ag, Srinagesh, Ks, & Sajudeen N, 2012)

11.4 Dampak Masalah pada Mahasiswa

Akademik stres telah terbukti menyebabkan gangguan psikologis dan somatik pada siswa dengan gangguan ini menjadi perhatian yang tinggi karena mereka mempengaruhi kesehatan siswa (Leung et al. 2010). Konsekuensi dari terlalu banyak tekanan mencakup kerentanan terhadap depresi, putus asa, dan bunuh diri serta radang perut, tekanan darah tinggi, dan penyakit kardiovaskular (Putwain, 2007; (S. S. Leung, Wah Mak, Yu Chui, Chiang, & Lee, 2010); Yusoff et al. 2010). Tekanan akademik juga terkait dengan hasil akademik yang buruk atau prestasi dan mengganggu kemampuan siswa untuk bekerja secara efektif dan efisien (Akgun & Ciarrocchi, 2003). Akademik stres berkorelasi negatif dengan kinerja akademik, memberikan kontribusi terhadap tingginya angka putus sekolah di perguruan tinggi (Zajacova et al., 2005). Reaksi pada stres berupa psikologis, emosional, kebiasaan, kognitif (Gadzella, 1994), menurunnya kesehatan (Ross et al., 1999),

BAB 12

STUDI KASUS MODEL DEPRESI, ANXIETY, DAN STRES PADA MAHASISWA

Pada bab ini dipaparkan hasil studi kasus pada perguruan tinggi negeri di Jakarta, dengan mahasiswa sebagai populasi dan sampel diambil secara proporsional dari 3 rumpun ilmu dengan 14 fakultas. Besar sampel 704 orang mahasiswa pada semester 3 dan 5. Pengambilan sample dilakukan secara acak selama semester ganjil pada tahun ajaran 2017/2018.

Studi ini menggunakan desain *cross sectional* yang pengambilan data pajanan dengan depresi, kecemasan dan stres dilakukan pada satu saat, yang memiliki kelemahan yaitu tidak dapat diketahui dengan jelas apakah pajanan (sumber masalah, harga diri, dukungan sosial, dan penanganan masalah) terjadi mendahului *outcome* (depresi, kecemasan dan stres) sehingga kausalitas menjadi lemah. Walaupun begitu, tujuan studi ini masih bisa ditemukan dengan menggunakan desain *cross sectional*.

Lokasi penelitian Universitas XYZ dipilih dengan alasan dimana seluruh mahasiswa strata satu kuliah di satu lingkungan kampus di Depok, dengan fasilitas pelayanan administrasi dan pelayanan kesehatan baik fisik maupun mental berada pada satu lokasi. Mahasiswa yang kuliah di Universitas XYZ berasal dari berbagai suku, karakteristik, daerah, provinsi yang ada di Indonesia, sehingga bisa menjadi representatif kondisi mahasiswa di Indonesia.

Penghitungan besar sampel menggunakan rumus uji koefisien korelasi yang digunakan jika penelitian untuk menentukan hubungan antara dua variabel yang terkait (Ariawan, 1998). Pemilihan sampel dilakukan secara acak untuk mendapatkan besar sampel yang proporsional di setiap rumpun ilmu dan fakultas. Sampel diambil pada seluruh fakultas dan program studi yang ada dan terbatas pada mahasiswa semester tiga dan semester lima yang masih aktif dan bukan penyandang disabilitas. Pengambilan data pada sampel dilakukan selama dua semester, satu semester untuk pengambilan data pada awal semester, tengah semester, dan akhir semester, namun penambahan waktu satu semester lagi untuk penambahan data pada akhir semester. Oleh karena itu, generalisasi studi ini terbatas pada mahasiswa dengan karakteristik yang sama.

Pada bab ini dipaparkan perbedaan level depresi kecemasan dan stres menurut jenis kelamin, usia, IPK, rumpun ilmu serta harga diri, dukungan sosial dan penanganan masalah mahasiswa. Berikutnya dipaparkan juga hasil ekstraksi variabel sumber masalah menjadi beberapa faktor yang dapat menjelaskan keseluruhan variabel yang ada. Terakhir pada bab ini akan dipaparkan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi kejadian depresi kecemasan dan stres pada mahasiswa, dan bagaimana hubungan antar variabel tersebut, juga hasil uji model interaksi antar faktor.

12.1 Kejadian Depresi, Anxiety, dan Stres

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh gambaran karakteristik mahasiswa yang terpilih sebagai berikut.

Tabel 12.1. Karakteristik Mahasiswa

Karakteristik	Awal Semester n=119 (%)	Tengah Semester n=119 (%)	Akhir Semester n=357 (%)
Jenis Kelamin			
Laki-laki	55 (46,2)	50 (42,0)	156 (43.7)
Perempuan	64 (53,8)	69 (58,0)	201 (56.3)
Umur			
< 20 tahun	67 (56.3)	52 (43.7)	125 (35.0)
≥ 20 tahun	52 (43.7)	67 (56.3)	232 (65.0)
Rumpun Ilmu			
Kesehatan	15 (12.6)	15 (12.6)	119 (33.3)
Sain dan Teknologi	40 (33.6)	40 (33.6)	119 (33.3)
Sosial dan Humaniora	64 (53.8)	64 (53.8)	119 (33.3)
Indeks Prestasi kumulatif			
<3,0	3 (2.5)	5 (4.2)	30 (8.4)
≥ 3,0	115 (97.5)	114 (95.8)	327 (91.6)
Harga Diri (self esteem)			
Rendah	5 (4,2)	2 (1,7)	14 (3.9)
Sedang	88 (73,9)	89 (74,8)	271 (75.9)
Tinggi	26 (21,8)	28 (23,5)	72 (20.2)
Dukungan sosial (sosial support)			
Rendah	1 (0,8)	7 (5,9)	12 (3.4)
Sedang	65 (54,6)	88 (73,9)	203 (56.9)
Tinggi	53 (44,5)	24 (20,2)	142 (39.8)
Penanganan masalah (Coping)			
Rendah	13 (10,9)	16 (13,4)	58 (16.2)
Sedang	105 (88,2)	102 (85,7)	295 (82.6)
Tinggi	1 (0,8)	1 (0,8)	4 (1.1)

Karakteristik	Awal Semester n=119 (%)	Tengah Semester n=119 (%)	Akhir Semester n=357 (%)
Depresi			
Normal	11 (9,2)	9 (7,6)	16 (4.5)
Ringan	10 (8,4)	10 (8,6)	30 (8.4)
Sedang	31 (26,1)	22 (18,5)	88 (24.6)
Parah	24 (20,2)	19 (16,0)	75 (21.0)
Sangat Parah	43 (36,1)	59 (49,6)	148 (41.5)
Kecemasan			
Normal	15 (12,6)	9 (7,6)	14 (3.9)
Ringan	15 (12,6)	7 (5,9)	39 (10.9)
Sedang	13 (10,9)	16 (13,4)	48 (13.4)
Parah	20 (16,8)	20 (16,8)	55 (15.4)
Sangat Parah	56 (47,1)	67 (56,3)	201 (56.3)
Stres			
Normal	56 (47,1)	44 (37,0)	131 (36.7)
Ringan	18 (15,1)	13 (10,9)	49 (13.7)
Sedang	13 (10,9)	20 (16,8)	63 (17.6)
Parah	14 (11,8)	23 (19,3)	48 (13.4)
Sangat Parah	18 (15,1)	19 (16,0)	66 (18.5)

Hasil menunjukkan bahwa proporsi gangguan depresi pada mahasiswa mengalami peningkatan yang signifikan dari awal semester, tengah semester dan akhir semester. Hal sama juga terjadi pada proporsi mahasiswa yang mengalami gangguan kecemasan dan stres. Harga diri ‘sedang’ pada mahasiswa merupakan proporsi tertinggi, begitu juga dengan dukungan sosial dan penanganan masalah ‘sedang’ pada mahasiswa merupakan proporsi tertinggi.

Studi ini menemukan pada awal semester mahasiswa sudah mengalami depresi sebanyak 56%, kecemasan 63%, dan stress 26% pada level parah-sangat parah. Temuan ini sesuai dengan temuan pada beberapa penelitian lain yaitu; prevalensi stres, kecemasan dan depresi pada mahasiswa Fayoum University Mesir adalah 62,4%, 64,3%, dan 60,8% (Abdel Wahed & Hassan, 2017). Studi lain yang dilakukan pada mahasiswa di Serbia dan Italy melaporkan bahwa tingkat gejala depresi sedang, berat, dan sangat berat dialami oleh 21,2% siswa, gejala kecemasan “di atas ringan” dialami oleh 26,6% siswa, sementara 26,3% siswa terkena stres sedang, berat, atau sangat berat (Višnjić et al., 2018), Teh et al. (2015) melaporkan studi yang dilakukan di Melaka Manipal Medical College (Melaka Campus) Malaysia bahwa prevalensi mahasiswa

yang mengalami depresi kecemasan dan stres masing-masing 30.7%, 55.5%, dan 16.6%. Variasi ini dapat dijelaskan karena perbedaan budaya, perbedaan sistem perawatan kesehatan, perbedaan populasi dan alat yang digunakan dalam penelitian.

Temuan ini menunjukkan bahwa pada awal semester sebagian besar mahasiswa sudah mengalami depresi, kecemasan dan stres. Hal ini bisa disebabkan tekanan dari keluarga tuntutan nilai dari orang tua, lingkungan. Hal ini bisa disebabkan oleh tekanan nilai, tugas-tugas dan ujian.

Studi ini juga menemukan bahwa prevalensi cenderung meningkat pada tengah semester pada depresi menjadi 65%, kecemasan 72%, dan stress 35%, tetapi mengalami penurunan pada akhir semester, depresi 62%, kecemasan 71% dan stres 31%. Studi lain yang dilakukan pada mahasiswa di mesir juga menemukan hal yang sama, bahwa prevalensi depresi, kecemasan, dan stres tinggi (43%, 63%, dan 41%) menjelang ujian dan berkurang hingga 30%, 47%, dan 30% setelah ujian (Kulsoom & Ali Afsar, 2015).

Peneliti berpendapat bahwa pada dasarnya para mahasiswa sudah mengalami depresi, kecemasan, dan stres bahkan sebelum perkuliahan dimulai, dan meningkat saat mendekati ujian dan saat ujian.

Kecemasan dan depresi mahasiswa meningkat setelah masuk perguruan tinggi, pengalaman yang buruk mempengaruhi peningkatan dan dampak dari kesulitan, kegelisahan dan depresi (Pandya & Karani, 2012). Depresi, kecemasan dan stres dianggap sebagai stigma yang dapat merugikan kehidupan profesional dan pribadi mahasiswa. Hal ini merupakan masalah bagi perguruan tinggi dan mahasiswa, karena mahasiswa yang mengalami depresi tidak dapat belajar dengan baik dan lebih lambat dari rekan-rekan mereka. Stress pada mahasiswa berdampak pada *psychological dysfunction* (Farrelly, Sun, & Mack, 2013), pada efikasi diri untuk menyelesaikan tugas (Zajacova et al., 2005), buruknya *physio-psycho-social health* (Labrague, 2013),

Konsekuensi dari depresi antara lain putus asa, bunuh diri, radang perut, tekanan darah tinggi, dan penyakit kardiovaskular (Putwain, 2007;. (S. S. Leung et al., 2010); Yusoff et al. 2010). Mahasiswa di Australiayang mengalami depresi dan kecemasan juga mengalami gangguan makan, dan minum minuman yang membahayakan (Said et al., 2013). Reaksi pada stress dapat berupa psikologis, emosional, kebiasaan, kognitif

(Gadzella, 1994), dan dapat juga berakibat menurunnya kesehatan (Ross et al., 1999), reaksi lain yang dialami mahasiswa berupa reaksi fisik, terutama kelelahan, sakit kepala, dan sakit perut di Florida Amerika Serikat (Mazzola, Walker, Shockley, & Spector, 2011).

Hasil Penelitian lain yang dilakukan pada mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 2012 menemukan bahwa semakin tinggi tingkat stress yang dialami mahasiswa maka semakin sering mengunjungi pusat pelayanan kesehatan, (Purwati, 2012). Stress yang kronis berdampak negative pada kesehatan mental dan pemikiran bunuh diri dikalangan mahasiswa (Rosiek, Rosiek-Kryszewska, Leksowski, & Leksowski, 2016).

Kesejahteraan psikologis dan mengoptimalkan kinerja mahasiswa dapat dilakukan dengan membuat program pengurangan stress pada mahasiswa (Farrelly et al., 2013), perubahan kebijakan yang membantu mahasiswa dalam menghadapi stresor (Ag et al., 2012), kewaspadaan dan kepedulian pimpinan fakultas dan prodi terhadap stres di kalangan mahasiswa, tekanan akademis selama studi di universitas diselidiki lebih lanjut, merancang dan mengembangkan kurikulum (Jacob et al., 2012), layanan preventif untuk kesehatan mental dijadikan bagian integral dari layanan klinis rutin untuk mahasiswa (Hamza, AlKanhhal, Mahmoud, Ponnampuruma, & Alfariis, 2011), pencegahan, deteksi dini dan pengobatan (Cheung et al., 2016), pemahaman perbedaan sumber dan tingkat stress mahasiswa dapat menjadikan program kesehatan mental mahasiswa menjadi lebih efektif (Wyatt & Oswalt, 2013), dapat dibuat program bimbingan mahasiswa untuk mengatasi masalah yang dihadapi dan diadakan kegiatan pelatihan, lokakarya, seminar manajemen waktu bagi mahasiswa.

12.2 Crostab Kejadian Depresi, Anxiety dan Stres

Gambaran tingkat depresi, kecemasan dan stres mahasiswa berdasarkan karakteristik yaitu: jenis kelamin, usia, indeks prestasi kumulatif, dan rumpun ilmu, serta harga diri, dukungan sosial, dan penanganan masalah pada awal, tengah dan akhir semester hasilnya adalah sebagai berikut,

Tabel 12.2. Gambaran kejadian depresi pada mahasiswa berdasarkan karakteristik

Variabel	Awal Semester (N = 119)				Tengah Semester (N = 119)				Akhir Semester (N = 357)			
	Normal	Ringan - Sedang	Parah – Sangat Parah	Nilai p	Normal	Ringan - Sedang	Parah – Sangat Parah	Nilai p	Normal	Ringan - Sedang	Parah – Sangat Parah	Nilai p
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)		n (%)			
Jenis Kelamin												
Laki-laki	9 (16,4)	21 (38.2)	25 (45.5)	0.017*	4 (8)	18 (36)	28 (56)	0.144	6 (3.8)	63 (40.4)	87 (55.8)	0.034*
Perempuan	2 (3,1)	20 (31.3)	42 (65.6)		5 (7,2)	14 (20.3)	50 (72.5)		10 (5)	55 (27.4)	136 (67.7)	
Usia												
< 20 tahun	5 (7,5)	27 (40.3)	35 (52.2)	0.287	4 (7,7)	13 (25)	35 (67.5)	0.919	4 (3.2)	46 (36.8)	75 (60)	0.425
≥ 20 tahun	6 (11,5)	14 (26.9)	32 (61.5)		5 (7.5)	19 (28.4)	43 (64.2)		12 (5.2)	72 (31)	148 (63.8)	
Indeks Prestasi Kumulatif												
<3,0	0	2 (66.7)	1 (33.3)	0.443	0	0	5 (100)	0.114	0	14 (46.7)	16 (53.3)	0.154
≥ 3,0	11 (9.5)	39 (33.6)	66 (56.9)		9 (7.9)	32 (28.1)	73 (64)		16 (4.9)	104 (31.8)	207 (23.3)	
Rumpun Ilmu												
Kesehatan	1 (6.7)	5 (33.3)	9 (60)	0.957	1 (6.7)	2 (13.3)	12 (80.0)	0.172	5 (4.2)	38 (31.9)	76 (63.9)	0.373
Sains & Teknologi	3 (7.5)	15 (37.5)	22 (55)		1 (2.5)	15 (37.5)	24 (60)		6 (5)	47 (39.5)	66 (55.5)	
Sosial & Humaniora	7 (10.9)	21 (32.8)	36 (56.3)		7 (10.95)	15 (23.4)	42 (65.6)		5 (4.2)	33 (27.7)	81 (68.1)	
Harga Diri												
Rendah	0	0	5 (100)	0.016*	0	0	2 (100)	0.012*	0	0	14 (100)	0.000*
Sedang	6 (6,8)	29 (33)	53 (60.2)		4 (4,5)	20 (22.5)	65 (73)		11 (4.1)	77 (28.4)	183 (67.5)	
Tinggi	5 (19,2)	12 (46.2)	9 (34.6)		5 (17,9)	12 (42.9)	11 (39.3)		5 (6.9)	41 (56.9)	26 (36.1)	
Dukungan Sosial												
Rendah	0	0	1 (100)	0.814	0	2 (28.6)	5 (71.4)	0.200	0	1 (8.3)	11 (91.7)	0.080
Sedang	6 (9,2)	21 (32.3)	38 (58.5)		6 (6,8)	20 (22.7)	62 (70.5)		10 (4.9)	62 (30.5)	131 (64.5)	
Tinggi	5 (9,45)	20 (37.7)	28 (52.8)		3 (12,55)	10 (41.7)	11 (45.8)		6 (4.2)	55 (38.7)	81 (57)	
Penanganan Masalah												
Rendah	0	3 (23.1)	10 (76.9)	0.183	0	4 (25)	12 (75)	0.097	2 (3.4)	16 (27.6)	40 (69)	0.733
Sedang	11 (10,5)	37 (35.2)	57 (54.3)		8 (7,8)	28 (27.5)	66 (64.7)		14 (4.7)	100 (33.9)	181 (61.4)	
Tinggi	0	1 (100)	0		1 (100)	0	0		0	0	2 (50)	

Hasil penelitian pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa secara keseluruhan perempuan lebih cenderung depresi dari pada laki-laki, mahasiswa usia ≥ 20 tahun lebih cenderung depresi pada awal dan tengah semester daripada mahasiswa usia < 20 tahun sedangkan pada akhir semester mahasiswa usia < 20 tahun lebih cenderung depresi daripada ≥ 20 tahun, mahasiswa dengan IPK ≥ 3.00 lebih cenderung depresi daripada mahasiswa dengan IPK < 3.00 pada awal semester sedangkan pada tengah dan akhir semester mahasiswa dengan IPK < 3.00 lebih cenderung depresi daripada mahasiswa dengan IPK ≥ 3.00 , pada rumpun ilmu tidak ada perbedaan kecenderungan depresi pada ketiga rumpun ilmu, mahasiswa dengan harga diri rendah lebih cenderung depresi daripada mahasiswa dengan harga diri tinggi, begitu juga pada mahasiswa dengan dukungan sosial rendah lebih cenderung depresi daripada mahasiswa dengan dukungan sosial tinggi, dan mahasiswa dengan penagan masalah rendah juga lebih cenderung depresi daripada yang penanganan masalah tinggi.

Tabel 12.3. Gambaran kejadian kecemasan pada mahasiswa berdasarkan karakteristik

Variabel	Awal Semester (N = 119)				Tengah Semester (N = 119)				Akhir Semester (N = 357)			
	Normal	Ringan - Sedang	Parah – Sangat Parah	Nilai p	Normal	Ringan - Sedang	Parah – Sangat Parah	Nilai p	Normal	Ringan - Sedang	Parah – Sangat Parah	Nilai p
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
Jenis Kelamin												
Laki-laki	10 (18,2)	17 (30.9)	28 (50.9)	0.023*	3 (6)	13 (26)	34 (68)	0.276	6 (3.8)	41 (26.3)	109 (69.9)	0.760
Perempuan	5 (7,8)	11 (17.2)	48 (75)		6 (8,7)	10 (14.5)	53 (76.8)		8 (4)	46 (22.9)	147 (73.1)	
Usia												
< 20 tahun	10 (14,9)	16 (23.9)	41 (61.2)	0.659	4 (7,7)	10 (19.2)	38 (73.1)	0.999	4 (3.2)	28 (22.4)	93 (74.4)	0.685
≥ 20 tahun	5 (9,6)	12 (23.1)	35 (67.3)		5 (7,5)	13 (19.4)	49 (73.1)		10 (4.3)	59 (25.4)	163 (70.3)	
Indeks Prestasi Kumulatif												
<3,0	0	1 (33.3)	2 (66.7)	0.644	0	0	5 (100)	0.201	1 (3.3)	8 (26.7)	21 (70)	0.945
≥ 3,0	15 (12.9)	27 (23.3)	74 (63.8)		9 (7.9)	23 (20.2)	82 (71.9)		13 (4)	79 (24.2)	235 (71.9)	
Rumpun Ilmu												
Kesehatan	1 (6.7)	5 (33.3)	9 (60)	0.815	2 (13.3)	2 (13.3)	11 (73.3)	0.857	5 (4.2)	27 (22.7)	87 (73.1)	0.472
Sains & Teknologi	5 (12.5)	10 (25)	25 (62.5)		2 (5)	8 (20)	30 (75)		4 (3.4)	36 (30.3)	79 (66.4)	
Sosial & Humaniora	9 (14.1)	13 (20.3)	42 (65.6)		5 (7.8)	13 (20.3)	46 (71.6)		5 (4.2)	24 (20.2)	90 (75.6)	
Harga Diri												
Rendah	0	0	5 (100)	0.036*	0	0	2 (100)	0.009*	0	0	14 (100)	0.000*
Sedang	8 (9,1)	21 (23.9)	59 (67)		4 (4,5)	13 (14.6)	72 (80.9)		9 (3.3)	49 (18.1)	213 (78.6)	
Tinggi	7 (26,9)	7 (26.9)	12 (46.2)		5 (17,9)	10 (35.7)	13 (46.4)		5 (6.9)	38 (52.8)	29 (40.3)	
Dukungan Sosial												
Rendah	0	0	1 (100)	0.844	0	1 (14.3)	6 (85.7)	0.383	0	1 (8.3)	11 (91.7)	0.097
Sedang	7 (10,8)	16 (24.6)	42 (64.6)		6 (6,8)	15 (17)	67 (76.1)		7 (3.4)	43 (21.2)	153 (75.4)	
Tinggi	8 (15,1)	12 (22.6)	33 (62.3)		3 (12,5)	7 (29.2)	14 (58.3)		7 (4.9)	43 (30.3)	92 (64.8)	
Penanganan Masalah												
Rendah	0	3 (23.1)	10 (76.9)	0.099	0	4 (25)	12 (75)	0.096	2 (3.4)	9 (15.5)	47 (81)	0.327
Sedang	14 (13,3)	25 (23.8)	66 (62.9)		8 (7,8)	19 (18.6)	75 (73.5)		12 (4.1)	76 (25.8)	207 (70.2)	
Tinggi	1 (100)	0	0		1 (100)	0	0		0	2 (50)	2 (50)	

Hasil penelitian pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa secara keseluruhan perempuan lebih cenderung cemas dari pada laki-laki, pada kelompok usia mahasiswa ≥ 20 tahun dan mahasiswa usia < 20 tahun tidak ada perbedaan kecenderungan antara kedua kelompok, mahasiswa dengan IPK < 3.00 lebih cenderung cemas daripada mahasiswa dengan IPK ≥ 3.00 pada awal dan tengah semester sedangkan pada akhir semester mahasiswa dengan IPK ≥ 3.00 lebih cenderung cemas daripada mahasiswa dengan IPK < 3.00 , pada rumpun ilmu tidak ada perbedaan kecenderungan kecemasan pada ketiga rumpun ilmu, mahasiswa dengan harga diri rendah lebih cenderung cemas daripada mahasiswa dengan harga diri tinggi, begitu juga pada mahasiswa dengan dukungan sosial rendah lebih cemas daripada mahasiswa dengan dukungan sosial tinggi, dan mahasiswa dengan penagan masalah rendah juga lebih cenderung cemas daripada yang penanganan masalah tinggi.

Tabel 12.4. Gambaran kejadian stres mahasiswa berdasarkan karakteristik

Variabel	Awal Semester (N = 119)				Tengah Semester (N = 119)				Akhir Semester (N = 357)			
	Normal	Ringan - Sedang	Parah – Sangat Parah	Nilai p	Normal	Ringan - Sedang	Parah – Sangat Parah	Nilai p	Normal	Ringan - Sedang	Parah – Sangat Parah	Nilai p
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
Jenis Kelamin												
Laki-laki	33 (60)	10 (18.2)	12 (21.8)	0.029*	24 (48)	10 (20)	16 (32)	0.084	65 (41.7)	46 (29.5)	45 (28.8)	0.222
Perempuan	23 (35,9)	21 (32.8)	20 (31.3)		20 (29)	23 (33.3)	26 (37.7)		66 (32.8)	66 (32.8)	69 (34.3)	
Usia												
< 20 tahun	37 (55,2)	14 (20.9)	16 (23.9)	0.119	20 (38,5)	10 (19.2)	22 (42.3)	0.153	43 (34.4)	45 (36)	37 (29.6)	0.384
≥ 20 tahun	19 (36,5)	17 (32.7)	16 (30.8)		24 (35,8)	23 (34.3)	20 (29.9)		88 (37.9)	67 (28.9)	77 (33.2)	
Indeks Prestasi Kumulatif												
<3,0	2 (66,7)	0	1 (33.3)	0.396	0	3 (60)	2 (40)	0.071	16 (53.3)	5 (16.7)	9 (30)	0.092
≥ 3,0	54 (46.6)	31 (26.7)	31 (26.7)		44 (38.6)	30 (26.3)	40 (35.1)		115 (35.2)	107 (32.7)	105 (32.1)	
Rumpun Ilmu												
Kesehatan	8 (53.3)	4 (26.7)	3 (20)	0.297	4 (26.7)	7 (46.7)	4 (26.7)	0.411	44 (37)	37 (31.3)	38 (31.9)	0.246
Sains & Teknologi	22 (55)	6 (15)	12 (30)		17 (42.5)	8 (20)	15 (37.5)		50 (42)	39 (32.8)	30 (25.2)	
Sosial & Humaniora	26 (40.6)	21 (32.8)	17 (26.6)		33 (35.9)	18 (28.1)	23 (35.9)		37 (31.1)	36 (30.3)	46 (38.7)	
Harga Diri												
Rendah	0	1 (20)	4 (80)	0.001*	0	0	2 (100)	0.001*	0	0	14 (100)	0.000*
Sedang	39 (44,3)	22 (25)	27 (30.7)		25 (28,1)	29 (32.6)	35 (39.3)		80 (29.5)	97 (35.8)	94 (34.7)	
Tinggi	17 (65,4)	8 (30.8)	1 (3.8)		19 (67,9)	4 (14.3)	5 (17.9)		51 (70.8)	15 (20.8)	6 (8.3)	
Dukungan Sosial												
Rendah	0	0	1 (100)	0.128	1 (14,3)	2 (28.6)	4 (57.1)	0.037*	0	2 (16.7)	10 (83.3)	0.000*
Sedang	27 (41,5)	16 (24.6)	22 (32.8)		29 (33)	24 (27.3)	35 (39.8)		65 (32)	67 (33)	71 (35)	
Tinggi	29 (54,7)	15 (28.3)	9 (17)		14 (58,3)	7 (29.2)	3 (12.5)		66 (46.5)	43 (30.3)	33 (23.2)	
Penanganan Masalah												
Rendah	3 (23,1)	2 (15.4)	8 (61.5)	0.055*	3 (18,8)	3 (18.3)	10 (62.5)	0.103	12 (20.7)	19 (32.8)	27 (46.6)	0.012*
Sedang	52 (49,5)	29 (27.6)	24 (22.9)		40 (39,2)	30 (29.4)	32 (31.4)		117 (39.7)	93 (31.5)	85 (28.8)	
Tinggi	1 (100)	0	0		1 (100)	0	0		2 (50)	0	2 (50)	

Hasil penelitian pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa secara keseluruhan perempuan lebih cenderung stres dari pada laki-laki, mahasiswa usia ≥ 20 tahun lebih cenderung stres pada awal dan akhir semester daripada mahasiswa usia < 20 tahun sedangkan pada tengah semester mahasiswa usia < 20 tahun lebih cenderung stres daripada ≥ 20 tahun, mahasiswa dengan IPK < 3.00 lebih cenderung stres daripada mahasiswa dengan IPK ≥ 3.00 pada awal dan tengah semester sedangkan pada akhir semester mahasiswa dengan IPK ≥ 3.00 lebih cenderung stres daripada mahasiswa dengan IPK < 3.00 , pada rumpun ilmu tidak ada perbedaan kecenderungan stres pada ketiga rumpun ilmu, mahasiswa dengan harga diri rendah lebih cenderung stres daripada mahasiswa dengan harga diri tinggi, begitu juga pada mahasiswa dengan dukungan sosial rendah lebih cenderung stres daripada mahasiswa dengan dukungan sosial tinggi, dan mahasiswa dengan penanganan masalah rendah juga lebih cenderung stres daripada yang penanganan masalah tinggi

12.2.1 Jenis Kelamin dengan Depresi, Anxiety dan Stres

Temuan pada studi ini menyatakan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara mahasiswa laki-laki dan perempuan, mahasiswa perempuan lebih banyak yang mengalami depresi, kecemasan dan stres dari pada mahasiswa laki-laki. Perbedaan antara mahasiswa laki-laki dan perempuan signifikan terjadi pada awal dan akhir semester, walaupun perbedaan yang terjadi tidak signifikan tengah semester, namun mahasiswa perempuan cenderung lebih banyak yang mengalami depresi, kecemasan dan stres dari pada mahasiswa laki-laki.

Temuan pada penelitian ini sesuai dengan beberapa studi yang telah dilakukan yang menyatakan bahwa perempuan lebih banyak yang mengalami depresi, kecemasan dan stres dibandingkan laki-laki (Kulsoom & Ali Afsar, 2015), perempuan memiliki tingkat tekanan psikologis lebih tinggi dari laki-laki (Bore, Kelly, & Nair, 2016; Hamza et al., 2011; Hou et al., 2013; Shah, Hasan, Malik, & Sreeramareddy, 2010; Yumba, 2008), tingkat stress perempuan lebih tinggi dari laki-laki (Babar et al., 2015; Deshpande & Chari, 2014). Studi lain yang similar dengan temuan pada studi ini menyatakan bahwa proporsi wanita dengan sindrom depresi adalah 1,3 kali lebih tinggi daripada pria, dan proporsi wanita dengan sindrom kecemasan adalah 1,6 kali dari pria (Villacura et al., 2017), skor stres dan kecemasan lebih tinggi secara signifikan pada wanita (Abdel Wahed & Hassan, 2017; Fawzy & Hamed, 2017).

Hasil yang berbeda didapatkan oleh Purwati (2012) dan pada mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan tingkat stress pada jenis kelamin. Hal yang sama juga ditemukan pada studi di lima fakultas di *University of Colombob* bahwa tidak ada perbedaan yang terlihat antarjenis kelamin, (Amarasuriya, Jorm, & Reavley, 2015).

Seperti yang dinyatakan oleh Steinberg (2017), bahwa sejak awal dimulainya masa pubertas sampai dengan dewasa akhir, perempuan lebih dimungkinkan untuk menderita depresi klinis daripada laki-laki. Penyebabnya antara lain pengaruh genetis, perubahan hubungan sosial pada masa-masa puber, aturan masyarakat yang menyebabkan konflik sehingga menimbulkan rasa tidak berdaya dan kecemasan, yang selanjutnya akan menyebabkan depresi, mengalami stres yang beruntun pada saat

bersamaan, bereaksi menggunakan perasaan saat menghadapi stres, lebih memperhatikan keadaan sekitarnya dan lebih sensitif terhadap hubungan interpersonal, serta lebih menggunakan penyelesaian masalah secara emosional.

Berdasarkan temuan dan justifikasi dari beberapa penelitian lain, dapat disimpulkan bahwa mahasiswa perempuan lebih cenderung mengalami depresi, kecemasan dan stres dari pada laki-laki sepanjang semester.

12.2.2 Umur dan Depresi, Anxiety dan Stres

Temuan studi ini pada hasil analisis uji beda menyatakan bahwa mahasiswa usia ≥ 20 tahun lebih cenderung depresi pada awal dan tengah semester daripada mahasiswa usia < 20 tahun sedangkan pada akhir semester terjadi sebaliknya. Di sisi lain, tidak ada perbedaan diantara kedua kelompok usia pada kecemasan. Hal yang berbeda didapati bahwa mahasiswa usia ≥ 20 tahun lebih cenderung stres pada awal dan akhir semester daripada mahasiswa usia < 20 tahun sedangkan pada tengah semester terjadi sebaliknya.

Temuan lain yang mendukung hasil studi ini dinyatakan oleh Abdel Wahed and Hassan (2017) bahwa mahasiswa yang berusia ≥ 20 tahun lebih cenderung mengalami depresi kecemasan dan stress dan mahasiswa yang berusia > 20 tahun menjadi prediktor untuk terjadinya depresi kecemasan dan stres pada mahasiswa kedokteran di Fayoum University Mesir. Hasil penelitian lain yang mendukung temuan pada studi ini adalah studi yang dilakukan pada mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 2012 ditemukan semakin tinggi usia maka tingkat stress mengalami penurunan (Purwati, 2012), kejadian depresi lebih tinggi pada mahasiswa yang berusia lebih tua (Amarasuriya et al., 2015), skor stres berhubungan signifikan dengan pertambahan usia mahasiswa (Abdel Wahed & Hassan, 2017). Studi lain yang mendukung temuan ini menyatakan skor depresi dan kecemasan yang signifikan tinggi pada mahasiswa yang berusia lebih tua ≥ 20 tahun (Shamsuddin et al., 2013).

Berdasarkan temuan dan hasil dari studi yang berbeda, dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi usia mahasiswa maka resiko mengalami depresi kecemasan dan stress semakin tinggi.

12.2.3 Indeks Prestasi Akademik dengan Depresi, Anxiety, dan Stres

Hasil uji beda menemukan bahwa mahasiswa dengan IPK ≥ 3.00 lebih cenderung depresi daripada mahasiswa dengan IPK < 3.00 pada awal semester sedangkan pada tengah dan akhir semester terjadi sebaliknya. Hal yang berbeda terjadi pada mahasiswa dengan IPK < 3.00 lebih cenderung mengalami kecemasan dan stres daripada mahasiswa dengan IPK ≥ 3.00 pada awal dan tengah semester sedangkan pada akhir semester terjadi sebaliknya.

Penelitian pada mahasiswa di UPM Malaysia bahwa tidak ada hubungan antara tingkat stress mahasiswa dengan pencapaian akademik (Elias, Ping, & Abdullah, 2011), tetapi hasil yang berbeda pada penelitian yang dilakukan oleh Siraj et al. (2014) bahwa mahasiswa dengan tingkat stress yang tinggi dan parah memiliki nilai GPA yang tinggi. Penelitian yang dilakukan pada mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 2012 menyatakan bahwa tidak ada perbedaan tingkat stress pada indeks prestasi (Purwati, 2012). Mahasiswa yang memiliki rata-rata kumulatif (IPK) lebih rendah dan tingkat ketekunan akademik dan prestasi yang rendah dibandingkan dengan rekan-rekan mereka yang tidak tertekan (Douce & Keeling, 2014). Berdasarkan hasil temuan dan justifikasi dari studi yang berbeda dapat disimpulkan bahwa mahasiswa dengan IPK ≥ 3.00 lebih cenderung mengalami depresi, sedangkan mahasiswa dengan IPK < 3.00 lebih cenderung mengalami kecemasan dan stres.

12.2.4 Rumpun Ilmu dengan Depresi, anxiety dan Stres

Temuan pada studi pada tiga rumpun ilmu (kesehatan, sains dan teknologi, sosial dan humaniora) menyatakan bahwa tidak ada perbedaan kecenderungan pada kejadian depresi, kecemasan dan stres pada ketiga rumpun ilmu. Studi lain juga menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang terlihat antar mahasiswa belajar di fakultas yang berbeda (Amarasuriya et al., 2015),

Hasil yang berbeda ditunjukkan pada penelitian pada mahasiswa Kedokteran, Psikologi, Hukum dan Teknik Mesin di University of Adelaide Australia, menunjukkan hasil bahwa mahasiswa pada disiplin ilmu non-kesehatan secara signifikan lebih tertekan daripada mahasiswa pada disiplin ilmu kesehatan (Leahy et al., 2010), mahasiswa kedokteran terbukti lebih cenderung mengalami gangguan emosional,

terutama stres dan depresi dibandingkan dengan mahasiswa non-medis (Teh et al., 2015). Banu et al. (2015) juga menemukan bahwa mahasiswa dari rumpun ilmu humaniora dan ilmu sosial lebih stres daripada mahasiswa dari rumpun ilmu sains dan manajemen.

Studi yang dilakukan tahun 2016 menemukan bahwa mahasiswa yang belajar pada rumpun ilmu sosial dan humaniora mengalami depresi, kecemasan dan stres lebih banyak dari pada mahasiswa pada rumpun ilmu kesehatan dan rumpun ilmu sains dan teknologi (EL-Matary et al., 2018).

Hasil temuan pada penelitian ini berbeda dengan penelitian lainnya, hal ini menunjukkan bahwa perbedaan tersebut bisa disebabkan oleh karakteristik demografi yang berbeda, pola pendidikan yang berbeda, dan faktor lainnya.

12.3 Sumber Masalah pada Mahasiswa

Instrumen sumber masalah yang digunakan pada penelitian ini merupakan pengembangan dari keluhan mahasiswa yang melakukan konseling di Klinik Universitas dan studi pustaka. Temuan dari analisis reliabilitas menunjukkan bahwa semua variabel pada sumber masalah telah menunjukkan konsistensi internal yang tinggi dengan nilai *Cronbach's alpha* $0,914 > 0,7$, dan uji validitas dengan nilai *corrected-item total correlation* > nilai *t* tabel = 0.105.

Confirmatory factor analysis (CFA) dilakukan dengan menggunakan uji *t* pada *structural equation modelling* (SEM) didapat 24 variabel dengan nilai $t \geq 1.96$. Hasil CFA ini di analisis faktorkan lagi sehingga didapat 5 faktor dengan nilai $KMO = 0,909 > 0.5$ dan Bartlett's test of sphericity = 6056.35, $p = 0,000 < 0,05$. Faktor yang didapat dapat dilihat pada tabel 5.7 dan 5.8 berikut ini.

Tabel 12.5. Faktor pada Sumber Masalah

No Item	Item
Faktor Komunikasi dan Adaptasi:	
1	Kesulitan berkomunikasi dengan dosen
2	Kesulitan berinteraksi dengan dosen
3	Kurangnya tatap muka interaksi/support di kelas
4	Kesulitan beradaptasi dengan sesama mahasiswa
5	Kesulitan berpartisipasi saat diskusi di kelas
6	Kesulitan ketika mengerjakan tugas bersama kelompok

No Item	Item
Faktor Akademis	
1	Kesulitan dalam memahami materi kuliah
2	Kesulitan menyelesaikan tugas-tugas kuliah
3	Kesulitan mengerjakan ujian
4	Terlalu banyak materi yang harus dipelajari
5	Kurangnya waktu untuk mengulang materi yang telah dipelajari
Faktor Personal	
1	Kekhawatiran karir dan persiapan pasca kuliah
2	Permasalahan kepercayaan diri
3	Ketakutan tidak diterima oleh teman/lingkungan baru
4	Kompetisi/persaingan yang tinggi antar teman di kampus
5	Ketakutan akan gagal saat ujian
6	Kurangnya motivasi
Faktor Emosional	
1	Permasalahan pertemanan atau di organisasi
2	Kesulitan mengendalikan emosi
3	Merasa didiskriminasi
4	Sulit menyesuaikan diri dengan lingkungan dan budaya yang baru (culture shock)
Faktor Kekecewaan	
1	Kecemasan tentang prestasi studi yang rendah
2	Kekecewaan dengan prestasi akademis saat ini
3	Penilaian dosen yang memihak/tidak adil
4	Ketidaksesuai jurusan dengan minat dan bakat

Hasil studi didapatkan bahwa variasi sumber masalah dari 24 (dua puluh empat) indikator dapat dijelaskan oleh indikator ‘permasalahan kepercayaan diri’.

Hasil studi ini dapat menyimpulkan bahwa faktor akademis bukan merupakan satu-satunya sumber masalah pada mahasiswa, bahkan pada akhir semester faktor akademis bukan merupakan sumber masalah pada mahasiswa, tetapi faktor komunikasi dan adaptasi yang menjadi faktor pertama pada sumber masalah.

Faktor-faktor pada sumber masalah di studi ini tidak berbeda dengan hasil penelitian pada beberapa penelitian di berbagai negara yang menyatakan bahwa frustrasi, konflik, tekanan, perubahan, diri sendiri sebagai penyebab stres (Gadzella, 1994), dan kepercayaan diri, ketakutan/kegugupan (Alzaeem et al., 2010; M. Yusoff, 2011; Muhamad Saiful Bahri Yusoff, Rahim, & Yaacob, 2010), waktu yang terbatas untuk keluarga dan teman-teman, dan persaingan antar rekan (Kuh, Cruce, Shoup, Kinzie, & Gonyea, (2008); McKenzie & Schweitzer, (2010); Da Coste Leite & Israel, (2011); (Lin

& Shing, 2009), kurangnya waktu dan fasilitas untuk hiburan, (Sreeramareddy et al., 2007); (Muhammd Saiful Bahri Yusoff et al., 2010); (M. Yusoff, 2011); (Ross et al., 1999), pengharapan orang tua dan dosen, (Akgun & Ciarrochi, 2003; Eremsoy, Celimli, & Gencoz, 2005; (Zajacova et al., 2005); Huan, See, Ang, & Har, 2008; Pfeifer, Kranz, & Scoggin, 2008; Sreeramareddy et al. (2007); (M. Yusoff, 2011; Muhammd Saiful Bahri Yusoff et al., 2010), hubungan keluarga (Marshall et al., 2008), orang tua/anggota keluarga sakit/mati (Holmes & Rahe 1967); bermasalah dengan orang tua (Ross et al., 1999). Bersosialisasi dan menyesuaikan diri dengan teman sesama mahasiswa dengan karakteristik dan latar belakang berbeda, mengembangkan bakat dan minat melalui kegiatan-kegiatan non akademis, dan bekerja untuk menambah uang saku (Govaerts & Grégoire, 2004), kondisi ini dapat menjadi *stressor* bagi mahasiswa, sedangkan masalah di luar perkuliahan turut mempengaruhi dari segi *mood*, konsentrasi, maupun prestasi akademik.

Temuan yang sama juga ditunjukkan pada studi lain yang menyatakan bahwa tekanan akademik merupakan sumber stress yang paling banyak menyebabkan stress pada mahasiswa (Elias et al., 2011); (Walsh, Feeney, Hussey, & Donnellan, 2010); (Orzel, 2010); (Jacob et al., 2012); (Labrague, 2013); (Shah et al., 2010; Muhammad Saiful Bahri Yusoff & Rahim, 2010),

Hasil studi yang sama menyatakan bahwa sumber stress pada mahasiswa antara lain banyaknya tugas yang harus dikerjakan, deadline pengumpulan tugas yang sangat singkat, kesulitan dalam menemukan dan menerapkan teori pada penelitian, materi ajar yang sulit dimengerti (Adi, 2010). Studi lain pada mahasiswa fakultas pendidikan jurusan psychology, pendidikan khusus, pendidikan fisika dan pendidikan agama Islam dari King Saud University ditemukan bahwa beban akademis yang berlebihan, waktu yang tidak memadai untuk belajar, beban kerja setiap semester, motivasi rendah, dan harapan keluarga yang tinggi yang membuat stres pada mahasiswa, takut gagal merupakan sumber utama stres, ada korelasi positif antara sumber religiusitas dan stres akademik, tidak ada perbedaan signifikan pada stres akademik antara siswa yang berbeda tingkat pendidikan dan spesialisasi (Zaid Bataneh, 2013).

Beberapa studi menunjukkan bahwa tekanan akademik telah terbukti menyebabkan gangguan psikologis dan somatik pada siswa dengan gangguan ini

menjadi perhatian yang tinggi karena mereka mempengaruhi kesehatan siswa (Leung et al. 2010), terkait juga dengan hasil akademik yang buruk atau prestasi dan mengganggu kemampuan siswa untuk bekerja secara efektif dan efisien (Akgun & Ciarrocchi, 2003), berkorelasi negatif dengan kinerja akademik, memberikan kontribusi terhadap tingginya angka putus sekolah dan putus sekolah di perguruan tinggi (Zajacova et al., 2005).

Secara umum dapat disimpulkan bahwa faktor komunikasi dan adaptasi, faktor akademik, faktor personal dan emosional merupakan faktor yang merupakan sumber masalah pada mahasiswa di Indonesia. Hasil studi ini dapat digeneralisasi pada mahasiswa S1 pada tahun kedua dan ketiga sesuai dengan karakteristik responden pada studi ini. Studi untuk mendapatkan sumber masalah pada mahasiswa S1 di Indonesia belum ada yang melakukan dengan detail sesuai karakteristik orang Indonesia.

12.4 Harga diri dengan Depresi, anxiety dan Stres

Analisis uji beda pada studi ini menunjukkan hasil yang menyatakan bahwa mahasiswa dengan harga diri rendah lebih cenderung mengalami depresi, kecemasan, dan stres daripada mahasiswa dengan harga diri tinggi.

Hasil studi ini sesuai dengan studi lain yang menyatakan bahwa mahasiswa dengan harga diri yang tinggi akan lebih efektif mengatasi stres yang dialami selama pendidikan (Yıldırım et al., 2017). Studi lain (Guindon, 2010) juga menunjukkan bahwa harga diri yang rendah sangat berhubungan dengan depresi, harga diri yang rendah lebih mudah mengalami stres emosional, termasuk depresi dan kecemasan. Temuan pada studi lain juga menemukan bahwa harga diri yang rendah merupakan faktor risiko untuk terjadi masalah kesehatan mental dan harga diri yang positif merupakan faktor protektif terhadap terjadi masalah kesehatan mental (Mulligan, 2011).

Sangat banyak hasil studi yang menunjukkan bahwa bila dibandingkan orang-orang yang memiliki harga diri yang tinggi dengan orang-orang yang memiliki harga diri rendah akan mengalami emosi negatif yang lebih, mempengaruhi, contohnya kecemasan, kesedihan dan depresi, permusuhan dan kemarahan, kecemasan sosial, rasa malu dan rasa bersalah, malu, kesepian, serta pengaruh umum yang negatif dan neurotisisme (Mruk, 2013). Selain itu, mahasiswa dengan harga diri yang rendah merasa tidak bahagia dan mengalami stres emosional, termasuk depresi dan kecemasan, juga

cenderung mempunyai rasa takut, cemas, depresi sebagai respon dari stres dan tidak percaya diri, gangguan makan, fungsi sosial yang buruk, putus sekolah, dan perilaku berisiko tinggi, sedangkan orang dengan harga diri yang tinggi mempunyai percaya diri yang tinggi, rasa puas, punya tujuan yang jelas, selalu berpikir positif, mampu untuk berinteraksi sosial. mempunyai *self-efficacy* dan *confidence* pada keputusan-keputusan dan pendapat-pendapat mereka, berhubungan dengan kesejahteraan mental, kebahagiaan, penyesuaian, sukses, prestasi akademik, dan kepuasan.

Ada bukti yang cukup untuk model kerentanan harga diri dan depresi, bahwa rendah diri (*low self-esteem*) berfungsi sebagai faktor risiko depresi, terutama dalam menghadapi stres besar dalam hidup (Sowislo & Orth, 2013). Namun, banyak asosiasi yang dibangun bahwa efek harga diri pada depresi dapat dimediasi atau dimoderasi oleh variabel intervensi lain, seperti dukungan sosial dan kemampuan secara efektif untuk mengatasi stres (Lee et al., 2014). Harga diri juga mempengaruhi status kesehatan secara umum dan siswa dengan harga diri yang tinggi akan lebih efektif mengatasi stres yang dialami selama pendidikan (Yıldırım et al., 2017)

Berdasarkan hasil studi ini dan studi lain dapat disimpulkan bahwa harga diri mempengaruhi terjadinya depresi, kecemasan, dan stress. Temuan pada hasil studi ini dapat dijadikan sebagai salah satu rekomendasi pembuatan kegiatan atau kebijakan peningkatan harga diri pada mahasiswa oleh pengelola universitas di Indonesia.

12.5 Dukungan Sosial dengan Depresi, Anxiety dan Stres

Analisis uji beda pada studi ini menemukan bahwa mahasiswa dengan dukungan sosial rendah lebih cenderung mengalami depresi, kecemasan dan stres daripada mahasiswa dengan dukungan sosial tinggi, hal ini terjadi di sepanjang semester.

Hasil studi ini tidak berbeda dengan beberapa studi lain yang menunjukkan bahwa dukungan sosial berkorelasi negatif dengan gejala dan gangguan psikologis seperti stres, depresi dan gangguan kejiwaan lainnya (Aris et al., 2010). Dukungan dari keluarga dan teman-teman dapat mengurangi dampak dari masalah psikologis pada siswa (Calvete & Connor-Smith, 2006). Studi lain menyatakan bahwa tanpa dukungan yang cukup dari keluarga dan teman-teman, mahasiswa akan berada dalam kesulitan dan rentan terhadap depresi, stres dan kecemasan, hasil ini didukung oleh Dollete et al.

(2004) yang menemukan bahwa dukungan sosial dapat bertindak sebagai faktor pelindung yang bisa menurunkan masalah psikologis pada mahasiswa seperti stres.

Beberapa studi menunjukkan hal yang sama dengan studi ini bahwa dukungan sosial berkorelasi negatif dengan gejala dan gangguan psikologis seperti stres, depresi dan gangguan kejiwaan lainnya, dan positif berkorelasi dengan kesehatan fisik dan mental (Aris et al., 2010). Sebuah studi oleh Nahid & Sarkis (1994) misalnya menemukan bahwa dukungan sosial melindungi orang dalam krisis kehidupan seperti kematian, penyakit, dan stres utama lainnya, dan moderat efek stres pada psikologis kesejahteraan. Karakteristik dan kualitas dukungan sosial adalah untuk penyesuaian individu, dukungan sosial berhubungan signifikan dengan masalah psikologis yang menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan sosial, semakin rendah masalah psikologis (Aris et al., 2010). Dukungan dari keluarga dan teman-teman dapat mengurangi dampak dari masalah psikologis pada siswa (Calvete & Connor-Smith, 2006). Villanova dan Bownas (1984) misalnya menemukan bahwa dukungan sosial dapat membantu siswa untuk mengatasi stressor kehidupan sehari-hari dan meringankan beban kerja akademik. Tanpa dukungan yang cukup dari keluarga dan teman-teman, mereka akan berada dalam kesulitan dan rentan terhadap depresi, stres dan kecemasan. Temuan ini didukung oleh Dollete et al. (2004) yang menemukan bahwa dukungan sosial dapat bertindak sebagai faktor pelindung yang bisa menurunkan masalah psikologis pada siswa seperti stres. Hal ini menunjukkan bahwa dampak dari situasi yang stress dapat menurun ketika siswa memiliki dukungan social yang baik. Saran dan dorongan dari sumber dukungan juga dapat meningkatkan kemungkinan individu akan melakukan pemecahan masalah aktif dan mencari informasi (Friedlander et al., 2007). Ini dapat membantu siswa dalam menghadapi berbagai stressor di lingkungan dan memfasilitasi proses penyesuaian yang positif. Tindakan mendukung yang disediakan oleh dukungan sosial dianggap penyangga dampak stres dengan meningkatkan efektivitas upaya coping, yang pada gilirannya menurunkan tekanan pada siswa (Holahan, et al, 1995; Lakey & Cohen, 2000). Misalnya, menerima dukungan emosional dan persahabatan dapat mendorong adaptasi yang efektif antara siswa dalam menghadapi dan mengatasi peristiwa tak terkendali (Aris et al., 2010). Mahasiswa dapat mengatasi stress yang dialami selama pendidikan dengan sangat baik jika memiliki dukungan social (*social support*) (Yıldırım et al., 2017). Rendahnya tingkat dukungan

sosial telah berulang kali dikaitkan dengan hasil kesehatan fisik dan mental yang buruk (Lakey & Cohen, 2000). Ikiz & Cakar (2010); Inkonsistensi ini menunjukkan potensi manfaat dari studi lebih lanjut pada area ini.

Mahasiswa dapat mengatasi stress yang dialami selama pendidikan dengan sangat baik jika memiliki dukungan sosial (*social support*) (Yıldırım et al., 2017). Terdapat hubungan yang positif antara *social support level* dengan *self-esteem level* pada remaja (Ikiz & Cakar, 2010). Peningkatan dukungan sosial dari teman-teman, tetapi bukan dari keluarga, diprediksi membaik penyesuaian, penurunan stres diprediksi meningkatkan secara keseluruhan, akademik, penyesuaian pribadi-emosional, dan sosial. Peningkatan global, akademik, dan harga diri diprediksi menurunkan depresi dan meningkatkan penyesuaian akademik dan sosial (Friedlander et al., 2007).

Hasil studi dan beberapa hasil studi lain dapat disimpulkan bahwa mahasiswa yang mendapat dukungan sosial dari keluarga, teman dan orang lain cenderung tidak mengalami depresi, kecemasan dan stress.

12.6 Penanganan Masalah dengan Depresi, Anxiety dan Stres

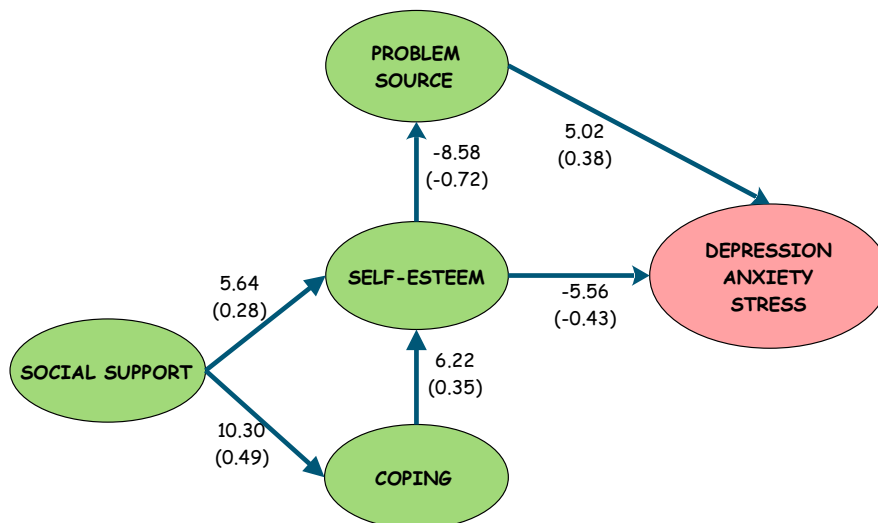
Hasil studi menemukan bahwa mahasiswa dengan penanganan masalah rendah lebih cenderung mengalami depresi, kecemasan dan stres daripada mahasiswa yang penanganan masalahnya tinggi.

Hasil studi ini juga tidak berbeda dari studi lain yang menyatakan bahwa penanganan masalah yang rendah menyebabkan gejala depresi yang lebih besar (Lee et al., 2014). Tingkat stres psikologis yang lebih tinggi terkait dengan strategi koping yang menghindar dan didukung secara sosial (Chai & Low, 2015), mengatasi masalah dengan maladaptif dan berpikir negatif secara langsung terkait dengan kecemasan (Mahmoud, Staten, Hall, & Lennie, 2012), penanganan masalah berhubungan dengan tekanan psikologis (Tada, 2017), stres psikologis berhubungan dengan strategi *avoidant coping* dan dukungan sosial (Chai & Low, 2015),

Hasil studi ini dapat menyimpulkan bahwa mahasiswa yang menangani masalahnya dengan baik cenderung tidak mengalami depresi, kecemasan dan stress.

12.7 Model Depresi Kecemasan dan Stres pada Mahasiswa

Model depresi, anxiety, dan stress pada mahasiswa menunjukkan bahwa faktor harga diri memiliki hubungan yang negatif dengan sumber masalah dan terjadinya depresi, kecemasan dan stres, sedangkan sumber masalah memiliki hubungan yang positif dengan terjadinya depresi, kecemasan dan stres. Faktor dukungan sosial dan faktor penanganan masalah tidak memiliki hubungan langsung ke terjadinya depresi, kecemasan dan stres. Faktor harga diri dan dukungan sosial memiliki hubungan yang positif dengan penanganan masalah, dan dukungan sosial berhubungan positif dengan harga diri.



Gambar 12.1. Model struktural depresi kecemasan dan stres pada mahasiswa

Model menunjukkan bahwa harga diri memberikan kontribusi yang lebih besar dalam pengaruhnya terhadap terjadinya depresi, kecemasan dan stres dibandingkan dengan sumber masalah. Variabel sumber masalah dan harga diri secara simultan/bersama-sama mampu menjelaskan (naik turunnya) kejadian depresi, kecemasan, dan stres sebesar 56%, sisanya 44% dijelaskan oleh faktor lain.

Hasil menunjukkan ada hubungan yang positif dan signifikan antara faktor sumber masalah dengan depresi, kecemasan dan stress, dapat diartikan bahwa apabila sumber masalah tinggi maka mahasiswa akan mengalami depresi, kecemasan dan stres atau sebaliknya. Dengan kata lain, depresi, kecemasan dan stres dipengaruhi oleh sumber masalah yang diterima mahasiswa.

Selanjutnya, hasil analisis menemukan ada hubungan yang negatif dan signifikan antara faktor harga diri dengan depresi, kecemasan dan stress, yang berarti bahwa apabila harga diri tinggi maka mahasiswa tidak akan mengalami depresi, kecemasan dan stres atau sebaliknya. Dengan kata lain, depresi kecemasan dan stres dipengaruhi oleh harga diri mahasiswa.

Di sisi lain, hasil analisis mendapati tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor penanganan masalah dengan depresi kecemasan dan stress, hal ini berarti bahwa tinggi rendahnya penanganan masalah tidak berpengaruh langsung terhadap depresi, kecemasan dan stress tetapi ada pengaruh tidak langsung melalui harga diri.

Hasil yang sama juga ditunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor dukungan sosial dengan depresi kecemasan dan stress, hal ini berarti bahwa tinggi rendahnya dukungan sosial tidak berpengaruh langsung terhadap depresi kecemasan dan stress tetapi ada pengaruh tidak langsung melalui faktor penanganan masalah dan faktor harga diri.

Hasil analisis persamaan model struktural (SEM) menghasilkan model yang tidak berbeda pada total (awal, tengah, akhir semester) dan akhir semester. Hasil menunjukkan ada hubungan yang positif dan signifikan antara faktor sumber masalah dengan depresi, kecemasan dan stress, dapat diartikan bahwa apabila sumber masalah tinggi maka mahasiswa akan mengalami depresi, kecemasan dan stres atau sebaliknya. Dengan kata lain, depresi, kecemasan dan stres dipengaruhi oleh sumber masalah yang diterima mahasiswa.

Selanjutnya, hasil analisis menemukan ada hubungan yang negatif dan signifikan antara faktor harga diri dengan depresi, kecemasan dan stress, yang berarti bahwa apabila harga diri tinggi maka mahasiswa tidak akan mengalami depresi, kecemasan dan stres atau sebaliknya. Dengan kata lain, depresi kecemasan dan stres dipengaruhi oleh harga diri mahasiswa.

Di sisi lain, hasil analisis mendapati tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor penanganan masalah dengan depresi kecemasan dan stress, hal ini berarti bahwa tinggi rendahnya penanganan masalah tidak berpengaruh langsung terhadap depresi, kecemasan dan stress tetapi ada pengaruh tidak langsung melalui harga diri.

Hasil yang sama juga ditunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor dukungan sosial dengan depresi kecemasan dan stress, hal ini berarti bahwa tinggi rendahnya dukungan sosial tidak berpengaruh langsung terhadap depresi kecemasan dan stress tetapi ada pengaruh tidak langsung melalui faktor penanganan masalah dan faktor harga diri.

Pemanfaatan model penanganan masalah yang cukup dan tepat selama masa remaja memfasilitasi pengembangan kepribadian yang sehat dan pembentukan harga diri yang tinggi (Yıldırım et al., 2017). Penanganan masalah juga menjadi indikator yang mendasari pengembangan psikopatologi untuk individu dengan harga diri yang tinggi serta individu dengan harga diri yang rendah (Lee, 2013).

12.8 Hubungan Antar Variabel

Penelitian ini menggunakan tingkat kepercayaan 95% dengan batas t-value = 1,96. Sebelum melakukan pengujian model, seluruh variabel dalam penelitian telah lulus uji validitas dan reliabilitas. Hasil uji dapat menjelaskan bahwa ada beberapa variabel laten yang tidak memiliki hubungan dengan variabel laten lain yang ditunjukkan dengan nilai $t < 1.96$.

Tabel 12.6. Hasil uji signifikansi hipotesis penelitian berdasarkan uji model struktural

Hubungan Antar Variabel Laten	Nilai t hitung	Estimasi	Hasil Uji
Ha (1). Ada hubungan antara variabel laten sumber masalah dengan depresi, kecemasan dan stres	5.02	0.38	t-value = 5.02 > 1.96; Ho (1) Ditolak; Artinya: Ada hubungan yang positif antara variabel sumber masalah dengan depresi, kecemasan dan stres
Ha (2). Ada hubungan antara variabel laten harga diri dengan depresi, kecemasan dan stres	-5.56	-0.43	t-value = -5.56 > 1.96; Ho (2) Ditolak; Artinya: Ada hubungan yang negatif antara variabel harga diri dengan depresi, kecemasan dan stres
Ha (3). Ada hubungan antara variabel laten penanganan masalah dengan depresi, kecemasan dan stres	-1.26	-0.01	t-value = 0.16 < 1.96; Ho (3) Gagal Ditolak; Artinya: Tidak ada hubungan antara variabel dukungan sosial dengan depresi, kecemasan dan stres

Hubungan Antar Variabel Laten	Nilai t hitung	Estimasi	Hasil Uji
Ha (4). Ada hubungan antara variabel laten dukungan sosial dengan depresi, kecemasan dan stres	-0.16	-0.06	t-value = 1.26 < 1.96; Ho (4) Gagal Ditolak; Artinya: Tidak ada hubungan antara variabel penanganan masalah dengan depresi, kecemasan dan stres

Hasil analisis sumber masalah didapat t-value = 5.02, hal ini menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara variabel sumber masalah dengan depresi, kecemasan dan stress. Hal ini berarti bahwa apabila sumber masalah tinggi maka mahasiswa mengalami depresi, kecemasan dan stres atau sebaliknya. Dengan kata lain, kejadian depresi, kecemasan dan stres dipengaruhi oleh sumber masalah yang diterima mahasiswa.

Hasil analisis harga diri didapat t-value = -5.56, hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang negative yang signifikan antara variabel harga diri dengan depresi, kecemasan dan stress. Hal ini berarti bahwa apabila harga diri tinggi maka mahasiswa tidak mengalami depresi, kecemasan dan stres atau sebaliknya. Dengan kata lain, kejadian depresi, kecemasan dan stres dipengaruhi oleh harga diri mahasiswa.

Hasil analisis penanganan masalah didapat t-value = -1.26, hal ini menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel penanganan masalah dengan depresi, kecemasan dan stress. Hal ini berarti bahwa tinggi rendahnya penanganan masalah berpengaruh langsung terhadap depresi, kecemasan dan stress, tetapi ada pengaruh tidak langsung melalui harga diri.

Hasil analisis dukungan sosial didapat t-value = -0.16, hal ini menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel dukungan sosial dengan depresi, kecemasan dan stress. Hal ini berarti bahwa tinggi rendahnya dukungan sosial tidak berpengaruh langsung terhadap depresi, kecemasan dan stress, tetapi ada pengaruh tidak langsung melalui penanganan masalah dan harga diri.

Kejadian depresi kecemasan dan stres pada mahasiswa disebabkan oleh harga diri yaitu bagaimana mahasiswa tersebut menilai diri mereka juga sumber masalah yang diterima oleh mahasiswa.

12.9 Interaksi

Hasil uji interaksi pada data keseluruhan didapat model interaksi yang mempengaruhi terjadinya depresi, kecemasan dan stress adalah sumber masalah, harga diri, penanganan masalah, dukungan sosial, variabel interaksi harga diri dengan dukungan sosial, dan variabel interaksi harga diri dengan sumber masalah.

Tabel 12.7. Hasil Uji Model Interaksi

Variabel	β	Sig
Sumber masalah	0.822	0.000
Harga diri	-0.806	0.281
Penanganan masalah	-0.329	0.002
Dukungan sosial	-0.480	0.016
Dukungan social * harga diri	0.046	0.025*
Harga diri * sumber masalah	-0.039	0.008*

Hasil uji didapat bahwa interaksi yang terjadi antar variabel ada 2 variabel interaksi yaitu variabel harga diri berinteraksi dengan variabel sumber masalah dan variabel harga diri berinteraksi dengan variabel dukungan sosial.

Dari hasil uji model di dapat model depresi kecemasan dan stres yaitu:

$DAS = 0.822$ (sumber masalah) + -0.806 (harga diri) + -0.329 (penanganan masalah) + -0.480 (dukungan sosial) + 0.046 (dukungan sosial*harga diri) + -0.039 (harga diri*sumber masalah).

Dari hasil uji juga didapat bahwa sumber masalah merupakan variabel yang paling besar perannya untuk terjadinya depresi, kecemasan dan stres yaitu sebesar 79%.

Pembuatan interaksi dilakukan terhadap beberapa variabel yang ada, dan didapat lima variabel interaksi yaitu, penanganan masalah dengan harga diri, dukungan sosial dengan harga diri, sumber masalah dengan harga diri, dukungan sosial dengan sumber masalah, dan penanganan masalah dengan sumber masalah. Selanjutnya, variabel interaksi dimasukkan ke dalam model, lalu dilakukan uji interaksi kembali untuk mendapatkan model interaksi yang signifikan. Variabel yang masuk dalam model interaksi yang mempengaruhi terjadinya depresi, kecemasan dan stress yaitu sumber

masalah, harga diri, penanganan masalah, dukungan social, variabel interaksi dukungan social dengan harga diri, dan variabel interaksi harga diri dengan sumber masalah.

Hasil uji interaksi didapati dua interaksi yang terjadi yaitu faktor harga diri berinteraksi dengan faktor dukungan sosial dan faktor harga diri berinteraksi dengan faktor sumber masalah. Selanjutnya, hasil uji juga menemukan bahwa sumber masalah merupakan variabel yang paling besar perannya untuk terjadinya depresi kecemasan dan stress.

Temuan yang senada pada studi yang dilakukan oleh Greenberg et al. (1983) yang melaporkan meningkatnya dukungan dikaitkandengan harga diri yang lebih tinggi di kalangan orang-orang dewasa yang menderita stres yang tinggi, sebaliknya Gad dan Johnson (1980) menemukan tidak ada interaksi antara faktor dukungan sosial dengan harga diri.

Bagaimana pun juga, berdasarkan temuan dan justifikasi dari studi lain dapat disimpulkan bahwa jika variabel harga diri berinteraksi dengan variabel sumber masalah dapat mempengaruhi terjadinya depresi, anxiety dan stress.

BAB 13

STUDI KASUS MODEL IDE BUNUH DIRI PADA MAHASISWA

13.1 Kejadian Bunuh Diri pada Mahasiswa

Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa 28.8% responden pernah berharap mati, sedangkan 21% responden pernah memikirkan cara untuk membunuh dirinya, sebanyak 11.7% memiliki pikiran dan niat untuk bunuh diri, dan 4.4% pernah melakukan sesuatu untuk mengakhiri hidupnya atau melakukan upaya bunuh diri.

Tabel 2. Karakteristik dengan ide bunuh diri

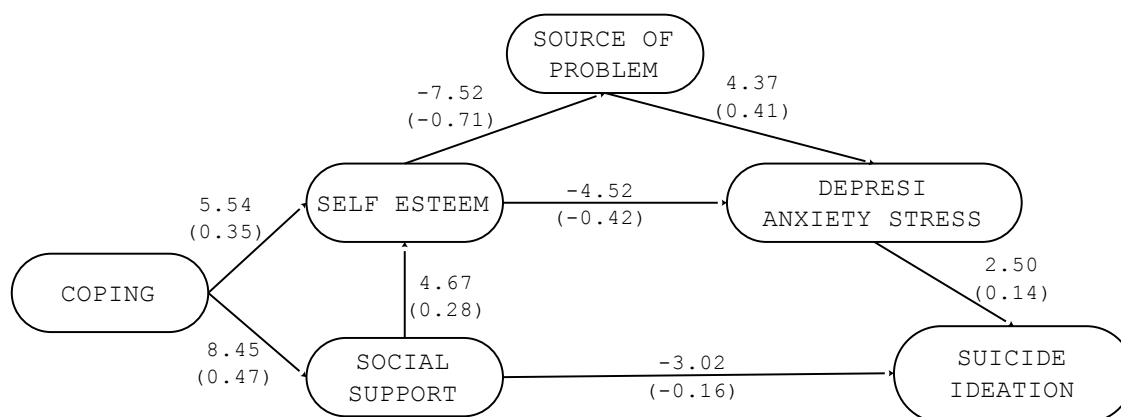
Variabel	berharap mati		p-value	Berpikir untuk bunuh diri		p-value	Berpikir dan berniat bunuh diri		p-value
	Tidak	Ya		Tidak	Ya		Tidak	Ya	
Jenis kelamin									
Laki-laki	179 (76.5%)	55 (23.5%)	0.01*	216 (92.3%)	18 (7.7%)	0.353	212 (90.6%)	22 (9.4%)	0.165
Perempuan	180 (66.7%)	90 (33.3%)		242 (89.6%)	28 (10.4%)		233 (86.3%)	37 (13.7%)	
Usia									
17-19 thn	172 (71.1%)	68 (28.3%)	0.844	225 (93.8%)	15 (6.3%)	0.04*	221 (92.1%)	19 (7.9)	0.01*
20-26 thn	187 (70.8%)	77 (29.2%)		233 (88.3%)	31 (11.7%)		224 (84.8%)	40 (15.2%)	
Rumpun Ilmu									
Kesehatan	55 (76.4%)	17 (23.6%)	0.569	66 (91.7%)	6 (8.3%)	0.939	65 (90.3%)	7 (9.7%)	0.578
Sain & Teknologi	117 (70.9%)	48 (29.1%)		149 (90.3%)	16 (9.7%)		148 (89.7%)	17 (10.3%)	
Sosial & Humaniora	187 (70%)	80 (30%)		243 (91%)	24 (9%)		232 (86.9%)	35 (13.1%)	
IPK									
1.8-2.99	15 (65.2%)	8 (34.8%)	0.330	22 (95.7%)	1 (4.3%)	0.029*	19 (82.6%)	4 (17.4%)	0.277
3.00-4.00	344 (71.5%)	137 (28.5%)		376 (78.6%)	105 (21.8%)		426 (88.6%)	55 (11.4%)	

Source: Data primer

Table 2 menunjukkan bahwa 1/3 responden perempuan ‘berharap mati’ lebih banyak dari responden laki-laki (yang hanya 1/5). Pada kelompok usia 20-22 tahun lebih banyak yang ‘berpikir untuk bunuh diri’ dan ‘berpikir dan berniat untuk bunuh diri’ daripada kelompok usia 18-19 tahun. Pada kelompok IPK 3.00-4.00 lebih banyak yang ‘berpikir bunuh diri’ dari pada kelompok dengan IPK 1.8-2.99.

Hasil analisis model struktural menghasilkan model struktural, yaitu variabel laten yang menyebabkan ide bunuh diri secara langsung adalah variabel dukungan

sosial dan variabel depresi, anxiety, dan stres, sedangkan variabel sumber masalah, penanganan masalah dan harga diri tidak langsung menyebabkan ide bunuh diri. Gambar berikut memperlihatkan hasil analisis model structural (*structural equation model*).



Gambar 1 Hasil uji persamaan model struktural ide bunuh diri pada mahasiswa
(Source: data primer)

Tingginya faktor dukungan social (-0.16) berpengaruh secara bermakna terhadap rendahnya ide bunuh diri mahasiswa S1. Faktor depresi, anxiety, dan stres (0.14) berpengaruh terhadap ide bunuh diri pada mahasiswa S1, dengan kata lain jika mahasiswa mengalami depresi, anxiety, dan stress cenderung memiliki ide bunuh diri.

Coping yang baik akan berpengaruh kepada self-esteem (0.35) dan social support (0.47) yang baik. Social support (0.28) juga berpengaruh positif terhadap self-esteem. Self-esteem yang tinggi mampu menurunkan sumber masalah (-0.71) dan depresi, anxiety dan stress (0.42).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 504 orang mahasiswa terdapat 21% mahasiswa pernah memikirkan bagaimana cara melakukan ide bunuh diri, 11,7% memiliki pikiran dan niat untuk melakukan bunuh diri, dan 9,1% benar-benar berpikiran untuk bunuh diri. Memiliki ide, pikiran, niat sampai dengan melakukan sesuatu untuk bunuh diri dialami oleh mahasiswa di beberapa titik dalam kehidupan mereka, dimana hal ini sangat membahayakan jika mereka sampai melakukan sesuatu untuk mengakhiri hidupnya. Hasil penelitian yang sama dilaporkan oleh Nock et al. (2008) bahwa 22% sampai 38% dari remaja berpikir tentang bunuh diri di beberapa titik dalam hidup mereka, dan 12% sampai 26% dilaporkan telah memiliki pengalaman melakukannya pada tahun sebelumnya dan diperkirakan 6% dari mahasiswa tahun pertama di

universitas negeri di kawasan Atlantik Tengah Amerika memiliki ide bunuh diri (Arria et al., 2009).

Dukungan social dan depresi, anxiety dan stress merupakan factor yang memiliki pengaruh yang kuat untuk munculnya ide bunuh diri di kalangan mahasiswa. Hal yang sama juga disebutkan oleh Rosiek, Rosiek-Kryszewska, Leksowski, & Leksowski (2016) bahwa stres yang kronis memiliki dampak kuat pada kesehatan mental dan pemikiran bunuh diri di kalangan siswa, dan pemikiran bunuh diri pada tahun 2005 merupakan prediksi gangguan kecemasan pada tahun 2007 (Zivin, Eisenberg, Gollust, & Golberstein, 2009), dan dukungan sosial secara keseluruhan sangat mempengaruhi hubungan antara stres akademik dan keinginan bunuh diri (Khan, Hamdan, Ahmad, Mustaffa, & Mahalle, 2016), dan studi pada mahasiswa UIN Syarif Hidayatullah bahwa dukungan sosial berpengaruh secara signifikan terhadap ide bunuh diri (Khairunnisa, 2018). Menurut Rudd et al., (2006) dan Scanlan et al., (2009) bahwa seseorang yang mungkin melakukan bunuh diri memiliki tanda-tanda antara lain mengancam untuk menyakiti dirinya sendiri atau bunuh diri, mencari cara untuk bunuh diri, sengaja menyakiti diri sendiri, dan merasa cemas.

Pengaruh yang negative didapati antara dukungan social dengan ide bunuh diri, hal ini menunjukkan bahwa dukungan social yang rendah akan memunculkan ide bunuh diri pada mahasiswa. Hubungan yang baik dengan orang tua dan anggota keluarga yang baik dapat menjadi dukungan yang kuat bagi mahasiswa yang dapat mengurangi resiko atau melindungi mahasiswa untuk memiliki ide bunuh diri.

Sejalan dengan penelitian ini, hasil studi yang dilakukan oleh Salsabhilla & Panjaitan (2019) menyatakan bahwa ada hubungan yang negative antara dukungan social dengan ide bunuh diri pada mahasiswa rantau dari Jawa Tengah di Universitas Indonesia. Penelitian lain yang dilakukan oleh Shenouda & Basha (2014) pada 293 mahasiswa di Mesir menyatakan bahwa ada hubungan negative antara dukungan sosial dengan bunuh diri. Penelitian senada oleh Consoli et al (2013) tentang perilaku bunuh diri pada remaja depresi mengatakan bahwa hubungan yang kurang baik dengan salah satu orang tua atau dengan kedua orang tua meningkatkan risiko bunuh diri dan depresi. Menurut Shaheen & Jahan (2017) kelompok dengan dukungan keluarga rendah memiliki peningkatan dalam ide bunuh diri di bawah kondisi stress. Rojas et al.

(2017) juga melaporkan bahwa ide bunuh diri maupun percobaan bunuh diri memiliki hubungan dengan kurangnya dukungan dari keluarga khususnya orang tua.

Keluarga khususnya orang tua merupakan sumber dukungan yang utama bagi mahasiswa. Hubungan yang baik berupa komunikasi yang rutin dan membantu memberi solusi dari permasalahan yang dialami mahasiswa, melihat perubahan sikap dan perilaku dari mahasiswa, merupakan hal yang dapat dilakukan oleh keluarga/orang tua untuk mencegah timbulnya ide bunuh diri pada mahasiswa. Hal senada juga disampaikan oleh Cenkseven-Önder (2018) bahwa keluarga adalah sumber dukungan primer yang dihubungkan dengan rendahnya ide bunuh diri. Walaupun teman dan *significant others* adalah sumber dukungan penting bagi mahasiswa, dukungan keluarga adalah sumber yang lebih penting terutama dalam situasi traumatik (Lai & Ma, 2016). Fredrick, Demaray, Malecki, & Dorio (2018) juga menemukan bahwa dukungan orang tua, teman sekelas, dan teman dekat yang mendukung hubungan antara depresi dan keinginan untuk bunuh diri.

Dukungan dari teman yang ada di lingkungan social baik di kampus maupun di lingkungan luar kampus juga sangat berperan dalam mengurangi munculnya ide bunuh diri pada mahasiswa. Hal tersebut dikarenakan jaringan social dapat memberikan pengalaman positif pada individu dan kelompok yang memiliki peran untuk menerima dukungan dari lingkungan (Shenouda & Basha, 2014). Jenis dukungan ini berhubungan dengan kebahagiaan, stabilitas dalam situasi hidup, dan kesadaran akan pentingnya diri sendiri (Lakey & Cohen, 2000; Shenouda & Basha, 2014).

Penelitian ini menemukan bahwa dukungan social baik dari keluarga, teman dan orang lain merupakan faktor yang mempengaruhi keinginan bunuh diri mahasiswa. Faktor ini dapat dilakukan pencegahan dengan membuat rencana program pencegahan dan intervensi yang efektif, program mempromosikan dukungan keluarga untuk membantu mahasiswa menghindari pikiran untuk bunuh diri, dan menyediakan lebih banyak kelas kebugaran untuk menambah aktivitas fisik dan program-program lain yang bertujuan untuk menumbuhkan lebih banyak dukungan sosial dari teman-teman sebayanya.

Hasil studi ini juga mendapatkan bahwa kejadian depresi, anxiety dan stress merupakan faktor yang berpengaruh terhadap munculnya ide bunuh diri pada mahasiswa. Hal senada pada studi yang dilakukan oleh Tentama, Mulasari, Sukesi,

&Sulistyawati (2019) bahwa hampir semua korban bunuh diri melakukan bunuh diri karena adanya masalah yang menyebabkan depresi

Dukungan keluarga, teman dekat, dan teman kampus dapat membantu mencegah mahasiswa mengalami depresi, anxiety, dan stress dengan menghilangkan permasalahan yang menyebabkan depresi, anxiety, dan stress tersebut, karena dukungan sosial memoderasi hubungan antara gejala depresi dan keputusan dalam memprediksi pikiran bunuh diri(Lamis, Ballard, May, & Dvorak, 2016). Penggunaan fasilitas layanan kesehatan jiwa berupa konseling bagi mahasiswa agar lebih ditingkatkan, karena kurangnya akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan sosial mahasiswa rantau dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan jiwa berat tanpa disadari (Bhochhibhoya, Dong, & Branscum, 2017).

BAB 14

STRATEGI PENCEGAHAN DEPRESI, ANXIETY DAN STRES PADA MAHASISWA

Setiap tahun, satu dari empat dari kita mengalami masalah kesehatan mental. Namun tiga perempat dari orang-orang dengan masalah kesehatan mental tidak menerima perawatan. Masalah kesehatan mental dapat menghancurkan kehidupan, seringkali dimulai pada usia dini dan mereka berdampak pada keluarga, kolega, komunitas, dan bahkan pada ekonomi. Meningkatkan pemahaman publik bahwa peluang untuk melakukan lebih banyak hal untuk mencegah masalah yang terjadi, untuk melangkah lebih awal atau mempertahankan pemulihan.

Informasi yang baik sangat penting untuk memotivasi dan mengadvokasi perubahan yang dapat membuat perbedaan. Ini perlu terjadi di banyak tingkatan - nasional, lokal, lingkungan, tempat kerja atau sekolah. Pemahaman juga membantu merongrong stigma dan prasangka, lebih mudah mencari bantuan sebelum masalah berkembang ke titik krisis. Informasi publik tentang kesehatan mental dan bagaimana dapat digunakan untuk mengubah kehidupan

14.1 Pencegahan

Pencegahan adalah inti dari apa yang kita lakukan, karena cara terbaik untuk menangani krisis adalah dengan mencegah, misalnya, dengan memberikan informasi, bimbingan, dan dukungan yang tepat di masa kanak-kanak dan remaja, kemungkinan mengembangkan masalah kesehatan mental dapat dikurangi bagi jutaan orang seumur hidup, dengan manfaat luar biasa bagi individu yang terkena dampak langsung, bersama dengan keluarga, teman-teman mereka dan komunitas tempat mereka tinggal. Secara khusus, membantu orang-orang mengakses informasi tentang langkah-langkah yang dapat mereka ambil untuk mengurangi risiko kesehatan mental mereka, meningkatkan ketahanan mereka, dan merasa diberdayakan untuk mengambil tindakan ketika masalah berada pada tahap awal.

Program pencegahan telah terbukti mengurangi depresi. Pendekatan komunitas yang efektif untuk mencegah depresi termasuk program berbasis sekolah untuk meningkatkan pola berpikir positif pada anak-anak dan remaja. Intervensi untuk orang

tua dari anak-anak dengan masalah perilaku dapat mengurangi gejala depresi orang tua dan meningkatkan hasil untuk anak-anak mereka. Salah satu cara adalah dengan melakukan pola pengasuhan yang melindungi secara social dan emosional pada anak-anak di awal kehidupannya.

Tindakan pencegahan bersifat universal yang mencakup berbagai sektor, termasuk akses ke pelayanan kesehatan, pendidikan, peradilan pidana, pekerjaan, kesejahteraan, perumahan, dan transportasi. Program promosi dan intervensi untuk pencegahan bagi siswa, seperti intervensi yang berorientasi pada keterampilan, efektif dalam meningkatkan keterampilan sosial dan emosional, meningkatkan persepsi diri, dan mengurangi tekanan emosional (termasuk depresi, kecemasan, dan stres)(Edwards, 2015).

Beberapa kegiatan pencegahan dapat dilakukan oleh pemerintah antara lain:

1. Penyediaan pelayanan gangguan kesehatan mental yang mudah dijangkau seperti pada Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) berupa penyediaan ruang layanan khusus konseling gangguan kesehatan mental dan pengadaan psikolog dan psikiater yang cukup sehingga pasien tidak perlu menunggu hingga berhari-hari untuk mendapatkan jadwal konseling.
2. Kegiatan promosi untuk menghilangkan stigma di masyarakat bahwa warga yang datang konseling merupakan “orang tidak waras, gila, dsb”, sehingga warga yang mengalami gangguan kesehatan mental dan ingin konseling tidak merasa takut.
3. Kegiatan promosi kesadaran untuk peduli akan kesehatan mental pada diri sendiri, keluarga, dan masyarakat di lingkungan tempat tinggal.
4. Peningkatan akses program terapi psikologis dengan tujuan meningkatkan kualitas dan aksesibilitas layanan kesehatan mental dengan berfokus terutama pada terapi bicara (yaitu *cognitive behavioural therapy*(CBT), konseling, dan dukungan swadaya).

Puskesmas sebagai pusat layanan kesehatan dapat melakukan beberapa program kegiatan bagi masyarakat, antara lain:

1. Pelatihan manajemen diri merupakan metode, keterampilan, dan strategi yang digunakan secara efektif mengelola diri sendiri untuk mencapai tujuan tertentu.

Bagi mereka yang memiliki masalah kesehatan mental jangka panjang, ini merupakan fokus pada intervensi, pelatihan dan keterampilan yang membantu mereka mengelola dan mendapatkan kontrol yang lebih besar atas kehidupan mereka (Edwards, 2015).

2. Dukungan sebaya merupakan dukungan yang diberikan oleh orang yang pernah mengalami masalah kesehatan mental atau ketidakmampuan dengan belajar satu sama lain, dukungan bersifat sosial, emosional atau praktis (Edwards, 2015). Studi yang dilakukan oleh Cyhlarova et al (2015) di Wales menemukan bahwa intervensi manajemen diri dan dukungan sebaya, menyebabkan peningkatan signifikan secara keseluruhan dalam perilaku gaya hidup kesejahteraan dan peningkatan kesehatan baik pada 6 dan 12 bulan setelah intervensi selesai (Edwards, 2015).
3. Memberikan dukungan bagi kelompok-kelompok yang memberikan pelayanan informal yang dijalankan oleh rekan sejawat dan berbagai kelompok masyarakat lainnya.
4. Memberikan akses layanan *cognitive behavioural therapy* (CBT) *online*, adalah bentuk perawatan swadaya yang dapat diakses dan hemat biaya, dan cocok untuk orang yang tidak sukamengungkapkan informasi sensitif kepada terapis. Hal ini efektif pada penderita depresi ringan hingga sedang (Edwards, 2015).

Pencegahan bagi penderita gangguan kesehatan mental (depresi, anxiety) yang berulang, dapat dilakukan beberapa hal antara lain:

1. Mindfulness adalah pendekatan integrative yang berbasis pada tubuh pikiran yang dapat membantu mengelola pikiran dan perasaan, dan mengubah cara pandang terhadap kejadian yang dialami. Tujuannya untuk focus pada momen saat ini tanpa menghakimi, dan menggunakan teknik, yang mengacu pada meditasi, pernapasan dan yoga. Systematic review pada tahun 2011, menemukan bahwa intervensi ini efektif untuk pencegahan gangguan depresi mayor berulang (Edwards, 2015).
2. Melakukan olahraga teratur, dapat membantu meningkatkan kebugaran dan kepercayaan diri, mendorong inklusi sosial, dan mempertahankan kemandirian. Sebuah systematic review yang dilakukan oleh Stanton dan Happell (2014) menemukan bahwa latihan aerobik, seperti menggunakan treadmill, berjalan atau bersepeda, dilakukan selama 30-40 menit, tiga kali seminggu selama setidaknya 12

minggu, efektif dalam meningkatkan hasil kesehatan mental pada penderita skizofrenia dan gangguan schizoafektif (Edwards, 2015). Penelitian di Belanda menemukan bahwa melakukan olahraga mengurangi risiko gangguan mood atau kecemasan selama tiga tahun berikutnya (Edwards, 2015).

3. Makan dengan benar dapat membantu mempertahankan suasana hati yang seimbang dan perasaan sejahtera, nutrisi yang baik penting untuk kesehatan mental. Makanan yang sehat telah dikaitkan dengan kesehatan emosional yang lebih baik dibandingkan dengan makan yang tidak sehat. Studi yang dilakukan oleh Stranges et al. (2014), di Inggris, menemukan bahwa konsumsi sayuran dikaitkan dengan tingkat kesejahteraan mental yang tinggi. *Systematic review* yang dilakukan oleh O'Neil et al. (2014) menunjukkan bahwa pola diet yang tidak membantu, termasuk asupan makanan yang lebih tinggi dengan lemak jenuh, karbohidrat olahan, dan produk makanan olahan, dapat menyebabkan kesehatan mental yang lebih buruk pada anak-anak atau remaja, dengan hubungan yang kuat pada gangguan seperti depresi dan kecemasan (Edwards, 2015).
4. Terapi seni adalah bentuk psikoterapi yang menggunakan media kreatif untuk membantu orang dalam mengeksplorasi dan mengartikulasikan emosi dan perasaan mereka. Contoh seni yang bisa digunakan antara lain seni visual dan tari, terapi musik, bila dikombinasikan dengan perawatan standar, efektif untuk depresi di antara orang usia kerja dengan depresi. *Systematic review* yang dilakukan pada tahun 2011 oleh *Mental Health Foundation* di Inggris mengungkapkan bahwa seni partisipatif memiliki dampak positif yang signifikan terhadap kesejahteraan (Edwards, 2015).

14.2 Pengobatan dan Perawatan

Ada pengobatan yang efektif untuk depresi sedang dan berat. Pelayanan kesehatan dapat menawarkan perawatan psikologis (seperti aktivasi perilaku, terapi *cognitive behavioural therapy*(CBT), dan *interpersonal psychotherapy*(IPT) atau obat antidepresan (seperti *selective serotonin reuptake inhibitors*(SSRI) dan *tricyclic antidepressants*(TCA). Penyedia layanan kesehatan harus mengingat kemungkinan dampak buruk yang terkait dengan obat antidepresan, kemampuan untuk memberikan

intervensi (dalam hal keahlian, dan / atau pengobatan). ketersediaan), dan preferensi individu (WHO, 2017b).

Format perawatan psikologis yang berbeda untuk dipertimbangkan termasuk perawatan psikologis individu dan / atau kelompok tatap muka yang disampaikan oleh profesional dan terapis awam yang diawasi. Perawatan psikososial juga efektif untuk depresi ringan. Antidepresan dapat menjadi bentuk pengobatan yang efektif untuk depresi sedang-berat tetapi bukan pengobatan lini pertama untuk kasus depresi ringan. Mereka tidak boleh digunakan untuk mengobati depresi pada anak-anak dan bukan merupakan pengobatan lini pertama pada remaja, di antaranya harus digunakan dengan hati-hati (WHO, 2017b).

14.3 Pencegahan dan Pengobatan pada Mahasiswa

Program-program dan kegiatan pencegahan gangguan kesehatan mental pada mahasiswa dapat dilakukan di kampus. Beberapa kegiatan yang dapat dilakukan oleh pemerintah dalam hal ini Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Pendidikan Tinggi antara lain:

1. Pembuatan kebijakan tentang pencegahan dan perawatan gangguan kesehatan mental pada mahasiswa yang dapat merujuk pada Undang- Undang Dasar 1945, UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dan UU No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, sehingga dapat dijadikan pedoman bagi semua perguruan tinggi yang ada di Indonesia dalam pembuatan kebijakan dan program pencegahan dan perawatan gangguan kesehatan mental mahasiswa.
2. Promosi dan sosialisasi kebijakan yang dibuat ke seluruh perguruan tinggi negeri, perguruan tinggi milik kementerian/BUMN, maupun swasta yang ada di seluruh Indonesia.
3. Melakukan penelitian akan hasil atau laporan dari kebijakan yang telah dilaksanakan oleh perguruan tinggi, berupa masukan dari perguruan tinggi yang telah melaksanakan dan yang belum melaksanakan.
4. Pengawasan pelaksanaan kebijakan perlu dilakukan agar mahasiswa yang mengalami gangguan kesehatan mental berupa depresi, anxiety dan stress dapat ditangani dengan baik sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku, dan

dikurangi jumlahnya sehingga tercipta sarjana-sarjana unggul yang dapat membangun Indonesia menjadi negara yang maju, adil, dan Makmur.

Perguruan Tinggi sebagai tempat mahasiswa belajar dan berinteraksi selama masa kuliah, dapat melakukan beberapa program kegiatan bagi mahasiswa dan civitas academica lainnya, kegiatan yang dapat menjadi kewaspadaan dan kepedulian pimpinan Universitas, fakultas dan prodi terhadap gangguan depresi, anxiety dan stres di kalangan mahasiswa, tekanan akademis selama studi antara lain:

1. Kebijakan pelaksanaan deteksi dini gangguan kesehatan mental pada mahasiswa baru yang dilakukan saat pemeriksaan kesehatan saat awal masuk kuliah. Kebijakan pencegahan, deteksi dini dan pengobatan (Cheung et al., 2016)
2. Hasil deteksi dini bagi mahasiswa dapat diselidiki lebih lanjut, dilakukan penelitian apa yang menjadi sumber masalah pada mahasiswa yang menyebabkan gangguan depresi, anxiety, dan stres pada mahasiswa. pemahaman perbedaan sumber dan tingkat stress mahasiswa dapat menjadikan program kesehatan mental mahasiswa menjadi lebih efektif (Wyatt & Oswalt, 2013)
3. Merancang dan mengembangkan kurikulum (Jacob et al., 2012) yang dapat mencegah terjadinya depresi, anxiety dan stress pada mahasiswa. Perubahan kebijakan yang membantu mahasiswa dalam menghadapi stresor (Ag et al., 2012).
4. Program bimbingan mahasiswa untuk mengatasi masalah yang dihadapi dan diadakan kegiatan pelatihan, lokakarya, seminar manajemen waktu bagi mahasiswa.
5. Membuat program/kegiatan pelatihan manajemen diri jika mengalami tekanan masalah. Kesejahteraan psikologis dan mengoptimalkan kinerja mahasiswa dapat dilakukan dengan membuat program pengurangan stress pada mahasiswa (Farrelly et al., 2013),
6. Membuat program/kegiatan peningkatan *self-esteem* bagi mahasiswa yang dapat membantu mahasiswa dapat menyelesaikan masalah yang diterima.
7. Menyediakan pelayanan konseling *online* yang dapat diakses kapan saja bagi mahasiswa yang membutuhkannya.
8. Menyediakan pelayanan konseling dengan jumlah ruangan konseling serta psikolog/psikiater yang cukup, sehingga bagi mahasiswa yang membutuhkan tidak perlu menunggu berhari-hari untuk mendapatkan jadwal konseling.

9. Pelayanan konseling yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan fisik, sehingga pasien yang mahasiswa yang mengalami gangguan kesehatan mental yang berakibat juga pada gangguan kesehatan fisik, dapat langsung mendapatkan perawatan dan pengobatan fisik. Layanan preventif untuk kesehatan mental dijadikan bagian integral dari layanan klinis rutin untuk mahasiswa (Hamza et al., 2011).
10. Pembuatan kegiatan workshop bagi *health-educator* dan *peer-counselor* dari kalangan mahasiswa yang dapat membantu temannya yang mengalami masalah perkuliahan, jika masalah tidak dapat diselesaikan dapat menemani mengunjungi layanan konseling.

14.4 Program Pencegahan dan Pengobatan pada Universitas XYZ

Klinik Universitas XYZ sudah melakukan kegiatan promotif dan preventif dilakukan oleh antara lain:

1. Pembentukan dan pelatihan pada beberapa orang mahasiswa sebagai *peerconselor* dan *health educator*.
2. Kegiatan *early detection* dilakukan berupa pemeriksaan kesehatan mahasiswa baru, pemeriksaan kesehatan berkala pada mahasiswa asing.
3. Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu PTM).
4. Kegiatan pelayanan konseling, meliputi pelayanan konseling bagi mahasiswa, pelayanan konseling *online*, sosialisasi layanan, pelatihan bagi dosen konselor dan pengelola konseling fakultas, kegiatan *peer counselor* dan *health educator* (PCHE), dan kerjasama dengan lembaga/institusi internal kampus maupun eksternal kampus. Layanan konseling juga melakukan kegiatan seminar tentang manajemen stress pada mahasiswa baru, pelatihan pada mahasiswa penerima program bidikmisi dan program afirmasi (KlinikSatelitMakara, 2016).

Salah satu fakultas yang memiliki layanan bimbingan dan konseling mahasiswa adalah Fakultas Kesehatan Masyarakat yang merupakan wadah bagi mahasiswa dalam pemeliharaan kesejahteraan mental dengan memberikan bantuan psikologis untuk

mereka yang mengalami masalah akademis, pribadi dan/atau keluarga. Bantuan psikologis yang diberikan berupa:

1. Bimbingan dan konseling. Bimbingan berupa proses pemberian informasi (baik secara individual maupun kelompok) dengan tujuan agar mahasiswa dapat mencapai prestasi belajar.
2. Kegiatan lain yang dilakukan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat, antara lain konseling tatap muka dan online via email, memfasilitasi program preventif (seperti manajemen stres) di lingkungan fakultas, dan pelatihan pengembangan pribadi bagi mahasiswa.

Universitas XYZ sudah melakukan kegiatan promotif, preventif, *early detection* dan *sreening*, dan kuratif pada kesehatan mental yang dilaksanakan oleh Klinik Universitas. Namun, masih ada beberapa yang harus ditingkatkan antara lain:

1. sosialisasi layanan konseling yang merata, sosialisasi kegiatan kerjasama dilakukan di semua fakultas, kegiatan Posbindu di semua fakultas, dan konselor di semua fakultas.
2. Secara keseluruhan, perlu ada program intervensi yang lebih massive dilakukan untuk mengatasi depresi, kecemasan dan stres yang dialami oleh mahasiswa selama pendidikan. Intervensi perlu dikembangkan dan diimplementasikan pada peningkatan harga diri yang dapat mengatasi depresi, kecemasan dan stres.
3. Selain itu, pelatihan yang berfokus pada mengatasi stres harus dimasukkan dalam kurikulum, dan dilanjutkan dengan studi untuk mengevaluasi lebih lanjut keberhasilan program manajemen stres mahasiswa yang telah dilaksanakan.

BAB 15

KESIMPULAN DAN SARAN

15.1 Kesimpulan

Gangguan kesehatan mental berupa depresi, anxiety dan stress pada mahasiswa dapat dicegah dan ditanggulangi bersama-sama antara pemerintah dalam hal ini Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Pendidikan Tinggi dengan Perguruan Tinggi, antara lain:

1. Membuat kebijakan di level nasional dari Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan, dan disosialisaikan serta di promosikan keseluruh perguruan tinggi yang ada di Indonesia.
2. Membuat kebijakan di tingkat perguruan tinggi dengan merujuk kebijakan dari Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan, dan melaksanakan program/kegiatan pencegahan dan perawatan antara lain:
 - a. deteksi dini,
 - b. pelatihan manajemen diri,
 - c. pengadaan *peer-educator* dan *peer-conselor*,
 - d. pengadaan layanan konseling yang mencukupi dengan psykolog dan psychiater yang cukup.
3. Penelitian efektifitas program yang sudah dilakukan sehingga bias melakukan perbaikan dan peningkatan program pencegahan dan perawatan mahasiswa yang mengalami gangguan kesehatan mental.

15.2 Saran

Berdasarkan hasil analisis data, temuan masalah serta pembahasan, maka peneliti memberikan masukan bagi pengelola semua universitas, Kemenritekdikti, peneliti lain, dan masyarakat, yaitu:

1. Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Pendidikan Tinggi:

- a. Membuat kebijakan di level nasional dari Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan, dan disosialisaikan serta di promosikan keseluruh perguruan tinggi yang ada di Indonesia.
 - b. Pengawasan pelaksanaan kebijakan yang telah di tetapkan.
2. Pengelola perguruan tinggi:
- a. Perlu merencanakan dan melaksanakan kebijakan agar klinik di universitas melakukan deteksi dini berupa pemeriksaan kesehatan fisik dan mental emosional pada mahasiswa dan pemeriksaan rutin,
 - b. Hasil pemeriksaan pada mahasiswa yang memiliki kecenderungan gangguan emosional agar ditindaklanjuti berupa tindakan/ program pendampingan dan pengawasan di tingkat fakultas dan program studi.
 - c. Ruang layanan bimbingan dan konseling yang ada di klinik ditambah kapasitasnya, sehingga mahasiswa yang membutuhkan layanan dapat langsung dilayani sehingga tidak harus menunggu jadwal konseling lebih dari satu hari.
 - d. Pelayanan bimbingan dan konseling disediakan di setiap fakultas sehingga lebih banyak mahasiswa yang membutuhkan layanan bisa mendapatkan layanan tepat disaat mereka membutuhkan.
 - e. Perencanaan dan pelaksanaan program/tindakan intervensi yang perlu dikembangkan dan diimplementasikan pada peningkatan harga diri seperti: seminar, *talk show*, dan diskusi yang dapat membantu mahasiswa mengatasi depresi, kecemasan dan stres.
 - f. Perencanaan dan pelaksanaan pelatihan yang berfokus pada mengatasi sumber masalah dan peningkatan harga diri dimasukkan dalam kurikulum,
 - g. Penelitian program yang sudah dilakukan sehingga bisa diketahui efektifitas program agar berkelanjutan perbaikan dan peningkatan program pencegahan dan perawatan mahasiswa yang mengalami gangguan kesehatan mental.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdel Wahed, W. Y., & Hassan, S. K. (2017). Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students. *Alexandria Journal of Medicine*, 53(1), 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2016.01.005>
- ABS. (2008). *Mental Health and Wellbeing: Summary of Results*. <https://doi.org/Cat.No.4326.0>
- ACHA. (2016). Canadian Reference Group Executive Summary, Spring 2016. In *American College Health Association*.
- Adi, T. N. (2010). Perilaku Coping Mahasiswa dalam Mengatasi Stres Mengikuti Mata Kuliah MPK Kuantitatif. *Acta Diurna*, 6(2).
- Ag, H., Srinagesh, J., Ks, N., & Sajudeen N. (2012). Perceived sources of stress amongst final year dental under graduate students in a dental teaching institution at Bangalore, India: A cross sectional study. *Indian Journal of Dental Research*, 23(3). <https://doi.org/10.4103/0970-9290.102218>
- Ahern, N. R., & Norris, A. E. (2011). Examining Factors That Increase and Decrease Stress in Adolescent Community College Students. *Journal of Pediatric Nursing*, 26, 530–540. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.07.011>
- Alginahi, Y. M., Ahmed, M., Tayan, O., Siddiqi, A. A., Sharif, L., Alharby, A., & Nour, R. (2009). ICT Students, Stress and Coping Strategies: English Perspective A Case Study of Midsize Middle Eastern University. *Trends in Information Management*, 5(2), 111–140.
- Alzaeem, A. Y., Azhar, S., Sulaiman, S., & Gillani, S. W. (2010). Assessment of the validity and reliability for a newly developed Stress in Academic Life Scale (SALS) for pharmacy undergraduates. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2(7), 239–256.
- Alzahem, A. M., van der Molen, H. T., Alaujan, A. H., Schmidt, H. G., & Zamakhshary, M. H. (2011). Stress amongst dental students: a systematic review. *European Journal of Dental Education*, 15(1), 8–18. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0579.2010.00640.x>

- Amarasuriya, S. D., Jorm, A. F., & Reavley, N. J. (2015). Prevalence of depression and its correlates among undergraduates in Sri Lanka. *Asian Journal of Psychiatry*, 15, 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.04.012>
- Ang, R. P., & Huan, V. S. (2006). Academic Expectations Stress Inventory Development, Factor Analysis, Reliability, and Validity. *Educational and Psychological Measurement*, 66(3), 522–539. <https://doi.org/10.1177/0013164405282461>
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indoensia.
- Aris, M., Yasin, S. M., & Dzulkifli, M. A. (2010). The Relationship between Social Support and Psychological Problems among Students. *International Journal of Business and Social Science*, 1(3), 110–116.
- Arria, A. M., O’Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 230–246. <https://doi.org/10.1080/13811110903044351>
- Babar, M. G., Hasan, S. S., Ooi, Y. J., Ahmed, S. I., Wong, P. S., Ahmad, S. F., ... Malik, N. A. (2015). Perceived sources of stress among Malaysian dental students. *International Journal of Medical Education*, 6, 56–61. <https://doi.org/10.5116/ijme.5521.3b2d>
- Banu, P., Deb, S., Vardhan, V., & Rao, T. (2015). perceived academic stress of university students across gender, academic streams, semesters, and academic performance. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 6(3), 231–235.
- Bartkiene, L. (2013). *Stress scale for students*.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in The Public Interest*, 4(1), 44.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3).
- Besri, N. N. (2014). *Tingkat Depresi dan Hubungannya dengan Kebiasaan Merokok*

pada Mahasiswa Universitas Indonesia. Universitas Indonesia.

- Bhochhibhoya, A., Dong, Y., & Branscum, P. (2017). Sources of Social Support Among International College Students in the United States. *Journal of International Students*, 7(3), 671–686. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.570032>
- Blackmore, A., Tucker, B., & Jones, S. (2013). Development of the Undergraduate Sources of Stress Questionnaire. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 12(3). <https://doi.org/10.12968/ijtr.2005.12.3.19553>
- Blitzer, E., & Troskie-De Bruin, C. (2004). The effect of factors related to prior schooling on student persistence in higher education. *South African Journal of Education*, 24(2), 119–125.
- Bore, M., Kelly, B., & Nair, B. (2016). Potential predictors of psychological distress and well-being in medical students: a cross-sectional pilot study. *Advances in Medical Education and Practice*, 7, 125–135. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S96802>
- Bosson, J. K., Swan, W. B., & Pennebaker, J. B. (2000). Stalking the Perfect Measure of Implicit Self-Esteem: the Blind Men and the Elephant Revisited? *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(4), 631–643. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.4.631>
- Boudreaux, E. D., Jaques, M. L., Brady, K. M., Matson, A., & Allen, M. H. (2015). The Patient Safety Screener: Validation of a Brief Suicide Risk Screener for Emergency Department Settings. *Archives of Suicide Research: Journal of the International Academy for Suicide Research*, 19(2), 151–160. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1034604>
- Bradshaw, J. (1998). *On The Family: A New Way of Creating Solid Self-Esteem* (Revised). Health Communication Inc.
- Branden, N. (2001). *The Psychology of Self-Esteem. A Revolutionary Approach to Self-Understanding That Launched a New Era in Modern Psychology* (32nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass Inc., A Wiley Company.
- Brown, A. L., & Blankson, N. (2013). Developing the College Student Stress Inventory for Black Women (CSSI-BW). *Interdisciplinary Journal of Undergraduate Research*, 2(2).

- Brown, K., Anderson-Johnson, P., & McPherson, A. N. (2016). Academic-related stress among graduate students in nursing in a Jamaican school of nursing. *Nurse Education in Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.08.004>
- Carver, C. S. (1997). Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Students in Jakarta: Examining Scores of the Depression Anxiety and Stress Scale According to Origin and Residency. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92–100.
- Carver, C. S., & M.F, S. (2001). *On the Self-Regulation of Behavior*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Cast, A. D., & Burke, P. J. (2002). A Theory of Self-Esteem. *Social Forces*, 80(3), 1041–1068.
- Cenkseven-Önder, F. (2018). Social Support and Coping Styles in Predicting Suicide Probability among Turkish Adolescents. *Universal Journal of Educational Research*, 6(1), 145–154. <https://doi.org/10.13189/ujer.2018.060114>
- Chai, M. S., & Low, C. S. (2015). Personality, Coping and Stress Among University Students. *American Journal of Applied Psychology , Special Issue: Psychology of University Students*, 4(3–1), 33–38. <https://doi.org/10.11648/j.ajap.s.2015040301.16>
- Cheung, T., Wong, S. Y., Wong, K. Y., Law, L. Y., Ng, K., Tong, M. T., ... Yip, P. S. F. (2016). Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Baccalaureate Nursing Students in Hong Kong: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(779), 1–25. <https://doi.org/10.3390/ijerph13080779>
- Cohen, S. (1994). *PERCEIVED STRESS SCALE*.
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99–125.
- Crandall, C. S., Preisler, J. J., & Aussprung, J. (1992). Measuring life event stress in the lives of college students: The Undergraduate Stress Questionnaire (USQ). *Journal of Behavioral Medicine*, 15(6), 627–662. <https://doi.org/10.1007/BF00844860>
- Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self Directed Violence Surveillance: Uniform Definition Recommended Data Elements* (1st ed.). Centre for Disease Control and Prevention (CDC).
- Da Silva, J. (2016). *Predictors of Stress Among Caribbean Community College*

Students. Walden University.

- Dahlin, M., Nilsson, C., Stotzer, E., & Runeson, B. (2011). Mental distress, alcohol use and help-seeking among medical and business students: a cross-sectional comparative study. *BMC Medical Education*, 11, 92. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-92>
- Damanik, E. D. (2006). Pengujian reliabilitas, validitas, analisis item dan pembuatan norma Depression Anxiety Stress Scale (DASS): Berdasarkan penelitian pada kelompok sampel Yogyakarta dan Bantul yang mengalami gempa bumi dan kelompok sampel Jakarta dan sekitarnya yang tidak.
- Deshpande, A., & Chari, S. (2014). Perceived Sources of Stress and Coping Strategies in Dental Students and Interns. *J Psychology*, 5(2), 133–141.
- Dollete, M., Steese, S., Phillips, W., Matthews, G., Hossfeld, B., & Taormina, G. (2004). Understanding Girls' Circle Understanding Girls' Circle As An Intervention on Perceived Social Support, Body Image, Self-Efficacy, Locus of Control and Self-Esteem. *The Journal of Psychology*, 90(2), 204–215.
- Douce, L. A., & Keeling, R. P. (2014). *A Strategic Primer on College Student Mental Health*. Washington DC: American Council on Education.
- Dwi, A. M. (2014). *Universitas indonesia hubungan kualitas tidur dengan tingkat stres, kecemasan, dan depresi pada mahasiswa keperawatan*. Universitas Indonesia.
- Edwards, J. (2015). *Fundamental Facts About Mental Health*. Mental Health Foundation.
- EL-Matury, H. J., Lestari, F., & Besral. (2018). Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Students in Jakarta: Examining Scores of the Depression Anxiety and Stress Scale According to Origin and Residency. In *Indian Journal of Public Health Research & Development* (Vol. 9). <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.00135.3>
- Elias, H., Ping, W. S., & Abdullah, M. C. (2011). Stress and Academic Achievement among Undergraduate Students in Universiti Putra Malaysia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, 646–655. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.288>
- Evans, E., Rodham, K., Psychol, C., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239–250.

- Farrelly, C., Boralh, Sun, J., & Mack, F. (2013). Impact of stress on depression and anxiety in dental students and professionals. *Int Public Health J*, 5(4), 485–498.
- Fawzy, M., & Hamed, S. A. (2017). Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Research*, 255, 186–194. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.027>
- Fink, G. (2009). Stress: Definition and History. In L. Squire (Ed.), *Encyclopedia Of Neuroscience Vol 9* (pp. 549–555). Oxford: Academic Press, Elsevier Ltd.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire*.
- Fontana, D. (1989). *Professional Life Stress Scale*. The British Psychological Society and Routledge Ltd.
- Fontana, D. (1991). *Managing Stress* (13th ed.). John Wiley and Sons Ltd.
- Fredrick, S. S., Demaray, M. K., Malecki, C. K., & Dorio, N. B. (2018). Can social support buffer the association between depression and suicidal ideation in adolescent boys and girls? *Psychology in the Schools*, 55(5), 490–505. <https://doi.org/10.1002/pits.22125>
- Friedlander, L. J., Reid, G. J., Shupak, N., & Cribbie, R. (2007). Social Support, Self-Esteem, and Stress as Predictors of Adjustment to University Among First-Year Undergraduates. *Journal of College Student Development*, 48(3), 259–274. <https://doi.org/10.1353/csd.2007.0024>
- Friedman, G. (2014). *Student Stress, Burnout and Engagement*. University of The Witwatersrand Johannesburg.
- Gadzella, B. (1994). Student-life stress inventory: Identification of and reactions to stressors. *Psychological Reports*.
- Gallagher, R. P. (2014). *National Survey of College Counseling Centers 2014*. Pitsburg: The International Association of Counseling Services, Inc.
- Ghufron, M. N., & Risnawati, S. R. (2010). *Teori - teori psikologi*. Yogyakarta: Ar-ruz Media Group.
- Gliatto, M. F., & Rai, A. K. (1999). Evaluation and treatment of patients with suicidal ideation. *American Family Physician*, 59(6), 1500–1506.
- Govaerts, S., & Grégoire, J. (2004). Stressful academic situations: Study on appraisal variables in adolescence. *Revue Europeene de Psychologie Appliquee*. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.05.001>

- Greenberg, J. (2009). *Comprehensive Stress Management* (13th ed.).
- Guindon, M. H. (2010). *Self-Esteem Across the Lifespan: Issues and Interventions*. Taulor & Franis Group.
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G., & Gater Richard. (1998). Persistent Pain and Well-being: A World Health Organization Study in Primary Care. *Journal of American Medical Association*, 280(2), 147–151.
- Gurung, R. A. R. (2006). *Health Psychology: A Cultural Approach* (2nd ed.). Belmont CA: Thomson Wadsworth.
- Hadianito, H. (2014). *Prevalence and Risk Factors Associated with Depression Symptom Level Among Medical Students of Tanjungpura University*. Universitas Tanjungpura.
- Hale, A. S., & Davies, T. (2011). Depression. In *ABC of Mental Health* (Second, pp. 35–39). <https://doi.org/10.1017/CBO9781139047852.036>
- Hambly, E., & Byrom, N. (2016). *University Challenge: Integrating Care for eating Disorders at Home and at University*.
- Hamza, M. A., AlKanhil, A. A., Mahmoud, E. S., Ponnamparuma, G. G., & Alfaris, E. A. (2011). Stress and Its Effects on Medical Students: A Cross-sectional Study at a College of Medicine in Saudi Arabia. *J Health Popul Nutr*, 29(5), 516–522.
- Hardjono, A. W. (2015). *Laporan Hasil Pemeriksaan Kesehatan Mahasiswa Baru UI*. FK UI.
- Hardjono, A. W. (2016). *Laporan Hasil Pemeriksaan Kesehatan Mahasiswa Baru UI*. FK UI.
- Hicks, T., & Heastie, S. (2008). High School to College Transition: A Profile of the Stressors, Physical and Psychological Health Issues That Affect the First-Year On-Campus College Student. *Journal of Cultural Diversity*, 15, No.3, 143–147.
- Holmes, T.H., & Rahe, R. H. (1967). College Student's Stressful Event Checklist Instructions. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- Holmes, Thomas H., & Rahe, R. H. (1967). the Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(5), 213–218. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.mhpa.2010.02.001>
- Hou, Z. J., Shinde, J. S., & Willems, J. (2013). Academic stress in accounting students : An empirical study. *Asian Journal of Accounting and Governance*, 4, 1–10.

- Ikiz, E. F., & Cakar, F. S. (2010). Perceived social support and self-esteem in adolescence. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 2338–2342. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.460>
- Jacob, T., Gummesson, C., Nordmark, E., El-Ansary, D., Remedios, L., & Webb, G. (2012). Perceived Stress and Sources of Stress Among Physiotherapy Students From 3 Countries. *Journal of Physical Therapy Education*, 26(57).
- Jayanthi, P., Thirunavukarasu, M., & Rajkumar, R. (2015). Academic Stress and Depression among Adolescents: A Cross-sectional Study. *Indian Pediatrics*, 217(15).
- Jones, M. C., & Johnston, D. W. (1999). The derivation of a brief Student Nurse Stress Index. *Work and Stress*, 13(2), 162–181. <https://doi.org/10.1080/026783799296129>
- Kausar, R. (2010). Perceived Stress, Academic Workloads and Use of Coping Strategies by University Students. *Journal of Behavioural Sciences*, 20.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Risikedas 2018*.
- Kessler, R. C., Andrews, G., & Colpe. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959–956.
- Khairunnisa, K. (2018). *Pengaruh Dukungan Sosial dan Hopelessness terhadap Ide Bunuh Diri*. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Khan, A., Hamdan, A. R., Ahmad, R., Mustaffa, M. S., & Mahalle, S. (2016). Problem-Solving Coping and Social Support as Mediators of Academic Stress and Suicidal Ideation Among Malaysian and Indian Adolescents. *Community Mental Health Journal*, 52, 245–250. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9937-6>
- KlinikSatelitMakara. (2016). *Laporan Konseling Mahasiswa di Klinik Satelit Makara Universitas Indonesia*.
- Kohn, J. P., & Frazer, G. H. (1986). An Academic Stress Scale: Identification and Rated Importance of Academic Stressors. *Psychological Reports*, 59, 415–426.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kulsoom, B., & Ali Afsar, N. (2015). *stress, anxiety, and depression among medical*

- students in a multiethnic setting*. <https://doi.org/10.2147/NDT.S83577>
- Labrague, L. J. (2013). Stress, stressors, and stress responses of student nurses in a government nursing school. *Health Science Journal*.
- Lahey, B. (2003). *Boundless Alternative to: Psychology: An Introduction* (11th ed.). Boundless.
- Lahey, B., & Cohen, S. (2000). *Social Support Theory and Measurement*.
- Lamis, D. A., Ballard, E. D., May, A. M., & Dvorak, R. D. (2016). Depressive Symptoms and Suicidal Ideation in College Students: The Mediating and Moderating Roles of Hopelessness, Alcohol Problems, and Social Support. *Journal of Clinical Psychology*, 72(9), 919–932. <https://doi.org/10.1002/jclp.22295>
- Lavikainen, J., Lahtinen, E., & Lehtinen, V. (2001). *Public Health Approaches on Mental Health in Europe*.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub. Co.
- Leahy, C. M., Peterson, R. F., Wilson, I. G., Newbury, J. W., Tonkin, A. L., & Turnbull, D. (2010). Distress levels and self-reported treatment rates for medicine, law, psychology and mechanical engineering tertiary students: cross-sectional study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(7), 608–615. <https://doi.org/10.3109/00048671003649052>
- Lee, C. (2013). *The Role of Self-Esteem , Perceived Social Support , and Coping Strategy in the Escalation of Depressive Symptomatology During the First Year of College*. Layola University Chicago.
- Lee, C., Dickson, D. A., Conley, C. S., & Holmbeck, G. N. (2014). An Closer Look at Self-Esteem , Perceived Social Support , and Coping Strategy : A Prospective Study of Depressive Symptomatology Across the Transition to College. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(6), 560–585.
- Legiran, Azis, M. Z., & Bellinawati, N. (2015). Faktor Risiko Stres dan Perbedaannya pada Mahasiswa Berbagai Angkatan di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 2(2), 197–202.
- Leung, G. S. M., Yeung, K. C., & Wong, D. F. K. (2010). Academic Stressors and Anxiety in Children : The Role of Paternal Support. *Journal Child Family Study*, 19, 90–100. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9288-4>

- Leung, S. S., Wah Mak, Y., Yu Chui, Y., Chiang, V. C., & Lee, A. C. (2010). Occupational stress, mental health status and stress management behaviors among secondary school teachers in Hong Kong. *Health Education Journal*, 68(4), 328–343. <https://doi.org/10.1177/0017896909349255>
- Lin, Y. M. & C., & Shing, F. (2009). Academic stress inventory of students at universities and colleges of technology. *World Transactions on Engineering and Technology Education*, 7(2), 157–160.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression, Anxiety, and Stress Scale* (2nd ed.). Psychology Foundation.
- Mahmoud, J. S. R., Staten, R. “Topsy,” Hall, L. A., & Lennie, T. A. (2012). The Relationship among Young Adult College Students’ Depression, Anxiety, Stress, Demographics, Life Satisfaction, and Coping Styles. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 149–156. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.632708>
- Marshall, L. L., Allison, A., Nykamp, D., & Lanke, S. (2008). Perceived Stress and Quality of Life Among Doctor of Pharmacy Students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 72(6), 137–145.
- Maulana, Z., Soleha, T., Saftarina, F., & Siagian, J. (2014). Differences in Stress Level Between First-Year and Second-Year Medical Students in Medical Faculty of Lampung University. *Medical Journal of Lampung University*, 3(4), 154–162.
- Mazzola, J. J., Walker, E. J., Shockley, K. M., & Spector, P. E. (2011). Examining Stress in Graduate Assistants: Combining Qualitative and Quantitative Survey Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 5(3), 198–211. <https://doi.org/10.1177/1558689811402086>
- Miller, L. H., Smith, A. D., & Rothstein, L. (1994). *The Stress Solution: An Action Plan to Manage the Stress in Your Life*.
- Minchinton, J. (1993). *Maximum Self - Esteem : The Handbook for Reclaiming Your Sense of Self - Worth*.
- Monteiro, S., Pereira, A., & Relvas, R. (2015). Risk Factors For Depressive Symptomatology Among Higher Education Students. *Procedia -Social and Behavioral Sciences*, 191, 2025–2030. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.467>
- Moorey, S., & Hale, A. S. (2011). Anxiety. In *ABC of Mental Health* (Second, pp. 28–

- 34). <https://doi.org/10.1017/CBO9781139047852.036>
- Mruk, C. J. (2013). *Self-Esteem and Positive Psychology Research, Theory, and Practice* (Fourth; N. S. Hale, Ed.). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Mulligan, A. (2011). *Evidence In-sight request summary: The relationship between self - esteem and mental health outcomes in children and youth*. Ontario.
- NIMH. (2017). *Ask Suicide-Screening Questions*.
- Niven, N. (1995). *Health Psychology: An Introduction for Nurse and other Health Care Professionals* (2nd ed.). Churchill Livingstone.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiological Review*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Oei, T. P. S., Sawang, S., Goh, Y. W., & Mukhtar, F. (2013). Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*, 48(6), 1018–1029. <https://doi.org/doi.org/10.1080/00207594.2012.755535>
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Personality Processes and Individual Differences Self-Esteem Development From Young Adulthood to Old Age: A Cohort-Sequential Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 645–658. <https://doi.org/10.1037/a0018769>
- Örücü, M. Ç., & Demir, A. (2009). Psychometric evaluation of perceived stress scale for Turkish university students. *Stress and Health*, 25(21), 103–109. <https://doi.org/10.1002/smi.1218>
- Orzel, H. (2010). *Undregraduate Music Student Stress and Burnout*. San Jose State University.
- Pandya, B. U., & Karani, A. (2012). A Study on Impact of Academic Stress on MBA Students of Gujarat Technological University. *Journal of Arts, Science & Commerce*, 3(3), 20–28.
- Pargament, Kenneth I. (1987). God help me: Towards a theoretical framework of coping for the psychology of religion. In *American Psychological Association*.
- Pargament, Kenneth I. (2007). *Spiritually Integrated Psychotherapy Understanding and Addressing the Sacred* (1st ed.). New York: Guilford Press.

- Pargament, Kenneth I, & Hahn, J. (1986). God and the Just World: Causal and Coping Attributions to God in Health Situations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 25118148(2), 193–207.
- Pargament, Kenneth I, Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., Jones, W., ... Jones, W. (1988). Religion and the Problem-Solving Process : Three Styles of Coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(1), 90–104.
- Pargament, Kenneth I, Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The Many Methods of Religious Coping : Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 519–543.
- Pargament, Kenneth Ira. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research and Practice* (Vol. 1). New York: Guilford Press.
- Pathmanathan, V. V, Husada, M. S., & Kj, S. (2013). Gambaran Tingkat Stres Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara Semester Ganjil Tahun Akademik 2012/2013. *E-Journal FK USU*, 1(1), 2–5.
- Posner, K. (2008). *COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE*.
- Purwati, S. (2012). *Tingkat Stress Akademik pada Mahasiswa Reguler angkatan 2010 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia*. Universitas Indonesia.
- Rakhmawati, I., Farida, P., & Nurhalimah. (2014). Sumber Stres Akademik dan Pengaruhnya terhadap Tingkat Stres Mahasiswa Keperawatan DKI Jakarta. *Jurnal Keperawatan*, 2(3), 72–84.
- Raudah, F., Budiarti, L. Y., & Lestari, D. R. (2015). Stres dengan Motivasi Belajar Mahasiswa Reguleer Fakultas Kedokteran UNLAM yang sedang Menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI). *Dunia Keperawatan*, 3(1), 44–55.
- Riskesdas. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. In *Laporan Nasional 2013*. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.04.006> 1 Desember 2013
- Rojas, S. M., Bilsky, S. A., Dutton, C., Badour, C. L., Feldner, M. T., & Leen-Feldner, E. W. (2017). Lifetime histories of PTSD, suicidal ideation, and suicide attempts in a nationally representative sample of adolescents: Examining indirect effects via the roles of family and peer social support. *Journal of Anxiety Disorders*, 49(April), 95–103. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.04.006>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. NJ: Princeton University Press.

- Rosiek, A., Rosiek-Kryszewska, A., Leksowski, L., & Leksowski, K. (2016). Chronic stress and suicidal thinking among medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(212), 1–16. <https://doi.org/10.3390/ijerph13020212>
- Ross, S. E., Niebling, B. C., & Heckert, T. M. (1999). Sources of stress among college students. *College Student Journal*, 33(2), 312–318.
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., ... Witte, T. (2006). Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 254–262.
- Said, D., Kypri, K., & Bowman, J. (2013). Risk factors for mental disorder among university students in Australia: Findings from a web-based cross-sectional survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(6), 935–944. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0574-x>
- Salsabhillah, A., & Panjaitan, R. U. (2019). DUKUNGAN SOSIAL DAN HUBUNGANNYA DENGAN IDE BUNUH DIRI PADA MAHASISWA RANTAU. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(1), 107–114.
- SAMHSA. (2009). *Evaluation and Triage card : Safe-T Card. (SMA) 09-4432. CMHS-NSP-0193*. Retrieved from <http://www.sprc.org>
- Santrock, J. W. (2013). *Life Span Development: Perkembangan Masa Hidup* (13th ed.). Erlangga.
- Santrock, J. W. (2014). *Life Span Development* (14th ed.). University of Texas, Dallas: Mc. Graw-Hill.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2011). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (7th ed.). John Wiley & Sons, Inc.
- Sari, D., Nurdin, A. E., & Defrin. (2015). Hubungan Stres dengan Kejadian Dismenore Primer pada Mahasiswi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(2), 567–570.
- Sarmiento, M. (2015). A “Mental Health Profile” Of Higher Education Students. *Procedia -Social and Behavioral Sciences*, 191, 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.606>
- Scanlan, F., Purcell, R., Robinson, J., & McGorry, P. (2009). *MythBuster : Suicidal Ideation*.

- Shah, M., Hasan, S., Malik, S., & Sreeramareddy, C. T. (2010). Perceived Stress, Sources and Severity of Stress among medical undergraduates in a Pakistani Medical School. *BMC Medical Education* 2010,10(2), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-10-2>
- Shaheen, H., & Jahan, M. (2017). Student Stress and Suicidal Ideation: The Role of Social Support From Family, Friends, and Significant Others. *International Journal of Humanities and Social Science Invention ISSN (Online)*, 6(9), 21–32.
- Shamsuddin, K., Fadzil, F., Ismail, W. S. W., Shah, S. A., Omar, K., Muhammad, N. A., ... Mahadevan, R. (2013). Correlates of depression, anxiety and stress among Malaysian university students. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(4), 318–323. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.01.014>
- Shenouda, E., & Basha, S. (2014, October). *Resilience, Social Support, and Stress as Predictors of Suicide Ideation Among Public Universities' Students in Egypt*.
- Silinda, F. T., & Brubacher, M. R. (2016). Distance Learning Postgraduate Student Stress while Writing a Dissertation or Thesis. *International Journal of E-Learning & Distance Education*, 32(1), 2292–8588.
- Sinha, U. K., Sharma, V., & Nepal, M. K. (2001). Development of a scale for assessing academic stress: a preliminary report. *Journal of the Institute of Medicine*, 23, 105–102.
- Siraj, H. H., Salam, A., Roslan, R., Hasan, N. A., Jin, T. H., & Othman, M. N. (2014). Stress and its association with the academic performance of undergraduate fourth year medical students at Universiti Kebangsaan Malaysia. *International Medical Journal Malaysia*. <https://doi.org/10.7324/JAPS.2014.41209>
- Slavin, S. J., Schindler, D. L., & Chibnall, J. T. (2014). Medical Student Mental Health. *Academic Medicine*, 89(4), 573–577. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000166>
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(29), 1–4.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin American Psychological Association*, 139(1), 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>

- Spiridon, K., & Karagiannopoulou, E. (2015). Exploring relationships between academic hardiness, academic stressors and achievement in university undergraduates. *JAEP*, 1(1), 53–73.
- Sreeramareddy, C. T., Shankar, P. R., Binu, V., Mukhopadhyay, C., Ray, B., & Menezes, R. G. (2007). Psychological morbidity , sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Medical Education*, 7(26). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-26>
- Steinberg, L. (2017). *Adolescence* (11th ed.). McGraw-Hill Education.
- Stuart, G. W. (2014). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Studentminds. (2016). *Grand Challenges in Student Mental Health*.
- Sun, J., Dunne, M. P., Hou, X.-Y., & Ai-qiang, X. (2011). Educational Stress Scale for Adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(6), 534–546. <https://doi.org/10.1177/0734282910394976>
- Suwartika, I., Nurdin, A., & Ruhmadi, E. (2014). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Stres Akademik Mahasiswa Reguler Program Studi D-III Keperawatan Cirebon POLTEKKES KEMENKES Tasikmalaya. *The Soedirman Journal of Nursing*, 9(3), 173–189.
- Szabó, M. (2010). The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample. *Journal of Adolescence*, 33(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2009.05.014>
- Tada, A. (2017). The Associations among Psychological Distress, Coping Style, and Health Habits in Japanese Nursing Students: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), 1434. <https://doi.org/10.3390/ijerph14111434>
- Tafarodi, R. W., & Jr, W. B. S. (2001). *Two-dimensional self-esteem : theory and measurement*. 31.
- Teh, C. K., Ngo, C. W., Zulkifli, R. A., Vellasamy, R., & Suresh, K. (2015). Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Students: A Cross Sectional Study. *Open Journal of Epidemiology*, 5(5), 260–268. <https://doi.org/10.4236/ojepi.2015.54030>
- Tentama, F., Mulasari, S. A., Sukesu, T. W., & Sulistyawati, S. (2019). Penyuluhan Dan

- Pendampingan Pada Korban Selamat Percobaan Bunuh Diri Di Gunung Kidul. *International Journal of Community Service Learning*, 3(1), 27–32. <https://doi.org/10.23887/ijcs.v3i1.17398>
- Tyrrell, J. (1992). Sources of Stress Among Psychology Undergraduates. *The Irish Journal of Psychology Psychology at Trinity College*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/03033910.1992.10557878>
- Villacura, L., Irarrázabal, N., & López, I. (2017). Evaluation of depressive and anxiety symptomatology in medical students at the University of Chile. *Mental Health and Prevention*, 7, 45–49. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.06.001>
- Višnjić, A., Veličković, V., Sokolović, D., Stanković, M., Mijatović, K., Stojanović, M., ... Radulović, O. (2018). Relationship between the Manner of Mobile Phone Use and Depression, Anxiety, and Stress in University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 697. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040697>
- Walsh, J. M., Feeney, C., Hussey, J., & Donnellan, C. (2010). Sources of stress and psychological morbidity among undergraduate physiotherapy students. *Physiotherapy*, 96(3), 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2010.01.005>
- WHO. (2001). *MENTAL HEALTH: New Understanding, New Hope*. <https://doi.org/9241562013>
- WHO. (2005). *Promoting Mental Health Concept, Evidence, Paractice*. <https://doi.org/9241562943>
- WHO. (2013). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. <https://doi.org/10.4103/0019>
- WHO. (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. [https://doi.org/ISBN: 978 92 4 156477 9](https://doi.org/ISBN:9789241564779)
- WHO. (2016a). Depression.
- WHO. (2016b). *Suicide rate estimates, age-standardized Estimates by country*.
- WHO. (2017a). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. WHO Document Production Services.
- WHO. (2017b). WHO Fact Sheet: Mental Disorders.
- Wyatt, T., & Oswalt, S. B. (2013). Comparing Mental Health Issues Among Undergraduate and Graduate Students. *American Journal of Health Education*, 44,

- 96–107. <https://doi.org/10.1080/19325037.2013.764248>
- Yıldırım, N., Karaca, A., Cangur, S., Acikgoz, F., & Akkus, D. (2017). The relationship between educational stress, stress coping, self-esteem, social support, and health status among nursing students in Turkey: A structural equation modeling approach. *Nurse Education Today*, 48, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.014>
- Yumba, W. (2008). *Academic Stress: A Case of the Undergraduate students*. Linköpings University.
- Yusoff, M. (2011). A confirmatory factor analysis study on the Medical Student Stressor Questionnaire among Malaysian medical students. *Education in Medicine Journal Education in Medicine Journal Medicine Journal Education in Medicine Journal*, 33(11), 44–53. <https://doi.org/10.5959/eimj.3.1.2011.or5>
- Yusoff, Muhamad Saiful Bahri, Rahim, A. F. A., & Yaacob, M. J. (2010). The development and validation of the Medical Student Stressor Questionnaire (MSSQ). *ASEAN Journal of Psychiatry*, 11(1), 13–24.
- Yusoff, Muhammad Saiful Bahri, & Rahim, A. F. A. (2010). Prevalence and Sources of Stress among Postgraduate Medical Trainees: Initial Findings. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 11(2).
- Yusoff, Muhammd Saiful Bahri, Rahim, A. F. A., & Yaacob, M. J. (2010). Prevalence and sources of stress among Universiti Sains Malaysia medical students. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 17(1), 30–37.
- Zaid Bataineh, M. (2013). Academic Stress among Undergraduate Students: The Case of Education Faculty at King Saud University. *International Interdisciplinary Journal of Education* –, 2(1).
- Zajacova, A., Lynch, S. M., & Espenshade, T. J. (2005). Self-Efficacy, Stress, and Academic Success in College. *Research in Higher Education*, 46 No.6, 677–706. <https://doi.org/10.1007/s11162-004-4139-z>
- Zhang, Y., Chernaik, M., & Hallet Susan, K. (2017). Relationship Issues Among College Nursing Students: Associations With Stress, Coping, Sleep, and Mental Disorders. *Teaching and Learning in Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2017.06.005>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.

- Zimet, G. ., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30–41.
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E., & Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of Affective Disorders*, 180–185. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.001>

Penulis

Nama, gelar : **Dr.Herlina J. EL– Matury, ST, M.Kes.**
Tempat/tgl.lahir : Medan, 21 Februari 1973
Email : herlinajelmatury.hjem@gmail.com
herlina.jelmatury@alumni.ui.ac.id

Pendidikan:

2019 Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat, Doktoral Program, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
2014 Summer School of Occupational Safety and Health (OSH) Crossing Borders, Centre of International Health, Ludwig Maximilian Universitate, Munich, Germany
2006 Magister Kesehatan, Magister Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara
1998 Sarjana Teknik, Teknik Sipil, Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan, Institut Teknologi Medan

Competency:

2019 Ahli Keselamatan & Kesehatan Kerja Umum Utama, Badan Nasional Sertifikasi Profesi (BNSP)
2018 Training of Trainer (TOT), Badan Nasional Sertifikasi Profesi (BNSP)
2016 Assessor of Competency, Badan Nasional Sertifikasi Profesi (BNSP)
2014 Ahli Keselamatan & Kesehatan Kerja Umum, Kementrian Tenaga Kerja
2014 Ahli Keselamatan & Kesehatan Kerja Konstruksi, Kementrian Tenaga Kerja
2014 Internal Auditor for System Management Safety &Health, Indonesia Labor and Transmigration Ministry

Seminar/Conference/Workshop:

2021 Instruktur, Pelatihan dan Uji Kompetensi Ahli Keselamatan & Kesehatan Kerja Konstruksi, Dinas Bina Konstruksi Propinsi Sumatera Utara dan Balai Bina konstruksi Aceh, Medan, Indonesia
2020 Instruktur, Pelatihan dan Uji Kompetensi Ahli Keselamatan & Kesehatan Kerja Konstruksi, Dinas Bina Konstruksi Propinsi Sumatera Utara dan Balai Bina konstruksi Aceh, Medan, Indonesia
2019 Oral Presentation, 6th Asian Conference on Safety and Education in Laboratory (ACSEL), Universitas Indonesia, Denpasar
2019 Speaker, 2ndInternational Conference Occupational Health and Safety (ICOHS), Safety and Health Department Universitas Indonesia, Jakarta
2019 Reviewer, 2ndInternational Conference Occupational Health and Safety (ICOHS), Safety and Health Department Universitas Indonesia, Jakarta
2019 Organizing Committee, 2ndInternational Conference Occupational Health and Safety (ICOHS), Safety and Health Department Universitas Indonesia, Jakarta
2018 Participant, Workshop Crisis Management, National University of Singapore, Singapore

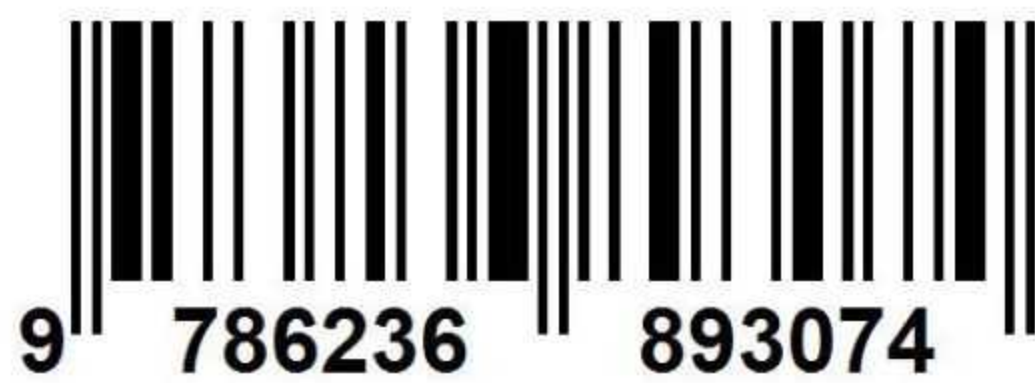
- 2017 Oral Presentation, 1th International Conference Occupational Health and Safety (ICOHS), Safety and Health Department Universitas Indonesia, Denpasar
- 2017 Participant, Workshop of Forum Implementasi di K3L di Perguruan Tinggi se Indonesia, Universitas Indonesia, Depok
- 2017 Oral Presentation, The 3rd International Meeting Occupational Public Health (IMOPH), Universitas Indonesia, Depok
- 2016 Oral Presentation, The 1st International Conference on Global Health (ICGH), Universitas Indonesia, Depok
- 2015 Oral Presentation, 2nd Asian Conference on Safety and Education in Laboratory (ACSEL), Universitas Indonesia, Depok
- 2014 Participant, Summer School of Occupational Safety and Health Crossing Borders, Ludwig Maximilian Universitate, Munich, Germany
- 2014 Participant, XX World Congress of Occupational Health and Safety, Frankfurt Am Main, Germany
- 2008 Organizing Commite, Seminar Nasional Ilmu Faal dan Ergonomi, Ikatan Ahli Ilmu Faal Indonesia (IAIFI) dan Perhimpunan Ergonomi Indonesia (PEI), Medan
- 2006 Oral Presentation, Seminar Nasional: Pendekatan Ergonomi Makro Untuk Meningkatkan Kinerja Organisasi, Universitas Trisakti, Jakarta
- 2005 Organizing Commite, Seminar Nasional Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Pasca IKM USU, Medan
- 2004 Organizing Commite, Seminar Nasional Alat Pelindung Diri (APD), Pasca IKM USU, Medan

Research & Publication:

- 2021 H.J EL- Matury, Behaviour of the Indonesian during the Covid-19 Pandemic (on process)
- 2020-2021 Analisis Kesiapsiagaan Keadaan Darurat dan Bencana di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit & Puskesmas Rawat Inap), Pusat Pengurangan Risiko Bencana Universitas Indonesia. (on process)
- 2021 H.J. EL- Matury, F.Lestari, Besral, I.H.Susilowati, Model of Factors Affect Depression, Anxiety and Stress of Undergraduate Student in Jakarta, European Journal of Molecular and Clinical Medicine (**Submitted**)
- 2021 H.J. EL- Matury, F.Lestari, Besral, I.H.Susilowati, Development and Validation a Scale of Indonesian Undergraduate Sources of Stress Questionnaire (IUSSQ), European Journal of Molecular and Clinical Medicine (**Accepted**)
- 2021 D. Erwandi, F. Lestari, Z. Djunaidi, HJ. EL- Matury, Review of Psychosocial Risk Approach, Model and Theory Literature Review, European Journal of Molecular and Clinical Medicine (**Accepted**)
- 2021 HJ. EL- Matury, Besral, Structural Equation Model Factors Affecting Suicidal Ideation among Undergraduate Students, European Journal of Molecular and Clinical Medicine (**Accepted**)
- 2020 Penulisan Buku 'Pengalaman Indonesia dalam Penanganan COVID-19', Badan Nasional Penanggulangan Bencana dan Universitas Indonesia.

- 2020 H.J EL-Matary, Comparasing Case Fatality Rate (CFR) of Covid-19 Pandemic in South East Asia Countries, Jurnal Inovasi Kesehatan Masyarakat, Vol.1, Issue 2, Pages 24-29.
- 2018 H.J. EL- Matary, F.Lestari, Besral, Depression, Anxiety and Stress among Undergraduate Students in Jakarta: Examining Scores of the Depression Anxiety and Stress Scale According to Origin and Residency, Indian Journal of Public Health Research & Development. Vol. 9.
- 2018 H.J. EL- Matary, B.A. Mardiah, F.Lestari, Besral, Evaluation of Depression, Anxiety, and Stress among Undergraduate Students in Jakarta, Indian Journal of Public Health Research & Development. Vol. 9.
- 2012 Evaluasi Kebisingan Terhadap Kesehatan Karyawan Di PKS Adolina PTPN IV Persero Kabupaten Serdang Bedagai Pada Tahun 2012, Jurnal Ilmiah Multi Sains
- 2006 Evaluasi Stasiun Kerja dan Postur Kerja pada bagian Pengelasan ditinjau dari faktor Ergonomi di UKM Logam Jalan Mahkamah Medan. Dipublikasikan pada Proceeding Seminar Nasional Ergonomi

ISBN 978-623-6893-07-4



BIRCU-PUBLISHING
Budapest International Research and Critics University