

## EVALUASI *BECK DEPRESSION INVENTORY* SEBAGAI SARANA UNTUK MENDETEKSI DEPRESI

**Jeanette R. Suwantara, Dharmayati Utoyo Lubis dan Erida Rusli**  
Fakultas Psikologi Universitas Indonesia

### ABSTRAK

Untuk membuktikan validitas dari "*Beck Depression Inventory (BDI)*", dilakukan pengujian terhadap subyek yang tergolong dalam kelompok Gangguan Depresif Mayor (Kategori-I), Gangguan Lain (Kategori-II), Penyalahgunaan Zat (Kategori-III), dan Kelompok Normal (Kategori-IV). BDI diambil dari *The Mind Test* dan kriteria diagnostik Gangguan Depresif Mayor didasarkan kepada DSM-IV. Dari 27 subyek dalam Kategori-I, semuanya (100%) menunjukkan depresi tingkat tinggi (*severe level of depression*) dengan skor BDI >15. Sedangkan dalam Kategori-II, ada 34 dari 42 subyek (81%) yang memberikan skor BDI >15 dan pada kelompok Kategori-III jumlah dengan skor BDI >15 ada sebanyak 15 dari 22 subyek (68%). Dari kelompok Kategori-IV hanya 29% saja (6/21) yang menunjukkan skor BDI >15. Hasil uji statistik menyatakan adanya perbedaan yang sangat signifikan ( $p \leq 0.01$ ) antara Kelompok Normal (Kategori-IV) dengan kelompok Gangguan Depresif Mayor, Kelompok Gangguan Lain dan Kelompok Penyalahgunaan Zat. Akan tetapi antara kelompok-kelompok Kategori-I, Kategori-II dan Kategori-III sendiri tidak terdapat perbedaan signifikan. Meskipun BDI dapat digunakan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya depresi pada individu yang tidak mempunyai mood depression, tapi BDI tidak dapat membedakan secara lebih spesifik pada gangguan mana depresi tersebut ditemukan.

*Kata kunci: BDI, depresi*

### PENDAHULUAN

Depresi adalah gangguan yang banyak terjadi dan merupakan suatu kelainan yang mengenai perasaan dasar (*mood*). Perubahan-perubahan perasaan dasar adalah hal yang wajar dan merupakan bagian yang normal dari kehidupan dan umumnya orang mengenali akan adanya perubahan tersebut dan tetap merasa nyaman. Orang yang menderita depresi

seringkali tidak dapat menjelaskan alasannya menjadi depresif meskipun mereka dapat menyatakannya sebagai perasaan yang menyakitkan dan menyedihkan. Depresi dapat diderita oleh baik anak-anak maupun orang dewasa. Survei komunitas menunjukkan bahwa prevalensi depresi pada orang dewasa di negara Barat berkisar antara 1.8-7.8% (Kessler dan Walters, 1998)

Depresi dilukiskan sebagai *the common cold of mental illness*, dan dalam dua dekade terakhir ini terjadi peningkatan jumlah penderita depresi sehingga masa sekarang ini sering disebut sebagai *the age of melancholy* (Salmans, 1995) Sepanjang perjalanan hidupnya dilaporkan bahwa satu di antara enam orang di Amerika Utara pada suatu waktu pernah mengalami depresi (Birmaher dkk., 1996).

Peningkatan jumlah penderita depresi tidak hanya terjadi di Amerika Serikat, tetapi juga di tempat-tempat lain karena adanya perubahan sosial yang fundamental seperti perubahan sosioekonomik setelah Perang Dunia ke II (Essau & Dobson, 1999). Sumber yang sama menyebutkan bahwa prevalensi gangguan depresi berbeda dari negara ke negara, yang dilaporkan terendah adalah di negara-negara Asia dan Asia Tenggara dibandingkan dengan negara-negara Barat seperti Canada dan Perancis. Tetapi, negara-negara yang didera "perang saudara" yang terus-menerus seperti Bosnia dan Irlandia Utara, mempunyai prevalensi yang lebih tinggi untuk depresi (Essau dan Dobson, 1999)..

Depresi perlu dideteksi karena depresi membuat orang tidak dapat berfungsi seutuhnya, ia tidak dapat menggunakan segenap kemampuan yang dimilikinya dan mengurangi kemungkinan seseorang untuk berfungsi efektif. Depresi merupakan kontributor penting di dalam hal perilaku bunuh diri pada kelompok dewasa muda dan juga faktor risiko utama pada terjadinya gangguan psikososial jangka panjang (Gould dkk., 1998).

Faktor penyebab depresi adalah kombinasi dari beberapa faktor seperti faktor kimiawi di otak, faktor genetik,

dan faktor-faktor psikososial dan lingkungan. Salah satu faktor lingkungan penyebab depresi yang disebutkan oleh beberapa ahli adalah keterpaparan terhadap tindak kekerasan (*violence*) (Costello dkk., 2002). Prevalensi depresi di Indonesia tidak diketahui dengan jelas. Tetapi, melihat keadaan-keadaan yang terjadi di Indonesia beberapa tahun terakhir seperti misalnya terjadinya tindak kekerasan tak beralasan yang berulang (*repetitive acts of senseless violence*) yang menjadi pengalaman sehari-hari bangsa Indonesia maka dapat diperkirakan bahwa angka depresi akan cukup tinggi.

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan validasi suatu alat yang mungkin dapat digunakan untuk mendeteksi depresi, dengan harapan bahwa suatu alat yang murah untuk mendeteksi depresi dapat digunakan secara luas, dan dengan demikian dapat membantu penanganan depresi sehingga tidak menjadi berlarut-larut dan mengganggu efektivitas seseorang.

### Simtom depresi

Gejala utama dari depresi adalah kehilangan minat, kehilangan energi, dan ketidak mampuan untuk menikmati sesuatu. Kesedihan yang sering diasosiasikan dengan depresi, sering dideskripsikan sebagai tidak dapat dihindari dan lebih menyakitkan dari kesedihan yang biasa. Depresi dapat menjadi sedemikian mencekamnya sehingga penderitanya tidak dapat mengenali simtom-simtom tersebut. Banyak simtom yang baru disadari setelah pengobatan dimulai (Yorbik dkk., 2004).

Kriteria diagnostik untuk Gangguan Depresif Mayor dari DSM-IV

(Diagnostic Criteria from DSM-IV, 1994) adalah sedikitnya terdapat lima simtom di antara simtom-simtom berikut ini dan salah satu di antaranya haruslah *mood* depresif atau kehilangan minat atau kesenangan beraktivitas. Simtom-simtom sudah berlangsung selama sedikitnya dua minggu. Ringkasnya, simtom-simtom tersebut adalah (i) *mood* depresif; (ii) menurunnya minat atau kesenangan terhadap aktivitas; (iii) perubahan berat badan yang signifikan; (iv) insomnia atau hipersomnia; (v) agitasi atau retardasi psikomotor; (vi) rasa lelah atau kehilangan energi hampir setiap hari; (vii) perasaan tak berharga atau rasa salah berlebihan; (viii) menurunnya kemampuan untuk berkonsentrasi atau ketidak mampuan mengambil keputusan; (ix) pikiran tentang kematian dan bunuh diri yang berulang-ulang.

Simtom depresi muncul 2 atau 3 minggu sebelum munculnya episode depresi mayor. Pada waktu itu orang menjadi cemas karena hilangnya konsentrasi dan energi. Depresi adalah penyakit yang kronis, dan dapat muncul kembali secara periodik. Ada kalanya orang bisa terbebas dari depresi untuk 1 atau 2 tahun, tetapi kemudian muncul kembali (Solomon dkk., 2004).

#### **Faktor-faktor penyebab depresi**

Ada banyak faktor yang mungkin mempengaruhi perkembangan depresi, tetapi dapat dikategorikan ke dalam dua penyebab besar, yaitu faktor genetik dan faktor lingkungan (Lewinsohn dkk., 1994). Faktor genetik misalnya orangtua yang depresi kemungkinannya akan mempunyai anak yang depresi pula. Depresi lebih sering terjadi pada orang yang punya riwayat trauma, kekerasan seksual,

kekerasan fisik, cacat fisik, pengalaman kematian pada usia muda, alkoholisme, struktur keluarga tak lengkap. Banyak pula terdapat di daerah-daerah perang bencana alam, miskin, atau terabaikan (Braisa-Zquaec, 2005). Tidak ada bukti yang mengaitkan kepribadian tertentu dengan depresi, tetapi faktor kognitif berikut ini diasosiasikan dengan depresi: harga diri rendah yang kronis, persepsi yang terdistorsi mengenai pandangan orang lain, pengalaman hidup yang terdistorsi, ketidak mampuan untuk mengakui adanya prestasi pribadi, ide negatif tentang diri sendiri, pandangan pesimis, tingkahlaku berapi-api dan berlebihan.

Depresi biasanya muncul pada usia sekitar 24-44 tahun. Pada remaja risiko untuk depresi mungkin karena tekanan dan tuntutan-tuntutan yang tinggi kepada mereka. Depresi lebih banyak dijumpai pada perempuan dibandingkan pada laki-laki (Zhang dkk., 2005). Perbedaan hormonal menyebabkan perempuan lebih berisiko untuk depresi. Mungkin pula karena pembelajaran peran jender. Laki-laki harus lebih kuat sehingga tidak menunjukkan depresi, sedangkan pada perempuan mungkin karena adanya stresor sosioekonomik atau *learned helplessness*. Di Amerika Serikat, depresi lebih banyak terdapat pada orang kulit putih dari taraf menengah ke atas.

Di negara-negara Barat banyak anak-anak yang berhadapan dengan tindak kekerasan berulang tanpa alasan (*repetitive acts of senseless violence*) seperti yang dilihatnya di televisi; ini mempunyai kemungkinan untuk menyebabkan depresi (Salmons, 1995).

### **Beck Depression Inventory**

*Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck dkk., 1988) termasuk inventori yang banyak digunakan untuk mendeteksi depresi. BDI adalah suatu tes lapor diri yang terdiri dari 21 pernyataan pilihan ganda yang memfokuskan pada perasaan kesedihan, rasa bersalah, hargadiri, dan pandangan pesimistik. Memerlukan waktu kira-kira 15 menit untuk menyelesaikannya. BDI dikembangkan berdasarkan perasaan-perasaan dan tingkah-laku klien yang ditampilkan dalam wawancara klinis (Aero dan Weiner, 1981). BDI ada dalam beberapa versi dan merupakan inventori yang terproteksi, tetapi BDI yang digunakan dalam penelitian ini adalah BDI yang ditemukan dalam buku *The Mind Test* (Aero dan Weiner, 1981). Melihat pernyataan-pernyataan BDI yang ada pada buku tersebut, dan BDI versi yang kemudian, perbedaannya terutama terletak pada penyederhanaan skoring. Versi *Beck Depression Inventory* yang ada sekarang adalah BDI-II (Beck dkk., 1994).

### **Bahan dan Metode Penelitian**

Penelitian ini untuk membuktikan validitas dari Beck Depression Inventory (BDI) seperti yang termuat di dalam buku *The Mind Test*, melalui Validitas Kriteria. Dengan demikian perlu dilakukan perbandingan terhadap suatu alat ukur lain yang sudah dianggap valid untuk menentukan diagnosis depresi. Di Indonesia, yang banyak dipakai adalah kriteria dari DSM-IV (Diagnostic Criteria from DSM-IV, 1994). Oleh karena itu, yang diambil sebagai pembanding dalam penelitian ini adalah kriteria diagnostik

Gangguan Depresif Mayor seperti yang ada di dalam DSM-IV (Diagnostic Criteria from DSM-IV, 1994).

### **Subjek Penelitian**

Subjek penelitian ini dikategorikan ke dalam 4 kelompok sebagai berikut:

- A. Subyek dengan Gangguan Depresif Mayor, sedang dirawat di rumah sakit bagian psikiatri atau datang ke praktik pribadi (Kategori-I: Gangguan Depresif Mayor)
- B. Subyek dengan gangguan yang tidak dapat digolongkan ke dalam Gangguan Depresif Mayor, sedang dirawat di rumah sakit bagian psikiatri atau datang ke praktik pribadi (Kategori-II: Gangguan Lain)
- C. Subyek yang tergolong dalam gangguan yang berkaitan dengan penyalah-gunaan obat atau zat, sedang dirawat di rumah sakit bagian psikiatri atau datang ke praktik pribadi (Kategori-III: Penyalah-gunaan Zat)
- D. Subyek yang dinilai tidak menunjukkan gejala-gejala gangguan jiwa atau tanda-tanda depresi, tidak dirawat di rumah sakit bagian psikiatri, tidak sedang berkonsultasi (Kategori-IV: Kelompok Normal).

### **Prosedur Pemilihan Sampel**

Penentuan subyek penelitian ini dilakukan berdasarkan *non-probability sampling* karena tidak semua individu mendapat kesempatan yang sama; dan karena individu yang diambil harus memenuhi kriteria yang tergolong dalam Kategori-I, -Kategori-II, -III, dan -IV seperti tersebut di atas.

Sampel diambil dengan cara insidental (kebetulan ditemui) (Kerlinger, 1986).

Sampel dipilih dengan cara:

Suwantara. Evaluasi *Beck Depression Inventory*.

- a. mencari responden yang memenuhi kriteria Kategori-I, -II, -III, dan -IV berdasarkan diagnosis Psikiater atau Psikolog
- b. memeriksa kembali semua responden dengan menggunakan kriteria diagnosis

Gangguan Depresif Mayor dari DSM-IV (Diagnostic Criteria from DSM-IV, 1994)

Yang termasuk dalam Kategori-I adalah yang memenuhi kriteria Gangguan Depresif Mayor. Yang termasuk dalam Kategori-II, -III, -IV adalah yang tidak memenuhi kriteria Gangguan Depresif Mayor.

Ada 112 subyek yang diambil untuk penelitian ini terdiri dari penderita-penderita yang tergolong pada Kategori-I (n=27), Kategori-II (n=42), Kategori-III (n=22), Kategori-IV (n=21).

#### **Alat Uji.**

Sebagai alat uji digunakan 2 instrumen:

(i) *Beck Depression Inventory* (BDI) - diambil dari *The Mind Test* (Aero & Weiner, 1981) (Formulir II). Inventori ini diterjemahkan oleh 2 psikolog senior dengan skor TOEFL di atas 600 dengan pertimbangan mereka ini dapat lebih memaknai kalimat-kalimat BDI

kerena sesuai dengan bidangnya dan memiliki kemampuan berbahasa Inggris yang baik. (ii) Kriteria Diagnostik Gangguan Depresif Mayor, DSM-IV (Diagnostic Criteria from DSM-IV, 1994) (Formulir I).

#### **Evaluasi hasil uji**

Interpretasi skor BDI menurut Aero & Weiner (1981) adalah sebagai berikut:

0 - 5 : hampir tidak ada tanda-tanda depresi

6 - 14 : depresi ringan sampai sedang

≥15 : depresi berat

#### **Pengujian statistik**

Uji statistik dilakukan untuk melihat apakah ada perbedaan yang signifikan pada skor BDI dari keempat kategori kelompok tersebut di atas (Kategori-I, -II, -III, dan -IV). Pengujian statistik dilakukan dengan Kolmogorov-Smirnov *Two Independent Sample Test* dengan menggunakan *SPSS 11.00*.

#### **HASIL**

Subyek dalam penelitian ini terdiri dari kelompok subyek Kategori-I (Gangguan Depresi Mayor) sebanyak 27 orang, Kategori-II (kelompok gangguan lain) sebanyak 42 orang, Kategori-III (kelompok penyalahgunaan zat) sebanyak 22 dan Kategori-IV (kelompok normal) sebanyak 21. Distribusi skor BDI dari keempat kelompok ini dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi skor BDI pada 4 kelompok Kategori responden

Derajat depresi (menurut Skor BDI)	Kelompok Responden			
	Kategori-I	Kategori-II	Kategori-III	Kategori-IV
Low Score: 0 - 5 No sign of depression	0	3	0	11
Medium Score: 6-14 Mild to moderate level of depression	0	5	7	4
High Score: >15 Severe level of depression	27	34	15	6
Jumlah	27	42	22	21

Dari 27 subyek yang termasuk dalam Kategori-I semuanya (100%) menunjukkan depresi tingkat tinggi (*severe level of depression*) dengan skor >15 menurut BDI (Tabel 1). Sedangkan mereka yang termasuk Kategori-II ada sebanyak 34 dari 42 atau sebesar 81% yang memberikan skor BDI >15 dan pada kelompok Kategori-III jumlah dengan skor BDI >15 ada sebanyak 15 dari 22 subyek (68%). Dari kelompok Kategori-IV hanya 29% saja (6/21) yang menunjukkan skor BDI >15.

Hasil pengujian signifikansi skor BDI dari masing-masing kelompok kategori dapat dilihat pada Tabel 2. Hasil uji tersebut menunjukkan bahwa ada perbedaan yang sangat signifikan ( $p \leq 0.01$ ) antara kelompok normal (Kategori-IV) dengan kelompok Depresi Mayor (Kategori-I), Kelompok Gangguan Lain (Kategori-II) dan Kelompok Penyalah-gunaan Zat (Kategori-III). Akan tetapi antara kelompok-kelompok Kategori-I, Kategori-II dan Kategori-III sendiri tidak terdapat perbedaan signifikan dari hasil skor BDI.

Tabel 2. Hasil uji signifikansi Skor BDI pada keempat Kategori responden dengan tes Kolmogorov-Smirnov menurut SPSS 11

	Kategori-I	Kategori-II	Kategori-III	Kategori-IV
Kategori-I		TS	TS	SS
Kategori-II	TS		TS	SS
Kategori-III	TS	TS		SS
Kategori-IV	SS	SS	SS	

TS = tidak signifikan; SS = sangat signifikan ( $p \leq 0.01$ )

## **DISKUSI DAN SARAN**

Gangguan Depresif Mayor (*major depressive disorder*) merupakan gangguan yang banyak dijumpai di masyarakat terutama pada kelompok usia remaja (*adolescent*) dan secara bermakna berkaitan dengan morbiditas dan beban keluarga (March dkk., 2004). Depresi juga berperan penting pada perilaku bunuh-diri remaja dan merupakan faktor risiko utama dalam kejadian gangguan psikososial jangka panjang pada usia dewasa (Costello dkk., 2002). Acapkali di dalam praktik klinik depresi berlangsung tanpa terdiagnosis atau salah didiagnosis (Millin dkk., 2003). Oleh karena adanya morbiditas yang serius dan mortalitas yang berkaitan dengan depresi ini maka penting sekali untuk dapat menegakkan diagnosis depresi secara tepat.

Hasil penelitian kami menunjukkan bahwa *Beck Depression Inventory* (BDI) dapat secara bermakna mendeteksi adanya depresi pada semua subyek di dalam kelompok Depresi Mayor (kelompok Kategori-I), depresi pada penderita kelainan lain (Kategori-II), depresi pada kelompok pengguna zat (*substance use disorder*) (Kategori-III) dan dapat membedakannya dari kelompok Kategori-IV yaitu individu normal ( $p < 0.01$ ). Hasil yang sama dilaporkan oleh Nair dkk. (2004). Mereka melakukan evaluasi terhadap karakteristik BDI pada subyek non-klinis dan penderita Gangguan Depresif Mayor dan melaporkan bahwa ada perbedaan yang bermakna dari kedua kelompok tersebut menurut skor BDI .

Secara khusus BDI tidak dapat membedakan Gangguan Depresif Mayor dengan gangguan lain seperti skizofrenia dan skizofreniform) dan

kelompok pengguna zat. Pada kedua kelompok ini juga ditemukan adanya tanda-tanda depresi meskipun telah dilakukan pengujian untuk kriteria Gangguan Depresif Mayor. Adanya tanda-tanda depresi tersebut kemungkinan disebabkan karena pada seseorang yang mengalami gangguan seperti skizofrenia atau penggunaan zat, selalu disertai adanya emosi yang depresif atau karena efek samping zat-zat yang digunakan yang menyebabkan depresi (Birmaher dkk., 1996; Goodyer dkk., 1997).

Meskipun BDI dapat digunakan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya depresi pada individu yang tidak mempunyai *mood depression*, tapi BDI tidak dapat membedakan secara lebih spesifik pada gangguan mana depresi tersebut ditemukan.

Sebagai penelitian lanjutan dapat dipikirkan untuk meninjau setiap butir (*item*) dari BDI pada setiap gangguan. Dengan cara ini mungkin dapat dilihat apakah ada perbedaan-perbedaan skor dari setiap butir pada setiap gangguan. Gangguanpun dapat dibedakan secara lebih spesifik dengan memisahkan kategori-kategori diagnostik yang pada penelitian ini digabungkan menjadi kelompok gangguan lain (Kategori-II). Demikian pula halnya dengan kelompok gangguan yang berkaitan dengan zat (Kategori-III). Dengan pembedaan-pembedaan yang lebih spesifik diharapkan dapat diperoleh hasil yang lebih pasti. Meskipun demikian, hasil sementara penelitian ini cukup mengembirakan karena dapat digunakan untuk mendeteksi depresi.

Tindak kekerasan tanpa alasan ada kemungkinannya menimbulkan depresi (Salmans, 1995). Di Indonesia, tindak kekerasan yang tak



beralasan, berulang dan tak berkeputusan terjadi di mana-mana; tidak saja di daerah konflik seperti Ambon dan Poso, tetapi juga di kota-kota lain di Indonesia. Bali diguncang bom, Jakarta berkali-kali menjadi kancah serangan bom. Tidak ada bom meledak bukan berarti bahwa tidak ada bom lagi yang akan meledak di Indonesia, karena ancaman masih terus ada. Pembunuhan-pembunuhan sadis dan tindak kekerasan, pengeroyokan, penganiayaan menjadi berita sehari-hari di media massa, baik televisi, surat kabar maupun radio. Melihat kenyataan ini, salah satu peneletian sosial yang dapat dianjurkan adalah meneliti tingkat depresi masyarakat Indonesia. Dampak sosial dari depresi sangatlah besar karena menyebabkan individu tidak dapat berfungsi dengan optimal di masyarakat. Bila terdeteksi adanya depresi pada sebagian (besar) masyarakat Indonesia, dapat dipikirkan dan dilakukan upaya-upaya konkret untuk penanggulangannya, sehingga manusia Indonesia tidak terpuruk dalam ketidak produktifan yang akan merugikan seluruh bangsa.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Aero, R., & Weiner, E. (1981). *The Mind Test*. New York: William Morrow & Company, Inc
- Beck AT, Steer RA. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1994). *The BDI-II manual*. London: Harcourt Brace & Company
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., dkk.. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:1427-1439
- Braisa-Zquaec, A. (2005). The long-term effects of war experiences on children's depression in the Republic of Croatia. *Child Abuse Negl*, 29:31-43
- Costello, E., Pine, D.S., Hammen, C., dkk.. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biological Psychiatry*, 52:529-542
- Diagnostic Criteria from DSM-IV. (1994). *Mood Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Essau, C., & Dobson, K. (1999). Epidemiology of depressive disorders. In: C. Essau & F. Petermann (Eds). *Depressive disorders in children and adolescents: epidemiology, course and treatment*. (p.69-103). Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Goodyer, I.M., Herbert, J., Secher, S.M., dkk.. (1997). Short-term outcome of major depression: I comorbidity and severity at presentation as predictors of persistent disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41:410-418
- Gould, M.S., King, R., Greenwald, S., dkk.. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37:915-923
- Kerlinger, F.N. (1986). *Foundations of behavioral research*. 3<sup>rd</sup> ed, New York: CBS Publishing Japan LTD.
- Kessler, R.C., & Walters, E.E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depress Anxiety*, 7:3-14



- Lewinsohn, P., Roberts, R., Seeley, J., dkk.. (1994). Adolescent psychopathology, II: psychosocial risk factors for depression. *J Abnorm Psychol*, 103:302-315
- Suwantara. *Evaluasi Beck Depression Inventory.*
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., dkk.. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*, 292:807-820
- Millin, R., Walker, S., & Chow, J. (2003). Major depressive disorder in adolescence: a brief review of the recent treatment literature. *Can J Psychiatry*, 48:600-606
- Nair, M.K., Paul, M.K., & John, R. (2004). Prevalence of depression among adolescents. *J Indian Pediatr*, 71:523-524
- Salmans, S. (1995). *Depression, Question you have...Answers you need.* Allentown, PA. People's Medical Society
- Solomon, D.A., Leon, A.C., Endicott, J., dkk.. (2004). Psychosocial impairment and recurrence of major depression. *Compr Psychiatry*, 45:423-430
- Yorbik, O., Birhamer, B., Azelson, D., dkk.. (2004). Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *J Am Psychiatry*, 65:1654-1659
- Zhang, J., McKeown, R.E., Hussey, J.R., dkk.. (2005). Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: findings from Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Ann Epidemiol*, 15:167-174



## SEKILAS PENULIS

### **Intan Indira Riauskina**

Lulus tahun 2004 dari Fakultas Psikologi UI. Pernah aktif menjadi asisten untuk mata kuliah psikologi lingkungan dan faal Fakultas psikologi UI. Saat ini aktif di Badan Pengembangan dan Penelitian Fakultas Psikologi (BP2Psi) UI.

### **Sri Rochani Soesetio**

Penelitiannya tentang kepribadian para calon presiden dan wakilnya pada pemilu 2004 (di media massa cetak) dan penelitian kepribadian Soeharto mantan presiden RI (diterbitkan JPS) menempatkannya sebagai peneliti psikologi sosial yang kental dengan nuansa kepribadian. Pendidikan terakhir strata dua di Fakultas Psikologi UI. Mata ajar yang diajarkan antara lain psikologi sosial 1 dan lintas budaya. Aktif juga mengajar di program pascasarjana program intervensi sosial.

### **Ratna Djuwita**

Pengajar bagian psikologi sosial, Fakultas Psikologi UI. Menjabat manajer sumber daya manusia sekaligus mengajar. Pengajaran yang dilakukan untuk program sarjana dan pascasarjana khususnya program intervensi sosial. Ketertarikannya di bidang lingkungan membawanya untuk mengasuh mata ajar psikologi lingkungan. Dua tahun terakhir mendalami gejala plonco (bullying) di kalangan pelajar.

### **Hafnidar**

Lulusan Fakultas Kedokteran jurusan Psikologi, Universitas Diponegoro (UNDIP). Merupakan salah satu peserta Suwarsih Warnaen Award 2004.

### **Laela Siddiqah**

Salah satu peserta Suwarsih Warnaen Award 2004 yang meraih peringkat ketiga. Lulusan Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada (UGM) Yogyakarta. Pengalaman lainnya adalah menjadi asisten konselor "Unit Konsultasi Psikologi" UGM Yogyakarta. Saat ini aktif sebagai pengajar di TK Ceria Yogyakarta untuk tingkat A dan B.

### **Avin Fadila Helmi**

Pengajar Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Adapun beberapa publikasinya dalam jurnal Buletin Psikologi yang berjudul Model teoretik Gaya Kelekatan: Atribusi, Respon dan Perilaku marah (2004). Menjadi anggota penulis untuk buku Menjadi Pembelajar yang Sukses (dalam proses) (2005). Sedang melanjutkan studi strata tiga (S3) di program pascasarjana UGM. Topik yang tengah digelutinya adalah kepemimpinan berbasis budaya.

### **Mareike**

Sarjana lulusan Fakultas Psikologi UI tahun 2005. Saat ini aktif di dunia asuransi. Sebelumnya pernah menjadi asisten peneliti tentang mutu pendidikan dari sekolah-sekolah yang dibiayai oleh Yayasan Pendidikan Warga Krakatau Steel. Sebagai mahasiswa juga aktif dalam kegiatan akademik dan kemahasiswaan

### **Sugiarti Musabiq**

Aktif mengajar pada program strata satu (S1) Fakultas Psikologi UI. Berlatar pendidikan strata dua (S2) di bidang kesehatan masyarakat. Mata ajar yang dibina antara lain Psikologi Konseling, Psikologi Kepribadian 2 dan Metode Wawancara. Jabatan kini adalah sebagai penanggung jawab program magister profesi psikologi kekhususan psikologi klinis dewasa Fakultas Psikologi UI.

### **Suryanto**

Menjabat Pembantu Dekan III Fakultas Psikologi Universitas Airlangga, Surabaya 2003-2006. Beberapa kegiatan organisasi seperti sebagai Konsultan Psikologis Tim Sepakbola Surabaya dan Lamongan periode 2002-2004. Juga sebagai Koordinator Wilayah Ikatan Psikologi Sosial Jawa Timur 2005-2008. Penelitian dalam dua tahun terakhir adalah mengenai tingkah laku memata-matai di kalangan mahasiswa (2004) dan stereotipe etnis Cina (2005). Publikasi ilmiah dalam jurnal bersama kolega yakni Studi Perbedaan Tingkat Organisasi Pembelajaran pada Fakultas Penerima dan Bukan Penerima Proyek Program Kompetitif di Universitas Airlangga, *Insan Media Psikologi*, 2003.

### **Jeanette Retnasanti Suwantara**

Salah satu staf pengajar fakultas psikologi UI bagian Klinis yang berlatar pendidikan strata tiga (S3). Mengajar untuk strata satu dan dua (S1 dan S2). Beberapa mata ajar yang dibina dari kedua program adalah Psikologi abnormal dan psikopatologis, psikologi konseling, psikologi konseling dan konseling kelompok. Peminatan di bidang penelitian antara lain di bidang keluarga, perkawinan, psikodiagnostik dan psikologi abnormal.

### **Dharmayati Utoyo Lubis**

Jabatan struktural yang dipegang saat ini adalah Dekan Fakultas Psikologi UI. Banyak kegiatan baik itu pengajaran, kegiatan organisasi keprofesian, penulis di beberapa media dan masih aktif menjadi ketua tim penilai iklan obat bebas, suplemen, obat tradisional Balai POM Departemen Kesehatan RI. Area penelitian yang diminati adalah psikologi kepribadian, psikologi wanita, psikologi kesehatan dan psikologi kesehatan. Menjadi anggota atas beberapa organisasi psikologi nasional dan internasional, HIMPSI, ICP dan APA

**Erida Rusli**

Berlatar belakang pendidikan strata dua klinis, mengajar untuk dua program yakni program sarjana dan pascasarjana. Mata ajar yang diasuh saat ini antara lain teknik Rorschach, neuro psikologi, psikologi kepribadian, psikologi klinis, tes Boudon. Minat penelitian pada psikopatologi, skizofrenia, perkawinan, terapi, lintas budaya dan pengembangan alat tes psikologi klinis.



PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS INDONESIA

## INFORMASI BAGI PENULIS

**JURNAL PSIKOLOGI SOSIAL (JPS)** adalah sarana untuk mengembangkan psikologi sosial sebagai ilmu pengetahuan maupun sebagai ilmu terapan, melalui publikasi naskah-naskah ilmiah dalam bidang tersebut.

Yang dimaksud dengan bidang ilmu psikologi sosial adalah cabang ilmu psikologi yang mengkhususkan diri pada studi tentang perilaku manusia dalam hubungannya dengan lingkungan sosialnya. Yang dimaksud dengan naskah ilmiah adalah tulisan yang disusun sesuai dengan kriteria baku dari APA (American Psychological Association) berdasarkan penelitian empirik, pengkajian teoritik atau gabungan antara keduanya.

Beberapa contoh kajian psikologi sosial adalah mengenai proses individual dalam kaitannya dengan rangsang/lingkungan sosial (pembentukan/perubahan sikap, prasangka, minat dsb.), proses individual bersama (nilai, norma sikap kelompok, kognidi sosial dsb.), serta hubungan dalam (intra) dan atau antar (inter) kelompok (kompetisi, konflik kerjasama dsb.).

Kajian dalam bidang-bidang psikologi lainnya dapat dimuat dalam jumlah terbatas dalam JPS sepanjang memiliki relevansi dengan psikologi sosial; apakah berkaitan dengan tema, pendekatan, teori dan sebagainya.

Naskah yang dikirimkan untuk dimuat harus belum pernah dipublikasikan di jurnal lainnya. Tulisan dapat merupakan ringkasan skripsi, tesis, disertasi dan lain-lain. Diberikan bimbingan untuk memperbaiki naskah yang kurang memenuhi syarat tetapi laik jurnal. Jumlah halaman 15-20 halaman A4, ketik, spasi rangkap. Harap menyertakan alamat korespondensi.

Tulisan terdiri dari : judul. Identitas penulis, abstrak (maksimum 300 kata, spasi rapat), pendahuluan/latar belakang, permasalahan, tinjauan kepustakaan, metodologi (hanya untuk studi empirik), hasil penelitian (hanya untuk studi empirik), kesimpulan dan saran, kepustakaan serta lampiran. Teknik penulisan kutipan dan lain-lain disesuaikan dengan ketentuan APA.

Naskah harap dikirimkan ke Bagian Psikologi Sosial, Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, Kampus Baru UI Depok 16424, telp. dan faks. (021) 7863524 atau *e-mail*: [adrianus@makara.cso.ui.ac.id](mailto:adrianus@makara.cso.ui.ac.id) dan [jpsosial@hotmail.com](mailto:jpsosial@hotmail.com)