



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN TINGKAT DEPRESI PADA MAHASISWA
PROGRAM SARJANA YANG MELAKUKAN KONSELING
DI BADAN KONSELING MAHASISWA
UNIVERSITAS INDONESIA**

SKRIPSI

AULIA MAULIDA

0806333644

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI SARJANA

DEPOK

JULI 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN TINGKAT DEPRESI PADA MAHASISWA
PROGRAM SARJANA YANG MELAKUKAN KONSELING
DI BADAN KONSELING MAHASISWA
UNIVERSITAS INDONESIA**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Ilmu Keperawatan**

AULIA MAULIDA

0806333644

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI SARJANA

DEPOK

JULI 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Skripsi ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah peneliti nyatakan dengan benar.

Nama : Aulia Maulida

NPM : 0806333644

Tanda Tangan : 

Tanggal : 12 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Aulia Maulida
NPM : 0806333644
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Gambaran Tingkat Depresi Pada Mahasiswa Program Sarjana Yang Melakukan Konseling Di Badan Konseling Mahasiswa Universitas Indonesia

Telah diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana pada Program Studi Sarjana Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Enie Novieastari S.Kp., MSN



(_____)

Penguji : Kuntarti S.Kp., M.Biomed



(_____)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 12 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “Gambaran Tingkat Depresi pada Mahasiswa yang Melakukan Konseling di BKM UI” dapat dilaksanakan dengan baik. Saya menyadari dalam penyusunan skripsi ini terdapat banyak hambatan dan kesulitan. Namun, atas bantuan dari berbagai pihak akhirnya saya dapat menyelesaikan skripsi ini tepat waktu. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
2. Ibu Enie Novieastari S.Kp., MSN dan Ibu Kuntarti, S.Kp., M. Biomed selaku dosen pembimbing dan penguji yang tidak pernah bosan memberikan bimbingan, masukan, dan motivasi;
3. Kedua orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan dukungan baik secara materi maupun motivasi serta mendoakan saya demi kelancaran penyelesaian skripsi ini;
4. Mba Ika Malika selaku koordinator BKM UI dan Tim PPMT UI yang memberikan banyak bantuan, dukungan, dan inspirasi kepada saya dalam mengerjakan skripsi;
5. Anin, Fadlin, Imam, dan seluruh sahabat-sahabat saya yang telah memberi doa, masukan, dukungan, serta bantuan nyata kepada saya;
6. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu namun sangat membantu penelitian ini.

Saya menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan yang harus diperbaiki. Oleh karena itu, saya mengharapkan adanya saran dan kritik yang membangun sehingga di masa yang akan datang dapat membuat penelitian yang lebih baik. Saya berharap semoga hasil skripsi ini dapat memberi manfaat bagi semua pihak.

Depok, Juli 2012


Aulia Maulida

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aulia Maulida

NPM : 0806333644

Program Studi : Sarjana

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : “ **Gambaran Tingkat Depresi Pada Mahasiswa Program Sarjana Yang Melakukan Konseling Di BKM UI**”. Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan skripsi saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 12 Juli 2012

Yang menyatakan



(Aulia Maulida)

ABSTRAK

Nama : Aulia Maulida
Program Studi : Sarjana
Judul : Gambaran Tingkat Depresi Pada Mahasiswa Program Sarjana
Yang Melakukan Konseling di BKM UI

Depresi merupakan gangguan kejiwaan yang ditandai dengan kemurungan, merasa tidak berguna, kekecewaan mendalam, rasa putus asa, dan keinginan bunuh diri. Penanganan depresi yang efektif dengan melakukan konseling. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran tingkat depresi mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI. Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif deskriptif dengan pendekatan studi potong lintang. Pengambilan sampel sebanyak 32 responden dilakukan dengan metode *consecutive sampling*. Hasil penelitian didapat 15.6% mahasiswa mengalami depresi minimal, 21.9% mahasiswa mengalami depresi ringan, 46.9% mahasiswa mengalami depresi sedang, dan 15.6% mahasiswa mengalami depresi berat. Rekomendasi dari penelitian ini yaitu melakukan penelitian lanjutan terkait depresi dan konseling, serta mengembangkan program konselor sebaya.

Kata kunci: depresi, konseling, mahasiswa

ABSTRACT

Name : Aulia Maulida
Study Program : Bachelor Degree
Title : Depression Rate in The Students From Bachelor Degree Who do Counseling in BKM UI

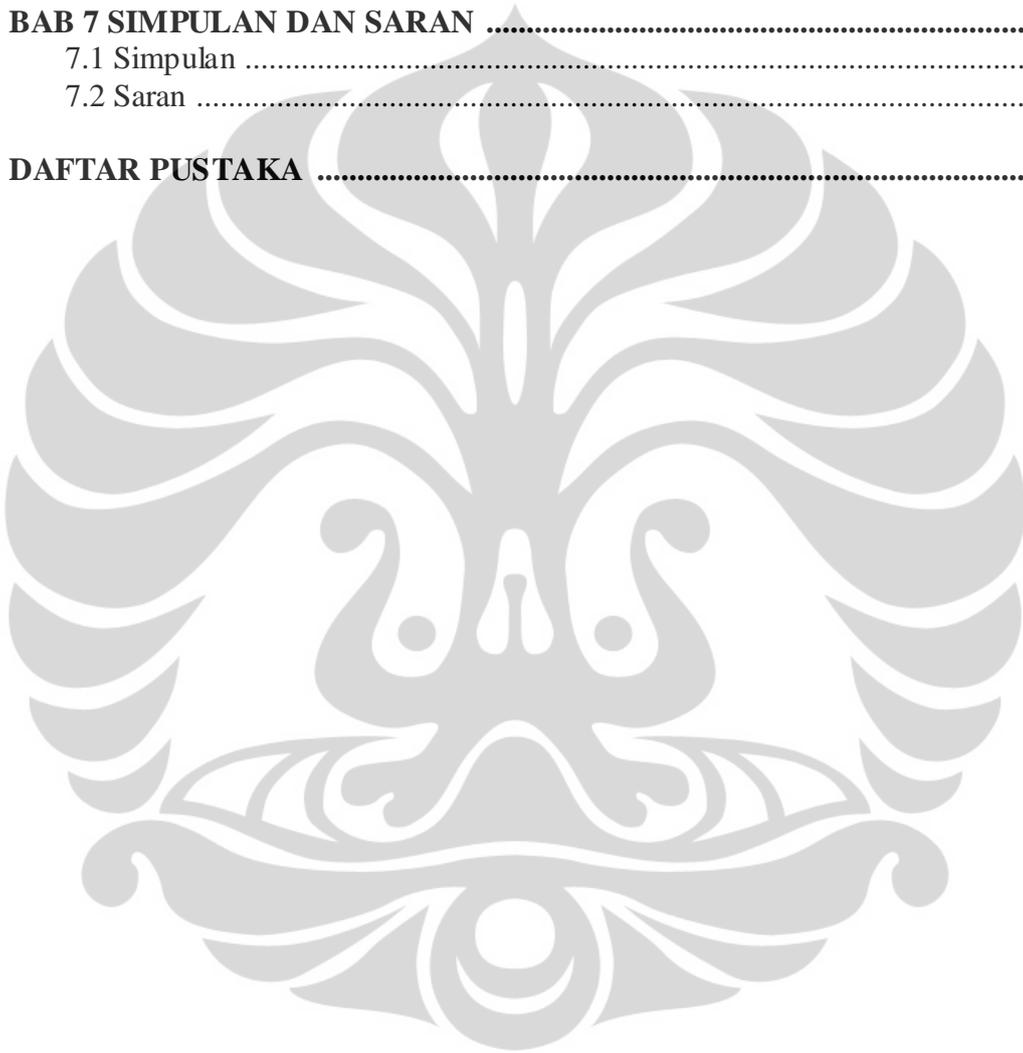
Depression is a psychiatric disorder characterized by moodiness, feeling useless, deep disappointment, despair, and suicidal thoughts. Effective treatment for depression is doing a counseling. The objective of this study to describe overview of depression rate in the students who do counseling in BKM UI. This research uses descriptive quantitative design approach to cross-sectional study. Thirty two respondents are carried out using consecutive sampling method. The result is obtained at least 15.6% students are normal, 21.9% students got mild depression, 46.9% students got moderat depressed, and 15.6% students got severely depressed. Recommendations from this study is to do advanced research related to depression and counseling, as well as developing a peer counselor program.

Key words: depression, counseling, students

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR SKEMA.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Depresi	7
2.1.1 Pengertian Depresi	7
2.1.2 Tanda Gejala Depresi.....	7
2.1.3 Penyebab Depresi.....	8
2.1.4 Penanganan Depresi.....	10
2.1.5 Instrumen The Beck Depression Inventory	12
2.2 Tahap Tumbuh Kembang Dewasa Awal	14
2.2.1 Pengertian Dewasa Awal	14
2.2.2 Tugas Tumbuh Kembang Dewasa Awal	14
2.2.3 Depresi Pada Dewasa Awal.....	15
2.3 Konseling	16
2.4 Kerangka Teori	19
BAB 3 KERANGKA KONSEP PENELITIAN	20
3.1 Kerangka Konsep	20
3.2 Definisi Operasional	21
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	25
4.1 Desain Penelitian	25
4.2 Populasi dan Sampel	25
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	27
4.4 Etika Penelitian	27
4.5 Alat Pengumpulan Data	28
4.6 Metode Pengumpulan Data	29
4.7 Pengolahan Dan Analisis Data	30
4.8 Jadwal Kegiatan	32
4.9 Sarana Dan Prasarana Penelitian.....	32

BAB 5 HASIL PENELITIAN	33
5.1 Karakteristik Responden	33
5.2 Analisa Univariat	37
BAB 6 PEMBAHASAN	41
6.1 Pembahasan Hasil Penelitian	41
6.2 Keterbatasan Penelitian	50
6.3 Implikasi untuk Keperawatan	51
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	52
7.1 Simpulan	52
7.2 Saran	53
DAFTAR PUSTAKA	54



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori.....	19
Skema 3.1 Kerangka Konsep.....	20



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional	21
Tabel 4.1	Jadwal Penelitian.....	32
Tabel 5.1	Distribusi Responden Menurut Usia di BKM UI Tahun 2012.....	33
Tabel 5.2	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin di BKM UI Tahun 2012.....	34
Tabel 5.3	Distribusi Responden Menurut Tingkat Semester di BKM UI Tahun 2012.....	34
Tabel 5.4	Distribusi Responden Menurut Fakultas di BKM UI Tahun 2012.....	35
Tabel 5.5	Distribusi Responden Menurut Jumlah Kunjungan ke BKM UI Tahun 2012.....	35
Tabel 5.6	Distribusi Menurut Alasan Datang Responden ke BKM UI Tahun 2012.....	36
Tabel 5.7	Distribusi Menurut Kondisi Responden Saat Kunjungan ke BKM UI Tahun 2012	36
Tabel 5.8	Distribusi Responden Menurut Cara yang dilakukan sebelum ke BKM UI Tahun 2012	37
Tabel 5.9	Distribusi Frekuensi Tingkat Depresi Responden di BKM UI Tahun 2012.....	38
Tabel 5.10	Distribusi Frekuensi Gejala Depresi Mahasiswa Yang di BKM UI Tahun 2012	38

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Penelitian
- Lampiran 3 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Depresi merupakan penyebab utama tindakan bunuh diri dan urutan ke-6 penyebab kematian utama di Amerika Serikat (Hawari, 2010). Menurut Gintner (2001) dalam Puterbaugh (2006) diperkirakan 1 dari 4 orang akan mengalami episode depresi di kehidupannya. Organisasi kesehatan dunia (WHO) memperkirakan prevalensi depresi pada masyarakat dunia adalah 3%. Penelitian di Eropa dan Amerika Serikat memperkirakan bahwa 9-26% perempuan dan 5-12% laki-laki pernah menderita penyakit depresi yang gawat didalam kehidupannya (Keltner, Schwecke, & Bostrom, 1999). WHO juga memprediksikan bahwa pada tahun 2020 depresi akan menjadi penyebab penyakit kedua terbanyak di dunia setelah penyakit kardiovaskular (Hariyanto, 2010). Survei yang dilakukan Persatuan Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa (PDSKJ) pada tahun 2007 menyebutkan sekitar 94% masyarakat Indonesia mengidap depresi dari mulai tingkat ringan hingga paling berat (Sutarto, 2007).

Depresi merupakan gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*affective/ mood disorder*) yang ditandai dengan gejala kemurungan, kelesuan, tidak ada gairah hidup, merasa tidak berguna, kekecewaan yang mendalam, rasa putus asa, pikiran kematian, dan keinginan bunuh diri (Hawari, 2010). Menurut *American Psychiatric Association* (2000), seseorang dapat dikatakan menderita gangguan depresi jika lima (atau lebih) gejala depresi telah ada selama periode dua minggu dan merupakan perubahan dari keadaan biasa seseorang.

Di Indonesia, berdasarkan Data Riskesdas tahun 2007, prevalensi gangguan mental emosional seperti gangguan kecemasan dan depresi sebesar 11,6% dari populasi orang dewasa. Berarti dengan jumlah populasi orang dewasa Indonesia lebih kurang 150.000.000 ada 1.740.000 orang yang saat ini mengalami gangguan mental emosional (Depkes, 2009). Prevalensi depresi yang terjadi di mahasiswa lebih tinggi dibandingkan populasi pada umumnya (Hariyanto, 2010). Hasil penelitian di Fakultas Kedokteran

Universitas Katolik Atma Jaya yang dilakukan kepada mahasiswa angkatan 2007 berusia 18-24 tahun, dan jumlah mahasiswa yang berpartisipasi sebanyak 126 mahasiswa. Didapatkan data bahwa sebanyak 82 responden (65.1%) tidak mengalami gangguan depresi, 36 responden (28.6%) mengalami gangguan depresi ringan, 8 responden (6.3%) mengalami gangguan depresi sedang, dan tidak didapatkan responden yang mengalami gangguan depresi berat (Hariyanto, 2010).

Mahasiswa merupakan individu yang berada pada masa usia perkembangan dewasa awal, yang merupakan periode yang penuh dengan tantangan, penghargaan, dan krisis (Potter dan Perry, 2005). Michael, dkk (2006) dalam penelitiannya kepada 1445 mahasiswa mendapatkan mahasiswa mengalami gejala depresi sejak awal kuliah dengan berbagai penyebab masalah, seperti masalah akademik, kesendirian, masalah ekonomi, dan sulit membangun hubungan. Untari (2005) menjelaskan bahwa masalah-masalah yang dihadapi mahasiswa bersifat akademis dan non akademis yang dapat menimbulkan gangguan mental emosional.

Konseling memiliki sejarah panjang dan telah teruji sebagai terapi untuk orang yang mengalami depresi. Dalam konseling teknik yang digunakan antara lain *Cognitive Behavior Therapy* (CBT), *Interpersonal Psychotherapy* (IPT), dan komunikasi terfokus pada psikoterapi (Puterbaugh, 2006). Gilbert (2004) menjelaskan bahwa untuk mengatasi depresi yang paling efektif ialah dengan menggunakan konseling terapi kognitif. Konseling adalah salah satu perawatan yang efektif dari kondisi depresi bila dibandingkan pengobatan depresi dengan menggunakan obat-obatan.

Mahasiswa yang mengalami depresi dapat melakukan konseling. Wanda, Mustikasari, Murtiwi, Nursasi, Rahmah, Sukmarini, dkk (2008) menjelaskan bahwa konseling harus dilakukan sejak awal mahasiswa masuk ke dalam lingkungan fakultas dan universitas agar dapat mempertahankan dan meningkatkan kondisi yang sudah baik, serta mencegah dan mengatasi masalah yang terjadi selama masa studi. Konseling dilakukan dengan tujuan memberikan pencerahan kepada klien agar ia lebih memahami dirinya,

mengenai situasinya, melihat berbagai alternatif dalam memecahkan masalahnya, dan memutuskan pilihannya (Depkes, 2004).

Pelayanan konseling di perguruan tinggi pada prinsipnya telah dilaksanakan sejak tahun 1981 (Badrujaman, 2011). Universitas Indonesia adalah perguruan tinggi negeri yang mempunyai fasilitas pelayanan konseling bagi mahasiswa. Pelayanan konseling bagi mahasiswa ditangani oleh Badan Konseling Mahasiswa (BKM) UI. BKM UI adalah wadah bagi mahasiswa dalam pemeliharaan kesejahteraan mental dengan memberikan bantuan psikologis untuk mahasiswa yang mengalami masalah akademis, pribadi, dan atau keluarga. Konseling memberikan arahan kepada mahasiswa untuk menemukan solusi dari masalah yang sedang dialami (BKM UI, 2011).

Berdasarkan wawancara pada satu orang klien yang sudah melakukan konseling menjelaskan bahwa konseling yang dilakukan di BKM UI memberikan arahan terhadap tekanan yang sedang dialami dalam proses perkuliahan. Klien diajak untuk menceritakan masalah yang sedang dialami sampai selesai. Selanjutnya konselor akan mengarahkan klien tersebut untuk menemukan solusi yang seharusnya dilakukan agar masalah yang dialami bisa teratasi.

Di BKM UI, konseling diberikan oleh seorang konselor. Konselor berperan sebagai fasilitator. Konselor mengarahkan klien untuk memahami masalah yang dialami (Gilbert, 2004). BKM UI mempunyai lima orang tenaga konselor sampai dengan tahun 2011 dengan rincian satu orang psikiater, tiga orang psikolog, dan satu orang konselor pendidikan (BKM UI, 2011).

Data yang diperoleh dari BKM UI menyatakan bahwa pada tahun 2011, sejak bulan Januari sampai dengan Desember, pengunjung BKM UI yang melakukan konseling sebanyak 159 mahasiswa. Data tersebut adalah jumlah mahasiswa yang melakukan kunjungan pertama kali ke BKM UI. Jumlah keseluruhan kunjungan sepanjang tahun 2011 ialah sebanyak 360 kunjungan. Setiap mahasiswa memiliki jumlah kunjungan berbeda-beda sesuai dengan tingkat permasalahan yang dialami. Permasalahan yang dialami bisa mengarah pada gejala depresi. Namun, sampai dengan saat ini belum ada

penelitian yang menilai tingkat depresi pada mahasiswa yang sudah melakukan konseling di BKM UI, sehingga penelitian ini penting dilakukan untuk memberikan gambaran tingkat depresi pada mahasiswa UI yang sudah melakukan konseling di BKM UI.

1.2 Rumusan Masalah

Di Indonesia, 11,6% dari populasi orang dewasa mudah mengalami gangguan emosional seperti depresi. Mahasiswa berada pada usia tersebut dan berada pada tahap perkembangan dewasa muda. Mahasiswa mudah mengalami gejala depresi sejak awal kuliah dengan penyebab masalah akademik, kesendirian, masalah ekonomi, dan sulit membangun hubungan. Mahasiswa yang mengalami depresi harus mendapatkan penanganan yang tepat. Konseling memiliki sejarah panjang dan telah teruji sebagai terapi untuk orang yang mengalami depresi. Universitas Indonesia menyediakan fasilitas konseling yang ada di BKM UI untuk membantu mahasiswa dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Sampai dengan saat ini belum ada penelitian yang dilakukan terkait tingkat depresi pada mahasiswa yang melakukan konseling. Oleh karena itu, peneliti ingin mengetahui bagaimana gambaran tingkat depresi pada mahasiswa UI yang melakukan konseling di BKM UI.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Memperoleh gambaran tingkat depresi mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penulisan penelitian ini adalah

- a. Teridentifikasinya karakteristik mahasiswa (umur, jenis kelamin, semester, fakultas, agama, jumlah kunjungan ke BKM UI) yang melakukan konseling di BKM UI;

- b. Teridentifikasinya penyebab depresi pada mahasiswa UI yang melakukan konseling di BKM UI;
- c. Teridentifikasinya keluhan yang dialami oleh mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI;
- d. Teridentifikasinya cara yang digunakan mahasiswa untuk mengatasi masalahnya sebelum datang ke BKM UI;
- e. Teridentifikasinya tingkat depresi mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pengelola Badan Konseling Mahasiswa

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk meningkatkan pelayanan konseling mahasiswa dalam membantu mengatasi masalah mahasiswa, khususnya mahasiswa yang mengalami masalah depresi. Pengelola BKM juga dapat menjadikan hasil penelitian sebagai landasan kebijakan dalam mengembangkan program konseling mahasiswa, serta mengevaluasi proses konseling yang diberikan kepada mahasiswa.

1.4.2 Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan kepada mahasiswa untuk melakukan konseling ketika mengalami depresi. Selain itu, hasil penelitian ini juga dapat memberi masukan kepada mahasiswa untuk memanfaatkan pelayanan konseling yang ada di Universitas Indonesia untuk membantu menyelesaikan masalahnya.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan fasilitas konseling dan data dasar tingkat depresi mahasiswa.

1.4.4 Bagi Institusi Keperawatan

Institusi keperawatan dapat memberikan bekal kepada perawat untuk bisa memiliki kemampuan mengidentifikasi tingkat depresi pada setiap pasien yang akan mendapatkan asuhan keperawatan. Institusi keperawatan juga dapat membekali perawat untuk menjadi konselor yang dapat menangani pasien depresi secara efektif.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Depresi

2.1.1 Pengertian Depresi

Depresi adalah emosi yang datang di tengah ketidakberdayaan, kegagalan individu, dan datang saat individu berusaha untuk mendapatkan kekuasaan yang belum dapat direalisasikan (Seligman, 1993). Depresi adalah perasaan sedih, pesimis, dan merasa sendirian yang merupakan bagian dari depresi mayor dan gangguan masalah *mood* lainnya (Kaplan & Sadock, 1996). Depresi adalah suatu perasaan kesedihan yang psikopatologis, disertai perasaan yang sedih, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju kepada meningkatnya keadaan mudah lelah yang sangat nyata sesudah bekerja sedikit saja, dan berkurangnya aktivitas yang bisa jadi menandakan adanya gangguan kesehatan (Tarigan, 2003; Untari, 2005).

2.1.2 Gejala Depresi

Gejala klinis depresi dapat terlihat sebagai salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*affective/ mood disorder*) yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa, dan lain sebagainya. Gejala-gejala depresi termasuk kesedihan mendalam dan/atau ketidakmampuan untuk mengalami kenikmatan. Gejala fisik dari depresi juga umum, termasuk energi kelelahan dan merasa sakit fisik. Meskipun orang-orang dengan depresi biasanya merasa lelah, mereka mungkin merasa sulit untuk tertidur, dan mungkin sering terbangun (Davison, dkk., 2010).

Keltner, dkk (1999) menjelaskan bahwa individu menderita gangguan depresi jika lima (atau lebih) gejala depresi telah ada selama periode dua minggu dan merupakan perubahan dari keadaan biasa seseorang. Gejala depresi ialah keadaan emosi yang tertekan sebagian besar waktu dalam satu hari, hampir setiap hari, yang ditandai oleh laporan subjektif (misal: rasa sedih atau hampa) atau pengamatan orang lain (misal: terlihat seperti ingin menangis).

Beberapa gejala yang mungkin terjadi pada seseorang yang mengalami depresi (Keltner, dkk., 1999) yaitu:

- Kehilangan minat atau rasa nikmat terhadap semua, atau hampir semua kegiatan sebagian besar waktu dalam satu hari, hampir setiap hari (ditandai oleh laporan subjektif atau pengamatan orang lain);
- Kehilangan berat badan yang signifikan saat tidak melakukan diet atau bertambahnya berat badan secara signifikan (misal: perubahan berat badan lebih dari 5% berat badan sebelumnya dalam satu bulan);
- Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari;
- Kegelisahan atau kelambatan psikomotor hampir setiap hari (dapat diamati oleh orang lain, bukan hanya perasaan subjektif akan kegelisahan atau merasa lambat);
- Perasaan lelah atau kehilangan kekuatan hampir setiap hari;
- Perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah yang berlebihan atau tidak wajar (bisa merupakan delusi) hampir setiap hari;
- Berkurangnya kemampuan untuk berpikir atau berkonsentrasi, atau sulit membuat keputusan, hampir setiap hari (ditandai oleh laporan subjektif atau pengamatan orang lain);
- Berulang kali muncul pikiran akan kematian (bukan hanya takut mati), berulang kali muncul pikiran untuk bunuh diri tanpa rencana yang jelas, atau usaha bunuh diri atau rencana yang spesifik untuk mengakhiri nyawa sendiri.

2.1.3 Penyebab Depresi

Dasar penyebab depresi yang pasti tidak diketahui. Banyak usaha untuk mengetahui penyebab dari gangguan ini. Faktor-faktor yang dihubungkan dengan penyebab dapat dibagi menjadi faktor biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial. Ketiga faktor tersebut juga dapat saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya (Kaplan, dkk, 1995). Davison dan Naela (2001) dalam Fausiah dan Widury (2005) membagi penyebab

terjadinya depresi ke dalam beberapa sudut pandang. Sudut pandang tersebut yaitu sudut pandang psikologi, sudut pandang kognitif, sudut pandang biologis, dan sudut pandang interpersonal.

Menurut sudut pandang psikologi, penyebab depresi menggunakan pendekatan psikoanalisa. Freud mengemukakan hipotesis bahwa potensi depresi ditumbuhkan sejak masa anak-anak. Proses pembentukan depresi berawal setelah anak mengalami kehilangan seseorang yang sangat dicintainya karena meninggal, perpisahan, atau penarikan afeksi. Kemudian anak tersebut menggabungkan orang yang hilang, dan mengidentifikasi diri dengannya. Periode ini diikuti periode berduka, dimana ia akan mengingat kenangan dari orang yang hilang dan memisahkan diri darinya dengan orang lain tersebut, yang dianggap meninggalkannya dan melepaskan pula ikatan yang tadinya digabungkan. Periode berduka akan menjadi periode berkelanjutan untuk menyiksa diri, menyalahkan diri, dan berakhir pada kondisi depresi.

Pada sudut pandang kognitif terdapat empat pendekatan kognitif untuk menjelaskan tentang depresi, yaitu teori Depresi Beck, teori *Learned Helplessness*, teori atribusi, dan teori *hopelessness*. Teori Depresi Beck menjelaskan bahwa depresi terjadi karena pemikiran individu tersebut dibiarkan pada interpretasi negatif. Interpretasi negatif tentang diri seperti gambaran pesimis tentang diri, dunia, dan masa depan. Keyakinan negatif dipicu oleh peristiwa-peristiwa hidup yang negatif seperti asumsi bahwa "saya harus sempurna". Sikap-sikap negatif akan membuat bias-bias kognitif dan memicu depresi.

Teori *Learned Helplessness* menjelaskan bahwa depresi muncul akibat peristiwa menyakitkan yang tidak dapat dikontrol. Peristiwa yang menyakitkan tersebut diperoleh dari pengalaman hidup yang tidak menyenangkan dan trauma yang gagal dikontrol oleh individu. Kondisi seperti itu akan menghasilkan ketidakberdayaan yang memicu depresi.

Teori atribusi merupakan penjelasan yang dimiliki seseorang tentang tingkah laku. Orang akan mengalami depresi apabila mengatribusi peristiwa negatif dengan atribusi global (mengumumkan semua kegagalan).

Selanjutnya muncul perasaan tidak berdaya, tidak ada respon yang memungkinkan untuk mengatasi situasi dan terjadilah depresi.

Teori *hopelessness* menjelaskan bahwa munculnya depresi berawal dari adanya peristiwa yang menyakitkan. Selanjutnya akan muncul perasaan tidak ada harapan, tidak ada respon yang memungkinkan untuk mengatasi situasi dan perkiraan. Hasil yang diharapkan tidak akan terjadi dan terjadilah depresi.

Asumsi sudut pandang interpersonal adalah bahwa individu yang depresi cenderung memiliki hubungan sosial yang kurang baik dan menganggap mereka kurang memberikan dukungan. Sedikitnya dukungan sosial dapat mengurangi kemampuan individu untuk mengatasi peristiwa yang negatif dan membuat mereka rentan terhadap depresi. Asumsi lainnya ialah orang-orang yang depresi cenderung mencari-cari kepastian bahwa orang lain sungguh-sungguh memperhatikan mereka dan mereka masih kurang puas.

2.1.4 Penanganan Depresi

Individu yang mengalami depresi harus mendapatkan penanganan segera. Jika dibiarkan lebih lanjut akan memicu perilaku tindakan bunuh diri (Hawari, 2010). Salah satu penanganan depresi ialah melalui konseling. Konseling merupakan proses bantuan penyelesaian masalah, bersifat terbuka dengan bertemu muka yang diberikan oleh tenaga profesional. Konseling dilakukan dengan pendekatan konsep holistik yang mencakup enam kesejahteraan yaitu kesejahteraan akademik, emosional, sosial, fisik, spiritual, dan okupasional (Wanda, dkk., 2008). Salah satu pendekatan pada konseling ialah pendekatan tingkah laku kognitif. Pendekatan konseling yang bersifat kognitif memfokuskan pada proses mental dan pengaruhnya pada kesehatan mental dan tingkah laku. Pendekatan ini menggunakan premis bahwa pikiran seseorang menentukan bagaimana perasaan klien dan bagaimana cara klien akan bertingkah laku (Lesmana, 2006).

Seligman (1993) menjelaskan bahwa terdapat empat terapi yang bekerja untuk membantu menyelesaikan gangguan depresi, yakni dua terapi

biologis dan dua terapi psikologis. Terapi biologis memberikan bantuan cukup efektif, namun keduanya memiliki efek samping yang serius. Terapi biologis tidak dapat memecahkan masalah mendasar sehingga depresi kemungkinan akan kembali, kecuali jika penderita depresi terus menerus minum obat. Terapi biologis terdiri dari terapi obat dan terapi *Electroconvulsive Syok* (ECS). Jenis utama terapi obat adalah trisiklik (misalnya, Elavil, Tofranil, dan Sinequan), Inhibitor MAO (Marplan, Nardil, dan Parnate), dan *serotonin reuptake inhibitor* (Prozac). Semua obat ini memakan waktu antara sepuluh hari dan tiga minggu untuk mulai bekerja. Mereka meringankan depresi nyata sekitar 65% dari waktu. Sekitar seperempat orang depresi tidak dapat atau tidak akan mengambil obat biasanya karena efek samping. *Electroconvulsive Syok* (ECS) adalah terapi yang menakutkan. Terapi ini mengurangi depresi berat sekitar 75% dari waktu. Banyak orang tidak akan setuju untuk ECS karena efek samping yang cukup, seperti kehilangan memori, perubahan kardiovaskular, dan kebingungan.

Terapi psikologis terdiri dari terapi kognitif dan terapi interpersonal. Terapi kognitif berusaha untuk mengubah cara berpikir orang yang depresi tentang kegagalan, kekalahan, kerugian, dan ketidakberdayaan. Terapi kognitif bekerja dengan baik, memberikan bantuan yang cukup untuk sekitar 70% dari orang yang depresi. Terapi Interpersonal (IPT) berfokus pada hubungan sosial, memiliki asal-usul dalam pengobatan psikoanalitik jangka panjang, melainkan terdiri dari 12-16 sesi, biasanya sekali seminggu. Pada IPT pasien diminta untuk mengevaluasi kembali peran yang hilang, mengekspresikan emosi tentang kerugian, mengembangkan keterampilan sosial yang cocok untuk peran baru, dan membangun dukungan sosial baru. IPT merupakan terapi yang singkat dan murah, tidak memiliki efek samping yang merugikan, dan telah terbukti cukup efektif terhadap depresi, memberikan bantuan pada 70% kasus.

Davison dan Naela (2001) dalam Fausiah dan Widury (2005) menjelaskan bahwa depresi dapat ditangani dengan empat cara, yakni:

a. Pendekatan Psikodinamik

Pendekatan ini akan membantu klien memperoleh hikmah dari konflik yang dialami dan mendorong pelepasan keluar kemarahan yang selama ini terpendam di dalam dirinya. Pendekatan ini akan membantu klien membuka motivasi yang tersembunyi.

b. Pendekatan *Cognitive Behavioral*

Pada pendekatan ini butuh adanya konselor mencoba mempersuasi klien depresi untuk merubah pandangannya tentang diri dan peristiwa yang negatif.

c. Pelatihan Keterampilan Sosial

Pendekatan perilaku memfokuskan pada upaya membantu klien meningkatkan interaksi sosialnya.

d. Pendekatan Biologis

Bentuk terapi biologis yang dapat digunakan pada klien depresi adalah ECT (*Electroconvulsive therapy*). ECT dianggap merupakan pengobatan yang paling optimal untuk depresi parah. Terapi lainnya ialah dengan pemberian obat depresi seperti *tricyclis* (imipramine dan amitriptyline), *selective serotonin reuptake inhibitor* (fluoxetine dan sertraline), *monoamine oxidase inhibitor* (parnate).

2.1.5 Instrumen *The Beck Depression Inventory*

Beck Depression Inventory (BDI) adalah instrumen pengukuran tingkat depresi yang dibuat oleh Dr. Aaron T. Beck. BDI pertama kali diterbitkan pada tahun 1961 terdiri dari dua puluh satu pertanyaan tentang bagaimana perasaan klien pada minggu terakhir terkait tanda dan gejala depresi. BDI merupakan salah satu instrumen yang paling banyak digunakan untuk mengukur tingkat keparahan depresi. Instrumen BDI dirancang untuk individu yang berusia 13 dan lebih, dan terdiri dari pertanyaan yang berhubungan dengan gejala depresi seperti keputusasaan dan marah, kognisi

seperti perasaan bersalah atau dihukum, serta gejala fisik seperti kelelahan, penurunan berat badan, dan kurangnya minat pada seks (Beck, 2006).

Instrumen BDI II terdiri dari 21 item pernyataan yang akan mengidentifikasi tingkat keparahan depresi. Gejala-gejala depresi yang teridentifikasi dari 21 item pernyataan modifikasi BDI II ialah kesedihan, pesimis, kegagalan masa lalu, kehilangan kesenangan, perasaan bersalah, perasaan dihukum, ketidaksukaan terhadap diri, kritikan terhadap diri, keinginan bunuh diri, menangis, gelisah, kehilangan ketertarikan, sulit mengambil keputusan, perasaan tidak berharga, kehilangan energi, perubahan pola tidur, sensitifitas (kemarahan), perubahan pola makan, sulit konsentrasi, kelelahan, dan kehilangan ketertarikan terhadap seks (Cooper, 2010).

Cooper (2010) menjelaskan bahwa temuan awal dari BDI disajikan menjadi faktor kognitif, afektif, dan somatik. Gejala depresi yang termasuk dalam faktor kognitif ialah kesedihan, pesimis, kegagalan masa lalu, perasaan bersalah, perasaan dihukum, ketidaksukaan terhadap diri, kritikan terhadap diri, keinginan bunuh diri, dan tidak berharga. Range nilai untuk faktor kognitif ialah 0-27. Gejala depresi yang termasuk dalam faktor afektif ialah kehilangan kenikmatan, menangis, gelisah, kehilangan ketertarikan, keraguan, iritabilitas, dan kehilangan ketertarikan terhadap seks. Range nilai untuk faktor afektif ialah 0-21. Gejala depresi yang termasuk pada faktor somatik ialah kehilangan energi, perubahan pola tidur, perubahan nafsu makan, sulit berkonsentrasi, dan kelelahan. Range nilai untuk faktor somatik ialah 0-15.

Jumlah dari semua nilai BDI menunjukkan tingkat keparahan depresi. Instrumen ini menetapkan hasil berbeda untuk populasi umum dan untuk individu yang telah didiagnosis dengan depresi klinis. Untuk populasi umum, skor 21 atau lebih mewakili depresi. Bagi orang yang telah didiagnosa secara klinis, skor dari 0 - 9 mewakili gejala depresi yang minimal atau masih dalam kondisi normal, 10 - 16 menunjukkan depresi ringan, nilai 17-29 mengindikasikan depresi sedang, dan 30-63 mengindikasikan depresi berat (*American Psychiatric Association*, 2000).

2.2 Tahap Tumbuh Kembang Dewasa Awal

2.2.1 Pengertian Dewasa Awal

Masa dewasa awal adalah periode antara remaja akhir dan pertengahan dewasa sampai akhir 30-an (Edelman dan Mandle, 1994 dalam Potter & Perry, 2005). Selama masa dewasa awal individu semakin terpisah dari keluarga asal, membangun tujuan karir, dan memutuskan apakah akan menikah dan memulai sebuah keluarga atau memutuskan untuk tetap sendiri. Dewasa awal adalah usia aktif dan harus beradaptasi dengan pengalaman baru. Penelitian oleh Levinson mengidentifikasi fase-fase perkembangan dewasa menjadi fase awal transisi dewasa (usia 18-20 tahun) ketika seseorang berpisah dari keluarga dan merasakan kebebasan; selanjutnya memasuki dunia kedewasaan (usia 21-27 tahun) ketika seseorang menyiapkan dan mencoba karir dan gaya hidup; masa transisi (usia 28-32 tahun) ketika seseorang secara besar-besaran memodifikasi aktivitas kehidupannya dan memikirkan tujuan masa depan (Potter & Perry, 2005).

Dewasa awal telah melengkapinya pertumbuhan fisiknya pada usia 20 tahun. Dewasa awal biasanya lebih aktif, mengalami penyakit berat tidak sesering kelompok usia yang lebih tua, cenderung mengabaikan gejala fisik, dan sering menunda dalam mencari perawatan kesehatan. Gaya hidup personal berkembang. Ciri perkembangan dewasa awal antara lain membina hubungan dengan orang lain; ada komitmen dan kompetensi; membuat keputusan tentang karir, pernikahan dan peran sebagai orang tua; individu berusaha mencapai dan menguasai dunia, kebiasaan berpikir rasional meningkat; pengalaman pendidikan, pengalaman hidup dan kesempatan dalam pekerjaan meningkat (Hurlock, 1993).

2.2.2 Tugas Tumbuh Kembang Dewasa Awal

Diekelmann (1976) dalam Potter dan Perry (2005) mengatakan bahwa dewasa awal mengalami tugas perkembangan untuk mendapatkan kebebasan dari pengawasan orang tua, mulai mengembangkan persahabatan yang akrab dan hubungan yang intim di luar keluarga. Dewasa awal membentuk seperangkat nilai pribadi, mengembangkan rasa identitas pribadi, serta

mempersiapkan untuk kehidupan kerja dan mengembangkan kapasitas keimanan. Perkembangan kedewasaan mencakup perubahan karakter dan sikap yang teratur.

Tugas utama pada usia ini ialah mengidentifikasi area pekerjaan yang diinginkan. Seseorang yang mengetahui persiapan pendidikannya, keahlian, bakat, dan karakteristik kepribadian akan menjadi lebih mudah dalam memilih pekerjaan dan mereka akan lebih puas dengan pilihannya. Semakin nyaman dewasa awal dalam menjalankan perannya, mereka semakin fleksibel dan terbuka untuk berubah. Selama masa usia dewasa awal, seseorang biasanya lebih perhatian pada pengejaran pekerjaan dan sosial. Selama periode ini pula individu mencoba untuk membuktikan status sosioekonominya. Hurlock (1993) menjelaskan tugas perkembangan pada masa dewasa awal ialah memilih pasangan, belajar hidup bersama orang lain sebagai pasangan, mulai berkeluarga, membesarkan anak, mengatur rumah tangga, mulai bekerja, mendapat tanggung jawab sebagai warga negara, dan menemukan kelompok sosial yang cocok.

2.2.3 Depresi Pada Dewasa Awal

Masa dewasa awal adalah periode yang penuh dengan tantangan, penghargaan, dan krisis. Tantangan ini meliputi tuntutan kerja dan membentuk keluarga. Dewasa awal harus membuat keputusan mengenai karir, pernikahan, dan menjadi orang tua. Pada usia dewasa awal juga menghadapi krisis seperti merawat orang tua yang telah lanjut usia. Dewasa awal kadang terjebak antara keinginan untuk memperpanjang masa remaja yang tidak ada tanggung jawab dan keinginan untuk memikul tanggung jawab dewasa. Dewasa yang gagal mencapai tugas perkembangan integrasi personal mengembangkan hubungan secara superfisial dan stereotip. Masalah kesehatan psikososial dewasa awal sering berhubungan dengan stres, seperti stres pada pekerjaan dan keluarga (Potter dan Perry, 2005). Depresi juga berkaitan dengan harga diri yang rendah karena merasa tak berdaya menghadapi kesulitan dalam kehidupan (Depkes, 2004).

2.3 Konseling

Secara etimologis, istilah konseling berasal dari bahasa latin, yaitu *consilium* yang berarti dengan atau bersama yang dirangkai menerima atau memahami. Sedangkan dalam bahasa Anglo-Saxon, istilah konseling berasal dari *sellan* yang berarti menyerahkan atau menyampaikan (Prayitno dan Amti, 2004). Menurut Mortense dalam Surya (2003) konseling secara terminologi adalah sebagai suatu proses antar pribadi, di mana satu orang dibantu oleh satu orang lainnya untuk meningkatkan pemahaman dan kecakapan, menemukan masalahnya.

Glading (2004) mendefinisikan konseling berkaitan dengan hubungan individu dengan bidang-bidang yang melibatkan hubungan antar manusia dan hubungan dengan dirinya sendiri, berhubungan dengan menemukan makna hidup dan penyesuaian dalam berbagai situasi (sekolah, karir, keluarga, dan lain-lain). Konseling adalah situasi bantuan penyelesaian masalah, bersifat terbuka, bertemu muka yang diberikan oleh tenaga profesional dengan pendekatan konsep holistik yang mencakup enam kesejahteraan, yaitu kesejahteraan akademik, emosional, sosial, fisik, spiritual, dan okupasional (Wanda, dkk., 2008).

Lesmana (2006) menjelaskan empat pendekatan utama yang digunakan konselor dalam melakukan konseling, yaitu pendekatan psikoanalitik, pendekatan humanistik, pendekatan tingkah laku dan kognitif, dan pendekatan sistem. Pendekatan psikoanalitik adalah pendekatan yang menekankan pentingnya riwayat hidup klien, pengaruh dari impuls-impuls genetik, energi hidup, pengaruh dari pengalaman dini kepada kepribadian individu, serta irasionalitas, dan sumber-sumber tidak sadar dari tingkah laku manusia. Pendekatan humanistik memfokuskan pada potensi individu untuk secara aktif memilih dan membuat keputusan tentang hal-hal yang berkaitan dengan dirinya sendiri dan lingkungan.

Pendekatan tingkah laku membantu klien untuk belajar cara bertindak yang baru dan pantas, atau membantu klien untuk memodifikasi atau mengeliminasi tingkah laku yang berlebihan. Teori konseling yang bersifat kognitif memfokuskan pada proses mental dan pengaruhnya pada

kesehatan mental dan tingkah laku. Pendekatan ini menggunakan premis bahwa pikiran seseorang menentukan bagaimana perasaan klien dan bagaimana cara klien akan bertingkah laku. Pendekatan sistem menekankan pada cara yang lebih kontekstual dalam memandang tingkah laku.

Konseling adalah suatu proses yang memerlukan dukungan berbagai macam faktor agar dapat berhasil. Glading (2004) menyebutkan lima faktor yang mendukung konseling, yaitu:

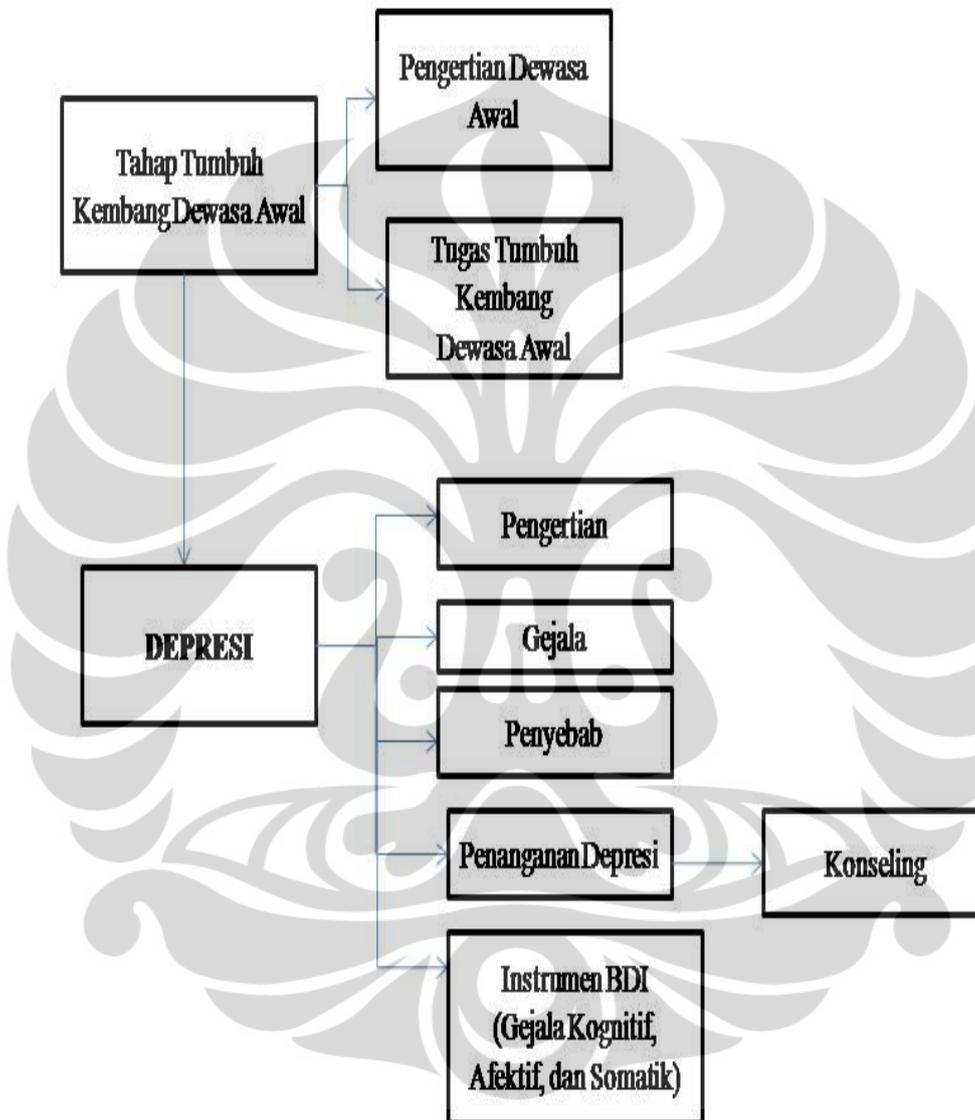
- Struktur adalah pemahaman bersama antara konselor dan klien mengenai karakteristik, kondisi, prosedur, dan parameter konseling. Struktur membantu memperjelas hubungan antara konselor dan klien, memberi arah, melindungi hak masing-masing, peran dan obligasi-obligasi baik dari konselor maupun klien, dan menjamin konseling sukses. Struktur ada sepanjang konseling, tetapi yang paling penting pada awal. Terlalu banyak struktur bisa menghambat konseling seperti tidak ada struktur. Memberi struktur sama dengan memberi orientasi kerangka kerja untuk terapi. Dengan struktur klien akan merasakan adanya rencana yang rasional, merupakan peta jalan konseling, menjelaskan tanggung jawab dalam menggunakan peta tersebut, dan mengurangi ambiguitas dalam hubungan konseling. Konselor yang tidak memberi struktur, akan memberi ketidakadilan kepada klien karena klien tidak tahu apa yang disebut dengan konseling. Klien akan merasa takut, tidak aman, bingung, dan takut, serta tidak bertanggung jawab untuk suksesnya konseling.
- Inisiatif dalam konseling dilihat sebagai motivasi untuk berubah. Konselor harus memiliki inisiatif yang tinggi untuk mengeksplorasi perasaan klien. Klien sebagai individu yang mempunyai kekhawatiran untuk menyampaikan data yang bersifat pribadi. Klien yang datang meskipun datang dengan kehendak sendiri, selalu mempunyai keraguan dan kecemasan dalam menghadapi proses konseling. Konselor harus menyadari akan ada sejumlah klien yang resisten. Sikap tak menilai yang dilakukan oleh konselor akan meningkatkan *trust*. Konselor berinisiatif dengan menggunakan persuasif. Cara lain dalam

menerapkan inisiatif sebagai motivasi adalah dengan konfrontasi. Konselor mengatakan kepada klien apa yang telah dilakukan, kemudian meminta tanggung jawab klien agar melakukan sesuatu yang lain.

- Tatanan fisik yang nyaman dapat meningkatkan proses konseling menjadi lebih baik. Tatanan fisik perlu diperhatikan karena dapat membantu menciptakan iklim psikologis yang kondusif untuk konseling. Tatanan yang nyaman, menarik, dan konselor yang menghargai klien akan memudahkan klien membuka diri kepada konselor karena tidak merasa terancam.
- Kualitas Klien. Jenis klien yang dianggap sukses dalam konseling adalah klien yang memiliki ciri-ciri *young, attractive, verbal, intelligent, successful*. Ciri-ciri klien yang kurang sukses dalam konseling adalah klien yang bersifat *homely, old, unintelligent, nonverbal, disadvantages*. Kesuksesan dalam konseling didukung oleh klien yang memiliki kemampuan untuk mengekspresikan diri dan menemukan *insight* yang dapat membantunya untuk lebih memahami dirinya dari percakapannya dengan konselor. Klien yang melakukan konseling harus mempunyai kesiapan untuk berubah. Konseling tidak bisa dimulai kalau klien tidak mengenali adanya kebutuhan untuk berubah. Klien yang melakukan konseling harus benar-benar datang atas kemauannya sendiri dan memahami apa yang akan dihadapinya.
- Kualitas Konselor. Konselor yang berkualitas sangat mendukung berhasilnya konseling. Seorang konselor harus ahli, menarik, dan dapat dipercaya. Seorang konselor harus bisa menempatkan diri dengan tempat ia memberi konseling, konselor bisa menyesuaikan diri dalam hal penampilan, busana, tutur kata, dan lain-lain.

2.4 Kerangka Teori

Teori yang berkaitan dengan penelitian mengenai gambaran tingkat depresi pada mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI dapat dijabarkan dalam skema 2.1 sebagai berikut:



Bagan 2.1

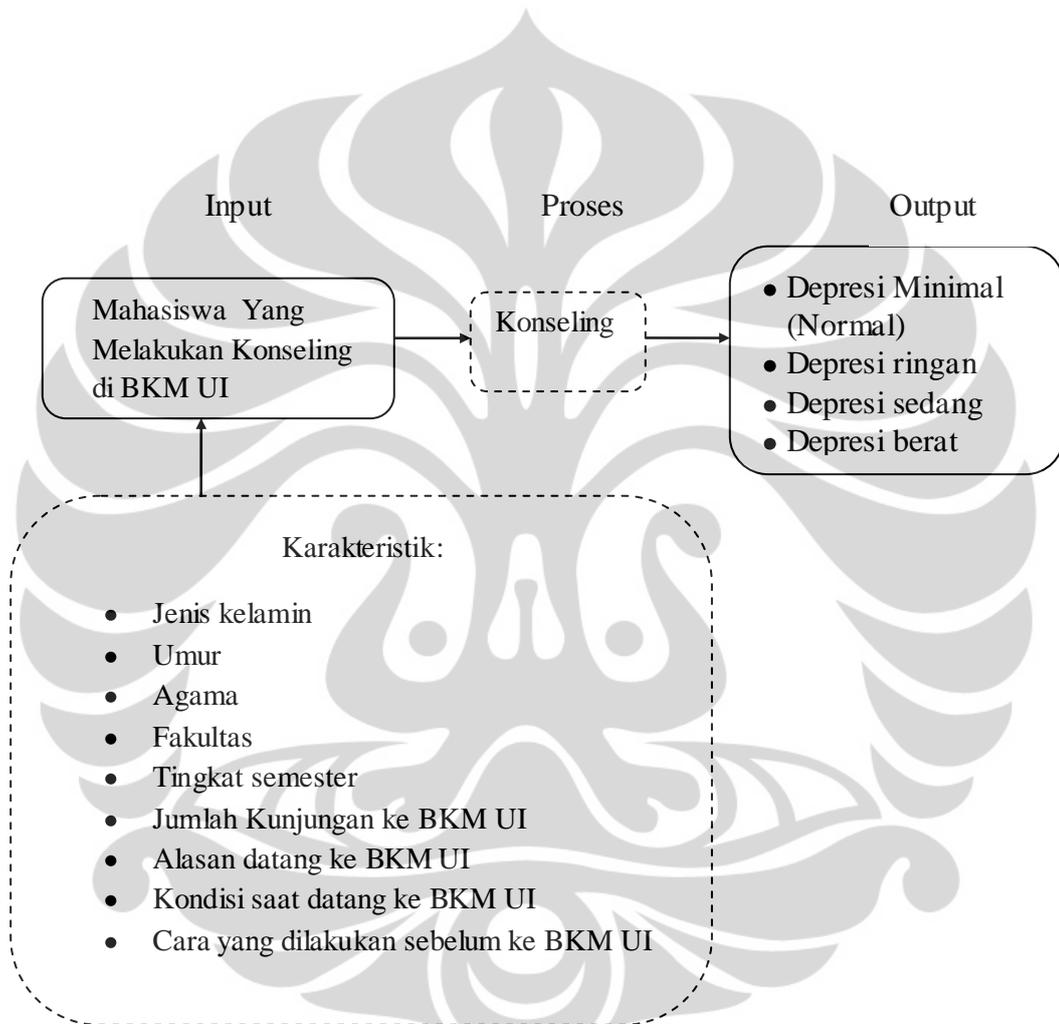
Sumber: Seligman, 1993; Kaplan & Sadock, 1996; Tarigan, 2003; Untari, 2005; Davison, dkk, 2010; Keltner, 1999; Kaplan, dkk, 1995; Fausiah & Widury, 2005; Hawari, 2010; Beck, 2006; Cooper, 2010; *American Psychiatric Association*, 2000; Wanda, dkk, 2008; Lesmana 2005; Prayitno & Amti, 2004; Surya, 2003; Glading, 2004.

BAB 3

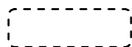
KERANGKA KONSEP PENELITIAN

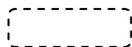
3.1 Kerangka Konsep

Skema 3.1 Kerangka Konsep



Keterangan:

 = Faktor yang diteliti

 = Faktor yang tidak diteliti

3.2 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Jenis Kelamin	Perbedaan seks dilihat dari ciri fisik dan biologis individu yang menjadi responden	Kuisisioner . 1 pertanyaan pada data karakteristik.	1. laki-laki 2. perempuan	Nominal
Umur	Satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan individu yang menjadi responden dalam tahap perkembangan dewasa muda yang melakukan konseling	Kuisisioner . 1 pertanyaan pada data karakteristik.	Dinyatakan pada tahun	Interval
Agama	Afiliasi seseorang pada keyakinan yang berhubungan dengan Sang	Kuisisioner . 1 pertanyaan pada data karakteristik.	1. Islam 2. Kristen/ Katolik 3. Hindu 4. Budha 5. Kong hu chu 6. dan lain-lain	Nominal

	Pencipta atau spiritualitas			
Fakultas	Tempat kuliah yang dipilih oleh responden	Kuisisioner . 1 pertanyaan pada data karakteristik.	<ol style="list-style-type: none"> 1. FK 2. FKG 3. FMIPA 4. FT 5. FIB 6. FISIP 7. FE 8. FH 9. FKM 10. FPSI 11. FASILKOM 12. FIK 13. VOKASI 	Nominal
Semester	Satuan waktu yang mengukur tingkat lamanya waktu kuliah yang sedang dilaksanakan saat responden mengisi kuisisioner.	Kuisisioner . 1 pertanyaan pada data karakteristik.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semester 2 2. Semester 4 3. Semester 6 4. Semester 8 5. > Semester 8 	Nominal
Kunjungan BKM	Banyaknya jumlah kunjungan yang dilakukan pada responden untuk	Kuisisioner . 1 pertanyaan pada data karakteristik.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kunjungan ke-1 2. Kunjungan ke-2 3. Kunjungan ke-3 4. > kunjungan ke-3 	Nominal

	konseling di BKM UI			
Alasan berkunjung ke BKM	Jawaban yang diperoleh dari responden tentang alasan berkunjung ke BKM UI	Kuisisioner . 1 pertanyaan pada data karakteristik.	1. Tidak punya teman 2. Merasa sedih 3. Masalah akademik 4. Dll, sebutkan...	Nominal
Tanda dan gejala depresi	Jawaban yang diperoleh dari responden tentang keluhan yang dialami	Kuisisioner . 1 pertanyaan pada data karakteristik.	1. Merasa tidak semangat 2. Merasa ingin bunuh diri 3. Gangguan pola makan dan pola tidur 4. Dll, sebutkan...	Nominal
Cara mengatasi keluhan	Jawaban yang diperoleh dari responden tentang cara mengatasi keluhan yang sudah dilakukan	Kuisisioner . 1 pertanyaan pada data karakteristik.	1. Bicara dengan teman 2. Bicara dengan PA 3. Tidak ada 4. Dll, sebutkan...	Nominal
Depresi	Tingkatan suatu perasaan kesedihan pada mahasiswa UI, disertai perasaan yang sedih,	Kuisisioner yang terdiri dari 21 pertanyaan menggunakan <i>instrument</i> <i>The Beck</i>	0-9 depresi minimal 10-16 depresi ringan 17-29 depresi sedang 30-63 depresi berat	Interval

kehilangan	<i>Depression</i>
minat dan	<i>Inventory</i>
kegembiraan,	(1996)
berkurangnya	yang
energi yang	menanyakan
menuju kepada	pada
meningkatnya	responden
keadaan mudah	mengenai
lelah yang	tingkatan
sangat nyata	depresi yang
sesudah	dialami.
bekerja sedikit	Menggunakan
saja, dan	skala likert
berkurangnya	0-3 dengan
aktivitas yang	nilai penilaian
bisa jadi	minimum 0
menandakan	dan maksimal
adanya	63.
gangguan	
kesehatan	

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah desain deskriptif dengan pendekatan studi potong lintang (*cross sectional*) yaitu suatu subjek penelitian hanya diobservasikan sekali saja dan pengukuran dilakukan sekaligus pada suatu saat yang sama (Notoatmojo, 2010). Subjek penelitian yang diobservasi satu kali pada penelitian ini ialah tingkat depresi pada mahasiswa. Pada penelitian ini yang ingin diketahui oleh peneliti adalah gambaran tingkat depresi pada mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI.

4.2 Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian yang diteliti dan telah memenuhi kriteria yang ditetapkan oleh peneliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah mahasiswa UI yang melakukan konseling di BKM UI.

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Berdasarkan tujuan penelitian, penelitian ini termasuk ke dalam penelitian deskriptif dengan variabel keluaran berupa variabel kategorik (depresi). Dengan demikian, rumus besar sampel yang digunakan adalah jumlah sampel untuk estimasi proporsi. Besar atau banyaknya sampel yang digunakan dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan metode Isaac and Michael dengan rumus (Kelana, 2011):

$$N = \frac{X^2 \cdot N \cdot P(1-P)}{d^2 \cdot (N-1) + X^2 \cdot P(1-P)}$$

$$X^2 = \text{Nilai tabel } \chi^2 \text{ square pada } df = 1, CI = 95\%$$

$$N = \text{Jumlah populasi yang akan diteliti (Rata-rata mahasiswa yang konseling di BKM UI adalah 30 orang setiap bulannya selama tahun 2011)}$$

$$P = \text{Proporsi populasi sebagai dasar asumsi } \rightarrow P = 0,5$$

$$D = \text{Presisi Mutlak } \rightarrow d = 0,05$$

Jadi sampel minimal yang akan diteliti adalah:

$$\begin{aligned}
 N &= \frac{X^2 \cdot N \cdot P (1-P)}{d^2 \cdot (N-1) + X^2 \cdot P (1-P)} \\
 N &= \frac{(0,95)^2 \cdot (30) \cdot (0,5) (1-0,5)}{(0,05)^2 \cdot (30-1) + (0,95)^2 \cdot 0,5 (1-0,5)} \\
 N &= \frac{(0,9025) \cdot (30) \cdot (0,25)}{(0,0725) + (0,225625)} \\
 N &= \frac{6,76875}{0,298125} \\
 N &= 22,7044 \text{ (dibulatkan menjadi 23 orang)}
 \end{aligned}$$

Peneliti mengantisipasi apabila terjadi data yang kurang lengkap atau responden berhenti di tengah jalan, maka jumlah sampel ditambah sebanyak 10% . Koreksi atau penambahan jumlah sampel berdasarkan prediksi sampel *drop out* dari penelitian. Formula yang digunakan untuk koreksi jumlah sampel adalah :

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan Rumus:

- n' : besar sampel setelah dikoreksi
- n : jumlah sampel berdasarkan estimasi sebelumnya
- f : prediksi presentase sampel *drop out*

Jadi sampel minimal setelah ditambah dengan perkiraan sampel *drop out* adalah sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 n' &= \frac{n}{1 - f} \\
 n' &= \frac{23}{1 - 0.1} \\
 n' &= 25,55
 \end{aligned}$$

Dari hasil perhitungan didapatkan bahwa jumlah responden sebanyak 25,55. Namun, berhubung penelitian ini menggunakan cara pengolahan data program komputer, dimana pada program tersebut jumlah data yang akan diolah harus minimal 32 data. Sehingga peneliti menetapkan bahwa jumlah sampel yang akan diambil ialah sebanyak 32 responden.

Sampel penelitian yang sudah ditetapkan berdasarkan perhitungan di atas diambil dengan menggunakan metode *non probability sampling* yakni *consecutive sampling*. Pengambilan sampel dilakukan kepada setiap responden yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah responden yang diperlukan terpenuhi. Pada penelitian ini pengambilan sampel dilakukan di BKM UI pada tanggal 25 April sampai dengan 15 Mei 2012. Sampel yang dipilih dalam penelitian ini adalah mahasiswa UI yang melakukan konseling di BKM UI.

Kriteria inklusi sampel dalam penelitian ini adalah:

1. Laki-laki dan perempuan
2. Mahasiswa UI program S1 yang melakukan konseling di BKM UI
3. Bersedia menjadi responden

Kriteria eksklusi sampel dalam penelitian ini adalah:

1. Mahasiswa UI program Pascasarjana
2. Mahasiswa UI yang sudah menyelesaikan studi S1
3. Mahasiswa UI yang melakukan konseling selain di BKM UI

Pengumpulan data berhasil dilakukan peneliti sejak 25 April 2012 sampai dengan 15 Mei 2012 di BKM UI. Pada kurun waktu tersebut peneliti berhasil mengumpulkan data penelitian sebanyak 32 mahasiswa yang memenuhi kriteria inklusi.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di kota Depok, tepatnya di Universitas Indonesia. Berdasarkan hasil pengamatan peneliti, kampus ini tepat untuk dijadikan tempat penelitian karena jumlah mahasiswanya cukup banyak, dan memiliki fasilitas konseling yang ada di BKM UI. Proses penelitian ini dilakukan mulai dari pertengahan bulan Maret sampai dengan bulan Juni 2012.

4.4 Etika Penelitian

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti dan masyarakat yang memperoleh dampak dari hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo,

2010). Etika berlangsung dari awal pembuatan proposal sampai dengan peneliti menuliskan teori dengan benar. Pada penelitian ini etika yang berlaku antara lain menghormati harkat dan martabat manusia dengan cara peneliti mempersiapkan formulir persetujuan obyek (*informed consent*); menghormati privasi dan kerahasiaan obyek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*) dengan cara peneliti tidak menampilkan informasi mengenai identitas atau kerahasiaan identitas obyek kepada orang lain; keadilan dan keterbukaan (*respect for justice and inclusiveness*) dengan cara peneliti menjelaskan prosedur penelitian; memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*) dengan cara kerugian dari penelitian harus diminimalisasi sekecil mungkin. Selanjutnya, peneliti menerapkan etika penelitian yang dibuat dengan meminta perizinan kepada pihak BKM UI dimana peneliti akan melakukan penelitian terhadap mahasiswa yang berkunjung ke BKM UI dengan membawa surat rekomendasi berupa surat perizinan melakukan penelitian dari FIK UI.

4.5 Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini akan dilakukan dengan menggunakan alat ukur penelitian berupa kuisisioner. Kuisisioner yang digunakan dalam proses penelitian ini terdiri dari dua bagian. Bagian pertama berisi pertanyaan yang berkaitan dengan data karakteristik responden (usia, jenis kelamin, agama, semester, fakultas, jumlah kunjungan ke BKM, alasan kunjungan ke BKM, keluhan yang dirasakan, dan cara mengatasi sebelum berkunjung ke BKM UI). Bagian kedua kuisisioner penelitian akan mencantumkan dua puluh satu pernyataan yang sesuai dengan alat ukur tingkat depresi yang digunakan. Kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini dengan menggunakan modifikasi *Instrument The Beck Depression Inventory* (1996) .

Uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian dilakukan pada mahasiswa FIK UI tingkat akhir yang sedang melaksanakan skripsi dengan jumlah responden sebanyak 31 mahasiswa pada tanggal 15- 20 April 2012. Mahasiswa FIK tingkat akhir yang sedang melaksanakan skripsi diperkirakan mudah mengalami depresi dengan alasan skripsi baru tahun pertama dilaksanakan di FIK, selain itu mahasiswa tingkat akhir di FIK juga masih memiliki beban SKS

untuk mata ajar perkuliahan dan praktik lapangan di rumah sakit. Sehingga uji validitas dan reliabilitas *Instrument The Beck Depression Inventory* dilakukan secara random pada mahasiswa S1 Reguler FIK UI angkatan 2008.

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan terhadap dua puluh satu pernyataan modifikasi *Beck Depression Inventoy*. Hasil uji terhadap dua puluh satu pernyataan tersebut didapatkan nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0,896. Nilai *r Alpha* lebih besar dibandingkan dengan nilai 0,6, maka dua puluh satu pernyataan modifikasi *Beck Depression Inventoy* dinyatakan reliabel. Dari hasil uji yang dilakukan oleh program komputer terlihat dari dua puluh satu pernyataan, terdapat dua pernyataan yaitu pernyataan depresi nomor 5 (0,339) dan pernyataan depresi nomor 21 (0,337) yang nilainya lebih rendah dari *r* tabel (0,355). Sehingga kedua pernyataan tersebut dinyatakan tidak valid. Langkah selanjutnya yang dilakukan peneliti ialah memodifikasi kembali pernyataan tersebut dengan cara mengkaji ulang sesuai dengan instrumen yang aslinya.

4.6 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data penelitian berdasarkan prosedur dibawah ini:

1. Setelah proposal penelitian disetujui dan disahkan oleh dosen pembimbing dan koordinator mata ajar, peneliti segera mengajukan surat permohonan izin untuk melakukan penelitian kepada BKM UI terhadap klien yang melakukan konseling di BKM UI;
2. Setelah disetujui oleh pihak BKM UI, peneliti berada di BKM UI sampai dengan jumlah responden berdasarkan perhitungan sampel terpenuhi;
3. Setelah mendapat calon responden, peneliti memberikan penjelasan dan meminta persetujuan calon responden untuk menjadi responden penelitian;
4. Selanjutnya setelah calon responden bersedia menjadi responden penelitian, peneliti menjelaskan isi dari lembar *informed consent* kepada responden;
5. Apabila responden telah memahami dan menyetujui, peneliti meminta tanda tangan responden sebagai tanda persetujuan;

6. Peneliti memberikan penjelasan tentang cara pengisian kuisisioner dan memberikan kesempatan responden untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti;
7. Peneliti memulai proses pengumpulan data dengan memberikan kuisisioner kepada responden;
8. Peneliti meminta responden untuk mengisi kuisisioner yang sudah diberikan;
9. Responden berhak mengajukan pertanyaan kepada peneliti apabila ada yang kurang di mengerti saat proses pengisian kuisisioner berlangsung;
10. Peneliti menunggu responden untuk mengisi kuisisioner sampai dengan selesai;
11. Setelah selesai peneliti akan mengumpulkan kembali kuisisioner penelitian dan memeriksa kelengkapan jawaban yang diberikan oleh responden;
12. Setelah pengecekan selesai, peneliti memberikan souvenir sebagai bentuk ucapan terima kasih karena telah bersedia membantu peneliti dalam mengerjakan tugas akhir.

4.7 Pengolahan dan Analisis Data

4.7.1 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu langkah yang penting dalam penelitian karena data yang diperoleh langsung dari penelitian masih mentah, belum memberikan informasi jelas, dan belum siap untuk disajikan. Pengolahan data yang dilakukan dalam penelitian ini dengan sistem pengolahan data manual dengan langkah- langkah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2009):

1. Editing

Peneliti melakukan pengecekan kuisisioner dengan memastikan kelengkapan, kejelasan, relevansi dan konsistensi jawaban responden. Pengecekan kuisisioner dilakukan setiap kali peneliti menerima hasil kuisisioner yang telah diisi oleh responden dengan melakukan *checklist* pada lembar pengecekan kuisisioner.

2. Coding

Peneliti merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka. *Coding* bermanfaat untuk mempermudah saat melakukan analisa data dan

mempercepat pemasukan data penelitian. Kuisisioner yang telah dilakukan proses *editing* terkait pengecekan terhadap kelengkapan informasi yang telah diberikan oleh responden, selanjutnya akan dilakukan perubahan dari data yang berbentuk huruf menjadi data yang berbentuk angka.

3. *Processing*

Peneliti memasukkan (*entry*) data kuisisioner yang telah di isi oleh responden ke paket komputer. Data kuisisioner yang telah dilakukan proses *editing* (pengecekan kelengkapan data) dan *coding* (pengubahan data yang berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka) akan dilanjutkan dengan memasukkan hasil *editing* ke program komputer.

4. *Cleaning*

Peneliti melakukan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan ke paket komputer. Setelah data hasil penelitian yang sudah mengalami proses *editing*, *coding* dan telah dimasukkan ke paket komputer (*processing*), maka langkah selanjutnya yang dilakukan oleh peneliti adalah mengecek kembali kelengkapan data yang sudah dimasukkan ke dalam paket komputer sehingga memudahkan peneliti untuk melakukan tahap analisa data.

4.7.2 Analisa Data

Analisa data dilakukan setelah semua data sudah dicek kembali dan sudah terkumpul sesuai dengan target sampel. Data yang sudah terkumpul selanjutnya akan diolah dan dianalisa. Pada penelitian ini data akan dianalisa dengan menggunakan analisis univariat

Analisa univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Analisa univariat dalam penelitian ini menggambarkan frekuensi dari seluruh variabel yang diteliti yaitu karakteristik responden dan tingkat depresi pada mahasiswa UI yang melakukan konseling.

Cara perhitungan dilakukan dengan rumus:

$$\text{Presentase: } \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

F = Frekuensi

N = Jumlah sampel

4.8 Jadwal kegiatan

Tabel 4.1 Jadwal kegiatan penelitian “Gambaran Tingkat Depresi pada Mahasiswa yang Melakukan Konseling di BKM UI”

Kegiatan	Waktu									
	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	
Proposal penelitian										
Sidang proposal										
Alat/Instrumen pengumpul data										
Pengecekan validasi instrument										
Pengumpulan data di lapangan										
Analisa data										
Pembuatan draft laporan										
Hasil laporan sementara										
Penyempurnaan isi laporan										
Penggandaan laporan										

4.9 Sarana Penelitian

Sarana penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah instrumen penelitian, alat tulis, komputer, kalkulator, buku referensi, sarana internet, dan sarana lain.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai hasil penelitian mengenai “Gambaran Tingkat Depresi pada Mahasiswa yang Melakukan Konseling di BKM UI” yang telah dilakukan sesuai dengan tujuan penelitian. Pengumpulan data responden dilaksanakan pada tanggal 25 April sampai dengan 15 Mei 2012 di Gedung PKM UI Lantai 2. Dari total 33 kuisioner yang disebar terdapat 32 kuisioner yang memenuhi persyaratan yang ditentukan dan dapat diolah. Pemaparan hasil penelitian yang ditampilkan berupa data karakteristik responden, dan hasil uji univariat terkait tingkat depresi. Perhitungan data dilakukan dengan menggunakan bantuan program komputer.

5.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang ditampilkan pada hasil penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, agama, fakultas, semester, jumlah kunjungan BKM, alasan datang ke BKM UI, kondisi responden saat melakukan konseling, dan cara yang dilakukan responden untuk mengatasi keluhan sebelum ke BKM UI.

5.1.1 Karakteristik Responden Menurut Usia

Responden yang melakukan konseling di BKM UI berada pada rentang usia 19-23 tahun. Responden terbanyak memiliki usia 20 tahun yaitu 9 orang (28.1%). Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.2 sebagai berikut:

Tabel 5.1 Distribusi Responden Menurut Usia di BKM UI Tahun 2012

Usia	Frekuensi	Persentase (%)
19 tahun	5	15.6
20 tahun	9	28.1
21 tahun	8	25.0
22 tahun	8	25.0
23 tahun	2	6.3
Total	32	100

5.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jumlah responden paling banyak berjenis kelamin perempuan. Jumlah responden perempuan yaitu sebanyak 25 orang (78,1 %). Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini:

Tabel 5.2 Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin di BKM UI Tahun 2012

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Perempuan	25	78.1
Laki-laki	7	21.9
Total	32	100

5.1.3 Karakteristik Responden Menurut Agama

Berdasarkan hasil pengisian kuesioner didapatkan data bahwa dari 32 (100%) responden, yang melakukan konseling di BKM UI adalah beragama Islam.

5.1.4 Karakteristik Responden Menurut Tingkatan Semester

Dari hasil penelitian didapatkan data bahwa sebagian besar responden berasal dari mahasiswa semester 4 yaitu sebanyak 10 orang (31.2%). Jumlah responden yang paling sedikit berasal dari semester 2 dan lebih dari semester 8, yaitu masing-masing sebanyak 2 orang (6.3%). Penjelasan lebih rinci mengenai frekuensi dari setiap tingkatan semester dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.3 Distribusi Responden Menurut Tingkatan Semester di BKM UI Tahun 2012

Tingkatan Semester	Jumlah	Persentase (%)
SEMESTER 2	2	6.3
SEMESTER 4	10	31.2
SEMESTER 6	9	28.1
SEMESTER 8	9	28.1
> SEMESTER 8	2	6.3
Total	32	100

5.1.5 Karakteristik Responden Menurut Fakultas

Dari 32 responden yang melakukan konseling di BKM UI sebagian besar berasal dari Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (FISIP) yaitu sebanyak 8 orang (25%). Penjelasan lebih rinci mengenai frekuensi dari setiap fakultas dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.4 Distribusi Responden Menurut Fakultas di BKM UI Tahun 2012

Fakultas	Jumlah	Persentase (%)
FMIPA	5	15.6
FT	4	12.5
FIB	4	12.5
FISIP	8	25.0
FE	2	6.3
FKM	1	3.1
FPSI	3	9.4
FASILKOM	2	6.2
FIK	3	9.4
Total	32	100

5.1.6 Jumlah Kunjungan ke BKM UI

Jumlah responden terbanyak ialah mahasiswa yang melakukan kunjungan ke-1 dan lebih dari kunjungan ke-3, jumlah responden masing-masing sebanyak 11 orang (34.4%). Penjelasan lebih rinci mengenai frekuensi berdasarkan jumlah kunjungan ke BKM UI dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.5 Distribusi Jumlah Kunjungan ke BKM UI Tahun 2012

Jumlah Kunjungan	Frekuensi	Persentase (%)
Kunjungan ke 1	11	34.4
Kunjungan ke 2	6	18.7
Kunjungan ke 3	4	12.5
> Kunjungan ke 3	11	34.4
Total	32	100

5.1.7 Alasan Datang ke BKM UI

Jumlah responden tertinggi memiliki 2 alasan datang ke BKM UI yaitu sebanyak 8 orang (25%). Jumlah responden terendah memiliki alasan datang karena tidak punya teman yaitu sebanyak 1 orang (3.1%). Penjelasan lebih rinci mengenai frekuensi berdasarkan jumlah kunjungan ke BKM UI dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.6 Distribusi Alasan Datang ke BKM UI Tahun 2012

Alasan Datang	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak punya teman	1	3.1
Merasa sedih	6	18.8
Masalah akademik	7	21.9
Masalah lainnya	6	18.8
Memiliki 2 alasan datang	8	25.0
Memiliki 3 alasan datang	4	12.5
Total	32	100

5.1.8 Kondisi Saat Kunjungan ke BKM UI

Jumlah responden terbanyak memiliki kondisi merasa tidak bersemangat yaitu sebanyak 16 orang (50%). Jumlah responden terendah memiliki kondisi merasa ingin bunuh diri yaitu sebanyak 1 orang (3.1%). Penjelasan lebih rinci mengenai kondisi klien saat datang ke BKM UI dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.7 Distribusi Kondisi Responden Saat Kunjungan ke BKM UI Tahun 2012

Kondisi saat Kunjungan	Frekuensi	Persentase (%)
Merasa tidak semangat	16	50.0
Merasa ingin bunuh diri	1	3.1
Kondisi lain-lain	4	12.5
Memiliki 2 kondisi depresi	5	15.6
Memiliki 3 kondisi depresi	3	9.4
Memiliki 4 kondisi depresi	3	9.4
Total	32	100

5.1.9 Cara yang Dilakukan Sebelum Berkunjung ke BKM UI

Jumlah responden tertinggi memilih cara bicara dengan teman untuk mengatasi keluhan yaitu sebanyak 11 orang (34.4%). Jumlah responden terendah melakukan cara bicara dengan pembimbing akademik (PA) untuk mengatasi keluhan sebanyak 1 orang (3.1%). Penjelasan lebih rinci mengenai distribusi frekuensi berdasarkan cara yang dilakukan untuk mengatasi keluhan sebelum datang ke BKM UI dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.8 Distribusi Cara yang dilakukan Responden untuk Mengatasi Keluhan Sebelum ke BKM UI Tahun 2012

Jumlah Kunjungan	Frekuensi	Persentase (%)
Bicara dengan teman	11	34.4
Bicara dengan PA	1	3.1
Tidak ada	6	18.8
Cara lain yg dilakukan	3	9.4
Memiliki 2 cara mengatasi keluhan	10	31.2
Memiliki 3 cara mengatasi keluhan	1	3.1
Total	32	100

5.2 Analisa Univariat

Proses analisa univariat dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran tingkat depresi mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI. Tingkat depresi merupakan tingkatan suatu perasaan kesedihan pada mahasiswa UI, disertai perasaan yang sedih, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju kepada meningkatnya keadaan mudah lelah yang sangat nyata sesudah bekerja sedikit saja, dan berkurangnya aktivitas yang bisa jadi menandakan adanya gangguan kesehatan. Peneliti akan mengklasifikasikan tingkatan depresi menjadi depresi minimal, depresi ringan, depresi sedang, dan depresi berat berdasarkan gejala-gejala depresi yang dirasakan oleh mahasiswa UI. Hasil penelitian pada tabel 5.9 menggambarkan tentang distribusi frekuensi tingkatan depresi mahasiswa yang berkunjung ke BKM UI. Jumlah mahasiswa terbanyak berada pada tingkatan depresi sedang yaitu sebanyak 15 orang (46.9%). Sebanyak 7 orang (21.9%) berada pada

tingkatan depresi ringan. Jumlah mahasiswa yang berada pada tingkatan depresi minimal dan depresi berat masing-masing sebanyak 5 orang (15.6%). Penjelasan lebih rinci mengenai distribusi frekuensi berdasarkan tingkatan depresi dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Tingkat Depresi Mahasiswa yang Melakukan Konseling di BKM UI Tahun 2012

Tingkat Depresi	Frekuensi	Persentase (%)
Depresi minimal	5	15.6
Depresi ringan	7	21.9
Depresi sedang	15	46.9
Depresi berat	5	15.6
Total	32	100

Hasil tingkatan depresi tersebut diperoleh berdasarkan variabel penelitian yang menggambarkan gejala depresi sesuai dengan alat ukur yang digunakan. Variabel-variabel penelitian yang menggambarkan gejala depresi meliputi kesedihan, pesimis, kegagalan masa lalu, kehilangan kenikmatan, perasaan bersalah, perasaan dihukum, ketidaksukaan terhadap diri, kegawatan, keinginan atau pikiran bunuh diri, menangis, gelisah, kehilangan ketertarikan, keraguan, tidak berharga, kehilangan energi, perubahan pola tidur, iritabilitas, perubahan nafsu makan, sulit konsentrasi, kelelahan, dan kehilangan ketertarikan terhadap seks. Penjelasan lebih rinci mengenai distribusi frekuensi gejala depresi dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Gejala Depresi Mahasiswa di BKM UI Tahun 2012

Gejala Depresi	Kondisi terbanyak yang dirasakan responden	Kondisi terendah yang dirasakan responden
Kesedihan	34.4% tidak merasa sedih	3.1% merasa sedih sepanjang waktu
Pesimis	43.8% merasa berkecil hati tentang masa depan	3.1% merasa tidak ada yang diharapkan untuk terjadi di masa depan

Gejala Depresi	Kondisi terbanyak yang dirasakan responden	Kondisi terendah yang dirasakan responden
Kegagalan	34.4% merasa telah lebih banyak gagal dari pada orang pada umumnya	9.4% merasa gagal total sebagai seorang manusia
Kehilangan Kenikmatan	37.5% merasa mendapatkan kepuasan dari hal-hal yang biasa dilakukan	9.4% merasa tidak mendapatkan kepuasan dari apapun yang biasa dilakukan dengan santai
Perasaan Bersalah	59.4% merasa bersalah atas beberapa hal yang telah dilakukan	6.2% merasa bersalah hampir sepanjang waktu
Perasaan dihukum	46.9% tidak merasa sedang dihukum	9.4% merasa sedang dihukum
Ketidaksukaan terhadap diri	37.5% kehilangan kepercayaan dirinya	9.4% tidak menyukai diri sendiri
Kritis Diri	34.4% merasa lebih kritis terhadap kesalahan diri sendiri daripada sebelumnya dan 34.4% menyalahkan diri sendiri atas semua keburukan yang telah terjadi	9.4% merasa mengkritik diri atas semua kesalahan yang dilakukan
Pikiran Bunuh Diri	78.1% tidak berpikir untuk bunuh diri	3.1% merasa ingin bunuh diri
Menangis	37.5% merasa seperti menangis, tetapi tidak menangis	3.1% selalu menangis belakangan ini
Gelisah	43.8% merasa lebih gelisah dari sebelumnya	3.1% merasa sangat gelisah sehingga sulit untuk tetap diam

Kehilangan ketertarikan	46.9% tidak kehilangan ketertarikan terhadap orang atau aktivitas lain	3.1% sangat sulit untuk tertarik pada siapapun
Keraguan	40.6% dapat membuat keputusan seperti biasa	9.4% sulit mengambil keputusan sama sekali
Tidak berharga	46.9% tidak merasa diri lebih buruk dari biasanya	6.2% merasa sangat tidak berharga
Kehilangan Energi	43.8% kehilangan energi dari biasanya	3.1% tidak memiliki energi untuk melakukan apapun
Perubahan pola tidur	81.2% tidur lebih sedikit dari biasanya atau tidur lebih banyak dari biasanya	3.1% bangun lebih cepat dari biasa dan tidak bisa kembali tidur
Iritabilitas	43.8% tidak lagi mudah marah	3.1% mudah marah setiap saat
Perubahan nafsu makan	46.9% tidak mengalami perubahan nafsu makan	15.6% nafsu makan berkurang banyak dari biasanya atau bertambah banyak dari biasanya
Sulit konsentrasi	65.6% tidak dapat berkonsentrasi dengan baik seperti biasanya	3.1% tidak dapat berkonsentrasi terhadap apapun
Kelelahan	59.4% merasa lebih mudah lelah dari biasanya	6.2% merasa sangat lelah untuk melakukan hampir semua pekerjaan yang biasa dilakukan
Ketertarikan terhadap seks	78.1% tidak menyadari adanya perubahan minat dalam hal seks akhir-akhir ini	6.2% kehilangan ketertarikan dalam hal seks dibandingkan biasa

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai pembahasan hasil penelitian yang telah dilakukan sesuai dengan tujuan penelitian. Pembahasan yang dilakukan berupa pembahasan terkait karakteristik mahasiswa yang melakukan konseling dan tingkat depresi mahasiswa UI yang melakukan konseling di BKM UI. Pembahasan hasil penelitian akan dilakukan sesuai dengan teori yang disampaikan pada bab tinjauan pustaka. Pada bab ini juga akan dijelaskan mengenai keterbatasan yang dialami peneliti selama melakukan penelitian, serta implikasi hasil penelitian terhadap profesi keperawatan.

6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

Universitas Indonesia adalah universitas yang memiliki fasilitas Badan Konseling Mahasiswa (BKM) yang dapat digunakan oleh mahasiswa Universitas Indonesia dalam membantu menyelesaikan permasalahan yang dialami selama berada di kampus. BKM UI adalah wadah bagi mahasiswa dalam pemeliharaan kesejahteraan mental dengan memberikan bantuan psikologis untuk mahasiswa yang mengalami masalah akademis, pribadi dan atau keluarga (BKM UI, 2011).

Universitas Indonesia memiliki dua belas fakultas yang berada di kampus Depok dan Salemba. Data yang menarik dari hasil penelitian ini yaitu mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI sebagian besar berasal dari Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (FISIP) sebanyak 25%. Berdasarkan wawancara lebih lanjut dengan koordinator BKM UI, banyaknya mahasiswa FISIP yang melakukan konseling di BKM UI dikarenakan adanya sikap *awareness* dari pihak fakultas terhadap kondisi mahasiswanya. Di FISIP juga terdapat BKM Fakultas yang selalu memberikan rujukan kepada mahasiswa yang memiliki masalah untuk melakukan konseling di BKM UI. Hal tersebut mendukung banyaknya mahasiswa FISIP yang berkunjung ke BKM UI.

Berdasarkan tingkat semester menunjukkan bahwa jumlah mahasiswa terbanyak yang melakukan konseling berada pada semester ke-4 yaitu sebanyak 10 orang (31.2%). Mahasiswa yang berada pada semester ke-4 memiliki beban

mata kuliah yang padat dibarengi dengan keinginan untuk mengaktualisasikan diri di lembaga organisasi, serta berbagai tuntutan kehidupan kampus lainnya. Mahasiswa yang berada semester 4 merupakan mahasiswa yang berusia 20 tahun. Hal tersebut selaras dengan hasil penelitian berdasarkan karakteristik usia. Dimana jumlah responden terbanyak juga berada pada usia 20 tahun, yaitu sebanyak 9 mahasiswa (28.1%). Rata-rata usia mahasiswa yang melakukan konseling berada pada usia 20,78 atau dibulatkan menjadi 21 tahun.

Data yang didapat dari penelitian yang dilakukan bahwa mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI berada pada rentang usia 19-23 tahun. Rentang usia 19-23 tahun merupakan fase transisi manusia dari remaja menjadi dewasa. Mahasiswa mulai berpisah dengan orang tuanya dan merasakan kebebasan hidup dalam melaksanakan perkuliahan di Universitas Indonesia. Dewasa awal telah melengkapi pertumbuhan fisiknya pada usia 20 tahun. Dewasa awal biasanya lebih aktif, mengalami penyakit berat tidak sesering kelompok usia yang lebih tua, cenderung mengabaikan gejala fisik, dan sering menunda dalam mencari perawatan kesehatan. Gaya hidup personal berkembang (Hurlock, 1993).

Ciri perkembangan dewasa awal antara lain membina hubungan dengan orang lain; ada komitmen dan kompetensi; membuat keputusan tentang karir, pernikahan dan peran sebagai orang tua; individu berusaha mencapai dan menguasai dunia, kebiasaan berpikir rasional meningkat; pengalaman pendidikan, pengalaman hidup dan kesempatan dalam pekerjaan meningkat (Hurlock, 1993). Mahasiswa yang tidak dapat memenuhi tugas perkembangan usia dewasa awal, seperti tidak dapat mengembangkan gaya hidup personal, gagal membina hubungan dengan orang lain, dan berbagai masalah lainnya, akan memicu mahasiswa merasakan masalah yang membuat stress. Stress yang tidak tertangani akan membuat mahasiswa mengalami depresi.

Karakteristik mahasiswa berdasarkan jenis kelamin mengidentifikasi bahwa jumlah mahasiswa terbanyak yang melakukan konseling di BKM memiliki jenis kelamin perempuan. Jumlah mahasiswa yang memiliki jenis kelamin perempuan sebanyak 25 mahasiswa (78,1 %). Jumlah mahasiswa berjenis kelamin laki-laki yang melakukan konseling di BKM sebanyak 7 orang (21,9%). Perbandingan perempuan dan laki-laki yang berpeluang mengalami depresi

sebanyak 25:7. Hal tersebut mengidentifikasi bahwa mahasiswa yang berjenis kelamin perempuan lebih mudah mengalami masalah dan membutuhkan konseling. Mahasiswa yang mengalami masalah yang dapat berujung pada penyakit depresi. Hasil penelitian berdasarkan jenis kelamin yang didapatkan sesuai dengan hasil penelitian di Eropa dan Amerika Serikat. Hasil penelitian tersebut memperkirakan bahwa 9-26% perempuan dan 5-12% laki-laki pernah menderita penyakit depresi yang gawat didalam kehidupannya (Keltner, dkk., 1999).

Depresi lebih banyak terjadi pada perempuan karena perempuan pada usia dewasa muda berada pada kematangan seksual, dimana hormon estrogen, progesteron, dan testosteron berubah setiap minggu mengikuti siklus haid. Hormon-hormon tersebut menentukan apa yang ingin dilakukan otak yang akan mengarahkan perilaku seseorang. Perubahan estrogen dan progesteron akan mempercepat gejala-gejala yang berkaitan dengan suasana hati. Gelombang hormon estrogen dan progesterone pada saat menstruasi mempengaruhi emosi wanita, wanita menjadi peka terhadap perbedaan emosi seperti persetujuan dan ketidaksetujuan, serta penerimaan dan penolakan.

Perempuan lebih mudah terkena depresi juga dikarenakan perempuan lebih terfokus pada hubungan, menentukan pasangan seumur hidup, dan memilih karir atau pekerjaan sesuai dengan kepentingan keluarga (Brizendine, 2007). Semiun (2006) menjelaskan perempuan lebih mudah menderita depresi karena wanita lebih kuat menggeneralisasikan sikap-sikap negatif secara berlebihan daripada pria.

Karakteristik responden lainnya ialah mengidentifikasi jumlah kunjungan konseling yang dilakukan. Dari hasil penelitian dapat teridentifikasi sebanyak 11 mahasiswa (34.4%) melakukan kunjungan pertama dan kunjungan lebih dari tiga kali. Kunjungan pertama mengidentifikasi bahwa mahasiswa yang datang ke BKM UI merupakan mahasiswa yang baru mengalami masalah dan membutuhkan BKM UI untuk membantu menyelesaikan masalahnya. Kunjungan lebih dari tiga kali mengidentifikasi bahwa konseling merupakan proses berkesinambungan yang tidak akan selesai hanya dengan satu kali pertemuan. Proses konseling akan selesai jika masalah-masalah yang dirasakan oleh mahasiswa telah berhasil

teratasi. Data terbanyak yang menyatakan bahwa jumlah responden terbanyak melakukan kunjungan lebih dari tiga kali sejalan dengan salah satu terapi yang konseling yang dapat digunakan untuk menangani depresi, yaitu terapi interpersonal. Pada terapi interpersonal, konselor akan fokus membantu menyelesaikan masalah melalui hubungan sosial. Penanganan depresi dengan terapi interpersonal terdiri dari 12 sampai dengan 16 kali sesi konseling yang biasanya dilakukan sekali dalam seminggu (Seligman, 1993).

Dari penelitian yang dilakukan dapat menggambarkan bahwa tingkat depresi rata-rata mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI berada pada tingkat depresi sedang. Rata-rata skor tingkat depresi yang didapat ialah 20.375 atau dapat dibulatkan menjadi 20. Rata-rata tersebut selaras dengan jumlah responden terbanyak berada pada tingkat depresi sedang. Sebanyak 15 mahasiswa (46.9%) berada pada tingkatan depresi sedang, 7 mahasiswa (21.9%) berada pada tingkatan depresi ringan, 5 mahasiswa (15.6%) berada pada tingkatan depresi minimal atau kondisi normal, dan 5 mahasiswa (15.6%) berada pada tingkatan depresi berat.

Hasil penelitian serupa di Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Atma Jaya yang dilakukan kepada mahasiswa angkatan 2007 didapatkan data bahwa sebanyak 82 responden (65.1%) tidak mengalami gangguan depresi, 36 responden (28.6%) mengalami gangguan depresi ringan, 8 responden (6.3%) mengalami gangguan depresi sedang, dan tidak didapatkan responden yang mengalami gangguan depresi berat (Hariyanto, 2010). Jika dibandingkan hasil kedua penelitian tersebut, tingkat depresi pada mahasiswa UI cenderung lebih tinggi jika dibandingkan dengan tingkat depresi di Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Atma Jaya. Hal tersebut dikarenakan penelitian yang dilakukan di Unika Atma Jaya terbatas hanya pada satu fakultas, sedangkan penelitian ini dilakukan kepada seluruh mahasiswa UI yang berasal dari berbagai fakultas. Selain itu, kriteria responden pada penelitian yang dilakukan di Unika Atma Jaya ialah hanya mahasiswa yang berada pada angkatan 2007, sedangkan penelitian yang dilakukan di UI memiliki kriteria responden mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI.

Mahasiswa yang melakukan konseling mengindikasikan dirinya sedang memiliki masalah dan membutuhkan bantuan konselor untuk membantu menyelesaikan masalahnya. Sehingga, sangat wajar jika hasil yang didapat ialah tingkat depresi pada mahasiswa UI yang melakukan konseling lebih tinggi daripada tingkat depresi pada mahasiswa fakultas kedokteran Unika Atma Jaya.

Pada alat ukur BDI II, gejala depresi disajikan menjadi faktor kognitif, afektif, dan somatik (Cooper, 2010). Gejala terbanyak merupakan gejala kognitif. Gejala depresi yang termasuk dalam faktor kognitif ialah kesedihan, pesimis, kegagalan masa lalu, perasaan bersalah, perasaan dihukum, ketidaksukaan terhadap diri, kritikan terhadap diri, keinginan bunuh diri, dan tidak berharga. Gejala berikutnya ialah gejala afektif, yaitu terdiri atas kehilangan kenikmatan, menangis, gelisah, kehilangan ketertarikan, keraguan, iritabilitas, dan kehilangan ketertarikan terhadap seks. Gejala depresi terendah berasal dari faktor somatik. Gejala depresi yang termasuk pada faktor somatik ialah kehilangan energi, perubahan pola tidur, perubahan nafsu makan, sulit berkonsentrasi, dan kelelahan.

Gejala kognitif yang teridentifikasi yaitu 11 (34.4%) dari 32 mahasiswa yang melakukan konseling merasa tidak sedih. Sebanyak 14 (43.8%) dari 32 mahasiswa merasa berkecil hati tentang masa depan. Sebanyak 11 (34.4%) dari 32 mahasiswa merasa lebih banyak gagal daripada orang pada umumnya. Sebanyak 19 (59.4%) dari 32 mahasiswa merasa bersalah atas beberapa hal yang telah dilakukan. Sebanyak 15 (46.9%) dari 32 mahasiswa tidak merasa sedang dihukum. Sebanyak 12 (37.5%) dari 32 mahasiswa kehilangan kepercayaan diri. Sebanyak masing-masing 11 (34.4%) dari 32 mahasiswa merasa lebih kritis terhadap kelemahan atau kesalahan diri sendiri daripada sebelumnya dan merasa menyalahkan diri sendiri atas semua keburukan yang telah terjadi. Sebanyak 25 (78.1%) tidak memiliki pikiran untuk bunuh diri. Sebanyak 15 (46.9%) dari 32 mahasiswa tidak merasa dirinya lebih buruk dari biasanya.

Berdasarkan presentase terbesar, yakni 78.1% mahasiswa menyatakan tidak memiliki pikiran untuk bunuh diri. Hal tersebut mengidentifikasi bahwa depresi yang dialami oleh mahasiswa sudah tertangani oleh proses konseling. Jika gejala depresi yang muncul pada mahasiswa tidak segera mendapatkan penanganan akan membuat mahasiswa memiliki pikiran atau keinginan bunuh

diri. Kondisi tersebut diperkuat dengan penejelasan dari Hawari (2010) yang menjelaskan bahwa jika depresi dibiarkan lebih lanjut akan memicu perilaku tindakan bunuh diri.

Gejala kognitif yang dapat mengidentifikasi depresi ialah sebanyak 59.4% mahasiswa merasa bersalah atas beberapa hal yang telah dilakukan, 43.8% mahasiswa merasa berkecil hati tentang masa depan, dan 37.5% mahasiswa kehilangan kepercayaan diri. Perasaan bersalah, kecil hati tentang masa depan, dan kehilangan kepercayaan diri merupakan penyebab kognitif yang mengidentifikasi adanya depresi karena ketiga hal tersebut merupakan interpretasi negatif tentang diri yang akan berlanjut menjadi depresi yang lebih berat jika tidak mendapatkan penanganan segera. Kondisi tersebut sesuai dengan teori depresi Beck (Davison dan Naela (2001) dalam Fausiah dan Widury (2005)) yang menyatakan penyebab kognitif depresi berasal dari interpretasi negatif tentang diri seperti pesimis tentang diri, dunia, dan masa depan. Negatif diri yang dimaksudkan oleh Beck ialah kondisi yang membuat saya harus sempurna.

Sebanyak 34.4% mahasiswa merasa lebih banyak gagal daripada orang pada umumnya mengidentifikasi mahasiswa berpotensi mengalami tingkat depresi yang berat. Kegagalan yang dirasakan dan tidak dapat dikontrol akan membuat mahasiswa merasakan ketidakberdayaan. Jika ketidakberdayaan tersebut muncul dan tidak mendapatkan penanganan segera akan memicu terjadinya depresi. Proses tersebut sesuai dengan teori *Learned Helplessness* (Davison dan Naela (2001) dalam Fausiah dan Widury (2005)). Menurut teori *Learned Helplessness*, depresi muncul akibat peristiwa menyakitkan yang tidak dapat dikontrol, diperoleh dari pengalaman hidup yang tidak menyenangkan dan trauma yang gagal dikontrol oleh individu, menghasilkan ketidakberdayaan yang memicu depresi.

Sebanyak 34.4% mahasiswa merasa lebih kritis terhadap kelemahan atau kesalahan diri sendiri daripada sebelumnya. Sebanyak 34.4% mahasiswa pula merasa menyalahkan diri sendiri atas semua keburukan yang telah terjadi. Gejala tersebut bisa mengidentifikasi depresi karena mahasiswa menyalahkan diri sendiri atas semua keburukan yang telah terjadi, berarti ada peristiwa yang menyakitkan. Akhirnya membuat mahasiswa tidak memiliki harapan dan lebih

menyalahkan diri sendiri. Selain itu, tidak adanya respon yang dapat mengatasi situasi tersebut dan akan berakhir pada depresi. Kondisi ini sesuai dengan penyebab kognitif depresi menurut teori *Hopelessness*. Menurut teori *hopelessness* (Davison dan Naela (2001) dalam Fausiah dan Widury (2005)), munculnya depresi berawal dari adanya peristiwa yang menyakitkan. Selanjutnya akan muncul perasaan tidak ada harapan, tidak ada respon yang memungkinkan untuk mengatasi situasi dan perkiraan. Hasil yang diharapkan tidak akan terjadi dan terjadilah depresi.

Dari penelitian, gejala depresi yang berasal dari faktor afektif mengidentifikasi sebanyak 12 (37.5%) dari 32 mahasiswa merasa mendapatkan kepuasan dari hal-hal yang biasa dilakukan. Sebanyak 19 (59.4%) mahasiswa merasa seperti menangis, tetapi tidak bisa menangis. Sebanyak 14 (43.8%) mahasiswa merasa lebih gelisah atau tegang dari biasanya. Sebanyak 15 (46.9%) mahasiswa tidak kehilangan ketertarikan terhadap orang lain atau aktivitas lain. Sebanyak 13 (40.6%) mahasiswa mampu membuat keputusan seperti biasa dilakukan. Sebanyak 14 (43.8%) mahasiswa merasa tidak lagi mudah marah atau lelah dari biasanya. Sebanyak 25 (78.1%) mahasiswa tidak menyadari adanya perubahan minat dalam hal seks akhir-akhir ini. Hasil tersebut menunjukkan bahwa mahasiswa tidak mengalami gejala-gejala depresi yang berasal dari faktor afektif karena mahasiswa merasa mendapatkan kepuasan dari hal-hal yang biasa dilakukan, mahasiswa tidak kehilangan ketertarikan terhadap orang lain atau aktivitas lain, mahasiswa mampu membuat keputusan seperti biasa dilakukan, mahasiswa merasa tidak lagi mudah marah atau lelah dari biasanya, dan mahasiswa tidak menyadari adanya perubahan minat dalam hal seks akhir-akhir ini.

Gejala depresi yang berasal dari faktor somatik mengidentifikasi sebanyak 14 (43.8%) mahasiswa kehilangan energi daripada biasanya atau butuh energy ekstra untuk mengerjakan pekerjaan seperti biasanya. Sebanyak 26 (81.2%) mahasiswa memiliki tidur lebih sedikit atau tidur lebih banyak dari biasanya. Sebanyak 15 (46.9%) mahasiswa tidak mengalami perubahan nafsu makan. Sebanyak 21 (65.6%) mahasiswa tidak dapat berkonsentrasi dengan baik

seperti biasanya. Sebanyak 19 (59.4%) mahasiswa merasa lebih mudah lelah dari biasanya. Empat dari gejala somatik ini dirasakan oleh mahasiswa UI.

Gejala somatik yang tidak dirasakan oleh mahasiswa UI ialah perubahan nafsu makan, sedangkan gejala somatik yang terlihat pada mahasiswa UI antara lain mahasiswa kehilangan energi, mengalami gangguan pola tidur, kelelahan, dan tidak dapat berkonsentrasi dengan baik. Menurut Seimun (2006), gejala somatik meliputi gangguan tidur, gangguan selera makan, dan seks. Dimana gejala-gejala tersebut disebabkan oleh dua faktor, yaitu penyebab yang muncul karena individu mengalami kesedihan dan kesedihan memiliki pengaruh yang mengacaukan; faktor kedua depresi dikaitkannya dengan bermacam-macam perubahan biokimia dalam otak dan perubahan-perubahan tersebut mempengaruhi fungsi hipotalamus yang pada gilirannya akan mempengaruhi tidur, selera makan, dan seks. Beberapa gejala somatik seperti kehilangan energi, gangguan pencernaan tidak disebabkan oleh depresi itu sendiri, melainkan hanya merupakan gejala depresi sekunder yang terjadi karena individu tidak tidur dengan baik, tidak makan dengan baik, dan tidak melakukan gerakan badan.

Alasan terbanyak mahasiswa berkunjung ke BKM UI dikarenakan masalah akademik sebanyak 21.9%. Berdasarkan alasan datang ke BKM UI dapat teridentifikasi sebanyak 20 mahasiswa memiliki satu permasalahan, 8 mahasiswa memiliki dua alasan datang, dan 4 mahasiswa memiliki tiga alasan datang. Kompleksitas masalah akan mempengaruhi lamanya proses konseling yang akan diberikan. Kompleksitas masalah ini juga harus mendapatkan penanganan yang tepat agar masalah dialami tidak menjadi pemicu depresi.

Masalah akademik menjadi masalah tertinggi bagi mahasiswa dikarenakan dari sudut pendidikan, kualitas SDM yang tinggi dapat dicerminkan dari tercapainya prestasi akademik yang tinggi. Tolak ukur dari prestasi akademik ialah IPK yang tinggi (Nugrasanti, 2006). Mahasiswa UI yang tidak dapat mencapai standar minimum IPK yang ditetapkan akan mengalami masalah akademik. Nugrasanti (2006) menjelaskan bahwa masalah akademik disebabkan karena adanya prokrastinasi akademik, yaitu perilaku mahasiswa menunda-menunda mengerjakan atau menyelesaikan tugas akademik. Perilaku tersebut dapat dilihat pada mahasiswa Fakultas Psikologi Universitas Indonesia yang

menunda-nunda untuk memulai dan menyelesaikan makalah, menyerahkan tugas melewati batas waktu, menunda untuk membaca bahan kuliah, malas membuat catatan kuliah, terlambat masuk kelas, dan belajar pada malam terakhir menjelang ujian. Fenomena seperti itu seringkali juga terjadi pada mahasiswa Universitas Indonesia. Fenomena tersebut mengakibatkan nilai IPK mahasiswa menjadi rendah. Nilai IPK mahasiswa rendah akan mempunyai dampak yang kurang menguntungkan bagi mahasiswa. Hal tersebut dapat berlanjut pada hal-hal yang mengakibatkan kegagalan dalam beberapa mata kuliah penting. Davison & Naela (2001) dalam Fausiah dan Widury (2005) menjelaskan bahwa salah satu penyebab depresi ialah teori atribusi. Seseorang akan mengalami depresi apabila mengatribusi peristiwa negatif. Salah satu peristiwa negatif ialah kegagalan dalam mata kuliah. Mahasiswa yang tidak memiliki mekanisme penyelesaian masalah yang baik, akan dengan mudah mengumumkan semua kegagalan yang terjadi, selanjutnya akan muncul perasaan tidak berdaya. Mahasiswa tidak mendapatkan atau tidak memiliki respon untuk mengatasi situasi tersebut dan terjadilah depresi.

Pada saat datang ke BKM UI, 50% mahasiswa merasa tidak bersemangat. Perasaan ini disebabkan oleh banyak faktor, misalnya mahasiswa mendapatkan peristiwa yang menyakitkan, mendapatkan pengalaman hidup yang tidak menyenangkan, kegagalan hidup yang tidak dapat dikontrol, serta adanya hubungan sosial yang kurang baik dan menganggap lingkungan kurang memberikan dukungan (Davison & Naela, 2001 dalam Fausiah dan Widury, 2005). Kondisi tidak semangat jika tidak segera diatasi akan memperburuk kondisi mahasiswa hingga membuat mahasiswa tidak memiliki harapan, ketidakberdayaan yang berujung pada depresi. Mahasiswa yang mengalami depresi akan kekurangan motivasi atau energi untuk berpikir cepat dan mengatasi masalah-masalah secara aktif sehingga sesuai jika kondisi terbanyak yang dirasakan oleh mahasiswa ialah tidak semangat.

Salah satu penanganan depresi yang dapat dilakukan oleh mahasiswa ialah melalui konseling. Sebelum mahasiswa berkunjung ke BKM UI, mahasiswa memiliki cara lain yang digunakan untuk menyelesaikan masalah, seperti berbicara kepada teman, orang tua, dan lain sebagainya. Cara terbanyak yang dilakukan oleh mahasiswa untuk mengatasi keluhan ialah berbicara dengan teman

(34.4%). Data tersebut sesuai dengan penjelasan Seimun (2006) yang menyatakan bahwa peristiwa-peristiwa yang menimbulkan stress kurang dirasakan sebagai stress apabila kesulitan (beban) dapat dibicarakan bersama orang lain. Ada bukti yang menyatakan bahwa individu yang memiliki teman-teman yang akrab kurang mengalami depresi bila mereka berhadapan dengan stress (Billings, dkk; Warren & McEachren., 1983 dalam Seimun, 2006). Billings, dkk (1983) dalam Seimun (2006) menjelaskan lebih lanjut bahwa tidak hanya banyak teman yang dimiliki individu yang akan mempengaruhi kemungkinan depresi, tetapi yang terpenting ialah kualitas dari hubungan tersebut. Depresi dapat terjadi akibat masalah individu yang mengalami stress kurang mendapat dukungan sosial. Mahasiswa UI membutuhkan dukungan sosial berupa adanya teman yang bersedia mendengarkan masalah dan memberikan dukungan atas masalah-masalah yang sedang dialami.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Alat ukur yang digunakan oleh peneliti ialah alat ukur hasil modifikasi BDI II. Dalam melakukan modifikasi terhadap instrument BDI II, peneliti membuat tiga jenis alat ukur dikarenakan pada saat modifikasi pertama peneliti mendapatkan banyak sekali masukan untuk menjadikan alat ukur yang akan digunakan valid, reliabel, dan mudah dipahami oleh responden. Dalam memodifikasi BDI II peneliti membuat tiga kali modifikasi dan modifikasi BDI II yang digunakan ialah alat ukur yang memiliki nilai validitas dan reliabilitas yang tertinggi. Pada modifikasi BDI II yang memiliki nilai tertinggi, sebanyak 21 pernyataan BDI II dapat dinyatakan reliabel, tetapi terdapat dua pertanyaan yang tidak valid. Sehingga peneliti harus melakukan modifikasi ulang untuk membuat kedua pertanyaan tersebut menjadi valid.

Keterbatasan penelitian lainnya ialah terkait responden. Mahasiswa UI yang melakukan konseling di BKM UI tidak bisa dipastikan jumlahnya dalam setiap harinya. Hal tersebut mengharuskan peneliti membina kerja sama yang baik dengan konselor yang ada di BKM UI untuk mendapatkan informasi terkait responden yang akan melakukan konseling. Dalam kondisi yang seperti itu peneliti harus tetap mendapatkan responden sesuai dengan perhitungan sampel

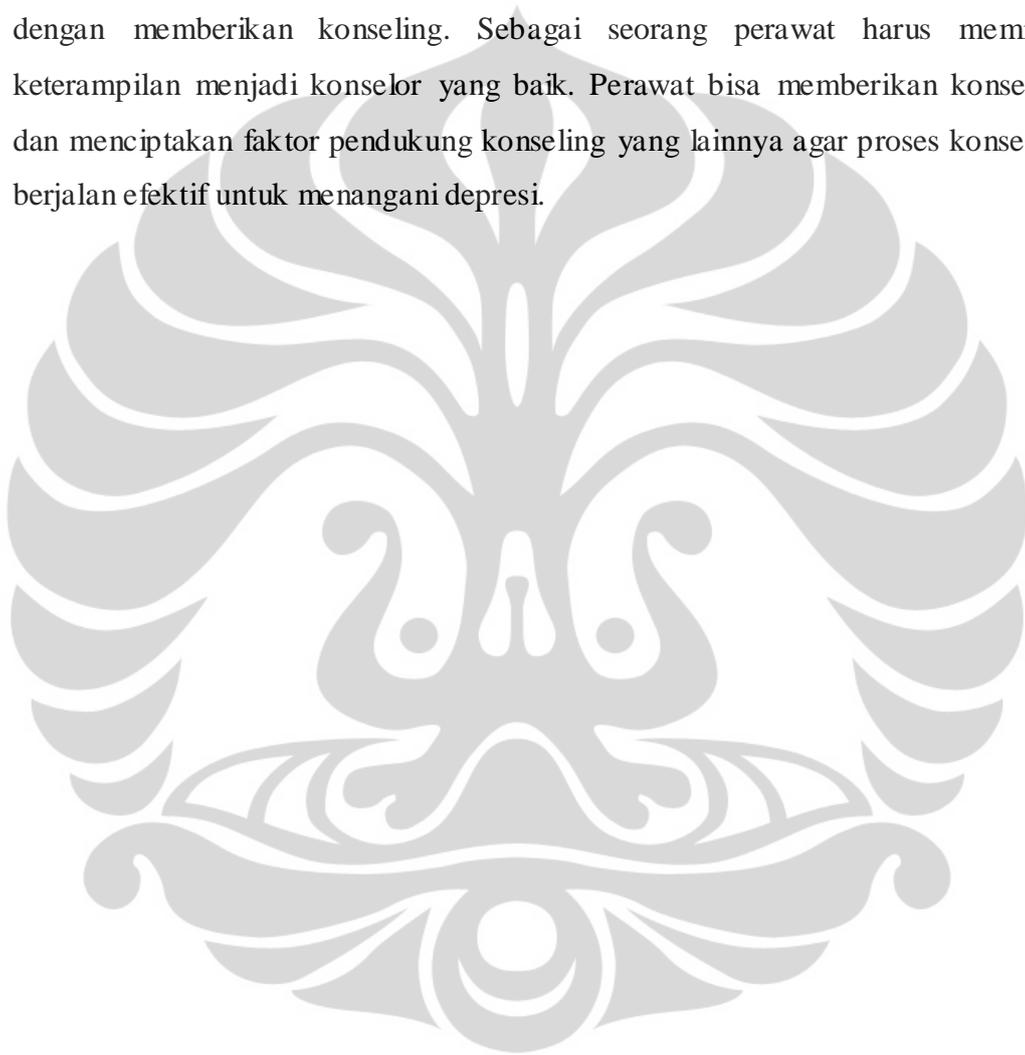
yang sudah ditetapkan. Mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI juga tidak semuanya bersedia menjadi responden pada penelitian ini. Seringkali peneliti mendapatkan tolakan dari calon responden. Penolakan tersebut menjadi pemicu bagi peneliti untuk dapat melakukan pendekatan yang lebih menarik saat meminta izin kepada mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI untuk menjadi responden.

Pada penelitian ini, peneliti tidak dapat mengukur lebih dalam teknik dan proses konseling yang dilakukan terhadap mahasiswa karena peneliti tidak bisa melihat secara langsung proses konseling yang diberikan untuk mahasiswa yang melakukan konseling. Peneliti tidak dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi proses konseling dalam menangani depresi. Selain itu, Peneliti tidak mengetahui jenis terapi konseling yang diberikan oleh konselor kepada mahasiswa yang mengalami depresi. Sehingga peneliti tidak dapat mengukur keefektifan konseling dalam memberikan penanganan terhadap depresi. Jika konselor menggunakan terapi interpersonal, konselor akan meminta mahasiswa yang mengalami depresi untuk mengevaluasi peran yang hilang, mengekspresikan emosi tentang kehilangan, menggambarkan keterampilan sosial yang cocok untuk peran baru dan membangun hubungan sosial baru. Terapi interpersonal yang efektif akan membantu mengatasi sekitar 70% kasus depresi.

6.3 Implikasi untuk Keperawatan

Hasil penelitian yang dilakukan dapat memperkuat bahwa depresi menjadi permasalahan yang bisa datang kepada siapa saja. Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap mahasiswa didapatkan hasil bahwa rata-rata mahasiswa Universitas Indonesia yang melakukan konseling di BKM UI berada pada tingkat depresi sedang. Seorang perawat juga dapat menjadi konselor di BKM UI untuk membantu mahasiswa dalam menyelesaikan masalahnya. Sebagai tenaga konselor tidak terbatas hanya untuk profesi psikolog saja. Profesi keperawatan juga harus bisa mengidentifikasi depresi dan masalah kejiwaan lainnya. Profesi perawat juga harus memiliki keahlian sebagai konselor untuk memberikan konseling yang efektif kepada mahasiswa.

Depresi tidak hanya terjadi pada mahasiswa, depresi sangat mungkin terjadi pada klien yang akan mendapatkan asuhan keperawatan. Sehingga sebagai seseorang perawat kelak harus bisa mengidentifikasi gejala-gejala depresi yang mungkin ada pada klien. Setelah perawat sudah bisa mengidentifikasi tingkat depresi pada kliennya, selanjutnya perawat dapat menggunakan terapi yang tepat untuk menangani depresinya. Salah satu penanganan depresi yang efektif ialah dengan memberikan konseling. Sebagai seorang perawat harus memiliki keterampilan menjadi konselor yang baik. Perawat bisa memberikan konseling dan menciptakan faktor pendukung konseling yang lainnya agar proses konseling berjalan efektif untuk menangani depresi.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Data yang menarik dari hasil penelitian ini yaitu mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI sebagian besar berasal dari Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (FISIP) sebanyak 25%. Jumlah mahasiswa terbanyak yang melakukan konseling berada pada semester ke-4 sebanyak 31.2%, berusia 20 tahun sebanyak 28.1%, dan berjenis kelamin perempuan sebanyak 78.1%.
2. Dari hasil penelitian dapat teridentifikasi sebanyak 34.4% melakukan kunjungan pertama dan kunjungan lebih dari tiga kali. Alasan terbanyak mahasiswa berkunjung ke BKM UI dikarenakan masalah akademik sebanyak 21.9% dan 50% mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI merasa tidak bersemangat.
3. Dari penelitian yang dilakukan dapat menggambarkan bahwa tingkat depresi rata-rata mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI berada pada tingkat depresi sedang. Rata-rata skor tingkat depresi yang didapat ialah 20.375 atau dapat dibulatkan menjadi 20. Depresi dapat terjadi pada berbagai tingkat usia, termasuk pada usia dewasa saat menjadi mahasiswa. Terbukti dengan data yang didapat dari penelitian yang dilakukan bahwa mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI berada pada rentang usia 19-23 tahun. Rata-rata pada usia 21 tahun mahasiswa berada pada tingkat depresi sedang. Sebanyak 15 mahasiswa (46.9%) berada pada tingkatan depresi sedang, 7 mahasiswa (21.9%) berada pada tingkatan depresi ringan, 5 mahasiswa (15.6%) berada pada tingkatan depresi minimal atau kondisi normal, dan 5 mahasiswa (15.6%) berada pada tingkatan depresi berat.
4. Salah satu penanganan depresi yang dapat dilakukan oleh mahasiswa ialah melalui konseling. Sebelum mahasiswa berkunjung ke BKM UI,

Universita s Indonesia

mahasiswa memiliki cara lain yang digunakan untuk menyelesaikan masalah, seperti berbicara kepada teman, orang tua, dan lain sebagainya. Cara terbanyak yang dilakukan oleh mahasiswa untuk mengatasi keluhan ialah berbicara dengan teman sebanyak 34.4%

7.2 Saran

Penelitian ini merupakan penelitian dasar yang menggambarkan tentang tingkat depresi mahasiswa yang melakukan konseling di BKM UI. Penelitian ini sangat membutuhkan penelitian lanjutan yang dapat membahas lebih dalam hubungan konseling dengan depresi. Saran untuk penelitian selanjutnya ialah perlu dilakukan penelitian yang mengukur tingkat depresi sebelum responden melakukan konseling dan setelah responden melakukan konseling. Penelitian lain yang dibutuhkan untuk melanjutkan penelitian ini antara lain penelitian tentang kepuasan mahasiswa terhadap proses konseling yang diberikan, penelitian tentang kondisi depresi mahasiswa sebelum dan sesudah konseling, dan penelitian lainnya yang dapat menguatkan proses konseling dalam penanganan depresi.

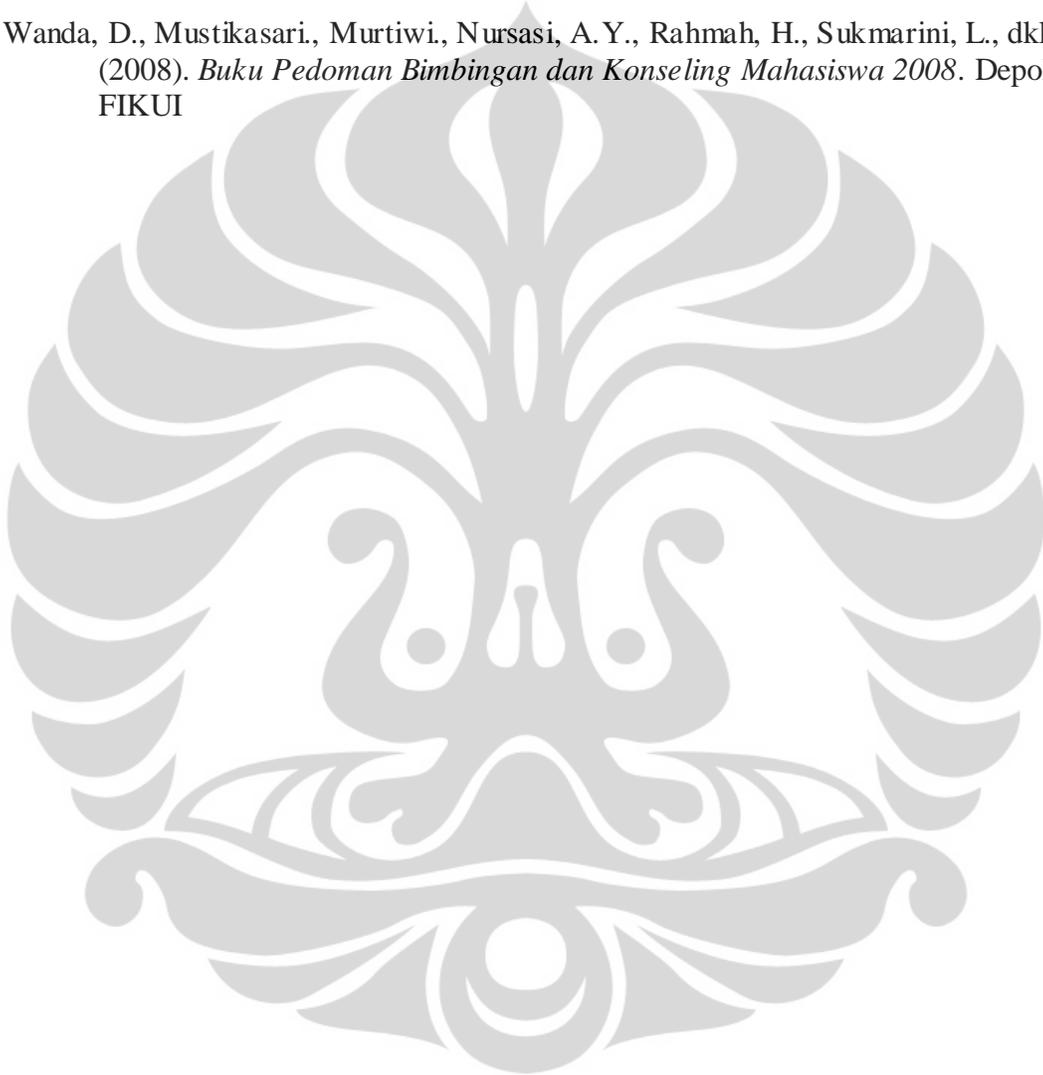
Saran untuk pengelola BKM UI ialah penyebaran informasi terkait keberadaan BKM UI dan penambahan jumlah konselor di BKM UI. Tenaga konselor di BKM UI tidak terbatas pada profesi psikolog saja, tetapi profesi perawat juga mendapatkan kesempatan menjadi konselor di BKM UI. Dengan demikian mahasiswa yang memiliki masalah dapat segera melakukan konseling dan tidak memperburuk tingkatan depresi yang mungkin muncul. BKM UI dapat melakukan penelitian terkait tingkat kepuasan terhadap proses konseling yang dilakukan, karena dengan hal tersebut kualitas konseling semakin efektif dalam menangani masalah depresi. BKM UI diharapkan dapat mengembangkan program konselor sebaya untuk membantu mengantisipasi masalah depresi pada mahasiswa.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association
- Badrujaman, A. (2011). *Teori dan Aplikasi Evaluasi Program Bimbingan Konseling*. Jakarta: Indeks
- Beck, A. T. (2006). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- Brizendie, L. (2007). *The Female Brain*. Jakarta: Ufukmedia
- Cooper, Erin. (2010). *Depression among African American female college students: Exploratory factor analysis of the Beck Depression Inventory II*. ProQuest Dissertations and Theses
- Davison, G.C., et al. (2010). *Abnormal Psychology Eleventh Ed*. Hooboken: John Wiley & Sons
- Depkes. (2004). *Pedoman Kesehatan Jiwa Remaja*. Di unduh dari www.depkes.go.id/downloads/Pedoman%20Kes%20Jiwa%20Remaja.pdf pada tanggal 3 Januari 2012
- Depkes. (2009). *Kesehatan Jiwa sebagai Prioritas Global*. Di unduh dari <http://www.depkes.go.id/index.php/component/content/article/37-infokesehatan/52-kesehatan-jiwa-sebagai-prioritas-global.html> pada tanggal 12 Maret 2012 pukul 21.10
- Fausiah & Widury. (2005). *Psikologi Abnormal*. Jakarta: UIP
- Gladding, ST. (2004). *Counseling A Comprehensive Profession. Fifth Ed*. Upper Saddle River, NJ: Pearson
- Gilbert, P. (2004). *Counselling For Depression*. London: Sage Publications
- Hariyanto, A.D. (2010). *Prevalensi Depresi dan Faktor yang Mempengaruhi pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya Angkatan 2007*. Jakarta: Karya Tulis Ilmiah Kedokteran
- Hawari, D. (2010). *Psikopatologi Bunuh Diri*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI
- Hurlock, E.B. (1993). *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Erlangga

- Kaplan, H.I & Sadock, B.J. (1996). *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins
- Kaplan, H.I., et al. (1995). *Mood disorder in synopsis of Psychiatry, VIIth Edition*, Baltimore: Williams and Wilkins
- Kelana, D. (2011). *Metodelogi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Keltner, N. L., Schwecke, L.H., & Bostrom, C.E. (1999). *Psychiatric Nursing*. Philippines: Mosby Inc
- Lesmana, J. M. (2006). *Dasar-Dasar Konseling*. Jakarta: UIP
- Michael, dkk. (2006). *Depression Among College Students: Trends in Prevalence and Treatment Seeking*. Counseling and Clinical Psychology Journal : Psychological Publishing
- Modul dan laporan kunjungan klien BKM UI 2011
- Notoadmojo, S. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rinea Cipta
- Nugrasanti, R. (2006). *Locus of Control dan Prokrastinasi Akademik Mahasiswa*. Jurnal Provitae Volume 2
- Potter & Perry. (2005). *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Prayitno, H & Amti, E. (2004). *Dasar-dasar Bimbingan dan Konseling*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Puterbaugh, Dolores (2006). *Communication Counseling as Part of a Treatment Plan for Depression*. Journal of Counseling and Development : JCD 84. 3 (Summer 2006): 373-380
- Seligman, M.E.P. (1993). *What You Can Change : The Complete Guide to Successful Self-Improvement*. New York: Fawcett Columbine
- Semiun, Y. (2006). *Kesehatan Mental 2*. Yogyakarta: Kanisius
- Sutarto. (2007). *94 Persen Masyarakat Mengalami Depresi*. Diunduh dari <http://www.tempo.co/read/news/2007/06/20/055102281/94-Persen-Masyarakat-Mengalami-Depresi> pada tanggal 12 Maret 2012 pukul 21.10
- Surya, M. (2003). *Psikologi Konseling*. Bandung: CV. Pustaka Bani Quraisy

- Tarigan, C.P. (2003). *Perbedaan Depresi Pada Pasien Dispepsia Fungsional Dan Dispepsia Organik*. Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara: Skripsi
- Untari , T. D. (2005). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Depresi Pada Mahasiswa Tingkat Akhir Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang Tahun 2005*. Universitas Diponegoro: Tesis
- Wanda, D., Mustikasari, Murtiwi, Nursasi, A. Y., Rahmah, H., Sukmarini, L., dkk. (2008). *Buku Pedoman Bimbingan dan Konseling Mahasiswa 2008*. Depok: FIKUI





UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

Nomor : 1433 /H2.F12.D1/PDP.04.04/2012

2 April 2012

Lamp : --

Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Yth. Kepala
Badan Konseling Mahasiswa (BKM)
Universitas Indonesia (UI)
Kampus UI, Depok

Dalam rangka penyelesaian tugas akhir (skripsi) bagi mahasiswa Program Studi Sarjana (S1) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI):

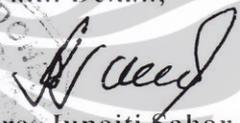
Nama mahasiswa : Aulia Maulida
NPM : 0806333644

akan melakukan pengumpulan data penelitian dengan judul "Gambaran Tingkat Depresi pada Mahasiswa yang Melakukan Konseling di Badan Konseling Mahasiswa (BKM) UI".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Bapak/Ibu mengizinkan mahasiswa FIK-UI tersebut untuk melakukan pengumpulan data di lingkungan Badan Konseling Mahasiswa (BKM) UI pada bulan April – Mei 2012.

Atas perhatian dan ijin yang diberikan, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan,


Dra. Junaiti Sahar, Ph.D
NIP. 19570115 198003 2 002

Tembusan:

1. Dekan FIK UI
2. Sekretaris FIK UI
3. Manajer Pendidikan dan Riset FIK UI

(Lampiran 2. Lembar Persetujuan Penelitian)

LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN

Kepada Yang Terhormat
Calon Responden Penelitian
Di Tempat

Dengan hormat,

Nama saya adalah Aulia Maulida. Saya mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sedang melakukan penelitian dengan judul **“Gambaran Tingkat Depresi pada Mahasiswa yang Melakukan Konseling di BKM UI”**. Penelitian ini dilakukan dalam rangka memenuhi mata ajar Tugas Akhir. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tingkat depresi pada mahasiswa UI yang melakukan pernah melakukan konseling di BKM UI.

Saudara/i diharapkan untuk mengisi secara lengkap dan apa adanya sesuai pengalaman. Dengan mengisi kuesioner tersebut Saudara/i tidak akan mengalami kerugian apapun dan data-data yang Saudara/i berikan akan dijamin kerahasiaannya. Hasil data kuesioner tersebut akan diolah menjadi hasil penelitian, setelah itu akan dimusnahkan apabila penelitian ini sudah selesai. Tidak ada paksaan untuk mengisi kuesioner tersebut. Apabila Saudara/i tidak bersedia untuk menjadi responden, saya tidak akan memberikan sanksi apapun dan Saudara/i bebas untuk mengundurkan diri dari penelitian kapan pun.

Kuesioner yang akan saya berikan terdiri dari 2 bagian. Bagian pertama berisi pertanyaan tentang data demografi responden. Bagian kedua berisi tentang kuisioner tingkat depresi. Diharapkan anda dapat menyelesaikan pengisian kuesioner ini antara 10-15 menit.

Apabila Saudara/i bersedia menjadi responden, maka kami mohon kepada Saudara/i untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang dilampirkan sesuai petunjuk. Sebagai tanda terima kasih kami akan memberikan *souvenir*. Apabila ada hal-hal yang kurang jelas Saudara/i dapat menghubungi peneliti (Aulia Maulida, 08988287266). Atas kesediaan dan kerjasamanya saya ucapkan terimakasih.

Setelah membaca informasi di atas dan memahami tentang tujuan penelitian dan peran yang diharapkan dari saya di dalam penelitian ini, saya setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Depok, Mei 2012

Responden

(Lampiran 3. Kuisisioner Penelitian)

Kuisisioner Penelitian Skripsi



**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM SARJANA REGULER
Depok, 2012**

Tanggal penelitian :

Kode responden :

LEMBAR KUESIONER
GAMBARAN TINGKAT DEPRESI PADA MAHASISWA YANG
MELAKUKAN KONSELING DI BKM UI

Petunjuk Pengisian

1. Bacalah pertanyaan di bawah ini dengan teliti.
2. Isilah titik-titik di bawah ini sesuai dengan pertanyaan
3. Jawablah pernyataan yang paling sesuai dengan mengisi titik-titik atau memberikan tanda (X) pada pernyataan yang paling sesuai dengan kondisi Anda saat ini.
4. Jika Anda salah dalam memilih beri tanda (~~X~~) dan beri tanda (X) kembali pada jawaban yang sesuai.
5. Anda dapat bertanya langsung kepada peneliti jika saudara/i kesulitan dalam mengisi pertanyaan dalam kuesioner.

A. Data Karakteristik Responden

1. Inisial Nama :
2. Umur :
3. Jenis kelamin : 1. Laki-laki
2. Perempuan
4. Fakultas :
5. Semester :
6. Agama :
7. Jumlah Kunjungan ke BKM UI:
 1. Kunjungan ke-1
 2. Kunjungan ke-2
 3. Kunjungan ke-3
 4. > kunjungan ke-3
8. Alasan datang ke BKM UI? (boleh pilih lebih dari 1)
 1. Tidak punya teman
 2. Merasa sedih
 3. Masalah akademik
 4. Dll, sebutkan...
9. Apakah anda merasa kondisi berikut ini? (boleh pilih lebih dari 1)
 1. Merasa tidak semangat
 2. Merasa ingin bunuh diri
 3. Gangguan pola makan dan pola tidur
 4. Dll, sebutkan...
10. Apa yang anda lakukan sebelum datang berkunjung ke BKM untuk mengatasi keluhan anda? (boleh pilih lebih dari 1)
 1. Bicara dengan teman
 2. Bicara dengan PA
 3. Tidak ada
 4. Dll, sebutkan...

B. Kuesioner

Pilihlah pernyataan yang paling sesuai dengan kondisi Anda!

No	Pernyataan	Skor (diisi oleh Peneliti)
1	a. Saya tidak merasa sedih b. Saya merasa sedih c. Saya merasa sedih sepanjang waktu d. Saya merasa sedih dan tidak dapat mengatasinya	
2	a. Saya tidak berkecil hati tentang masa depan b. Saya merasa berkecil hati tentang masa depan c. Saya merasa tidak ada yang saya harapkan untuk terjadi di masa depan d. Saya merasa putus asa dengan masa depan saya dan kehidupan saya tidak akan lebih baik dari sekarang.	
3	a. Saya tidak merasa gagal b. Saya merasa telah lebih banyak gagal daripada orang pada umumnya c. Ketika saya melihat kembali ke masa lalu, saya melihat banyak kegagalan terjadi dalam hidup saya d. Saya merasa gagal total sebagai seorang manusia	
4	a. Saya mendapatkan kepuasan dari hal-hal yang biasa saya lakukan. b. Saya tidak menikmati hal-hal yang saya biasa lakukan c. Saya tidak mendapat kepuasan dari beberapa hal dalam hidup saya d. Saya tidak bisa mendapatkan kepuasan apa pun dari yang biasa saya lakukan dengan santai atau saya merasa bosan dengan segala hal dalam hidup saya	
5	a. Saya tidak merasa terlalu bersalah b. Saya merasa bersalah atas beberapa hal yang telah saya lakukan atau yang seharusnya saya lakukan c. Saya merasa bersalah hampir sepanjang waktu d. Saya merasa diri saya bersalah atau tidak berharga	
6	a. Saya tidak merasa saya sedang dihukum b. Saya merasa saya seperti sedang dihukum c. Saya berharap untuk dihukum d. Saya merasa saya sedang dihukum	
7	a. Saya merasa diri saya sama seperti biasanya b. Saya kehilangan kepercayaan diri c. Saya kecewa dengan diri saya d. Saya tidak menyukai diri saya	
8	a. Saya tidak merasa saya lebih buruk dari orang lain b. Saya lebih kritis terhadap kelemahan atau kesalahan diri saya daripada sebelumnya c. Saya mengkritik diri saya atas semua kesalahan	

	<p>yang saya lakukan</p> <p>d. Saya menyalahkan diri saya sendiri atas semua keburukan yang telah terjadi</p>	
9	<p>a. Saya tidak berpikir untuk bunuh diri</p> <p>b. Saya memiliki pikiran untuk bunuh diri tetapi saya tidak akan melakukannya</p> <p>c. Saya ingin bunuh diri</p> <p>d. Saya akan akan bunuh diri jika ada kesempatan</p>	
10	<p>a. Saya tidak bisa menangis lebih dari biasanya</p> <p>b. Saya menangis lebih sering dari sebelumnya</p> <p>c. Saya selalu menangis belakangan ini</p> <p>d. Saya merasa seperti menangis, tetapi saya tidak bisa menangis</p>	
11	<p>a. Saya tidak lebih gelisah atau tegang dari biasanya</p> <p>b. Saya merasa lebih gelisah atau tegang dari biasanya</p> <p>c. Saya sangat gelisah sehingga sulit untuk tetap diam</p> <p>d. Saya sangat gelisah sehingga saya harus terus bergerak atau melakukan sesuatu</p>	
12	<p>a. Saya tidak kehilangan ketertarikan terhadap orang lain atau aktivitas lain</p> <p>b. Saya kehilangan ketertarikan terhadap orang atau hal-hal lain dari sebelumnya</p> <p>c. Saya kehilangan hampir semua ketertarikan terhadap orang lain atau hal-hal lain</p> <p>d. Sangat sulit bagi saya untuk tertarik pada siapapun</p>	
13	<p>a. Saya membuat keputusan seperti biasa saya lakukan sebelumnya</p> <p>b. Saya merasa lebih sulit (lama) membuat keputusan dari pada biasanya</p> <p>c. Saya mengalami kesulitan lebih besar dalam mengambil keputusan dibandingkan dulu</p> <p>d. Saya sulit (tidak bisa) mengambil keputusan samasekali</p>	
14	<p>a. Saya tidak merasa diri saya tidak berharga (lebih buruk dari biasanya)</p> <p>b. Saya merasa diri saya tidak lebih berharga dari sebelumnya</p> <p>c. Saya merasa lebih tidak berharga dibandingkan dengan orang lain</p> <p>d. Saya merasa sangat tidak berharga (saya sangat jelek)</p>	
15	<p>a. Saya mempunyai energy (dapat bekerja) seperti biasanya</p> <p>b. Saya kehilangan energy daripada biasanya atau saya butuh energi ekstra untuk mengerjakan pekerjaan seperti biasanya</p> <p>c. Saya tidak memiliki cukup energy untuk melakukan banyak pekerjaan atau saya harus memaksakan diri</p>	

	<p>saya untuk mengerjakan sesuatu</p> <p>d. Saya tidak memiliki energy untuk melakukan apapun</p>	
16	<p>a. Saya tidak mengalami perubahan pola tidur</p> <p>b. Saya tidur lebih sedikit dari biasanya atau saya tidur lebih banyak dari biasanya</p> <p>c. Saya tidur 1-2 jam lebih awal dari biasanya dan susah untuk tidur kembali.</p> <p>d. Saya bangun lebih cepat dari biasa dan tidak bisa kembali tidur.</p>	
17	<p>a. Saya tidak lagi mudah marah/ lelah dari biasanya</p> <p>b. Saya lebih mudah marah/ lelah dari pekerjaan yang biasa saya lakukan</p> <p>c. Saya sangat lebih mudah marah/ lelah dari biasanya</p> <p>d. Saya mudah marah/ lelah setiap saat</p>	
18	<p>a. Saya tidak mengalami perubahan nafsu makan</p> <p>b. Nafsu makan saya lebih berkurang dari sebelumnya atau nafsu makan saya bertambah dari sebelumnya</p> <p>c. Nafsu makan saya berkurang banyak dari biasanya atau nafsu makan saya bertambah banyak dari biasanya</p> <p>d. Saya tidak nafsu makan sama sekali atau nafsu makan saya selalu besar setiap saat</p>	
19	<p>a. Saya bisa berkonsentrasi dengan baik</p> <p>b. Saya tidak dapat berkonsentrasi dengan baik seperti biasanya</p> <p>c. Sangat sulit bagi saya untuk mengingat apapun dalam jangka waktu yang panjang</p> <p>d. Saya tidak dapat berkonsentrasi terhadap apapun</p>	
20	<p>a. Saya tidak lagi merasa lelah seperti biasanya</p> <p>b. Saya merada lebih mudah lelah dari biasanya</p> <p>c. Saya mudah merasa terlalu lelah melakukan banyak hal seperti biasa saya lakukan</p> <p>d. Saya merasa sangat lelah untuk melakukan hampir semua pekerjaan yang biasa saya lakukan</p>	
21	<p>a. Saya tidak menyadari adanya perubahan minat dalam hal seks akhir-akhir ini</p> <p>b. Saya kehilangan ketertarikan dalam hal seks dibandingkan biasanya</p> <p>c. Saya sangat kurang berminat dalam hal seks akhir-akhir ini</p> <p>d. Saya sudah kehilangan minat dalam hal seks</p>	

****TERIMA KASIH****

Daftar Riwayat Hidup



Nama Lengkap : Aulia Maulida
Nama Panggilan : Aul
Tempat & Tanggal Lahir : Jakarta, 29 September 1990
Hobby : masak, ngemil
Motto : Kerja keras, kerja cerdas, kerja ikhlas
Agama : Islam
Alamat Sekarang : Jalan Wedana No. 7 Rt.008/01 Balimester
Jatinegara Jakarta Timur 13310
Telepon : 021- 8511966 / 08988287266
Email : aulia.maulida@yahoo.co.id
Riwayat Pendidikan :

Nama Sekolah	Tahun
SDN Cipinang Cempedak 04 Pagi	1996
SMPN 14 Jakarta	2002
SMAN 54 Jakarta	2005
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia	2008