HUBUNGAN KETERAMPILAN KOPING DAN EMPATI TERHADAP KESEHATAN MENTAL REMAJA DI SMA

PROPOSAL SKRIPSI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Tiara Alya Fauziyah

NIM: 030002200151

UNIVERSITAS TRISAKTI

FAKULTAS KEDOKTERAN

JAKARTA, JULI 2025

Bidang Ilmu: Komunitas

PROPOSAL SKRIPSI

HUBUNGAN KETERAMPILAN KOPING DAN EMPATI TERHADAP KESEHATAN MENTAL REMAJA DI SMA

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Tiara Alya Fauziyah

NIM: 030002200151

UNIVERSITAS TRISAKTI

FAKULTAS KEDOKTERAN

JAKARTA, JULI 2025

PERSETUJUAN
Proposal Skripsi

Judul:

HUBUNGAN KETERAMPILAN KOPING DAN EMPATI TERHADAP KESEHATAN MENTAL REMAJA DI SMA

Nama mahasiswa: Tiara Alya Fauziyah

NIM: 030002200151

Telah disetujui untuk diuji di hadapan

Tim Penguji Proposal Skripsi

Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Selasa, Tanggal 1 Juli 2025

Pembimbing

dr. David Tjahyadi, MKes

NIK:2515/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tiara Alya Fauziyah
NIM : 030002200151
Program Studi : Sarjana Kedokteran
Alamat Korespondensi : Jl. Tawakal VIII No.1 RT.5/RW.9, Tomang, Kec. Grogol Petamburan, Kota Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta (11440)
Telepon / mobile : 0812-6733-6020
E-mail : 030002200151@std.trisakti.ac.id

Judul skripsi : Hubungan Keterampilan Koping dan Empati Terhadap Kesehatan Mental Remaja di SMA

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 17 Juli 2025

Materai
Rp.6000

Tiara Alya Fauziyah

NIM 030002200151

HALAMAN PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI

Judul : HUBUNGAN KETERAMPILAN KOPING DAN EMPATI TERHADAP KESEHATAN MENTAL REMAJA SMA

Nama Mahasiswa : Tiara Alya Fauziyah

NIM : 030002200151

Telah disetujui dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Rabu , Tanggal 2 Juli 2025

Pembimbing

Nama : dr. David Tjahyadi, MKes

NIK : 2515/USAKTI

Penguji I

Nama : …….

NIK : …….

Penguji II

Nama : …….

NIK : …….

Jakarta, ...2025
Dekan FK Trisakti

Dr. dr. Yenny, Sp.FK
NIK: 2613/USAKTI

KATA PENGANTAR

Dengan penuh rasa syukur kepada Allah SWT atas limpahan waktu, kesempatan, dan kemudahan yang diberikan, penulis dapat menyelesaikan proposal penelitian berjudul "Hubungan Keterampilan Koping dan Empati terhadap Remaja SMA."

Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan sarjana kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Selain itu, penelitian ini bertujuan untuk memperluas wawasan, khususnya bagi mahasiswa, terkait isu yang menjadi fokus kajian. Harapannya, hasil dari penelitian ini dapat memberikan kontribusi yang berarti bagi penulis, partisipan penelitian, dosen pembimbing, institusi terkait, serta pengembangan ilmu kedokteran secara umum.

Ucapan terima kasih yang tulus penulis sampaikan kepada seluruh pihak yang telah memberikan dukungan dan kontribusi selama proses penyusunan proposal ini. Tanpa bantuan dan kerja sama berbagai pihak, proses hingga tahap pengujian ini tidak akan terwujud. Penulis juga membuka diri terhadap segala kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan penelitian ini ke depan.

Jakarta, 16 Juni 2025

Tiara Alya Fauziyah
NIM: 030002200151

DAFTAR ISI

HUBUNGAN KETERAMPILAN KOPING DAN EMPATI TERHADAP KESEHATAN MENTAL REMAJA DI SMA ..... **i**
HUBUNGAN KETERAMPILAN KOPING DAN EMPATI TERHADAP KESEHATAN MENTAL REMAJA DI SMA ..... **ii**
PERSETUJUAN ..... **iii**
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN ..... **iv**
HALAMAN PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI ..... **v**
KATA PENGANTAR ..... **vi**
DAFTAR ISI ..... **vii**
DAFTAR TABEL ..... **ix**
DAFTAR GAMBAR ..... **x**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xi**
BAB I 1
PENDAHULUAN **1**
1.1 Latar belakang **1**
1.2 Perumusan masalah **3**
1.3 Tujuan **3**
1.3.1 Tujuan umum **3**
1.3.2 Tujuan khusus **3**
1.4 Hipotesis **3**
1.5 Manfaat **3**
BAB II 5
TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI **5**
2.1 Tinjauan Pustaka **5**
2.1.1 Remaja **5**
2.1.2 Kesehatan mental **5**
2.1.2.1 Definisi **5**
2.1.2.2 Etiologi **7**
2.1.2.3 Prevalensi Gangguan Kesehatan Mental pada Remaja di indonesia **12**
2.1.2.4 Jenis–jenis Gangguan Kesehatan Mental pada Remaja **13**
2.1.2.5 Gejala Klinis Gangguan Kesehatan Mental pada Remaja **14**
2.1.3 Mekanisme Koping **17**
2.1.4 Empati **19**
2.2 Ringkasan pustaka **22**

2.3 Kerangka teori **25**

BAB III 26
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL **26**
3.1 Kerangka Konsep **26**

3.2 Definisi operasional **27**

BAB IV 28
METODE PENELITIAN **28**
4.1 Desain Penelitian **28**

4.3 Populasi dan subjek **28**

2.1.5 4.5.2 Analisis Univariat **40**

2.1.6 4.5.3 Analisis Bivariat **40**

DAFTAR PUSTAKA **44**
LAMPIRAN **48**

DAFTAR TABEL

Table 1. Ringkasan pustaka 22
Table 2. Definisi Operasional 27
Table 3. Aitem kuisioner *Brief COPE* 36
Table 4. Aitem Kuisioner *Basic Empathy Scale* (BES) 38
Table 5. Aitem *Self-Reporting Quistionnaire-20* (SRQ-20).....39
Table 6. Penjadwalan Pelaksanaan Penelitian.....43
Table 7. Distribusi karakteristik subjek penelitian 54
Table 8. Analisis Bivariat.....55

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori 25
Gambar 2. Kerangka Konsep 26
Gambar 3. Alur Penelitian 42

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuisioner *Brief COPE* 48
Lampiran 2. Kuisioner *Basic Empathy Scale* 51
Lampiran 3. *Self-Reporting Quistionnaire-20* (SRQ-20) 53
Lampiran 4. *Dummy Table* 54
Lampiran 5. Formulir Identitas dan Riwayat Kesehatan Mental 56

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Masa remaja adalah periode transisi antara anak-anak dan dewasa yang ditandai dengan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial yang pesat.[(1)] WHO mengategorikan remaja sebagai individu berusia 10–19 tahun,[(2)] sementara menurut Badan Kependuduan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) rentang usia remaja adalah 12 - 24 tahun bagi mereka yang belum menikah. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk yang berusia 10-18 tahun. Pada masa ini, remaja mengalami berbagai tantangan, termasuk pencarian identitas diri, tekanan sosial, dan tuntutan akademik. Jika tidak dikelola dengan baik, tantangan ini dapat memicu gangguan kesehatan mental, seperti kecemasan, depresi, atau perilaku agresif.[(1)]

National Alliance of Mental Health menyatakan bahwa secara global sekitar 50% gangguan kesehatan mental mulai muncul sejak usia 14 tahun, dengan prevalensi berkisar antara 10%–20%. Data dari WHO menunjukkan bahwa sekitar 1 miliar individu di dunia mengalami gangguan mental, dengan tingkat kematian akibat bunuh diri yang mencapai satu kasus setiap empat puluh detik (Inggrid et al., 2020).[(3),(4)]

Survei Kesehatan Mental Remaja Nasional Indonesia (I-NAMHS) tahun 2022 mengungkapkan bahwa sekitar 15,5 juta remaja, atau sekitar 34,9% dari populasi usia 10 hingga 17 tahun, mengalami masalah kesehatan mental. Di Indonesia, gangguan mental pada remaja menunjukkan peningkatan signifikan. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2018, prevalensi gangguan mental emosional pada individu berusia di atas 15 tahun mencapai sekitar 11 juta orang (9,8% dari total populasi). Sementara itu, sekitar 6,2% remaja mengalami stres berat. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh *Health Collaborative Center* (HCC), sekitar 34% siswa SMA di DKI Jakarta menunjukkan indikasi masalah kesehatan mental. Namun, dari jumlah tersebut, hanya 4 dari 10 siswa yang memperoleh akses pengobatan yang memadai.

Peningkatan prevalensi gangguan mental ini juga tercermin dalam laporan Kemenkes RI (2021), yang menunjukkan bahwa lebih dari 19 juta orang dewasa mengalami gangguan mental emosional dan depresi. Di Jakarta, kondisi ini menjadi perhatian, dengan berbagai faktor lingkungan, seperti tekanan akademik, sosial, dan keluarga, yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan mental remaja.[5]

Beberapa penelitian menyoroti pentingnya strategi koping adaptif dalam menjaga kesehatan mental remaja. Gul et al. (2023) menemukan bahwa pemecahan masalah dan restrukturisasi kognitif berkontribusi positif terhadap kesejahteraan psikologis.[6] Namun, beberapa penelitian mengkritisi efektivitas pendekatan psikologis ini. Bartley & Roesch (2011) menyatakan bahwa koping berorientasi tugas lebih efektif dibandingkan pendekatan emosional yang cenderung memperburuk keadaan. [7] Leszko et al. (2020) juga menyoroti bahwa strategi koping remaja sering kali kurang memadai tanpa dukungan sosial dan intervensi berkelanjutan.

Penelitian Setiawan et al. (2024) menemukan bahwa spiritualitas dan empati berhubungan positif dan signifikan dengan kesehatan mental remaja. Namun, meta-analisis oleh Yan Z et al. (2021) menunjukkan bahwa empati secara umum tidak berkorelasi dengan depresi. Dengan demikian, meskipun koping dan empati berperan penting dalam membangun kesejahteraan mental remaja, diperlukan pendekatan yang lebih komprehensif untuk memastikan efektivitas intervensi yang diberikan.[7]

Keunikan dari penelitian ini terletak pada pendekatan yang menggabungkan keterampilan koping dan empati sebagai variabel yang berkontribusi terhadap kesehatan mental remaja. Dengan memahami hubungan antara kedua faktor ini, diharapkan penelitian ini dapat memberikan wawasan baru bagi dunia pendidikan dan psikologi dalam merancang intervensi yang lebih efektif untuk meningkatkan kesejahteraan mental remaja.

1.2 Perumusan masalah

Apakah terdapat hubungan antara Keterampilan koping dan Empati dengan Kesehatan mental pada Remaja SMA?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk meningkatkan Kesehatan mental pada remaja SMA dengan mengetahui hubungan keterampilan koping dan empati terhadap Kesehatan mental remaja SMA.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Untuk mengetahui proporsi keterampilan koping dan kesehatan mental pada remaja di SMA.
2. Untuk mengetahui proporsi empati dan kesehatan mental pada remaja di SMA.
3. Untuk mengetahui hubungan keterampilan koping dengan kesehatan mental pada remaja di SMA.
4. Untuk mengetahui hubungan empati dengan kesehatan mental pada remaja di SMA.

1.4 Hipotesis

- Keterampilan koping memiliki hubungan yang signifikan positif dengan Kesehatan mental pada remaja SMA.
- Empati memiliki hubungan yang signifikan positif dengan Kesehatan mental pada remaja SMA.

1.5 Manfaat

1. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

- Penelitian ini dapat menambah pemahaman tentang hubungan antara keterampilan koping, empati, dan kesehatan mental, serta memperkaya literatur psikologi remaja.

2. Bagi Profesi/Institusi

- Sekolah dapat menggunakan temuan penelitian untuk merancang program pembelajaran yang lebih baik dalam mengembangkan keterampilan koping dan empati di kalangan siswa.
- Profesional kesehatan mental dapat memanfaatkan hasil penelitian untuk merancang terapi atau program konseling yang lebih sesuai dengan kebutuhan remaja.

3. Bagi Masyarakat

- Penelitian ini dapat meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya keterampilan koping dan empati dalam menjaga kesehatan mental remaja.
- Hasil penelitian dapat mendorong orang tua dan pengasuh untuk lebih mendukung pengembangan keterampilan sosial dan emosional remaja.

BAB II

TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Remaja

Masa remaja merupakan fase krusial dalam perjalanan perkembangan individu, di mana mereka memulai transisi dari masa kanak-kanak menuju kedewasaan. Pada periode ini, remaja sudah tidak lagi dianggap sebagai anak sepenuhnya, namun belum mencapai kematangan dewasa secara menyeluruh. Perubahan signifikan baik secara fisik, psikologis, maupun sosial sering kali menimbulkan konflik internal maupun gesekan dengan lingkungan sekitarnya (IDAI, 2018).[5] Remaja, umumnya berusia antara 10 hingga 19 tahun, mengalami perubahan dinamis yang mencakup aspek fisik, emosional, sosial, dan kognitif.[2] Perubahan hormon yang signifikan selama periode ini dapat memengaruhi suasana hati dan perilaku, serta menantang proses pembentukan identitas diri, eksplorasi hubungan interpersonal, dan perencanaan masa depan. Kompleksitas dalam memahami lingkungan sekitar dan menghadapi berbagai tantangan internal maupun eksternal membuat masa remaja menjadi fase yang penuh dinamika. Tidak sedikit remaja yang kesulitan memenuhi tugas-tugas perkembangan yang harus dicapai, yang pada gilirannya meningkatkan risiko timbulnya gangguan kesehatan mental. [8]

2.1.2 Kesehatan mental

2.1.2.1 Definisi

Kesehatan mental merupakan kondisi sejahtera di mana individu dapat mengoptimalkan potensi diri, mengelola stres hidup, dan berfungsi secara produktif dalam interaksi sosial. Menurut WHO, konsep kesehatan mental tidak hanya mencakup pengakuan atas kemampuan diri sendiri, tetapi juga kemampuan untuk menangani tekanan hidup dan berkontribusi secara aktif kepada komunitas. Terlebih lagi, remaja sebagai kelompok usia

yang berada pada fase perkembangan identitas dan penyesuaian kehidupan, sangat rentan mengalami masalah kesehatan mental.[9] Isolasi sosial, diskriminasi, dan stigma yang melekat sering kali menghambat mereka dalam mencari bantuan atau perawatan yang tepat, sehingga mengganggu keseimbangan emosional dan fungsi pendidikan serta kesehatan fisik mereka.

Penelitian menunjukkan bahwa kesehatan mental yang optimal merupakan fondasi penting untuk membangun hubungan interpersonal yang harmonis, menjaga produktivitas, dan mencapai keseimbangan dalam aktivitas sehari-hari.[10] Oleh karena itu, peningkatan kewaspadaan dan intervensi dini terhadap gangguan mental sangat penting, mengingat sensitivitas isu ini sering kali membuat permasalahan mental tidak mendapatkan perhatian yang semestinya, dengan implikasi serius terhadap kualitas hidup dan hak asasi manusia.[8] Kesehatan mental memiliki arti penting dalam kehidupan seseorang, dengan mental yang sehat maka seseorang dapat melakukan aktifitas sebagai mahluk hidup.[11]

Kesehatan mental adalah keadaan dimana seseorang mampu menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan hidup yang normal, dapat beraktivitas secara produktif dan mampu memberi kontribusi terhadap lingkunganya. Kesehatan mental menurut undang – undang nomor 18 tahun 2014 tentang kesehatan mental merupakan kondisi dimana seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat beraktivitas secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.[10] Penelitian menunjukkan bahwa kesehatan mental yang optimal merupakan fondasi penting untuk membangun hubungan interpersonal yang harmonis, menjaga produktivitas, dan mencapai keseimbangan dalam aktivitas sehari-hari.[10] Oleh karena itu, peningkatan kewaspadaan dan intervensi dini terhadap gangguan mental sangat penting, mengingat sensitivitas isu ini sering kali membuat

permasalahan mental tidak mendapatkan perhatian yang semestinya, dengan implikasi serius terhadap kualitas hidup dan hak asasi manusia.[8] Kesehatan mental memiliki arti penting dalam kehidupan seseorang, dengan mental yang sehat maka seseorang dapat melakukan aktifitas sebagai mahluk hidup.

Kesehatan mental harus dijaga baik lahir maupun batin, saat ini yang menjadi perhatian lebih, baik yang masyarakat dewasa bahkan remaja termasuk golongan yang mudah mengalami gangungan mental atau depresi cukup tinggi.[9] Banyaknya faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan mental seperti faktor genetik, perubahan hormon, hingga pengalaman traumatis, percintaan, pertemanan, keluarga maupun tekanan hidup.[10] Gejala yang timbul yaitu mudah marah, merasa putus asa, rendah diri, merasa cemas dan khawatir yang berlebihan. Kesadaran akan kesehatan mental perlu disadari setiap individu untuk mencegah berbagai dampak negatif yang terjadi.[8]

Masa remaja yang penuh dinamika menjadikan kesehatan mental sebagai isu kritis (WHO, 2021). Namun, ketahanan mental tidak muncul secara instan. Seorang individu memerulkan Keterampilan koping untuk menghadapi tekanan akademik dan sosial, serta kapasitas empati untuk menjaga kualitas hubungan interpersonal. Studi oleh Florensa et al. (2023) membuktikan bahwa remaja dengan koping positif dan empati tinggi cenderung memiliki gejala depresi lebih rendah. Dengan demikian, eksplorasi hubungan kedua variabel ini menjadi relevan dalam konteks remaja SMA yang menghadapi tantangan multidimensi.[8]

2.1.2.2 Etiologi

Gangguan kesehatan mental merupakan kondisi kompleks yang berkembang melalui interaksi berbagai faktor biologis, psikologis, dan sosial yang saling memengaruhi individu. Kondisi ini tidak terjadi secara tiba-tiba, melainkan merupakan akumulasi dari berbagai tekanan dan predisposisi yang dialami seseorang dalam jangka waktu tertentu. Oleh

karena itu, pemahaman mendalam tentang etiologi dan faktor risiko gangguan kesehatan mental sangat penting untuk merancang strategi pencegahan dan intervensi yang efektif. [12]

Faktor biologis memainkan peran sentral dalam perkembangan gangguan mental. Disregulasi neurotransmiter seperti serotonin, dopamin, dan norepinefrin telah terbukti berkaitan dengan berbagai gangguan mood dan kecemasan. Selain itu, kelainan struktural dan fungsional pada otak juga berkontribusi terhadap gangguan ini.[12] Pengecilan volume hippocampus sering ditemukan pada individu yang mengalami depresi, sementara abnormalitas korteks prefrontal menjadi ciri khas pada penderita skizofrenia. Tidak hanya itu, faktor perinatal seperti komplikasi saat kelahiran, paparan toksin selama kehamilan, serta infeksi prenatal juga turut meningkatkan kerentanan seseorang terhadap gangguan kesehatan mental. Gangguan endokrin, seperti disfungsi tiroid dan kondisi medis kronis seperti penyakit autoimun, juga dapat memicu atau memperburuk gejala psikiatris yang dialami individu.[13]

Faktor genetik dan epigenetik berperan besar dalam risiko gangguan kesehatan mental. Studi tentang riwayat keluarga dan penelitian pada anak kembar menunjukkan bahwa beberapa gangguan memiliki tingkat heritabilitas yang tinggi. Misalnya, skizofrenia memiliki tingkat heritabilitas sekitar 70–80%, sedangkan gangguan bipolar mencapai 60–85%. Penelitian genomik telah mengidentifikasi berbagai polimorfisme gen yang berkontribusi terhadap gangguan ini, seperti varian gen 5-HTTLPR yang dikaitkan dengan kerentanan terhadap depresi. Mekanisme epigenetik juga berperan dalam menentukan bagaimana faktor lingkungan mempengaruhi ekspresi gen yang terkait dengan kesehatan mental. Metilasi DNA dan modifikasi histon telah terbukti mempengaruhi respons individu terhadap stres, dan fenomena pewarisan trauma secara transgenerasional semakin mendapatkan perhatian dalam dunia penelitian.[12]

Faktor psikologis turut berkontribusi dalam perkembangan gangguan kesehatan mental seseorang. Beberapa aspek utama yang memengaruhi individu antara lain gangguan dalam perkembangan psikoseksual sebagaimana dijelaskan dalam teori psikoanalitik, skema kognitif maladaptif yang terbentuk sejak masa kanak-kanak, serta mekanisme koping yang tidak efektif dalam menghadapi stres. Gangguan dalam regulasi emosi dan proses mentalisasi juga dapat memperburuk kondisi psikologis individu. Selain itu, pengalaman traumatis kompleks atau *adverse childhood experiences* (ACE) berkontribusi terhadap peningkatan risiko gangguan mental. Trauma masa kecil yang melibatkan kekerasan, pelecehan, atau pengabaian sering kali meninggalkan dampak yang bertahan lama pada individu, memengaruhi cara mereka dalam membentuk hubungan sosial dan mengelola emosi. Gangguan kelekatan yang terjadi dalam hubungan awal pengasuhan juga memiliki implikasi terhadap kesejahteraan psikologis seseorang di masa dewasa.[(12)]

Faktor sosial tidak kalah penting dalam menentukan perkembangan gangguan kesehatan mental. Lingkungan seseorang dapat memperbesar atau mengurangi risiko gangguan mental, tergantung pada kondisi sosial dan ekonomi yang dialami individu. Dalam tingkat mikrosistem, pola asuh yang tidak optimal, kekerasan dalam rumah tangga, pelecehan, bullying, serta penolakan sosial yang terjadi secara terus-menerus menjadi faktor utama yang meningkatkan risiko gangguan jiwa. Pada tingkat eksosistem, kondisi sosial ekonomi seperti kemiskinan, ketidakstabilan ekonomi, akses terbatas terhadap layanan kesehatan, serta lingkungan tempat tinggal yang tidak aman dapat memengaruhi stabilitas psikologis individu. Di tingkat makrosistem, stigma sosial terhadap gangguan mental menjadi salah satu hambatan terbesar dalam akses bantuan profesional. Teknologi digital dan media sosial juga memiliki dampak besar terhadap kesehatan mental, terutama di kalangan remaja, di mana tekanan sosial dan ekspektasi yang tidak realistis dapat memperburuk kondisi psikologis mereka.[(12)]

Secara biologis, riwayat gangguan jiwa sebelumnya memiliki pengaruh besar terhadap kemungkinan seseorang mengalami gangguan mental berulang. Penelitian menunjukkan bahwa sekitar 56,2% individu yang mengalami gangguan mental memiliki riwayat gangguan sebelumnya, yang menunjukkan adanya risiko tinggi terhadap kekambuhan. Faktor genetik juga memainkan peranan signifikan, dengan 22,8% kasus yang dilaporkan memiliki hubungan dengan keturunan. Trauma kepala dan penyakit kronis masing-masing berkontribusi terhadap 10,5% kasus, mengindikasikan bahwa cedera fisik serta kondisi medis yang berkepanjangan dapat berdampak negatif pada kesehatan mental seseorang. Salah satu faktor presipitasi yang paling dominan adalah ketidakpatuhan terhadap pengobatan, yang terjadi pada 69,6% kasus. Ketidakpatuhan ini menyebabkan ketidakseimbangan neurotransmiter seperti dopamin dan norepinefrin, sehingga memperburuk kondisi penderita.(13)

Dari perspektif psikologis, kepribadian yang tertutup atau memiliki karakteristik maladaptif menjadi penyebab utama munculnya gangguan mental. Sebanyak 29,4% kasus terkait dengan individu yang cenderung menyimpan masalah dan kurang memiliki mekanisme koping yang efektif. Pengalaman traumatis, seperti kekerasan atau penolakan sosial, berkontribusi terhadap 45,8% kasus sebagai faktor presipitasi. Ketidakmampuan individu dalam mengatasi tekanan ini dapat menciptakan tekanan emosional yang berkepanjangan, yang kemudian memperburuk kondisi psikologis mereka. Konsep diri yang negatif juga menjadi faktor yang tidak kalah penting dalam etiologi gangguan jiwa, di mana rendahnya harga diri serta kegagalan dalam memenuhi harapan atau keinginan pribadi semakin meningkatkan risiko seseorang mengalami gangguan mental.(13)

Lingkungan sosial turut berkontribusi secara signifikan terhadap perkembangan gangguan kesehatan mental. Pengangguran menjadi salah satu faktor utama dalam aspek sosial, dengan 89,1% individu yang mengalami gangguan mental tidak memiliki pekerjaan. Situasi ini

mengakibatkan hilangnya aktualisasi diri serta meningkatnya tekanan ekonomi, yang berdampak negatif terhadap kesejahteraan psikologis mereka. Ketidakmampuan individu dalam berpartisipasi dalam kegiatan sosial juga berdampak buruk bagi kesehatan mental, di mana sebanyak 17,4% individu tidak terlibat dalam aktivitas sosial dan 16,3% di antaranya tidak memiliki teman dekat. Kurangnya dukungan sosial semakin memperparah risiko gangguan jiwa, dan konflik keluarga atau hubungan interpersonal menjadi pemicu utama munculnya gangguan mental. Sebanyak 37% kasus dikaitkan dengan permasalahan relasi sosial maupun persoalan warisan yang memengaruhi kesejahteraan psikologis individu.[13]

Memahami faktor risiko gangguan kesehatan mental memerlukan pendekatan multidimensional yang membedakan antara faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi meliputi elemen yang meningkatkan risiko seseorang mengalami gangguan mental dalam jangka panjang, seperti riwayat gangguan jiwa, faktor keturunan, serta penyakit kronis. Di sisi lain, aspek psikologis seperti kepribadian yang rentan, trauma masa kecil yang berat, serta rendahnya kemampuan dalam regulasi emosi juga menjadi faktor predisposisi utama. Faktor sosial seperti kemiskinan, pendidikan rendah, dan kurangnya dukungan sosial semakin memperbesar kemungkinan individu mengalami gangguan kesehatan mental.[13]

Sementara itu, faktor presipitasi merupakan pemicu langsung yang menyebabkan munculnya gangguan jiwa pada individu yang telah memiliki predisposisi sebelumnya. Dalam aspek biologis, ketidakpatuhan terhadap pengobatan serta penyakit fisik akut sering kali menjadi pemicu utama. Secara psikologis, stres akibat pengalaman traumatis atau tekanan hidup yang berat juga menjadi pemicu signifikan. Dalam lingkungan sosial, konflik keluarga, kehilangan orang terdekat, serta perubahan status ekonomi sering kali menjadi pemicu yang mempercepat munculnya gangguan kesehatan mental.[13]

Gangguan kesehatan mental merupakan hasil dari interaksi berbagai faktor yang kompleks. Oleh karena itu, pendekatan dalam penanganannya harus bersifat holistik dan multidisipliner, mencakup pengobatan medis, dukungan psikologis, serta intervensi sosial. Strategi pencegahan berbasis komunitas juga penting dalam mengurangi risiko gangguan mental dan menciptakan lingkungan yang lebih mendukung bagi individu yang rentan.[12,13]

2.1.2.3 Prevalensi Gangguan Kesehatan Mental pada Remaja di indonesia

Menurut Survei Kesehatan Mental Remaja Nasional Indonesia (I-NAMHS) tahun 2022, sekitar 15,5 juta remaja atau 34,9% dari populasi usia 10 hingga 17 tahun mengalami masalah kesehatan mental. Dari jumlah tersebut, sekitar 2,45 juta remaja telah terdiagnosis mengalami gangguan mental dalam 12 bulan terakhir berdasarkan panduan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi kelima (DSM-5), yang digunakan dalam penegakan diagnosis gangguan mental di Indonesia.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 mengungkapkan bahwa lebih dari 19 juta penduduk Indonesia berusia di atas 15 tahun mengalami gangguan mental emosional, sementara lebih dari 12 juta orang mengalami depresi. Di Jakarta, angka kejadian gangguan mental emosional mencapai 10,1%, berdasarkan survei yang melibatkan 28.746 responden (Kemenkes, 2018).

Selain itu, data dari Sistem Registrasi Sampel yang dilakukan oleh Badan Litbangkes pada tahun 2016 mencatat angka bunuh diri sebesar 1.800 kasus per tahun, atau sekitar lima kasus per hari. Dari jumlah tersebut, 47,7% korban berusia 10 hingga 39 tahun, yang mencakup kelompok usia remaja serta usia produktif, menunjukkan bahwa tantangan kesehatan mental berdampak signifikan pada individu di masa perkembangan dan produktivitas mereka.

2.1.2.4 Jenis–jenis Gangguan Kesehatan Mental pada Remaja

Gangguan kesehatan mental pada remaja dapat dikategorikan ke dalam beberapa bentuk utama, yaitu kecemasan (*anxiety*), depresi (*depression*), stres (*stress*), gangguan perilaku, Gangguan Mental Emosional (GME), gejala psikotik/psikosis, dan indikasi *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD).

1. Kecemasan (*Anxiety*)

Kecemasan sering muncul akibat kekhawatiran berlebihan terkait pencapaian diri atau ekspektasi lingkungan. Jika tidak ditangani, kondisi ini dapat berkembang menjadi depresi yang ditandai dengan perasaan putus asa, keterpurukan emosional, dan hilangnya minat terhadap aktivitas sehari-hari.(14)

2. Depresi (*Depression*)

Depresi pada remaja ditandai dengan perasaan sedih berkepanjangan, kehilangan minat terhadap aktivitas yang sebelumnya disukai, serta penurunan performa akademik dan sosial. Depresi yang berlangsung lama dapat memicu stres kronis, yang mengganggu keseimbangan psikologis dan memengaruhi fungsi akademik serta sosial remaja.(14)

3. Stres (*Stress*)

Stres sering kali muncul sebagai respons terhadap tekanan perkembangan, seperti tuntutan akademik, ekspektasi keluarga, dan dinamika sosial. Ketidakmampuan remaja dalam mengelola emosi secara adaptif meningkatkan risiko stres berkepanjangan yang dapat memperburuk kondisi kesehatan mental.(14)

4. Gangguan Perilaku

Gangguan perilaku mencakup kecenderungan agresif atau menyakiti diri sendiri, yang sering ditemukan pada remaja dengan

riwayat *bullying* atau pola asuh yang tidak mendukung. Gangguan ini dapat berdampak negatif terhadap interaksi sosial serta perkembangan psikologis mereka.[14]

5. Gangguan Mental Emosional (GME)

GME merupakan gangguan paling dominan dengan prevalensi mencapai 46,8%. Gejalanya meliputi kecemasan berlebihan, kesepian, dan ide bunuh diri, yang sering kali dipicu oleh stres akademik, tekanan sosial, atau isolasi. Remaja perempuan lebih rentan mengalami GME dibandingkan laki-laki akibat kecenderungan mereka untuk merenungkan masalah secara berulang serta kurangnya strategi koping yang adaptif.[15]

6. Gejala Psikotik/Psikosis

Sebanyak 4,9% remaja mengalami gejala psikotik, seperti halusinasi auditorik, delusi, dan gangguan proses berpikir. Gejala ini sering dikaitkan dengan stres kronis atau penyalahgunaan zat psikoaktif, meskipun faktor trauma dan bullying juga meningkatkan risiko psikosis.[15]

7. *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD)

Indikasi PTSD ditemukan pada 7,5% remaja, terutama pada mereka yang pernah mengalami atau menjadi pelaku *bullying*. PTSD umumnya muncul sebagai respons terhadap trauma masa lalu, dengan gejala berupa serangan panik, kilas balik, dan gangguan tidur.[15]

2.1.2.5 Gejala Klinis Gangguan Kesehatan Mental pada Remaja

1. Kecemasan (*Anxiety*)

Kecemasan pada remaja ditandai dengan kekhawatiran berlebihan yang sulit dikendalikan dan sering kali mengganggu aktivitas

sehari-hari. Gejalanya mencakup gangguan tidur seperti insomnia atau sering terbangun di malam hari, serta manifestasi fisik seperti jantung berdebar, keringat berlebihan, gemetar, atau sesak napas. Selain itu, kecemasan juga memengaruhi fungsi kognitif dengan menurunkan kemampuan konsentrasi dan meningkatkan rasa lelah. Remaja yang mengalami kecemasan sering menghindari situasi yang memicu ketidaknyamanan psikologis, seperti interaksi sosial atau tantangan akademik.[14]

2. Depresi (*Depression*)

Depresi pada remaja bukan sekadar perasaan sedih sesaat, tetapi kondisi yang berlangsung lama dan mempengaruhi berbagai aspek kehidupan. Gejala yang umum meliputi perasaan hampa dan putus asa, kehilangan minat dalam aktivitas yang sebelumnya dinikmati, serta perubahan drastis dalam pola makan—baik meningkat maupun menurun secara signifikan. Selain itu, depresi juga dikaitkan dengan gangguan tidur, seperti insomnia atau tidur berlebihan, serta penurunan energi yang membuat remaja mudah lelah. Mereka juga sering mengalami kesulitan dalam berpikir, membuat keputusan, dan berkonsentrasi, yang berpengaruh pada performa akademik dan sosial. Dalam kasus yang lebih serius, depresi dapat menyebabkan munculnya pikiran tentang kematian atau keinginan untuk mengakhiri hidup.[14]

3. Stres (*Stress*)

Stres pada remaja sering kali muncul sebagai respons terhadap tekanan akademik, tuntutan sosial, atau ekspektasi keluarga. Gejalanya meliputi perasaan kewalahan, mudah marah atau frustrasi, serta gangguan fisik seperti sakit kepala, nyeri otot, dan gangguan pencernaan. Selain itu, stres juga berdampak pada pola tidur dan makan, menyebabkan remaja mengalami kesulitan untuk bersantai dan merasa selalu waspada terhadap lingkungannya.[14]

4. Gangguan Mental Emosional (GME)

Gangguan Mental Emosional (GME) merupakan kondisi yang paling banyak dialami oleh remaja, dengan prevalensi tinggi dalam berbagai penelitian. Gejalanya mencakup perasaan kesepian yang berkepanjangan, kecemasan berlebihan, ide bunuh diri, serta kesulitan dalam beradaptasi dengan lingkungan sosialnya. GME sering kali dipicu oleh stres akademik, tekanan sosial, atau isolasi dari lingkungan sekitar, yang semakin memperburuk kesejahteraan psikologis remaja.(15)

5. Gejala Psikotik/Psikosis

Psikosis pada remaja dapat berupa halusinasi—baik auditorik maupun visual—di mana mereka mendengar atau melihat sesuatu yang tidak nyata. Gejala lainnya termasuk delusi, yaitu keyakinan yang tidak sesuai dengan realitas, seperti perasaan selalu diawasi atau dianiaya. Selain itu, remaja yang mengalami psikosis sering mengalami gangguan proses berpikir, yang menyebabkan pola pikir mereka menjadi tidak logis, inkoheren, atau sulit berkonsentrasi. Perubahan perilaku yang signifikan juga dapat terjadi, seperti penurunan aktivitas psikomotorik atau respons yang tidak biasa terhadap lingkungan sekitar.(15)

6. Indikasi Gejala PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*)

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) pada remaja biasanya muncul sebagai respons terhadap pengalaman traumatis, seperti kekerasan, perundungan, atau kehilangan orang terdekat. Gejala utama PTSD meliputi kilas balik (*flashback*) yang membuat individu mengalami kembali peristiwa traumatis secara mendetail, serta kecenderungan untuk menghindari pemicu trauma, seperti tempat, situasi, atau orang yang mengingatkan mereka pada pengalaman tersebut. Selain itu, penderita PTSD sering mengalami hiperarousal, yang membuat mereka mudah terkejut, sulit tidur, dan selalu merasa waspada. Emosi negatif, seperti perasaan sedih yang mendalam,

kemarahan yang sulit dikendalikan, dan rasa bersalah yang berlebihan, juga menjadi bagian dari kondisi ini.[15]

Gangguan kesehatan mental pada remaja dapat memiliki dampak jangka panjang terhadap perkembangan emosional dan sosial mereka. Oleh karena itu, pendekatan yang holistik—melalui dukungan keluarga, intervensi sekolah, serta akses terhadap layanan kesehatan mental—sangat diperlukan untuk membantu remaja mengatasi tantangan psikologis yang mereka hadapi.[15]

2.1.3 Mekanisme Koping

Untuk menghadapi berbagai tantangan psikologis, remaja sering kali menggunakan strategi koping sebagai mekanisme adaptasi. Strategi koping merupakan tindakan, rangkaian aktivitas, maupun proses kognitif yang dilakukan individu sebagai upaya menghadapi situasi yang menekan atau tidak menyenangkan, serta untuk menyesuaikan respons terhadap situasi tersebut. Berbeda dengan mekanisme pertahanan diri yang cenderung bersifat tidak disadari, mekanisme koping umumnya dilakukan secara sadar dan langsung untuk mengatasi permasalahan yang sedang dihadapi.[16] Strategi koping yang adaptif, seperti pemecahan masalah dan restrukturisasi kognitif, memiliki hubungan positif dengan kesejahteraan psikologis.[17] Sebaliknya, strategi koping yang maladaptif, seperti penghindaran dan penyangkalan, dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan mental (Diehl, Hay & Chui, 2012).[7]

Leszko, Iwański & Jarzębińska (2020) menekankan bahwa strategi koping yang tepat memungkinkan intervensi psikologis yang lebih efektif, sehingga meningkatkan kemampuan individu dalam menghadapi stres. Kesadaran diri juga menjadi faktor pelindung dari stres karena berkaitan dengan koping yang berorientasi pada tugas dibandingkan dengan koping yang berorientasi pada emosi yang cenderung berdampak negatif (Bartley & Roesch, 2011).[7]

Remaja menghadapi berbagai tantangan perkembangan yang membutuhkan mekanisme koping efektif. Secara garis besar, strategi koping remaja dapat dibagi menjadi dua kategori utama: koping adaptif dan maladaptif. Koping adaptif merupakan strategi positif yang membantu remaja mencapai keseimbangan psikologis dan meningkatkan kesehatan secara menyeluruh. Strategi ini mendorong pertumbuhan pribadi dan kemandirian dalam menyelesaikan masalah. Sebaliknya, koping maladaptif justru menghambat perkembangan psikologis, mengurangi kemandirian, dan membuat remaja lebih bergantung pada pengaruh lingkungan eksternal (Ihsan & Wahyuni, 2021).[18]

Menurut Carver dan Scheier (1989), mekanisme koping dapat diklasifikasikan berdasarkan pendekatan yang digunakan. Pertama, *problem-focused coping* merupakan strategi yang berorientasi pada solusi konkret, dimana remaja secara aktif berusaha mengidentifikasi akar masalah dan merencanakan tindakan spesifik untuk mengatasinya. Contoh penerapannya termasuk mencari bantuan profesional, membuat perencanaan sistematis, atau memodifikasi lingkungan penyebab stres. Kedua, *emotion-focused coping* lebih berfokus pada pengaturan respons emosional melalui teknik seperti mencari dukungan sosial, melakukan aktivitas relaksasi, atau menggunakan humor sebagai mekanisme pertahanan psikologis. [19]

Penelitian Umjani dkk. (2022) mengungkapkan bahwa 56,9% remaja cenderung menggunakan *emotion-focused coping* sebagai strategi utama. Temuan ini menunjukkan kecenderungan remaja untuk lebih mengandalkan pendekatan pengelolaan emosi dibandingkan penyelesaian masalah secara langsung. Namun, terdapat pula strategi koping maladaptif yang justru berpotensi memperburuk situasi, seperti perilaku penghindaran (*avoidance coping*), penyangkalan masalah (*denial*), penyalahgunaan zat, atau tindakan impulsif. Strategi semacam ini tidak hanya gagal

menyelesaikan masalah, tetapi juga dapat memicu gangguan mental yang lebih serius dalam jangka panjang.[20]

Pemilihan strategi koping pada remaja dipengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor internal meliputi tingkat kematangan emosional, kemampuan kognitif, jenis kelamin, dan tahap perkembangan psikologis. Sementara faktor eksternal mencakup ketersediaan dukungan sosial, latar belakang budaya, kondisi ekonomi keluarga, dan lingkungan sekolah. Penelitian terbaru oleh Maqsood et al. (2024) menunjukkan bahwa meskipun koping berperan penting dalam mengelola stres akademik, efektivitasnya sebagai faktor penentu kesejahteraan subjektif masih perlu dikaji lebih mendalam.[17] Temuan ini menggaris bawahi pentingnya pendekatan komprehensif yang tidak hanya mengandalkan mekanisme koping individual, tetapi juga memperkuat sistem pendukung di lingkungan sekitar remaja.

2.1.4 Empati

Selain kemampuan koping, faktor psikologis lain seperti empati juga memainkan peran krusial dalam kesehatan mental remaja. Empati—kemampuan memahami dan berbagi perasaan orang lain—dapat memperkuat efektivitas strategi koping, khususnya dalam konteks interaksi sosial. Empati tidak hanya membantu remaja mengelola stres personal, tetapi juga menciptakan lingkungan yang lebih suportif bagi teman sebaya yang mengalami kesulitan.[21]

Empati adalah kemampuan memahami dan merasakan emosi orang lain, serta menyesuaikan diri dengan perspektif mereka. Cooper (Yaqin, 2021) menyebutkan bahwa empati muncul dalam interaksi sosial dan membantu individu membangun hubungan yang lebih sehat. Eklund (Ni'mah, 2017) menekankan bahwa empati berkembang sepanjang masa remaja dan mempengaruhi keseimbangan psikologis mereka.

Penelitian menunjukkan bahwa empati emosional cenderung stabil dari remaja hingga dewasa, sementara empati kognitif berkembang lebih jauh dalam fase ini. Remaja mulai mampu berempati dengan kelompok yang lebih abstrak dan mengembangkan perilaku prososial yang berkontribusi terhadap kesejahteraan psikologis mereka.

Empati merupakan kemampuan kompleks yang memungkinkan remaja tidak hanya memahami tetapi juga merasakan pengalaman emosional orang lain. Menurut Eklund dan Ni'mah (2017), empati melibatkan proses aktif dimana seseorang secara kognitif mampu menempatkan diri dalam posisi orang lain sekaligus merespons secara afektif terhadap keadaan emosional tersebut. Konsep ini mencakup dua dimensi utama yaitu komponen afektif yang berkaitan dengan kemampuan merasakan emosi orang lain dan komponen kognitif yang melibatkan pemahaman intelektual terhadap perspektif orang lain (Jolliffe & Farrington, 2006).

Dalam konteks kesehatan mental, empati memiliki peran ganda yang kompleks. Di satu sisi, kemampuan empatik yang berkembang baik berfungsi sebagai faktor pelindung dengan meningkatkan kualitas hubungan interpersonal. Remaja yang memiliki empati tinggi cenderung lebih peka terhadap isyarat nonverbal seperti ekspresi wajah dan bahasa tubuh, sehingga memudahkan mereka dalam membangun hubungan sosial yang positif (Permatasari et al., 2020). Selain itu, Goleman menekankan bahwa empati yang seimbang dapat meningkatkan kapasitas regulasi emosi, mengurangi kerentanan terhadap gangguan mood seperti depresi.

Namun penelitian juga mengungkap sisi paradoksal dari empati. Empati afektif yang berlebihan justru dapat menjadi faktor risiko melalui fenomena "*personal distress*" dimana remaja mengalami internalisasi emosi negatif orang lain secara intens (Wahyuni & Bariyyah, 2019). Temuan ini menjelaskan mengapa remaja perempuan yang secara statistik menunjukkan tingkat empati lebih tinggi ternyata lebih rentan mengalami

gejala depresi. Situasi ini diperburuk oleh ketidakmatangan sistem regulasi emosi di prefrontal cortex yang khas pada masa remaja.[21,22]

Secara keseluruhan, penelitian menunjukkan bahwa empati dalam perkembangan remaja merupakan aspek yang kompleks dan multidimensional. Ketika dikembangkan secara seimbang dan didukung oleh lingkungan yang tepat, empati dapat menjadi fondasi kesehatan mental yang kuat. Namun tanpa pengelolaan yang baik, potensi negatifnya justru dapat mengganggu kesejahteraan psikologis remaja. Temuan ini menegaskan perlunya pendekatan yang holistik dalam pengembangan program kesehatan mental remaja.

2.2 Ringkasan pustaka

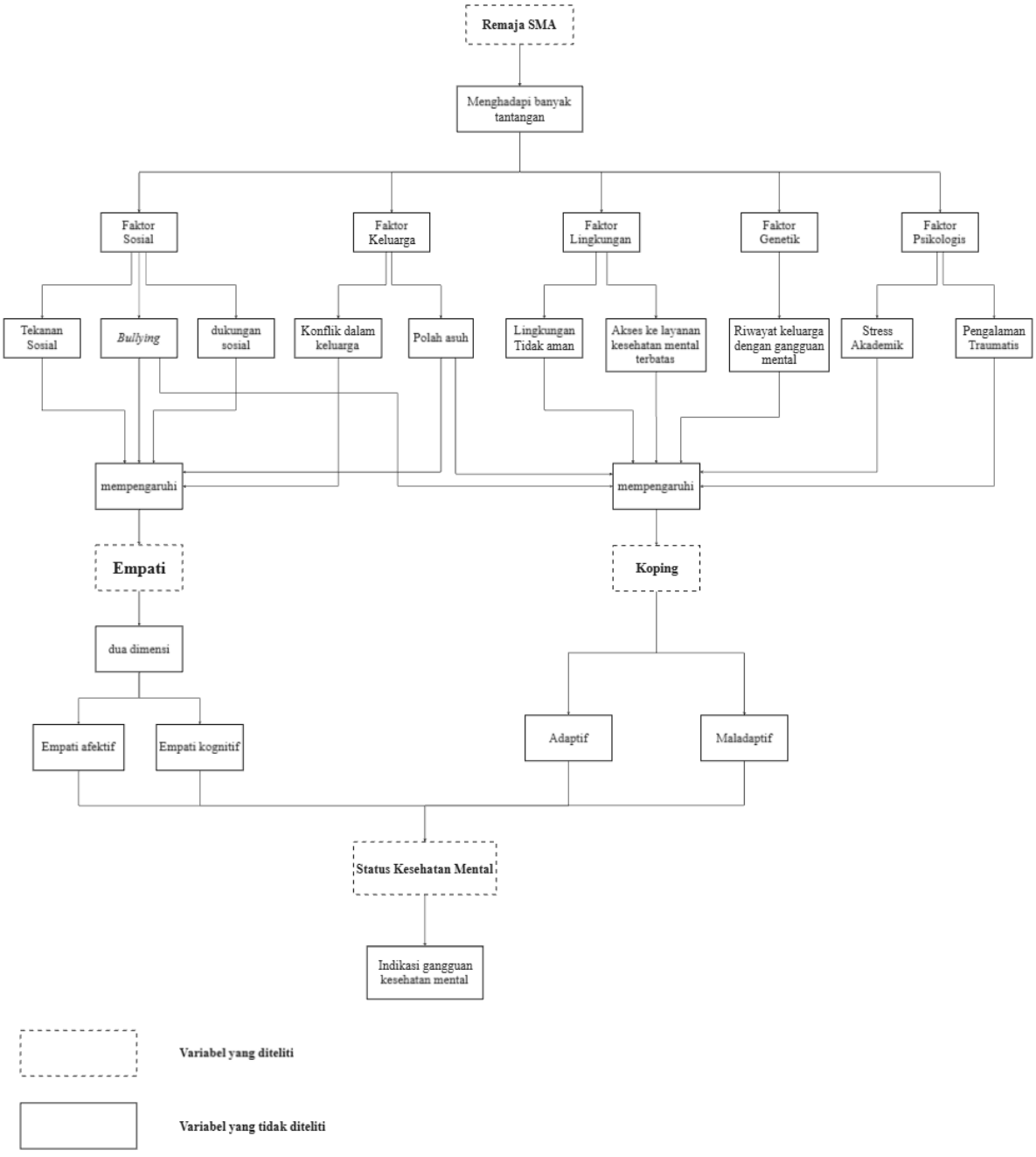
Table 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi dan waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Maqsood A, et al. [17]	Pakistan; penelitian dilakukan antara 13 April 2024 dan 19 Juni 2024.	Penelitian kuantitatif dengan desain cross-sectional.	300 guru perguruan tinggi, terbagi rata antara pria dan wanita.	Variable bebas: • *Perceived Stress* (Stres yang Dirasakan) • *Stress Appraisal* (Penilaian terhadap Stres) • *Coping Strategies* (Strategi Koping) Variabel Tergantung: • *Evolving Educational Landscape* (Lanskap Pendidikan yang Berkembang)	Penelitian dilakukan selama sekitar dua bulan.	• *Independent samples t-test* dan *Pearson Product Moment Correlation* • Terdapat hubungan yang signifikan antara stres yang dirasakan, penilaian stres, dan strategi koping ($p < 0.001$).
Quarta D. L, et al. [23]	Universitas Islam Indonesia; penelitian dilakukan pada tahun 2022.	kuantitatif desain cross-sectional.	212 mahasiswa UII (33% pria dan 67% wanita), berusia 17 hingga 23 tahun.	Variabel bebas: • Stress akademik • Perilaku koping Variabel Tergantung: • Kesejahteraan subjektif	selama periode yang relevan dengan pandemi COVID-19.	• *Moderator Regression Analysis* (MRA) • Perilaku koping tidak memiliki efek moderasi yang signifikan

						antara stres akademik dan kesejahteraan subjektif (R^2 = 0.213)
Ananda NLP, et al. [18]	MK Sanjiwani Gianyar, Bali; Mei 2024.	pendekatan kuantitatif, *cross-sectional*	166 siswa SMK (kelas X–XII) dipilih dengan *stratified random sampling*.			• Uji *Spearman-Rho* • **hubungan signifikan antara kemampuan koping dan kesehatan mental**. (*p-value* 0,000 (<0,05)
Setiawan F, et al. [24]	Kecamatan Talang Empat, Kabupaten Bengkulu Tengah, Indonesia; Desember 2023.	Kuantitatif dengan pendekatan regresional menggunakan analisis regresi linier sederhana.	104 remaja yang dipilih secara *random sampling*.	Variabel bebas: • Spiritualitas • Empati Variabel Tergantung: • Kesehatan mental remaja.	Tidak disebutkan	• *Simple Linear Regression* • Terdapat hubungan positif dan signifikan antara spiritualitas dan empati terhadap kesehatan mental remaja (R = 0,527; sig 0,000 < 0,05)

Umjani SU, et al. [20]	SMA 3 Bengkulu Tengah, Bengkulu, Indonesia; Maret 2022 - Agustus 2022.	Penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif yang menunjukkan hubungan sebab-akibat.	101 remaja siswa SMA 3 Bengkulu Tengah	Variabel bebas: • Coping stress Variabel Tergantung: • Kesehatan mental.	6 bulan.	• *Regression analysis* • *Coping stress* memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap kesehatan mental siswa (R^2 =0,479) • Terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel.
Yan Z, et al. [22]	Hunan Normal University, Changsha, Tiongkok; November 2020 - Agustus 2021.	Meta-analisis untuk menyelidiki hubungan antara empati dan depresi.	21 studi yang melibatkan 23,878 peserta dari populasi normal.	Variabel bebas: • Empati (afektif dan kognitif) Variabel Tergantung: • Depresi.	data dikumpulkan hingga Januari 2020.	• *Pearson's correlation* • Hasil meta-analisis empati secara umum tidak berkorelasi dengan depresi (r = 0.006, p = 0.87).

2.3 Kerangka teori

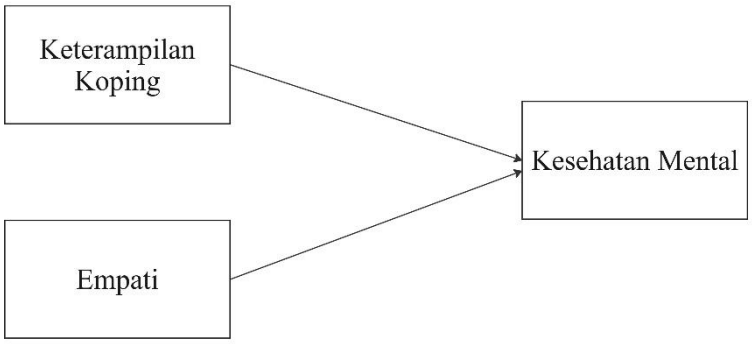


Gambar 1. Kerangka Teori

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

Variabel bebas (*independent variable*) merupakan faktor yang dimanipulasi atau diubah oleh peneliti untuk mengeksplorasi pengaruhnya terhadap variabel lain. Variabel ini berdiri sendiri dan tidak dipengaruhi oleh faktor lain dalam konteks penelitian. Dalam penelitian ini variable bebasnya adalah keterampilan koping dan empati.

Sementara itu, variabel tergantung (*dependent variable*) merupakan aspek yang diamati atau diukur untuk menentukan apakah terjadi perubahan akibat manipulasi variabel bebas. Variabel ini bergantung pada variabel bebas karena nilainya dipengaruhi oleh perubahan yang dilakukan dalam penelitian. Dalam penelitian ini, varibel tergantungnya adalah kesehatan mental.

3.2 Definisi operasional

Table 2. Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Mekanisme Koping	Pikiran dan perilaku yang digunakan individu untuk mengelola stres, baik dalam situasi internal maupun eksternal	*Brief COPE Inventory* (BCI)	Menggunakan kuesioner dengan 28 pertanyaan terkait strategi koping. Responden menjawab menggunakan skala Likert.	• Sesuai dengan nilai yang didapatkan	Ordinal (skala likert)	• Pasongli G, et al.[25] • Siaputra IB, et al. 2023. [16]
Empati	Kemampuan memahami dan berbagi perasaan orang lain	*Basic Empathy Scale* (BES)	Menggunakan kuisioner dengan 20 pertanyaan untuk mengidentifikasi tingkat empati kognitif dan afektif, diukur berdasarkan skor untuk setiap item.	• Sesuai dengan nilai yang didapatkan	Ordinal (skala likert)	• Bilqisti BS, et al. 2023[26] • Rizkyanti CAY, et al. 2025. [27]
Kesehatan Mental	kondisi sejahtera di mana individu dapat mengoptimalkan potensi diri, mengelola stres hidup, dan berfungsi secara produktif dalam interaksi sosial.	*Psychometric Properties of Self-Report Questionnaire-20* (SRQ-20)	Menggunakan kuesioner dengan 20 pertanyaan terkait gejala gangguan mental. Responden menjawab "ya" atau "tidak" untuk setiap pertanyaan.	• Sesuai dengan nilai yang didapatkan	Nominal	• Idaiani S, et al. 2022[28] • Prasetio CE, et al. 2022. [29]

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Pada penelitian ini peneliti menggunakan desain penelitian *cross-sectional* dengan pendekatan kuantitatif untuk menganalisis hubungan antara keterampilan koping dan empati terhadap kesehatan mental remaja SMA.

4.2 Lokasi dan waktu Penelitian

Penelitian akan dilakukan dilakukan di SMA X Jakarta pada tanggal (X) bulan (Y).

4.3 Populasi dan subjek

4.3.1 Populasi penelitian

Populasi target yang ingin dicapai adalah siswa dan siswi X Jakarta. Populasi terjangkau nya adalah Siswa kelas 12 X Jakarta yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian serta memenuhi kriteria inklusi.

4.3.2 Sampel Penelitian

Untuk memperkirakan jumlah sampel yang diperlukan dalam penelitian, maka akan digunakan rumua sebagai berikut:

Rumus Infinit:

$$n = \frac{Z\alpha^2 x\ p\ x\ q}{d^2}$$

Dimana:

n : besar sampel awal

Zα : pada Tingkat kemaknaan 95% besarnya 1,96

p : prevalensi penyakit atau keadaan yang akan dicari

q : Prevalensi kelompok yang tidak menderita penyakit yang diteliti = 1- p

d : akurasi dari ketepatan pengukuran = 0,05

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Health Collaborative Center (HCC), sekitar 34% siswa SMA di DKI Jakarta menunjukkan indikasi masalah kesehatan mental.[30] Maka jumlah sampel penelitian adalah:

$$n = \frac{1{,}96^2 \times 0{,}34 \times (1 - 0{,}34)}{0{,}05^2}$$

$$n = 344{,}8$$

Besar sampel yang dibutuhkan penelitian adalah sebanyak 345 siswa-siswi SMA X Jakarta.

Rumus finit:

$$n = \frac{n_0}{(1 + \frac{n_0}{N})}$$

Dimana:

n : besar sampel yang dibutuhkan untuk populasi finit

n_0 : besar sampel dari populasi infinit

N : besar sampel populasi finit

Jumlah siswa-siswi SMA X kelas 12 Jakarta adalah 35 orang dalam 1 kelas yang terdiri dari 6-8 kelas. Dari angka tersebut, diperkirakan jumlah anak pada satu angkatan adalah 210 siswa. maka:

$$n = \frac{345}{\left(1 + \frac{345}{210}\right)}$$

$$n = 132$$

Besar sampel yang dibutuhkan penelitian adalah sebanyak 132 orang siswa-siswi SMA X Jakarta. Jumlah sampel kemufian ditambahkan 15% untuk menghindari terjadinya kekurangan sampel karena *drop out*, maka didapat:

$$n_{do} = n\ x\ do = 152\ \times 15\% = 22{,}8 \approx 18 \text{ orang}$$

Maka, besar sampel yang diperlukan adalah:

$$n + n_{do} = 132 + 18 = 150 \text{ orang}$$

4.3.3 Teknik pemilihan sampel

Teknik pengambilan sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *simple random sampling.* Pada Teknik *simple random sampling* akan dipilih sampel secara acak dari hasil pengumpulan kuisioner sesuai dengan jumlah kebutuhan sampel yang dibutuhkan dalam penelitian.

4.3.4 Populasi target

Kriteria pemilihan subjek:

a. Inklusi:

    1. Siswa kelas 12.
    2. Bersedia mengisi informed consent.

b. Eksklusi:

    1. Siswa yang tidak hadir saat pengumpulan data.
    2. Responden mengonfirmasi bahwa dirinya tidak memiliki riwayat gangguan mental.

4.3.5 Prosedur pengambilan data

1. Tahap Persiapan

- Koordinasi dengan Sekolah:
    - Diskusi jadwal penelitian dengan pihak sekolah (guru BK/wali kelas) untuk memastikan waktu yang tepat (misalnya saat jam kosong atau sesi khusus).
    - Pastikan izin penelitian dari sekolah dan orang tua telah diperoleh.
- Penyusunan Kuesioner:
    - Gabungkan ketiga kuesioner dalam satu dokumen dengan urutan dimulai dari yang paling sederhana (SRQ-20 - *Basic Empathy Scale* - *Brief COPE*)
    - Beri nomor pertanyaan.

2. Tahap Pemilihan Sampel

- Kriteria Inklusi:
    - Siswa kelas 12 SMA X Jakarta.
    - Bersedia dalam *informed consent*.
- Kriteria Eksklusi:
    - Siswa yang tidak hadir saat pengambilan data.
    - Responden mengonfirmasi bahwa dirinya tidak memiliki riwayat gangguan mental.
- Teknik Sampling:
    - Gunakan *simple random sampling* dari daftar siswa kelas 12 yang memenuhi kriteria inklusi dan menyiapkan cadangan sampel (15%) untuk mengantisipasi *drop-out*.

3. Prosedur Pengisian Kuesioner

- Lingkungan Pengisian:
    - Lakukan di ruang kelas/lab komputer dengan pengawasan peneliti atau guru.
    - Pastikan kondisi tenang dan nyaman (tanpa gangguan).
- Briefing Awal:
    - Jelaskan tujuan penelitian, kerahasiaan data, dan instruksi pengisian.
    - Tekankan pentingnya kejujuran dan tidak ada jawaban "benar/salah".
    - Beri contoh cara mengisi (misalnya: pilih salah satu opsi, tidak boleh dikosongkan).
- Metode Pengisian:
    - Kuesioner cetak dibagikan langsung, diisi dengan pensil/spidol atau,
    - Option 2: Google Form (lebih mudah untuk analisis data, tetapi perlu pastikan akses internet).
    - Beri waktu 30–45 menit (sesuaikan dengan kompleksitas pertanyaan).

4. Pengawasan dan Validasi Data

- Monitoring Saat Pengisian:
    - Peneliti/guru berkeliling untuk memastikan tidak ada diskusi antar-siswa.
    - Jawab pertanyaan siswa tanpa memengaruhi jawaban.
- Pengecekan Langsung:
    - Periksa kelengkapan kuesioner sebelum dikumpulkan (pastikan tidak ada yang terlewat).

- Jika ada yang kosong, minta siswa melengkapi saat itu juga.

- Penanganan Data Tidak Valid:
  - Kuesioner dengan jawaban acak (misalnya pola "zig-zag" atau semua pilihan sama) dikeluarkan dari analisis.
  - *Attention check* misalnya dengan sisipkan 1–2 pertanyaan validasi seperti "Pilihlah opsi 'tidak setuju' untuk pertanyaan ini".

5. Pasca-Pengumpulan

- Entry Data:
  - Untuk kuesioner cetak, input data ke software (SPSS/Excel) dengan *double-entry* untuk meminimalkan kesalahan.
  - Untuk Google Form, ekspor data langsung ke format analisis.
- Analisis Awal:
  - Lakukan *data cleaning* (hapus responden dengan jawaban tidak konsisten).

6. Strategi Tambahan untuk Minimisasi Bias

- Anonimitas:
  - Jangan cantumkan nama siswa di kuesioner, hanya kode unik.
- Randomisasi Urutan Pertanyaan:
  - Acak urutan pertanyaan (sesuai kuisionernya) untuk menghindari *order bias*.

4.4 Bahan dan instrumen

Pada penelitian Hubungan antara strategi koping dan empati terhadap kesehatan mental remaja, instrument penelitian yang digunakan adalah:

1. Brief COPE

Brief COPE (Carver et al, 1989) adalah alat ukur yang digunakan untuk menilai cara individu dalam menghadapi stres dan masalah. Instrumen ini membantu dalam memahami strategi koping yang digunakan oleh responden saat menghadapi tantangan dalam kehidupan sehari-hari. *Brie fCOPE* terbukti valid dengan nilai KMO 0.85 dan memiliki reliabilitas yang baik (alpha Cronbach 0.7-0.91). Meskipun data penelitian tidak berdistribusi normal, alat ukur ini tetap efektif digunakan, terbukti dari adanya korelasi negatif yang signifikan (-0.290) antara strategi koping adaptif dengan tingkat stres.[(7)]

Kuesioner *Brief COPE* terdiri dari 28 pernyataan yang terbagi dalam dua bagian utama. Bagian pertama, yang mencakup pertanyaan nomor 1 hingga 14, menggambarkan tujuh jenis mekanisme koping adaptif, yaitu pengalihan diri, koping aktif, pemanfaatan dukungan instrumental, penilaian positif, perencanaan, penerimaan, dan religiusitas. Sementara itu, bagian kedua, yang mencakup pertanyaan nomor 15 hingga 28, berfokus pada tujuh mekanisme koping maladaptif, yang mencakup penyangkalan, penggunaan zat, perilaku pelepasan, ekspresi kemarahan, pemanfaatan dukungan emosional, humor, serta kecenderungan menyalahkan diri sendiri.

Dalam pengukuran menggunakan kuesioner *Brief COPE*, jika strategi coping yang dinilai tergolong adaptif, maka setiap butir akan diberi skor berdasarkan frekuensi perilaku: skor 1 untuk tidak pernah melakukan, 2 untuk jarang melakukan, 3 untuk kadang-kadang melakukan, dan 4 untuk sering melakukan. Sebaliknya, jika strategi yang diidentifikasi termasuk coping maladaptif, penilaian dilakukan secara terbalik: skor 4 untuk tidak pernah melakukan, 3 untuk jarang melakukan, 2 untuk kadang-kadang melakukan, dan 1 untuk sering melakukan. Sistem penilaian ini digunakan untuk membedakan antara pola koping yang konstruktif dan yang berisiko bagi kesejahteraan psikologis.

No.	*Item*
1.	Saya berusaha menerima kenyataan dan hidup dengan hal ini.
2.	Saya memfokuskan upaya saya untuk melakukan sesuatu terhadap situasi yang sedang dihadapi.
3.	Saya mengatakan pada diri sendiri bahwa hal ini tidak mungkin terjadi.
4.	Saya mengonsumi alkohol atau obat-obatan lain untuk membuat diri sendiri merasa lebih baik.
5.	Saya mendapatkan dukungan emosional (pembenaran dan penghiburan) dari orang lain.
6.	Saya mengambil langkah mundur untuk sementara waktu untuk menenangkan diri.
7.	Saya mengambil tindakan untuk mencoba membuat situasi menjadi lebih baik.
8.	Saya enggan menerima fakta bahwa ini benar-benar terjadi.
9.	Saya melampiaskan perasaan frustrasi dan kemarahan saya melalui kata-kata.
10.	Saya mendapatkan bantuan dan nasihat dari orang lain.
11.	Saya mengonsumi alkohol atau obat-obatan lainnya untuk membantu saya melewati masalah.
12.	Saya mencoba memandang masalah secara berbeda agar terlihat lebih positif.
13.	Saya mencela diri sendiri.
14.	Saya berusaha membuat strategi (rencana yang cermat) tentang apa yang harus dilakukan.
15.	Saya mendapatkan penghiburan dan pengertian dari orang lain.
16.	Saya sudah menyerah untuk mencoba menghadapi masalah.
17.	Saya berusaha mencari hal baik dalam apa yang sedang terjadi.
18.	Saya menjadikan masalah itu sebagai bahan candaan.

19. Saya melakukan sesuatu agar tidak terlalu memikirkan apa yang sedang terjadi, misalnya dengan menonton, membaca, melamun, tidur, atau berbelanja.
20 Saya menerima kenyataan bahwa masalah tersebut telah terjadi.
21. Saya meluapkan perasaan buruk yang saya miliki.
22. Saya berusaha menemukan penghiburan dalam agama atau kepercayaan (keyakinan spiritual) saya.
23. Saya mencari nasihat atau bantuan dari orang lain tentang apa yang seharusnya dilakukan.
24 Saya berusaha menerima kenyataan dan hidup dengan hal ini.
25. Saya berpikir keras tentang langkah-langkah yang harus diambil.
26. Saya menyalahkan diri sendiri atas apa yang telah terjadi.
27. Saya berdoa atau bermeditasi.
28. Saya membuat lelucon tentang betapa konyolnya masalah saya.

Table 3. Aitem kuisioner *Brief COPE*

2. *Basic Empathy Scale* (BES)

Basic Empathy Scale (BES) merupakan alat ukur yang dikembangkan oleh Jolliffe dan Farrington (2006) yang bertujuan untuk menilai tingkat empati pada remaja. *Basic Empathy Scale* (BES) adalah alat ukur yang digunakan untuk menilai dua dimensi empati yaitu kognitif empati dan afektif empati. Kognitif empati berkaitan dengan kemampuan untuk memahami perasaan orang lain, sementara afektif empati melibatkan kemampuan untuk merasakan emosi orang lain. *Basic Empathy Scale* (BES) menunjukkan validitas item memadai (korelasi item-total 0.20–0.57) dan reliabilitas sangat baik (alpha 0.870).[21]

BES terdiri dari 20 pertanyaan yang terbagi dalam dua kategori utama: empati kognitif (9 pertanyaan) dan empati afektif (11 pertanyaan). Setiap pertanyaan memiliki lima opsi jawaban dalam skala ordinal, mulai dari 1 (sangat tidak setuju) hingga 5 (sangat setuju). Para peneliti menekankan bahwa BES memiliki sifat multidimensi karena membedakan

dengan jelas antara empati kognitif dan afektif. Selain itu, skor total empati dapat diperoleh dengan menjumlahkan seluruh nilai dari setiap item, dengan rentang skor antara 20 (tingkat empati rendah) hingga 100 (tingkat empati tinggi).

No	*Item*
1	Setelah menghabiskan waktu dengan teman yang sedang sedih, saya biasanya ikut merasa sedih.
2	Saya menjadi ketakutan saat menonton karakter yang ada di film horor.
3	Saya mudah terpengaruh perasaan orang lain.
4	Saya sering merasa sedih ketika menonton adegan sedih di televisi atau bioskop.
5	Saya cenderung merasa takut ketika sedang bersama teman yang sedang merasa takut.
6	Saya sering terbawa perasaan teman-teman saya
7	Saya mampu memahami kebahagiaan teman saya Ketika ia berhasil melakukan sesuatu
8	Ketika orang lain merasa terpurul, saya mampu memahami perasaan mereka
9	Saya mampu menyadari rasa takut yang dirasakan oleh teman saya
10	Saya mampu mengetahui perasaan orang lain bahkan sebelum mereka mengatakannya
11	Saya mampu menyadari kegembiraan yang dirasakan oleh orang lain
12	Saya cepat menyadari kemarahan teman saya
13	Saya kesulitan mengetahui kapan teman saya merasa bahagia.
14	Saya sulit mengetahui kapan teman saya ketakutan
15	Emosi teman-teman saya tidak mempengaruhi saya.
16	Saya tidak menjadi sedih ketika melihat orang lain menangis.
17	Perasaan orang lain tidak mempengaruhi saya sama sekali.
18	Melihat orang lain yang marah tidak mempengaruhi perasaan saya.

19	Ketidakbahagiaan teman-teman saya tidak mempengaruhi saya.
20	Saya biasanya tidak menyadari perasaan teman-teman saya.

Table 4. Aitem Kuisioner *Basic Empathy Scale* (BES)

3. *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20)

SRQ-20 dikembangkan oleh *World Health Organization* (WHO) sebagai alat skrining untuk mengidentifikasi gejala gangguan mental non-psikotik. Meskipun bukan pengganti diagnosis resmi oleh profesional kesehatan mental, SRQ-20 dapat membantu dalam menentukan siapa yang memerlukan perhatian lebih lanjut. SRQ-20 terbukti valid dengan struktur dua faktor (depresi dan somatik-kecemasan), memiliki akurasi diagnostik tinggi (AUC 0.93), serta sensitivitas 73.75% dan spesifisitas 94.12%. Cut-off ≥6 optimal untuk skrining, dengan reliabilitas yang baik (alpha >0.80).[28]

Instrumen ini terdiri dari 20 pertanyaan yang berkaitan dengan gejala neurotik, di mana responden diminta untuk mengingat apakah mereka telah mengalami gejala tersebut dalam 30 hari terakhir. Setiap pertanyaan dijawab dengan jawaban "Ya" diberikan skor 1 atau "Tidak" diberikan skor 0. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), nilai pisah yang ditetapkan adalah 5 atau 6. Artinya, Jika subjek menjawab "Ya" pada 6 atau lebih dari 20 pertanyaan, maka responden dianggap mengalami gangguan mental emosional atau distress yang berpotensi terjadinya gangguan jiwa.

No.	***Item***
1.	Apakah Anda sering merasa sakit kepala?
2.	Apakah Anda kehilangan nafsu makan?
3.	Apakah tidur Anda tidak nyenyak?
4.	Apakah Anda merasa cemas, tegang, atau khawatir?
5.	Apakah Anda mudah merasa talut?
6.	Apakah tangan Anda gemetar?
7.	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?

8. Apakah Anda merasa sulit berpikir jenih?
9. Apakah Anda merasa tidak bahagia?
10. Apakah Anda lebih sering menangis?
11. Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari?
12. Apakah Anda merasa kesulitan dalam mengambilan Keputusan?
13. Apakah Anda merasa aktivitas atau tugas sehari-hari anda terbengkalai?
14. Apakah Anda merasa tidak mampu nerperan dalam kehidupan ini?
15. Apakah Anda kehilangan minat dalam banyak hal?
16. Apakah Anda merasa tidak berharga?
17. Apakah anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda?
18. Apakah Anda merasa Lelah sepanjang waktu?
19 Apakah Anda merasa tidak nyaman di perut?
20 Apakah Anda mudah Lelah?

Table 5. Aitem *Self-Reporting Quistionnaire-20* (SRQ-20)

4.5 Analisis statistik

4.5.1 Pengolahan data

Setelah data sampel telah diperoleh maka akan dilakukan pengolahan data menggunakan program SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences) for Windows.* Analisis statistik yang digunakan meliputi analisis univariat dan bivariat, dengan tujuan untuk menguji hubungan antara keterampilan koping dan empati terhadap kesehatan mental remaja SMA.

2.1.5 4.5.2 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik sampel dan distribusi dari setiap variabel penelitian. Dalam penelitian ini, terdapat dua jenis variabel, yaitu variabel bebas dan variabel tergantung. Variabel bebas mencakup keterampilan koping dan empati. Keterampilan koping diukur menggunakan *Brief COPE Inventory* (BCI) dengan skala ordinal yang terdiri atas kategori koping adaptif dan maladaptif. Sementara itu, empati diukur menggunakan *Basic Empathy Scale* (BES), juga dengan skala ordinal yang mencakup kategori rendah, sedang dan tinggi. Adapun variabel tergantung dalam penelitian ini adalah kesehatan mental, yang diukur menggunakan *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) dengan skala nominal yang mencakup kategori tidak ada indikasi gangguan kesehatan mental dan indikasi gangguan kesehatan mental.

2.1.6 4.5.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menguji keterkaitan antara variabel bebas, yakni keterampilan koping dan empati, dengan variabel tergantung berupa kesehatan mental.

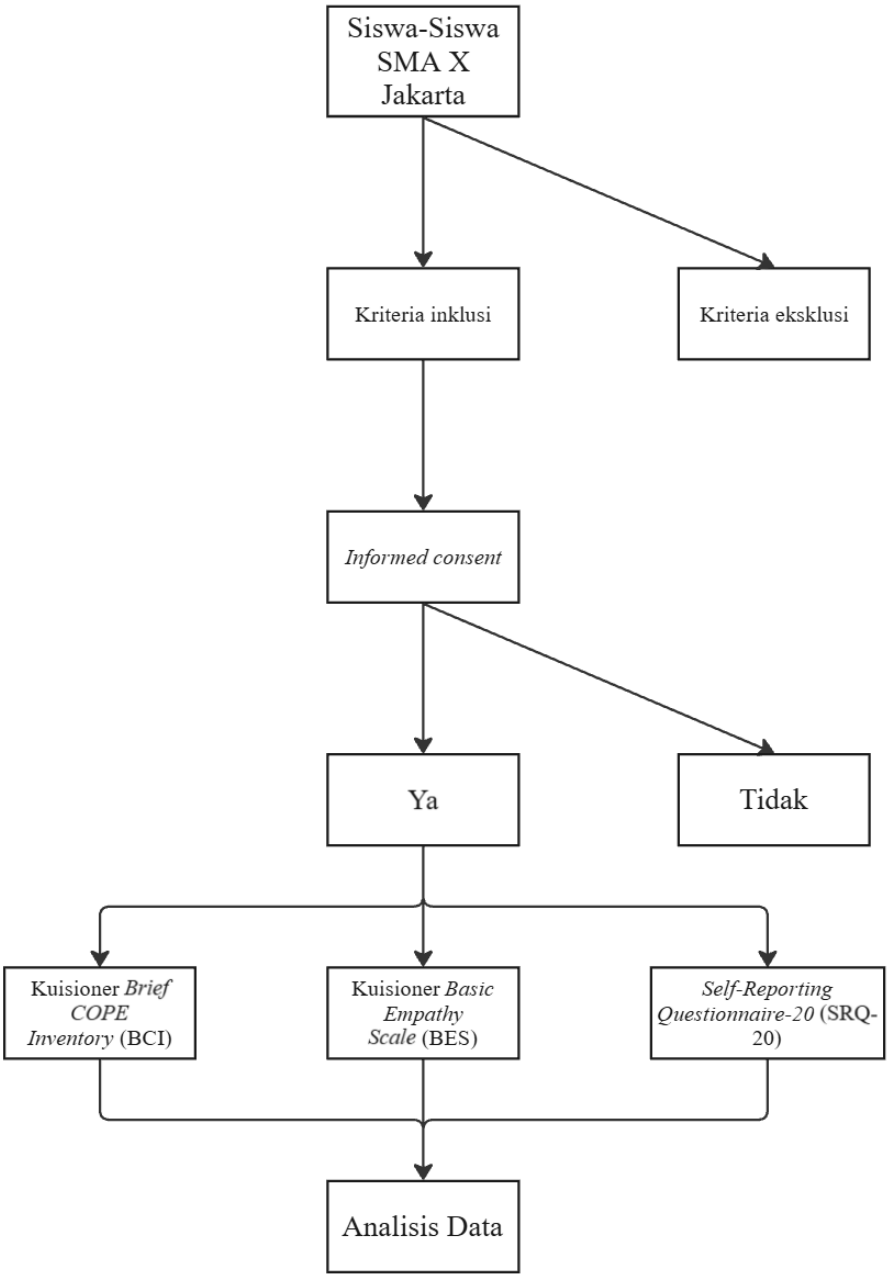
Prosedur analisis diawali dengan uji normalitas data menggunakan Kolmogorov-Smirnov, yang bertujuan untuk menentukan distribusi data. Apabila nilai $p > 0.05$, data dianggap berdistribusi normal; sebaliknya, nilai $p \leq 0.05$ menunjukkan distribusi tidak normal. Berdasarkan distribusi tersebut, pemilihan uji korelasi ditentukan: data yang tidak normal dianalisis dengan *Spearman's Rho*, sementara data normal dapat dianalisis menggunakan *Pearson Correlation*.

Interpretasi hasil korelasi didasarkan pada nilai koefisien (ρ) yang berkisar dari -1 hingga +1, menunjukkan tingkat dan arah hubungan, serta nilai *p* untuk menilai signifikansi statistic di mana $p < 0.05$ menunjukkan hubungan yang signifikan dan $p \geq 0.05$ menunjukkan hubungan yang tidak signifikan. Hipotesis yang digunakan meliputi Hipotesis Nol (H_0), yang menyatakan tidak ada hubungan antara keterampilan koping dan empati

dengan kesehatan mental, dan Hipotesis Alternatif (H_1), yang menyatakan adanya hubungan antara keduanya.

Output analisis akan ditampilkan dalam bentuk tabel yang mencakup nilai koefisien korelasi, signifikansi (*p*), dan interpretasi hubungan. Untuk memastikan ketepatan, analisis dilakukan menggunakan perangkat lunak SPSS. Melalui pendekatan ini, penelitian bertujuan memberikan pemahaman yang komprehensif mengenai pengaruh keterampilan koping dan empati terhadap kesehatan mental remaja tingkat SMA.

4.6 Alur kerja penelitian



Gambar 3. Alur Penelitian

4.7 Etika Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan setelah lolos kaji etik Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

4.8 Penjadwalan Penelitian

Table 6. Penjadwalan Pelaksanaan Penelitian

Kegiatan	WAKTU											
	Maret		April		Mei		Juni		Juli		Agustus	
	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
Pemilihan judul												
Penyusunan dan penyelesaian BAB I **(Pendahuluan)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB II (**Tinjauan Pustaka)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB III **(Kerangka konsep & definisi operasional)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV **(Metode)**												
Persiapan ujian												

DAFTAR PUSTAKA

1. Aisyaroh N, Hudaya I, Supradewi R. Trend penelitian kesehatan mental remaja di Indonesia dan faktor yang mempengaruhi: literature review. Scientific Proceedings of Islamic and Complementary Medicine. 2022 [Dikutip 1 Mei 2025];111:42-51. doi:10.55116/SPICM.V111.6.

2. WHO. Working for a brighter, healthier future How WHO improves health and promotes well-being for the world's adolescents. 2 ed. Geneva: World Health Organization; 2024.

3. World Health Organization. World Mental Health Day: an opportunity to kick-start a massive scale-up in investment in mental health [Internet]. 2020 Aug 27 [dikutip 5 mei 2025]. Tersedia pada: https://www.who.int/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health

4. Abas J, Boekoesoe L, Tarigan SFN. Analisis Determinan Gangguan Kesehatan Mental Emosional Remaja di SMA Negeri 1 Limboto. Health Inf J Penelit [Internet]. 2023 Dec. 10 [dikutip 1 mei 2025];15(2):e1302. Tersedia pada: https://myjurnal.poltekkes-kdi.ac.id/index.php/hijp/article/view/1302

5. Sari EN, Mandagi AM, Dwiyanti E. Analisis gejala emosional dan gangguan mental emosional pada remaja menurut aspek teman sebaya. Hang Tuah Medical Journal [Internet]. 2024 [dikutip 1 Mei 2025];21(2):206-16. doi: https://doi.org/10.30649/htmj.v21i2.499. Tersedia dari: www.journal-medical.hangtuah.ac.id

6. Gul S, Malik S, Altaf S, Asghar H. Understanding the impact of bereavement, coping strategies and psychological well-being in young adolescents: a correlational study. Journal of Health and Rehabilitation Research [Internet]. 2023 [dikutip 5 Juni 2025];3(2):1-32. doi: https://doi.org/10.61919/jhrrv.3i2.288. Tersedia pada: https://www.jhrhrnc.com

7. Kurniawaty Y, Purnama NLA. Strategi Koping Berhubungan dengan Stress Remaja SMA di Surabaya. Jurnal Keperawatan [Internet]. 2023 [dikutip 5 juni 2025];15(3):1139-48. Tersedia pada: http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan

8. Florensa F, Hidayah N, Sari L, Yousrihatin F, Litaqia W. Gambaran Kesehatan Mental Emosional Remaja. jurkes [Internet]. 30 Juni 2023 [dikutip 5 Juni 2025];12(1):112-7. Tersedia pada: https://jurnalkesehatanstikesnw.ac.id/index.php/stikesnw/article/view/125

9. Laksmi IGAP, Jayanti DMAD. Hubungan aktivitas fisik dengan kesehatan mental pada remaja. Jurnal Ilmu Kesehatan (Jurnal Ilkes) [Internet]. 2023 Jun

[dikutip 5 Juni 2025];14(1):11-9. doi: https://doi.org/10.35966/ilkes.v14i1.260. Tersedia pada: https://ilkeskh.org/index.php/ilkes/article/view/260

10. Putri NAS, Juhri NA, Asy'ari AH, Mufid SA, Sari DR, Kinasih DSS, et al. Edukasi daring untuk pengelolaan kesehatan mental mahasiswa di masa pandemi Covid-19. T [Internet]. 2021 Dec. 31 [dikutip 5 Juni 2025];17(2):151-64. Tersedia pada: https://journal.uinmataram.ac.id/index.php/transformasi/article/view/3617

11. Darlis K, T.A TD, Putri A, Kas SR, Yanti P, Allo AA, dkk. Edukasi kesehatan mental dalam meningkatkan pengetahuan remaja di SMAN 8 MAROS. Window of Community Dedication Journal [Internet]. 2023 Des [diakses 1 Mei 2025];4(2):67-74. Tersedia dari: http://jurnal.fkm.umi.ac.id/index.php/wood/article/view/wood4204

12. Vitoasmara K, Hidayah FV, Purnamasari NI, Aprilila RY, Dewi AL. Gangguan mental (mental disorders). Student Research Journal [Internet]. 2024 Jun [diakses 29 Mei 2025];2(3):57-68. Tersedia dari: https://doi.org/10.55606/sriyapoi.v2i3.1219

13. Rinawati F, Alimansur M. Analisa faktor-faktor penyebab gangguan jiwa menggunakan pendekatan model adaptasi stres Stuart. Jurnal Ilmu Kesehatan [Internet]. 2016 Nov [dikutip 5 Juni 2025];5(1):34-8. doi: https://doi.org/10.32831/jik.v5i1.112. Tersedia dari: https://ejurnaladhkdr.com/index.php/jik/article/view/112

14. Alfayyadi AF. Bentuk dan faktor gangguan kesehatan mental pada remaja. JIECO: Journal of Islamic Education Counseling. 2023 Des;3(2):144-55.

15. Gintari KW, Jayanti DMAD, Laksmi IGAPS, Sintari SNN. Kesehatan mental pada remaja: the overview of mental health in adolescents. Journal Nursing Research Publication Media (NURSEPEDIA). 2023 Okt [dikutip 5 Juni 2025];2(3):167-83. DOI: 10.55887/nrpm.v2i3.49.

16. Siaputra IB, Rasyida A, Ramadhanty AM, Triwijati NKE. Exploring the usefulness of the Brief COPE in clinical and positive psychology: A discriminant content validity study. Psikohumaniora J. Penelit. Psikol. [Internet]. 2023 May 31 [dikutip 5 juni 2025];8(1):163-80. Available from: https://journal.walisongo.ac.id/index.php/Psikohumaniora/article/view/15063

17. Maqsood A, Gul S, Noureen N, Yaswi A. Dynamics of perceived stress, stress appraisal, and coping strategies in an evolving educational landscape. Behav Sci (Basel). 2024 Jun 25 [Dikutip 5 Juni 2025];14(7):532. doi: 10.3390/bs14070532.

18. Ananda P. Hubungan kemampuan koping dengan kesehatan mental pada remaja di SMK Sanjiwani Gianyar. JURNAL NAWACITA USADA [Internet]. 28Mar.2025 [dikutip 5 Juni 2025];1(01):24-3. Available from:

https://ejournal.stikesadvaitamedika.ac.id/index.php/nawacitausada/article/view/329.

19. Savitsky B, Findling Y, Erell A, Hendel T. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. Nurse Education in Practice [Internet]. 2020 [diakses 5 Juni 2025]; 46: 102809. Tersedia dari: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102809

20. Umjani SU. Dampak positif coping stress terhadap kesehatan mental remaja. ISTISYFA Journal of Islamic Guidance and Counseling. 2024 Mar [Dikutip 5 Juni 2025];1(2). doi: 10.29300/istisyfa.v1i2.2420.

21. Mujahidah E, Listiyandin RA. Pengaruh resiliensi dan empati terhadap gejala depresi pada remaja. Jurnal Psikologi. 2018 [Dikutip 5 Juni 2025];14(1). doi: 10.24014/jp.v14i1.5035.

22. Yan Z, Zeng X, Su J, Zhang X. The dark side of empathy: Meta-analysis evidence of the relationship between empathy and depression. Psych J. 2021 Okt [diakses 5 Juni 2025];10(5):794-804. doi: 10.1002/pchj.482. Epub 2021 Sep 7. PMID: 34494388.

23. Quarta DL, Nugraha SP. The moderating effect of coping behavior on academic stress and subjective well-being in students during the Covid-19 pandemic. J.Psi.Integratif [Internet]. 2022 Oct. 28 [dikutip 5 juni 2025];10(2):250-61. Available from: https://ejournal.uin-suka.ac.id/isoshum/PI/article/view/2476

24. Setiawan F, Erlaili J, Bintang M. Kesehatan mental: analisis regresional antara spiritualitas dan empati. ISTISYFA Journal of Islamic Guidance and Counseling. 2024 Mar [dikutip 5 Juni 2025];2(3). doi: 10.29300/istisyfa.v2i3.2447.

25. Pasongli GC, Ricky DP. Gambaran kecemasan dan mekanisme koping mahasiswa program studi sarjana keperawatan tingkat 1 dalam menghadapi ujian praktik laboratorium. Nutrix Journal. 2024 Apr [dikutip 5 Juni 2025];8(1):31-38. doi: 10.37771/nj.v8i1.1091.

26. Bilqisti BS, Salsabila MS, Fitriani A, Purnama R. Empati dan sikap terhadap lingkungan dengan perilaku pro-lingkungan pada remaja akhir. Indonesian Psychological Research. 2023 Jan [dikutip 5 Juni 2025];5(1). doi: 10.29080/jpr.v5i1.840.

27. Rizkyanti CA, Wijayanti ZB, Hermansyah E. The basic empathy scale: validation of empathy measurement of pesantren students in Indonesia. Psikologika: Jurnal Pemikiran dan Penelitian Psikologi. 2025 [dikutip 5 Juni 2025];30(1). doi: 10.20885/psikologika.vol30.iss1.art1.

28. Idaiani S, Mubasyiroh R, Suryaputri I, Indrawati L, dkk. The validity of the self-reporting questionnaire-20 for symptoms of depression: A sub-analysis of the

national health survey in Indonesia. Open Access Maced J Med Sci. 2022 Okt [dikutip 7 Juni 2025];10(E):1676-82. doi: 10.3889/oamjms.2022.9999.

29. Prasetio CE, Trivahyuni A, Prathama AG. Psychometric properties of self-report questionnaire-20 (SRQ-20) Indonesian version. J Psikol Indones. 2022 [dikutip 7 Juni 2025];49(1). doi: 10.22146/jpsi.69782.

30. Health Collaborative Center (HCC). Studi Ungkap Kesepian Hantui Remaja Indonesia [Internet]. 2024 [dikutip 3 Juli 2025]. Tersedia pada: https://healthcollaborativecenter.or.id/studi-ungkap-kesepian-hantui-remaja-indonesia/

LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuisioner *Brief COPE*

Dimension	***Sub-dimension***	***English Version***	***Translation in Bahasa Indonesia***
Problem focused coping	*Active coping*	*2. I've been concentrating my efforts on doing something about the situation I'm in.*	2. Saya memfokuskan upaya saya untuk melakukan sesuatu terhadap situasi yang sedang dihadapi.
		7. I've been taking action to try to make the situation better.	7. Saya mengambil tindakan untuk mencoba membuat situasi menjadi lebih baik.
	Instrumental Support	*10. I've been getting help and advice from other people.*	10. Saya mendapatkan bantuan dan nasihat dari orang lain.
		23. I've been trying to get advice or help from other people about what to do.	23. Saya mencari nasihat atau bantuan dari orang lain tentang apa yang seharusnya dilakukan.
	Planning	*14. I've been trying to come up with a strategy about what to do.*	14. Saya berusaha membuat strategi (rencana yang cermat) tentang apa yang harus dilakukan.
		25. I've been thinking hard about what steps to take.	25. Saya berpikir keras tentang langkah-langkah yang harus diambil.
Emotional focused coping	*Emotional support*	*5. I've been getting emotional support from others.*	5. Saya mendapatkan dukungan emosional (pembenaran dan penghiburan) dari orang lain.
		15. I've been getting comfort and understanding from someone.	15. Saya mendapatkan penghiburan dan

			pengertian dari orang lain.
	Positive reframing	*12. I've been trying to see it in a different light, to make it seem more positive.*	12. Saya mencoba memandang masalah secara berbeda agar terlihat lebih positif.
		17. I've been looking for something good in what is happening.	17. Saya berusaha mencari hal
	Religion	*22. I've been trying to find comfort in my religion or spiritual beliefs.*	22. Saya berusaha menemukan penghiburan dalam agama atau kepercayaan (keyakinan spiritual) saya.
		27. I've been praying or meditating.	27. Saya berdoa atau bermeditasi.
	Acceptance	*20. I've been accepting the reality of the fact that it has happened.*	20. Saya menerima kenyataan bahwa masalah tersebut telah terjadi.
		24. I've been learning to live with it.	24. Saya berusaha menerima kenyataan dan hidup dengan hal ini.
Dysfunctional coping	*Self-distraction*	*1. I've been turning to work or other activities to take my mind off things.*	1. Saya berusaha menerima kenyataan dan hidup dengan hal ini.
		19. I've been doing something to think about it less, such as going to movies, watching TV, reading, daydreaming, sleeping, or shopping.	19. Saya melakukan sesuatu agar tidak terlalu memikirkan apa yang sedang terjadi, misalnya dengan menonton, membaca, melamun, tidur, atau berbelanja.

Denial	*3. I've been saying to myself "this isn't real.".*	3.. Saya mengatakan pada diri sendiri bahwa hal ini tidak mungkin terjadi
	8. I've been refusing to believe that it has happened.	8. Saya enggan menerima fakta bahwa ini benar-benar terjadi
Self-blame	*13. I've been criticizing myself.*	13. Saya mencela diri sendiri
	26. I've been blaming myself for things that happened.	26. Saya menyalahkan diri sendiri atas apa yang telah terjadi
Substance use	*4. I've been using alcohol or other drugs to make myself feel better.*	4. Saya mengonsumi alkohol atau obat-obatan lain untuk membuat diri sendiri merasa lebih baik.
	11. I've been using alcohol or other drugs to help me get through it.	11. Saya mengonsumi alkohol atau obat-obatan lainnya untuk membantu saya melewati masalag
Venting	*9. I've been saying things to let my unpleasant feelings escape.*	9. Saya melampiaskan perasaan frustrasi dan kemarahan saya melalui kata-kata.
	21. I've been expressing my negative feelings.	21. Saya meluapkan perasaan buruk yang saya miliki
Humor	*18. I've been making jokes about it.*	18. Saya menjadikan masalah itu sebagai bahan candaan.
	28. I've been making fun of the situation.	28. Saya membuat lelucon tentang betapa konyolnya masalah saya. (R)
Behavioral *disengagement*	*6. I've been giving up trying to deal with it.*	6. Saya mengambil langkah mundur untuk sementara waktu untuk menenangkan diri.

		16. I've been giving up the attempt to cope.	16. Saya sudah menyerah untuk mencoba menghadapi masalah.

Lampiran 2. Kuisioner *Basic Empathy Scale*

No.	item dalam bahasa Inggris	item dalam bahasa Indonesia/ sebelum expert judgement	item setelah expert judgement
1.	*After being with a friend who is sad about something, I usually feel sad.*	Setelah bersama dengan teman yang sedang sedih karena sesuatu, saya biasanya akan merasa sedih.	Setelah menghabiskan waktu dengan teman yang sedang sedih, saya biasanya ikut merasa sedih.
2.	*I get frightened when I watch characters in a good scary movie.*	Saya terkejut ketika menonton karakter yang pintar dalam film yang menyeramkan.	Saya menjadi ketakutan saat menonton karakter yang ada di film horor.
3.	*I get caught up in other people's feeling easily.*	Saya mudah terjebak dalam perasaan orang lain.	Saya mudah terpengaruh perasaan orang lain.
4.	*I often become sad when watching sad things on TV or in films.*	Saya sering merasa sedih ketika menonton sesuatu hal yang sedih di TV atau di film.	Saya sering merasa sedih ketika menonton adegan sedih di televisi atau bioskop.
5.	*I tend to feel scared when I am with friend's who are afraid.*	Saya cenderung merasa takut ketika bersama teman-teman yang ketakutan.	Saya cenderung merasa takut ketika sedang bersama teman yang sedang merasa takut.
6.	*I often get swept up in my friend's feelings.*	Saya sering terbawa perasaan teman-teman saya.	Saya sering terbawa perasaan teman-teman saya.
7.	*I can understand my friend's happiness when she/ he does well at something.*	Saya dapat memahami kebahagiaan teman saya ketika dia melakukan sesuatu yang baik.	Saya mampu memahami kebahagiaan teman saya ketika ia berhasil melakukan sesuatu.

8.	*I find it hard to know when my friends are frightened.*	Saya kesulitan untuk mengetahui kapan teman teman saya ketakutan.	Saya sulit mengetahui kapan teman saya ketakutan.
9.	*When someone is feeling 'down' I can usually understand how they feel.*	Ketika seseorang merasa "murung" saya biasanya dapat mengerti bagaimana perasaan mereka.	Ketika orang lain merasa terpuruk, saya mampu memahami perasaan mereka.
10.	*I can usually work out when my friends are scared.*	Saya biasanya melakukan olahraga ketika teman-teman saya ketakutan.	Saya mampu menyadari rasa takut yang dirasakan oleh teman-teman saya.
11.	*I can often understand how people are feeling even before they tell me.*	Saya dapat memahami perasaan orang lain sebelum mereka memberitahukannya.	Saya mampu mengetahui perasaan orang lain bahkan sebelum mereka mengatakannya.
12.	*I can usually work out when people are cheerful.*	Saya biasanya berolahraga ketika orang-orang bahagia.	Saya mampu menyadari kegembiraan yang dirasakan oleh orang lain.
13.	*I can usually realize quickly when a friend is angry.*	Saya biasanya cepat menyadari ketika seorang teman sedang marah.	Saya cepat menyadari kemarahan teman saya.
14.	*I have trouble figuring out when my friend are happy.*	Saya mengalami kesulitan untuk mengetahui kapan teman saya bahagia.	Saya kesulitan mengetahui kapan teman saya merasa bahagia.
15.	*My friend's emotions don't affect me much.*	Emosi teman-teman saya tidak banyak mempengaruhi saya.	Emosi teman-teman saya tidak mempengaruhi saya.
16.	*I don't become sad when I see other people crying.*	Saya tidak sedih ketika melihat orang lain menangis.	Saya tidak menjadi sedih ketika melihat orang lain menangis.
17.	*Other people's feeling don't bother me at all.*	Perasaan orang lain tidak mengganggu saya sama sekali.	Perasaan orang lain tidak mempengaruhi saya sama sekali.
18	Seeing a person who has been angered has no *effect on my feelings.*	Melihat sedang seseorang marah yang tidak mempengaruhi perasaan saya.	Melihat orang lain yang marah tidak mempengaruhi perasaan saya.

19.	*My friend's unhappiness doesn't make me feel anything.*	Ketidakbahagiaan teman teman saya tidak membuat saya merasakan apapun.	Ketidakbahagiaan teman-teman saya tidak mempengaruhi saya
20.	*I am not usually aware of my friend's feelings.*	Saya biasanya tidak menyadari perasaan teman saya.	Saya biasanya tidak menyadari perasaan teman-teman saya.

Lampiran 3. ***Self-Reporting Quistionnaire-20*** **(SRQ-20)**

No.	***Item***	***Ya***	***Tidak***
1.	Apakah Anda sering merasa sakit kepala?		
2.	Apakah Anda kehilangan nafsu makan?		
3.	Apakah tidur Anda tidak nyenyak?		
4.	Apakah Anda merasa cemas, tegang, atau khawatir?		
5.	Apakah Anda mudah merasa talut?		
6.	Apakah tangan Anda gemetar?		
7.	Apakah Anda mengalami gangguan pencernaan?		
8.	Apakah Anda merasa sulit berpikir jenih?		
9.	Apakah Anda merasa tidak bahagia?		
10.	Apakah Anda lebih sering menangis?		
11.	Apakah Anda merasa sulit untuk menikmati aktivitas sehari-hari?		
12.	Apakah Anda merasa kesulitan dalam mengambilan Keputusan?		
13.	Apakah Anda merasa aktivitas atau tugas sehari-hari anda terbengkalai?		
14.	Apakah Anda merasa tidak mampu nerperan dalam kehidupan ini?		
15.	Apakah Anda kehilangan minat dalam banyak hal?		
16.	Apakah Anda merasa tidak berharga?		

17. Apakah anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup Anda?
18. Apakah Anda merasa Lelah sepanjang waktu?
19 Apakah Anda merasa tidak nyaman di perut?
20 Apakah Anda mudah Lelah?

Lampiran 4. *Dummy Table*

Table 7. Distribusi karakteristik subjek penelitian

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Usia tahun • 15-16 • 17-18		
Jenis Kelamin • Laki-laki • Perempuan		
Strategi koping • Adaptif • Maladaptif		
Tingkat Empati • Rendah • Sedang • Tinggi		
Kesehatan Mental • Tidak ada gejala • Gejala ringan • Gejala sedang • Gejala berat		

Table 8. Analisis Bivariat

Variabel	**Koefisien Korelasi (ρ)**	**Nilai p**	**Interpretasi**
Koping - Kesehatan Mental	0.45	0.001	Hubungan ppositif signifikan
Empati - Kesehatan Mental	0.30	0.02	Hubungan positif signifikan

Lampiran 5. Formulir Identitas dan Riwayat Kesehatan Mental

Nama:
Kelas:
No. Absen:

Instruksi: Beri tanda (✓) pada kotak yang sesuai.

A. Riwayat Diagnosis

1. **Apakah Anda pernah didiagnosa mengalami gangguan kesehatan mental (misalnya: depresi, gangguan kecemasan, bipolar, dll.) oleh dokter atau psikiater?**
    - ☐ Ya
    - ☐ Tidak
      (Jika Ya, lanjut ke pertanyaan 2)
2. **Diagnosa apa yang Anda terima?**
    - ☐ Depresi (Perasaan sedih atau putus asa yang sangat dalam dan berkepanjangan)
    - ☐ Gangguan Kecemasan (Rasa cemas berlebihan yang sulit dikontrol, sering tanpa alasan jelas)
    - ☐ Gangguan Bipolar (Perubahan mood ekstrem antara **mania** seperti energi tinggi, bicara cepat, impulsive dan **depresi** seperti sedih, lelah)
    - ☐ Skizofrenia/Psikosis (Gangguan otak yang menyebabkan kesulitan membedakan kenyataan dan halusinasi/delusi)
    - ☐ Lainnya: _____

B. Riwayat Pengobatan

3. **Apakah Anda saat ini mengonsumsi obat psikiatri (misalnya: fluoxetine, sertraline, diazepam, dll.)?**
    - ☐ Ya (sebutkan nama obat: _____)
    - ☐ Tidak