HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN KEJADIAN PSIKOSOMATIS PADA DEWASA MUDA

PROPOSAL SKRIPSI

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Tiara Setyaningrum Fauziah
NIM : 030002200208

UNIVERSITAS TRISAKTI
FAKULTAS KEDOKTERAN
JAKARTA, JULI 2025

Bidang Ilmu: Komunitas

PROPOSAL SKRIPSI

JUDUL
HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN KEJADIAN PSIKOSOMATIS PADA DEWASA MUDA

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

(Tiara Setyaningrum Fauziah, 030002200208)

PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI
JAKARTA, JULI 2025

PERSETUJUAN

Proposal Skripsi

Judul:

HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN KEJADIAN PSIKOSOMATIS PADA DEWASA MUDA

Nama Mahasiswa: Tiara Setyaningrum Fauziah

NIM 030002200208

Telah disetujui untuk diuji di hadapan

Tim Penguji Proposal Skripsi

Fakulltas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Selasa Tanggal 1 Juli 2025

Pembimbing

(Dr.dr. Alvina, Sp.PK)

NIK 2624/USAKTI

PENGESAHAN SKRIPSI

Judul :

HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN KEJADIAN PSIKOSOMATIS PADA DEWASA MUDA

Nama mahasiswa : Tiara Setyaningrum Fauziah

NIM : 030002200208

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

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Selasa, Tanggal 1 Juli 2025

Ketua Penguji

Nama : Dr. dr. Yenny, Sp.FK

NIK : 2613/USAKTI .....

Anggota Penguji 1

Nama : Dr. dr. Alvina, Sp.PK

NIK : 2624/USAKTI .....

Anggota Penguji 2

Nama : dr. Tiara Melati, BMedSc, Sp.THT-KL

NIK : 3673/USAKTI .....

Jakarta, 1 Juli 2025

Dekan

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Dr. dr. Yenny, Sp.FK.

NIK : 2613/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Tiara Setyaningrum Fauziah
NIM	: 030002200208
Program Studi	: Pendidikan Dokter
Alamat Korespondensi	: Jalan Siliwangi No.286 RT 03 RW 04, Kec. Cijoho, Kab. Kuningan, Jawa Barat
Telepon / mobile	: 08577949815
E-mail	: 030002200208@std.trisakti.ac.id
Judul skripsi	: Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kejadian Psikosomatis

Dengan ini menyatakan bahwa proposal skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Proposal 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 proposal 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, 14 Juli 2025

Tiara Setyaningrum Fauziah
030002200208

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT dan salawat serta salam penulis panjatkan kepada junjungan Nabi besar Muhammad SAW beserta keluarga dan para sahabatnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul "Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kejadian Psikosomatis pada Dewasa Muda". Penyusunan penelitian ini disusun untuk memenuhi tugas akhir program sarjana di Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

Dalam penyusunan penelitian ini, tidak luput dari dukungan, doa, dan bimbingan yang diberikan oleh orang-orang di sekitar penulis hingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini. Pada kesempatan ini, penulis ingin berterima kasih kepada:

1. Orang tua penulis tercinta, Bapak Najib dan juga Ibu Helianingrum yang telah memberikan dukungan, menjadi sumber kekuatan, dan motivasi terbesar dalam kehidupan penulis. Terima kasih atas kasih sayang, pengorbanan, serta doa yang selalu menyertai penulis dalam menempuh perjalanan hidup dan studi.
2. Dr. dr. Yenny Sp.FK selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti periode 2023–2028 yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas dalam mendukung pelaksanaan penelitian ini.
3. Dr. dr. Alvina, Sp.PK selaku dosen pembimbing yang telah memberikan ilmu, arahan, serta waktu berharga kepada penulis selama proses penyusunan penelitian ini.
4. Muhammad Kemmy Sasmita Salim yang senantiasa memberikan semangat dan selalu mendukung penulis dalam penyusunan penelitian ini.
5. Lofengli dan bu haji yang merupakan sahabat-sahabat penulis, yang telah memberikan warna, dukungan, serta menjadi tempat berbagi suka dan duka sepanjang perjalanan ini.
6. Pihak – pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah memberikan kontribusi secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan penelitian ini.

Dalam penyusunan penelitian ini penulis menyadari masih terdapat berbagai kekurangan dan kekeliruan. Oleh karena itu, penulis sangat memerlukan kritik serta saran untuk menyempurnakan penelitian ini. Akhir kata, semoga Allah SWT membalas semua kebaikan semua pihak yang telah membantu dan skripsi ini dapat bermanfaat kepada semua pihak.

Jakarta, 14 Juli 2025

(Tiara Setyaningrum Fauziah)
Penyusun

DAFTAR ISI

PERSETUJUAN PROPOSAL SKRIPSI ii
PENGESAHAN SKRIPSI iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vii
DAFTAR TABEL ix
DAFTAR GAMBAR x
DAFTAR LAMPIRAN xi

BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar belakang 1
1.2 Perumusan masalah 2
1.3 Tujuan penelitian 3
1.3.1 Tujuan umum 3
1.3.2 Tujuan khusus 3
1.4 Hipotesis 3
1.5 Manfaat penelitian 3
1.5.1 Manfaat untuk ilmu pengetahuan 3
1.5.2 Manfaat untuk profesi 3
1.5.3 Manfaat untuk masyarakat 3

BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI 4
2.1 Tinjauan pustaka 4
2.1.1 Dewasa muda 4
2.1.2 Psikosomatis 4
2.1.2.1 Definisi 4
2.1.2.2 Gejala psikosomatis 5
2.1.2.3 Alat ukur psikosomatis 7
2.1.2.4 Terapi untuk gangguan psikosomatis 10
2.1.3 Faktor faktor yang memengaruhi psikosomatis 11
2.1.3.1 Faktor sosial dan ekonomi 12
2.1.3.2 Faktor perkawinan atau keluarga 12
2.1.3.3 Faktor kesehatan 12
2.1.3.4 Faktor psikologis 13
2.1.4 Kecemasan 14
2.1.4.1 Definisi 14
2.1.4.2 Patogenesis kecemasan 14
2.1.4.3 Faktor yang memengaruhi tingkat kecemasan 16
2.1.4.4 Tingkat kecemasan 16
2.1.4.5 Alat ukur kecemasan 17
2.1.4.6 Penanganan gangguan kecemasan 19
2.1.5 Hubungan tingkat kecemasan dengan kejadian psikosomatis . 21

2.2 Ringkasan pustaka 23
2.3 Kerangka teori 24

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 25
3.1 Kerangka konsep 25
3.1.1 Variabel penelitian 25
3.1.1.1 Variabel bebas 25
3.1.1.2 Variabel tergantung 25
3.2 Definisi operasional 26

BAB IV METODE 27
4.1 Desain 27
4.2 Lokasi dan waktu penelitian 27
4.3 Populasi dan subjek 27
4.3.1 Populasi penelitian 27
4.3.1.1 Populasi target 27
4.3.1.2 Populasi terjangkau 27
4.3.1.3 Subjek penelitian 27
4.4 Bahan dan instrument penelitian 30
4.4.1 Kuesioner tingkat kecemasan 30
4.4.2 Kuesioner psikosomatis 30
4.5 Analisis data 30
4.5.1 Analisis univariat 31
4.5.2 Analisis bivariat 31
4.6 Alur kerja penelitian 31
4.7 Etika penelitian 32
4.8 Penjadwalan penelitian 33
4.9 Pembiayaan 33

DAFTAR PUSTAKA 34
LAMPIRAN 37

DAFTAR TABEL

HALAMAN

Tabel 1. Ringkasan pustaka.....27
Tabel 2. Definisi operasional.....30
Tabel 3. Penjadwalan penelitian.....37

DAFTAR GAMBAR

HALAMAN

Gambar 1. Penyakit yang dikaitkan dengan *psychophysiological disorder* 10
Gambar 2. Kerangka teori 28
Gambar 3. Kerangka konsep 29
Gambar 4. Alur kerja penelitian..... 35

DAFTAR LAMPIRAN

HALAMAN

Lampiran 1. *Dummy table* 41
Lampiran 2. Informed consent 42
Lampiran 3. Lembar persetujuan 43
Lampiran 4. Kuesioner identitas responden 44
Lampiran 5. Kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) 45
Lampiran 6. Kuesioner Shatri Sinulingga Psychosomatic Test (SSPT) 46

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Masa dewasa awal merupakan fase penting dalam kehidupan seseorang yang ditandai dengan berbagai perubahan besar, seperti berpindah tempat tinggal, menjalin atau mengakhiri hubungan, menyelesaikan pendidikan, hingga mulai memasuki dunia kerja. Berbagai transisi ini dapat memicu stres dan tekanan psikologis pada individu yang berada dalam tahap perkembangan ini.(1) Salah satunya yaitu dapat memicu psikosomatis. Gangguan psikosomatis merupakan kondisi fisik yang dipengaruhi atau dipicu oleh permasalahan psikologis. Gejala psikosomatis merupakan manifestasi fisik yang timbul tanpa adanya gangguan medis yang nyata dan umumnya dipicu oleh faktor psikologis.(2)

Data dari Poliklinik Psikosomatik di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, terlihat adanya peningkatan signifikan dalam jumlah kunjungan rawat jalan dalam beberapa tahun terakhir. Pada tahun 2020 tercatat 388 kunjungan, meningkat menjadi 756 pada tahun 2021, lalu bertambah lagi menjadi 818 kunjungan pada tahun 2022, dan mencapai 821 kunjungan pada tahun 2023.(3) Klinik Psikosomatik RS EMC Alam Sutera Tangerang melaporkan sebagian besar pasiennya yang datang menunjukkan gejala psikosomatis bersama dengan beragam jenis gangguan terkait. Selain itu, lebih dari 80% di antaranya diketahui mengalami gangguan kecemasan disertai serangan panik.(4)

Gangguan psikosomatis umumnya tidak disebabkan oleh satu faktor tunggal, melainkan dipengaruhi oleh berbagai macam aspek, terutama kondisi psikologis individu. Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap munculnya gangguan ini antara lain adalah kondisi keluarga, status kesehatan, lingkungan sosial dan ekonomi, serta faktor-faktor psikologis lainnya.(4) Menurut Colak, terdapat berbagai faktor yang diduga menjadi penyebab munculnya gangguan psikosomatis, termasuk mekanisme psikologis seperti faktor sosial, kecemasan,

aspek patofisiologis, kondisi keluarga, serta pengaruh genetik.[5]

Sejumlah penelitian telah menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan dengan kecenderungan mengalami gangguan psikosomatis. Penelitian oleh Yusfarani menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan dan kecenderungan mengalami psikosomatis pada remaja. Hal ini mengindikasikan individu yang merespons situasi lingkungan dengan tingkat kecemasan yang tinggi lebih rentan mengalami gangguan psikosomatis.[6] Penelitian ini turut diperkuat melalui studi yang dilaksanakan Kharchenko *et al* memperlihatkan adanya hubungan kuat antara kecemasan dan gangguan psikosomatis. Bahkan temuan mereka mengungkap bahwa gangguan psikosomatis memiliki keterkaitan yang lebih erat dengan kecemasan dibandingkan faktor psikologis lainnya.[7] Penelitian lain yang dilakukan oleh Jian Wang *et al* juga menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara tingkat keparahan gejala somatik yang tinggi atau *high somatic symptomp severity* dengan depresi atau kecemasan yang signifikan secara klinis.[8]

Melihat fenomena tersebut, penulis tertarik untuk meneliti lebih lanjut mengenai kecenderungan terjadinya gangguan psikosomatis, khususnya pada kelompok dewasa muda, dalam hal ini adalah mahasiswa yang berdomisili di wilayah Jakarta Barat. Dewasa muda merupakan kelompok usia yang rentan mengalami gangguan mental, yang bila tidak ditangani dengan baik dapat meningkatkan risiko masalah kesehatan mental di masa mendatang. Oleh karena itu, periode perkembangan ini menjadi perhatian khusus dalam memahami keluhan psikosomatis yang kerap muncul sebagai manifestasi tekanan psikologis. Terlebih lagi, hingga saat ini, penelitian yang secara spesifik menyoroti keluhan psikosomatis pada populasi dewasa muda masih tergolong terbatas.

1.2 Perumusan masalah

Apakah terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dengan psikosomatis pada dewasa muda?

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Untuk memperbaiki angka psikosomatis pada dewasa muda dengan menentukan hubungan tingkat kecemasan dengan kejadian psikosomatis.

1.3.2 Tujuan khusus

- Untuk mengetahui karakteristik (usia, jenis kelamin, dan status pernikahan) pada dewasa muda
- Untuk mengetahui prevalensi tingkat kecemasan pada dewasa muda.
- Untuk mengetahui prevalensi psikosomatis pada dewasa muda.
- Untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan dengan psikosomatis pada dewasa muda.

1.4 Hipotesis

Adanya hubungan antara tingkat kecemasan dengan psikosomatis pada dewasa muda.

1.5 Manfaat penelitian

1.5.1 Manfaat untuk ilmu pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi kontribusi dalam pengembangan ilmu kedokteran, khususnya dalam bidang psikosomatis dalam kesehatan jiwa.

1.5.2 Manfaat untuk profesi

Bagi puskesmas, rumah sakit, dan tenaga medis diharapkan untuk memberikan penyuluhan dan penanganan yang lebih baik mengenai psikosomatis dan kecemasan pada dewasa muda.

1.5.3 Manfaat untuk masyarakat

Masyarakat mengetahui mengenai psikosomatis serta hubungannya dengan tingkat kecemasan

BAB II
TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan pustaka

2.1.1 Dewasa muda

Dalam beberapa dekade terakhir, para peneliti telah mengidentifikasi adanya tahap perkembangan baru dalam rentang usia 18-29 tahun yang disebut sebagai masa dewasa awal. Tahap ini dipandang sebagai fase tersendiri yang berbeda dari masa remaja maupun dewasa karena memiliki ciri khas tersendiri baik dari segi demografi, persepsi diri, maupun pencarian identitas. Masa dewasa awal juga dianggap sebagai periode yang sangat krusial dan merupakan salah satu fase yang paling tidak stabil dalam siklus kehidupan seseorang.[9] Meskipun pengalaman individu dalam fase ini dapat bervariasi tergantung pada konteks budaya, negara, dan latar belakang sosial ekonomi, secara umum masa ini tetap dipenuhi oleh berbagai tuntutan dan transisi kehidupan yang menantang.[1]

Dari sudut pandang perkembangan biologis maupun sosial, individu pada usia dewasa awal (sekitar 20–40 tahun) berada pada fase yang rentan terhadap gangguan psikologis seperti depresi, kecemasan, dan stress. Kerentanan ini muncul karena masa dewasa awal merupakan periode transisi dari ketergantungan masa remaja menuju kehidupan dewasa yang mandiri, sehingga sering kali ditandai dengan kondisi yang belum stabil secara emosional maupun sosial (Kartikasari & Ariana, 2020).[1] Data dari *National Institute of Mental Health* (NIMH), pada tahun 2022 mengatakan bahwa 36,2% individu usia 18 hingga 25 tahun di Amerika Serikat dilaporkan mengalami gangguan kesehatan mental dalam kurun waktu 12 bulan terakhir.[10]

2.1.2 Psikosomatis

2.1.2.1 Definisi

Gangguan psikosomatik ialah kondisi fisik yang dipicu faktor psikologis serta faktor sosial. Akumulasi emosi yang tidak tersalurkan bisa

menciptakan tekanan batin yang jika berlangsung lama dapat menimbulkan rasa tertekan, kecemasan, kesepian, serta kebosanan, yang pada akhirnya berdampak pada kesehatan tubuh. Faktor utama yang memicu gangguan ini adalah pikiran serta emosi negatif yang memunculkan stres dan rasa cemas.[11] Gejala somatik ini berkaitan dengan emosi negatif, penurunan kualitas hidup, serta peningkatan penggunaan layanan medis dan biaya perawatan.[12]

Gangguan psikosomatis cenderung lebih fokus pada keluhan fisik dibandingkan dengan permasalahan psikologis yang mereka alami, sehingga mereka lebih sering mencari bantuan medis dari dokter. Penggunaan instrumen yang komprehensif dapat membantu dalam proses skrining dan penilaian gejala psikosomatis oleh berbagai jenis tenaga kesehatan, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas penanganan psikosomatis di rumah sakit umum.[13] Gangguan gejala somatik kerap kali dianggap sebagai varian dari gangguan mental lainnya, terutama gangguan depresi dan kecemasan yang paling sering dikaitkan. Sekitar 80% individu dengan gangguan ini diperkirakan mengalami depresi atau kecemasan secara bersamaan. Oleh karena itu, pasien yang memenuhi kriteria diagnosis gangguan gejala somatik kemungkinan merepresentasikan subtipe somatisasi dari ganguan mental tersebut.[14]

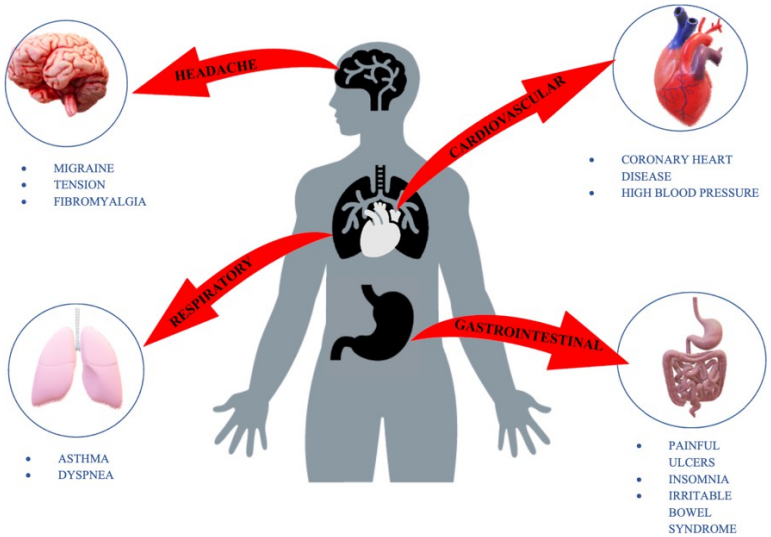
2.1.2.2 Gejala psikosomatis

Gejala psikosomatis merupakan manifestasi fisik yang timbul tanpa adanya kelainan medis yang jelas. Umumnya, gejala ini dipicu oleh faktor-faktor psikologis.[2] Saat tubuh menghadapi stres, hormon adrenalin dan kortisol akan dilepaskan, kemudian memicu gejala fisik seperti tekanan darah yang meningkat, pernapasan yang cepat, dan detak jantung yang cepat. Gejala fisik ini muncul sebagai akibat dari tekanan psikologis dan emosi yang dialami, yang dikenal sebagai psikosomatik.[15] Ciri-ciri psikosomatis dapat terlihat melalui keluhan fisik, nyeri pada bagian tertentu, pegal pegal, perut kembung, mual, muntah, terasa gatal di

kulitnya, sendawa, kesemutan, mati rasa, kepala sakit, serta nyeri pada punggung, dada.[4]

Gejala dari gangguan psikosomatik (*Psychophysiological Disorder*/PD) meliputi berbagai kondisi fisik seperti penyakit kulit, insomnia, hipertensi, kelelahan, nyeri tubuh, sesak napas, gangguan pencernaan, migrain, disfungsi ereksi, dan penyakit tukak lambung. Selain itu, individu yang mengalami gangguan ini juga dapat merasakan gangguan psikologis seperti depresi, kecemasan, serta peningkatan agresivitas akibat pemikiran yang terus-menerus mendominasi pikiran mereka.[16]

Gangguan ini juga dikenal sebagai gangguan psikofisiologis, yang menggambarkan keterkaitan antara pikiran dan tubuh. Kondisi ini diketahui memburuk akibat faktor psikologis seperti tekanan emosional, stres, dan kecemasan. Gejala fisik yang muncul dapat mencakup tekanan darah tinggi, penyakit jantung, diabetes, gangguan saluran cerna dan pernapasan, serta sakit kepala hebat yang dipicu oleh kondisi psikologis seperti stres dan depresi.[17] Organ-organ vital yang terpengaruh oleh gangguan ini ditunjukkan dalam Gambar.



Gambar 1. Penyakit yang dikaitkan dengan *psychophysiological disorder*.[18]

Selain itu, stres psikologis dapat memicu berbagai respons otonom pada mamalia, seperti suhu tubuh meningkat, detak jantung menjadi cepat, serta tekanan darah tinggi. Respons stres ini berperan dalam meningkatkan performa fisik yaitu peningkatan suhu tubuh membantu menghangatkan otot dan sistem saraf pusat (SSP) beberapa derajat celsius, sementara respons kardiovaskular memperlancar aliran darah ke otot dan SSP untuk memasok oksigen dan energi lebih banyak. Oleh karena itu, respons fisiologis ini dianggap bermanfaat dalam situasi "*fight or flight* " ketika hewan menghadapi ancaman. Namun, berbeda dengan respons akut tersebut, stres yang berkepanjangan dan intens dapat menyebabkan peningkatan kronis pada parameter fisiologis, seperti suhu tubuh dan tekanan darah. Hipertermia kronis yang disebabkan oleh stres ini sering dikenal dengan sebutan "*psychogenic fever*" yang merupakan gejala psikosomatik. Sebuah penelitian klinis melaporkan bahwa sekitar setengah dari kasus "*fever of unknown origin*" (yang tidak menunjukkan kelainan dalam pemeriksaan diagnostik atau fisik selain peningkatan suhu tubuh) merupakan demam psikogenik.[19]

2.1.2.3 Alat ukur psikosomatis

Meskipun tidak terdapat tes diagnostik yang spesifik untuk gangguan ini, para tenaga kesehatan menggunakan berbagai pendekatan untuk menegakkan diagnosis. Metode yang paling umum digunakan adalah wawancara klinis. Dalam wawancara klinis, tenaga medis melakukan penilaian menyeluruh dengan menggali informasi terkait riwayat kesehatan pasien, gejala yang dialami, serta aspek psikososial yang relevan. Proses ini mencakup penelusuran mengenai karakteristik gejala, waktu kemunculan, durasi, serta faktor-faktor penyebab atau kondisi yang dapat memperburuk gejala tersebut.[20]

2.1.2.3.1 *Somatic Symptoms Scale-8* (SSS-8)

Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8) adalah instrumen *self-*

report yang ringkas dan telah tervalidasi untuk menilai tingkat keparahan beban gejala somatik pada individu. Skala ini merupakan versi singkat dari *Patient Health Questionnaire-1*5 (PHQ-15) dan dikembangkan berdasarkan kriteria diagnosis *Somatic Symptom Disorder* (SSD) sesuai dengan pedoman DSM-5. SSS-8 banyak digunakan dalam berbagai konteks, termasuk layanan kesehatan primer, kesehatan jiwa, dan klinik psikosomatik, karena mampu membantu proses skrining cepat terhadap pasien yang mengalami gejala fisik yang mengganggu, baik yang memiliki penjelasan medis yang jelas maupun tidak.[21]

Instrumen ini mengevaluasi pengalaman subjektif pasien terhadap gejala somatik selama tujuh hari terakhir dan karena bentuknya yang sederhana, SSS-8 sangat berguna baik dalam praktik klinis maupun penelitian. Penggunaannya mempermudah deteksi dini serta membantu menentukan kebutuhan evaluasi lanjutan secara diagnostik. SSS-8 terdiri dari 8 item pertanyaan yang merepresentasikan keluhan somatik umum. Item ini dipilih berdasarkan tingginya prevalensi pada populasi klinis. Setiap item dinilai menggunakan skala likert 5 poin sehingga total skor berkisar antara 0-32 dan proses pengisian SSS-8 relatif cepat yaitu sekitar 1-2 menit.[21]

Kuesioner SSS-8 telah diadaptasi kedalam bahasa Indonesia melalui proses *forward-backward translation* oleh Salma dkk pada tahun 2020. Uji coba dilakukan pada 55 responden dan hasilnya menunjukkan bahwa alat ukur ini memiliki reliabilitas yang baik dengan nilai *Cronbanch's Alpha* sebesar 0,857. Selain itu, indeks daya beda tiap item berada dalam rentang 0,488 hingga 0,788 yang menandakan bahwa seluruh item meiliki kualitas diskriminiatif yang memadai.[22]

2.1.2.3.2 *Psychosomatic Complaint Scale (PCS)*

Skala keluhan psikosomatik ini dikembangkan oleh Takata dan Sakata (2004) di Jepang sebagai instrumen untuk mendeteksi gejala psikosomatik pada remaja, khususnya siswa sekolah menengah atas. Tujuan dari pengembangan instrumen ini adalah untuk menyediakan alat ukur

yang praktis, mudah digunakan di lingkungan sekolah**,** serta mampu mengidentifikasi gejala fisik yang berhubungan dengan kondisi psikologis, seperti sakit kepala, gangguan tidur, nyeri lambung, dan sebagainya. Instrumen ini terdiri dari 30 item yang disusun berdasarkan hasil survei terhadap siswa sekolah dan mewakili berbagai keluhan fisik yang umumnya dipengaruhi oleh tekanan psikologis. Skala respons menggunakan format likert 4 poin, yaitu tidak pernah sampai sering.[23]

Uji coba dilakukan pada 759 siswa SMA di Tokyo selama tiga tahun berturut-turut (1997–1999) dan hasilnya menunjukkan bahwa skala ini memiliki validitas dan reliabilitas yang sangat baik. Analisis faktor menunjukkan bahwa skala ini bersifat unidimensional, dengan satu faktor utama yang mewakili gejala psikosomatik. Nilai *Cronbach's Alpha* berkisar antara 0,91 hingga 0,93, menunjukkan konsistensi internal yang tinggi. Selain itu, uji *test–retest* juga menunjukkan stabilitas skor yang cukup baik dengan korelasi di atas 0,5 dalam rentang waktu 4 hingga 8 bulan. Validitas konkuren diperoleh melalui korelasi dengan GHQ-28 (*General Health Questionnaire*), dengan nilai korelasi sekitar 0,64–0,65, yang mengindikasikan bahwa skor keluhan psikosomatik memiliki keterkaitan yang kuat dengan status kesehatan mental umum. Secara keseluruhan, instrumen ini terbukti dapat diandalkan untuk skrining dini keluhan psikosomatik pada remaja, dan sangat berguna dalam konteks sekolah maupun setting klinis. (PCS) Kuesioner ini kurang cocok digunakan dalam peneitian saya karena kuesioner ini dipakai untuk mendeteksi gejala psikosomatis pada remaja.

2.1.2.3.3 *Sharti Sinulingga Psychosomatic Test* (SSPT)

SSPT (Shatri Sinulingga Psychosomatic Test) merupakan alat ukur psikosomatik yang dikembangkan secara lokal untuk populasi dewasa di Indonesia. Instrumen ini terdiri dari 9 pertanyaan tertutup yang dirancang untuk mengevaluasi gejala fisik yang berkaitan dengan stres psikologis, seperti keluhan tubuh saat emosi berubah, gangguan tidur, gangguan hubungan sosial, hingga penggunaan obat pereda nyeri. SSPT disusun

berdasarkan konsep biopsikososial dan mempertimbangkan konteks budaya Indonesia.[24]

Dalam penelitian oleh Shatri et al. (2024), SSPT diuji pada 372 responden usia ≥18 tahun menggunakan desain cross-sectional. Hasilnya menunjukkan bahwa seluruh item dalam kuesioner dinyatakan valid ($r > 0{,}1017$; $p < 0{,}001$) dan instrumen ini memiliki nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,744, yang mengindikasikan reliabilitas internal yang baik. Selain itu, korelasi SSPT dengan instrumen lain yang relevan juga menunjukkan hasil kuat, seperti dengan HADS ($r = 0{,}668$), SCL-90 ($r = 0{,}674$), FSS ($r = 0{,}505$), dan PSQI ($r = 0{,}492$).[24]

Pengujian diagnostik menunjukkan bahwa SSPT memiliki akurasi yang baik, dengan nilai Area Under the Curve (AUC) sebesar 0,81 terhadap HADS dan SCL-90. Cut-off point terbaik dalam mendeteksi kemungkinan gangguan psikosomatik ditetapkan pada ≥2 jawaban "Ya". Pada nilai ini, SSPT memiliki sensitivitas 75,6% dan spesifisitas 71,4% terhadap HADS, serta sensitivitas 78% dan spesifisitas 67,4% terhadap SCL-90.[24]

Dalam penelitian ini digunakan kuesioner SSPT karena SSPT telah dikembangkan dan divalidasi dalam konteks budaya Indonesia, sehingga cocok untuk mengukur gejala psikosomatik pada dewasa muda di Indonesia. Selain itu, SSPT terbukti sebagai instrumen valid, reliabel, dan praktis untuk digunakan baik dalam penelitian maupun praktik klinis di Indonesia, khususnya dalam skrining awal gangguan psikosomatik. Kuesioner ini juga belum banyak digunakan dalam studi ilmiah sehingga bisa menjadi kebaruan dalam penelitian. Namun, karena SSPT tidak secara eksplisit mengaitkan gejala psikosomatis dengan kecemasan, maka dalam penelitian saya, alat ini dikombinasikan dengan HARS untuk mengukur variabel bebasnya secara lebih spesifik.

2.1.2.4 Terapi untuk gangguan psikosomatis

Efektivitas serta potensi efek samping dari antipsikotik tipikal dalam pengobatan gangguan psikosomatik telah menunjukkan kemajuan yang

signifikan. Namun, mekanisme kerja yang mendasari penggunaan obat-obatan ini masih belum sepenuhnya dipahami. Hubungan yang kompleks antara gangguan psikiatri dan manifestasi fisik, seperti serangan jantung, diabetes, dan asma masih menjadi tantangan dan bahan perdebatan di kalangan peneliti.[18] Penanganan gangguan psikosomatik secara farmakologis melibatkan pemberian beberapa golongan obat sesuai dengan gejala klinis pasien. Salah satu yang sering digunakan adalah obat antiansiolitik, terutama golongan benzodiazepin, seperti diazepam dengan dosis 5-10 mg per hari dan alprazolam dosis 0,25-0,5 mg per hari. Selain itu, bisa juga menggunakan obat antidepresan terutama apabila gejala yang muncul adalah gejala depresi. Obat antidepresan yang sering digunakan adalah golongan inhibitor monoamin oksidase (MAOI), seperti *phenelzine* dosis 15-90 mg per hari atau *isocarboxazid* dosis 10-40 mg per hari. Jika gejala yang muncul adalah keluhan somatik dan emosional, antidepresan trisiklik (TCA) bisa digunakan. Obat yang termasuk dalam golongan ini adalah amitriptilin dengan dosis 10-100 mg per hari dan nortriptilin dengan dosis 25 mg per hari. Di samping itu, untuk membantu tidur dan mengurangi ketegangan otot bisa digunakan barbiturat dengan dosis 15-20 mg per hari.[17]

2.1.3 Faktor faktor yang memengaruhi psikosomatis

Gangguan psikosomatis umumnya dipicu oleh pikiran serta emosi negatif yang menyebabkan stres dan kecemasan. Kondisi ini tidak memiliki satu penyebab tunggal, melainkan penyebab dari interaksi kompleks pengalaman hidup serta faktor genetik individu. Seperti halnya gangguan psikologis lain, psikosomatis muncul melalui perpaduan berbagai aspek, termasuk mekanisme psikologis, sosial, patofisiologis, lingkungan keluarga, dan faktor keturunan.[25] Istilah gangguan psikosomatis merujuk pada kondisi di mana seseorang mengalami keluhan fisik yang dipengaruhi ataupun diperburuk oleh aspek mental ataupun psikis, misalnya kecemasan, stres, maupun depresi.[2]

Menurut penelitian yang dikutip oleh Maramis (2006), Strecter menganalisis 239 pasien dengan gangguan psikogenik dan menemukan bahwa 89% dari mereka cenderung terlalu fokus pada gejala fisik yang dirasakan, sementara 45% mengalami kecemasan. Oleh karena itu, penting untuk menanyakan beberapa faktor tertentu pada pasien dengan gangguan psikosomatis.[5]

2.1.3.1 Faktor sosial dan ekonomi

Faktor-faktor seperti kepuasan kerja yang rendah, kesulitan ekonomi, pekerjaan yang tidak stabil, tekanan kerja yang tinggi, serta kualitas pelayanan yang kurang memuaskan, dapat berdampak negatif pada kinerja individu. Hal ini berpotensi menyebabkan peningkatan ketidakhadiran kerja, meningkatnya risiko kecelakaan di tempat kerja**,** serta menurunnya motivasi dan komitmen terhadap pekerjaan.[5]

2.1.3.2 Faktor perkawinan atau keluarga

Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa pasangan yang menikah dengan individu yang mengalami gangguan jiwa cenderung memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi dan berisiko mengalami perceraian dalam proporsi yang lebih besar**.**[26] Kemampuan pasangan dalam menyelesaikan dan menghadapi permasalahan rumah tangga berperan penting dalam membentuk komitmen serta kepuasan dalam hubungan pernikahan. Ketika konflik tidak dikelola dengan baik, hal ini dapat menurunkan kualitas hubungan dan meningkatkan risiko ketegangan emosional dalam keluarga.[27]

2.1.3.3 Faktor kesehatan

Teori kelemahan somatik (*theory of somatic weakness*) menjelaskan gangguan psikosomatis bisa muncul akibat kondisi organ tubuh yang secara biologisnya telah lemah atau sensitif. Dengan kata lain, psikosomatis lebih rentan berlangsung, terutama pada orang yang mempunyai kerentanan organik, ditambah dengan kurangnya pemahaman masyarakat terhadap

gangguan ini dan pesatnya arus informasi yang tidak selalu akurat.[6]

2.1.3.4 Faktor psikologis

Gangguan gejala somatik kerap kali dianggap sebagai varian dari gangguan mental lainnya, terutama gangguan depresi dan kecemasan yang paling sering dikaitkan.[14] Berdasarkan penelitian yang dilaksanakan Rachmaniya AS (2019), didapatkan adanya keterkaitan antara kematangan emosi dan psikosomatis pada remaja yang tinggal di pondok pesantren yang telah terbukti secara empiris.[28] Selain itu, kecemasan juga memiliki kaitan erat dengan kecenderungan psikosomatis karena merupakan kondisi emosional yang muncul akibat ketidakjelasan situasi, ketidakmampuan dalam mengelola emosi, serta kecenderungan untuk menilai lingkungan secara negatif dan membayangkan hal buruk yang belum tentu terjadi.[4]

2.1.4 Kecemasan

2.1.4.1 Definisi

Ansietas atau kecemasan ialah respons emosional terhadap antisipasi bahaya atau ancaman yang belum terjadi. Ini adalah keadaan mental yang ditandai oleh perasaan khawatir, takut, atau gelisah yang berlebihan. Ansietas dapat memengaruhi seseorang secara fisik, emosional, dan sosial.[29] Kecemasan berkaitan erat dengan potensi munculnya gangguannya psikosomatis, mengingat kecemasan ialah kondisi emosional yang muncul akibat ketidakjelasan situasi, ketidakmampuan dalam mengelola emosi, serta pola pikir negatif terhadap lingkungan. Individu yang mengalami kecemasan cenderung memikirkan kemungkinan buruk secara berlebihan, meskipun hal tersebut belum tentu terjadi. Kecemasan merupakan refleksi dari aktivitas mental yang memiliki keterkaitan kuat dengan kondisi fisik (*soma*).

Oleh karena itu, pikiran yang berlebihan dapat memicu keluhan fisik pada area tubuh tertentu. Kebalikannya, individu yang bisa mengendalikan respons emosionalnya secara efektif cenderung mengalami tingkat kecemasan yang lebih rendah, sehingga menurunkan kemungkinan terjadinya psikosomatis.[4]Pada tahun 2021, terjadi peningkatan jumlah kasus gangguan kecemasan yang signifikan, dari 53,2 juta menjadi 76,2 juta kasus secara global. Dari jumlah tersebut, sebanyak 51,8 juta kasus terjadi pada perempuan, sedangkan 24,4 juta kasus dialami oleh laki-laki.[30] Dibanding kelompok umur yang lebih tua, kelompok umur yang lebih muda biasanya lebih rentan terhadap masalah kecemasan. Prevalensi tertinggi tercatat pada individu berusia 20– 24 tahun, dengan penambahan sebesar 1.331 kasus gangguan kecemasan per 100.000 penduduk.[30]

2.1.4.2 Patogenesis kecemasan

Disfungsi pada berbagai jenis neurotransmitter dan reseptor pada otak berperanan pada terjadinya gangguan kecemasan. Tiga jenis neurotransmitter utama yang diketahui turut berperan dalam memicu timbulnya kecemasan adalah *gamma-aminobutyric acid* (GABA), *5- hydroxytryptamine* (5-HT) atau serotonin, serta noradrenalin.[31] *Gamma- aminobutyric acid* (GABA)

merupakan neurotransmitter utama pada sistem saraf pusat (SSP). Kompleks reseptor benzodiazepin terletak pada neuron postsinaptik. Hasil studi neuroimaging menunjukkan adanya penurunan pengikatan reseptor GABA dan GABAA-benzodiazepin pada individu dengan gangguan kecemasan. Selain itu, glutamat juga berperan sebagai neurotransmitter utama yang bersifat eksitatorik pada SSP dan bekerja bersama dengan GABA. Reseptor-reseptor tersebut terkonsentrasi di wilayah otak yang diyakini berperan dalam proses kecemasan, seperti korteks prefrontal medial, amigdala, dan hipokampus. Sejumlah penelitian telah mengindikasikan adanya abnormalitas pada sistem ini pada pasien dengan gangguan kecemasan.[31]

Serotonin berperan dalam mengatur suasana hati, agresivitas, impulsivitas, tidur, nafsu makan, suhu tubuh, serta persepsi nyeri. Paparan stres dapat memicu perubahan kadar serotonin di beberapa area otak, seperti korteks prefrontal, nukleus akumbens, amigdala, serta hipotalamus lateral. Reseptor 5-HT1A dianggap memiliki peranan utama pada mekanisme yang berkaitan dengan kecemasan. Pengaktivasian reseptor ini meningkatkan arus ion kalium serta menurunkan fungsi enzim adenilat siklase. Stres kronis menyebabkan desensitisasi reseptor 5-HT1A presinaptik, yang pada gilirannya meningkatkan transmisi serotonergik. Stimulasi hormon adrenokortikotropik (ACTH) dan sekresi kortikosteroid dipengaruhi oleh pengaktivasian reseptor 5-HT1A sebagai respons terhadap stress. Serotonin diketahui memiliki efek meredakan kecemasan. Kurangnya serotonin yang bersifat kuantitatif akibat dari stress serta proses inflamasi berpotensi menimbulkan kecemasan. Sintesis serotonin sebagian besar berlangsung pada sel enterokromafin usus, sementara sisanya sekitar 10 sampai 20% disintesis di dalam otak dengan menggunakan mekanisme lintasan *blood- brain barrier* (BBB).[31, 32]

Perubahan aktivitas sinyal adrenergik turut dikaitkan dengan munculnya gangguan kecemasan. Gejala kronis yang umum dijumpai pada pasien dengan gangguan kecemasan, seperti serangan panik, gangguan tidur (insomnia), respons terkejut yang berlebihan, serta aktivasi sistem otonom yang meningkat, merupakan karakteristik dari peningkatan aktivitas sistem

noradrenergik.[31, 32]

Ketidakseimbangan neurotransmiter akan memicu aktivasi jalur HPA Aksis atau disebut dengan *hipothalamus-pituitary-adrenal* serta sistem saraf otonom, yang selanjutnya mengakibatkan peningkatan produksi hormon stres, yaitu kortisol dan epinefrin. Proses ini secara keseluruhan berkontribusi terhadap disregulasi suasana hati, fungsi fisik, dan aspek kognitif yang menjadi ciri khas dalam kondisi kecemasan. *Corticotropin-Releasing Factor* **(**CRF) yang dilepaskan oleh hipotalamus merangsang pituitari untuk mengeluarkan ACTH ke dalam darah. ACTH kemudian memicu korteks adrenal menghasilkan glukokortikoid seperti kortisol. Ketika kortisol berikatan dengan reseptor di hipotalamus dan pituitari, pelepasan CRF dan ACTH ditekan melalui mekanisme umpan balik negatif. Kecemasan tinggi dapat meningkatkan kadar kortisol, tekanan darah, dan denyut jantung, serta memperlambat penyembuhan, menurunkan imunitas, dan meningkatkan risiko infeksi.[32]

2.1.4.3 Faktor yang memengaruhi tingkat kecemasan

Terdapat banyak faktor yang memengaruhi kecemasan seseorang, baik internal maupun eksternal. Faktor internal termasuk pengalaman, kondisi fisik, umur, dan faktor eksternal termasuk pendidikan, obat, dan lain lain.[33] Kecemasan bisa terjadi akibat dari beberapa faktor. Mulai dari internal, yakni sikap, wawasan, serta usia, dan faktor eksternal yakni dukungan orang tua serta pendidikan.[34] Selain itu, faktor kognitif dan emosional juga bisa memengaruhi terjadinya kecemasan, seperti tingkat pengetahuan dan kematangan emosi.[28]

2.1.4.4 Tingkat kecemasan

Sama halnya dengan depresi, gejala kecemasan dapat muncul dalam tingkat keparahan yang beragam, dari ringan sampai berat. Gejala tersebut cenderung berlangsung lama pada individu dengan gangguan kecemasan, sehingga menjadikannya lebih bersifat kronis dibandingkan gangguan yang bersifat episodik.[35] Kecemasan merupakan respons yang wajar terhadap

suatu ancaman dan dianggap normal selama tidak menimbulkan dampak negatif bagi individu yang mengalaminya. Namun, apabila kecemasan tersebut mulai mengganggu aktivitas sehari-hari serta menyebabkan kerugian pada diri sendiri maupun individu lainnya, kondisi tersebut bisa dikategorikan sebagai kecemasan yang tidak normal. Kecemasan dianggap masih dalam batas normal apabila berada pada tingkat ringan, di mana kondisi ini justru dapat meningkatkan kewaspadaan, memberikan motivasi dalam proses belajar, serta mendorong kreativitas. Sebaliknya, kecemasan yang telah mencapai tingkat berat berpotensi mengganggu aktivitas sehari hari, seperti misalnya menganggu konsentrasi belajar.[36]

2.1.4.5 Alat ukur kecemasan

2.1.4.5.1 *Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)*

Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) merupakan alat ukur yang dirancang untuk menilai tingkat depresi, kecemasan, dan stres secara terpisah melalui 21 butir pernyataan. Instrumen ini telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dan diuji oleh Hakim dan Aristawati (2023) pada 629 responden dewasa awal (usia 20–40 tahun) dari berbagai provinsi di Indonesia.[37]

Penelitian oleh Kinanthi et al. (2020) memulai proses adaptasi DASS-21 ke dalam Bahasa Indonesia dengan menerapkan prosedur *back-to-back translation* melalui lembaga penerjemah profesional. Selanjutnya, dilakukan uji validitas isi dengan melibatkan pakar psikologi klinis yang memiliki pemahaman mendalam tentang konsep depresi, kecemasan, dan stres. Instrumen juga diuji melalui keterbacaan pada lima subjek uji coba yang memiliki karakteristik sesuai dengan populasi target.

Pengujian reliabilitas internal dilakukan menggunakan teknik *Cronbach's Alpha* dan *Corrected Item-Total Correlation*, serta dilanjutkan dengan analisis korelasi terhadap Skala Kebersyukuran Indonesia sebagai instrumen pembanding. Hasil uji coba pada sampel mahasiswa di Jakarta menunjukkan bahwa DASS-21 versi adaptasi memiliki tingkat reliabilitas yang sangat baik, dengan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,912 untuk keseluruhan skala, 0,853

untuk subskala depresi, 0,776 untuk subskala kecemasan, dan 0,905 untuk subskala stres.[38]

Kuesioner ini terdiri dari 21 pernyataan yang terbagi ke dalam tiga subskala utama, yaitu depresi, kecemasan, dan stres. Masing-masing subskala memuat 7 item. Responden diminta memberikan tanggapan menggunakan skala Likert 4 poin, mulai dari 0 (tidak pernah menjadi masalah) hingga 3 (hampir selalu menjadi masalah), untuk menggambarkan seberapa sering mereka mengalami kondisi yang dimaksud dalam tujuh hari terakhir.[38]

2.1.4.5.2 *Anxiety Sensitivity Index-3* (ASI-3)

ASI-3 merupakan instrumen untuk mengukur sensitivitas kecemasan. Skala ini terdiri dari 18 butir pernyataan yang dibagi ke dalam tiga dimensi, yaitu *physical concerns*, *cognitive concerns*, dan *social concerns*, serta diisi menggunakan skala Likert 5 poin (0–4). Penelitian adaptasi ASI-3 ke dalam Bahasa Indonesia dilakukan oleh Sadf dan Susanto (2024) terhadap 264 partisipan berusia 18–54 tahun dengan teknik *forward-backward translation, expert view*, dan *cognitive interviewing*.[39]

Uji validitas dilakukan menggunakan *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) dan menunjukkan bahwa model tiga dimensi sesuai dengan data, dengan nilai RMSEA = 0,04, CFI = 0,99, GFI = 0,93, dan SRMR = 0,04. Hasil ini menegaskan bahwa struktur teoretis ASI-3 dapat diterapkan dalam konteks Indonesia. Dari segi reliabilitas, nilai *Cronbach's Alpha* total sebesar 0,91, sedangkan reliabilitas per dimensi berkisar antara 0,79–0,84, menunjukkan konsistensi internal yang sangat baik. Selain itu, ASI-3 versi Bahasa Indonesia juga dapat membedakan individu dengan dan tanpa gangguan psikologis, meskipun terdapat satu item (item nomor 1) yang dinilai kurang sensitif terhadap perbedaan tersebut.[39]

Secara keseluruhan, ASI-3 terbukti valid, reliabel, dan aplikatif untuk populasi dewasa Indonesia, serta dapat digunakan dalam penelitian maupun praktik klinis, terutama dalam skrining awal kecenderungan kecemasan.[39]

2.1.4.5.3 *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) merupakan salah satu skala penilaian pertama yang dikembangkan untuk mengukur tingkat keparahan gejala kecemasan dan hingga kini masih banyak digunakan dalam konteks klinis maupun penelitian. Skala ini terdiri dari 14 item yang masing-masing mewakili kumpulan gejala dan mengevaluasi dua komponen utama kecemasan, yaitu kecemasan psikis (seperti kegelisahan mental dan tekanan psikologis) serta kecemasan somatik (keluhan fisik yang berhubungan dengan kecemasan).[40]

Penelitian oleh Septianawati et al. (2023) menguji validitas dan reliabilitas HRSA versi Bahasa Indonesia pada 49 mahasiswa kedokteran tahun pertama Universitas Muhammadiyah Purwokerto. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh item dalam HRSA memiliki nilai korelasi item-total yang memadai dan nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,908, yang menandakan bahwa HRSA sangat reliabel untuk digunakan di populasi mahasiswa Indonesia. Skala ini mampu mengelompokkan tingkat kecemasan menjadi dua kategori utama, yaitu ringan (89,8%) dan sedang (10,2%).[40]

HARS/HAM-A merupakan alat ukur kecemasan yang kuat secara psikometrik dan relevan untuk penelitian saya karena mengukur aspek psikis dan fisik kecemasan yang berkaitan dengan gangguan psikosomatik. Meskipun memiliki keterbatasan dalam standarisasi wawancara, HARS tetap dapat digunakan secara efektif dengan penyesuaian teknis yang tepat pada populasi dewasa muda.

2.1.4.6 Penanganan gangguan kecemasan

Terdapat empat jenis intervensi yang digunakan untuk mengatasi kecemasan pada mahasiswa, yaitu terapi kognitif, terapi perilaku, dan terapi seni.

2.1.4.6.1 Terapi Kognitif

a. Berlatih Berpikir Positif

Pelatihan ini ialah sebuah proses terstruktur yang bertujuan guna meningkatkan wawasan dan keahlian untuk memecahkan masalah serta membantu individu melepaskan diri dari pikiran negatif melalui penerapan perilaku serta menerapkan berpikir positif.[41]

Studi yang dilaksanakan Atina dan rekan-rekannya (2017) menunjukkan bahwa mahasiswa yang diberikan pelatihan ini mempunyai tingkatan kecemasan yang lebih rendah dibanding mahasiswa yang tidak ikut pelatihan tersebut.[42]

b. *Thought Stopping*

Menghentikan pikiran negatif dengan menggantinya dengan kata- kata atau pernyataan positif dikenal sebagai *thought stopping*.[41] Dengan koefisien z = -2,023 serta nilai p = 0,043 (p < 0,05), penelitian yang dilakukan oleh Desi et al. (2021) menunjukkan perbandingan skor kecemasan sebelum dan sesudah pemberian *thought stopping* yang menurun.[43]

c. *Virtual Reality*

Penelitian yang dilakukan oleh Eliza (2021) menggunakan pendekatan kualitatif menunjukkan bahwa penerapan *virtual reality-based cognitive behavior therapy* (VRCBT) membantu orang yang mengalami gangguan kecemasan saat berbicara di khalayak ramai. Setelah menjalani terapi sebanyak 10 sesi, tingkat kecemasan pada subjek penelitian turun dalam situasi berbicara di depan publik.[44]

d. Terapi Relaksasi Nafas

Relaksasi merupakan suatu metode yang dapat membuat tubuh menjadi rileks dan mendapatkan ketenangan sehingga bisa mengurangi kecemasan yang dialami. Dengan melakukan relaksasi nafas yang sifatnya adalah mengelola oksigen, tubuh akan menjadi bugar dan pikiran menjadi segar.[45] Studi yang

dilaksanakan Eviyanti (2018) menunjukkan bahwa terapi relaksasi pernapasan memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kecemasan yang dialami subjek penelitian.[45]

2.1.4.6.2 Terapi perilaku

Dalam terapi perilaku, terdapat dua pendekatan utama, yakni *expressive writing therapy* yang bermanfaat dalam menolong individu menuntaskan kecemasan, serta terapi relaksasi progresif yang efektif dalam mereduksi kecemasan dan mengurangi ketegangan otot yang muncul akibat kondisi cemas.[41]

2.1.4.6.3 *Art therapy*

Terapi warna hijau merupakan salah satu bentuk intervensi nonfarmakologis yang digunakan untuk mengurangi kecemasan. Paparan warna hijau diketahui mampu memberikan efek menenangkan, meningkatkan rasa nyaman dan relaksasi, serta merangsang pelepasan serotonin yang berperan dalam menimbulkan perasaan bahagia.[41]

2.1.5 Hubungan tingkat kecemasan dengan kejadian psikosomatis

Kecemasan memiliki kaitan erat dengan kecenderungan terjadinya psikosomatis, mengingat kecemasan ialah kondisi emosional yang muncul akibat ketidakjelasan situasi, ketidakmampuan dalam mengelola emosi, serta pola pikir negatif terhadap lingkungan. Individu yang mengalami kecemasan cenderung memikirkan kemungkinan buruk secara berlebihan, meskipun hal tersebut belum tentu terjadi. Kecemasan merupakan refleksi dari aktivitas mental yang memiliki keterkaitan kuat dengan kondisi fisik (*soma*). Oleh karena itu, pikiran yang berlebihan dapat memicu keluhan fisik. Sebaliknya, orang yang mempunyai daya mengontrol emosi yang baik dapat mengurangi kecemasan, sehingga menurunkan kemungkinan terjadinya psikosomatis.[4] Jalur neuroendokrin memegang peranan penting dalam timbulnya manifestasi gangguan psikosomatik. Jalur ini melibatkan interaksi yang kompleks antara sistem saraf dan sistem endokrin, yang mengatur berbagai proses fisiologis

serta memengaruhi hubungan antara pikiran dan tubuh Salah satu komponen utama dalam mekanisme ini adalah poros hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA), yang berperan penting dalam merespons stres kronis dan tekanan emosional. Disregulasi pada poros HPA dapat terjadi akibat stres berkepanjangan, yang kemudian memengaruhi kestabilan fisiologis tubuh.(46)

Poros HPA merupakan sistem neuroendokrin yang kompleks namun sangat penting, berperan dalam mengatur respons tubuh terhadap stres melalui pengendalian berbagai proses fisiologis seperti metabolisme, respons imun, dan sistem saraf otonom. Sistem ini memiliki tiga bagian utama, yaitu hipotalamus, kelenjar hipofisis, dan kelenjar adrenal. Ketika tubuh menghadapi stres, poros HPA diaktifkan dan menghasilkan hormon-hormon yang berperan dalam memfasilitasi respons tubuh terhadap stres, serta menjaga keseimbangan internal tubuh.(46)

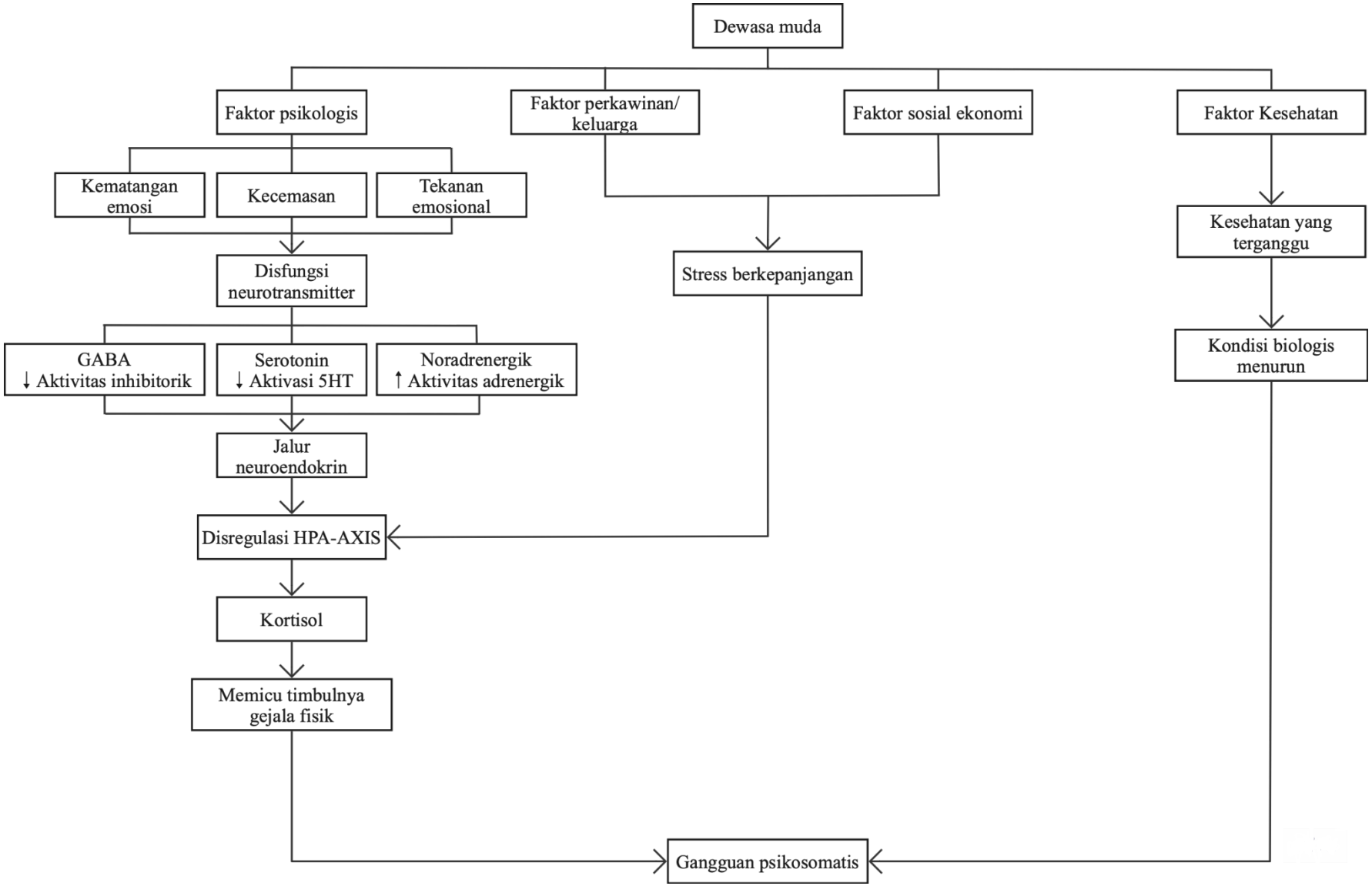
Beberapa penelitian menunjukkan hubungan antara tingkat kecemasan dengan psikosomatis. Studi yang dilakukan oleh Yusfarani (2020) menunjukkan adanya hubungan signifikan antara tingkat kecemasan dengan kecenderungan psikosomatis pada remaja pada masa pandemik di kota palembang ditahunnya 2020 dengan nilai signifikansi p = 0,036. Kecenderungan munculnya gangguan psikosomatis akibat COVID-19 terjadi karena salah satu bentuk psikosomatis dapat menyerang sistem pernapasan (*respiratory system*). Mengingat bahwa COVID-19 juga menyerang saluran pernapasan, maka individu yang mengalami sesak napas secara tiba-tiba tidak selalu berarti menunjukkan gejala infeksi COVID-19. Kondisi tersebut bisa merupakan manifestasi psikosomatik yang muncul sebagai respons terhadap tekanan psikologis atau ketegangan yang dirasakan.(6)

2.2 Ringkasan pustaka

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Siregar MRN, *et al.*[4]	SMA Negeri 3 Banda Aceh	Kuantitatif korelasional	258 siswa	Variabel bebas : tingkat kecemasan Variabel tergantung : psikosomatis	-	Hasil studi memperlihatkan koefisien korelasi spearman sebesar 0,458 dan nilai (p) = 0,000. Temuan ini mengindikasikan adanya hubungan positif yang signifikan antara kecemasan dengan psikosomatis pada siswa SMAN 3 Banda Aceh.
Yusfarani D.[6]	Kota Palembang, 2020	Kuantitatif deskriptif	245 remaja	Variabel bebas : kecemasan Variabel tergantung : kecenderungan psikosomatis	-	Terdapat hubungan signifikan antara kecemasan dan kecenderungan psikosomatis pada remaja pada masa COVID-19 (*p value* 0,036)
Ardhiyanti, *et al.*[2]	Pondok Pesantren Cendekia Amanah, Depok 2023	Kuantitatif Korelasional	86 santri	Variabel bebas : kematangan emosi Variabel tergantung : gejala psikosomatis	-	Terdapat hubungan antara kematangan emosi dengan kecenderungan psikosomatis. Hasil penelitian menunjukkan nilai signifikansi 0,001 dan koefisien korelasi -0,343.
Kharchenko D, *et a.l*[7]	The Bohdan Khmelnytsky National University of Chekasy, Ukraina 2017	*Cross-sectional*	187 mahasiswa	Variabel bebas : kecemasan Variabel tergantung : gangguan psikosomatis	-	Terdapat hubungan antara tingkat keparahan gangguan psikosomatis dengan tingkat kecemasan, baik kecemasan situasional (*state anxiety*) maupun kecemasan yang menetap sebagai ciri kepribadian (*trait anxiety*)

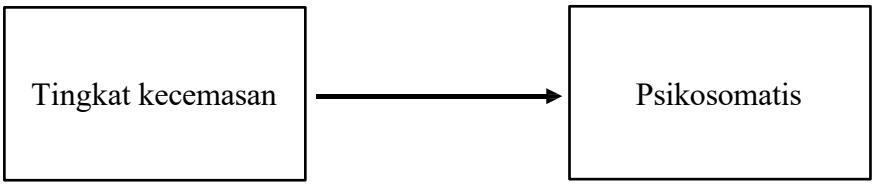
2.3 Kerangka teori



Gambar 2. Kerangka teori

BAB III
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka konsep



Gambar 3. Kerangka konsep

3.1.1 Variabel penelitian

3.1.1.1 Variabel bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan.

3.1.1.2 Variabel tergantung

Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah psikosomatis.

3.2 Definisi operasional

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Tingkat Kecemasan	Kecemasan adalah respons emosional terhadap antisipati bahaya atau ancaman yang belum terjadi. Ini adalah keadaan mental yang ditandai oleh perasaan khawatir, takut, atau gelisah yang berlebihan. Kecemasan dapat memengaruhi seseorang secara fisik, emosional, dan sosial	*Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)	Menggunakan kuesioner	≤14 = tak ada kecemasan 14 – 20 = ringan 21 – 27 = sedang 28 – 41 = berat 42 – 56 = berat sekali	Ordinal	Chrisnawati G, dkk[47]
Psikosomatis	Gangguan psikosomatis merupakan kondisi fisik yang muncul akibat berbagai tekanan emosional dan psikologis yang dipicu oleh aktivitas mental yang berlebihan dalam merespons gejala emosional.	*Shatri Sinulingga Psychosomatic Test (SSPT)*	Menggunakan kuesioner	0 – 1 = tidak terindikasi psikosomatis ≥2 = terindikasi psikosomatis	Nominal	Shatri H[24]
Dewasa muda	Usia responden saat dilakukan penelitian, dinilai dari wawancara mengenai umur dan tanggal lahir dan dibuktikan dengan KTP.	Kartu Tanda Pendudukan (KTP)	Wawancara/mengisi kuesioner	Umur dalam tahun	Rasio	

BAB IV
METODE

4.1 Desain

Penelitian ini akan dilaksanakan menggunakan metodologi observasi analitik dengan desain *cross-sectional*.

4.2 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian dilakukan di Fakultas Teknik Universitas Trisakti yang berlokasi di Jalan Kyai Tapa No. 1 Grogol Jakarta Barat dengan waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober 2025.

4.3 Populasi dan subjek

4.3.1 Populasi penelitian

Populasi adalah sekumpulan objek yang menjadi subjek dalam sebuah penelitian. Dalam penelitian ini, populasi yang digunakan mencakup seluruh mahasiswa S1 atau sederajat.

4.3.1.1 Populasi target

Populasi target adalah mahasiswa aktif Fakultas Teknik Prodi Perminyakan Universitas Trisakti yang memenuhi syarat sebagai responden pada saat penelitian yang akan dilakukan pada bulan Oktober 2025 dan memenuhi kriteria inklusi.

4.3.1.2 Populasi terjangkau

Populasi terjangkau adalah mahasiswa aktif Fakultas Teknik Prodi Perminyakan Universitas Trisakti yang memenuhi syarat sebagai responden pada saat penelitian yang akan dilakukan pada bulan Oktober 2025 dan memenuhi kriteria inklusi dengan teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *simple random sampling*.

4.3.1.3 Subjek penelitian

Subjek yang menjadi sampel pada penelitian ini adalah mahasiswa aktif berusia 18 – 24 tahun Fakultas Teknik Prodi Perminyakan Universitas Trisakti dan memenuhi kriteria inklusi.

4.3.1.3.1 Kriteria pemilihan subjek

4.3.1.3.1.1 Kriteria *inklusi*

Kriteria inklusi pada penelitian ini sebagai berikut :

a. Mahasiswa aktif berusia 18 – 24 tahun Fakultas Teknik Universitas Trisakti
b. Aktif mengikuti kegiatan pembelajaran di Fakultas Teknik Universitas Trisakti saat penelitian berlangsung
c. Bersedia menjadi responden & menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*)

4.3.1.3.1.2 Kriteria *eksklusi*

Kriteria eksklusi pada penelitian ini sebagai berikut :

a. Mahasiswa yang mempunyai riwayat gangguan jiwa yang telah didiagnosis secara medis
b. Mahasiswa yang sedang menderita penyakit kronis (seperti autoimun, gangguan pencernaan, penyakit paru, nyeri kepala, dan penyakit jantung) yang sudah didiagnosis secara medis
c. Responden yang mengisi kuisioner secara tidak lengkap

4.3.1.3.2 Besar sampel dan pemilihan sampel

Populasi infinit :

$$n_0 = \frac{Z \propto^2 \ x\ p\ x\ q}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{1{,}96^2\ x\ 0{,}5x\ 0{,}5}{0{,}05^2}$$

$$n_0 = \frac{0{,}96}{0{,}0025}$$

$$n_0 = 384$$

Keterangan :

n = jumlah sampel yang dibutuhkan pada populasi infinit

n_0 = jumlah sampel minimal

$Z \propto$= tingkat kemaknaan dikehendaki adalah 95%, dengan nilai 1,96

p = prevalensi dewasa muda yang mengalami psikosomatis dengan nilai 50%[48]

q = 1-p = 0,5

d = kesalahan absolut yang dapat diterima, pada penelitian ini adalah 5% (0,05)

Populasi finit :

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

$$n = \frac{384}{(1 + \frac{384}{200})}$$

$$n = \frac{384}{2{,}94}$$

$$n = 131$$

Keterangan :

n = jumlah sampel yang digunakan untuk sampel finit

n_0 = jumlah sampel minimal

N = jumlah populasi terjangkau yaitu jumlah mahasiswa perminyakan Universitas Trisakti

Dengan drop out sebesar 15% dari hasil populasi finit, maka:

$$n = 131 + drop\ out\ 15\%$$

$$n = 131 + 19$$

$$n = 150$$

Setelah hasil populasi ditambahkan drop out sebesar 15%, sampel yang dibutuhkan pada penelitian ini adalah 150 mahasiswa.

4.4 Bahan dan instrument penelitian

4.4.1 Kuesioner tingkat kecemasan

Kuesioner tingkat kecemasan dalam penelitian ini menggunakan skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) yang telah teruji validitas dan reabilitasnya. Skala HARS digunakan untuk menilai tingkat kecemasan berdasarkan gejala-gejala yang muncul pada individu. Dalam skala ini, terdapat 14 jenis gejala yang dapat terlihat pada seseorang yang mengalami kecemasan.[49] Pertanyaan yang diajukan ialah mengenai kecemasan, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatik, gejala sensorik, gejala kardiovaskuler, gejala pernapasan, gejala gastrointestinal, gejala urogenital, gejala vegetatif, dan perilaku sewaktu wawancara. Kuesioner disusun menggunakan skala Likert dengan rentang penilaian sebagai berikut : tidak ada gejala diberi skor 0, gejala ringan diberi skor 1, gejala sedang diberi skor 2, gejala berat diberi skor 3, dan gejala sangat berat diberi skor 4.[49] Hasil dari semua pertanyaan akan dijumlahkan untuk dievaluasi dan di masukan ke dalam kategori berdasarkan penjumlahan. Total skor kemudian dikategorikan menjadi <14: tidak ada kecemasan, 14–20: kecemasan ringan, 21–27: kecemasan sedang, 28– 41: kecemasan berat, 42–56: kecemasan berat sekali.[47]

4.4.2 Kuesioner psikosomatis

Kuesioner psikosomatis dalam penelitian ini menggunakan *Sharti Sinulingga Psychosomatic Test* (SSPT). SSPT terdiri dari 9 pernyataan tertutup dengan dua pilihan jawaban: "Ya" (skor 1) dan "Tidak" (skor 0). Total skor berkisar antara 0–9. Semakin tinggi skor menunjukkan kemungkinan gejala psikosomatis yang lebih besar. Skor total ≥2 menunjukkan kemungkinan adanya gejala psikosomatis yang signifikan. Skor <2 menunjukkan gejala psikosomatis tidak signifikan.[24]

4.5 Analisis data

Pengolahan data dalam penelitian ini dilakukan menggunakan perangkat lunak *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Data yang diperoleh kemudian dianalisis melalui metode analisis univariat dan bivariat.

4.5.1 Analisis univariat

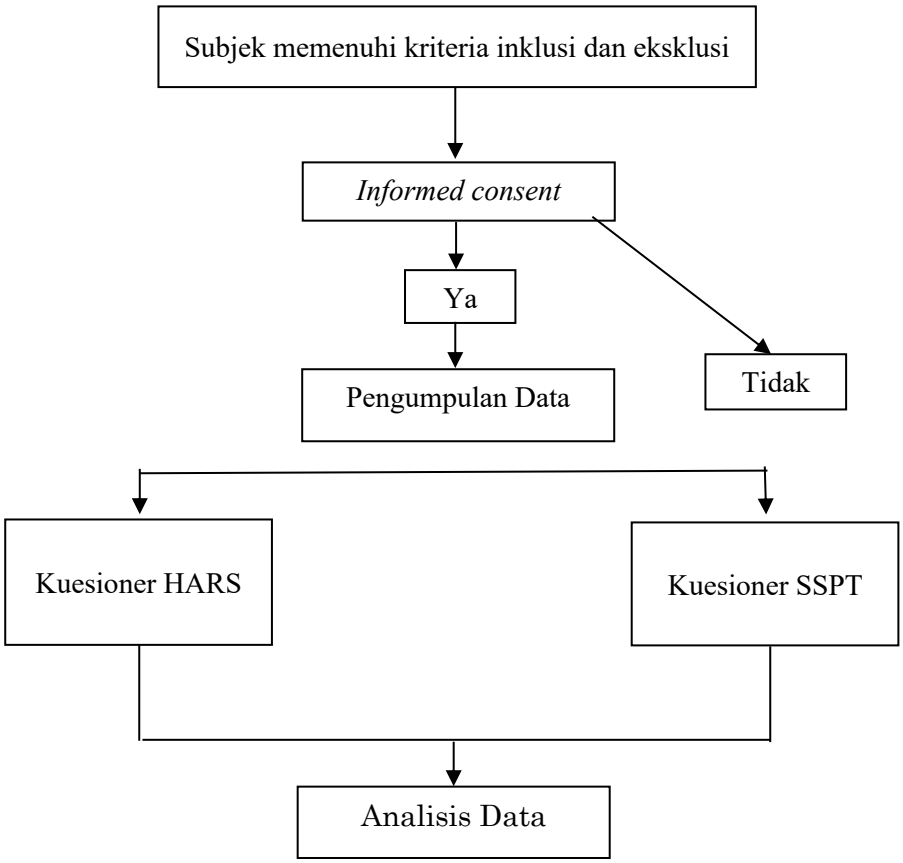
Pada penelitian ini hasil yang dianalisis adalah variabel bebas yaitu tingkat kecemasan dan variabel tergantung yaitu psikosomatis

4.5.2 Analisis bivariat

Dalam penelitian ini, analisis bivariat diterapkan untuk mengevaluasi hubungan antara dua variabel, yaitu variabel bebas tingkat kecemasan dan variabel tergantung psikosomatis. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah chi-square. Uji Chi-Square dengan tingkat signifikansi p=0,05 digunakan dalam menganalisis hubungan antara dua variabel, yang dilakukan menggunakan perangkat lunak SPSS versi 30 untuk menghasilkan nilai p. Apabila nilai $p \leq 0,05$, maka hubungan antara kedua variabel tersebut dianggap memiliki signifikansi.

4.6 Alur kerja penelitian

Berikut adalah alur atau skema pelaksanaan penelitian dalam pengambilan data.



Gambar 4. Alur kerja penelitian

4.7 Etika penelitian

Penelitian ini akan dilakukan setelah mendapatkan persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Proses pelaksanaannya di lapangan melibatkan pemberian informed consent terkait kerahasiaan data yang diberikan oleh responden. Seluruh partisipasi dalam penelitian ini bersifat sukarela, di mana responden telah memberikan persetujuan tertulis untuk berpartisipasi dan memiliki hak untuk mengundurkan diri kapan saja jika tidak ingin melanjutkan sebagai responden.

4.8 Penjadwalan penelitian

Tabel 3. Penjadwalan penelitian

Aktivitas	2025										
	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des
Persiapan serta pengumpulan data	■	■									
Pembuatan serta penuntasan BAB I (**Pendahuluan**)		■	■								
Pembuatan serta penuntasan BAB II (**Tinjauan Pustaka**)			■	■							
Pembuatan serta penuntasan BAB III (**Metodologi**)			■	■							
Pembuatan serta penuntasan BAB IV (**Hasil**)				■	■						
Ujian proposal						■					
Penelitian							■	■	■		
Pembuatan serta penuntasan BAB V (**Pembahasan**)									■	■	
Pembuatan serta penuntasan BAB VI (**Kesimpulan dan Saran**)									■	■	
Persiapan ujian Skripsi										■	■
Penyusunan manuskrip publikasi E-jurnal											■

4.9 Pembiayaan

Rincian anggaran yang dibutuhkan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

Fotocopy kuesioner : Rp. 225.000

Penjilidan : Rp. 100.000

Souvenir : Rp. 500.000

---+

Total pengeluaran : Rp. 825.000

DAFTAR PUSTAKA

1. Matud MP, Díaz A, Bethencourt JM, Ibáñez I. Stress and psychological distress in emerging adulthood: a gender analysis. J Clin Med. 2020;9:1–11. DOI: 10.3390/jcm9092859.
2. Ardhiyanti LP. Hamalatul qur'an : jurnal ilmu-ilmu al-qur'an hubungan kematangan emosi dengan gejala psikosomatis pada santri yang tinggal di Pondok Pesantren Cendekia Amanah, Depok, Jawa Barat. 2023;4:139–47.
3. Dr Cipto Mangunkusumo National Hospital. Internal medicine psychosomatic polyclinic medical record 2020-2023 [unpublish data]. Jakarta: Dr Cipto Mangunkusumo National Hospital;2023.
4. Siregar MRN. Hubungan Kecemasan Dengan Kecenderungan Psikosomatis di SMA Negeri 3 Banda Aceh [skripsi]. Banda Aceh: Fakultas Psikologi, Universitas Islam Negeri Ar-Raniry;2023.
5. Apriyani R. Faktor-faktor penyebab psikosomatis pada orang dengan kecenderungan psikosomatis. 2018;6:425–30.
6. Yusfarani D. Hubungan Kecemasan dengan Kecendrungan Psikosomatis Remaja Pada Pandemi Covid 19 Di Kota Palembang. JIUBJ. 2021;21:295-8. DOI: 10.33087/jiubj.v21i1.1328.
7. Kharchenko D, Chystovska Y. Correlation of anxiety and psychosomatic disturbance. 2017:26-9. DOI: https://doi.org/10.24195/2414-4665-2017-9-4.
8. Wang J, Guo WJ, Mo LL, et al. Prevalence and strong association of high somatic symptom severity with depression and anxiety in a Chinese inpatient population. Asia-Pacific Psychiatry. 2017;9. DOI: 10.1111/appy.12282.
9. Saikkonen S, Karukivi M, Vahlberg T, Saarijärvi S. Associations of social support and alexithymia with psychological distress in finnish young adults. Scand J Psychol. 2018;59:602–9. DOI: 10.1111/sjop.12478
10. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL. Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. JAMA Psychiatry. 2018;75:336–46. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4602.
11. Noer RM, Usnah A, Jannah IN, dkk. Sosialisasi kesehatan gangguan psikosomatis menggunakan media X banner pada lansia di Yayasan Panti Jompo Budi Sosial Batam. JPM. 2023;1:314-9.
. 12. Creed F, Tomenson B, Chew-Graham C, et al. The associated features of multiple somatic symptom complexes. J Psychosom Res. 2018;112:1–8. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.06.007.
13. Li L, Peng T, Liu R, et al. Development of the psychosomatic symptom scale (PSSS) and assessment of its reliability and validity in general hospital patients in China. Gen Hosp Psychiatry. 2020;64:1–8. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2020.01.008.
14. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ III). Jakarta: Departemen Kesehatan RI;1993:1–408.
15. Wistraini NNI, Marheni A. Peran dukungan sosial keluarga dan efikasi diri terhadap stres akademik mahasiswa baru Fakultas Kedokteran Universitas Udayana angkatan 2018. Jurnal Psikologi Udayana. 2018;164–73.
16. Nusshaum J. Stress and illness. In: Psychology 105. Pullman (WA): Washington

State University: 2018. Available at : https://opentext.wsu.edu/psych105nusbaum/chapter/stress-and-illness/. Accessed May 15, 2025.
17. Nisar H, Srivastava R. Fundamental concept of psychosomatic disorders: a review. IJCMSR. 2018:12-8.
18. Chauhan A, Jain CK. Psychosomatic disorder: the current implications and challenges. Cardiovasc Hematol Agents Med Chem. 2023;22:399-406. DOI: 10.2174/0118715257265832231009072953.
19. Nakamura K. Neural circuit for psychological stress-induced hyperthermia. 2015;2:352–61. DOI: 10.1080/23328940.2015.1070944.
20. Martins MJ, Carvalho C, Castilho P, et al. The "clinical interview for psychotic disorders" (CIPD): development and expert evaluation. Int J Clin Neurosci Ment Health. 2015;7.
21. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, et al. The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. JAMA Intern Med. 2014;174:399–407.
22. Rahmandani A, La Kahija YF. Awas pada badan untuk menurunkan gejala somatis di tengah pandemi COVID-19. JPTT. 2021;11:217-31. DOI: http://dx.doi.org/10.26740/jptt.v11n3.p217-231.
23. Takata Y, Sakata Y. Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. PCN. 2004;58:3-7.
24. Shatri H, Sinulingga DI, Faisal E, et al. Validity and reliability testing of the Shatri Sinulingga psychosomatic test (SSPT) questionnaire as a screening instrument for psychosomatic disorders in Indonesia. Narra J. 2024;4. DOI: http://doi.org/10.52225/narra.v4i3.1373.
25. Çolak TS. Somatic expression of psychological problems (somatization): examination with structural equation model. IJPES. 2014;1:8–14. DOI: 10.17220/ijpes.2014.01.003.
26. Mojtabai R, Stuart EA, Hwang I, Eaton WW, Sampson N, Kessler RC. Long-term effects of mental disorders on marital outcomes in the National Comorbidity Survey ten-year follow-up. SPPE. 2017;52:1217–26.
27. Handayani Y. Komitmen, conflict Resolution, dan kepuasan perkawinan pada istri yang menjalani hubungan pernikahan jarak jauh. Psikoborneo. 2016;4:325-33.
28. Rachmaniya AS, Rahayu SA. Hubungan antara kematangan emosi dengan kecenderungan psikosomatis pada remaja yang tinggal di pondok pesantren. JBKI. 2019;9:45–53.
29. Laela S, Nyumirah S, Siagian IO, dkk. Buku ajar keperawatan jiwa. Jakarta: PT Nuansa Fajar Cemerlang;2024.p.105–122.
30. World Health Organization. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization;2021.
31. Soodan S, Arya A. Understanding the pathophysiology and management of the anxiety disorders. IJPPR. 2015;4:251–78.
32. Shah A, Pataki CS, Sussman N. Anxiety disorders. In: Verduin M, Boland J, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 12th ed. Philadlphia: Wolters Kluwer;2021.p.587-605.
33. Sonza T, Aglusi Badri I, Erda R. Hubungan tingkat kecemasan dengan tingkat kemandirian activities of daily living pada lansia. Jurnal Human Care. 2020;5:688-95.
34. Nadila SS, Fajariyah N. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan tingkat

kecemasan dalam menghadapi menarche pada siswi di SDI Teladan Al-Hidayah 1 Jakarta Selatan. MAHESA. 2023;3:380–99.
35. World Health Organization. Depression and other common mental disorders : global health estimates. Geneva: World Health Organization;2017.
36. Pebriyani U, Sandayanti V, Pramesti W, dkk. Dukungan sosial dengan tingkat kecemasan siswa dalam menghadapi ujian akhir nasional. JIKSH. 2020;9:72–85. DOI: 10.35816/jiskh.v10i2.221.
37. Hakim MA, Aristawati NV. Mengukur depresi, kecemasan, dan stres pada kelompok dewasa awal di Indonesia: uji validitas dan reliabilitas konstruk DASS-21. JPU. 2023;10:232–50. DOI: 10.24854/jpu553
38. Kinanthi MR, Listiyandini R A, Amaliah U S, Ramdhanty R, Farhan M. Adaptasi alat ukur DASS 21 versi Indonesia pada populasi mahasiswa. Seminar Nasional Psikologi dan Call for Paper UMB Yogyakarta 2020. Universitas Mercu Buana.2020
39. Aisha Sadf F, Susanto H. Validitas dan reliabilitas anxiety sensitivity index-3 (Asi-3) versi bahasa indonesia pada sampel klinis dan nonklinis. Psikostudia : Jurnal Psikologi. 2024;13:306–13. DOI: http://dx.doi.org/10.30872/psikostudia.v13i2
40. Septianawati P, Kusumo MHB, Pratama TS, Maulana AM. Uji realibilitas dan validitas HRAS dan NDI versi Indonesia untuk mengukur kecemasan dan dispepsia pada mahasiswa kedokteran tahun pertama. Jurnal Psikologi Konseling. 2023;15:347-57.
41. Savitri PACS, Swandi NLID. Intervensi kecemasan pada mahasiswa : literature review. Psikobuletin: Buletin Ilmiah Psikologi. 2023;4:42–54. DOI: 10.24014/pib.v4i1.20628.
42. Machmudati A, Rachmy Diana R. Efektivitas pelatihan berpikir positif untuk menurunkan kecemasan mengerjakan skripsi pada mahasiswa. Jurnal Intervensi Psikologi. 2017;9:107-27.
43. Wahyuni Sari D, Abdullah SM. Thought stopping untuk menurunkan kecemasan mahasiswa yang sedang menyusun skripsi. JIP. 2021;13:139–48. DOI: 10.20885/intervensipsikologi.vol13.iss2.art5.
44. Utami ES, Oktarisa F, Agustin LT. Virtual reality berbabis cognitive behavior therapy untuk menurunkan kecemasan berbicara di depan umum. IJPI. 2021;1:78–87. DOI: https://doi.org/10.55062/IJPI.
45. Sari EK, Kholifah S. Pengaruh terapi relaksasi napas dalam terhadap tingkat kecemasan pada mahasiswa ners dalam menghadapi UKNI di STIKES Kendedes Malang. Jurnal Keperawatan Florence. 2018.
46. Sheng JA, Bales NJ, Myers SA, et al. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis: development, programming actions of hormones, and maternal-fetal interactions. Front Behav Neurosci. 2021;14. DOI: 10.3389/fnbeh.2020.601939.
47. Chrisnawati G, Aldino, T. Aplikasi pengukuran tingkat kecemasan berdasarkan skala HARS berbasis android. JTK. 2019;5:277-82. DOI: 10.31294/jtk.v4i2.
48. Kerekes N, Zouini B, Tingberg S, et al. Psychological distress, somatic complaints, and their relation to negative pychosocial factors in a sample of Swedish High School Students. Front Public Health. 2021;9. DOI: 10.3389/fpubh.2021.669958.
49. Kautsar ad, Gustopo D, Achmadi F. Uji validitas dan reliabilitas hamilton anxiety rating scale terhadap kecemasan dan produktivitas pekerja visual inspection PT. Widatra Bhakti. SENATEK. 2015:588-92.

LAMPIRAN

Lampiran 1. ***Dummy Table***

Variabel	Rerata ±SD/median (min-mak)	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Umur (tahun)			
Jenis kelamin			
Laki-laki			
Perempuan			
Status Pernikahan			
Menikah			
Belum menikah			
Tingkat kecemasan			
Tidak ada			
Ringan			
Sedang			
Berat			
Berat sekali			
Psikosomatis			
Ya			
Tidak			

Keterangan : Tingkat kecemasan diukur menggunakan kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) dikategorikan: Tidak ada kecemasan (skor <14); kecemasan ringan (skor 14-20); kecemasan sedang (21-27); kecemasan berat (28-41); kecemasan berat sekali (42-56). Psikosomatis diukur menggunakan kuesioner *Shatri Sinulingga Phsycosomatic Test* (SSPT*)*, dikategorikan : ya (skor ≥2), tidak (skor ≤2)

Tingkat Kecemasan	Psikosomatis		*p value*
	Ya (Terindikasi) n(%)	Tidak (Tidak terindikasi) n(%)	
Tidak ada			
Ringan			
Sedang			
Berat			
Berat sekali			

Analisis data menggunakan uji *chi-square*. Batas kemaknaan statistik yang digunakan p<0,05

Lampiran 2. ***Informed Consent***

INFORMED CONSENT

Saya Tiara Setyaningrum Fauziah mahasiswi Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti sebagai peneliti. Saat ini peneliti sedang mengumpulkan data mengenai "Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kejadian Psikosomatis pada Dewas Muda". Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan terhadap kejadian psikosomatis sebagai upaya peningkatan kualitas hidup dewasa muda. Penelitian ini dilakukan dengan cara pengisian kuisioner mengenai tingkat kecemasan dan kuisioner mengenai psikosomatis.

Sehubungan dengan hal tersebut, peneliti mengharapkan responden berkenan untuk terlibat dalam penelitian ini. Bila bersedia, dapat mengisi formulir data diri dan apabila memenuhi persyaratan, dilanjutkan dengan pengisian kuesioner. Semua data yang diperoleh dalam penelitian ini dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

Responden berhak menolak ikut serta dalam penelitian ini dan setiap saat berhak untuk tidak melanjutkan keikutsertaannya dalam penelitian ini dan tidak akan diberikan sanksi. Bila bersedia ikut dalam penelitian ini, peneliti memohon responden untuk dapat membubuhkan tanda tangan di lembar persetujuan ini. Peneliti mengucapkan terima kasih atas perhatian dan partisipasinya. Bila terdapat pertanyaan, responden bisa menghubungi peneliti (Tiara Setyaningrum Fauziah) di nomor telepon 085779498157.

Jakarta, ...2025

Tiara Setyaningrum Fauziah

Lampiran 3. Lembar Persetujuan

FORMULIR PERSETUJUAN

Semua penjelasan di atas telah disampaikan kepada saya dan telah saya pahami. Dengan menandatangani formulir ini saya SETUJU SECARA SUKARELA untuk ikut dalam penelitian ini.

Nama peserta penelitian :
Usia :
Jenis kelamin :

Jakarta, ...2025

(……)

Lampiran 4. Kuesioner Identitas Responden

IDENTITTAS RESPONDEN

a. Nama : .....

b. Alamat : .....

c. Jenis Kelamin : ☐ Laki laki
☐ Perempuan

d. Usia : ..... tahun

e. Status Pernikahan : ☐ Menikah
☐ Belum Menikah

f. Riwayat Gangguan Jiwa :

g. Riwayat Penyakit Kronis : ☐ Autoimun
☐ Gangguan Pencernaan
☐ Penyakit Paru
☐ Nyeri Kepala Kronis
☐ Penyakit Jantung

Lampiran 4. Kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan cemas (merasa khawatir, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, lekas marah atau mudah tersinggung)					
2	Ketegangan (merasa tegang, merasa lelah, respon yang mengejutkan, mudah meneteskan air mata, merasa gemetar, merasa gelisah, tidak mampu untuk bersantai)					
3	Ketakutan (takut terhadap gelap, takut terhadap orang asing, takut ditinggalkan sendirian, takut pada hewan, takut pada keramaian lalu lintas, takut pada kerumunan banyak orang)					
4	Insomnia (kesulitan tidur, tidur tidak memuaskan, merasa lelah saat bangun, mimpi buruk, terbangun tengah malam)					
5	Intelektual (sulit berkonsentrasi, sulit mengingat)					
6	Perasaan depresi (kehilangan minat, kurangnya kesenangan dalam hobi, perasaan bersedih, sering terbangun diri hari saat tidur tangan)					
7	Gejala somatik (otot) (nyeri atau sakit otot, kedutan, otot terasa kaku, gigi gemertak, suara tidak stabil, tonus otot meningkat)					
8	Somatik (sensorik) (telinga terasa berdenging, penglihatan kabur, muka memerah, perasaan lemah, sensasi di tusuk tusuk)					
9	Gejala kardiovaskular (takikardi, palpitasi, nyeri dada, denyut nadi meningkat, perasaan lemas/lesu seperti mau pingsan, denyut jantung serasa berhenti sekejap)					
10	Gejala pernapasan (nafas terasa sesak/dada serasa ditekan, perasaan tercekik, sering menarik nafas dalam, nafas pendek/tersenggal-senggal)					
11	Gejala gastrointestinal (kesulitan menelan, nyeri perut, perut terasa kembung, sensasi terbakar, perut terasa penuh, merasa mual, muntah, sukar buang air besar/BAB, kehilangan berat badan, konstipasi)					
12	Gejala genitourinari (frekuensi berkemih meningkat, tidak dapat menahan air seni, tidak datang bulan, darah haid lebih banyak dari biasanya, gairah sex menurun, ejakulasi dini, kehilangan libido, impotensi)					
13	Gejala otonom (mulut kering, muka kemerahan, muka pucat, sering berkeringat, merasa pusing, kepala terasa berat, merasa tegang, rambut terasa menegang)					
14	Tingkah laku (gelisah, tidak tenang/sering mondar-mandir, tangan gemetar, alis berkerut, wajah tegang, sering mendesah atau pernapasan cepat, wajah pucat, sering menelan ludah)					

Lampiran 5. Kuesioner Sharti Sinulingga Psychosomatic Test (SPPT)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah Anda memiliki penyakit kronik?		
2	Apakah Anda sering merasa kesehatan Anda terganggu?		
3	Apakah Anda memiliki keluhan yang terjadi saat perubahan emosi?		
4	Apakah Anda memiliki keluhan yang terus beganti/berpindah-pindah, tidak menetap?		
5	Apakah Anda sering meminum obat/jamu pegal linu atau sakit kepala?		
6	Apakah Anda sering mengalami kesulitan dalam kehidupan sehari-hari?		
7	Apakah Anda sering merasa marah, kesal, kecewa, frustasi, sedih, dll?		
8	Apakah Anda sering memiliki masalah dengan keluarga, teman, tetangga?		
9	Apakah Anda memiliki kesulitan/gangguan tidur?		