HUBUNGAN STRATEGI *COPING* DENGAN TINGKAT GEJALA DEPRESI PADA REMAJA

PROPOSAL SKRIPSI

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

AYU FATIMAH SULENRA
NIM: 030002200035

UNIVERSITAS TRISAKTI
FAKULTAS KEDOKTERAN
JAKARTA, JULI 2025

Bidang Ilmu: Pendidikan Kedokteran

PROPOSAL SKRIPSI

HUBUNGAN STRATEGI *COPING* DENGAN TINGKAT GEJALA DEPRESI PADA REMAJA



Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

(AYU FATIMAH SULENRA, 030002200035)

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

PERSETUJUAN

Judul:

HUBUNGAN STRATEGI *COPING* DENGAN TINGKAT GEJALA DEPRESI PADA REMAJA

Nama Mahasiswa: Ayu Fatimah Sulenra

NIM 030002200035

Telah disetujui untuk diuji di hadapan

Tim Penguji Proposal Skripsi

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Selasa Tanggal 1 Juli 2025

Pembimbing

dr. Arleen Devita, Sp. MK

NIK:3443/USAKTI

PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI

Judul:

HUBUNGAN STRATEGI *COPING* DENGAN TINGKAT GEJALA DEPRESI PADA REMAJA

Nama mahasiswa; Ayu Fatimah Sulenra

NIM 030002200035

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Proposal Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Selasa, Tanggal 1 Juli 2025

Ketua Penguji

Nama : Dr. dr. Husnun Amalia, Sp.M. .....

NIK: 2559/USAKTI .....

Anggota Penguji I

Nama : dr. Arleen Devita, Sp.MK. .....

NIK : 3443/USAKTI .....

Anggota Penguji II

Nama : dr. Juni Chudri, MARS, AIFO-K .....

NIK : 2909/USAKTI .....

Jakarta, 1 Juli 2025

Dekan

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Dr.dr.Yenny,Sp.FK.

NIK:2613/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama: Ayu Fatimah Sulenra
NIM: 030002200035
Program Studi: Pendidikan Dokter
Alamat Korespondensi: Jalan Celepuk 2 Blok B1/112, Jatimakmur, Pondok Gede, Bekasi
Telepon / mobile: 082258991026
E-mail: 030002200035@std.trisakti.ac.id

Judul skripsi: Hubungan Strategi *Coping* dengan Tingkat Gejala Depresi pada Remaja

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, 3 Juli 2025



Ayu Fatimah Sulenra

030002200035

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT dan Nabi Muhammad SAW atas berkah, rahmat dan karunianya peneliti bisa menyelesaikan proposal yang berjudul "Hubungan Strategi *Coping* dengan Tingkat Gejala Depresi pada Remaja", Proposal ini merupakan salah satu persyaratan untuk mencapai derajat Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

Dalam penulisan proposal ini peneliti mendapatkan banyak bantuan, doa dan, bimbingan dari berbagai pihak. Maka dari itu, pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. dr. Yenny, Sp. FK. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.
2. dr. Arleen Devita, Sp. MK. selaku dosen pembimbing proposal yang telah memberikan waktu, tenaga, dan pemikiran, serta selalu memberikan bimbingan selama proses penyusunan proposal ini.
3. Tim Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.
4. dr. Gita Handayani Tarigan, MPH., M.M. selaku Pembimbing Akademik yang selalu membantu peneliti bila mengalami kesulitan selama menjalani Pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.
5. Keluarga dan teman-teman peneliti yang selalu memberikan dukungan kepada peneliti selama proses penyusunan proposal ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih memiliki keterbatasan. Oleh karena itu, saran dan masukan yang membangun sangat diharapkan untuk perbaikan di masa mendatang. Dengan ini, peneliti berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat dan segala bentuk dukungan yang diberikan mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT.

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL ii
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING iii
HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI DAN DEKAN iv
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN v
KATA PENGANTAR iii
DAFTAR ISI vii
DAFTAR TABEL ix
DAFTAR GAMBAR x
DAFTAR LAMPIRAN xi
DAFTAR ARTI SINGKATAN xii

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

BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI 4
2.1 Tinjauan Pustaka 4
2.1.1 Remaja 4
2.1.1.1 Definisi 4
2.1.1.2 Klasifikasi 4
2.1.2 Depresi 5
2.1.2.1 Definisi 5
2.1.2.2 Gejala depresi 5
2.1.2.3 Etiologi 7
2.1.2.4 Epidemiologi 9
2.1.2.5 Faktor risiko depresi 10
2.1.2.6 Dampak depresi 11
2.1.3 Strategi *coping* 12
2.1.3.1 Definisi 12
2.1.3.2 Klasifikasi strategi *coping* 12
2.1.3.3 Jenis-jenis strategi *coping* 14
2.1.3.4 Faktor yang memengaruhi strategi *coping* 16
2.1.4 Hubungan antara strategi *coping* dan tingkat gejala depresi pada remaja 17
2.2 Ringkasan pustaka 19
2.3 Kerangka teori 21

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 22
3.1 Kerangka konsep 22
3.2 Definisi operasional 23

BAB IV METODE 25
4.1 Desain 25
4.2 Lokasi dan Waktu 25
4.3 Populasi, Subjek, dan Sampel Penelitian 25
4.3.1 Populasi 25
4.3.2 Subjek 25
4.3.2.1 Kriteria pemilihan subjek 25
4.3.2.2 Perhitungan jumlah sampel 26
4.4 Instrumen penelitian 27
4.4.1 Alat ukur strategi *coping* 27
4.4.2 Alat ukur tingkat gejala depresi 28
4.5 Analisis statistik 30
4.5.1 Analisis univariat 30
4.5.2 Analisis bivariat 30
4.6 Alur kerja penelitian 30
4.7 Etika penelitian 31
4.8 Penjadwalan penelitian 31

DAFTAR PUSTAKA 33
LAMPIRAN 36

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ringkasan pustaka 19
Tabel 2. Definisi operasional 23
Tabel 3. *Blueprint* alat ukur strategi *coping* 28
Tabel 4. *Blueprint* alat ukur tingkat gejala depresi (subskala DASS 21) 29
Tabel 5. Penjadwalan pelaksanaan penelitian 31

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka teori 21
Gambar 2. Kerangka konsep 22
Gambar 3. Alur kerja 30

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. *Informed consent* 36
Lampiran 2. Kuesioner karakteristik responden 37
Lampiran 3. Kuesioner *The Brief-COPE* 38
Lampiran 4. Kuesioner DASS 21 42
Lampiran 5. *Dummy table* 45

DAFTAR ARTI SINGKATAN

SMA: Sekolah Menengah Atas

WHO: World Health Organization

SKI: Survei Kesehatan Indonesia

HPA: *hypothalamic-pituitary-adrenal*

PFC: *prefrontal cortex*

Kemenkes RI: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Masa remaja merupakan fase kritis yang ditandai dengan pertumbuhan pesat dalam dimensi fisik, psikologis, dan intelektual.[1]Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2014, remaja merupakan penduduk dengan usia 10 – 18 tahun.[2] Dikutip dari laporan *Global Health Data Exchange*, satu dari sepuluh orang menderita gangguan mental dengan prevalensi gangguan mental pada remaja berusia di atas 15 tahun mencapai 9,8% di Indonesia. Hal ini disebabkan oleh adanya stigma buruk seputar kesehatan mental yang membuat remaja enggan mencari bantuan sehingga gangguan yang dialaminya tidak teratasi.[1] Salah satu gangguan mental yang marak terjadi pada remaja di Indonesia adalah depresi.[3]

Depresi mengacu pada gangguan suasana hati dengan serangkaian gejala seperti kesedihan terus-menerus, gangguan fungsi sosial, dan anhedonia. Studi sebelumnya mengungkapkan bahwa depresi dapat memperburuk kemampuan kognitif, seperti daya ingat dan perhatian.[4] Depresi merupakan salah satu penyebab seorang remaja bunuh diri. Selain itu, depresi juga menyebabkan ketidaksesuaian edukasional dan sosial pada remaja, misalnya penyalahgunaan obat-obatan, merokok, dan gangguan makan.[5]Depresi dapat terjadi karena faktor biologi, seperti perubahan level *neurotransmitter* dan stres. Depresi juga dapat disebabkan oleh faktor lingkungan, misalnya pengalaman traumatis pada masa kanak-kanak.[6]Di Indonesia, hasil studi yang dilakukan oleh Pham menyatakan bahwa prevalensi populasi dari remaja yang mengalami tekanan psikologis dan depresi diperkirakan sebesar 24,3% dan 12,6% untuk remaja yang bersekolah.[3] Angka ini menunjukkan bahwa gangguan psikologis pada remaja merupakan isu yang cukup serius dan butuh strategi penanganan yang tepat.

Pada faktanya, setiap orang menggunakan berbagai strategi *coping* untuk merespons depresi. Strategi *coping* mengacu pada pendekatan mental dan perilaku yang digunakan untuk mengelola situasi yang penuh tekanan. Strategi *coping* dapat dikategorikan sebagai strategi *coping* adaptif (meningkatkan fungsi) dan strategi

coping maladaptif (mempertahankan atau meningkatkan tingkat tekanan atau stres).[7]

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk menelusuri ada tidaknya hubungan antara strategi *coping* dengan tingkat depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Rodrigues menyimpulkan bahwa penerapan strategi *coping* adaptif dapat membantu meringankan gejala tekanan mental dan meningkatkan kepuasan hidup.[8]Strategi *coping* maladaptif berupa *avoidant* telah dikaitkan dengan tingkat kecemasan dan depresi yang lebih tinggi.[7]Namun, hasil studi Adriani memaparkan bahwa strategi *coping* maladaptif berupa *avoidant coping*, strategi *coping* adaptif berupa *emotion-focused coping*, dan *socially-supported coping* tidak secara signifikan memengaruhi gejala depresi.[9]

Berdasarkan perbedaan hasil dari studi sebelumnya mengenai hubungan antara strategi *coping* dan tingkat gejala depresi pada remaja, peneliti berencana untuk melakukan penelitian lebih lanjut terkait hubungan keduanya. Penelitian ini bertujuan untuk mencari tahu apakah ada hubungan antara strategi *coping* dengan tingkat gejala depresi pada remaja, terutama siswa SMA.

1.2 Perumusan masalah

Apakah terdapat hubungan antara strategi *coping* dengan tingkat gejala depresi pada remaja?

1.3.1 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Menurunkan kejadian depresi pada remaja dengan mengetahui hubungan antara strategi *coping* dengan tingkat gejala depresi pada remaja.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengetahui gambaran strategi *coping* pada depresi yang dilakukan oleh remaja,
2. Mengetahui gambaran tingkat gejala depresi pada remaja,

3. Mengetahui hubungan antara strategi *coping* dengan tingkat gejala depresi pada remaja.

1.4 Hipotesis

Terdapat hubungan antara strategi *coping* dengan tingkat gejala depresi pada remaja.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Penelitian ini dapat menambah pemahaman tentang hubungan antara strategi *coping* dan tingkat gejala depresi pada remaja, terutama siswa SMA. Hasil penelitian ini juga dapat menambah pengetahuan di dalam bidang psikiatri yang mendukung teori dan studi sebelumnya.

1.5.2 Bagi profesi/institusi

Penelitian tentang hubungan strategi *coping* terhadap tingkat gejala depresi pada remaja diharapkan dapat meningkatkan kesadaran di kalangan profesional kesehatan dan sekolah tentang pentingnya penilaian kondisi psikososial pasien remaja dan analisis strategi *coping* untuk mengatasi permasalahan psikososial yang ada. Selain itu, hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan untuk penelitian lebih lanjut yang menelusuri intervensi yang berlandaskan strategi *coping* dan dampaknya terhadap kesehatan mental remaja.

1.5.3 Bagi masyarakat

Pemahaman tentang hubungan strategi *coping* dengan tingkat gejala depresi pada remaja diharapkan dapat menurunkan dan mencegah kejadian depresi pada remaja. Hasil studi ini diharapkan dapat menambah wawasan individu dan keluarga tentang pentingnya menerapkan strategi *coping* yang efektif untuk mencegah timbulnya depresi dan mengurangi keparahan gejala-gejala depresi tersebut.

BAB II
TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1.1 Tinjauan Pustaka

2.1.2 Remaja

2.1.1.1 Definisi

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) pada tahun 2020 mendeskripsikan masa remaja sebagai suatu fase perkembangan antara masa kanak-kanak menuju dewasa dan seseorang akan mengalami banyak perubahan dalam aspek biologis, psikologis, serta sosial.[10] Pada fase ini, remaja mengalami perubahan dalam persepsi sosial dan ekspektasi. Menurut WHO, kapasitas individu untuk memiliki pemikiran kritis dan abstrak juga berkembang, bersamaan dengan munculnya *self-awareness* ketika ekspektasi sosial membutuhkan kematangan emosional. Munculnya karakteristik seks sekunder (pubertas) hingga kematangan seksual, perkembangan proses mental dan identitas orang dewasa, serta transisi dari ketergantungan emosional dan sosioekonomi total menuju kemandirian relatif merupakan beberapa proses yang terjadi pada masa remaja.[11]

2.1.1.2 Klasifikasi

Remaja rentan mengalami depresi. Masa remaja adalah fase perkembangan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa di mana seseorang akan mengalami banyak perubahan secara biologis, sosial, maupun psikologis. Masa ini terdiri dari dua fase, yaitu masa remaja awal berkisar 10 sampai 14 tahun dan remaja akhir di usia 14 sampai 17 tahun. Remaja mengalami pematangan fisik yang lebih cepat dibandingkan pematangan kejiwaan (psikososial). Menurut Kemenkes RI, kondisi ini yang membuat remaja mudah mengalami depresi dan sedih yang berlebihan.[10]

Pada masa remaja awal (10-14 tahun), karakteristik seksual sekunder mulai muncul dan pertumbuhan dipercepat hingga mencapai puncaknya. Di dalam aspek kognisi, orientasi eksistensial dan pemikiran konkret mulai muncul. Selain itu, remaja juga dapat mengalami preokupasi mengenai citra tubuh dan perubahan fisik yang cepat. Proses eksplorasi dan evaluasi diri juga terjadi pada aspek seksualnya.

Secara social, individu dalam tahap ini mulai mencari afiliasi dengan teman-temannya dan membuat batasan ketidakmandirian/kemandirian dengan keluarganya.(11)

Selanjutnya, memasuki rentang usia 14-17 tahun, seorang individu mengalami pertumbuhan seksual sekunder yang lebih maju, tetapi pertumbuhan secara fisik melambat. Pemikiran menjadi lebih abstrak dan kembali ke pemikiran konkret saat remaja tersebut mengalami stress. Akan tetapi, remaja sudah bisa berpikir jangka panjang pada fase ini. Secara psikososial, preokupasi dengan fantasi dan idealisme serta perasaan berkuasa pun tampak. Remaja juga merasakan preokupasi dengan fantasi romantis dan mencoba kemampuannya untuk menarik lawan jenis. Dengan orang tuanya, konflik-konflik dapat timbul di atas control mereka. Di sisi lain, remaja membutuhkan identifikasi untuk menguatkan *self-image*-nya melalui teman-temannya dan *peer group* yang ada di sekitarnya akan menggambarkan perilakunya.(11)

2.1.3 Depresi

2.1.2.1 Definisi

Depresi didefinisikan sebagai gangguan suasana hati yang bervariasi darI suasana hati rendah sementara yang normal dalam kehidupan sehari-hari hingga sindrom klinis dengan durasi yang parah dan signifikan, serta gejala yang terkait, yang sangat berbeda dari normal. (4)

2.1.2.2 Gejala depresi(12)

Menurut *International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)* episode depresif ditandai oleh penurunan *mood* yang menetap, kehilangan energi, serta penurunan aktivitas yang signifikan. Individu dengan episode depresif mengalami penurunan kemampuan untuk menikmati aktivitas sehari-hari bahkan kehilangan minat terhadap hal-hal yang sebelumnya menyenangkan. Konsentrasi mereka menjadi terganggu dan mereka merasa lelah meskipun hanya melakukan sedikit usaha. Gejala lainnya termasuk gangguan tidur, seperti bangun lebih awal

dari biasanya, dan perubahan nafsu makan yang berujung pada penurunan berat badan.[12]

Selain itu, penderita sering mengalami penurunan kepercayaan diri dan harga diri, serta perasaan bersalah atau tidak berharga. Suasana hati mereka tidak berubah meskipun ada hal-hal positif di sekitar yang menunjukkan bahwa *mood* tidak responsif terhadap lingkungan. Dalam beberapa kasus, gejala dapat memburuk pada pagi hari dan disertai dengan gangguan psikomotor, baik berupa agitasi maupun perlambatan.

ICD-10 membagi tingkat keparahan depresi menjadi ringan, sedang, dan berat, tergantung pada jumlah dan intensitas gejala yang dialami, dan dapat disertai dengan gejala psikotik.

a. Tingkat ringan

Pada tingkat ringan, individu biasanya mengalami sekitar dua sampai tiga gejala depresif. Meskipun gejala tersebut dapat menyebabkan ketidaknyamanan emosional, individu masih mampu menjalankan fungsi sehari-hari secara relatif normal.

b. Tingkat sedang

Gejala yang dialami berjumlah empat atau lebih dan mulai menyebabkan kesulitan yang nyata dalam menjalankan aktivitas harian atau fungsi sosial.

c. Tingkat berat

Gejala yang muncul pada tingkat gejala depresi berat bersifat mencolok dan sangat mengganggu, termasuk perasaan kehilangan harga diri yang signifikan, perasaan bersalah dan tidak berharga, serta munculnya pikiran atau tindakan bunuh diri. Selain itu, pada depresi berat juga sering ditemukan gejala somatik yang menyertai, seperti gangguan nafsu makan, gangguan tidur, atau gangguan fisik yang berhubungan dengan kondisi psikologis.

2.1.2.3 Etiologi

a. Faktor biologi

Studi menunjukkan bahwa pasien dengan depresi berat sering kali memiliki kelainan dalam pemrosesan emosi. Depresi dikatakan berkaitan dengan hiperaktivasi *prefrontal cortex* (PFC) dan hiperreaktivitas amigdala, bagian otak yang bertanggung jawab atas respons ancaman, kecemasan, dan emosi negatif. Di sisi lain, beberapa sistem *neurotransmitter* mengalami perubahan di dalamnya, seperti pada jalur dopaminergik yang bertanggung jawab untuk memberikan penghargaan atas perasaan, yang menyebabkan gejala depresi pada individu.(6)

Teori utama mengenai etiologi depresi menyatakan bahwa depresi merupakan hasil dari perubahan kadar *monoamine transmitter*, seperti dopamin dan serotonin. Tak hanya itu, Hu mengatakan bahwa "kelainan genetik dalam transmisi serotonergik juga telah dikaitkan dengan depresi, contohnya *promotor region of the SERT gene* (5-HTTLPR) ternyata berkaitan dengan depresi". Menurut Caspi, individu yang memiliki genotipe s/s lebih rentan mengalami depresi karena alel s berhubungan dengan penurunan serotonin. Tambahan pula, terdapat beberapa studi yang membuktikan adanya perubahan efek transmisi dopaminergik dan jalur mesolimbik terhadap kejadian depresi. Studi menunjukkan bahwa beberapa gejala yang terkait dengan depresi adalah akibat dari disfungsi sistem penghargaan dan bahwa terdapat beberapa agen antidepresan yang dapat menambahkan kadar dopamin di otak. Oleh sebab itu, dopamin jelas memiliki peranan penting dalam mengatur suasana hati, termasuk perasaan senang. Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada tahun 2009, depresi disebut sebagai penyakit pada sistem mesolimbik yang muncul saat seseorang mengalami kehilangan atau stress yang parah. Hal ini membuat sistem *reward* tidak berfungsi sehingga penderita depresi merasakan kurangnya motivasi dan anhedonia.(6)

Putri menjelaskan "Depresi berawal dari stres yang tidak diatasi".(13) Hidup yang penuh dengan tekanan dapat menyebabkan gejala depresi pada

individu yang rentan. Depresi juga dapat diakibatkan oleh adanya pengabaian ataupun pelecehan di masa kanak-kanak. Pada penderita depresi, kelainan pada *hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA) *axis* juga dinyatakan berkaitan dengan respons hiperaktif terhadap stres. Hal ini juga berdampak pada pelepasan kortisol yang merespons peningkatan kadar kortisol secara kronis dan tingkat stres yang lebih rendah. Peningkatan tersebut dapat berdampak pada kemampuan hipokampus dalam beradaptasi dengan perubahan lingkungan. Diambil dari penelitian-penelitian sebelumnya yang telah dibahas, stres telah dibuktikan memiliki efek jangka panjang pada regulasi HPA *axis* yang menyebabkan kerentanan seseorang terhadap stresor yang juga merupakan predisposisi terjadinya gejala depresi di kemudian hari. Oleh sebab itu, dapat disimpulkan bahwa stres kronis dapat menyebabkan perubahan pada otak, termasuk sirkuit pemrosesan afektif, yang cenderung dapat mengakibatkan depresi.(6)

b. Faktor lingkungan

Berdasarkan hasil studi, peristiwa traumatis yang membuat stress selama masa kanak-kanak dilaporkan memengaruhi depresi dan jenis gangguan *mood* lainnya secara langsung. Selain itu, suatu penelitian *cross-sectional* menunjukkan bahwa paparan terhadap pemicu stress di masa kanak-kanak pun berkaitan dengan perubahan struktur otak dan gangguan fungsi kognitif dibanding individu yang tidak mengalami pelecehan sebelumnya. Contohnya, individu yang mengalami pelecehan seksual cenderung mengalami gangguan kesehatan mental dan berisiko bunuh diri. Selain itu, konflik di dalam keluarga juga dapat merusak perkembangan kognitif di masa kanak-kanak. Sepanjang perjalanan klinis depresi, pasien yang menjadi korban trauma di awal kehidupan memiliki periode depresi yang lebih lama dan tingkat pemulihan yang lebih rendah.(6)

Model Diatesis-Stres menganggap depresi dan gangguan kejiwaan lainnya sebagai "Gangguan perkembangan yang berkembang seiring waktu" . Model Diatesis-Stress ini memaparkan bahwa depresi tidak terjadi

akibat satu faktor saja, tetapi, individu yang memang rentan dan mengalami respons negatif terhadap stres terus-menerus dapat mengarah pada terwujudnya kerentanan yang ada sebelumnya. Depresi hanya akan muncul karena stresor lingkungan yang sudah disertai dengan predisposisi genetik. Pada faktanya, stres menyebabkan hiperaktivasi HPA *axis* dan juga merupakan predisposisi terhadap respons stres yang berkurang, tetapi hal tersebut tidak secara langsung membuat gejala depresi muncul. Namun, gabungan antara kerentanan yang sudah ada sebelumnya pada seseorang dan stressor lingkungan yang dialaminya adalah penyebab dari depresi yang sebenarnya. [6]

2.1.2.4 Epidemiologi

Dikutip dari Survei Kesehatan Indonesia 2023, sekitar 450 juta orang secara global menderita gangguan jiwa, penyalahgunaan obat, serta gangguan neurologi. Di antara angka tersebut, 154 juta orang diperkirakan menderita depresi. Di Indonesia, prevalensi depresi secara nasional pada tahun 2023 diperkirakan mencetak angka 1,4% dan paling tinggi terdapat pada kelompok anak muda (15-24 tahun), yakni sebesar 2%. Akan tetapi, mereka justru paling sedikit mengakses pengobatan (10,4%).[14]

Selain itu, depresi adalah salah satu penyebab utama terjadinya disabilitas pada remaja. Di dunia, bunuh diri adalah penyebab ke-4 kematian pada remaja dan depresi merupakan salah satu penyebabnya. Probabilitas timbulnya ide untuk mengakhiri hidup pada anak muda dengan gangguan depresi hampir 5 kali lebih tinggi dibanding dengan remaja yang tidak depresi. Proporsi anak muda berumur 15-24 tahun dengan gangguan depresi yang pernah berpikir untuk bunuh diri dalam 1 bulan terakhir sangat tinggi, yaitu 36 kali lebih besar dibanding dengan anak muda yang tidak depresi pernah berpikir untuk bunuh diri, dengan 61% penderita depresi dan 1,7% lainnya tidak depresi.[14]

Hasil laporan SKI pada tahun 2023 memaparkan bahwa proporsi anak muda yang mengalami depresi lebih tinggi pada kelompok perempuan (2,8%) dibandingkan dengan laki-laki (1,1%). Tambahan pula, proporsi depresi juga lebih

tinggi pada anak muda yang berpendidikan menengah (2,2%), sedangkan pada kelompok tidak bekerja, bekerja sebagai supir, pembantu, buruh, dan masih sekolah (>2%). Di samping itu, anak muda yang tinggal di perkotaan dan status ekonomi teratas juga mencetak persentase depresi lebih tinggi, yaitu 2,5% dan 2,2% secara berurutan.[14]

2.1.2.5 Faktor risiko depresi

Hasil studi Wahid pada 2021 menunjukkan terdapat factor risiko depresi dari aspek biologis, psikologis, serta lingkungan. Faktor risiko biologis yang diidentifikasi adalah faktor endokrin; riwayat keluarga; jenis kelamin perempuan, disforia gender, inflamasi, malnutrisi, penyakit fisik, cedera atau disabilitas, dan penyalahgunaan zat. Lalu, faktor risiko psikologis termasuk distorsi kognitif, *emotional abuse*, reaktivitas emosional; paparan trauma, *coping* yang tidak efektif, harga diri yang rendah; pengabaian dan kekurangan; gangguan mental lainnya, pelecehan fisik; dan pelecehan seksual. Kemudian, faktor risiko lingkungan termasuk stres akademik, *bullying*, penurunan akses ke sumber daya, diskriminasi, racun lingkungan *(environmental toxin),* lingkungan keluarga, peran dan ekspektasi gender, kedaruratan kemanusiaan, kehilangan keluarga, masalah migrasi, kemiskinan, dan masalah hubungan sosial.[15]

Seperti yang dijelaskan sebelumnya, jenis kelamin, terutama perempuan, merupakan salah satu faktor risiko yang dapat memicu gejala depresi. Hal ini karena perempuan memiliki tingkat *neuroticism* yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. *Neuroticism* yang tinggi menyebabkan seseorang lebih mudah mengalami stres. [13]

Perundungan (*bullying*), biasanya berupa ejekan, dapat menjadi salah satu penyebab depresi pada remaja. Profil Kesehatan Indonesia 2019 menunjukkan hasil bahwa 50% remaja dengan usia 13-15 tahun mengalami gangguan mental karena *bullying* oleh teman-teman sebaya di sekolahnya. Disebabkan oleh masih kuatnya stigma buruk terhadap gangguan jiwa di kalangan remaja, hal tersebut justru beberapa kali dapat menjadi bahan *bullying* di antara mereka.[10]Depresi pada remaja juga bisa disebabkan oleh renggangnya hubungan orang tua-anak. Ikatan

yang tidak baik dengan orang tua akan menyebabkan seorang remaja mempunyai kepercayaan diri yang rendah dan mudah terpengaruh oleh hal-hal negatif.[13]

Pada tahun 2006, survei kesehatan sekolah tentang kesehatan mental remaja telah dilakukan oleh Kemenkes RI dan dari penelitian tersebut didapatkan fakta bahwa kekerasan merupakan salah satu faktor pemicu munculnya gangguan mental pada remaja. Kekerasan tersebut bisa beruba kekerasan fisik yang dilakukan oleh teman sebaya, guru, ataupun petugas sekolah. Dari survei tersebut menunjukkan kekerasan fisik terjadi di lingkungan sekolah. Selain itu, remaja yang menggunakan NAPZA (narkotika, psikotropika, dan zat adiktif) juga rentan terganggu kesehatan mentalnya. Kemudian, faktor kesendirian atau kesepian juga penyebab seorang remaja rentan mengalami gangguan kesehatan mental.[10]

2.1.2.6 Dampak depresi

Depresi yang tidak segera dideteksi dan diatasi dapat menimbulkan dampak yang berbahaya bagi remaja. Beberapa dampak yang timbul akibat depresi adalah masalah emosional, fungsional, dan fisik. Penderita depresi juga mudah merasa putus asa, mengalami gangguan gizi, dan dapat memiliki pikiran untuk bunuh diri. Tak hanya itu, depresi pun memengaruhi tumbuh kembang remaja. Apabila seorang remaja mengalami gangguan kesehatan mental, terutama depresi, kemampuan pengambilan keputusannya ditakutkan akan menurun dan berdampak pada ketidakmampuan mencapai peningkatan kualitas diri yang optimal.[13]

Remaja adalah tahap kehidupan dengan banyaknya perubahan terjadi di dalamnya. Mereka harus bisa beradaptasi dengan segala perubahan yang ada. Di samping itu, masa remaja juga merupakan masa seseorang sering kali mengalami ketidakstabilan kondisi sehingga menyebabkan emosi yang dimunculkan tidak sesuai. Hal ini berakibat pada munculnya rasa tidak percaya diri, pesimis, tertekan, serta pemikiran tentang hal-hal negatif. Remaja juga dapat berpikir bahwa harga dirinya rendah karena tidak bisa mengatasi masalah dan lebih tertutup pada lingkungan sekitar.[13]

Depresi dapat memiliki dampak pada status gizi seseorang, terutama pada remaja. Penelitian oleh Auliati pada 2021 menunjukkan adanya hubungan spesifik

antara tingkat stres dan status gizi. Penelitian yang dilakukan Khotibuddin pada 2017 mengungkapkan bahwa depresi dan *restrained eating* terbukti berkaitan dengan berat badan berlebih. Berat badan yang berlebih umumnya muncul dari kondisi tertekan karena membatasi makan dan minum, serta sering membuat diri merasa lapar. Ketika seseorang mengalami depresi, penurunan kadar serotonin dan leptin dapat meningkatkan keinginan untuk mengonsumsi karbohidrat berlebihan. (13)

2.1.3 Strategi *coping*

2.1.3.1 Definisi

Istilah "*coping*" mengacu pada "menghadapi", "menangani", atau "beradaptasi dengan" dan dapat digambarkan sebagai upaya yang dilakukan untuk menghadapi situasi sulit bersamaan dengan mengurangi tingkat stres yang menyertainya.(14) Strategi *coping* didefinisikan sebagai suatu proses berpikir, perilaku, dan serangkaian aktivitas yang digunakan untuk merespons situasi yang tidak menyenangkan atau *stressful* atau untuk mengubah reaksi seseorang dalam menghadapi situasi tersebut.(16)

2.1.3.2 Klasifikasi strategi *coping*

Coping mengacu pada respons individu terhadap stresor eksternal, yang sering kali ditujukan untuk mengurangi atau menoleransi stress dan strategi *coping* ini diklasifikasikan menjadi adaptif dan maladaptif. Strategi *coping* adaptif membantu seseorang mengatasi tantangan, tetapi strategi *coping* maladaptif justru mengahalangi pemicu stres untuk ditangani. (17)

a. Strategi *coping* adaptif

Strategi *coping* yang mendukung integrasi, pembelajaran, pertumbuhan, serta pencapaian tujuan dikenal sebagai strategi *coping* adaptif.(18) Strategi *coping* adaptif mendukung kesejahteraan individu dan memungkinkannya menghadapi tantangan atau masalah secara efektif.

Strategi ini juga berfokus pada masalah dan berorientasi pada pendekatan sehingga dapat meningkatkan efikasi diri. [17]

Berikut ini adalah beberapa contoh strategi *coping* adaptif: *positive reframing* (menemukan makna dalam situasi negatif), *emotional support* (misalnya, berbicara kepada seseorang tentang apa yang sedang dirasakan), *instrumental support* (misalnya, berbicara kepara orang lain yang dapat memberikan informasi bermanfaat atau membantu memahami situasi), humor, agama (misalnya, beralih ke agama dalam situasi yang sulit), *acceptance* (misalnya, belajar untuk hidup dengan situasi tersebut), *active coping* (misalnya menerapkan tindakan khusus untuk menyelesaikan masalah), serta perencanaan (misalnya, mendefinisikan strategi untuk menghadapi situasi tersebut). Strategi *coping* adaptif sering dikaitkan dengan hasil positif, seperti kepuasan hidup yang tinggi dan kurangnya gejala depresi.[19]

b. Strategi *coping* maladaptif

Strategi *coping* maladaptif menghambat penyelesaian masalah dan dapat membahayakan kesejahteraan individu.[17] Dengan menggunakan strategi ini, tingkat stres pada seseorang dapat bertahan atau justru meningkat. Strategi *coping* semacam ini berkutat pada hasil yang tidak menyenangkan, misalnya gejala depresi. Strategi *coping* maladaptif meliputi *self-distraction*, *self-blame, venting* (misalnya, melampiaskan emosi untuk merasa lega), *behavioural disengagemen*t atau perilaku menyimpang (misalnya, mengakui bahwa seseorang tidak dapat mengatasi masalah dan berhenti mencoba), *denial* (misalnya, mengatakan pada diri sendiri "ini tidak mungkin terjadi"), serta penggunaan zat.[19] Tak hanya itu, strategi maladaptif juga terdiri dari *dysfunctional approach coping*, termasuk perenungan (*rumination*), serta konfrontasi, dan *maladaptive avoidance* yang berdasarkan pengabaian, penekanan emosi, dan isolasi sosial.[20]

2.1.3.3 Jenis-jenis strategi *coping*

Strategi *coping* umumnya diklasifikasikan berdarkan fokus atau fungsinya. Lazarus pada 1984 membedakan antara *coping* yang berfokus pada masalah dan yang berfokus pada emosi. *Coping* yang berfokus pada masalah (*problem-focused coping*) bertujuan untuk memecahkan masalah yang dihadapi, sedangkan *emotion-focused coping* bertujuan untuk meringkankan rasa sakit emosional yang disebabkan oleh situasi yang penuh tekanan.[21]

a. *Problem-focused coping*

Problem-focused coping mengacu pada upaya langsung untuk memecahkan masalah atau sumber stres yang dihadapi.[16]Strategi ini dapat secara efektif mengatasi dan menghilangkan situasi yang membuat stres.[21] Beberapa hal yang dikelompokkan ke dalam strategi ini adalah *planning, active coping,* dan *use of instrumental support. Planning* merupakan situasi saat seseorang berpikir mengenai cara untuk menghadapi penyebab stress yang dialami. *Planning* mencakup pemikiran tetang langkah yang harus diambil, pengajuan strategi tindakan, serta pemilihan cara terbaik dalam menyelesaikan masalah yang ada. Sementara itu, *active coping* merupakan strategi saat individu langsung melakukan usaha untuk mengatasi masalah dan berupaya menyelesaikan masalah secara bertahap. Kemudian, terdapat *use of instrumental support* yang merupakan tindakan mencari seseorang yang bisa membantu individu tersebut mengatasi masalah yang dihadapinya.[22]

b. *Emotion-focused coping*

Strategi *coping* yang berfokus pada emosi merupakan strategi yang meliputi upaya atau pengambilan langkah-langkah untuk mengelola perasaan negatif yang muncul akibat adanya situasi yang mengancam, sulit, atau berbahaya yang tidak dapat diatasi atau diubah.[16]Strategi ini bertujuan untuk mengurangi tekanan emosional yang disebabkan oleh keadaan penuh tekanan. Strategi ini penting dilakukan untuk mengelola emosi sebelum

terlibat pada *problem-focused coping* yang efektif. Seseorang dengan kondisi buruk mungkin perlu terlibat dalam *emotion-focused coping* untuk mengurangi ancaman yang dirasakan. Dalam suatu kasus, seperti kematian orang yang disayang, sumber stres tidak dapat dihilangkan. Oleh karena itu, strategi *emotion-focused coping* diperlukan untuk mengatasinya dan meminimalkan penderitaan psikis seseorang. [21] Strategi ini terdiri dari humor, *positive reframing*, penerimaan (*acceptance*), agama, serta penggunaan dukungan emosional.[8]

Roth mengungkapkan bahwa cara penting lainnya untuk menggambarkan strategi *coping* adalah dalam hal pendekatan atau penghindaran. Dalam pendekatan ini, strategi *coping* diklasifikasikan berdasarkan aktivitas kognitif dan emosional yang diarahkan menuju atau menjauhi ancaman. *Coping* yang berfokus pada emosi berbeda dari strategi *coping* yang berfokus pada emosi yang berorientasi pada penghindaran (*avoidance*). *Coping* dengan pendekatan emosional dilakukan dengan memproses dan mengekspresikan perasaan secara aktif daripada mengabaikannya.[21]

Sementara itu, penghindaran (*avoidance*) mungkin dapat meredakan tekanan untuk sementara, tetapi jika pemicu stress terus berlanjut, hal itu dapat menghambat penyesuaian jangka panjang. Austenfeld memberikan contoh terkait hal ini, seperti "pemrosesan emosi dapat bersifat adaptif dalam jangka pendek, tetapi terus melakukannya dari waktu ke waktu dapat menjadi sesuatu yang sulit dan akibatnya kurang menguntungkan dalam hal penyesuaian". Seseorang dapat mengatasinya dengan cara menyesuaikan dengan strategi *coping* yang dilakukan oleh orang lain. Contohnya, walaupun *avoidance* dapat dikaitkan dengan penyesuaian yang lebih buruk, pasangan dengan satu pasangan memiliki tingkat *avoidance* yang tinggi dan yang lainnya memilki tingkat *avoidance* yang rendah dapat menemukan kecocokan dalam penyesuaian.[21] Beberapa contoh dari *avoidant-coping* meliputi pengalihan perhatian (*self-distraction*), penggunaan zat,

menyalahkan diri sendiri, *denial*, serta perilaku menyimpang *(behavioral disengagement*).[7]

2.1.3.4 Faktor yang memengaruhi strategi *coping*

a. Faktor internal

Faktor internal terkait dengan pengalaman pribadi yang dialami oleh remaja. Kesehatan fisik merupakan salah satu faktor internal yang paling penting. Kesehatan fisik sangat penting dalam berkontribusi pada kesejahteraan psikologis. Tubuh yang sehat akan meningkatkan sikap dan pola pikir seseorang dan sebaliknya.[18] Ohrnberger mengemukakan bahwa tubuh yang sehat meningkatkan rasa nyaman dan memberikan sugesti yang baik bagi tubuh. Hal ini berdampak baik saat seseorang menghadapi kesulitan. Remaja dengan tubuh yang sehat dapat berjuang dengan strategi *coping* yang adaptif.[23]

Faktor internal juga dapat mencakup dedikasi atau *guiding concepts.* Komitmen atau prinsip-prinsip hidup merupakan panduan yang dapat diikuti oleh remaja saat mereka mencari jati diri dan merencanakan masa depan. Konsep hidup atau komitmen dapat berfungsi sebagai pengingat saat memutuskan strategi *coping* yang akan kita gunakan. Faktor lainnya yang berperan adalah emosi diri dan keterampilan sosial. Emosi diri merupakan faktor internal yang berperan penting dalam mengatasi masalah. Emosi ini dikendalikan oleh diri sendiri. Remaja yang masih mencari jati diri memiliki *self-emotion* yang harus dilatih.[18]

b. Faktor eksternal

Faktor eksternal merupakan faktor yang berdampak dari dunia luar diri seseorang. Berbagai faktor eksternal dapat memengaruhi pemilihan strategi *coping*, yaitu dukungan sosial dan sumber daya material. Dukungan sosial meliputi bantuan dari orangtua atau saudara, bantuan dari teman, dan bantuan dari rekan kerja atau tetangga di rumah. Ketika remaja tidak mendapat dukungan dari keluarga atau orang tua, mereka cenderung melakukan perilaku *coping* yang maladaptif.[18]

Selain dukungan sosial, faktor material pun memengaruhi cara remaja mengatasi masalah. Sumber materi meliputi hubungan sosial, situasi ekonomi, dan lingkungan rumah. Kondisi ekonomi remaja yang kurang mampu dan tidak memenuhi harapan remaja akan keberadaan yang konstan berpotensi membuat remaja lebih cemas. Status lingkungan keluarga juga memengaruhi keputusan remaja dalam mengatasi masalah. Situasi keluarga yang buruk menyebabkan anak-anak merasa tidak mampu dan akhirnya menyalahkan diri sendiri yang berakibat pada perasaan memiliki harga diri yang rendah. Kemudian, sumber materi juga dapat berupa kondisi hubungan sosial. Keadaan hubungan sosial yang sehat dan meliputi apresiasi atau pengakuan yang cukup dapat menyebabkan remaja memikirkan ide-ide yang baik untuk diri mereka sendiri. [18]

2.1.4 Hubungan antara strategi *coping* dan tingkat gejala depresi pada remaja

Strategi *coping* adalah cara alami yang digunakan setiap orang untuk menghadapi masalah psikologis, terutama depresi dan stres. Jika seseorang menggunakan strategi *coping* yang baik dan adaptif, kemungkinan mengalami depresi atau stress akan lebih kecil. Sebaliknya, jika mekanisme *coping* yang digunakan kurang efektif atau maladaptif, risiko mengalami depresi dan stres justru akan meningkat.[24]Diambil dari Buku *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition Text Revision*, terdapat cara untuk menilai gejala dan tanda potensi munculnya psikopatologi dengan tepat, yakni dokter harus mempertimbangkan pengaruh identitas, makna, dan praktik budaya terhadap penyebab serta perkembangan penyakit. Hal ini mencakup strategi *coping* yang berkontribusi dalam peningkatan resiliensi dalam menghadapi penyakit. Sementara itu, dikatakan juga di dalam buku ini bahwa penerapan strategi *coping* yang tidak efektif atau maladaptif pasca trauma juga dapat menjadi faktor risiko terjadinya gangguan mental.[25]

Teori dari buku tersebut terbukti dalam penelitian yang dilakukan Maharani pada tahun 2024 yang menyimpulkan bahwa “Siswa dengan mekanisme *coping*

maladaptif 10 kali lebih mungkin mengalami kesehatan mental yang buruk setelah mereka mengalami putus cinta".[26] Studi yang diadakan oleh Obembe pada tahun 2019 juga menghasilkan pernyataan "*Problem-focused coping* ($p \leq 0.001$), *emotion-focused coping* ($p \leq 0.001$), serta *dysfunctional coping* ($p \leq 0.001$) terbukti berhubungan secara statistic dengan depresi. Pada penelitian ini juga ditemukan hasil bahwa *problem-focused* dan *emotion-focused coping* memiliki korelasi negatif dengan depresi, sedangkan *dysfunctional coping* sebaliknya.[27]Tambahan pula, studi yang dilakukan oleh Krisdianto pada 2015 mendukung hasil penelitian-penelitian yang dibahas sebelumnya, yakni ditemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara mekanisme *coping* dengan tingkat depresi ($p<0,05$), Mahasiswa tingkat akhir yang melakukan mekanisme *coping* maladaptif akan lebih berisiko mengalami depresi.[24]

Akan tetapi, terdapat beberapa penelitian yang membuahkan hasil yang berbeda dari penelitian-penelitian lainnya. Studi oleh Dianovinina pada tahun 2023 tidak menemukan korelasi antara *emotion-focused coping* dan gejala depresi. Kemungkinan penyebab dari hal ini adalah beberapa perilaku *emotion-focused coping* memiliki korelasi negatif dengan depresi (misalnya, dukungan emosional), tetapi lainnya memiliki korelasi positif (misalnya, penerimaan). Hasil tersebut cukup menarik karena meskipun remaja mungkin mencari ketenangan dengan berusaha menerima, mereka juga dapat merasa terbebani oleh tekanan yang menyertainya, yang bisa berkembang menjadi gejala depresi. Penerimaan tanpa strategi *active coping* dapat menimbulkan masalah yang tidak terselesaikan. Kemudian, humor pun tidak secara signifikan berkaitan dengan depresi karena mungkin subjek dari penelitian ini mengalami trauma akibat perceraian dari orang tua nya yang cukup parah sehingga humor bukan merupakan strategi *coping* yang efektif. Di samping itu, *positive reframing* juga tidak berkorelasi dengan depresi. Hal tersebut disebabkan oleh diperlukannya kemampuan kognitif yang kompleks yang mungkin belum berkembang secara maksimal pada remaja awal sehingga mereka kesulitan menemukan makna positif dalam pengalaman negatif, seperti perceraian orang tua.[28]

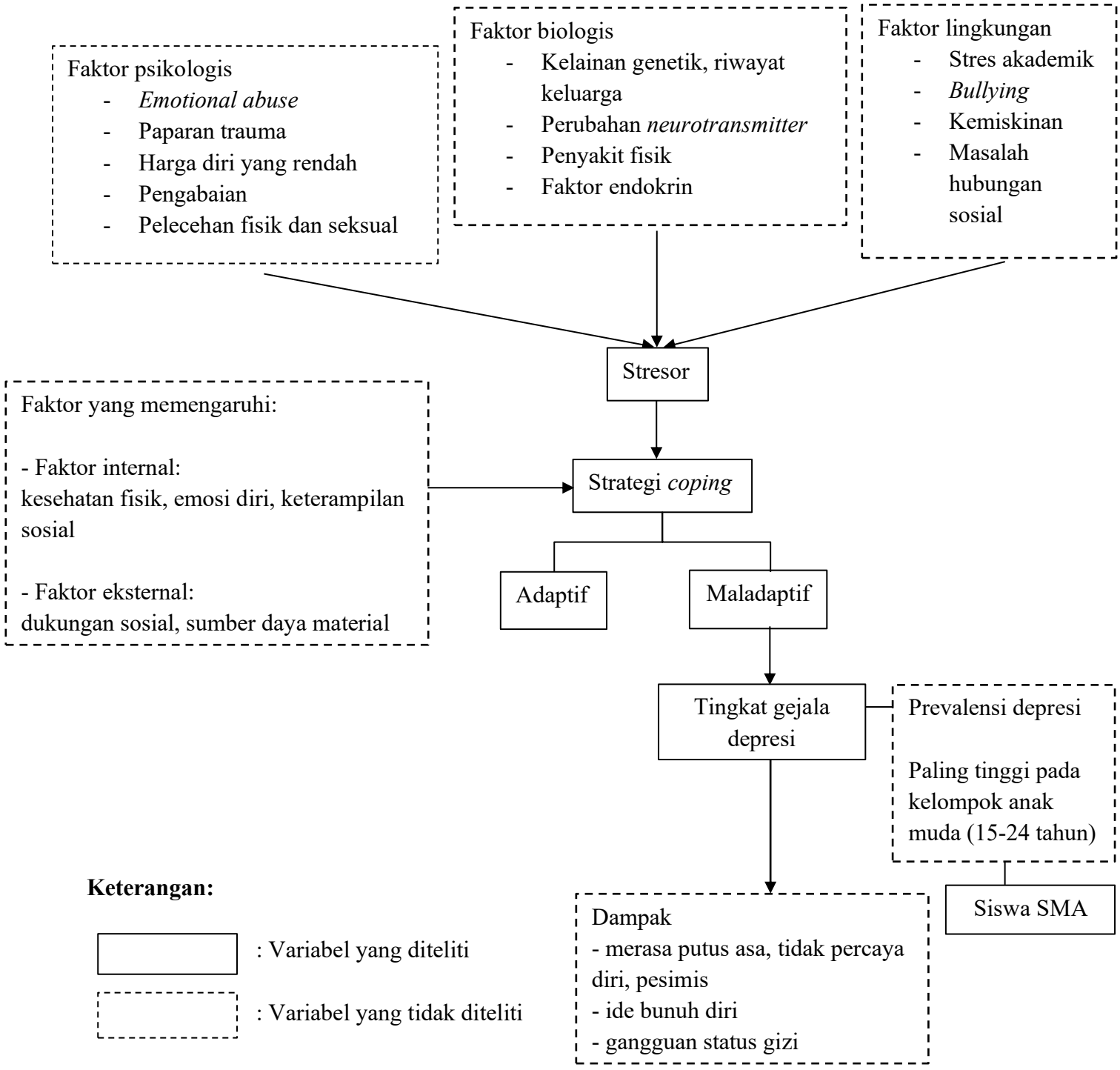
2.2 Ringkasan pustaka

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Krisdianto MA, *et al*.[24]	Perguruan Tinggi Alma Ata Yogyakarta, 2014-2015.	Potong lintang	47 Mahasiswa	Variabel bebas: mekanisme *coping* Variabel tergantung: tingkat depresi	1 bulan	Terdapat hubungan yang bermakna antara mekanisme *coping* dengan tingkat depresi *p-value* 0,000 ($p<0,05$)
Obembe OB, *et al.* [27]	Child and Adolescent Mental Health Services Centre (CAMHSC) of the Federal Neuropsychiatric Hospital Lagos, dan Lagos University Teaching Hospital (LUTH) Idi-Araba, 2017	Potong lintang	132 *Caregivers* (usia 26-68 tahun)	Variabel bebas: *coping styles* Variabel tergantung: depresi	5 bulan	*Emotion-focused coping* ($p \leq 0,001$), *problem-focused coping* ($p \leq 0,001$), dan disfungsional ($p \leq 0,001$) ditemukan memiliki hubungan signifikan secara statistik dengan depresi.

Dianovinina K, *et al*.[28]	Indonesia	Studi korelasi	80 remaja (usia 13-19 tahun)	Variabel bebas: strategi *coping* Variabel tergantung: gejala depresi	Tidak dicantumkan	Tidak ditemukan korelasi antara *emotion-focused coping* dan gejala depresi. (p=0,445)
Supiyarti R, *et al*.[29]	Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Amino Gondo Hutomo, 2018.	Potong lintang	58 *caregivers* pasien skizofrenia (usia >18 tahun)	Variabel bebas: mekanisme *coping* Variabel tergantung: derajat depresi	1 bulan	Tidak ada hubungan antara mekanisme *coping* dengan derajat depresi. (p=0,123)

2.3 Kerangka teori

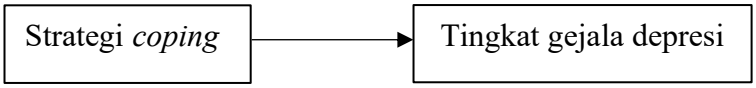


Gambar 1. Kerangka teori

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

Variabel bebas pada penelitian ini: strategi *coping*
Variabel tergantung pada penelitian ini: tingkat gejala depresi

3.2 Definisi operasional

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Strategi *coping*	Strategi *coping* adalah respons kognitif dan perilaku individu terhadap kejadian eksternal yang tidak menyenangkan.	Kuesioner the Brief Coping Orientation Experienced (Brief COPE) yang dikembangkan oleh Carver pada 1997. Kuesioner ini mencakup 28 item yang mengukur 14 reaksi *coping* yang berbeda. Skala Likert: 1 = Tidak pernah 2 = Kadang-kadang 3 = Sering 4 = Sangat sering/selalu	Wawancara	1. Strategi *coping* adaptif (8 skala, skor maksimal 64) 2. Strategi *coping* maladaptif (6 skala, skor maksimal 48)	Ordinal	Carver CS, *et al*.[30]

Tingkat Gejala Depresi	Derajat keparahan dari gangguan suasana hati yang bervariasi darI suasana hati rendah sementara yang normal dalam kehidupan sehari-hari hingga sindrom klinis dengan durasi yang parah dan signifikan, serta gejala yang terkait, yang sangat berbeda dari normal.	Kuesioner Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS 21) yang terdiri dari 21 pertanyaan yang dikembangkan oleh Lovibond dan Lovibond pada 1995. Skala Likert: 0 = Tidak sesuai dengan saya sama sekali, tidak pernah. 1 = Sesuai dengan saya sampai tingkat tertentu atau jarang. 2 = Sesuai dengan saya sampai batas yang dapat dipertimbangkan atau sering. 3 = Sangat sesuai dengan saya atau sangat sering.	Wawancara	1. Normal = 0-9 2. Ringan = 10-13 3. Sedang = 14-20 4. Berat = 21-27 5. Sangat berat ≥ 28	Ordinal	Bernard, *et al.*[4]

BAB IV
METODE

4.1 Desain

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan desain penelitian *cross-sectional*. Peneliti melakukan penelitian mengenai Hubungan Strategi *Coping* dengan Tingkat Gejala Depresi pada Remaja di SMA X di Jakarta Timur. Pengukuran pada variabel strategi *coping* dan tingkat depresi diukur dalam waktu bersamaan.

4.2 Lokasi dan Waktu

Lokasi penelitian ini dilakukan di SMA X di Jakarta Timur. Waktu penelitian pengambilan data dimulai bulan September 2025.

4.3 Populasi, Subjek, dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi

a. Populasi target

Populasi target dari penelitian ini adalah remaja, khususnya siswa SMA.

b. Populasi terjangkau

Seluruh siswa SMA kelas 11 dan 12 di SMA X di Jakarta Timur.

4.3.2 Subjek

Sampel pada penelitian ini adalah populasi yang memenuhi kriteria inklusi. Teknik pengambilan *sample* pada penelitian ini, yaitu *stratified random sampling*. *Stratified random sampling* merupakan metode pengambilan sampel yang mencakup pembagian populasi ke dalam kelompok-kelompok yang lebih kecil yang disebut strata. Strata ini dibentuk berdasarkan karakteristik yang dimiliki oleh anggota. Dalam metode ini, sampel acak diambil dari setiap strata tersebut.[31]

4.3.2.1 Kriteria pemilihan subjek

1. Kriteria inklusi

a. Siswa yang berusia 15-18 tahun,

b. Bersedia menjadi responden penelitian.

2. Kriteria eksklusi

a. Memiliki diagnosa riwayat depresi sebelumnya.

4.3.2.2 Perhitungan jumlah sampel

- **Rumus populasi infinit**

$$n0 = \frac{Z\alpha^2 x\ p\ x\ q}{d^2}$$

Keterangan :

n0 = besar sampel

Zα = tingkat kemaknaan sebesar 95%. Untuk nilai α sebesar 95%,

nilai Zα (derajat kesalahan) adalah 1,96

p = prevalensi depresi pada remaja sekolah 12,6% = 0,126[3]

q = 1 - p = 1− 0.126 = 0,874

d = tingkat ketepatan absolut yang dikehendaki, ditetapkan sebesar 5%

Berdasarkan data penelitian sebelumnya didapatkan p = 0,126, maka besar sampel yang dibutuhkan adalah:

$$\mathrm{n0} = \frac{(1{,}96)^2 \times 0{,}126 \times 0{,}874}{(0{,}05)^2}$$

$$\mathrm{n0} = 169{,}22 = 170$$

- **Rumus populasi finit**

$$\mathrm{n} = \frac{\mathrm{n0}}{(1 + \frac{\mathrm{n0}}{\mathrm{N}})}$$

N = jumlah populasi terjangkau

Jumlah siswa Kelas 11 dan 12 SMA X di Jakarta Timur = 307 orang.

$$n = \frac{170}{1 + \frac{170}{307}}$$

$$n = = 109$$

Perkiraan *drop out*:

$$n = 109 + \text{drop out } 15\% = 125{,}8\ (126) \text{ orang}$$

Jumlah sampel setelah antisipasi *drop out* adalah 126 orang.

Sampel akan dibagi sesuai dengan proporsi jumlah siswa berdasarkan angkatan.

4.4 Instrumen penelitian

Pada penelitian ini, alat ukur yang akan digunakan adalah kuesioner *The Brief Coping Orientation to Problem Experienced (Brief-COPE)* yang dikembangkan oleh Carver pada 1997 dan kuesioner *Depression, Anxiety, Stress Scales* (DASS 21) yang dikembangkan oleh Lovibond dan Lovibond pada 1995. Kedua alat ukur tersebut disatukan ke dalam satu rangkaian kuesioner ditambah dengan petunjuk pengisian.

4.4.1 Alat ukur strategi *coping*

Strategi *coping* diukur menggunakan alat ukur kuesioner *The Brief-COPE* yang dikembangkan oleh Carver pada 1997. Di dalam kuesioner ini, terdapat 14 dimensi yang mengukur strategi *coping* dan dapat dikategorikan menjadi *adaptive* dan *maladaptive coping* ataupun *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. Penelitian ini menggunakan kuesioner *The Brief-COPE* yang telah diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia oleh Ahmad Faisal pada 2019 dalam skripsinya.[32]Peneliti menggunakan kuesioner *The Brief-COPE* yang telah diuji reabilitas dan validitasnya. Teknik skoring dalam kuesioner ini akan menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban ‘belum pernah’ menunjukkan skor satu, ‘kadang-kadang’ menunjukkan skor dua, ‘sering’ menunjukkan skor tiga, dan

'sangat sering' menunjukkan skor empat.[33]Berikut merupakan *blueprint* dari alat ukur *The Brief-COPE*:

Tabel 3. *Blueprint* alat ukur strategi *coping*[33]

Dimensi	Nomor Item
Strategi *coping* adaptif	
Active coping	2 dan 7
Planning	14 dan 25
Positive reframing	12 dan 17
Acceptance	20 dan 24
Humor	18 dan 28
Religion	22 dan 27
Use of instrumental support	10 dan 23
Use of emotional support	5 dan 15
Strategi *coping* maladaptif	
Denial	3 dan 8
Venting	9 dan 21
Substance use	4 dan 11
Self-distraction	1 dan 19
Self-blame	13 dan 26
Behavioral disengagement	6 dan 16

Skor strategi *coping* adaptif dijumlahkan dari pertanyaan nomor 2, 5, 7, 10, 12, 14, 15, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 27, dan 28, sedangkan strategi *coping* maladaptif dijumlahkan dari pertanyaan nomor 1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 16, 19, 21, dan 26. Skor total tersebut akan dibagi ke dalam tiga kategori berdasarkan persentase dari skor maksimal, yaitu tinggi, sedang, dan rendah. Kategori penggunaan strategi *coping* adaptif yang tinggi mencakup individu yang memperoleh skor ≥ 75% dari skor maksimal (≥48), kategori sedang mencakup skor 50-74% (32-47), dan kategori rendah mencakup skor <50% (<32). Di sisi lain, untuk strategi *coping* maladaptif, individu yang mendapatkan total skor ≥75% dari skor maksimal (≥36) masuk dalam kategori tinggi, skor 50-74% (24-35) masuk

dalam kategori sedang, dan skor <50% (<24) masuk dalam kategori rendah. Strategi *coping* seseorang ditentukan berdasarkan skor total tertinggi antara adaptif atau maladaptif.

4.4.2 Alat ukur tingkat gejala depresi

Peneliti menggunakan alat ukur *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS 21) yang dikembangkan oleh Lovibond and Lovibond pada 1995 untuk menilai tingkat gejala depresi. Penelitian ini menggunakan kuesioner DASS 21 yang telah diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia, serta telah dilakukan uji realibiltas dan uji validitas oleh Paul Arjanto pada 2022.[34]Kuesioner ini meliputi 21 pernyataan yang berhubungan dengan stres, kecemasan, serta depresi seseorang dengan masing-masing variabel dinilai dengan 7 pernyataan.

Teknik *scoring* dalam pengisian kuesioner ini berupa pilihan jawaban 'tidak pernah' yang menghasilkan skor 0 (tidak sesuai dengan saya sama sekali, tidak pernah), skor 1 (sesuai dengan saya sampai tingkat tertentu atau jarang), skor 2 (sesuai dengan saya sampai batas yang dapat dipertimbangkan atau sering), dan skor 3 (sangat sesuai dengan saya atau sangat sering). Untuk menghitung skor masing-masing skala (D,A, dan S), nilai dari item-item yang sesuai dijumlahkan. Karena DASS 21 merupakan versi pendek dari DASS 42, maka total skor untuk masing-masing kelompok (Depresi, Kecemasan, dan Stres) harus dikalikan dua (x2) untuk menyesuaikan penilaian.[35]

Setelah didapatkan total skor pada pernyataan variabel depresi, variabel ini akan dikelompokkan ke dalam beberapa kategori, yaitu normal (skor 0-9), ringan (skor 10-13), sedang (skor 14-20), berat (skor 21-27) dan sangat berat (skor ≥ 28). [35] Berikut merupakan *blueprint* dari alat ukur DASS 21:

Tabel 4. *Blueprint* alat ukur depresi (subskala DASS 21)[36]

Dimensi	Nomor Item
Tidak ada perasaan positif	3
Tidak ada harapan	10
Orang yang tidak berharga	17
Sedih	13

Tidak tertarik	16
Hidup tak berarti	21
Malas berinisiatif	5

4.5 Analisis statistik

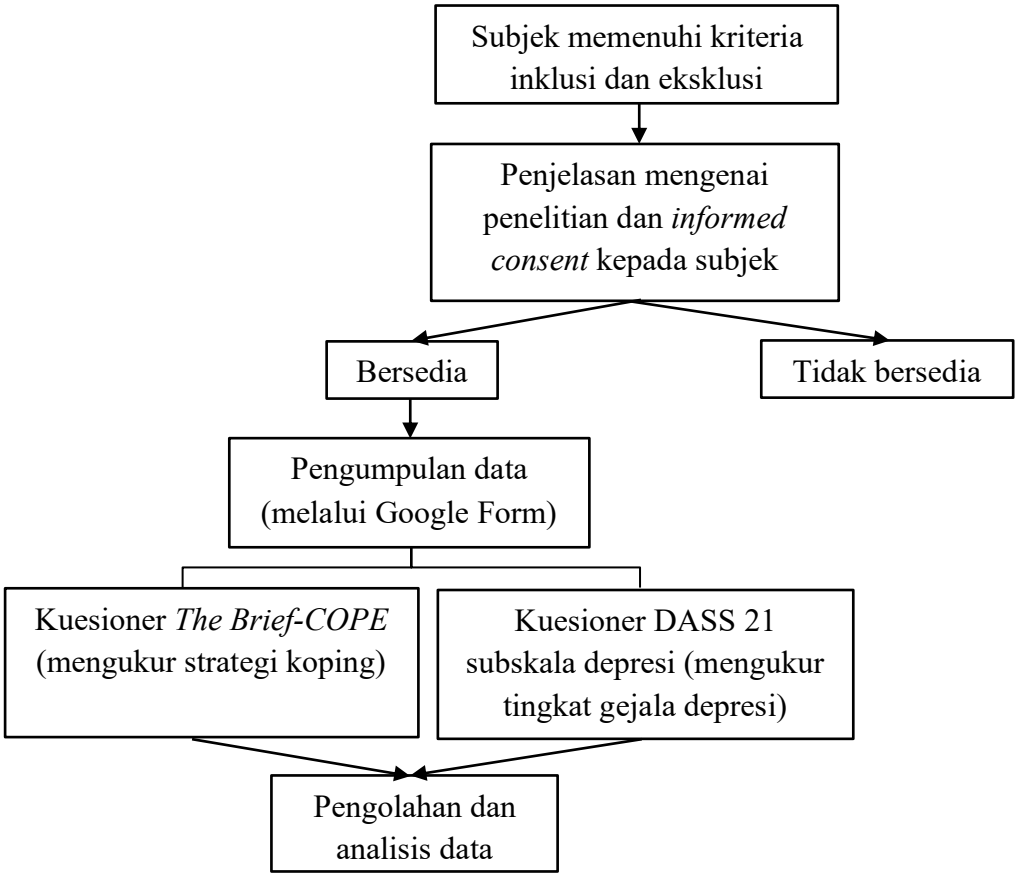
4.5.1 Analisis univariat

Usia, jenis kelamin, strategi *coping*, dan tingkat gejala depresi ditampilkan dalam jumlah subjek dalam persen data direpresentasikan dalam bentuk tabel.

4.5.2 Analisis bivariat

Untuk melihat hubungan antara strategi *coping* dan tingkat depresi, metode analisis yang digunakan adalah *Chi-Square*. Batas kemaknaan yang digunakan adalah nilai p <0.05. Pengolahan dan analisis data pada penelitian ini menggunakan Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

4.6 Alur kerja penelitian



Gambar 3. Alur kerja

4.7 Etika penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan atas dasar persetujuan Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Pelaksanaan di lapangan akan didahului dengan adanya *informed consent* mengenai kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden dan seluruh tindakan yang dilakukan dalam penelitian ini bersifat sukarela. Responden telah menandatangani persetujuan untuk menjadi responden dan dapat mengundurkan diri jika tidak bersedia menjadi responden.

4.8 Penjadwalan penelitian

Tabel 5. Penjadwalan pelaksanaan penelitian

Kegiatan	Tahun 2025											
	Februari		Maret		April		Mei		Juni		Juli	
	17	28	3	12	1	23	23	31	1	16	1	
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. Agustina S, Elsanti D. Stress, Anxiety, and Depression Among Junior High School Students in Purwokerto, Indonesia. Malahayati International Journal of Nursing and Health Science 2025;7(11):1415–9. https://doi.org/10.33024/minh.v7i11.599
2. Fatkhiyah N, Masturoh M, Atmoko D. Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja. Jurnal Abdimas Mahakam 2020;4(1):84–9. https://doi.org/10.24903/jam.v4i1.776
3. Pham MD, Wulan NR, Sawyer SM, et al. Mental Health Problems Among Indonesian Adolescents: Findings of a Cross-Sectional Study Utilising Validated Scales and Innovative Sampling Methods. Journal of Adolescent Health 2024;75:929-38. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.07.016
4. Rondón Bernard JE. Depression: A Review of its Definition. MOJ Addiction Medicine & Therapy. 2018;5(1):6-7. https://doi.org/10.15406/mojamt.2018.05.00082
5. Petito A, Pop TL, Namazova-Baranova L, et al. The Burden of Depression in Adolescents and the Importance of Early Recognition. Journal of Pediatrics. Mosby Inc. 2020;218:265-6. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.12.003
6. Hu Y, Yiu V, Clark R, et al. Etiology of Depression: Biological and Environmental Factors in the Development of Depression. Journal of Student Research 2021;10(4):1-6. https://doi.org/10.47611/jsrhs.v10i4.2017
7. Doherty A, Prihodova L, Walsh G, et al. How Do They Cope? A National Cross-Sectional Study of Coping in Hospital Doctors in Ireland. BMJ Open 2024;14(1):e076218. http://dx.doi.org/10.1136//bmjopen-2023-076218
8. Rodrigues F, Morouço P, Santos T. Testing the Associations between Coping, Mental Health, and Satisfaction with Life in Portuguese Workers. Eur J Investig Health Psychol Educ 2023;13(7):1245–56. https://doi.org/10.3390/ejihpe13070092
9. Adriani Y, Ramadhanti AA, Tungjitcharoen W. The Influence of Coping Strategy, Loneliness, and Sleep Quality on Student's Depression During Covid-19 Pandemic. TAZKIYA Journal of Psychology 2023;11(1):23–32. http://dx.doi.org/10.15408/tazkiya.v11i1.31305
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2019. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia;2020.
11. World Health Organization. Orientation Programme on Adolescent Health for Health-care Providers Handout New Modules. Geneva, Switzerland : World Health Organization;2018.
12. Boland RJ, Verduin M, editors. Kaplan & Saddock's Synopsis of Psychiatry. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer;2022.
13. Putri FS, Nazihah Z, Ariningrum DP, et al. Depresi Remaja di Indonesia: Penyebab dan Dampaknya. 2022;10(2): 100-7. https://doi.org/10.32922/jkp.v10i2.502

14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Depresi pada Anak Muda di Indonesia. Available at: https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/fact-sheet-survei-kesehatan-indonesia-ski-2023
15. Wahid SS, Ottman K, Hudhud R, et al. Identifying Risk Factors and Detection Strategies for Adolescent Depression in Diverse Global Settings: a Delphi Consensus Study. J Affect Disord 2021;279:66–74. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.098
16. Siaputra IB, Rasyida A, Ramadhanty AM, et al. Exploring The Usefulness Of The Brief COPE In Clinical And Positive Psychology: A Discriminant Content Validity Study. Psikohumaniora 2023;8(1):163–80. https://doi.org/10.21580/pjpp.v8i1.15063
17. Musgrove MMC, Cooley A, Feiten O, et al. To Cope or Not to Cope? Characterizing Biology Graduate Teaching Assistant (GTA) Coping with Teaching and Research Anxieties. CBE Life Sci Educ 202;20(4):ar56. doi: 10.1187/cbe.20-08-0175.
18. Indri C, Sekolah K, Ilmu T, et al. Factors Affecting Adolescent Coping With Narcissistic Personality: Literature Review. 2023. https://doi.org/10.37287/ijghr.v5i2.1662.
19. Almeida D, Monteiro D, Rodrigues F. Satisfaction with Life: Mediating Role In The Relationship Between Depressive Symptoms and Coping Mechanisms. Healthcare 2021;9(7):1-14. https://doi.org/10.3390/healthcare9070787
20. García FE, Barraza-Peña CG, Wlodarczyk A, et al. Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies in the Chilean population. Psicologia: Reflexao e Critica 2018;31(1):1-11. https://doi.org/10.1186/s41155-018-0102-3
21. Stephenson E, DeLongis A. Coping Strategies. The Wiley Encyclopedia of Health Psychology. 2021;2:55–60.
22. Santi A, Asrina A, Nurlinda A, Pemasyarakatan L, Makassar KI, Masyarakat PK. Problem Focus Coping Pada Narapidana Seumur Hidup Di Lembaga Pemasyarakatan Kelas I Makassar. Journal of Aafiyah Health Research. 2020;1(1).
23. Ohrnberger J, Fichera E, Sutton M. The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. Soc Sci Med 2017;195:42–9. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.008
24. Krisdianto MA, Mulyanti. Mekanisme Koping dengan Tingkat Depresi pada Mahasiswa Tingkat Akhir. JNKI 2015;3(2):71-6. http://dx.doi.org/10.21927/jnki.2015.3(2).71-76
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition Text Revision (DSM-5-TR). Washington DC: American Psychiatric Association;2022.
26. Maharani K, Haryani A, Rahmawati D, et al. The Relationship of Coping Mechanisms and Mental Health After Breakup. Health and Technology Journal (HTechJ) 2024;2(1):95–102. https://doi.org/10.53713/htechj.v2i1.154
27. Obembe OB, Adeyemo S, Ogun OC, et al. The Relationship Between Coping Styles And Depression Among Caregivers Of Children With Cerebral Palsy In

Nigeria, West Africa. Rev Psiquiatr Clín 2019;46(6):145–50. doi: 10.1590/0101-60830000000215
28. Dianovinina K, Surjaningrum ER, Wulandari PY. Specific Coping Behaviours Related To Depression In Adolescents With A Divorced Parent. Int J Publ Health Sci 2023;12(3):1337–45. http://doi.org/10.11591/ijphs.v12i3.23272
29. Supiyarti R, Noerhidajati E, Julianti HP. Hubungan antara Mekanisme Koping dengan Derajat Depresi pada Caregiver Pasien Skizofrenia. Medica Hospitalia Journal of Clinical Medicine 2020;7:456–62. https://doi.org/10.36408/mhjcm.v7i2.520
30. Carver CS. You Want to Measure Coping but Your Protocol's Too Long: Consider The Brief COPE. Int J Behav Med 1997;4(1):92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6.
31. Firmansyah D, Dede D. Teknik Pengambilan Sampel Umum dalam Metodologi Penelitian: Literature Review. JIPH 2022;1:96–103. https://doi.org/10.55927/jiph.v1i2.937
32. Faisal A. Pengaruh Strategi Coping, Social Support dan Faktor Demografis terhadap Psychological Well-Being Mahasiswa Perantau Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta [skripsi]. Jakarta: Fakultas Psikologi, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah;2019.
33. Utami ELT. Strategi Koping dan Distres Psikologis pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia [skripsi]. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia;2018.
34. Arjanto P. Uji Reliabilitas dan Validitas Depression Anxiety Stress Scales 21 (DASS-21) pada Mahasiswa. Jurnal Psikologi Perseptual. 2022 Jul 1;7(1):60-83. https://doi.org/10.24176/perseptual.v7i1.6196
35. Gomez F. A Guide to the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21). Central and Eastern Sydney Primary Health Networks. Available at: https://www.academia.edu/25177167/A_Guide_to_the_Depression_Anxiety_and_Stress_Scale_DASS_21, 2016.
36. Ersanti NA. Hubungan Tingkat Stres dengan Tekanan Darah pada Lansia di Posyandu Lansia Wilayah Kerja Puskesmas Jenangan Kabupaten Ponorogo [skripsi]. Ponorogo: Universitas Muhammadiyah Ponorogo;2022.

LAMPIRAN 1. ***Informed Consent***

INFORMED CONSENT

Perkenalkan saya Ayu Fatimah Sulenra, mahasiswi Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti semester 7. Saat ini, saya sedang melakukan penelitian mengenai Hubungan Strategi *Coping* dengan Tingkat Gejala Depresi pada Remaja. Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengetahui hubungan antara strategi *coping* dengan tingkat gejala depresi sehingga diharapkan kedepannya ini dapat menurunkan kejadian depresi pada remaja.

Oleh karena itu, kami mengharapkan saudara/i untuk ikut serta dalam penelitian ini. Jika saudara/i bersedia, maka peneliti akan meminta saudara/i untuk mengisi kuesioner biodata dan riwayat depresi, strategi *coping*, serta tingkat gejala depresi. Hasil dari kuesioner ini akan dirahasiakan dan hanya akan dipergunakan untuk keperluan ilmiah.

Apabila ada pertanyaan, saudara/i dapat menghubungi peneliti di nomor telepon 082258991026 melalui telepon atau WhatsApp. Saudara/i bebas untuk menolak ikut dalam penelitian ini dan berhak setiap saat untuk tidak melanjutkan keikutsertaan pada penelitian tanpa memberikan alasan dan tidak akan dikenakan sanksi apapun. Jika saudara/i bersedia ikut dalam penelitian ini, mohon mencantumkan tanda tangan pada formulir di bawah ini.

Jakarta,…….2025

(……)

LAMPIRAN 2. Kuesioner karakteristik responden

IDENTITAS RESPONDEN

Nama :
Usia :_____tahun
Jenis kelamin : a. Perempuan b. Laki-laki
Kelas : a. XI b. XII

Apakah anda pernah didiagnosa dengan riwayat depresi sebelumnya?
a. Ya b. Tidak

LAMPIRAN 3. Kuesioner *The Brief-COPE*

The Brief Coping Orientation to Problem Experienced (The Brief-COPE)

Petunjuk pengisian:

Pada skala di bawah ini terdapat empat pilihan jawaban, yaitu:
TP: Tidak pernah
KK: Kadang-kadang
S: Sering
SS: Sangat sering

Anda diminta untuk memberi tanda ceklis (√) pada salah satu pilihan yang tersedia. Pastikan seluruh pertanyaan dijawab tanpa ada yang yang terlewat. **Tidak ada jawaban benar atau salah** sehingga isilah sesuai dengan kondisi diri anda yang sebenarnya.

No.	Pertanyaan	TP	KK	S	SS
1.	Saya melakukan aktivitas lain untuk mengalihkan pikiran saya dari masalah yang saya hadapi.				
2.	Saya berupaya tetap fokus untuk menyelesaikan masalah yang tengah saya hadapi.				
3.	Saat sedang mendapatkan masalah, saya mangatakan pada diri saya bahwa “Ini tidak nyata”.				
4.	Ketika sedang memiliki masalah, saya meminum alcohol atau menggunakan obat-obatan untuk membuat diri saya merasa lebih baik.				
5.	Saya mendapat dukungan emosional dari orang lain, saat sedang memiliki masalah.				
6.	Saya sudah menyerah untuk menyelesaikan masalah yang Tengah saya hadapi.				
7.	Ketika saya memiliki masalah, saya mengambil tindakan untuk membuat situasi menjadi lebih baik.				

8.	Saya menolak untuk percaya bahwa saya sedang menghadapi masalah.				
9.	Ketika saya memiliki masalah, saya menceritakannya agar perasaan tidak menyenangkan tersebut hilang.				
10.	Saat sedang memiliki masalah, saya mendapakan bantuan dan nasihat dari orang lain.				
11.	Saya menggunakan obat-obatan atau meminum alcohol untuk membantu saya melalui masalah yang tengah saya hadapi.				
12.	Ketika memiliki masalah, saya mencoba untuk melihat masalah tersebut dari sudut padang yang berbeda untuk membuatnya tampak lebih positif.				
13.	Saya mengecam diri saya, atas masalah yang tengah saya hadapi.				
14.	Saya mencoba membuat strategi untuk meyelesaikan masalah yang tengah saya hadapi.				
15.	Ketika memiliki masalah, saya mendapatkan kenyamanan dan pengertian dari seseorang.				
16.	Saya sudah menyerah untuk menyelesaikan masalah yang saya miliki.				
17.	Saya mencari hal bai katas permasalahan yang tengah saya hadapi.				
18.	Saya menjadikan masalah saya sebagai bahan tertawaan.				
19.	Saya melakukan sesuatu agar tidak terlalu memikirkan masalah yang sedang saya hadapi, seperti dengan nonton				

	film, membaca, tidur ataupun berbelanja.				
20.	Saya telah menerima kenyataan bahwa saya sedang memiliki masalah.				
21.	Saat memiliki masalah, saya mengekspresikan perasaan negatif saya.				
22.	Ketika memiliki masalah, saya berusaha untuk menemukan kenyamanan dalam agama atau keyakinan spiritual.				
23.	Saat menghadapi masalah, saya berusaha mendapatkan saran atau bantuan dari orang lain untuk mengatasinya.				
24.	Saya belajar untuk menerima masalah yang saya miliki.				
25.	Saya telah berpikir keras terkait langkah apa yang harus diambil untuk mengatasi masalah yang tengah saya hadapi.				
26.	Saya menyalahkan diri saya atas masalah yang tengah saya hadapi.				
27.	Saat memiliki masalah, saya berdoa dan beribadah.				
28.	Saya membuat lelucon tentang masalah yang saya hadapi.				

Interpretasi hasil

Kelompok Strategi *Coping*	**Skala Terkait (masing-masing 2 item)**	**Skor Total Maksimum**
Adaptive coping	*Active coping, Planning, Positive reframing, Acceptance, Use of emotional support, Use of instrumental support, Religion, Humor (kadang dimasukkan)*	8 skala × 8 = 64
Maladaptive coping	*Self-distraction, Denial, Substance use, Behavioral disengagement, Venting, Self-blame*	6 skala × 8 = 48

Klasifikasi kategori

Kategori	Skor Total (Adaptif)	Skor Total (Maladaptif)
Tinggi	≥ 75% dari maksimum (≥48)	≥ 75% dari maksimum (≥36)
Sedang	50–74% (32–47)	50–74% (24–35)
Rendah	< 50% (<32)	< 50% (<24)

Strategi *coping* yang digunakan seseorang ditentukan berdasarkan skor total tertinggi antara strategi *coping* adaptif dan maladaptif. Jenis strategi dengan **skor yang lebih tinggi** menunjukkan kecenderungan strategi *coping* yang digunakan.

LAMPIRAN 4. Kuesioner DASS 21

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

Petunjuk pengisian:

Pada skala di bawah ini terdapat empat pilihan jawaban, yaitu:
0 = Tidak sesuai dengan saya sama sekali, **tidak pernah.**
1 = Sesuai dengan saya sampai tingkat tertentu atau **jarang.**
2 = Sesuai dengan saya sampai batas yang dapat dipertimbangkan atau **sering**.
3 = Sangat sesuai dengan saya atau **sangat sering.**

Anda diminta untuk **melingkari angka 0,1,2, atau 3** yang menunjukkan seberapa besar pernyataan tersebut berlaku untuk anda **selama seminggu terakhir.** Pastikan seluruh pernyataan dijawab tanpa ada yang yang terlewat dan jangan terlalu lama memikirkan setiap pernyataan. **Tidak ada jawaban benar atau salah** sehingga jawablah sesuai dengan kondisi diri anda yang sebenarnya.

No.	Pertanyaan	TP	J	S	SS
1.	Saya sulit untuk ditenangkan.	0	1	2	3
2.	Saya merasa mulut saya kering.	0	1	2	3
3.	Saya tidak dapat merasakan perasaan yang positif.	0	1	2	3
4.	Saya mengalami kesulitan bernafas.	0	1	2	3
5.	Saya sulit mendapatkan semangat untuk melakukan sesuatu.	0	1	2	3
6.	Saya cenderung bertindak berlebihan.	0	1	2	3
7.	Saya mengalami gemetaran pada tangan.	0	1	2	3
8.	Saya merasakan menggunakan banyak energi untuk cemas.	0	1	2	3
9.	Saya merasa khawatir terhadap situasi yang	0	1	2	3

	membuat saya panik dan melakukan hal yang bodoh.				
10.	Saya merasa tidak memiliki masa depan.	0	1	2	3
11.	Saya merasa semakin gelisah.	0	1	2	3
12.	Saya sulit untuk rileksasi.	0	1	2	3
13.	Saya merasa sedih dan murung.	0	1	2	3
14.	Saya merasa tidak sabar terhadap sesuatu yang membuat saya bertahan dengan apa yang telah saya lakukan.	0	1	2	3
15.	Saya mudah menjadi panik.	0	1	2	3
16.	Saya tidak antusias terhadap sesuatu.	0	1	2	3
17.	Saya merasa tidak berharga.	0	1	2	3
18.	Saya mudah tersentuh.	0	1	2	3
19.	Saya merasakan kerja jantung saya.	0	1	2	3
20.	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas.	0	1	2	3
21.	Saya merasa hidup ini tidak berarti.	0	1	2	3

Interpretasi hasil
Setiap pertanyaan termasuk ke dalam skor *depression*, *anxiety* atau *stres*s. Skor total pada setiap kategori harus dikali 2 dan dibandingkan dengan tabel di bawah ini.

Pertanyaan	Gangguan	Pertanyaan	Gangguan	Pertanyaan	Gangguan
1	*Stress*	8	*Stress*	15	*Anxiety*
2	*Anxiety*	9	*Anxiety*	16	*Depression*
3	*Depression*	10	*Depression*	17	*Depression*
4	*Anxiety*	11	*Stress*	18	*Stress*
5	*Depression*	12	*Stress*	19	*Anxiety*
6	*Stress*	13	*Depression*	20	*Anxiety*
7	*Anxiety*	14	*Stress*	21	*Depression*

	Depression	***Anxiety***	***Stress***
Normal	0-9	0-7	0-14
Ringan	10-13	8-9	15-18
Sedang	14-20	10-14	19-25
Berat	21-27	15-19	26-33
Sangat berat	28+	20+	34+

LAMPIRAN 5. *Dummy table*

Dummy table

Tabel 1. Distribusi karakteristik subjek studi (n=126)

Variabel	Rerata ± SD/ median (min-mak)	Frekuensi (n=126)	Persentase (%)
Umur (tahun)			
15-18			
Jenis kelamin			
Laki-laki			
Perempuan			
Strategi *coping*			
Adaptif			
Active coping			
Planning			
Positive reframing			
Acceptance			
Humor			
Religion			
Use of instrumental support			
Use of emotional support			
Active coping			
Planning			
Maladaptif			
Denial			
Venting			
Substance use			
Self-distraction			
Self-blame			
Behavioral disengagement			
Tingkat depresi			
Normal			
Ringan			
Sedang			
Berat			
Sangat berat			

Keterangan: Strategi *coping* diukur menggunakan kuesioner *The Brief-COPE* dikategorikan: adaptif dan maladaptif. Tingkat depresi diukur menggunakan kuesioner DASS 21, dikategorikan : normal (0-9), ringan (skor 10-13), sedang (skor 14-20), berat (21-27), dan sangat berat ≥ 28).

Tabel 2. Tabel hubungan strategi *coping* dengan tingkat gejala depresi pada remaja (n=126)

	Tingkat depresi					Nilai p
	Normal	**Ringan**	**Sedang**	**Berat**	**Sangat berat**	
Strategi *coping*						
Adaptif						
Maladaptif						

Analisis data menggunakan uji *Chi-Square*. Batas kemaknaan statistik yang digunakan $p<0,05$