

Kesehatan mental mahasiswa ditinjau dari *two continua model*: Pengujian *multiple analysis of variance*

Deasyanti

Fakultas Pendidikan Psikologi, Universitas Negeri Jakarta

Fellianti Muzdalifah

Fakultas Pendidikan Psikologi, Universitas Negeri Jakarta

E-Mail: deasyanti@unj.ac.id

Abstract

University student's mental health has to get more attention because they are more vulnerable in suffering psychological problems compared to general population. The aim of this study is to figure out the prevalence of mental health status of students using the two continua model. Mental health symptoms were measured by the MHC-LF that comprised emotional well-being ($\alpha = 0,843$), psychological well-being ($\alpha = 0,807$), and social well-being ($\alpha = 0,831$); whereas psychological distress was identified using the HSCL-25 that measured anxiety ($\alpha = 0,910$) and depression ($\alpha = 0,890$). A total of 514 undergraduate students was involved using convenience sampling. The descriptive statistics showed that students are categorised as flourishing 32,10%, moderate mentally healthy 65,95%, and languishing 1,95%. Moreover, the MANOVA test statistics found that there is a significant difference in levels of depression and anxiety between flourishing, moderate mentally healthy and languishing. This study implies that the university should provide the mental health intervention to help students in dealing with psychological distress, and to increase their mental health into flourishing.

Keywords: Mental health; Psychological distress; Two continua model; University student.

Abstrak

Isu kesehatan mental di kalangan mahasiswa perlu mendapat perhatian karena mahasiswa merupakan kelompok populasi yang rentan mengalami masalah psikologis. Dengan menggunakan pendekatan *two continua model*, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi tipe kesehatan mental mahasiswa. Indikator sehat mental diukur melalui kuesioner *Mental Health Continuum-Long Form* yang terdiri dari 3 skala: *emotional well-being* ($\alpha = 0,843$), *psychological well-being* ($\alpha = 0,807$), dan *social well-being* ($\alpha = 0,831$). Indikator psikopatologis diukur menggunakan skala *Hopkins Symptom Check List-25* yang terdiri dari skala kecemasan ($\alpha = 0,910$) dan skala depresi ($\alpha = 0,890$). Sebanyak 514 mahasiswa menjadi responden dalam penelitian ini menggunakan teknik *convenience sampling*. Dengan analisis statistik deskriptif diketahui 32,10% mahasiswa termasuk dalam kategori sehat mental *flourishing*, 66,95% *moderate mentally healthy* dan 1,95% *languishing*. Uji statistik MANOVA menemukan perbedaan tingkat kecemasan dan depresi antara kelompok sehat mental yang berbeda. Implikasi hasil penelitian ini terkait dengan program intervensi kesehatan mental mahasiswa yang bersifat kuratif, protektif, maupun promotif untuk meningkatkan keberfungsian psikologis secara lebih optimal.

Kata kunci: Distres psikologis; Mahasiswa; Sehat mental; Two Continua Model

Pendahuluan

Isu kesehatan mental mahasiswa mengalami perubahan dan peningkatan. Permasalahan mahasiswa yang datang ke pusat konseling mahasiswa mengalami pergeseran, dari semula terkait dengan masalah tahap perkembangan atau kebutuhan informasi, menjadi terkait dengan masalah psikologis yang semakin berat (Eklund, Dowdy, Jones, & Furlong, 2011). Meskipun masih banyak mahasiswa yang enggan mencari bantuan psikologis pada layanan psikologis formal (Rasyida, 2019), jumlah mahasiswa yang mendaftarkan diri untuk mengkonsultasikan masalah psikologisnya ke unit layanan konseling Universitas mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Unit layanan bimbingan konseling pada salah satu universitas di Jakarta mencatat jumlah konseli pada tahun 2016 hanya 37 mahasiswa meningkat menjadi 105 mahasiswa pada tahun 2017 dan 340 mahasiswa pada tahun 2019. Dengan kata lain mengalami peningkatan rata-rata 200% per tahun (UPT LBK, 2019). Data ini dapat mengindikasikan meningkatnya prevalensi masalah mental mahasiswa atau meningkatnya kesadaran mahasiswa untuk mencari bantuan profesional terkait dengan isu kesehatan mentalnya.

Mahasiswa memang merupakan kelompok populasi yang lebih rentan mengalami masalah psikologis dibandingkan populasi umum (Browning dkk., 2021). Terjadinya pandemi COVID-19 yang mengubah secara drastis berbagai segi kehidupan termasuk pengalaman pembelajaran dapat melipatgandakan berbagai masalah psikologis yang sudah dimiliki sebelumnya. Peningkatan prevalensi masalah psikologis pada mahasiswa sejalan dengan data dari riset kesehatan dasar (Kementerian Kesehatan Indonesia, 2018) bahwa pada penduduk usia 15 tahun ke atas prevalensi gangguan mental emosional yang ditandai dengan gejala depresi dan kecemasan meningkat dari 6,1% pada tahun 2013 menjadi 9,8% pada 2018, sementara prevalensi orang gangguan jiwa berat (skizofrenia/psikosis) meningkat dari 0,15% menjadi 0,18%. Saat pandemi COVID-19, survei yang dilakukan oleh Perhimpunan Dokter Spesial Kesehatan Jiwa Indonesia mengidentifikasi empat masalah yang banyak dialami masyarakat yaitu masalah kecemasan, depresi, trauma psikologis, dan masalah psikologis lainnya masing-masing sebanyak 69 %, 68 %, 77 % dan 69 % (Kaligis, Indraswari, & Ismail, 2020).

Dalam mengkaji tentang kesehatan mental, secara historis ilmu psikologi memang lebih memfokuskan pada disfungsi psikologis (Lyons, Huebner, Hills, & Shinkareva, 2012). Berbagai studi tentang disfungsi psikologis (misalnya depresi, kecemasan, stress) merujuk pada konsep sehat mental sebagai ketiadaan simtom psikopatologis (Mitchell, 2016). Artinya, individu yang tergolong sehat mental adalah individu yang tidak memiliki simtom psikopatologis. Sebaliknya, individu dengan banyak simtom psikopatologis berarti tergolong sakit mental (Keyes, 2005). Dalam perspektif ini konsep sehat mental dan sakit mental berada pada satu kontinum yang sama. Padahal menurut Jahoda (dalam Wang, Zhang, & Wang, 2011) kriteria ketiadaan simtom psikopatologis saja belum cukup untuk memenuhi kriteria sebagai sehat mental.

Sejalan dengan berkembangnya psikologi positif, isu kesehatan mental lebih mengarah pada keberfungsian yang optimal (Keyes & Annas, 2009). Hal ini sesuai dengan



definisi *World Health Organization* (WHO, 2004) bahwa sehat mental lebih dari sekedar ketiadaan gangguan mental, yaitu sebagai kondisi sejahtera yang dirasakan oleh individu yang menyadari kemampuannya, dapat mengatasi tekanan normal dalam kehidupannya, dapat bekerja secara baik dan produktif, serta mampu memberi kontribusi kepada masyarakat. Definisi WHO ini merupakan perspektif yang positif tentang sehat mental yang mencakup tiga konsep utama tentang kesejahteraan (*well-being*), yaitu kesejahteraan emosional, kesejahteraan psikologis, dan kesejahteraan sosial.

Berbeda dengan konsep kesehatan mental yang hanya memfokuskan pada salah satu pendekatan, yaitu ketiadaan simtom psikopatologis atau keberfungsian psikologis saja, sejumlah akademisi mengembangkan konsep sehat mental yang mengintegrasikan kedua pendekatan yaitu pendekatan psikopatologis dan keberfungsian psikologis. Pendekatan ini memperluas pendekatan indikator psikopatologis yang membatasi fokusnya pada penurunan simtom psikopatologis saja. Dengan menambahkan kriteria sehat mental yang positif, maka pendekatan psikologi positif juga berupaya mempromosikan kekuatan dan keberfungsian yang efektif (Kellermann-Gummersbach, 2016).

Model kesehatan mental yang mengintegrasikan kedua pendekatan tersebut disebut *the Dual-Factor System (DFS) of Mental Health* (Greenspoon & Saklofske, 2001) atau *Two Continua Model of Mental Health and Illness* (Keyes, 2005), atau *Dual Factor Model of Mental Health* (Suldo, Thalji-Raitano, Kiefer, & Ferron, 2016), atau *Complete State Model* (Keyes, 2014). Model ini berpendapat bahwa kesehatan mental memiliki dua dimensi yang berbeda yaitu kontinum sehat mental dan kontinum sakit mental. Setiap dimensi berada dalam rentang rendah sampai tinggi. Model kesehatan mental *dual factor* ini pertama kali dikemukakan oleh Greenspoon and Sasklofske (2001) pada sampel siswa sekolah dasar. Selanjutnya penelitian kesehatan mental model ini lebih banyak dilakukan pada sampel remaja atau siswa sekolah menengah, dan sampel mahasiswa (misalnya; Antaramian, 2015; Eklund dkk., 2011; Renshaw & Cohen, 2014).

Model *dual factor* atau *two continua* ini berpendapat bahwa ketiadaan indikator sakit mental belum tentu berarti individu tersebut sehat mental, demikian pula keberadaan indikator sakit mental bukan berarti individu tidak memiliki tingkat sehat mental yang tinggi (Keyes, 2014). Jadi kedua indikator sehat mental dan sakit mental diperlukan dalam mengidentifikasi status kesehatan mental individu. Penelitian dengan pendekatan yang komprehensif dengan menggunakan dua kontinum sakit mental dan sehat mental tampaknya tergolong masih jarang. Keyes (2014) menamakan pendekatan ini sebagai pendekatan yang lengkap (*complete state*) karena menggabungkan pendekatan salutogenik (berdasarkan keberfungsian positif) dan pendekatan patogenik (psikopatologis). Menurut Keyes (2005) kesehatan mental yang lengkap mencakup kondisi *flourishing* yang ditandai dengan tingkat kesejahteraan emosi, psikologis, dan sosial yang tinggi, serta terbebas dari psikopatologis.

Indikator sehat mental dari perspektif psikologi positif pada berbagai studi menggunakan konstruk yang berbeda-beda, namun konstruk yang dapat diterima secara

umum dalam psikologi positif sebagai indikator sehat mental adalah kesejahteraan subyektif (*subjective well-being*/SWB; Lyons dkk., 2012). SWB merupakan kombinasi dari kepuasan hidup serta afek positif dan afek negatif (Diener, 2000). Berbagai studi dengan kerangka teoretis *dual factor model* menggunakan SWB sebagai indikator kontinum sehat mental, namun menggunakan indikator kontinum psikopatologis yang beragam (Smith, 2018). Selain SWB, Keyes, Shmotkin, dan Ryff (2002) menambahkan indikator kontinum sehat mental dengan keberfungsian positif dalam kehidupan, yang mencakup kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*) dan kesejahteraan sosial (*social well-being*). Individu dengan karakteristik keberfungsian psikologis yang positif adalah individu yang menyukai sebagian besar karakteristik dirinya, memiliki hubungan yang hangat dan percaya terhadap orang lain, mengembangkan diri menjadi orang yang lebih baik, memiliki tujuan hidup, mampu mengubah lingkungan untuk memuaskan kebutuhan, dan memiliki kemampuan menentukan diri sendiri. Sedangkan keberfungsian positif secara sosial adalah individu yang memandang kehidupan bermasyarakat sebagai sesuatu yang bermakna, memiliki potensi untuk berkembang, merasa menjadi bagian dari masyarakat dan diterima oleh masyarakat, menerima sebagian besar kondisi masyarakat, serta mampu berkontribusi bagi masyarakat. Dengan demikian, indikator kontinum sehat mental tidak hanya terukur dari perasaan positif, namun juga keberfungsian psikososial yang positif sehingga pendekatan ini mencakup pandangan *hedonic well-being* dan *eudaimonic well-being*.

Berbagai studi juga menggunakan konstruk dan instrumen yang berbeda-beda dalam menggunakan indikator kontinum sakit mental (Smith, 2018). Penelitian ini menggunakan distres psikologis sebagai indikator psikopatologis. Distres psikologis merupakan respon individu ketika mengalami peristiwa atau kejadian di lingkungan yang dirasakan mengancam kesehatan fisik dan mental, namun individu tidak mampu mengatasi *stressor* tersebut secara efektif (Derogatis & Coons, 1993; Ridner, 2004). Sedangkan definisi lain adalah suatu kondisi penderitaan emosional yang ditandai dengan simtom depresi (misalnya, kesedihan, putus asa), kecemasan (misalnya, gelisah, tegang) dan simtom somatis (misalnya, sulit tidur, sakit kepala, tidak berenergi) (Drapeau, Marchand, & Beaulieu-Prevost, 2012)

Dalam mengategorikan jenis kesehatan mental, berbagai studi menggunakan tingkatan pada masing-masing kontinum sehat mental dan sakit mental (psikopatologis), dan kemudian diintegrasikan, sehingga akan diperoleh beberapa kelompok status kesehatan mental. Istilah yang digunakan berbeda-beda antar studi, misalnya Suldo, Thalji-Raitano, Kiefer, & Ferron (2016) menggunakan nama *Complete Mental Health* (SWB tinggi, psikopatologi rendah), *Symptomatic but Content* (SWB tinggi, psikopatologi tinggi), *Vulnerable* (SWB rendah, psikopatologi rendah), and *Troubled* (SWB rendah, psikopatologi tinggi). Sementara itu, Eklund dkk. (2011) menggunakan istilah *well-adjusted*, *ambivalent*, *at risk* dan *distress*. Berbeda dengan peneliti lain, Keyes (2002, 2005) melakukan kategorisasi berdasarkan pendekatan salutogenik (kontinum sehat mental) lebih dulu sehingga diperoleh tiga kelompok yaitu *flourishing*, *moderate mentally*



healthy dan *languishing*. *Flourishing* adalah kondisi paling optimal dari kesejahteraan subyektif dan keberfungsian psikologis dan sosial. Sedangkan *languishing* adalah kondisi paling rendah dari kesejahteraan subyektif, kesejahteraan psikologis dan juga kesejahteraan sosial. Sedangkan *moderate mentally healthy* adalah kondisi individu yang tidak termasuk dalam kategori *flourishing* atau *languishing* dalam indikator sehat mentalnya (Keyes, 2002, 2005). Selanjutnya, berdasarkan kategori tersebut dilakukan analisis terhadap variabel psikopatologi lainnya. Jika dilakukan integrasi dengan dua kategorisasi psikopatologi, maka akan diperoleh enam kelompok tipe, yaitu ketiga kelompok dengan tingkatan sehat mental di atas, namun masing-masing tipe disertai dengan ketiadaan atau keberadaan simtom psikopatologis.

Penelitian ini diharapkan dapat menambah kajian literatur studi kesehatan mental dengan pendekatan *two continua*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi mahasiswa berdasarkan tipe kesehatan mental ditinjau dari kontinum sehat mental. Selanjutnya, ingin diketahui perbedaan tingkat distres psikologis (kecemasan dan depresi) pada kelompok tipe sehat mental yang berbeda. Dengan diperolehnya gambaran ini, dapat menjadi rujukan bagi pengembangan program intervensi yang bersifat kuratif bagi mahasiswa yang memiliki masalah mental berat. Sedangkan bagi kelompok mahasiswa yang tergolong sehat mental *moderate* dan *languishing*, rancangan program intervensi yang bersifat protektif dan promotif juga diperlukan agar mahasiswa mencapai keberfungsian psikososial yang lebih optimal.

Berdasarkan uraian di atas, rumusan masalah dari penelitian ini adalah: (1) Bagaimanakah prevalensi kesehatan mental mahasiswa ditinjau dari indikator sehat mental (*flourishing*, *moderately mentally healthy*, dan *languishing*) dan indikator distres psikologis (kecemasan dan depresi)? (2) Apakah ada perbedaan tingkat kecemasan dan depresi mahasiswa pada kelompok sehat mental yang berbeda (*flourishing*, *moderately mentally healthy*, dan *languishing*)?

Metode

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain *cross-sectional* (Cresswell, 2014). Metode survei dengan menggunakan kuesioner digunakan untuk pengambilan data. Kuesioner dirancang dalam bentuk *google form* dan dikirimkan ke mahasiswa sebagai target subyek penelitian melalui media sosial.

Partisipan

Subyek penelitian ini berjumlah 514 orang yang berasal dari seluruh fakultas pada salah satu Universitas di Jakarta. Karakteristik sampel terdiri dari mahasiswa laki-laki dan perempuan, dan dibatasi pada jenjang pendidikan diploma 3 dan strata 1 agar berada dalam rentang usia dewasa muda yang sama. Rentang usia subyek antara 17 – 25 tahun (*Mean* =20,30 dan *SD*= 1,29). Subyek dipilih dengan teknik *non-probability sampling*,

menggunakan *convenience sampling*, yaitu penentuan subyek berdasarkan kriteria kepraktisan tertentu, seperti kemudahan mengakses, ketersediaan, dan kebersediaan (Etikan, Musa, & Alkassim, 2016). Sebaran jumlah subyek berdasarkan demografi sebagai berikut (Table 1):

Tabel 1
Distribusi partisipan

Demografi	Jumlah	Persentase
Gender		
Laki-laki	110	21,40
Perempuan	404	78,60
Jenjang Pendidikan		
D3	19	3,70
S1	495	96,30
Fakultas		
F. Ilmu Pendidikan	104	20,23
F. Ekonomi	70	13,62
F. Bahasa & Seni	64	12,45
F. MIPA	64	12,45
F. Pendidikan Psikologi	62	12,06
F. Ilmu Olahraga	59	11,48
F. Teknik	51	9,92
F. Ilmu Sosial	40	7,78

Instrumen

Dalam penelitian ini, indikator kontinum sehat mental diukur dengan *Mental Health Continuum Long Form (MHC-LF)* yang dikembangkan oleh Keyes (2002), sedangkan indikator psikopatologis diukur dengan *Hopkins Symptom Check List (HSCL-25; Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974)*. HSCL-25 merupakan versi singkat dari HSCL-58.

MHC-LF merupakan instrumen lapor diri berisi 43 pernyataan, yang terdiri dari 7 butir pernyataan yang mengukur kesejahteraan emosional, 18 butir pernyataan mengukur kesejahteraan psikologis, dan 15 butir pernyataan tentang kesejahteraan sosial. Untuk skala kesejahteraan emosional, terdapat satu butir pernyataan tentang kepuasan hidup dengan rentang pilihan angka 1 (kondisi terburuk) hingga angka 10 (kondisi terbaik), sedangkan enam butir pernyataan lainnya mengukur kondisi emosi dengan pilihan jawaban berkisar angka 1 (tidak sama sekali) hingga angka 5 (seluruh waktu). Pilihan jawaban dari skala kesejahteraan psikologis dan kesejahteraan sosial adalah rentang angka 1 hingga 7, dari sangat tidak setuju (angka 1) hingga sangat setuju (angka 7). Saat instrumen ini dikembangkan pertama kali oleh pembuatnya, skala kesejahteraan emosional, kesejahteraan psikologis dan kesejahteraan sosial masing-masing memiliki internal konsistensi *Alpha Cronbach* sebesar 0,91; 0,81, dan 0,91 (Keyes, 2002). Instrumen MHC-LF merupakan instrumen berbahasa Inggris, kemudian dialihbahasakan ke bahasa Indonesia melalui penerjemah resmi. Hasil penerjemahan



ditelaah kembali oleh dua orang peneliti dan kemudian berdasarkan hasil diskusi ditetapkan pernyataan yang akan digunakan dalam instrumen. Selanjutnya pernyataan tersebut diterjemahkan kembali ke bahasa aslinya untuk melihat kesesuaian hasil terjemahan dengan instrumen aslinya. Selanjutnya dilakukan uji coba instrumen terhadap 64 orang mahasiswa, dan menghasilkan pengukuran konsistensi internal pada ketiga skala tersebut berkisar 0,81-0,83. Data final dengan menggunakan sampel penelitian ini menunjukkan nilai internal konsistensi pada skala kesejahteraan emosional sebesar 0,843, skala kesejahteraan psikologis sebesar 0,807 dan skala kesejahteraan sosial. 0,831. Adapun indeks diskriminasi item skala kesejahteraan emosional berkisar dari 0,653-0,672. Pada skala kesejahteraan psikologis terdapat satu butir pernyataan yang memiliki indeks diskriminasi yang buruk ($r=0,036$) sedangkan butir pernyataan lain memiliki nilai r berkisar dari 0,227-0,553, dan skala kesejahteraan sosial dengan nilai r dalam rentang 0,226-0,570. Contoh butir pernyataan skala kesejahteraan emosional: “Selama 30 hari terakhir, seberapa banyak waktu kamu merasa riang/gembira?” Contoh butir pernyataan skala kesejahteraan psikologis: “Saya menyukai sebagian besar aspek kepribadian saya.” Contoh butir pernyataan skala kesejahteraan sosial: “Saya merasa tidak menjadi bagian dari suatu komunitas”.

HSCL-25 merupakan instrumen lapor diri yang mengukur simtom distress yang dirasakan dalam satu minggu terakhir. Instrumen ini dikembangkan oleh (Derogatis dkk., 1974), terdiri dari 10 butir pernyataan yang mengukur kecemasan, 13 butir pernyataan mengukur depresi serta dua butir pernyataan yang mengukur gejala somatisasi. Pilihan jawaban dari instrumen ini dalam rentang angka 1 hingga 4, skala 1 berarti gejala sama sekali tidak mengganggu dan skala 4 menyatakan bahwa gejala tersebut sangat mengganggu. Instrumen ini telah banyak digunakan pada berbagai budaya. Versi bahasa Indonesia dari HSCL-25 telah diadaptasi bahasa dan budaya oleh Turnip & Hauff (2007). Skala ini telah banyak digunakan pada sampel mahasiswa dan menunjukkan internal konsistensi yang baik untuk skala depresi dan kecemasan (Kusumadewi & Musabiq, 2018). Pada penelitian ini, instrumen ini menghasilkan internal konsistensi *Alpha Cronbach* sebesar 0,890 untuk skala depresi, dan untuk skala kecemasan sebesar 0,910. Rentang nilai indeks diskriminasi item skala kecemasan berkisar 0,575–0,760 dan skala depresi berkisar 0,321-0,697. Skor rerata 1,75 digunakan untuk menentukan subyek yang memiliki gejala distress psikologis (di atas skor 1,75) dan yang tidak memiliki gejala distress psikologis (dibawah skor 1,75). Angka ini telah digunakan pada instrumen HSCL versi pertama dan telah digunakan sebagai skor acuan pada berbagai studi (misalnya, Fares, Dirani, & Darwish, 2019; Tirta & Turnip, 2019), meskipun ada penelitian lain yang menggunakan acuan yang berbeda. Contoh *item* skala kecemasan: “merasa takut tiba-tiba tanpa alasan”; “kekhawatiran berlebihan pada berbagai hal” dan contoh *item* skala depresi: “merasa kesepian”; “merasa tidak memiliki harapan akan masa depan”.

Analisis Data

Data dianalisis dengan menggunakan statistik deskriptif untuk menggambarkan persentase jumlah mahasiswa yang berada pada kategori tipe sehat mental *Flourishing*, *Moderate Mentally Healthy*, dan *Languishing*, serta persentase jumlah mahasiswa yang mengalami simtom kecemasan dan depresi. Data juga dianalisis berdasarkan perbedaan gender laki-laki dan perempuan. Selanjutnya, untuk mengetahui ada atau tidak ada perbedaan tingkat distres psikologis yang terdiri dari gejala depresi dan gejala kecemasan pada ketiga kelompok tipe sehat mental yang berbeda, data dianalisis menggunakan *Multivariate Analysis of Variance (MANOVA)* dengan bantuan SPSS (*Statistical Product and Service Solution*) versi 24.

Hasil

Kategorisasi subyek ke dalam kontinum sehat mental mengikuti pedoman kriteria dari Keyes (2002), yaitu setiap aspek pada skala kesejahteraan emosi, kesejahteraan psikologis, dan kesejahteraan sosial dihitung rata-ratanya. Kemudian, distandardisir, dan ditetapkan nilai batas dengan menggunakan nilai hipotetik untuk membagi ke dalam tiga tingkatan: skor atas, skor tengah dan skor bawah. Kategorisasi tipe sehat mental dibuat berdasarkan kriteria. Kategori *flourishing* jika individu memiliki satu dari dua aspek kesejahteraan emosi dan enam dari 11 aspek skala kesejahteraan psikologis dan sosial di atas skor batas atas. Dengan kata lain, individu harus menunjukkan tujuh dari 13 simtom sehat mental atau lebih dari 53,8 % di atas skor batas atas. Kategori *languishing* jika individu memiliki satu dari dua aspek kesejahteraan emosi dan enam dari 11 aspek skala kesejahteraan psikologis dan sosial di bawah skor batas bawah. Sedangkan individu yang tidak termasuk kedua kriteria tersebut dikategorikan sebagai *moderate mentally healthy*. Berdasarkan kriteria di atas, diperoleh jumlah subyek dengan acuan kategori sehat mental sebagai berikut pada tabel 2.

Table 2
Frekuensi kategori sehat mental

	Total		<i>Flourishing</i>		<i>Moderate Mentally Healthy</i>		<i>Languishing</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Gender								
Laki-laki	110	21,40	33	30,00	76	69,09	1	0,01
Perempuan	404	78,60	132	32,67	263	65,10	9	2,23
Total	514	100,00	165	32,10	339	65,95	10	1,95

Dari tabel 1 di atas diketahui bahwa subyek mahasiswa dalam penelitian ini paling banyak berada pada kelompok *moderate mentally healthy* sebanyak 66,95%, selanjutnya jumlah subyek yang berada kelompok *flourishing* sebanyak 32,10%, dan *languishing*



sebanyak 1,95%. Jika dilihat dari persentase laki-laki dan perempuan pada ketiga kelompok sehat mental, tampak tidak berbeda jauh.

Untuk mengetahui sejauh mana simtom distress psikologis dianggap mengganggu atau tidak, batasan skor untuk mengkategorikan ialah rerata di atas 1,75. Dalam penelitian ini, untuk mengetahui frekuensi subyek dengan gejala distress psikologis dapat dikelompokkan berdasarkan skor rata-rata HSCL-25 > 1,75, maupun berdasarkan masing-masing skala kecemasan dan skala depresi di atas skor 1,75. Berdasarkan kriteria tersebut, diperoleh frekuensi dan persentase subyek sebagai berikut:

Table 3
Frekuensi distress psikologis

	Total		Mean HSCL-25 >1,75		Mean Kecemasan >1,75		Mean Depresi >1,75	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Gender								
Laki-laki	110	21,40	96	87,27	93	84,55	92	83,64
Perempuan	404	78,60	357	88,37	350	86,63	348	86,14
Total	514	100,00	453	88,13	443	86,19	440	85,60

Tabel 3 di atas menunjukkan bahwa subyek yang memiliki distress psikologis berdasarkan skor rerata HSCL total maupun skor rerata skala kecemasan dan skala depresi berjumlah lebih dari 85%, dan tidak terlihat perbedaan persentase yang mencolok antara subyek laki-laki dan perempuan. Sedangkan, berdasarkan tingkat distress psikologis dengan skor rerata total HSCL-25, perhitungan t-test juga menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan (*Mean laki-laki*= 2,51, *SD*= 0,68, dan *Mean perempuan*= 2,62, *SD*= 0,67, *t*= -1,51, *p*> 0,05).

Selanjutnya, subyek dengan kriteria distress psikologis baik dengan rerata skor total maupun skor kecemasan dan depresi, dikelompokkan berdasarkan kategori sehat mentalnya. Tabel 4 menggambarkan bahwa pada setiap kelompok sehat mental, lebih dari 80% subyek memiliki gejala distress psikologis, baik berdasarkan rerata skor total HSCL-25, maupun pada salah satu gejala kecemasan atau depresi. Dengan kata lain, hanya kurang dari 20% dari subyek yang tidak memiliki gejala salah satu distress psikologis.

Tabel 4
Frekuensi distress psikologis berdasarkan kelompok sehat mental

Kategori sehat mental		Mean HSCL-25 >1,75		Mean Kecemasan >1,75		Mean Depresi >1,75		
		N total	N	%	N	%	N	%
		<i>Flourishing</i>	165	138	83,63	139	84,24	132
<i>Moderate Mentally Healthy</i>	339	305	89,97	294	86,72	298	87,90	
<i>Languishing</i>	10	10	100,00	10	100,00	10	100,00	

Untuk mengetahui subyek yang hanya memiliki salah satu gejala kecemasan atau gejala depresi, maupun subyek dengan kedua gejala tersebut secara bersamaan, maka, subyek dikelompokkan ke dalam empat kategori: kecemasan > 1,75 dan depresi < 1,75, kecemasan < 1,75 dan depresi > 1,75, kecemasan > 1,75 dan depresi > 1,75, dan kecemasan < 1,75 dan depresi < 1,75. Pada tabel 5 terlihat bahwa pada kelompok sehat mental yang berbeda, jumlah subyek yang mengalami kedua gejala distress psikologis yaitu kecemasan dan depresi secara bersamaan adalah kelompok yang paling besar yaitu berjumlah lebih dari 75%, sedangkan subyek yang tidak memiliki kedua gejala distress psikologis hanya kurang dari 15%, sedangkan subyek yang hanya memiliki salah satu gejala kecemasan atau gejala depresi kurang dari 7% (Lihat tabel 5).

Tabel 5
Persentase kombinasi skala kecemasan dan depresi pada kelompok sehat mental

	N total	Kecemasan >1,75 & Depresi <1,75		Kecemasan <1,75 & Depresi >1,75		Kecemasan >1,75 & Depresi >1,75		Kecemasan <1,75 & Depresi <1,75	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Flourishing</i>	165	9	5,45	2	1,21	130	78,78	24	14,54
Kategori sehat mental <i>Moderate Mentally Healthy</i>	339	18	5,31	22	6,49	276	81,42	23	6,78
<i>Languishing</i>	10	0	0,00	0	0,00	10	100,00	0	0,00

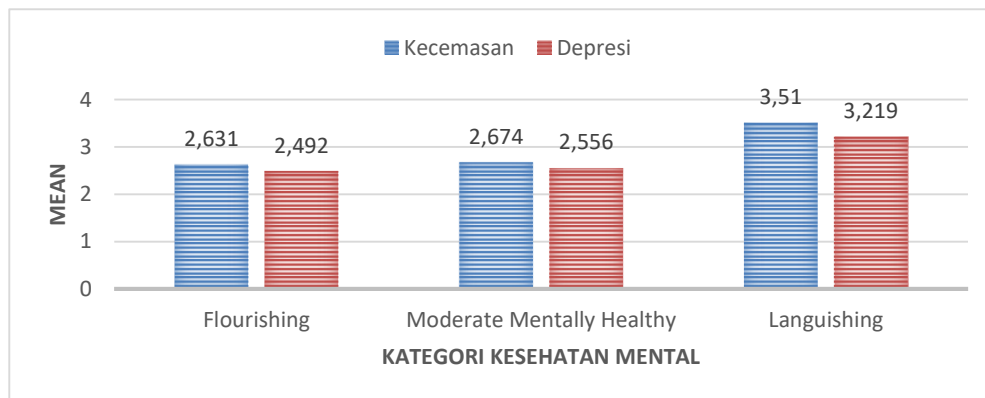
Namun dapat dilihat pada tabel 5 yaitu pada kelompok *flourishing* persentase individu yang tidak memiliki gejala distress psikologis (14,54%) lebih banyak daripada kelompok *moderate mentally healthy* (6,78%), dan *languishing* (0,00%). Sebaliknya, persentase individu dengan gejala distress psikologis (kecemasan dan depresi) lebih banyak pada tipe *languishing*, dan *moderate mentally healthy* daripada *flourishing*. Hasil ini sejalan dengan teori *dual factor model* atau *two continua model* bahwa gejala sehat mental dan gejala sakit mental merupakan dua kontinum yang berbeda. Pada setiap kelompok sehat mental, terdapat sebagian individu yang memiliki gejala distress psikologis dan sebagian individu yang tidak memiliki gejala distress psikologis.

Untuk mengetahui apakah ada perbedaan tingkat kecemasan dan tingkat depresi pada masing-masing kelompok sehat mental, dilakukan perhitungan *multiple analysis of variance (MANOVA)*, dengan SPSS versi 24. Perhitungan didasarkan pada skor rerata kecemasan dan skor rerata depresi pada masing-masing kelompok sehat mental. Data nilai rerata dan deviasi standar dapat dilihat pada tabel 6 atau gambar 1.



Tabel 6
Mean tingkat kecemasan dan tingkat depresi berdasarkan kategori sehat mental

Kategori sehat mental		Kecemasan			Depresi	
		N	Mean	SD	Mean	SD
Kategori sehat mental	<i>Flourishing</i>	165	2,631	0,804	2,492	0,785
	<i>Moderate Mentally Healthy</i>	339	2,674	0,731	2,556	0,645
	<i>Languishing</i>	10	3,510	0,351	3,219	0,468



Gambar 1. Mean kecemasan dan depresi berdasarkan kategori sehat mental

Sebelum dilakukan perhitungan uji MANOVA, dilakukan perhitungan uji asumsi yaitu uji normalitas multivariat dan uji homogenitas matriks kovariansi. Namun dalam penelitian ini tidak dilakukan uji normalitas multivariat melainkan menggunakan uji normalitas univariat variabel bebas pada setiap kelompok. Hal ini merujuk pada asumsi bahwa uji normalitas multivariat merupakan generalisasi uji normalitas univariat (Sutrisno & Wulandari, 2018). Hasil perhitungan uji normalitas Kolmogorov Smirnov menunjukkan data berdistribusi normal pada kelompok *flourishing* variabel kecemasan [$D(165) = 0,062$, $p = 0,200$] dan depresi [$D(165) = 0,057$, $p = 0,200$] dan pada kelompok *languishing* variabel kecemasan [$D(10) = 0,201$, $p = 0,200$] dan depresi [$D(10) = 0,150$, $p = 0,200$]. Sedangkan, ada kelompok *moderate mentally healthy* data tidak berdistribusi normal pada variabel kecemasan [$D(339) = 0,062$, $p = 0,003$] dan variabel depresi [$D(339) = 0,055$, $p = 0,014$]. Terjadinya distribusi yang tidak normal mungkin dipengaruhi oleh pengambilan sampel yang menggunakan *non-probability*, sedangkan MANOVA mensyaratkan pengambilan sampel dengan cara *probability* (Sutrisno & Wulandari, 2018).

Uji *Box's test* digunakan untuk menguji asumsi Manova yang mensyaratkan bahwa matriks varian/covarian dari variabel dependen adalah sama. Hasil perhitungan diperoleh nilai *Box's M test* 22.764 dengan $p = 0,001$ sehingga hipotesa nol ditolak atau matriks varian/covarian variabel bebas tidak sama. Hasil uji ini tidak memenuhi asumsi MANOVA.

Namun demikian, peneliti memilih untuk mengabaikan tidak terpenuhinya uji asumsi tersebut dan melanjutkan perhitungan MANOVA. Pertimbangan ini dipilih mengingat uji parametrik dan parametrik memiliki konsekuensi yang berbeda tergantung pada banyak hal, misalnya jenis asumsi yang tidak terpenuhi, jumlah kelompok (Finch & French, 2013), serta masih adanya kontroversi tentang syarat uji asumsi parametrik (Alsa, 2001). Peneliti bahkan boleh melakukan analisis tanpa melakukan uji asumsi terlebih dulu (Azwar, 2001). Selain itu, dengan jumlah sampel yang besar maka dapat diasumsikan distribusi sampel mean mendekati normal sekalipun diambil dari populasi yang tidak normal (Minium & Clarke, 1982 dalam Alsa, 2001). Hasil perhitungan MANOVA dengan menggunakan keempat metode menunjukkan nilai $p < 0,05$. Adapun nilai F pada *Wilks' Lambda* sebesar 0,516, $p = 0,007$, yang berarti hipotesis nol ditolak. Dengan demikian, ada perbedaan tingkat kecemasan dan tingkat depresi pada tiga kelompok sehat mental yang berbeda (*flourishing*, *moderate mentally healthy* dan *languishing*).

Untuk mengetahui lebih lanjut perbedaan skor masing-masing variabel pada kelompok sehat mental yang berbeda, dilakukan perhitungan ANOVA satu jalur. Hasil perhitungan menunjukkan ada perbedaan skor kecemasan pada kelompok sehat mental yang berbeda [$F(2,511) = 6,472$, $p = 0,002$, $\eta^2 = 0,25$]. Demikian pula pada variabel depresi, ada perbedaan skor kecemasan pada kelompok sehat mental yang berbeda [$F(2,511) = 5,305$, $p = 0,005$, $\eta^2 = 0,20$].

Dengan merujuk pada skor rerata kecemasan dan depresi pada ketiga kelompok, dapat dilihat pada tabel 6 atau figure 1 bahwa semakin banyak indikator sehat mental yang dimiliki (*flourishing*) maka semakin rendah skor kecemasan dan depresinya. Demikian pula sebaliknya, semakin sedikit indikator sehat mental yang dimiliki (*languishing*), semakin tinggi skor kecemasan dan depresinya. Meskipun indikator sehat mental yang paling optimal sekalipun (*flourishing*) tidak menjamin terbebas dari simtom distres psikologis, namun simtom yang dimiliki semakin rendah. Namun demikian, untuk mengetahui perbedaan skor kecemasan dan depresi antar kelompok secara berpasangan, dilakukan perhitungan *pairwise comparisons*, yang menunjukkan hasil bahwa perbedaan skor kecemasan hanya terjadi secara signifikan antara kelompok *flourishing* ($M = 2,631$, $SD = 0,804$) – *languishing* ($M = 3,51$, $SD = 0,351$), $p < 0,001$, serta antar kelompok *moderate mentally healthy* ($M = 2,674$, $SD = 0,731$) – *languishing* ($M = 3,51$, $SD = 0,351$), $p = 0,001$, sedangkan antar kelompok *flourishing* ($M = 2,631$, $SD = 0,804$) – *moderately mentally healthy* ($M = 2,674$, $SD = 0,731$), $p = 0,551$, yang berarti tidak ada perbedaan yang signifikan. Demikian pula pada skor depresi, perbedaan skor hanya terjadi antara kelompok *flourishing* ($M = 2,631$, $SD = 0,804$) – *languishing* ($M = 3,51$, $SD = 0,351$), $p = 0,001$, serta antar kelompok *moderate mentally healthy* ($M = 2,674$, $SD = 0,731$) – *languishing* ($M = 3,51$, $SD = 0,351$), $p = 0,003$; sedangkan antar kelompok *flourishing* ($M = 2,631$, $SD = 0,804$) – *moderately mentally healthy* ($M = 2,674$, $SD = 0,731$), $p = 0,319$, yang berarti tidak ada perbedaan yang signifikan.



Pembahasan

Ditinjau dari indikator sehat mental, prevalensi subyek pada kelompok *moderate mentally healthy* sebanyak hampir dua pertiga dari sampel penelitian dan hampir sepertiganya berada pada kelompok *flourishing*. Dengan mengacu pada penelitian yang juga menggunakan konsep *dual factor/two continua* dan mengidentifikasi tentang prevalensi kelompok sehat mental, maka subyek kelompok *flourishing* pada penelitian ini memiliki prevalensi yang lebih rendah daripada kelompok *moderate mentally healthy*. Prevalensi kelompok *moderate mentally healthy* yang lebih besar dibandingkan kelompok *flourishing* ditemukan pada penelitian pada sampel remaja di Korea Selatan (Lim, 2014). Juga serupa dengan penelitian Peter, Roberts, & Dengate (2011) pada kelompok mahasiswa dengan persentase 24,2% *flourishing*; 67,2 % *moderate mentally healthy*, dan 8,6 % *languishing*. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian lain yang menemukan lebih banyak persentase pada kelompok *flourishing*, misalnya di Canada, penduduk usia 15 tahun ke atas yang tergolong *flourishing* dan tidak memiliki gangguan mental berada pada prosentase paling banyak yaitu 72,9% (Gilmour, 2014). Penelitian serupa dengan sampel mahasiswa menemukan jumlah subyek lebih banyak berada pada kelompok sehat mental optimal yaitu dengan indikator sehat mental yang tinggi dan psikopatologis yang rendah (Antaramian, 2015; Eklund dkk., 2011). Hasil serupa juga diperoleh pada studi Renshaw & Cohen (2014) pada subyek mahasiswa dengan persentase paling besar 60,7% mahasiswa yang tergolong sehat mental (kombinasi kepuasan hidup yang tinggi dan distres psikologis yang rendah).

Terkait dengan gender, pada penelitian ini jumlah persentase perempuan dan laki-laki pada setiap kelompok sehat mental tampak berimbang. Sementara itu, Peter dkk (2011) menemukan bahwa perempuan memiliki indikator sehat mental yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Perbedaan prevalensi yang ditemukan pada berbagai studi dipengaruhi oleh karakteristik demografi yang bervariasi, seperti gender, usia, sosial ekonomi, atau budaya (Gilmour, 2014).

Penelitian ini menemukan bahwa prevalensi subyek yang memiliki simtom distres psikologis lebih dari 80%. Angka ini tergolong jauh lebih tinggi dibandingkan dengan penelitian serupa dengan subyek mahasiswa juga (Auerbach dkk., 2018). Hal ini mungkin dipengaruhi oleh periode waktu dilaksanakan penelitian yaitu saat terjadinya pandemi COVID-19 sehingga melipatgandakan *stressor* yang dialami oleh mahasiswa. Namun, penelitian ini sejalan dengan penelitian pada mahasiswa di Italia yang mengalami distres psikologis sebanyak 78,2 % dengan level distress yang bervariasi (Porru dkk., 2021), atau pada mahasiswa di China yang juga menunjukkan prevalensi distres psikologi sebanyak 90,86% (Zhang, Zhang, Zhang, Zhang, & Feng, 2018). Penelitian ini juga menunjukkan skor rerata distres psikologis subyek perempuan sedikit lebih tinggi dari skor rerata subyek laki-laki, namun perbedaan tersebut tidak signifikan. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan beberapa hasil penelitian lain yang menemukan bahwa wanita memiliki tingkat distres psikologis yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki (Knapstad dkk., 2019; Porru dkk., 2021).

Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa kelompok sehat mental *flourishing* pun tidak luput dari kemungkinan memiliki distres psikologis, padahal kelompok ini memiliki indikator sehat mental yang tinggi. Hal ini dapat dilihat dari tingkat kecemasan dan depresi yang dimiliki kelompok *flourishing* berbeda dengan kelompok *moderate mentally healthy* dan *languishing*. Dengan kata lain, tingkat kecemasan dan depresi pada kategori *flourishing* lebih rendah daripada *moderate mentally healthy* meskipun secara statistik perbedaannya tidak signifikan, dan kelompok *moderately mentally healthy* lebih rendah daripada kelompok *languishing*. Pada kelompok *languishing* yang memiliki indikator sehat mental paling rendah, menunjukkan tingkat depresi dan kecemasan yang lebih tinggi. Hasil ini didukung oleh Iasiello, van Agteren, & Cochrane (2020) yang mengutip dari berbagai studi menemukan bahwa individu dengan tingkatan yang rendah dalam indikator sehat mental memiliki resiko yang lebih tinggi untuk mengalami simtom depresi dalam waktu satu tahun ke depan.

Penggunaan kerangka teoretis model *dual-factor* (Greenspoon & Saklofske, 2001; Suldo dkk., 2016) ataupun *two continua model* (Keyes, 2014) yang menyatakan bahwa sehat mental dan sakit mental merupakan dua kontinum yang terpisah didukung oleh data yang diperoleh dalam penelitian ini. Untuk menentukan kesehatan mental individu secara komprehensif maka indikator sehat mental saja tidak cukup, karena individu mungkin juga memiliki simtom distres psikologis. Penelitian Venning, Wilson, Kettler, & Elliott (2013) menemukan bahwa subyek dengan tingkat kesehatan mental yang optimal pun sebanyak 36% masih menunjukkan indikator distres psikologis. Demikian pula sebaliknya, dengan dimilikinya gejala distres psikologis bukan berarti individu tidak memiliki indikator sehat mental (Keyes, 2014) atau ketiadaan simtom psikopatologi saja tidak cukup memadai untuk menyatakan individu telah sehat mental (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster, & Keyes, 2011). Data penelitian ini sejalan dengan konsep teori dari Keyes (2014), bahwa kontinum sehat mental dan kontinum sakit mental akan mengelompok ke dalam enam kategori: *flourishing* tanpa sakit mental; *flourishing* dan sakit mental; *moderate mentally healthy* tanpa sakit mental; *moderate mentally healthy* dan sakit mental; *languishing* tanpa sakit mental; serta *languishing* dan sakit mental. Hanya saja pada penelitian ini tidak diperoleh kelompok *languishing* yang terbebas dari distres psikologis. Oleh karena itu, mengacu pada konsep *dual factor* atau *two continua model*, gabungan indikator sehat mental dan psikopatologis merupakan pendekatan yang lebih akurat dan lengkap dalam menilai keberfungsian individu (Eklund dkk., 2011; Keyes, 2014).

Penelitian ini masih terbatas pada mengidentifikasi prevalensi indikator sehat mental dan indikator distress psikologis dan belum mengkaitkan dengan variabel lain yang bersifat protektif maupun resiko, misalnya pengalaman masa kecil yang sulit dan resiliensi sebagai faktor yang berperan terhadap depresi (Kaloeti dkk., 2019) atau religiusitas (Kusumadewi & Musabiq, 2018). Berbagai studi lain juga menemukan hubungan yang erat antara status kesehatan mental dengan berbagai variabel, misalnya *psychological capital* (Selvaraj & Bhat, 2018), *engagement* dan prestasi akademik



(Antaramian, 2015), kesehatan fisik (Renshaw & Cohen, 2014), atau perilaku beresiko (Venning dkk., 2013). Penelitian selanjutnya disarankan memasukkan faktor protektif dan resiko tersebut untuk lebih memahami dinamika variabel prediktor terhadap kesehatan mental.

Implikasi dari penelitian ini adalah penggunaan asesmen dengan pendekatan model ini dapat digunakan sebagai instrumen skrining bagi mahasiswa agar dapat dirujuk untuk mendapatkan layanan intervensi konseling-psikoterapi dari profesional kesehatan mental di universitas. Terutama, identifikasi dini kesehatan mental lebih diperlukan bagi mahasiswa baru karena mereka berpotensi memiliki masalah penyesuaian diri yang dapat berdampak pada kesulitan akademik dan sosial (Faizah, Marmer, Aulia, Rahma, & Dara, 2020). Dengan menggunakan kerangka konsep *two continua model*, status kesehatan mental suatu komunitas dapat diidentifikasi secara lengkap. Selanjutnya, berdasarkan hasil identifikasi, dapat dilakukan intervensi untuk menurunkan simtom psikopatologi, sekaligus juga untuk meningkatkan indikator sehat mental. Program intervensi yang lebih memfokuskan pada peningkatan indikator sehat mental maupun menurunkan simtom psikopatologi dalam konteks pendidikan telah banyak digunakan oleh psikologi positif (Bolier dkk., 2013; Chodkiewicz & Boyle, 2017; Waters, 2011). Program intervensi melalui peningkatan harga diri dan optimisme terbukti berpengaruh dalam meningkatkan kesejahteraan siswa (Shoshani & Steinmetz, 2014). Berdasarkan telaah berbagai studi tentang dampak resiliensi, Brewer dkk. (2019) menyimpulkan tentang pentingnya program intervensi resiliensi pada konteks pendidikan tinggi.

Intervensi dalam psikologi positif memang lebih fokus pada bagaimana mengembangkan *trait* positif dan keberfungsian psikososial secara optimal, yang merupakan indikator sehat mental. Dengan meningkatnya indikator sehat mental akan berkaitan dengan menurunnya simtom kecemasan dan depresi (Fisher, 2019). Dalam penelitian longitudinal terbukti pula bahwa individu yang mampu menjaga kondisi sehat mentalnya pada kategori *flourishing* memiliki resiko yang semakin rendah dalam mengalami depresi (Keyes, Yao, Hybels, Milstein, & Proeschold-Bellb, 2020). Dengan demikian, meningkatnya indikator sehat mental merupakan faktor protektif dalam mengalami depresi dan kecemasan (Keyes dkk., 2012).

Kesimpulan

Prevalensi subyek sebagian besar berada pada kategori sehat mental yang tergolong *moderate*. Selain itu, dari sebagian besar subyek dengan tipe sehat mental yang berbeda juga memiliki distres psikologis. Dengan mempertimbangkan kondisi ini, maka upaya untuk membantu mahasiswa untuk mengatasi masalah psikologisnya menjadi hal yang mendesak. Selain itu, melihat jumlah mahasiswa sebagian besar masih tergolong *moderate mentally healthy*, maka upaya meningkatkan indikator sehat mental ke arah *flourishing* juga penting untuk dilakukan. Pendekatan psikoedukasi kesehatan mental secara masif terkait pengembangan *trait* positif (misalnya kebersyukuran,

resiliensi, optimisme) merupakan salah satu metode yang dapat diberikan, terutama kepada kelompok-kelompok mahasiswa yang lebih rentan, misalnya mahasiswa baru, mahasiswa perantau, mahasiswa dengan latar belakang sosial ekonomi yang kurang, atau mahasiswa dari keluarga yang disfungsi. Sosialisasi tentang ketersediaan layanan konseling bagi mahasiswa juga perlu diperluas, untuk mengurangi keengganan mahasiswa dalam mencari bantuan layanan psikologis formal.

Ada beberapa keterbatasan dari penelitian ini. yaitu jumlah sampel yang tergolong sedikit jika dibandingkan dengan populasi mahasiswa aktif tingkat D3 dan S1 di Universitas yang berjumlah 26.814 (PDDikti - Pangkalan Data Pendidikan Tinggi, 2020), sehingga prevalensi mahasiswa pada kategori sehat mental dan distres psikologis hanya bisa menggambarkan karakteristik sampel dan tidak menggambarkan realitas populasi yang sesungguhnya. Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan teknik sampling random dengan jumlah sampel yang lebih banyak agar dapat mewakili gambaran populasi. Dengan jumlah sampel yang lebih besar maka kemungkinan memperoleh jumlah yang lebih banyak pada kelompok *languishing* juga semakin besar sehingga jumlah sampel dalam kelompok *languishing* tergolong memadai walaupun terpaut jauh dengan kedua kelompok lainnya. Instrumen MHC-LF juga masih perlu dilakukan adaptasi bahasa dan budaya dengan mengikuti kaidah yang tepat dan dilakukan analisis properti psikometrik lebih lanjut agar dapat diketahui kesesuaian instrumen untuk konteks Indonesia dan dapat dipergunakan untuk memperoleh data yang lebih valid pada penelitian selanjutnya. Penggunaan instrumen MHC-SF yang merupakan versi singkat dari MHC-LF juga dapat disarankan karena memiliki properti psikometrik yang sama baiknya dengan MHC-LF.

Referensi

- Alsa, A. (2001). Kontroversi uji asumsi dalam statistik parametrik. *Buletin Psikologi*, 9(1). <https://doi.org/10.22146/bpsi.7437>
- Antaramian, S. (2015). Assessing psychological symptoms and well-being: Application of a dual-factor mental health model to understand college student performance. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 33(5). <https://doi.org/10.1177/0734282914557727>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... Kessler, R. C. (2018). WHO world mental health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623–638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Azwar, S. (2001). Asumsi-asumsi dalam inferensi statistik. *Buletin Psikologi*, 9(1). <https://doi.org/10.22146/bpsi.7436>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>



- Brewer, M. L., van Kessel, G., Sanderson, B., Naumann, F., Lane, M., Reubenson, A., & Carter, A. (2019). Resilience in higher education students: a scoping review. *Higher Education Research and Development*, 38(6). <https://doi.org/10.1080/07294360.2019.1626810>
- Browning, M. H. E. M., Larson, L. R., Sharaievska, I., Rigolon, A., McAnirlin, O., Mullenbach, L., ... Alvarez, H. O. (2021). Psychological impacts from COVID-19 among university students: Risk factors across seven states in the United States. *PLoS One*, 16(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245327>
- Chodkiewicz, A. R., & Boyle, C. (2017). Positive psychology school-based interventions: A reflection on current success and future directions. *Review of Education*, 5(1). <https://doi.org/10.1002/rev3.3080>
- Cresswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, California: SAGE.
- Derogatis, L. R., & Coons, H. L. (1993). Self-report measures of stress. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed.). (pp. 200–233). Retrieved from <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1993-97397-011&site=ehost-live>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prevost, D. (2012). Epidemiology of psychological distress. In L. L'Abate (Ed.), *Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control*. <https://doi.org/10.5772/30872>
- Eklund, K., Dowdy, E., Jones, C., & Furlong, M. (2011). Applicability of the dual-factor model of mental health for college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 25(1), 79–92. <https://doi.org/10.1080/87568225.2011.532677>
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1–4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Faizah, F., Marmer, F. V., Aulia, N. N., Rahma, U., & Dara, Y. P. (2020). Self-esteem dan resiliensi sebagai prediktor penyesuaian diri mahasiswa baru di Indonesia. *Persona: Jurnal Psikologi Indonesia*, 9(2). <https://doi.org/10.30996/persona.v9i2.3448>
- Fares, S., Dirani, J., & Darwish, H. (2019). Arabic validation of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL) in a Lebanese sample of adults and older adults. *Current Psychology*. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-019-00240-x>
- Finch, H., & French, B. (2013). A Monte Carlo comparison of robust MANOVA test statistics. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 12(2). <https://doi.org/10.22237/jmasm/1383278580>

-
- Fisher, O. (2019). *Predictors of the Two Continua of Mental Wellbeing, and Mental Illness: a Multi-theory, Intergenerational Analysis*. Queensland University of Technology.
- Gilmour, H. (2014). Positive mental health and mental illness. *Health Reports*, 25(9).
- Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*. <https://doi.org/10.1023/A:1007219227883>
- Iasiello, M., van Agteren, J., & Cochrane, E. M. (2020). Mental health and/or mental illness: A scoping review of the evidence and implications of the dual-continua model of mental health. *Evidence Base*, (1). <https://doi.org/10.21307/eb-2020-001>
- Kaligis, F., Indraswari, M. T., & Ismail, R. I. (2020). Stress during COVID-19 pandemic: Mental health condition in Indonesia. *Medical Journal of Indonesia*, 29(4). <https://doi.org/10.13181/mji.bc.204640>
- Kaloeti, D. V. S., Rahmandani, A., Sakti, H., Salma, S., Suparno, S., & Hanafi, S. (2019). Effect of childhood adversity experiences, psychological distress, and resilience on depressive symptoms among Indonesian university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(2). <https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1485584>
- Kellermann-Gummersbach, L. C. R. (2016). *The Two Continua Model of Mental Health and Mental Illness in a Clinical Adult Population*. University of Twente.
- Kementrian Kesehatan Indonesia. (2018). *Riset Dasar Kesehatan*. Retrieved from <https://www.litbang.kemkes.go.id/>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2014). Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. In *Bridging Occupational, Organizational and Public Health: A Transdisciplinary Approach* (Vol. 9789400756, pp. 179–192). <https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3-11>
- Keyes, C. L. M., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *Journal of Positive Psychology*, 4(3), 197–201. <https://doi.org/10.1080/17439760902844228>
- Keyes, C. L. M., Eisenberg, D., Perry, G. S., Dube, S. R., Kroenke, K., & Dhingra, S. S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 60(2), 126–133. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.608393>
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
-



- Keyes, C. L. M., Yao, J., Hybels, C. F., Milstein, G., & Proeschold-Bellb, R. J. (2020). Are changes in positive mental health associated with increased likelihood of depression over a two year period? A test of the mental health promotion and protection hypotheses. *Journal of Affective Disorders*, 270, 136–142. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.056>
- Knapstad, M., Sivertsen, B., Knudsen, A. K., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Lønning, K. J., & Skogen, J. C. (2019). Trends in self-reported psychological distress among college and university students from 2010 to 2018. *Psychological Medicine*, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003350>
- Kusumadewi, I., & Musabiq, S. (2018). Relationship between religiosity and psychological distress among college students in Indonesia. *Advances in Social Science, Education, and Humanities Research*, 237–242. <https://doi.org/10.2991/uipsur-17.2018.35>
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1). <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>
- Lim, Y. J. (2014). Psychometric characteristics of the Korean Mental Health Continuum-Short Form in an adolescent sample. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 32(4). <https://doi.org/10.1177/0734282913511431>
- Lyons, M. D., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Shinkareva, S. V. (2012). The dual-factor model of mental health: Further study of the determinants of group differences. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(2), 183–196. <https://doi.org/10.1177/0829573512443669>
- Mitchell, J. J. (2016). *Predicting and assessing college students' mental health*. Iowa State University.
- Peter, T., Roberts, L. W., & Dengate, J. (2011). Flourishing in life: An empirical test of the dual continua model of mental health and mental illness among Canadian university students. *International Journal of Mental Health Promotion*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/14623730.2011.9715646>
- Porru, F., Robroek, S. J. W., Bültmann, U., Portoghese, I., Campagna, M., & Burdorf, A. (2021). Mental health among university students: The associations of effort-reward imbalance and overcommitment with psychological distress. *Journal of Affective Disorders*, 282, 953–961. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.183>
- Rasyida, A. (2019). Faktor yang menjadi hambatan untuk mencari bantuan psikologis formal di kalangan mahasiswa. *Persona: Jurnal Psikologi Indonesia*, 8(2). <https://doi.org/10.30996/persona.v8i2.2586>
- Renshaw, T. L., & Cohen, A. S. (2014). Life satisfaction as a distinguishing indicator of college student functioning: further validation of the two-continua model of mental health. *Social Indicators Research*. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0342-7>
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 45, pp. 536–545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x>
- Robitschek, C., & Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's model of mental health with personal

-
- growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 321–329. <https://doi.org/10.1037/a0013954>
- Selvaraj, P. R., & Bhat, C. S. (2018). Predicting the mental health of college students with psychological capital. *Journal of Mental Health*, 27(3). <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1469738>
- Shoshani, A., & Steinmetz, S. (2014). Positive psychology at school: A school-based intervention to promote adolescents' mental health and well-being. *Journal of Happiness Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9476-1>
- Smith, N. (2018). *An application of the dual factor model of mental health in elementary school students: Implications for social functioning and psychopathology*. University of South Florida.
- Suldo, S. M., Thalji-Raitano, A., Kiefer, S. M., & Ferron, J. M. (2016). Conceptualizing high school students' mental health through a dual-factor model. *School Psychology Review*, 45(4), 434–457. <https://doi.org/10.17105/SPR45-4.434-457>
- Tirto, A. R., & Turnip, S. S. (2019). The accuracy of Hopkins Symptom Checklist – 25 (HSCL-25) depression subscales (Indonesian version) on adolescents. *Humanitas Indonesian Psychological Journal*, 60(1), 1–12. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/324199807.pdf>
- Turnip, S. S., & Hauff, E. (2007). Household roles, poverty and psychological distress in internally displaced persons affected by violent conflicts in Indonesia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(12), 997–1004. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0255-3>
- UPT LBK. (2019). *Laporan Data Konseling Mahasiswa Universitas Negeri Jakarta*. Jakarta.
- Venning, A., Wilson, A., Kettler, L., & Elliott, J. (2013). Mental health among youth in South Australia: A survey of flourishing, languishing, struggling, and floundering. *Australian Psychologist*, 48(4). <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2012.00068.x>
- Wang, X., Zhang, D., & Wang, J. (2011). Dual-factor model of mental health: Surpass the traditional mental health model. *Psychology*. <https://doi.org/10.4236/psych.2011.28117>
- Waters, L. (2011). A review of school-based positive psychology interventions. *Australian Educational and Developmental Psychologist*. <https://doi.org/10.1375/aedp.28.2.75>
- World Health Organization. (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Summary Report*. Geneva, World Health Organization. Retrieved. In Http://Www.Who.Int/Mental_Health/Evidence/En/Promoting_Mhh.Pdf.
- Zhang, M., Zhang, J., Zhang, F., Zhang, L., & Feng, D. (2018). Prevalence of psychological distress and the effects of resilience and perceived social support among Chinese college students: Does gender make a difference? *Psychiatry Research*, 267, 409–413. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.038>