

SKRIPSI

**GAMBARAN STATUS GIZI DAN KEJADIAN *COMMON MENTAL DISORDERS* PADA MAHASISWA GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**SIH WENING SHIVANELA
K21116302**



**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**



Optimization Software:
www.balesio.com

**GAMBARAN STATUS GIZI DAN KEJADIAN *COMMON MENTAL DISORDERS* PADA MAHASISWA GIZI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**SIH WENING SHIVANELA
K21116302**



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Gizi*



**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

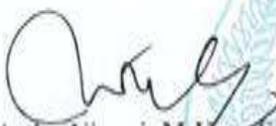
Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak, sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Gizi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar

Makassar, 24 Agustus 2020

Tim Pembimbing

Pembimbing I

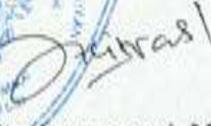
Pembimbing II


dr. Devantha Virani, M.Kes., Sp.GK
NIP.19840305 200812 2 005


Dr. Abdul Salam, S.KM., M.Kes
NIP. 19820504 201012 1 008

Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Gizi
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin

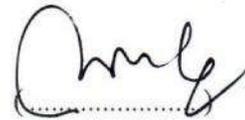

Dr. dr. Citra kesumasari, M.Kes., Sp.GK
NIP. 19630318 199202 2 001



PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Senin, 24 Agustus 2020 pukul 10:30 WITA.

Ketua : **dr. Devintha Virani, M.Kes., Sp.GK**



Sekretaris : **Dr. Abdul Salam, SKM., M.Kes.**



Anggota : **Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes.**



dr. Djunaidi M. Dachlan, MS



PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sih Wening Shivanela
NIM : K21116302
Fakultas/Prodi : Kesehatan Masyarakat/Ilmu Gizi
HP : 088242269659
E-mail : sihwening31@yahoo.com

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi dengan judul “Gambaran Status Gizi dan Kejadian *Common Mental Disorders* pada Mahasiswa Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin” benar adalah asli karya penulis dan bukan merupakan plagiarisme dan atau hasil pencurian hasil karya milik orang lain, kecuali bagian-bagian yang merupakan acuan dan telah disebutkan sumbernya pada daftar pustaka. Apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 24 Agustus 2020

Yang Membuat Pernyataan



Sih Wening Shivanela



RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Ilmu Gizi

Sih Wening Shivanela

“Gambaran Status Gizi dan Kejadian *Common Mental Disorders* Pada Mahasiswa Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin”

(xiv + 112 Halaman + 17 Tabel + 2 Gambar + 7 Lampiran)

Status gizi merupakan salah satu faktor penting yang memengaruhi kesehatan mental dan perkembangan gangguan kejiwaan sementara penelitian mengenai status gizi terkait kesehatan mental masih cukup terbatas dan terdapat hasil yang bervariasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran status gizi dan kejadian *common mental disorders* pada mahasiswa gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Jenis penelitian adalah observasional dengan desain deskriptif. Penelitian dilaksanakan secara daring dengan bantuan aplikasi *Google Form* pada bulan April hingga Juni 2020. Populasi dalam penelitian ini berjumlah 179 orang yang merupakan mahasiswa gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang mengikuti masa aktif perkuliahan. Status gizi ditentukan berdasarkan indikator IMT yang dihitung dari data berat badan dan tinggi badan responden. Sedangkan pengukuran *common mental disorders* dilakukan menggunakan kuesioner *Depression, Anxiety, Stress Scales* (DASS-42). Selanjutnya analisis deskriptif dilakukan menggunakan program SPSS 22.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mahasiswa gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin lebih banyak berjenis kelamin perempuan (93,9%). Responden lebih banyak masuk kategori usia dewasa (84,2%) dan lebih banyak berasal dari luar Makassar (83,0%). Adapun responden umumnya memiliki status gizi baik/normal (66,4%) dan lebih banyak mengalami *common mental disorders* (77,0%). Berdasarkan status gizinya, mahasiswa yang mengalami *common mental disorders* paling banyak pada kelompok responden dengan status gizi buruk/sangat kurus (100%) dan status gizi obesitas (100%). Hasil yang sama didapatkan pada kelompok responden yang cemas. Sedangkan responden yang depresi paling banyak pada kelompok responden dengan status gizi obesitas (50%).

Dapat disimpulkan bahwa mahasiswa gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang mengalami *common mental disorders* cenderung memiliki status gizi obesitas. Perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai hubungan status gizi dan kejadian *common mental disorders*.

Referensi : **Status Gizi, *Common Mental Disorders***
Buku : **123 (1996-2020)**



KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala kasih karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Saya ingin mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berpartisipasi sehingga skripsi yang berjudul **“Gambaran Status Gizi dan Kejadian *Common Mental Disorders* pada Mahasiswa Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin”** dapat terselesaikan. Bersama ini saya ingin menyampaikan terima kasih serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak dr. Djunaidi Machdar Dachlan, MS selaku penasihat akademik yang telah membimbing selama masa perkuliahan.
2. Ibu dr. Devintha Virani, M.Kes., Sp.GK selaku pembimbing I dan Bapak Dr. Abdul Salam, S.KM., M.Kes selaku pembimbing II, yang telah mendukung dan mengarahkan selama proses penyusunan skripsi ini.
3. Ibu Dr. Healthy Hidayanty, S.KM., M.Kes dan Bapak dr. Djunaidi M Dachlan, MS selaku penguji. Terima kasih atas waktu, masukan dan arahnya.
4. Seluruh Bapak/Ibu dosen dan staf program studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan pengetahuan dan bantuan yang sangat berarti selama masa perkuliahan.
5. Bapak tercinta dan saudara-saudara saya yang terkasih (Theo, Rio dan Ian), yang

selalu memberikan doa, perhatian, dan kasih yang tak terhingga, begitu pula dukungan, moral maupun materi sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.



6. Teman-teman se-angkatan GOBLIN dan F16HTER, terima kasih karena telah menerima saya sebagai bagian dari kalian, berproses bersama dan menyertai selama proses perkuliahan.
7. Teman-teman saya, Cc, Elma, Aay dan Bella, atas kebersamaan dan penyertaannya sejak awal menjadi mahasiswa baru hingga saat ini.
8. Teman-teman PMK FKM Unhas, khususnya KTB Yovela (Kak Andy, Eca, Puput, Ela, Ruth, Kadet dan Iga) serta kakak-kakak dan adik-adik yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang senantiasa memberikan dukungan doa dan semangat. Penulis sangat bersyukur bisa berada dalam persekutuan ini dan dipertemukan dengan kalian semua. Kiranya Tuhan Yesus memberkati.
9. Teman-teman seperjuangan dalam proses penelitian, Resky Beny, Nur Aizah Gian dan Nabilah Mustafaina Kamil. Terima kasih atas perhatian, dorongan semangat, bantuan-bantuan dan doa selama proses penelitian berlangsung.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu memberikan dukungan.

Akhir kata, saya mohon maaf atas segala kesalahan dan kekurangan pada skripsi ini. Saya berharap skripsi ini dapat memberikan kontribusi yang besar untuk masyarakat dan berguna bagi siapapun yang membacanya.

Makassar, 24 Agustus 2020

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGANTAR.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI.....	iv
PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT.....	v
RINGKASAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Tinjauan Umum Tentang Status Gizi.....	9
B. Tinjauan Umum Tentang <i>Common Mental Disorder</i>	18
C. Tinjauan Umum Tentang Hubungan <i>Common Mental Disorder</i> dan Status Gizi.....	33
D. Kerangka Teori.....	36
E. Kerangka Konsep.....	37
Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	37
METODE PENELITIAN.....	40
Metode Penelitian.....	40



B. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	40
C. Populasi dan Sampel.....	40
D. Instrumen Penelitian.....	42
E. Pengumpulan Data.....	44
F. Pengolahan dan Analisis Data.....	44
G. Penyajian Data.....	47
H. Etika Penelitian.....	47
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	48
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	48
B. Hasil Penelitian.....	49
C. Pembahasan.....	57
D. Keterbatasan Penelitian.....	75
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	76
A. Kesimpulan.....	76
B. Saran.....	77
DAFTAR PUSTAKA.....	78
LAMPIRAN.....	89



DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
Tabel 2.1	Kategori dan Ambang Batas Status Gizi (IMT/U) Anak Usia 5-18 Tahun	15
Tabel 2.2	Klasifikasi IMT Dewasa	15
Tabel 2.3	Skor DASS-42 untuk tingkat keparahan depresi, kecemasan dan stres	32
Tabel 3.1	Kategori dan Ambang Batas Status Gizi (IMT/U) Anak Usia 5-18 Tahun	45
Tabel 3.2	Klasifikasi IMT Dewasa	46
Tabel 3.3	Skor DASS-42 untuk tingkat keparahan depresi, kecemasan dan stres	46
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik pada Mahasiswa Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin	50
Tabel 5.2	Distribusi Status Gizi pada Mahasiswa Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin	51
Tabel 5.3	Distribusi <i>Common Mental Disorders</i> pada Mahasiswa Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin	51
Tabel 5.4	Distribusi Karakteristik Responden dan <i>Common Mental Disorders</i> pada Mahasiswa Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin	52
Tabel 5.5	Distribusi Depresi pada Mahasiswa Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin	53
Tabel 5.6	Distribusi Tingkat Keparahan Depresi pada Mahasiswa Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin	54
Tabel 5.7	Distribusi Kecemasan pada Mahasiswa Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin	54



Tabel 5.8	Distribusi Tingkat Keparahan Kecemasan pada Mahasiswa Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin	55
Tabel 5.9	Distribusi Status Gizi dan <i>Common Mental Disorders</i> pada Mahasiswa Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin	55
Tabel 5.10	Distribusi Status Gizi dan Kejadian Depresi pada Mahasiswa Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin	56
Tabel 5.11	Distribusi Status Gizi dan Kejadian Kecemasan pada Mahasiswa Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin	57



DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
Gambar 2.1	Kerangka Teori Tentang Hubungan Status Gizi dan <i>Common Mental Disorders</i>	36
Gambar 2.2	Kerangka Konsep	37



DAFTAR LAMPIRAN

Nomor		Halaman
Lampiran 1	Pernyataan Kesiediaan Menjadi Responden	89
Lampiran 2	Identitas Responden	91
Lampiran 3	Tes DASS-42	93
Lampiran 4	Surat Izin Penelitian	101
Lampiran 5	Rekomendasi Persetujuan Etik	102
Lampiran 6	Distribusi Hasil Penelitian	103
Lampiran 7	Riwayat Hidup	112



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan keadaan fisik, mental, spiritual maupun sosial yang baik dan sehat sehingga memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (UU RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan). Kesehatan didefinisikan oleh Santoso (2012) sebagai keadaan seimbang yang dinamis dan dipengaruhi oleh faktor genetik, lingkungan dan pola hidup sehari-hari. Kesehatan merupakan hal yang sangat penting bagi manusia dimana hal ini akan mengarahkan seseorang pada kualitas hidup yang baik pula. Kualitas hidup didefinisikan oleh WHO sebagai persepsi individu dengan konteks budaya dan nilai individu termasuk aspek kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi dan hubungannya dengan lingkungan (WHO, 1997). Status gizi merupakan faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup dimana status gizi yang baik mencerminkan keadaan tubuh yang dapat mempertahankan fungsi kesehatan (Bair, 2011).

Status gizi didefinisikan oleh Supariasa (2016) sebagai perwujudan *nutriture* (keadaan gizi) dalam bentuk variabel tertentu. Sedangkan menurut Almatsier (2005) status gizi adalah suatu ukuran yang mencerminkan kondisi tubuh yang dilihat dari makanan yang dikonsumsi dan penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh. Ketidakseimbangan antara zat gizi dalam tubuh dan penggunaannya



mengakibatkan seseorang memiliki status gizi kurang (*underweight*) atau status gizi lebih (*overweight*/obesitas).

Obesitas merupakan salah satu masalah kesehatan yang bahkan disebut oleh WHO sebagai epidemi global dan dinyatakan sebagai masalah kronis terbesar pada orang dewasa sebagai faktor risiko penyebab kematian nomor lima (WHO, 2011). Di Indonesia, angka penduduk yang mengalami obesitas pun terus mengalami kenaikan. Hal ini ditunjukkan data Riskesdas tahun 2018 bahwa prevalensi obesitas penduduk usia 18 tahun ke atas secara nasional adalah 21,8 persen, mengalami peningkatan dari prevalensi menurut data Riskesdas periode sebelumnya (2013) yaitu 14,8 persen (Riskesdas, 2018).

Status gizi individu merupakan salah satu faktor penting yang memengaruhi kesehatan mental dan perkembangan gangguan kejiwaan. Hal ini ditunjukkan dengan prevalensi yang tinggi pada penderita depresi dengan IMT tinggi di mayoritas literatur. Dalam hal ini, peran faktor psikologis, sosiologis, dan biologis diduga menjelaskan hubungan antara obesitas dan kesehatan mental (Roberts, 2000). Penelitian lain menunjukkan bahwa obesitas dapat dikaitkan dengan depresi melalui aktivitas fisik sementara aktivitas fisik dapat menjadi faktor pelindung dan pencegah kejadian depresi (Naufal, 2019). Namun masih belum jelas apakah depresi menyebabkan obesitas sebagai respons terhadap perubahan nafsu makan obesitas berkontribusi terhadap gangguan depresi (Kaner, 2015).

remaja rentan terhadap perubahan fisik yang mengarahkannya untuk memiliki pola perilaku makan yang tidak sehat. Ini terlihat pada perilaku remaja



seperti melakukan diet yang ketat, mengurangi asupan makanan dengan melewatkan makan pagi, dan menahan rasa lapar (Barasi, 2007). Ada pula yang menerapkan perilaku makan yang didominasi makanan cepat saji tinggi energi, kaya lemak, kaya karbohidrat dan gula serta rendah serat (Soegih, 2009). Faktor perilaku makan ini dalam gangguan kesehatan mental dapat memperburuk atau memperbaiki gejala dan perkembangan gangguan meskipun bukan merupakan penyebab utama.

Terkait dengan pola makan, Lubis (2009) menyatakan bahwa depresi dan gangguan pola makan memiliki hubungan 2 arah, depresi dapat memengaruhi pola makan dan pola makan dapat mengakibatkan depresi. Depresi memengaruhi pola makan terlihat dari kecenderungan yang terjadi pada orang dengan depresi dimana hal tersebut turut memengaruhi status gizinya. Orang dengan depresi cenderung tidak nafsu makan sehingga menjadi lebih kurus ataupun bertambah nafsu makannya terutama pada jenis makanan yang manis sehingga menjadi lebih gemuk. Pola makan memengaruhi depresi ditunjukkan oleh gejala depresi yang dapat diperparah oleh ketidakseimbangan zat gizi seperti biotin, asam folat, vitamin B dan C, kalsium, magnesium, tembaga serta asam amino. Ketidakseimbangan ini juga dapat diakibatkan oleh kebiasaan konsumsi kafein secara berkala, konsumsi sukrosa secara berlebihan atau karena mengalami alergi

an (Dirgayunita, 2016).

Kesehatan mental adalah salah satu komponen penting dari definisi kesehatan optimal. Kesehatan mental dapat didefinisikan sebagai status dimana



individu dapat mengelola stres dari kehidupan sehari-hari sehingga dapat membuat pencapaian dengan mengejar minat dan dapat berkontribusi di dalam komunitasnya (Manwell, 2015). Gangguan mental atau yang sering disebut gangguan kejiwaan adalah kumpulan sindrom yang mengganggu kognisi, regulasi emosi, atau perilaku seseorang. Istilah *common mental disorder* merupakan istilah yang digunakan untuk mencakup gangguan depresi dan gangguan kecemasan secara kolektif (Risal, 2011). Gangguan ini dikatakan umum atau *common* karena lazim ditemukan dalam populasi dan berdampak pada suasana hati atau perasaan orang yang terkena dampak (WHO, 2017). Depresi mengacu pada berbagai masalah kesehatan mental yang ditandai dengan tidak adanya efek positif (kehilangan minat dan kesenangan dalam hal-hal dan pengalaman biasa), suasana hati yang buruk dan berbagai gejala emosional, kognitif, fisik, dan perilaku yang terkait. Gangguan kecemasan meliputi kekhawatiran yang berlebihan yang terjadi pada lebih banyak hari dalam kurun waktu 6 bulan, tentang sejumlah acara atau kegiatan (Kendrick, 2011).

Common mental disorder tidak dapat lagi kita abaikan. WHO (2017) menyatakan terdapat sekitar 322 juta (4,4% dari populasi global) penderita depresi dengan hampir setengahnya tinggal di wilayah Asia Tenggara dan wilayah Pasifik Barat. Sumber yang sama menyatakan bahwa terdapat sekitar 264 juta (3,6% dari populasi global) penderita gangguan kecemasan di seluruh dunia. Di Indonesia terdapat 9.162.886 kasus depresi atau 3,7% dari populasi dan sebanyak 8.114.774 kasus gangguan kecemasan atau 3,3% dari populasi. Indonesia merupakan negara peringkat



tertinggi kedua pada jumlah penderita gangguan depresi dan kecemasan di wilayah Asia Tenggara dengan India sebagai negara peringkat pertama (WHO, 2017). Prevalensi penderita gangguan mental khususnya depresi pada usia remaja menunjukkan peningkatan yang sangat tinggi dibandingkan dengan usia kanak-kanak dan usia dewasa (Darmayanti, 2008).

Common mental disorder pada masa remaja dapat mengakibatkan dampak yang merugikan bagi si penderita seperti terganggunya dalam pelaksanaan tugas karena performa yang tidak diterima secara baik ketika tugas-tugas akademis diberikan (Sanitiara, 2014), terganggunya fungsi sosial, fungsi pekerjaan, mengalami kesulitan untuk berkonsentrasi, bahkan hingga tindakan bunuh diri yang menyebabkan kematian (Khan, 2012). Bunuh diri merupakan suatu perbuatan yang dilakukan dengan sengaja untuk mengambil jiwa sendiri. Tidak dapat diremehkan, kasus bunuh diri menjadi penyebab kematian kedua seluruh dunia di kalangan remaja berusia 15-19 tahun, dengan 800.000 remaja bunuh diri setiap tahunnya (Linggasari, 2015).

Berdasarkan skrining awal terhadap 141 responden menggunakan instrumen DASS-42 yang terdiri dari mahasiswa angkatan 2016-2018 Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin menunjukkan bahwa terdapat 92 orang (65.25%) yang mengalami *common mental disorder* dan 49 (34.75%) yang tidak mengalami *common mental disorder*. Adapun dari 92 yang mengalami *common mental disorder*, terdapat 28 orang (19.86%) yang mengalami depresi, 86 orang (60.99%) yang mengalami kecemasan, dan 45 orang



(31,91%) yang mengalami stres. Skrining awal ini menunjukkan tingginya jumlah mahasiswa Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang mengalami *common mental disorder* apabila dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan pada mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanegara tahun 2013 menggunakan instrumen DASS-42. Penelitian ini menunjukkan bahwa dari 115 responden, terdapat 10 responden (8,69%) yang mengalami depresi, 17 responden (14,86%) yang mengalami kecemasan, dan 24 responden (20,89%) yang mengalami stres (Andy, 2018).

Tingginya jumlah mahasiswa Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang mengalami *common mental disorder* juga penelitian mengenai status gizi terkait kesehatan mental cukup terbatas dan terdapat beragam hasil dari studi epidemiologi yang dilakukan tersebut. Oleh sebab itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran status gizi dan kejadian *common mental disorder* pada mahasiswa gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: Bagaimana gambaran status gizi dan kejadian *common mental disorder* pada mahasiswa Ilmu Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas

Hasanuddin?

Rumusan Penelitian

Rumusan Umum



Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran status gizi dan kejadian *common mental disorders* pada mahasiswa gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah :

- a. Untuk mengetahui gambaran status gizi mahasiswa gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- b. Untuk mengetahui gambaran kejadian depresi pada mahasiswa gizi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- c. Untuk mengetahui gambaran kejadian kecemasan pada mahasiswa gizi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- d. Untuk mengetahui gambaran status gizi mahasiswa gizi yang mengalami depresi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- e. Untuk mengetahui gambaran status gizi mahasiswa gizi yang mengalami kecemasan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.



D. Manfaat Penelitian

Dengan adanya penelitian ini, diharapkan dapat memberi kontribusi bagi masyarakat, diantaranya:

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian diharapkan dapat memperkaya ilmu pengetahuan bidang ilmu gizi, terutama peran status gizi terhadap kesehatan mental seseorang.

2. Manfaat Institusi

Hasil penelitian diharapkan menjadi salah satu referensi bagi civitas akademika Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin untuk melakukan penelitian berkelanjutan di bidang ilmu gizi, terutama peran status gizi terhadap kesehatan mental seseorang.

3. Manfaat Praktis

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bagian referensi bagi khalayak dan memberikan informasi ilmiah untuk bahan penelitian selanjutnya dalam penyusunan suatu karya tulis ilmiah mengenai status gizi dalam kesehatan mental, serta bisa diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Status Gizi

1. Definisi Status Gizi

Status gizi didefinisikan merupakan perwujudan *nutriture* (keadaan gizi) dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa, 2016). Almtsier (2005) mendefinisikan status gizi sebagai suatu ukuran yang mencerminkan kondisi tubuh yang dapat dilihat dari makanan yang dikonsumsi dan penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh. Sedangkan menurut Soekirman (2000), status gizi adalah keadaan kesehatan akibat interaksi antara makanan, tubuh manusia dan lingkungan hidup manusia.

Status gizi seseorang ditentukan berdasarkan konsumsi gizi dan kemampuan tubuh dalam menggunakan zat-zat gizi tersebut. Status gizi normal menunjukkan kualitas dan kuantitas makanan yang telah memenuhi kebutuhan tubuh sehingga memungkinkan pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kemampuan kerja dan kesehatan secara umum pada tingkat setinggi mungkin. Status gizi kurang terjadi bila tubuh mengalami kekurangan satu atau lebih zat-zat gizi esensial (Pujiati, 2015). Sedangkan berat badan lebih terjadi apabila proporsi lemak dalam tubuh yang berlebih. Dikenal dua istilah yang merujuk

ke berat badan lebih, yaitu *overweight* dan obesitas. *Overweight* merujuk ke berat badan lebihnya akibat penambahan massa otot, tulang, air dan



lemak. Sedangkan obesitas dikategorikan dalam kondisi patologis karena tidak seimbangnya jumlah timbunan lemak dalam tubuh dengan yang digunakan (Sandjaja, 2005).

2. Faktor yang Mempengaruhi

Soekirman (2000) menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang memengaruhi status gizi dan dibagi dalam penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung diantaranya makanan dan penyakit infeksi yang diderita oleh individu. Konsumsi makanan yang tidak cukup baik akan menyebabkan daya tahan tubuh yang lemah dan akhirnya memengaruhi status gizinya. Di sisi lain, meskipun individu mengonsumsi makanan yang cukup baik tetapi sering diserang penyakit infeksi dapat berpengaruh terhadap status gizinya. Mahasiswa seringkali dihadapkan dengan jadwal yang padat dan untuk mengimbangnya mereka akan mengonsumsi makanan serba instan seperti *fast food* yang cenderung lebih dalam kandungan zat gizi seperti karbohidrat dan lemak jenuh namun kurang dalam kandungan zat gizi seperti serat, vitamin dan mineral (Baliwati, 2004).

Adapun penyebab tidak langsung terdiri dari ketahanan pangan, pola pengasuhan (pada anak), akses atau keterjangkauan terhadap air bersih dan pelayanan kesehatan yang baik dan sanitasi lingkungan. Ketahanan pangan

uarga merujuk pada kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan anggota keluarganya, baik dari hasil produksi sendiri maupun dari sumber lain, juga mencakup daya beli keluarga dan pengetahuan tentang gizi.



Pola pengasuhan mencakup sikap dan perilaku ibu terkait hal kedekatannya dengan anak, pemberian makan, merawat dan sebagainya. Pelayanan kesehatan dan sanitasi lingkungan merujuk pada keterjangkauan keluarga terhadap air bersih dan pelayanan kesehatan yang baik, seperti imunisasi, penimbangan anak, pendidikan kesehatan dan gizi serta sarana kesehatan yang baik (Soekirman, 2000).

Faktor lain yang dapat memengaruhi adalah jenis kelamin. Jenis kelamin memengaruhi kebutuhan zat gizi. Pria memiliki kebutuhan lebih besar dibandingkan dengan wanita. Namun obesitas umumnya lebih sering dijumpai pada wanita. Obesitas pada wanita diduga disebabkan oleh pengaruh faktor endokrin yang mengalami perubahan setelah kehamilan dan saat menopause (Misnadiarly, 2007). Jenis kelamin turut memengaruhi citra tubuh, dimana konsep citra tubuh dirasakan lebih penting oleh wanita (Barker, 2002). Citra tubuh negatif pada individu akan menuntunnya pada perubahan kebiasaan makan dan aktivitas fisik dengan tujuan agar memiliki bentuk tubuh atau berat badan yang diinginkan (Ruslie, 2012).

Selanjutnya adalah faktor usia. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2005 Tahun 2014, remaja merupakan individu dengan rentang usia 10-18 tahun. Pada masa remaja individu mempunyai kebutuhan gizi yang tinggi

untuk pertumbuhan fisik dan perkembangan, namun menjadi rentan karena sebagai pengaruh dari lingkungannya (Soetarjo, 2011). Sedangkan pada masa



dewasa asupan gizi yang seimbang lebih diperlukan untuk mencegah individu dari penyakit atau kondisi kesehatan yang buruk (Franein, 2004).

Aktivitas fisik juga menjadi faktor yang memengaruhi status gizi. Status gizi dapat menjadi baik bila didukung dengan penggunaan zat gizi yang seimbang dengan asupan. Seseorang dengan aktivitas fisik kurang lebih berisiko mengalami obesitas (Misnadiarly, 2007).

Ada pula pengaruh faktor genetik dan faktor psikologis. Faktor genetik telah dibuktikan oleh beberapa penelitian, seperti penelitian di laboratorium gizi Dunn di Cambridge, Inggris yang menunjukkan bahwa 50% bayi yang ibunya obesitas turut menjadi obesitas tanpa diiringi kebiasaan makan yang berlebihan. Pada faktor psikologi diketahui bahwa stabilitas emosi berkaitan dengan obesitas, dimana kondisi tersebut merupakan dampak dari pemecahan masalah emosi melalui peningkatan nafsu makan (Misnadiarly, 2007).

Selanjutnya, mahasiswa yang tinggal di rumah pribadi, di kontrakan atau indekos, kesempatan mereka untuk mendapatkan atau menyajikan makanan bervariasi dengan frekuensi 3 kali sehari lebih besar. Namun mereka harus berhadapan dengan kendala keuangan pada waktu tertentu yang akan menyebabkan pola makan yang tidak teratur (Liana, 2017). Faktor lainnya adalah pengetahuan gizi. Pengetahuan gizi akan memengaruhi sikap dan

perilaku terkait kebiasaan makanan dan hubungannya dengan kesehatan optimal. Pengetahuan gizi yang semakin baik akan terlihat pada kualitas dan kuantitas

gizi kemudian akan berpengaruh pada keadaan gizinya (Soekirman, 2000).

Pengetahuan gizi yang semakin baik akan terlihat pada kualitas dan kuantitas



makanan yang dikonsumsi. Individu dengan pengetahuan gizi yang baik akan lebih mengutamakan pertimbangan nilai gizi ketimbang cita rasa pada makanan tersebut.

3. Cara Penilaian

Cara penilaian status gizi dapat ditentukan dengan cara penilaian langsung, meliputi: antropometri, biokimia, klinis dan biofisik atau secara tidak langsung, yaitu survei konsumsi (Supriasa, 2002).

a. Cara Penilaian Langsung

1) Antropometri

Antropometri sudah sejak lama digunakan untuk menilai status gizi. Di Indonesia antropometri banyak digunakan sejak tahun 1970-an. Antropometri berasal dari kata *anthropos* (tubuh) dan *metros* (ukuran). Antropometri merupakan metode pengukuran status gizi yang menggunakan konsep dasar pertumbuhan, dimana gizi yang tidak seimbang akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan asupan gizi yang berlebihan akan mengakibatkan tumbuh berlebih (gemuk) (Par'i, 2017). Antropometri berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Ukuran yang sering digunakan adalah berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar lengan atas, tinggi lutut, lingkar perut, lingkar panggul, dan lapisan lemak bawah kulit (Hardinsyah, 2016).



Pengukuran status gizi secara antropometri mempunyai beberapa keunggulan, yaitu prosedurnya sederhana, aman dan dapat dilakukan pada jumlah sampel yang besar, relatif tidak membutuhkan tenaga ahli dan cukup dilakukan oleh tenaga yang sudah dilatih dalam waktu singkat, alatnya murah, mudah dibawa, tahan lama, dapat mendeteksi atau menggambarkan riwayat gizi di masa lampau, metodenya tepat dan akurat karena dapat dibakukan, umumnya dapat mengidentifikasi status gizi kurang dan gizi buruk karena sudah terdapat ambang batas yang jelas, dan dapat mengevaluasi perubahan status gizi pada periode tertentu. Namun di samping itu, terdapat pula beberapa kelemahan yaitu tidak sensitif, spesifitas dan sensitivitasnya dapat menurun akibat faktor di luar gizi, dan kesalahan yang terjadi pada saat pengukuran dapat memengaruhi presisi, akurasi, dan validitas pengukuran antropometri gizi (Hardinyah, 2016).

Indeks Massa Tubuh (IMT) merupakan salah satu indeks antropometri yang sering digunakan untuk memantau status gizi orang dewasa (Supariasa, 2001). Sedangkan pada remaja, penghitungan status gizi berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) yang kemudian dicocokkan dengan grafik pertumbuhan sesuai dengan usia dan jenis kelamin. Adapun hasil perhitungan *z-score* akan diklasifikasikan menurut tabel berikut:



Tabel 2.1

Kategori dan Ambang Batas Status Gizi (IMT/U) Anak Usia 5-18 Tahun

Kategori	Ambang Batas (Z-Score)
Gizi Buruk (<i>Severely Thinness</i>)	<-3SD
Gizi Kurang (<i>Thinness</i>)	-3 SD sd <-2 SD
Gizi Baik (Normal)	-2 SD sd +1 SD
Gizi Lebih (<i>Overweight</i>)	+1 SD sd +2 SD
Obesitas (<i>Obese</i>)	>+2 SD

Sumber: PMK Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak

Indeks Massa Tubuh diukur dengan cara membagi berat badan dalam satuan kilogram dengan tinggi badan dalam satuan meter kuadrat. Berat badan merupakan parameter massa tubuh yang dapat mencerminkan jumlah dari beberapa zat gizi seperti protein, lemak, air dan mineral (Gibson, 2005). Perubahan berat badan dapat terlihat dalam waktu singkat dan menggambarkan status gizi saat ini. Tinggi Sedangkan tinggi badan merupakan parameter ukuran panjang dan dapat merefleksikan pertumbuhan skeletal (Hartriyanti & Triyanti, 2007). Hasil dari perhitungan menggunakan rumus Indeks Massa Tubuh akan diklasifikasikan menurut tabel berikut :

Tabel 2.2

Klasifikasi IMT Dewasa

Kategori	IMT (kg/m²)
Sangat Kurus	<17,0
Kurus	17 - <18,5
Normal	18,5 – 25
Gemuk	>25 – 27
Obesitas	>27

Sumber: Kemenkes RI, 2014



2) Biokimia

Penilaian status gizi metode biokimia ialah pemeriksaan spesimen seperti darah, urin, rambut, dan lain-lain yang diuji menggunakan alat khusus, yang umumnya dilakukan di laboratorium. Metode ini biasanya digunakan sebagai peringatan dini terhadap kemungkinan munculnya keadaan kekurangan atau kelebihan gizi yang lebih parah. Tujuan penelitian biokimia adalah untuk mengetahui status gizi seseorang dengan melakukan pemeriksaan status biokimia pada jaringan dan/atau cairan tubuh serta tes fungsional (Hardinsyah, 2016).

Penilaian biokimia memiliki beberapa kelebihan antara lain dapat mendeteksi kekurangan atau kelebihan zat gizi secara lebih dini dan hasil pemeriksaan lebih objektif karena menggunakan peralatan serta prosedur terstandar yang dilakukan oleh tenaga terlatih. Hasil penilaian biokimia dapat dijadikan sebagai bahan pendukung pada hasil pemeriksaan status gizi lain seperti survei konsumsi, klinis, dan lain-lain. Adapun kelemahan pengukuran ini adalah tidak dapat dilakukan sebelum terjadinya gangguan metabolisme zat gizi, membutuhkan tenaga terlatih, sulit dilakukan di lapangan karena alat ukur yang dapat dibawa kemana-mana masih sangat terbatas, penentuan ambang batas sangat tergantung dari alat yang digunakan sehingga pengkategorian hasil pemeriksaan mungkin saja bervariasi (Hardinsyah, 2016).



3) Klinis

Penilaian klinis adalah evaluasi fisik dan prognosis kondisi pasien berdasarkan informasi yang dikumpulkan dari riwayat medis pasien sebelumnya, hasil pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Penilaian klinis merupakan metode penilaian status gizi secara langsung yang penting untuk menilai status gizi masyarakat maupun pasien yang dirawat. Sebaiknya pemeriksaan klinis dipadukan dengan pemeriksaan lain seperti pemeriksaan antropometri, biokimia, dan survei konsumsi sehingga diperoleh kesimpulan yang lebih luas dan tepat (Hardinsyah, 2016).

b. Cara Penilaian Tidak Langsung

1) Survei Konsumsi

Survei konsumsi makanan ditujukan untuk mengetahui kebiasaan makan, gambaran tingkat kecukupan bahan makanan, dan zat gizi pada tingkat kelompok, rumah tangga, dan perorangan, serta faktor-faktor yang memengaruhinya. Metode dan pendekatan yang umum digunakan dalam pengukuran survei konsumsi makanan ini dikenal dengan pendekatan kuantitatif, kualitatif, dan gabungan. Tujuan dilaksanakannya survei konsumsi makanan adalah untuk mengetahui kebiasaan makan dan gambaran tingkat kecukupan bahan makanan dan zat gizi pada tingkat kelompok, rumah tangga, dan perorangan, serta faktor-faktor yang memengaruhinya (Hardinsyah, 2016).



2) Faktor Ekologi

Status gizi individu merupakan keadaan akibat dari keseimbangan antara asupan makanan dengan kebutuhan zat gizi. Adapun faktor ekologi yang dapat memengaruhi status gizi, diantaranya data sosial ekonomi, data kependudukan, keadaan lingkungan fisik dan data vital statistik. Data sosial ekonomi meliputi tingkat pendidikan, keadaan budaya, tingkat pendapatan, jenis pekerjaan dan informasi lainnya. Keadaan lingkungan fisik meliputi kemarau panjang yang dapat menyebabkan terbatasnya ketersediaan pangan dan berakhir mengakibatkan status gizi kurang. Data vital statistik meliputi proporsi rumah tangga mendapat air bersih, data persentase BBLR, data spesifik angka kematian berdasarkan umur dan informasi lainnya (Par'i, 2017).

B. Tinjauan Umum Tentang *Common Mental Disorder*

1. Definisi *Common Mental Disorder*

Common mental disorder adalah sekelompok keadaan tertekan yang bermanifestasi dengan kecemasan, depresi, dan gejala somatik yang tidak dapat dijelaskan dan merupakan padanan kontemporer dari gangguan neurotik yang biasanya ditemukan dalam komunitas. Pada tahun 1960-1970, WHO (*World Health Organization*) mengedepankan konsep *Severe Mental Illness (SMIs)*

g merujuk pada skizofrenia, *Manic Depressive Psychosis (MDP)* dan epsi. Sekitar tahun 1990-an, depresi, ansietas dan gangguan somatoform ai dianggap sebagai *minor mental disorders*. Kemudian penelitian secara



konsisten menunjukkan bahwa apa yang disebut *minor mental disorder* lebih umum dan memiliki dampak signifikan dan menjadi beban sistem pelayanan kesehatan. Dengan demikian, koreksi dilakukan dan ketiga kelompok gangguan ini disebut secara kolektif sebagai gangguan mental umum atau *common mental disorder* (Risal, 2011).

Istilah *common mental disorder* banyak digunakan untuk mencakup depresi, kecemasan dan gangguan somatisasi. Mereka dapat dikatakan setara dengan gangguan neurotik modern. Gangguan ini mengarah pada prevalensi dan morbiditas klinis di bidang psikiatri (Machado, *et al.*, 2019). Gangguan mental umum ini dapat ditangani dengan perawatan primer, menggunakan sistem klasifikasi diagnostik standar seperti ICD-10 dan DSM-IV. WHO menganggap kesehatan mental sebagai aspek fundamental yang berkaitan dengan kesehatan manusia dan menerbitkan rencana tindakan untuk 2013-2020 untuk mempromosikan pencegahan, pengobatan, dan mengatasi gangguan kesehatan mental (Risal, A., 2011).

Tingkat depresi dan ansietas dianggap sebagai indikator penting bagi kesehatan mental dan ketidakmampuan untuk mendeteksi dan mengatasi gangguan psikologis ini berdampak negatif pada individu. Depresi dan ansietas terkait dengan beberapa faktor risiko seperti usia, jenis kelamin, khususnya

kemampuan yang dapat dikaitkan dengan faktor biologis, tekanan akademik yang berasal dari faktor termasuk ujian dan beban belajar, masalah akomodasi masalah keuangan (Bahhawi, *et al.*, 2018).



2. Jenis-jenis *Common Mental Disorder*

a. Depresi

Depresi berasal dari bahasa Latin “Depressus” yang berarti menekan, menderita, lelah, sedih, putus asa dan mati (Basha, 2016). Depresi merupakan gangguan yang terutama ditandai oleh kondisi emosi sedih dan muram serta terkait dengan gejala-gejala kognitif, fisik, dan interpersonal (APA, 1994). Menurut Davidson, depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan (Davidson, 2006). Gangguan depresi adalah perasaan sedih atau murung yang mendalam, dan menetap lebih dari 2 minggu berturut-turut sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari.

Menurut jenisnya, depresi abnormal dibedakan menjadi 2, yaitu depresi mayor (unipolar) dan depresi mania (bipolar) (APA, 1994). Individu yang memiliki kasus depresi mayor akan mengalami kesedihan yang mendalam, kehilangan gairah terhadap hal-hal yang menyenangkan atau yang dulu diminati. Sedangkan depresi mania adalah depresi mayor yang diselingi periode-periode mania, yang ditandai dengan perasaan gembira, optimisme, dan gairah meluap-luap yang berlebihan (Aditomo 2004).

Depresi adalah gangguan perasaan (afek) yang ditandai dengan afek disforik (kehilangan kegembiraan/gairah) disertai dengan gejala-gejala lain,



seperti gangguan tidur dan menurunnya selera makan. Depresi biasanya terjadi saat stres yang dialami seseorang tidak kunjung reda, dan depresi yang dialami berkorelasi dengan kejadian dramatis yang baru saja terjadi atau menimpa seseorang (Lubis, 2009). Gangguan depresi adalah kumpulan gejala dari (Kemenkes RI, 2015):

- 1) Perasaan sedih dan murung
- 2) Mudah lelah
- 3) Rasa percaya diri menurun
- 4) Menjadi pesimis
- 5) Gangguan tidur
- 6) Hilang nafsu makan
- 7) Konsentrasi/perhatian berkurang
- 8) Ide/tindakan bunuh diri

Depresi dapat dimulai pada usia berapa pun, tetapi rata-rata dimulai pada usia pertengahan dua puluhan. Data epidemiologis menunjukkan bahwa gangguan ini dimulai di usia lebih awal pada beberapa tahun terakhir ini (Basha, 2016). Seiring dengan memburuknya depresi, individu akan kehilangan minat terhadap semakin banyak hal dan akhirnya individu dapat kehilangan minat terhadap makan, minum dan seks (Carr, 2001). Depresi

ringan ditandai dengan *mood* buruk yang datang dan pergi disertai dengan perasaan cemas dan tidak bersemangat sehingga individu tidak dapat bekerja dengan optimal. Depresi sedang ditandai dengan *mood* buruk yang



berlangsung terus menerus disertai dengan gejala fisik. Sedangkan depresi berat ditandai dengan terganggunya kemampuan dasar seperti tidur, makan, bekerja dan menikmati hal menyenangkan. Depresi berkaitan erat dengan risiko bunuh diri karena hilangnya semangat untuk hidup dan adanya perasaan ketidakberdayaan dan dapat didukung oleh masalah bertubi-tubi yang dirasakan individu. Perilaku menyakiti diri sendiri dan bunuh diri merupakan efek terakhir dari depresi berat (Santoso dkk, 2017).

b. Ansietas (Kecemasan)

Ansietas berasal dari bahasa Yunani Kuno “*Anxietas*” yang berarti khawatir, takut, ingin tahu (Basha, 2016). Ansietas/kecemasan dapat didefinisikan sebagai suatu keadaan aprehensi atau keadaan khawatir yang mengeluhkan bahwa sesuatu yang buruk akan segera terjadi. Kecemasan adalah reaksi yang tidak disadari dan tidak diketahui oleh seseorang yang terjadi terhadap ancaman internal. Dengan kata lain, kecemasan adalah suasana hati, dialami bila menghadapi bahaya yang diakibatkan secara eksternal (Basha, 2016). Kecemasan bermanfaat bila hal tersebut mendorong kita untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara regular atau memotivasi kita untuk belajar menjelang ujian. Kecemasan adalah respons yang tepat terhadap ancaman, tetapi kecemasan bisa menjadi abnormal bila tingkatannya tidak sesuai dengan proporsi ancaman, atau bila seperti datang tanpa ada penyebabnya (Nevid, 2003). Diagnosis mengenai cemas ditegakkan apabila



gejala cemas mendominasi dan menyebabkan distress (rasa tertekan) atau gangguan yang nyata.

Gejala-gejala gangguan cemas mirip dengan gejala stres tetapi dengan tingkatan yang lebih berat, lebih sering, sehingga tidak dapat melakukan kegiatan (Kemenkes, 2015). McMahon & McMahon dalam Kurnianti (2001) mendefinisikan kecemasan sebagai perasaan umum berupa ketakutan yang disertai gangguan fisiologis. Hal ini diperkuat oleh Alloy yang mendefinisikan kecemasan sebagai suatu keadaan kekhawatiran, ketakutan yang dapat memengaruhi fungsi dari berbagai area:

- 1) Ledakan subyektif dari ketegangan, ketakutan dan ketidakmampuan individu dalam mengatasinya.
- 2) Respon-respon perilaku seperti penolakan terhadap situasi yang menakutkan, gangguan bicara dan fungsi motorik, dan gangguan pada tugas-tugas kognitif.
- 3) Respon-respon fisik termasuk ketegangan otot, peningkatan detak jantung dan tekanan darah, pernafasan bertambah cepat, mulut kering, diare dan sakit kepala atau pusing.

3. Faktor Risiko *Common Mental Disorder*

Ada beberapa faktor yang memengaruhi depresi, yaitu faktor biologi, faktor psiketik dan faktor psikososial. Faktor biologi berkaitan dengan norepinefrin dan serotonin yang merupakan neurotransmitter yang paling terlibat dalam fisiologi gangguan *mood*. Penurunan regulasi reseptor beta adrenergik



merupakan peran langsung sistem noradrenergik pada depresi. Reseptor β_2 -presinaptik mengakibatkan pengurangan jumlah pelepasan norepinefrin. Selain itu, reseptor β_2 -presinaptik juga terletak pada neuron serotonergik dan mengatur jumlah pelepasan serotonin. Berkurangnya jumlah serotonin di celah sinaps bertanggung jawab terhadap menurunnya kontrol regulasi afek, agresi, tidur dan nafsu makan pada individu yang mengalami depresi (Kaplan *et al*, 2010).

Dari faktor genetik, penelitian menunjukkan bahwa angka risiko diperkirakan 2 sampai 3 kali di antara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat dibandingkan dengan populasi umum. Pengaruh genetik tidak disebutkan secara khusus, hanya disebutkan bahwa terdapat penurunan dalam ketahanan dan kemampuan dalam menanggapi stres. Proses menua bersifat individual, sehingga dipikirkan kepekaan seseorang terhadap penyakit adalah genetik (Haryanto, 2015).

Dari faktor psikososial, menurut Freud dalam teori psikodinamikanya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai. Sejumlah faktor psikososial yang diprediksi sebagai penyebab gangguan mental pada umumnya berhubungan dengan kehilangan. Faktor psikososial meliputi penurunan percaya diri, kemampuan untuk mengadakan hubungan intim, penurunan jaringan sosial, kesepian, perpisahan, kemiskinan dan penyakit fisik. Faktor

psikososial yang memengaruhi depresi meliputi: peristiwa kehidupan dan faktor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif dan dukungan sosial (Haryanto, 2015).



Beberapa faktor yang dapat memunculkan kecemasan, yaitu faktor kognitif, faktor peran belajar dan faktor biologis. Bernstein dalam Mahmudah (1999) mengemukakan kecemasan yang dialami individu dihubungkan dengan kecemasan yang berkaitan dengan lingkungan, yaitu munculnya harapan dan pemikiran yang tidak realistis bahwa ada kejadian buruk yang akan terjadi. Individu akan cenderung menjadi pesimis dengan kemampuan atau kapabilitas dirinya dalam mengatasi kejadian atau situasi yang mengancam. Kondisi ini akan menghasilkan kecemasan saat harus berhadapan dengan kejadian atau situasi yang menakutkan. Pemikiran yang mencemaskan seringkali sulit untuk dihilangkan pada saat individu berada pada kondisi tertekan atau merasa tidak dapat bertindak dengan efektif dalam menghadapi permasalahan yang sulit. Pemikiran ini berifat menetap sehingga kecemasan individu menjadi meningkat.

Kecemasan juga dapat ditentukan oleh gen dan bersifat turunan. Menurut Barlow, hal ini sifatnya meluas dan menjadi sistem yang otomatis dalam membentuk sensitivitas yang berlebih terhadap stres. Area otak yang diduga terlibat pada timbulnya ansietas adalah lobus oksipitalis yang mempunyai reseptor benzodiazepin tertinggi di otak. Basal ganglia, sistem limbik dan korteks frontal juga dihipotesiskan terlibat pada etiologi timbulnya ansietas.

Da pasien GAD juga ditemukan sistem serotonergik yang abnormal. Neurotransmitter yang berkaitan dengan ansietas adalah GABA, serotonin, epinefrin, glutamat, dan kolesistokinin (Kaplan *et al*, 2010).



Ada pula faktor risiko *stres*, yaitu perasaan tidak enak yang disebabkan oleh persoalan-persoalan di luar kendali kita, atau reaksi jiwa dan raga terhadap perubahan (Kasuda, 1996). Dalam psikologi, kita menggunakan istilah stres untuk menunjukkan suatu tekanan atau tuntutan yang dialami individu/organisme agar ia beradaptasi atau menyesuaikan diri. Stres merupakan suatu respon fisiologis, psikologis dan perilaku dari manusia yang mencoba untuk mengadaptasi dan mengatur baik tekanan internal dan eksternal (stresor) (Isnaeni, 2010). Stresor merupakan sebutan bagi sumber stres, dimana *stresor* menyangkut faktor-faktor psikologis seperti ujian sekolah, masalah hubungan sosial, dan perubahan hidup seperti kematian orang tercinta, perceraian, atau pemutusan hubungan kerja (PHK). *Stresor* menyangkut pula masalah sehari-hari seperti kemacetan lalu lintas dan faktor lingkungan fisik seperti kebisingan dan suhu udara yang terlalu panas/dingin (Nevid, 2003).

Dalam batas tertentu stres sehat untuk diri kita. Stres membantu kita untuk tetap aktif dan waspada. Pada stres ringan stresor yang dihadapi bisa berlangsung beberapa menit atau jam. Stres ringan sering terjadi pada kehidupan sehari-hari dan kondisi ini dapat membantu seseorang menjadi waspada dan bagaimana mencegah berbagai kemungkinan yang akan terjadi. Stres ini tidak merusak aspek fisiologis seseorang. Stres sedang berlangsung beberapa jam sampai beberapa hari. Stresor ini dapat menimbulkan gejala yaitu sudah merasa letih, mudah marah, sulit untuk beristirahat, mudah tersinggung, dan sebagainya (Psychology Foundation of Australia, 2010 dalam Khairunnisa, 2016).



Stres berat merupakan situasi kronis yang dapat terjadi dalam beberapa minggu, persepsi individu sangat menurun dan cenderung membutuhkan banyak pengarahan (Maramis, 2009 dalam Khairunnisa, 2016). Stres sangat berat merupakan situasi kronis yang dapat terjadi dalam beberapa bulan dan dalam kurun waktu yang tidak dapat ditentukan, biasanya seseorang dalam tingkat stres sangat berat cenderung pasrah dan tidak memiliki motivasi untuk hidup (*Psychology Foundation of Australia*, 2010 dalam Khairunnisa, 2016). Stres yang sangat kuat atau berlangsung lama dapat melebihi kemampuan kita untuk mengatasi (*coping ability*) dan menyebabkan distress emosional seperti depresi atau kecemasan, atau keluhan fisik seperti kelelahan dan sakit kepala (Nevid, 2003).

Tingkat stres pada setiap individu berbeda, tergantung pada sejumlah faktor. Beberapa faktor yang memengaruhi yaitu: (Atkinson, 1996)

- 1) Kemampuan menerka timbulnya kejadian stres, walaupun yang bersakutan tidak dapat mengontrolnya, biasanya akan mengurangi kerasnya stres.
- 2) Kontrol dan jangka waktu. Kemampuan seseorang mengendalikan jangka waktu kejadian yang penuh stres akan mengurangi kerasnya stres.
- 3) Evaluasi kognitif. Kejadian stres yang sama mungkin dihayati secara berbeda oleh dua individu yang berbeda, tergantung pada situasi apa yang berarti pada seseorang.



- 4) Perasaan mampu. Kepercayaan seseorang atas kemampuannya menanggulangi stres merupakan faktor utama dalam menentukan kerasnya stres
- 5) Dukungan masyarakat. Dukungan emosional dan adanya perhatian orang lain dapat membuat seseorang sanggup bertahan dalam menghadapi stres.

4. Cara Pengukuran *Common Mental Disorder*

a. *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) adalah skala penilaian depresi yang paling banyak digunakan. Versi originalnya terdiri dari 17 item yang berkaitan dengan gejala depresi yang dialami dalam minggu terakhir. Selanjutnya dikembangkan menjadi HDRS dengan 21 item yang terdiri dari 4 item tambahan yang merujuk pada subtype dari depresi. Keterbatasan dari HDRS adalah gejala tidak khas depresi (seperti hipersomnia, *hyperphagia*) tidak dapat dinilai (Hamilton, 1967)

b. *Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)*

HAM-A adalah salah satu skala penilaian pertama yang dikembangkan untuk mengukur tingkat keparahan gejala kecemasan dan masih banyak digunakan saat ini untuk keperluan klinis dan penelitian. Skala ini terdiri dari 14 item yang masing-masing ditentukan oleh serangkaian gejala dan mengukur kedua kecemasan psikis (*mentalagitation* dan *psychological distres*) dan kecemasan somatik (keluhan fisik terkait kecemasan).HAM-A



tidak memberikan pertanyaan *probe* terstandarisasi. Namun tingkat reliabilitas yang dilaporkan dikatakan dapat diterima (Hamilton, 1959).

c. *Beck Depression Inventory (BDI)*

Beck Depression Inventory (BDI) adalah skala penilaian diri yang terdiri dari 21 item yang mengevaluasi gejala utama depresi termasuk suasana hati, pesimisme, rasa gagal, ketidakpuasan diri, rasa bersalah, *self-dislike*, *self-accusation*, ideasi bunuh diri, menangis, kemarahan, *sosial withdrawal*, keraguan, perubahan citra tubuh, kesulitan kerja, susah tidur, dan sebagainya (Beck & Steer, 1993). BDI menggunakan penskalaan Guttman yang dirancang untuk menilai tingkat depresi orang dewasa. Skala ini dikembangkan sebagai ukuran kuantitatif depresi dan pada awalnya tidak dimaksudkan sebagai instrumen diagnostik (Kendall, *et al.*, 1987).

d. *Beck Anxiety Inventory (BAI)*

BAI merupakan salah satu instrumen yang digunakan untuk menilai kecemasan klinis dan untuk membedakan kelompok diagnostik yang cemas dan tidak cemas. BAI lebih baik dalam hal menyediakan pola korelasional yang lebih membedakan. BAI dikembangkan pada dan untuk pasien psikiatrik. Item diseleksi dengan penekanan yang kuat untuk membedakan kecemasan dari depresi (Ulusoy, 1998).



e. *Holmes and Rahe Stres Scale (HRSS)*

Pada 1967, psikiater Thomas Holmes dan Richard Rahe memeriksa lebih dari 5000 rekam medis pasien untuk menentukan apakah peristiwa stres menyebabkan penyakit. Pasien memberikan daftar 43 peristiwa kehidupan berdasarkan skor relatif. Setiap peristiwa, yang disebut *Life Change Unit* (LCU) memiliki 'berat' berbeda untuk stres. Semakin banyak peristiwa berarti semakin tinggi skor. Semakin tinggi skor, dan semakin besar bobot setiap kejadian, semakin besar kemungkinan pasien akan sakit. Hasilnya diterbitkan sebagai *Sosial Readjusment Rating Scale (SRRS)*, sekarang dikenal sebagai *Holmes and Rahe Stres Scale*. Validasi selanjutnya mendukung hubungan antara stres dan penyakit (Noone, 2017).

f. *Perceived Stres Scale (PSS)*

PSS adalah instrumen yang paling banyak digunakan untuk mengukur stres yang dirasakan. PSS terdiri dari 14 item dalam versi asilnya dan dikembangkan berdasarkan perspektif teoretis Lazarus. Gagasan stres yang dirasakan, yang berbeda dari pandangan sebelumnya yang berfokus pada aspek biologis stres (misalnya sekresi kortikoid dan hormon lain sebagai reaksi terhadap stresor), mendalilkan bahwa efek stres hanya terjadi ketika situasi keduanya dinilai sebagai mengancam dan ada persepsi tentang sumber daya koping yang tidak memadai (Santiago, 2019).



g. *Depression, Anxiety, Stres Scale (DASS)*

Depression, Anxiety, Stres Scale (DASS) adalah salah satu instrumen yang sering digunakan untuk menilai keluhan subjektif depresi dan kecemasan pada pasien. Dikembangkan oleh Lovibond, instrumen ini ditujukan untuk menilai tingkat keparahan gejala yang dirasakan terkait dengan depresi, kecemasan dan stres. DASS versi asli oleh Lovibond terdiri dari 42 item yang terdiri dari 14 pertanyaan untuk masing-masing gangguan depresi, kecemasan dan stres, dan terbagi dalam 2-5 item subskala dengan muatan yang serupa. Skala depresi menilai disforia, keputusasaan, devaluasi kehidupan, penghinaan diri, kurangnya minat/keterlibatan, anhedonia dan inersia. Skala kecemasan menilai gairah otonom, efek pada otot rangka, kecemasan situasional dan pengalaman subyektif dari efek cemas. Sedangkan skala stres peka terhadap tingkat rangsangan non-spesifik kronis. Skala ini menilai kesulitan bersantai, rangsangan gugup dan mudah marah/gelisah, mudah tersinggung/terlalu reaktif dan tidak sabar. Pertanyaan terkait gangguan depresi yaitu nomor 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42. Pertanyaan terkait kecemasan yaitu nomor 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41. Pertanyaan terkait stres yaitu nomor 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39. Adapun tingkat depresi, kecemasan dan stres dinilai sesuai dengan tabel berikut:



Tabel 2.3

Skor DASS-42 untuk Tingkat Keparahan Depresi, Kecemasan dan Stres

	<i>Depression</i>	<i>Anxiety</i>	<i>Stres</i>
<i>Normal</i>	0-9	0-7	0-14
<i>Mild</i>	10-13	8-9	15-18
<i>Moderate</i>	14-20	10-14	19-25
<i>Severe</i>	21-27	15-19	26-33
<i>Extremely Severe</i>	28+	20+	34+

Sumber: Lovibond & Lovibond, 1995

DASS kemudian dimodifikasi menjadi versi 21 item. Beberapa penelitian diterbitkan tentang keandalan dan validitasnya, semua menunjukkan DASS-21 adalah instrumen yang baik untuk mengukur gejala depresi, kecemasan dan stres pada sampel klinis dan non-klinis orang dewasa (Beaufort, 2017).

Secara historis, hubungan antara kondisi afektif negatif depresi dan kecemasan telah menjadi minat teoritis dan klinis yang cukup besar. Sedangkan secara konseptual, depresi dan kecemasan sangat berbeda tetapi tumpang tindih konsep klinis antara kedua kondisi telah lama dijalankan, baik oleh dokter maupun peneliti. Konsep stres sendiri menimbulkan masalah tambahan dalam studi kondisi afektif negatif. Selain episode pencetus kecemasan dan depresi, peristiwa kehidupan yang penuh stres sering dianggap menyebabkan respons stres yang khas yang melibatkan gangguan fungsi tubuh. Dianggap sebagai keadaan afektif atau emosional, konsep respons stres memiliki kesamaan yang jelas dengan kecemasan. Item-item pada DASS lebih lanjut diuji untuk mengeksplorasi batas-batas



faktor ini, yang mengarah pada pengembangan skala baru yang diberi label 'stres' berdasarkan kesamaan yang dirasakan dari item dengan gejala ketegangan atau stres (Lovibond & Lovibond, 1994).

C. Tinjauan Umum Tentang Hubungan Status Gizi dan *Common Mental Disorder*

Status gizi individu merupakan salah satu faktor penting yang memengaruhi kesehatan mental dan perkembangan gangguan kejiwaan. Mayoritas literatur menunjukkan prevalensi yang tinggi pada orang dengan IMT tinggi. Sejumlah penjelasan untuk hubungan antara obesitas dan kesehatan mental meliputi kemungkinan peran faktor psikologis, sosiologis, dan biologis (Roberts, 2000).

Belum jelas apakah gangguan mental tertentu memengaruhi status gizi atau status gizi yang berkontribusi terhadap gangguan mental (Kaner, 2015). Penelitian Murphy (2005) menyatakan bahwa individu dengan depresi cenderung memiliki nafsu makan yang tinggi dan menyebabkan kenaikan pada berat badannya. Sementara pada penelitian lain, depresi dikatakan mengakibatkan nafsu makan menurun karena individu dengan depresi cenderung lupa memenuhi kebutuhan dasarnya (Swarth, 2004).

Individu dengan status gizi lebih atau obesitas akan lebih jarang melakukan aktivitas fisik, begitu pula dengan individu obesitas yang mengalami penyakit akibat kondisi obesitasnya (Simon, 2008). Padahal aktivitas fisik dapat di faktor pelindung dan pencegah kejadian depresi (Naufal, 2019). Namun belum jelas apakah depresi menyebabkan obesitas sebagai respons terhadap



perubahan nafsu makan atau obesitas berkontribusi terhadap gangguan depresi (Kaner, 2015).

Arti makanan, citra tubuh dan konsep diri juga mempunyai peran dalam status gizi, khususnya pada remaja. Pada dasarnya, citra tubuh dan konsep diri saling mempengaruhi satu sama lain. Apabila seseorang tidak menyukai tubuhnya maka akan sulit untuk merasa bahwa dirinya baik, begitu pula sebaliknya. Remaja yang merasa tidak puas dengan citra tubuhnya sendiri sering dilaporkan mengalami kesulitan tidur pada malam hari atau mimpi buruk, ansietas, stres atau depresi, serta memiliki konsep diri dan kualitas hidup yang rendah (Moehlecke, 2018). Sebaliknya, IMT tidak hanya berhubungan dengan peningkatan risiko masalah kesehatan fisik dan kematian tetapi juga stigma sosial. Beberapa teori mengasumsikan bahwa pandangan negatif dalam masyarakat mengenai kelebihan berat badan berkontribusi tidak hanya pada tekanan psikologis tetapi juga pada peningkatan risiko gangguan mental pada orang yang mengalami obesitas (Simon, 2008).

Sistem monoaminergik terlibat dalam pengaturan berbagai fungsi otak, termasuk suasana hati, perhatian, tidur, nafsu makan dan kognisi. Teori defisiensi monoamina menjelaskan bahwa dasar patofisiologis yang mendasari depresi adalah penipisan neurotransmitter serotonin, norepinefrin atau dopamin dalam saraf pusat. Dalam hal ini, status gizi dapat memengaruhi beberapa hormon testosteron dan leptin, serta neurotransmitter seperti dan serotonin (Javadi, Adapun jalur biologis dalam tubuh turut dipengaruhi seperti yang



ditunjukkan Matos (2017) bahwa terdapat hubungan antara kecemasan dengan disregulasi pada proses inflamasi imun, stres oksidatif, keseimbangan neurotransmitter dan neuroprogressi individu yang memiliki status gizi obesitas.

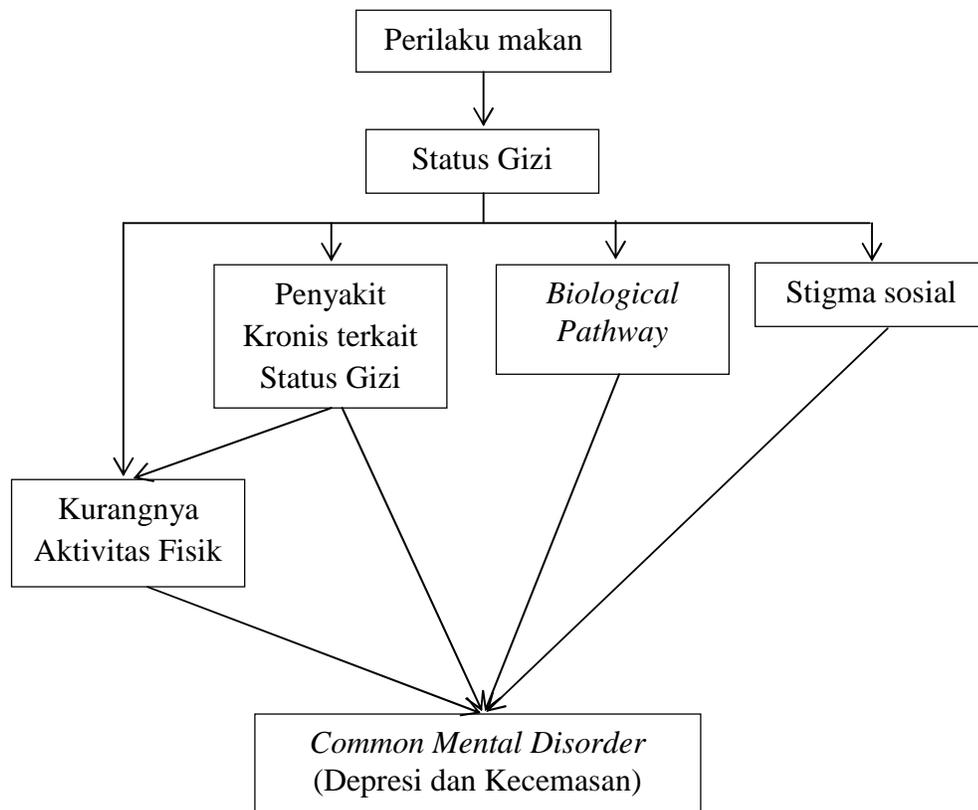
Serotonin (5-HT) memainkan peranan penting dalam sistem saraf dengan fungsi yang berbeda, seperti pelepasan hormon, tidur, suhu tubuh, pengaturan nafsu makan, aktivitas motorik, *mood*, dan fungsi kognitif. Perubahan kadar 5-HT berkaitan dengan peningkatan keinginan untuk mengonsumsi makanan yang manis dan karbohidrat. Kadar 5-HT ini dipengaruhi oleh konsumsi sumber triptofan yang merupakan asam amino prekursor serotonin. 5-HT mempengaruhi hampir semua fungsi otak dengan menghambat atau merangsang *gamma-aminobutyric acid* (GABA) (Katona *et al.*, 2012).

Penelitian menunjukkan bahwa 5-HT dapat mempengaruhi pengendalian individu terhadap konsumsi makanan. Bukti kuat dari sebuah penelitian menjelaskan bahwa peningkatan reseptor serotoninergik postinaptik kemudian menyebabkan pengurangan asupan makanan selama makan dan mengubah pola makan. Kadar serotonin yang tinggi mengurangi asupan energi total atau secara selektif lebih mengurangi pemilihan makanan sumber karbohidrat daripada makanan sumber protein. Sehingga ketika kadar 5-HT normal, individu akan lebih mudah kenyang dan memiliki pengendalian yang lebih baik terhadap makanan manis. Pengendalian yang baik ini dapat membuat individu dapat mempertahankan status gizinya dengan lebih baik (Elvira, 2010).



D. Kerangka Teori

Gambar 2.1 Kerangka Teori Tentang Hubungan Status Gizi dan *Common Mental Disorders*

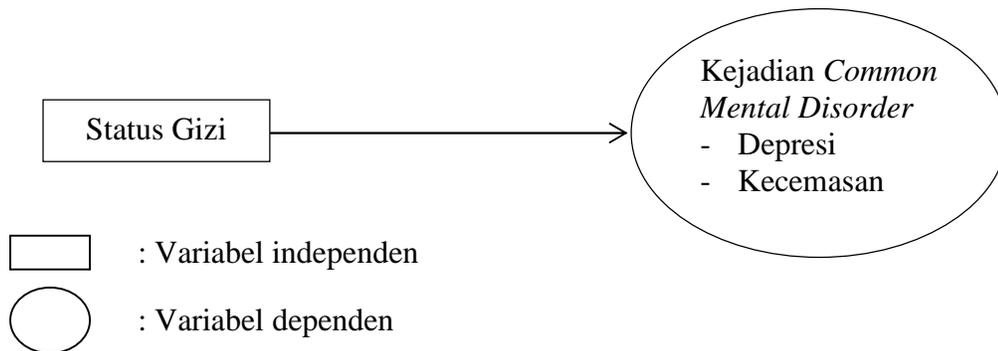


Sumber: Modifikasi dari teori Murphy, *et al* (2005), Simon (2008), Javadi (2017) dan Matos (2017)



E. Kerangka Konsep

Gambar 2.2 Kerangka Konsep



E. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

1. Status Gizi

Status gizi dalam penelitian ini adalah gambaran status gizi yang ditentukan dengan menghitung Indeks Massa Tubuh menurut umur (IMT/U) bagi responden kategori usia remaja dan Indeks Massa Tubuh bagi responden kategori usia dewasa.

Kriteria Objektif : (Klasifikasi Ambang Batas IMT/U Menurut PMK Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Standar Antropometri Anak)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| a. Gizi Buruk (<i>Severely Thinness</i>) | : Jika <i>z-score</i> < -3 SD |
| a. Gizi Kurang (<i>Thinness</i>) | : Jika <i>z-score</i> -3 SD sd -2 SD |
| b. Gizi Baik (Normal) | : Jika <i>z-score</i> -2 SD sd +1 SD |
| Gizi Lebih (<i>Overweight</i>) | : Jika <i>z-score</i> +1 SD sd +2 SD |
| Obesitas (<i>Obese</i>) | : Jika <i>z-score</i> > +2 SD |



Kriteria Objektif : (Klasifikasi IMT Dewasa Menurut Kemenkes RI, 2014)

- a. Sangat Kurus : Jika skor IMT $<17,0 \text{ kg/m}^2$
- b. Kurus : Jika skor IMT $17 - <18,5 \text{ kg/m}^2$
- c. Normal : Jika skor IMT $18,5 - 25 \text{ kg/m}^2$
- d. Gemuk : Jika skor IMT $>25 - 27 \text{ kg/m}^2$
- e. Obesitas : Jika skor IMT $>27 \text{ kg/m}^2$

2. *Common Mental Disorder*

Common Mental Disorder pada penelitian ini adalah depresi dan atau kecemasan yang dialami mahasiswa yang ditentukan dengan menggunakan kuesioner *Depression Anxiety Stres Scale-42* (DASS-42).

Kriteria Objektif :

a. *Common Mental Disorders*

- 1) Mengalami *Common Mental Disorders*, jika responden depresi dan atau cemas.
- 2) Tidak Mengalami *Common Mental Disorders*, jika responden tidak depresi dan tidak cemas.

b. Depresi

- 1) Tidak depresi : Jika akumulasi skor pada pertanyaan terkait depresi yang diperoleh responden 0-9
- 2) Depresi : Jika akumulasi skor pada pertanyaan terkait depresi yang diperoleh responden >9
 - a) *Mild* : Jika akumulasi skor pada pertanyaan terkait



- depresi yang diperoleh responden 10-13
- b) *Moderate* : Jika akumulasi skor pada pertanyaan terkait depresi yang diperoleh responden 14-20
- c) *Severe* : Jika akumulasi skor pada pertanyaan terkait depresi yang diperoleh responden 21-27
- d) *Extremely Severe* : Jika akumulasi skor pada pertanyaan terkait depresi yang diperoleh responden >28
- b. Kecemasan
- 1) Tidak cemas : Jika akumulasi skor pada pertanyaan terkait kecemasan yang diperoleh responden 0-7
- 2) Cemas : Jika akumulasi skor pada pertanyaan terkait kecemasan yang diperoleh responden >7
- a) *Mild* : Jika akumulasi skor pada pertanyaan terkait kecemasan yang diperoleh responden 8-9
- b) *Moderate* : Jika akumulasi skor pada pertanyaan terkait kecemasan yang diperoleh responden 10-14
- c) *Severe* : Jika akumulasi skor pada pertanyaan terkait kecemasan yang diperoleh responden 15-19
- d) *Extremely Severe* : Jika akumulasi skor pada pertanyaan terkait kecemasan yang diperoleh responden >20

