

**PERAN MENTAL HEALTH BELIEF TERHADAP PROFESSIONAL HELP-  
SEEKING INTENTION PADA GENERASI MILLENNIAL DI KOTA MAKASSAR**

**SKRIPSI**

**Pembimbing:**

**Grestin Sandy, S.Psi., M.Psi., Psikolog**

**A. Juwita Amal, S.Psi., M.Psi., Psikolog**

**Oleh:**

**Nurfida**

**C021191064**



**PROGRAM STUDI PSIKOLOGI**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2024**

**PERAN MENTAL HEALTH BELIEF TERHADAP PROFESSIONAL HELP-SEEKING INTENTION PADA GENERASI MILLENNIAL DI KOTA MAKASSAR**

**SKRIPSI**

Diajukan untuk Menempuh Ujian Sarjana  
pada Program Studi Psikologi  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin

**Pembimbing:**

Grestin Sandy, S.Psi., M.Psi., Psikolog  
A. Juwita Amal, S.Psi., M.Psi., Psikolog

**Oleh:**

Nurfida  
C021191064



**PROGRAM STUDI PSIKOLOGI  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2024**

**PERAN MENTAL HEALTH BELIEF TERHADAP PROFESSIONAL HELP-  
SEEKING INTENTION PADA GENERASI MILLENNIAL DI KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh:

**NURFIDA**

**C021191064**

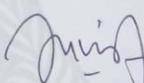
Telah disetujui dan diajukan di hadapan Dewan Penguji Skripsi  
Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

Makassar, ..... 2024

Pembimbing I

Pembimbing II

  
Grestin Sandy, S.Psi., M.Psi., Psikolog  
NIP. 19860601 201404 2 001

  
A. Juwita Amal, S.Psi., M.Psi., Psikolog  
NIP. 19810313 201801 6 001

Ketua Program Studi Psikologi  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin

  
Dr. Ichlas Nanang Afandi, S.Psi., M.A.  
NIP. 19810725 201012 1 004

LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI

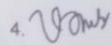
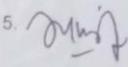
PERAN MENTAL HEALTH BELIEF TERHADAP PROFESSIONAL  
HELP-SEEKING INTENTION PADA GENERASI MILLENNIAL DI KOTA  
MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh:

Nurfida  
C021191064

Telah dipertahankan dalam Sidang Ujian Skripsi  
pada tanggal 22 Januari 2024

Menyetujui,  
Panitia Penguji

No.	Nama Penguji	Jabatan	Tanda Tangan
1.	Dr. Ichlas Nanang Afandi, S.Psi., M.A	Ketua	1. 
2.	Istiana Tajuddin, S.Psi., M.Psi., Psikolog	Anggota	2. 
3.	Grestin Sandy R, S.Psi., M.Psi., Psikolog	Anggota	3. 
4.	Umniyah Saleh, S.Psi., M.Psi., Psikolog	Anggota	4. 
5.	A. Juwita Am, S.Psi., M.Psi., Psikolog	Anggota	5. 

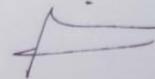
Mengetahui,

Wakil Dekan  
Bidang Akademik dan Kemahasiswaan  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin



Prof. dr. Agus Salim Buhari, M.Clin., Med., Ph.D., Sp.GK (K)  
NIP. 19700821199031001

Ketua Program Studi Psikologi  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin



Dr. Ichlas Nanang Afandi, S.Psi., M.A  
NIP. 198107252010121004

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya tulis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (sarjana, magister, dan atau doktor), baik di Universitas Hasanuddin maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali Tim Pembimbing dan masukan Tim Penelaah/Tim Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini telah saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini. Maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Makassar, 22 Januari 2024

Yang membuat pernyataan,



Nurfida

NIM. C021191064

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Allah SWT. atas segala limpahan nikmat, rahmat, berkah, petunjuk, serta kesempatan yang telah diberikan kepada peneliti hingga penelitian ini dapat terlaksana dan dapat dilaporkan serta dibahas dalam skripsi ini. Shalawat serta salam juga kepada junjungan kita, Nabi Muhammad SAW. Skripsi dengan judul “Peran *Mental Health Belief* terhadap *Professional Help-seeking Intention* pada Generasi Millennial di Kota Makassar” ini diajukan untuk memenuhi salah syarat dalam menyelesaikan studi program sarjana di Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Segala proses dan dinamika yang telah peneliti jalani, mulai dari mahasiswa baru yang belum mengetahui apa-apa tentang psikologi hingga dapat melaporkan hasil penelitian dan membahasnya di skripsi ini tentu tidak lepas dari bantuan, dukungan, juga bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, bagian ini peneliti dedikasikan untuk menyampaikan apresiasi serta ungkapan terima kasih kepada:

1. Orang tua tersayang, Alm. Bapak, Ary Rahman B., S.E. dan Mama, drg. Hj. Mushdalifah N. Ewa serta Adik terkasih, Alif Fauzan juga bungsu termanis, Cosinus yang telah menjadi *support system* pertama dan paling utama dalam kehidupan saya. Terima kasih banyak telah memberi saya begitu banyak warna yang tidak hanya mengisi hari-hari saya dengan kebahagiaan, tetapi juga banyak pelajaran yang telah dan akan bermanfaat bagi kehidupan saya ke depannya. Ungkapan kesyukuran, terima kasih, dan apresiasi tidak akan pernah cukup untuk segala bentuk dukungan serta kepercayaan yang tiada hentinya telah diberikan kepada saya, baik dalam proses perkuliahan maupun dalam kehidupan. Terima kasih banyak karena selalu hadir mendampingi dan mengisi hidup saya.

2. Dosen Pendamping Akademik, Ibu Umniyah Saleh, S.Psi., M.Psi., Psikolog yang telah meluangkan waktu untuk mendampingi dan membimbing saya sejak awal perkuliahan hingga akhir perjalanan saya sebagai mahasiswa. Terima kasih banyak atas segala ilmu dan wawasan baru, arahan, umpan balik, serta bantuan yang telah diberikan hingga saya dapat menghayati segala proses perkuliahan yang telah saya jalani dan membantu saya untuk bergeser menjadi pribadi yang lebih baik.
3. Dosen pembimbing satu, Ibu Grestin Sandy, S.Psi., M.Psi., Psikolog yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan memberi arahan selama pengerjaan skripsi. Terima kasih banyak atas segala arahan, saran, umpan balik, dan semangat yang telah diberikan hingga saya dapat memperoleh banyak wawasan baru dan menyelesaikan skripsi ini.
4. Dosen pembimbing dua, Ibu A. Juwita Amal, S.Psi., M.Psi., Psikolog yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan memberi arahan selama pengerjaan skripsi. Terima kasih banyak atas segala saran, umpan balik, semangat dan *reminder* yang telah diberikan hingga saya dapat semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Dosen pembahas skripsi, Ibu Istiana Tajuddin, S.Psi., M.Psi., Psikolog dan Bapak Dr. Ichlas Nanag Afandi, S.Psi., M.A. yang telah menjadi dosen pembahas sejak seminar proposal. Terima kasih banyak atas umpan balik dan wawasan baru yang telah diberikan hingga saya dapat berefleksi, memiliki *insight* baru terkait tulisan saya, dan dapat merampungkan skripsi ini.
6. Ibu Dwiana Fajriati Dewi, S.Psi., M.Sc. yang telah membantu proses adaptasi alat ukur skala yang digunakan dalam penelitian ini.

7. Bapak dan Ibu Dosen Prodi Psikologi FK Unhas yang telah membagikan ilmu dan wawasan baru selama proses perkuliahan yang telah banyak membantu kehidupan akademik dan khususnya kehidupan saya. Terima kasih banyak telah membantu saya berefleksi hingga memiliki *insight* yang dapat menjadi bekal bagi saya untuk berproses dalam hidup ke depannya.
8. Bapak dan Ibu Tenaga Kependidikan Prodi Psikologi FK Unhas yang telah banyak membantu proses perkuliahan juga administrasi akademik sejak awal perkuliahan hingga menyelesaikan studi.
9. Kak Nur Fajar Alfitra, S.Psi., M.Sc., Kak Ahmad Akbar Jayadi, S.Psi., dan Kak Mario Muhammad Noer Fauzan, S.Psi. yang telah membantu dan berkontribusi dalam proses penyusunan skripsi ini. Terima kasih banyak atas waktu, kesabaran, dan wawasan baru yang telah dibagikan kepada saya hingga saya dapat menyelesaikan beberapa kebingungan, khususnya terkait metode penelitian ketika menyusun skripsi ini.
10. Keluarga besar dari pihak Alm. Bapak dan Mama yang telah memberikan banyak dukungan, baik doa maupun bantuan dalam mencari responden yang telah sangat membantu proses penyusunan skripsi ini.
11. Sayang kuadrat BB; Alya Tsamarah Muthmainnah, Audisa Nabilah Rahardja S., Fidyah Ainun Cholisha, Hanung Satrio Waskito, Muhammad Fathi Hanif, Noer Azizah Ramadhana, Nurul Izzah Firdaus, Shapira Arzu Zulhijjah I., Tiron Tekno Sentosa, dan Verawaty Mashani. Terima kasih banyak kepada keluarga kedua yang telah memberi makna lebih dalam kehidupan perkuliahan saya. Terima kasih telah menjadi *supporting system* yang tidak hanya memberi semangat dan dukungan, tetapi juga umpan balik dan saran yang konstruktif yang telah berkali-kali membantu saya, tidak hanya dalam

urusan perkuliahan, tetapi juga dalam kehidupan saya. Terima kasih karena selalu ada dan memberi makna baru pada beberapa hal yang tidak pernah saya sadari sebelumnya.

12. Kak Nur Anugrah Yusuf, S.Si. yang telah menjadi sahabat terbaik dan sosok panutan pribadi saya sejak zaman sekolah. Terima kasih banyak atas waktu, dukungan, saran, dan afeksi yang telah diberikan kepada saya dari dulu hingga sekarang. Terima kasih banyak telah menjadi sahabat yang senantiasa mendengarkan dan juga senang berbagai hal baru dengan saya.
13. Kawan seperjuangan, Ruhul Fadhilah Az-Zahra yang telah berproses bersama dan menjadi tempat berbagi banyak hal dalam menyelesaikan skripsi. Terima kasih banyak atas dukungan, wawasan baru, *reminder*, dan khususnya saran konstruktif yang telah diberikan hingga membantu kelancaran pengerjaan skripsi ini.
14. Teman-teman Um's PA Team 2019; S. Nurul Azizah, S.Psi, Miskah Ramdhani R., S.Psi., Farid Firmansyah, S.Psi., dan Elviera Putri Damayanti M. Terima kasih banyak atas kebersamaan dan bantuan yang telah diberikan sejak awal dipertemukan dalam dosen pendamping akademik yang sama dan semoga tidak berakhir seiring dengan akhir perjalanan kuliah masing-masing.
15. Sobat Kiko, teman-teman 1nte9rity yang telah berproses, belajar, dan berjuang bersama. Terima kasih teman-teman seperbimbingan, Wafiq Fadhilah Usman, S.Psi., Devnet Vicente, S.Psi., Nurul Insani Almirah, S.Psi., dan teman-teman lain yang telah memberi banyak bantuan terkait bimbingan dan skripsi. Terima kasih juga kepada Andi Atikah M., S.Psi., Puspa Akhlakul K., Muaiyadah, S.Psi., dan teman-teman lain yang telah membantu selama

penyelesaian skripsi ini. Terima kasih banyak atas segala pengalaman tak terlupakan dan berharga yang telah dibagi dalam hidup saya.

16. *Last but of course not least*, terima kasih banyak kepada Nurfida yang telah melewati banyak proses hingga dapat mencapai titik ini. *Thank you for not yielding to any temptations, for bouncing back and not giving up, for always striving your best despite any struggles you face, and for trying to be yourself. Let's remind ourselves that nothing is perfect and you've done your best. I'm so proud of you.* Jangan lupakan segala perasaan tersebut dan selamat berproses menuju *chapter* hidup yang selanjutnya.

Peneliti sadar bahwa skripsi ini jauh dari kesempurnaan, sehingga peneliti memohon maaf atas segala kesalahan dan keluputan dalam skripsi ini. Peneliti berharap skripsi ini dapat memberi banyak manfaat bagi pembaca.

Makassar, 22 Januari 2024

Nurfida

## ABSTRAK

Nurfida, C021191064, Peran *Mental Health Belief* Terhadap *Professional Help-seeking Intention* pada Generasi Millennial di kota Makassar, Skripsi, Program Studi Psikologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin, Makassar, 2024.

xvii + 85 halaman, 4 lampiran

Generasi millennial merupakan generasi yang memiliki banyak tuntutan hidup sebagai generasi yang saat ini berada pada fase dewasa awal. Hal tersebut membuat generasi millennial ditemukan memiliki prevalensi masalah kesehatan mental yang tinggi dan sangat rentan untuk memiliki gangguan mental. Oleh karena itu, diperlukan langkah preventif untuk membantu generasi millennial terkait masalah kesehatan mental yang dialami, yaitu dengan mencari bantuan profesional kesehatan mental. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran *mental health belief* terhadap *professional help-seeking intention* pada generasi millennial di Kota Makassar. Penelitian ini melibatkan 147 responden generasi millennial berusia 23–43 tahun yang berdomisili di Kota Makassar. Pengumpulan data dilakukan menggunakan skala *Mental Health Belief Models Assessment* (MHBMA) dan *Mental Help-seeking Intention Scale* (MHSIS) yang dianalisis menggunakan uji regresi linear berganda. Hasil penelitian menunjukkan terdapat peran *mental health belief* terhadap *professional help-seeking intention* secara simultan dengan kontribusi sebesar 31.9%. Dua dimensi *mental health belief* ditemukan signifikan sebagai prediktor terhadap *professional help-seeking intention*, yaitu *perceived benefits* dengan arah pengaruh yang positif dan *perceived barriers* dengan arah pengaruh negatif.

**Kata Kunci:** Mental Health Belief, Professional Help-seeking Intention, Generasi Millennial

Daftar Pustaka, 51 (1966–2023)

## ABSTRACT

Nurfida, C021191064, The Role of Mental Health Belief on Professional Help-seeking Intention of Millennial Generation in Makassar City, Undergraduate Thesis, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Hasanuddin University, 2024.

xvii + 85 pages, 4 attachments

Millennials are a generation that has many life demands as a generation that is currently in the early adult phase. This makes millennials found to have a high prevalence of mental health problems and are very vulnerable to having mental disorders. Therefore, preventive measures are needed to help millennials regarding the mental health problems they experienced, namely by seeking help from mental health professionals. This study aims to determine the role of mental health beliefs on professional help-seeking intention of the millennial generation in Makassar City. This study involved 147 millennials respondents aged 23-43 years who live in Makassar City. Data were collected using the Mental Health Belief Models Assessment (MHBMA) scale and the Mental Help-seeking Intention Scale (MHSIS) which were analyzed using multiple linear regression. The results showed that there was a role of mental health beliefs on professional help-seeking intention simultaneously with a contribution of 31.9%. Two dimensions of mental health belief were found to be significant as predictors of professional help-seeking intention, namely perceived benefits with a positive direction of influence and perceived barriers with a negative direction of influence.

**Keywords:** Mental Health Belief, Professional Help-seeking Intention, Millennial Generation

Bibliography, 51 (1966–2023)

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Persetujuan .....	ii
Halaman Pengesahan .....	iii
Halaman Pernyataan .....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak .....	x
Daftar Isi .....	xii
Daftar Tabel.....	xv
Daftar Gambar .....	xvi
Daftar Lampiran .....	xvii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	9
1.3. Tujuan Penelitian.....	9
1.4. Manfaat Penelitian.....	10
1.4.1. Manfaat Teoretis.....	10
1.4.2. Manfaat Praktis.....	10
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>11</b>
2.1. <i>Professional Help-seeking Intention</i> .....	11
2.1.1 Definisi <i>Professional Help-seeking Intention</i> .....	11
2.1.2 Faktor yang Memengaruhi <i>Professional Help-seeking Intention</i> ...	15
2.2. <i>Mental Health Belief</i> .....	18
2.2.1. Definisi <i>Mental Health Belief</i> .....	18
2.2.2. Aspek <i>Mental Health Belief</i> .....	19
2.2.3. Faktor yang Memengaruhi <i>Mental Health Belief</i> .....	25

2.3.	Generasi Millennial .....	27
2.3.1.	Definisi Generasi Millennial .....	27
2.3.2.	Karakteristik Generasi Millennial.....	28
2.3.3.	Kesehatan Mental Generasi Millennial.....	30
2.4.	Hubungan <i>Mental Health Belief</i> dengan <i>Professional Help-seeking Intention</i> .....	31
2.5.	Kerangka Konseptual .....	33
2.6.	Hipotesis Penelitian .....	35
<b>BAB III</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>36</b>
3.1.	Jenis Penelitian .....	36
3.2.	Desain Penelitian.....	36
3.3.	Variabel Penelitian.....	37
3.4.	Definisi Operasional Variabel Penelitian .....	37
3.4.1.	<i>Mental Health Belief</i> .....	37
3.4.2.	<i>Professional Help-seeking Intention</i> .....	38
3.5.	Populasi dan Sampel.....	38
3.5.1.	Populasi .....	38
3.5.2.	Sampel .....	38
3.6.	Teknik Pengumpulan Data.....	39
3.6.1.	Instrumen Penelitian.....	39
3.6.2.	Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian.....	40
3.7.	Teknik Analisis Data .....	42
3.8.	Prosedur Kerja.....	43
3.8.1.	Tahap Persiapan .....	43
3.8.2.	Tahap Pengumpulan Data .....	43
3.8.3.	Tahap Analisis Data .....	44
3.8.4.	Tahap Penyusunan Laporan.....	44

<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>45</b>
4.1. Hasil Penelitian .....	45
4.1.1. Data Demografi Responden .....	45
4.1.2. Hasil Analisis Deskriptif .....	49
4.1.3. Hasil Uji Hipotesis.....	57
4.2. Pembahasan .....	62
4.3. Limitasi Penelitian.....	79
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>80</b>
5.1. Kesimpulan.....	80
5.2. Saran.....	80
Daftar Pustaka .....	82
Lampiran	

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 <i>Blueprint Mental Health Belief Model Assessment (MHBMA)</i> .....	39
Tabel 3.2 <i>Blueprint Mental Help-Seeking Intention Scale (MHSIS)</i> .....	40
Tabel 4.1 Data Responden Berdasarkan Jenis Gangguan Mental .....	48
Tabel 4.2 Statistik Deskriptif Dimensi <i>Mental Health Belief</i> Responden .....	49
Tabel 4.3 Penormaan <i>Perceived Susceptibility &amp; Fears</i> .....	50
Tabel 4.4 Penormaan <i>Perceived Severity</i> .....	50
Tabel 4.5 Penormaan <i>Perceived Benefits</i> .....	50
Tabel 4.6 Penormaan <i>Perceived Barriers</i> .....	51
Tabel 4.7 Penormaan <i>Perceived Self-efficacy</i> .....	51
Tabel 4.8 Statistik Deskriptif <i>Professional Help-seeking Intention</i> Responden .	53
Tabel 4.9 Penormaan <i>Professional Help-seeking Intention</i> .....	53
Tabel 4.10 Hasil Uji Normalitas Data .....	57
Tabel 4.11 Hasil Uji Linearitas Data .....	58
Tabel 4.12 Hasil Uji Multikolinearitas Data .....	58
Tabel 4.13 Hasil Uji Regresi Linear Berganda .....	60
Tabel 4.14 Koefisien Regresi .....	61

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Diagram TPB .....	14
Gambar 2.2 Diagram Health Belief Model Rosentock .....	17
Gambar 2.3 Diagram <i>Mental Health Belief Model</i> .....	22
Gambar 2.4 Kerangka Konseptual .....	33
Gambar 4.1 Data Responden Berdasarkan Jenis Kelamin .....	45
Gambar 4.2 Data Responden Berdasarkan Usia .....	46
Gambar 4.3 Data Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir .....	47
Gambar 4.4 Data Responden Berdasarkan Pengalaman ke Tenaga Ahli Kesehatan Mental .....	48
Gambar 4.5 Gambaran Dimensi <i>Mental Health Belief</i> Responden .....	52
Gambar 4.6 Gambaran <i>Professional Help-seeking Intention</i> Responden .....	53
Gambar 4.7 Gambaran <i>Professional Help-seeking Intention</i> Responden Berdasarkan Jenis Kelamin .....	54
Gambar 4.8 Gambaran <i>Professional Help-seeking Intention</i> Responden Berdasarkan Kelompok Usia .....	55
Gambar 4.9 Gambaran <i>Professional Help-seeking Intention</i> Responden Berdasarkan Pengalaman ke Tenaga Ahli Kesehatan Mental .....	56
Gambar 4.10 <i>Scatterplot</i> Data .....	59

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Alat Ukur Penelitian
- Lampiran 2 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Alat Ukur
- Lampiran 3 Hasil Analisis Deskriptif
- Lampiran 4 Hasil Uji Hipotesis

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Kesehatan mental menjadi salah satu isu global yang mengalami peningkatan di berbagai negara, khususnya terkait urgensi untuk mempromosikan dan/atau mencegah kemungkinan gangguan bagi kesejahteraan hidup individu (Wainberg et al., 2017). Berdasarkan Mental Health Atlas yang dipublikasi oleh World Health Organization (WHO) pada tahun 2017, negara yang tergabung dalam WHO diberi beberapa tugas untuk memastikan kegiatan yang mendukung kesehatan mental global melalui penetapan kebijakan dan hukum, pembuatan program, serta pembangunan layanan kesehatan mental (Hanna et al., 2018). Indonesia telah berusaha mempromosikan kesehatan mental dengan melegislasikan peraturan di bawah Undang-Undang No. 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, memasukkan program kesehatan jiwa sebagai salah satu standar pelayanan minimal di pusat layanan kesehatan, serta pemberian layanan kesehatan jiwa di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Rumah Sakit Umum atau Jiwa (Idaini & Riyadi, 2018).

Jumlah layanan kesehatan jiwa di fasilitas kesehatan Indonesia dapat diketahui berdasarkan data hasil Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) (2019). Jumlah rumah sakit rujukan yang melayani rawat inap kesehatan jiwa berjumlah 36 dari 144 rumah sakit rujukan, sedangkan untuk rumah sakit non rujukan berjumlah 323 dari 388 rumah sakit non rujukan. Selain rumah sakit, pemberian layanan kesehatan jiwa juga terdapat di Puskesmas yang berdasarkan survei Rifaskes berjumlah 9.084 dari 9.831 puskesmas yang ada di

Indonesia. Secara rinci, sumber daya manusia yang memberikan layanan kesehatan jiwa tersebut di puskesmas adalah psikolog klinis yang berjumlah 217 orang. Hasil riset tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar fasilitas kesehatan yang ada di Indonesia telah mengupayakan kesehatan mental masyarakat dengan menyediakan layanan serta tenaga ahli terkait.

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia yang dikeluarkan oleh Kemenkes RI pada tahun 2021, jumlah pemberian layanan kesehatan mental terhadap penderita depresi di Indonesia masih sangat rendah dengan capaian seluruh provinsi kurang dari 10%. Provinsi dengan jumlah pemberi layanan kesehatan mental terhadap gangguan depresi tertinggi adalah Provinsi Lampung, Jambi, dan Sumatera Barat yang berkisar dari 1.2%–1.9%. Hasil capaian pemberian layanan kesehatan mental yang kurang dari 10% juga ditemukan dalam kasus Gangguan Mental Emosional (GME) dengan jumlah pemberian layanan tertinggi berkisar 1.9%–2.5% di Provinsi Lampung, Kepulauan Bangka Belitung, dan Jambi (Kemenkes, 2021). Data lain yang dilaporkan oleh Direktorat Pencegahan dan Pengendalian (P2) Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza pada tahun 2020 juga menunjukkan bahwa 15% orang dengan gangguan mental di Indonesia tidak mendapat layanan kesehatan mental yang dibutuhkan (Direktorat Pencegahan dan Pengendalian (P2) Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza, 2020).

Berdasarkan laporan profil kesehatan dan data tersebut, dapat diketahui bahwa capaian pemberian layanan kesehatan mental di Indonesia masih tergolong sangat rendah, khususnya pada gangguan depresi dan GME. Laporan tersebut menunjukkan bahwa persebaran pemberian layanan kesehatan mental di seluruh provinsi belum merata. Selain itu, terdapat ketimpangan jumlah pemberian layanan kesehatan mental pada kasus GME dan gangguan depresi dengan

gangguan mental berat seperti psikosis akut dan skizofrenia. Pemaparan data fasilitas dan laporan pemberian layanan kesehatan mental tersebut menunjukkan bahwa penyebaran fasilitas yang tidak merata dan keterbatasan fasilitas maupun sumber daya manusia berkontribusi dalam peningkatan prevalensi orang dengan gangguan mental di Indonesia (Kemenkes, 2021).

Selain keterbatasan fasilitas dan sumber daya manusia dalam pemberian layanan kesehatan mental, tingkat capaian pemberian layanan kesehatan mental yang rendah di Indonesia juga disebabkan oleh jumlah orang dengan gangguan mental yang menjalani pengobatan atau mencari bantuan profesional. Hal tersebut dapat dilihat pada hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan Kemenkes RI (2018), yaitu hanya 9% penderita gangguan depresi yang menjalani pengobatan medis. Hasil riskesdas yang dilakukan pada tahun 2013 juga menunjukkan bahwa prevalensi GME pada penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami peningkatan, yaitu dari 6% pada tahun 2013 menjadi 9.8% pada tahun 2018. Hal tersebut menunjukkan orang dengan gangguan mental di Indonesia tergolong memiliki tingkat pencarian bantuan profesional yang masih rendah dan berdampak pada peningkatan prevalensi gangguan mental yang terdata di Indonesia.

Generasi millennial adalah generasi yang terdiri dari individu yang lahir pada tahun 1980 hingga tahun 2000 dan merupakan angkatan kerja aktif pada masa kini (Smith & Nichols, 2015). Generasi millennial memiliki banyak tuntutan hidup sebagai generasi yang saat ini berada pada fase dewasa awal. Sebagai individu yang memiliki independensi terhadap dirinya, generasi millennial mengalami ketidakstabilan posisi dan peran yang sesuai usia serta memerlukan kemandirian dan tanggung jawab dalam menentukan arah hidup sendiri. Proses

perkembangan tersebut meliputi tugas untuk membangun kemandirian diri dan ekonomi, mengembangkan karir, memilih pasangan, membangun keluarga, dan membesarkan anak (Santrock, 2011). Hal tersebut dapat menjadi stresor dan sumber gangguan mental jika tidak dapat dihadapi dengan baik oleh individu.

Berbagai penelitian telah dilakukan untuk mengkaji masalah kesehatan mental pada fase dewasa awal. Penelitian yang dilakukan oleh Gustavson et al. pada tahun 2018 menemukan bahwa gangguan mental umum memiliki prevalensi yang tinggi pada dewasa muda berusia dua puluhan. Gangguan mental seperti gangguan kecemasan dan gangguan depresi berat yang dialami pada usia tersebut ditemukan dapat meningkatkan risiko yang signifikan untuk menderita gangguan yang sama pada sepuluh tahun kemudian (Gustavson et al., 2018).

Penelitian lain dilakukan oleh Solmi et al. pada tahun 2022 terhadap 192 studi epidemiologi yang menunjukkan rata-rata usia *onset* gangguan mental pada berbagai kelompok usia. Rata-rata usia *onset* untuk gangguan makan, obsesif-kompulsif, dan gangguan penyalahgunaan obat-obatan pada usia 17–22 tahun; gangguan kepribadian, gangguan panik, skizofrenia, dan gangguan penyalahgunaan alkohol pada usia 25–27 tahun; serta gangguan *post-traumatic*, depresi, gangguan kecemasan umum, gangguan bipolar, dan gangguan psikosis sementara pada usia 30–35 tahun (Solmi et al., 2022). Berdasarkan beberapa penelitian tersebut dapat diketahui bahwa masalah atau gangguan mental memiliki prevalensi yang tinggi pada dewasa awal dan individu yang tergolong pada kelompok usia ini memiliki kerentanan yang tinggi untuk memiliki gangguan mental yang sama seiring pertambahan usia.

Penelitian terkait gambaran kesehatan mental pada dewasa awal yang tergolong sebagai generasi millennial juga dilakukan di Kota Makassar. Penelitian

yang dilakukan oleh Narra pada tahun 2021 menunjukkan derajat kesehatan mental *emerging adulthood* di salah satu universitas Kota Makassar. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, derajat kesehatan mental responden yang termasuk dalam generasi millennial mayoritas berada pada kategori sedang dan rendah dengan sekitar 30–40% responden kurang merasakan emosi positif, perasaan cinta, dan kepuasan hidup, serta memiliki implikasi kecemasan dan depresi (Narra, 2021). Penelitian lain terkait gambaran kesehatan mental generasi millennial di Kota Makassar dilakukan oleh Fadilah pada 2021 terhadap mahasiswa farmasi se-Sulawesi Selatan dan menemukan sekitar 49% responden memiliki tingkat stres sedang dan 46% berada pada tingkat stres berat (Fadilah, 2021). Berdasarkan hasil penelitian tersebut, dapat diketahui bahwa sejumlah generasi millennial di Kota Makassar berada pada kategori stres sedang yang dapat saja berpotensi mengalami GME atau gangguan mental lain jika tidak segera ditangani dengan langkah preventif seperti mencari bantuan profesional kesehatan mental.

Perilaku mencari pertolongan profesional (*professional help-seeking behavior*) diawali oleh intensi yang timbul dalam diri individu untuk mencari pertolongan. Berdasarkan definisi yang disusun oleh WHO terkait *help-seeking* pada remaja, *help-seeking* merupakan setiap tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh remaja yang menganggap dirinya membutuhkan bantuan pribadi, psikologis, afektif atau kesehatan atau layanan sosial, dengan tujuan memenuhi kebutuhan tersebut secara positif. *Help-seeking* tersebut termasuk mencari bantuan dari layanan formal seperti layanan klinik, konselor, psikolog, staf medis, dan sebagainya serta sumber informal seperti kelompok sebaya dan teman, anggota keluarga atau kelompok kekerabatan dan/atau orang dewasa lainnya

dalam masyarakat (Barker, 2007). Salah satu bentuk *help-seeking* terhadap layanan formal adalah *professional help-seeking*.

*Professional help-seeking* merupakan usaha untuk mencari dan mendapatkan bantuan yang dapat membantu peningkatan situasi atau penyelesaian masalah yang sedang dihadapi. *Professional help-seeking* juga dipandang sebagai salah satu bentuk *adaptive coping* yang bersifat aktif dan *problem-focused* karena individu berkomunikasi dengan orang lain untuk mendapat bantuan dalam hal pemahaman, saran, informasi, penanganan, dan dukungan sebagai respons terhadap pengalaman yang membuat stres atau mengganggu. *Professional help-seeking* termasuk ke dalam kategori *formal help-seeking* karena individu mencari bantuan kepada ahli atau spesialis yang memiliki izin dan terlegitimasi untuk memberikan saran, dukungan, dan/atau penanganan terhadap individu yang memiliki masalah (Rickwood et al., 2012).

Faktor yang memengaruhi *professional help-seeking* adalah faktor terkait individu yang meliputi demografi, kepribadian, dan kompetensi emosional; faktor penanganan yang mencakup geografis, transportasi, waktu, dan biaya; serta faktor penghambat yaitu tingkat pengetahuan yang rendah soal gangguan mental (Novianty & Hadjam, 2017). Berdasarkan beberapa penelitian sebelumnya, *help-seeking behavior* yang dilakukan individu dapat terjadi karena pengaruh *health belief* yang dimilikinya. Hal tersebut dapat dijelaskan menggunakan aspek-aspek dari *health belief model* (Hubbard, 2017; Cannon, 2019).

*Health belief model* merupakan model teoretis yang menggambarkan proses pengambilan keputusan terkait keterlibatan terhadap perilaku sehat (*health behavior*) yang dipengaruhi oleh dua penilaian, yaitu persepsi mengenai ancaman dari masalah kesehatan dan pertimbangan pro-kontra dari berperilaku sehat terkait

masalah tersebut (Rosenstock, 1966). Dasar dari model perilaku sehat ini adalah teori Kurt Lewin mengenai pengaruh persepsi yang dimiliki individu terhadap dunianya, sehingga individu tersebut melakukan perilaku tertentu. *Health belief model* dikonstruksi oleh Rosenstock berdasarkan tingkat ketidakinginan individu untuk melakukan langkah preventif terkait penyakit atau tes *screening* untuk penyakit *Tuberculosis* (TB), kanker Rahim, penyakit gigi dan mulut, demam rematik, polio, dan influenza (Rosenstock, 1974).

Berbagai penelitian telah menggunakan *health belief model* untuk mengkaji salah satu perilaku sehat terkait usaha preventif yang dilakukan individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami, yaitu *help-seeking*. Penelitian yang dilakukan oleh Langley et al. pada tahun 2017 terhadap 243 orang partisipan dengan gangguan kecemasan menemukan bahwa *health belief model* berkorelasi signifikan dengan *help-seeking* pada kecemasan dengan persentase variansi sebesar 51% (Langley et al., 2017). Penelitian lain dilakukan oleh Kim dan Zane pada tahun 2015 pada 395 orang *Asian-American* dan 261 orang *White American* terkait *help-seeking intention* dari kedua ras tersebut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang *Asian-American* yang mengalami distress memiliki intensi yang lebih rendah untuk mencari bantuan dibanding orang *White-American* (Kim & Zane, 2015). Berdasarkan pemaparan tersebut, diketahui bahwa *health belief model* yang awalnya digunakan untuk mengamati perilaku sehat terkait penyakit fisik mulai digunakan pada masalah kesehatan mental, sehingga digunakan istilah *mental health belief model* yang didasarkan pada teori *health belief model* (Freedman-Doan, 2009).

*Mental Health Belief Model* (MHBM) merupakan konstruk *belief* yang disusun berdasarkan *Health Belief Model* (HBM) Rosenstock, sebuah model yang

sering digunakan tenaga kesehatan untuk mempromosikan perilaku sehat terkait penyakit fisik yang terimplikasi atau diderita individu. Konsep yang terdapat di HBM kemudian diadaptasi dan diaplikasikan oleh Henshaw & Freedman-Doan pada tahun 2009. Aspek dalam MHBM serupa dengan HBM, misalnya *perceived susceptibility* dalam MHBM adalah keadaan berterima (*acceptance*) individu terhadap diagnosis kesehatan mental, sedangkan *perceived severity* adalah tingkat keparahan gejala kesehatan mental yang dipersepsikan individu. Faktor lain yang diadaptasi dari HBM adalah *perceived benefits* yang merupakan persepsi terhadap manfaat dari terapi atau pemberian penanganan kesehatan mental, sedangkan *perceived barriers* adalah faktor yang dianggap dapat menghalangi individu untuk *commit* terhadap terapi. Selain itu, terdapat konsep *perceived self-efficacy* yang merupakan *belief* bahwa individu dapat berubah melalui terapi yang dijalani (Greene, 2018).

Penelitian yang dilakukan Langley et al. pada 2017 terhadap 243 individu dengan gangguan kecemasan menemukan bahwa *perceived benefit* yang merupakan salah satu aspek dari *mental health belief model* dapat menjadi prediktor yang kuat terhadap intensi untuk melakukan *help-seeking* pada kasus gangguan kecemasan. Besar kontribusi *health belief model* terhadap *professional help-seeking intention* adalah sebesar 51% (Langley et al., 2017). Penelitian lain yang dilakukan oleh O'Connor et al. pada 2014 terhadap 180 anak muda juga menemukan bahwa aspek *perceived benefit* berpengaruh signifikan dan menjadi prediktor terhadap *help-seeking behavior* terkait gangguan mental (O'Connor et al., 2014). Berdasarkan beberapa penelitian tersebut, *mental health belief model* dapat digunakan untuk mempromosikan *help-seeking intention* yang dimiliki individu terhadap gangguan mental, baik yang diderita diri sendiri maupun orang

lain. Berbagai penelitian tersebut menunjukkan bahwa *perceived barrier* dan *perceived benefit* berpengaruh secara signifikan terhadap *help-seeking* yang dilakukan individu terkait gangguan mental yang dialami.

Berdasarkan isu yang telah digambarkan, diketahui bahwa generasi millennial dengan berbagai tuntutan tugas perkembangannya memiliki tingkat kerentanan yang tinggi terhadap masalah serta gangguan kesehatan mental. Selain itu, generasi millennial juga diketahui memiliki intensi mencari bantuan profesional kesehatan mental yang tergolong rendah, sehingga berdampak pada perilaku sakit yang dilakukan dan terlambat untuk mendapat penanganan profesional. Penelitian dan data statistik yang telah diuraikan juga menimbulkan pertanyaan terkait *professional help-seeking intention* dan *mental health belief* pada generasi millennial yang perlu dikaji lebih lanjut. Oleh karena itu, penelitian ini ingin berfokus untuk mengetahui peran *mental health belief* terhadap *professional help-seeking intention* pada generasi millennial di Kota Makassar.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Apakah ada peran *mental health belief* terhadap *professional help-seeking intention* pada generasi millennial di Kota Makassar?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran *mental health belief* terhadap *professional help-seeking intention* pada generasi millennial di Kota Makassar.

## **1.4. Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Manfaat Teoretis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dalam perkembangan keilmuan Psikologi, khususnya dalam bidang psikologi kesehatan, psikologi sosial, dan psikologi perkembangan mengenai intensi berperilaku sehat terkait masalah kesehatan mental yang dialami kelompok usia tertentu. Penelitian ini juga diharapkan dapat memberi manfaat dan kontribusi ilmiah sebagai bahan literasi untuk penelitian selanjutnya mengenai *mental health belief* dan *professional help-seeking intention* serta gambaran *professional help-seeking intention* generasi millennial menggunakan *mental health belief model*.

### **1.4.2. Manfaat Praktis**

1. Penelitian ini diharapkan dapat membantu peneliti mengimplementasikan ilmu pengetahuan yang diperoleh selama berproses di Psikologi. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memperkaya wawasan peneliti mengenai *mental health belief* dan *professional help-seeking intention* pada generasi millennial di Kota Makassar. Selain itu, hasil penelitian juga diharapkan menjadi *insight* untuk peneliti agar dapat mengimplementasikan wawasan baru tersebut.
2. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi rujukan dan referensi bagi praktisi kesehatan mental atau pihak terkait dalam merancang intervensi upaya promotif dan preventif kesehatan mental di Kota Makassar, yaitu dengan mempertimbangkan *belief* atau faktor-faktor yang berpengaruh terhadap *professional help-seeking intention* individu.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### **2.1. *Professional Help-seeking Intention***

##### **2.1.1 Definisi *Professional Help-seeking Intention***

*Help-seeking* merupakan perilaku mencari atau meminta bantuan dari orang lain melalui mekanisme formal atau informal, seperti mencari bantuan di layanan kesehatan mental (American Psychological Association [APA], 2015). *Help-seeking* juga diartikan sebagai setiap tindakan atau kegiatan yang dilakukan individu yang menganggap dirinya membutuhkan bantuan personal, psikologis, afektif, kesehatan, atau layanan sosial untuk memenuhi kebutuhan terkait hal tersebut secara positif (Barker, 2007). Selain itu, *help-seeking* dapat didefinisikan sebagai tindakan yang disengaja untuk menyelesaikan masalah yang mengancam kemampuan pribadi. Proses pengambilan keputusan terkait *help-seeking* bersifat kompleks, dimulai dengan mengenali dan mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi, kemudian mengarah pada keputusan untuk melakukan *help-seeking* (Cornally & McCarthy, 2011). Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa *help-seeking* merupakan perilaku mencari bantuan untuk memenuhi kebutuhan maupun menyelesaikan masalah terkait diri secara positif, baik secara formal maupun informal.

*Help-seeking* dapat dikategorikan berdasarkan tujuan pencarian bantuan yang disasar terkait permasalahan yang sedang dihadapi, yaitu secara formal atau informal. *Help-seeking* terhadap layanan formal adalah mencari bantuan di layanan klinik, konselor, psikolog, staf medis, dan tenaga ahli atau profesional lainnya, sedangkan pada sumber informal, *help-seeking* dilakukan terhadap teman sebaya, anggota keluarga atau sanak keluarga lain, pasangan, dan/atau

orang dewasa dalam masyarakat (Barker, 2007; Rickwood et al., 2012). Berdasarkan beberapa penelitian di Indonesia, diketahui bahwa gambaran *help-seeking behavior* dan *attitude* yang dilakukan oleh masyarakat menunjukkan kecenderungan dalam mencari bantuan dari sumber informal. Penelitian yang dilakukan oleh Syafitri (2021) terhadap 692 mahasiswa menunjukkan bahwa sekitar 77.9% responden menjawab tokoh agama dan figur nonprofesional lain sebagai figur yang dimintai bantuan ketika mengalami permasalahan psikologis.

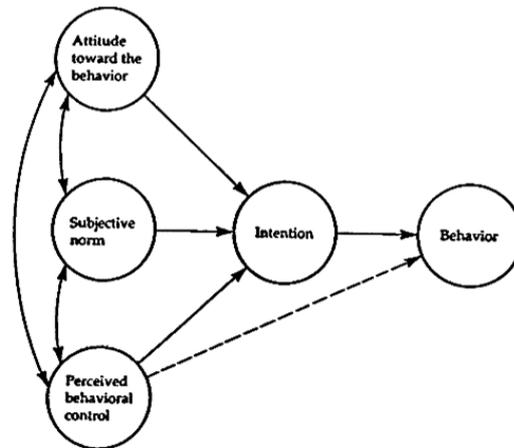
*Professional help-seeking* merupakan usaha untuk mencari dan mendapatkan bantuan yang dapat membantu peningkatan situasi atau penyelesaian masalah yang sedang dihadapi. *Professional help-seeking* juga dipandang sebagai salah satu bentuk *adaptive coping* yang bersifat aktif dan *problem-focused* karena individu berkomunikasi dengan orang lain untuk mendapat bantuan dalam hal pemahaman, saran, informasi, penanganan, dan dukungan sebagai respons terhadap pengalaman yang membuat stres atau mengganggu. *Professional help-seeking* termasuk ke dalam kategori *formal help-seeking* karena individu mencari bantuan kepada ahli atau spesialis yang memiliki izin dan terlegitimasi untuk memberikan saran, dukungan, dan/atau penanganan terhadap individu yang memiliki masalah (Rickwood et al., 2012).

*Professional help-seeking behavior* berawal dari intensi atau *intention* yang dimiliki individu. Setelah intensi untuk melakukan perilaku *help-seeking* terbentuk, individu akan bergerak untuk memilih sumber bantuan yang diinginkan, membuat kontak dengan sumber tersebut, dan mengungkapkan masalah yang dimilikinya untuk mendapat bantuan (Cornally & McCarthy, 2011). Beberapa teori dan model telah digunakan untuk menjelaskan *help-seeking intention* terkait gangguan

kesehatan mental, salah satunya adalah *The Theory of Planned Behavior* (TPB) oleh Ajzen (Gulliver et al., 2012).

Berdasarkan TPB, *intention* diasumsikan sebagai indikasi untuk menggambarkan faktor motivasi yang memengaruhi perilaku seseorang, yaitu seberapa keras seseorang ingin mencoba atau mengupayakan rencana yang telah dibuat agar dapat melakukan perilaku yang diintensikan. Aturan umum dari TPB adalah semakin kuat niat yang dimiliki seseorang untuk terlibat dalam suatu perilaku, semakin besar kemungkinan perilaku tersebut dilakukan (*performance*). *Performance* dari perilaku yang dipengaruhi *intention* hanya dapat dilakukan ketika individu dapat memutuskan sesuka hati untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku serta memiliki peluang dan sumber daya yang mendukung perilaku tersebut (Ajzen, 1991).

TPB menjelaskan bahwa perilaku diawali dengan pembentukan *intention* individu atau keinginan untuk *engage* terhadap perilaku tersebut. *Intention* dipengaruhi oleh *attitude* (perasaan negatif atau positif individu terkait keterlibatan dalam melakukan perilaku tertentu), *subjective belief* yang dimiliki individu mengenai pandangan orang lain terhadap perilaku (*subjective norm*), dan seberapa bisa individu percaya bahwa dirinya bisa melakukan perilaku tersebut (*perceived behavioral control*) (Sanderson, 2010). Hubungan antar keempat variabel tersebut dapat diamati pada diagram TPB berikut (Ajzen, 1991).



**Gambar 2.1 Diagram TPB (Ajzen, 1991)**

Berdasarkan TPB, *professional help-seeking intention* merupakan salah satu prediktor utama dalam memprediksi *actual help-seeking behavior*. Faktor utama dalam TPB yang memengaruhi *professional help-seeking intention* adalah *attitude* dan *perceived behavioral control*. Evaluasi individu terhadap layanan kesehatan mental serta persepsi mengenai ketersediaan sumber daya, *skill*, dan kesempatan untuk mengakses layanan memengaruhi pembentukan intensi individu untuk melakukan *help-seeking*. Contohnya adalah *belief* bahwa mendatangi tenaga ahli kesehatan mental dapat membantu individu dan *belief* tentang kemungkinan biaya konsultasi kesehatan mental (Adams et al., 2022).

*Subjective norm* juga dapat memengaruhi *intention* individu dalam melakukan *help-seeking* meskipun tidak se-signifikan dua faktor lain karena dipengaruhi oleh faktor kultural. Misalnya masalah kesehatan mental telah menjadi stigma umum di masyarakat Cina sehingga menghambat *intention* individu untuk mencari bantuan tenaga ahli karena merasa takut dengan penolakan dari lingkungan sosial (Adams et al., 2022).

Berdasarkan pemaparan tersebut, dapat disimpulkan bahwa *professional help-seeking intention* merupakan indikasi yang menggambarkan keinginan individu untuk mencari bantuan profesional terkait gejala atau gangguan mental yang dialami. *Professional help-seeking intention* dipengaruhi oleh *attitude*, *subjective norm*, dan *perceived behavioral control* yang akan memengaruhi seberapa *engage* individu untuk melakukan *help-seeking behavior*. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa semakin tinggi *professional help-seeking intention* individu, maka semakin besar pula kemungkinan individu untuk melakukan *help-seeking behavior*.

### **2.1.2 Faktor yang Memengaruhi *Professional Help-seeking Intention***

*Professional help-seeking intention* dipengaruhi oleh faktor-faktor yang terdapat pada tingkat individual, seperti sosiodemografi, status kesehatan, dan *mental health literacy* (Yu et al., 2015).

#### **1. Sosiodemografi**

Berdasarkan penelitian sebelumnya, *gender* menjadi faktor demografi yang konstan memprediksi *help-seeking behavior* individu. Sebagian besar penelitian melaporkan perempuan dari seluruh kelompok usia memiliki *help-seeking intention* terhadap layanan kesehatan mental yang lebih besar dan lebih mungkin untuk *engage* dalam melakukan perilaku tersebut. Faktor pendidikan juga menjadi salah satu faktor yang memprediksi *help-seeking* dengan tingkat pendidikan diasosiasikan dengan *intention* yang lebih besar untuk masalah kesehatan mental, terlepas dari etnis maupun negara tempat penelitian dilakukan.

#### **2. Status kesehatan**

Status kesehatan, khususnya terkait kesehatan mental, telah ditemukan diasosiasikan dengan *help-seeking intention*. Sebagian besar penelitian

menemukan bahwa status kesehatan mental yang memburuk diasosiasikan dengan peningkatan penggunaan layanan kesehatan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa individu yang mengalami gangguan keberfungsian, memenuhi satu atau dua kriteria gangguan metnal seperti depresi dan kecemasan, penyalahgunaan zat, dan/atau orang dengan *self-perceived* gangguan mental atau distress psikologis yang tinggi memiliki kemungkinan untuk *help-seeking* dari sumber formal maupun informal.

### 3. *Mental health literacy*

*Mental health literacy* (MHL) merupakan pengetahuan dan *belief* yang dimiliki individu mengenai gangguan kesehatan mental yang meliputi pengenalan, manajemen, atau pencegahan. Aspek dalam MHL meliputi mengenali gangguan mental, mengetahui faktor terkait kesehatan mental, dan *attitude* serta *belief* tentang gangguan mental. Penelitian sebelumnya menemukan bahwa individu dengan tingkat MHL yang rendah akan cenderung tidak melakukan *help-seeking* terkait gangguan mental yang dialami. Ketidakmampuan dalam mengenali gangguan mental diasosiasikan dengan keterlambatan dan kemungkinan yang rendah untuk *help-seeking*. Faktor lain yang juga memprediksi *help-seeking* individu adalah pengetahuan mengenai kesehatan mental, yaitu pengetahuan yang rendah meningkatkan kemungkinan untuk mencari bantuan. Selain itu, aspek utama terkait *attitude* terhadap gangguan mental yang berpengaruh terhadap *help-seeking* adalah stigma dan *shame* yang dilaporkan sebagai hambatan utama yang dihadapi individu.

*Professional help-seeking intention* juga dipengaruhi oleh berbagai faktor eksternal, seperti faktor terkait layanan yang disediakan maupun lingkungan sosial (Manumba & Hamid, 2020; Eigenhuis et al., 2021).

## 1. Aksesibilitas dan Kondisi Pelayanan Kesehatan

Kemudahan dalam mengakses layanan kesehatan mental merupakan salah satu aspek utama yang dipertimbangkan oleh individu dalam memutuskan untuk melakukan *help-seeking*. Kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan mental seperti transportasi ke fasilitas kesehatan menjadi hambatan dalam mencari bantuan profesional (Manumba & Hamid, 2020). Sebaliknya, akses langsung terhadap layanan kesehatan mental seperti ketersediaan psikolog atau konselor di tempat kerja atau sekolah membuat individu lebih memiliki *help-seeking intention* dan melakukan *help-seeking* (Eigenhuis et al., 2021).

## 2. Lingkungan Sosial

Kondisi lingkungan sosial ditemukan dapat memengaruhi *help-seeking intention* terkait gangguan mental yang dialami. Berdasarkan penelitian sebelumnya, lingkungan yang komunikatif dan membuat individu cenderung mengkonsultasikan masalah kesehatan serta sehari-hari dapat memengaruhi *help-seeking intention* individu. Selain itu, lingkungan sosial dengan literasi kesehatan yang memadai juga dapat memberikan pengetahuan yang sesuai mengenai gangguan mental dan tenaga profesional terkait kesehatan mental. Hal tersebut memengaruhi intensi individu untuk memilih sumber bantuan, yaitu lebih memilih sumber formal dibanding informal (Manumba & Hamid, 2020).

## **2.2. Mental Health Belief**

### **2.2.1. Definisi Mental Health Belief**

*Health belief model* merupakan model yang digunakan untuk menggambarkan proses yang memengaruhi individu untuk melakukan perilaku sehat berdasarkan dua pertimbangan, yaitu persepsi mengenai ancaman dari masalah kesehatan (*perceived threat*) dan pertimbangan pro-kontra dari berperilaku sehat terkait masalah kesehatan tersebut (Rosenstock, 1966). *Health belief model* dikonstruksi oleh Rosenstock untuk mendapat gambaran faktor-faktor yang memengaruhi ketidakinginan individu untuk melakukan langkah preventif atau berperilaku sehat terkait penyakit yang diderita individu pada saat itu. Rosenstock menjelaskan bahwa *belief* yang dimiliki individu terkait kerentanan terhadap penyakit, tingkat keparahan, pertimbangan manfaat dan hambatan, serta isyarat untuk bertindak memengaruhi kemungkinan individu untuk melakukan perilaku sehat terkait masalah kesehatan tertentu (Rosenstock, 1974).

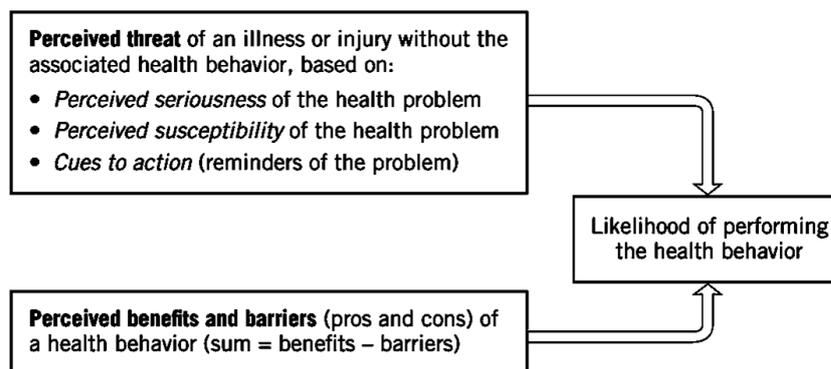
*Mental health belief* adalah konstruk *belief* yang disusun berdasarkan *health belief model* Rosenstock, sebuah model yang sering digunakan tenaga kesehatan untuk mempromosikan perilaku sehat terkait penyakit fisik yang terimplikasi atau diderita individu (Greene, 2018). Beberapa penelitian sebelumnya menggunakan istilah *health belief model* tidak hanya untuk penyakit fisik, tetapi juga gangguan kesehatan mental. Istilah *mental health belief model* baru pertama kali digunakan oleh Henshaw & Freedman-Doan pada tahun 2009 untuk menjelaskan utilisasi layanan kesehatan mental. Setelah itu, penelitian lain mulai menggunakan *mental health belief model* untuk mengkaji keterkaitan model *belief* tersebut dengan penggunaan layanan kesehatan mental (Henshaw & Freedman-

Doan, 2009) maupun perilaku mencari bantuan terkait kesehatan mental (Greene, 2018; Richard, 2020).

Berdasarkan pemaparan tersebut, dapat disimpulkan bahwa *mental health belief* merupakan konstruk *belief* yang diadaptasi dari *health belief model* Rosenstock. Meskipun banyak penelitian sebelumnya yang menggunakan *health belief model* untuk mengkaji perilaku sehat terkait gangguan mental, istilah *mental health belief model* mulai digunakan untuk fokus mengkaji model *belief* individu yang memengaruhi perilaku sehat terkait kesehatan mentalnya. *Mental health belief model* digunakan untuk menggambarkan proses pengambilan keputusan individu dalam mempertimbangkan ancaman dari gangguan kesehatan mental (*perceived threat*) dan keuntungan serta hambatan dari berperilaku sehat terkait masalah kesehatan mental tersebut.

### **2.2.2. Aspek Mental Health Belief**

*Health belief model* yang dijabarkan oleh Rosenstock terdiri dari beberapa aspek yang dipersepsikan oleh individu (*perceived*) dan memengaruhi kemungkinan individu untuk melakukan perilaku sehat atau tidak berdasarkan pengaruh berbagai aspek *perceived* tersebut. Berdasarkan Rosenstock, individu akan melakukan perilaku sehat berdasarkan *perceived threat* atau seberapa individu merasa terancam atau khawatir oleh masalah kesehatan dan pertimbangan *sum* atau *perceived benefit* (keuntungan) dan *barrier* (hambatan) dari melakukan perilaku sehat *tersebut*. Diagram gambaran aspek *health belief model* Rosenstock dapat diamati pada gambar berikut (Sarafino & Smith, 2017).



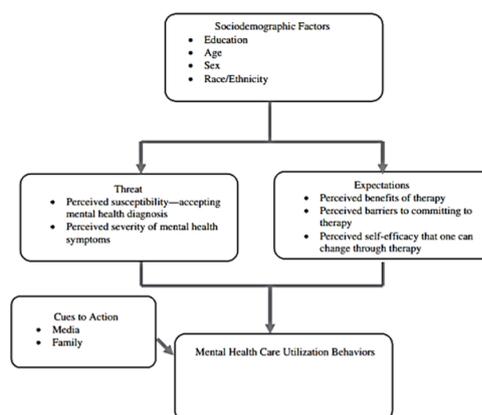
**Gambar 2.2 Diagram Health Belief Model Rosentock (Sarafino & Smith, 2017)**

Berdasarkan diagram tersebut, dapat diketahui bahwa terdapat lima aspek dalam *health belief model* Rosentock, yaitu *perceived seriousness*, *perceived susceptibility*, *cues to action*, *perceived benefits*, dan *perceived barriers*. Penjelasan dari masing-masing aspek *health belief model* Rosenstock adalah sebagai berikut (Sarafino & Smith, 2017).

1. *Perceived seriousness* (*perceived severity*) adalah persepsi individu mengenai tingkat keparahan serta dampak yang dapat timbul jika individu mengalami masalah kesehatan dan tidak melakukan pengobatan. Jika individu percaya bahwa suatu masalah kesehatan dapat berdampak serius terhadap diri, maka akan semakin besar kemungkinan individu memersepsikan hal tersebut sebagai ancaman dan melakukan pencegahan.
2. *Perceived susceptibility* adalah hasil evaluasi individu terhadap kemungkinan diri mengalami masalah kesehatan. Jika individu memersepsikan dirinya memiliki risiko yang tinggi untuk mengalami masalah kesehatan, maka semakin besar kemungkinan untuk memersepsikan hal tersebut sebagai ancaman dan melakukan aksi (melakukan perilaku sehat).

3. *Cues to action* adalah hal yang dapat mengingatkan atau memeringati individu mengenai kemungkinan masalah kesehatan, sehingga meningkatkan kemungkinan individu untuk memandang hal tersebut sebagai ancaman dan melakukan aksi (melakukan perilaku sehat). Contoh dari aspek ini adalah pengumuman masalah kesehatan di papan reklame, teman atau keluarga yang memiliki masalah kesehatan mental, episode drama medikal mengenai penyakit tertentu, dan sebagainya.
4. *Perceived benefits* adalah pertimbangan individu terhadap keuntungan yang dapat diperoleh dari melakukan perilaku sehat, misalnya menjadi lebih sehat atau mengurangi risiko masalah kesehatan.
5. *Perceived barriers* adalah pertimbangan individu terhadap hambatan atau biaya yang dipersiapkan individu ketika melakukan perilaku sehat, misalnya pertimbangan keuangan, dampak psikososial, dan pertimbangan fisik.

*Mental health belief model* didasarkan pada konstruk *health belief model* Rosenstock, sehingga aspek *belief* yang menyusun model ini juga serupa dengan *health belief model*. Beberapa penelitian sebelumnya memaparkan aspek dari *mental health belief* model dengan cara yang berbeda, yaitu ada yang mengelompokkan *perceived* dari model ini ke dalam beberapa kategori (Henshaw & Freedman-Doan, 2009), sedangkan penelitian lain memaparkan aspek tersebut secara terpisah (Greene, 2018). Berikut diagram yang menggambarkan pengelompokan aspek *mental health belief model* yang dibuat oleh Henshaw & Freedman-Doan (2009).



Adapted from Health Belief Model proposed by Rosenstock et al., 1990

**Gambar 2.3 Diagram *Mental Health Belief Model* Henshaw & Freedman-Doan (2009)**

Henshaw dan Freedman-Doan (2009) mengadaptasi *health belief model* Rosenstock untuk menjelaskan *mental health belief model* dalam melakukan perilaku sehat terkait kesehatan mental, yaitu perilaku menggunakan layanan kesehatan mental. Faktor sosiodemografis seperti pendidikan, usia, jenis kelamin, dan ras atau etnis memengaruhi *threat* dan *expectation* yang dimiliki individu terhadap perilaku menggunakan layanan kesehatan mental. Berdasarkan diagram tersebut dapat diketahui bahwa terdapat dua bagian utama yang berpengaruh langsung terhadap perilaku menggunakan layanan kesehatan mental, *threat* dan *expectation*. Berdasarkan kedua bagian tersebut, terdapat lima aspek *mental health belief model* dengan penjelasan sebagai berikut (Henshaw & Freedman-Doan, 2009).

#### 1. *Threat*

*Threat* adalah ancaman yang dipersepsikan individu terhadap gangguan mental. *Threat* yang dipersepsikan individu meliputi dua aspek, yaitu *perceived susceptibility* dan *perceived severity*. *Perceived susceptibility* adalah *belief* tentang kerentanan diri terhadap gangguan mental dan menerima diagnosis kesehatan

mental, sedangkan *perceived severity* adalah *belief* tentang gangguan memiliki dampak yang serius atau akan mengganggu dengan keberfungsian sehari-hari.

## 2. *Expectations*

*Expectations* merupakan persepsi yang dimiliki individu terhadap ekspektasi manfaat dari menjalani terapi gangguan mental. *Expectations* dalam model ini terdiri dari tiga aspek, yaitu *perceived benefits*, *perceived barriers*, dan *perceived self-efficacy*. *Perceived benefits* adalah *belief* bahwa langkah intervensi atau pencegahan dapat mengurangi gejala gangguan secara efektif, sedangkan *perceived barrier* merupakan persepsi individu mengenai beberapa hambatan yang menghalangi untuk melakukan terapi. *Perceived self-efficacy* adalah persepsi individu terhadap ekspektasi tentang kemampuan diri untuk memengaruhi hasil dari perilaku sehat terkait kesehatan mental yang dilakukan.

*Cues to action* merupakan salah satu konsep aspek yang juga diadaptasi dari *health belief model* Rosenstock. Berbeda dengan lima aspek sebelumnya yang berfokus pada *belief* dalam diri individu, *cues to action* merupakan peristiwa atau pengalaman yang dapat mengingatkan individu terhadap keparahan atau ancaman dari suatu penyakit. *Cues to action* biasanya muncul dari media atau pengalaman langsung yang dialami keluarga atau diri sendiri, sehingga membuat individu mengingat kembali mengenai suatu gangguan. Aspek ini juga berpengaruh langsung terhadap perilaku menggunakan layanan kesehatan mental (Henshaw & Freedman-Doan, 2009).

Penelitian ini berfokus pada aspek *mental health belief model* yang dipaparkan secara terpisah, yaitu *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, dan *perceived self-efficacy* yang dipaparkan oleh Greene (2018).

1. *Perceived susceptibility* adalah persepsi individu mengenai kerentanan diri terhadap kondisi gangguan mental, mulai dari tingkat rendah hingga tinggi.
2. *Perceived severity* adalah tingkat keparahan gejala kesehatan mental yang dipersepsikan individu (morbiditas dan mortalitas).
3. *Perceived benefits* merupakan persepsi individu terhadap aksi tertentu yang dianggap dapat memengaruhi pengurangan risiko dari mengalami gangguan mental atau menerima dampak dari kondisi gangguan tersebut.
4. *Perceived barriers* adalah faktor yang dianggap dapat menghalangi individu untuk *commit* terhadap terapi. *Barriers* dapat berupa keterbatasan waktu, transportasi, kemudahan, dan faktor lain yang memengaruhi keputusan individu untuk berperilaku.
5. *Perceived self-efficacy* merupakan *belief* bahwa individu dapat melakukan terapi dan berubah melalui terapi yang dijalani.

Individu mempertimbangkan *benefits* dan *barriers* yang akan diperoleh atau dihadapi jika melakukan perilaku sehat terkait kesehatan mental dan memengaruhi keputusan untuk melakukan perilaku tersebut atau tidak. Jika perilaku sehat tersebut adalah penggunaan layanan kesehatan mental, individu akan cenderung menggunakan layanan tersebut jika memersepsikan diri rentan terhadap masalah kesehatan mental (*perceived susceptibility*), memercayai bahwa masalah kesehatan mental memiliki dampak yang serius (*perceived severity*), mempertimbangkan *benefits* dari layanan lebih besari dari *barrier*-nya (*perceived benefits* dan *perceived barriers*), dan percaya bahwa diri dapat menggunakan layanan kesehatan mental (*perceived self-efficacy*) (Greene, 2018).

### 2.2.3. Faktor yang Memengaruhi *Mental Health Belief*

*Health belief model* yang dibuat oleh Rosenstock memaparkan bahwa karakteristik individual dapat memengaruhi persepsi individu terhadap *benefits*, *barriers*, dan *threat* terkait masalah kesehatan dan perilaku sehat untuk mencegah hal tersebut. Rosenstock menyebut karakteristik individual tersebut sebagai *modifying factors* yang meliputi variabel demografis (usia, jenis kelamin, ras, etnis), sosiopsikologis (kepribadian, kelas sosial, *peer group/reference group pressure*), dan struktural (pengetahuan mengenai penyakit, pernah berkontak dengan penyakit) (Rosenstock, 1974). *Modifying factors* tersebut juga berlaku dalam konteks *mental health belief model* dan memengaruhi aspek yang terdapat dalam model perilaku sehat terkait kesehatan mental, khususnya terkait demografi. Berdasarkan Henshaw & Freedman-Doan (2009), pengaruh faktor demografi terhadap aspek dalam *mental health belief model* dapat dijelaskan sebagai berikut.

#### 1. Pengaruh Variabel Demografi terhadap *Perceived Severity*

Berdasarkan penelitian sebelumnya, ditemukan bahwa perempuan cenderung lebih sering memiliki *perceived severity* yang lebih tinggi dibanding laki-laki. Contohnya adalah perempuan lebih cenderung memersepsikan distres sebagai masalah kesehatan mental dan menganggap penyebab nyeri leher atau perut sebagai gejala distres psikologis dibanding laki-laki. Hal tersebut menjelaskan alasan perempuan dilaporkan lebih banyak dan aktif dalam menggunakan layanan kesehatan mental. Selain itu, individu berusia lanjut memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk mencari bantuan pengobatan terkait gangguan mental jika memersepsikan kebutuhan yang kuat untuk menerima pengobatan tersebut.

## 2. Pengaruh Variabel Demografi terhadap *Perceived Benefits*

Persepsi mengenai pengobatan kesehatan mental sebagai sesuatu yang bermanfaat kemungkinan dipengaruhi oleh budaya dan pengalaman pribadi individu. Penelitian sebelumnya menemukan bahwa terdapat perbedaan *attitude* yang ditunjukkan oleh ras berbeda karena pengaruh *belief* yang dimiliki individu terkait penyebab gangguan mental. Hal tersebut memengaruhi persepsi individu terkait nilai *benefit* dari perilaku menggunakan layanan kesehatan mental. Individu yang memersepsikan gejala distres psikologis disebabkan oleh faktor spiritual akan cenderung menilai bahwa berkonsultasi dengan pemimpin agama lebih menguntungkan dibanding menggunakan layanan profesional kesehatan mental.

## 3. Pengaruh Variabel Demografi terhadap *Perceived Barriers*

Beberapa kelompok tertentu telah menerima layanan kesehatan mental, khususnya individu yang tidak memiliki asuransi kesehatan, menerima bantuan pemerintah (*public assistance*), dan tunawisma. Penelitian sebelumnya menemukan bahwa perempuan dengan penghasilan rendah, faktor biaya atau tidak memiliki asuransi, ketakutan terhadap pengobatan, ketidaktahuan untuk mencari layanan, faktor transportasi, dan alasan mengurus anak menjadi alasan umum yang diajukan individu untuk tidak mencari bantuan ketika dibutuhkan. Temuan tersebut banyak ditemukan pada penduduk miskin di pedesaan. Penelitian lain menemukan bahwa bantuan sosial dari tenaga ahli memprediksi penggunaan layanan pada populasi tunawisma yang mengalami gangguan mental.

## **2.3. Generasi Millennial**

### **2.3.1. Definisi Generasi Millennial**

Generasi adalah kelompok yang dapat diidentifikasi melalui tahun lahir, usia, lokasi, dan peristiwa signifikan yang memengaruhi kepribadian mereka. Generasi dapat terbentuk oleh peristiwa hidup yang signifikan, seperti perang, teknologi baru, atau perubahan ekonomi besar-besaran yang kemudian memengaruhi kepribadian, nilai, dan ekspektasi dari generasi tersebut (Smith & Nichols, 2015). Istilah milenial digunakan untuk orang yang lahir pada tahun 1980-an hingga 1990-an (Merriam-Webster, n.d.) dan mencapai usia dewasa muda pada awal abad ke-21 (Oxford, n.d.). Penelitian sebelumnya menggunakan rentang waktu berbeda untuk menjelaskan karakteristik utama generasi millennial, tetapi umumnya menggunakan rentang dari awal tahun 1980-an hingga akhir tahun 1990-an (Frey, 2018).

Generasi millennial adalah sekelompok individu yang lahir pada tahun 1980 hingga 2000. Istilah "millennial" digunakan karena kelompok tersebut dekat dengan millennium baru serta dibesarkan pada masa yang lebih digital sehingga mendapat pengaruh yang besar oleh komputer dan lebih menerima nilai-nilai atau keluarga yang non-tradisional (Smith & Nichols, 2015). Generasi millennial juga biasa disebut dengan generasi Y yang didefinisikan sebagai sekelompok individu yang lahir setelah tahun 1980-an dan memasuki dunia kerja pada tahun 2000-an. Generasi millennial memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi dari generasi sebelumnya (generasi X atau *baby boomer*), pengguna teknologi informasi dan komunikasi dengan tingkat kompetensi yang tinggi, dan terbiasa dengan dunia media sosial. Generasi millennial dipandang berbeda dengan generasi sebelumnya karena dalam konteks pekerjaan, generasi millennial dianggap lebih

mampu untuk bekerja di bawah budaya manajemen baru, berkontribusi terhadap inovasi di tempat kerja, dan menyesuaikan pekerjaan dengan waktu luang dengan cara baru (Pyöriä et al., 2017).

Berdasarkan pemaparan tersebut, dapat disimpulkan bahwa generasi millennial adalah sekelompok individu yang lahir dekat dengan millennial baru, ditandai dengan lahir pada awal tahun 1980-an hingga akhir 1990-an. Generasi millennial juga ditandai dengan sekelompok individu yang berusia dewasa awal pada awal abad ke-21 (tahun 2000-an). Generasi millennial merupakan generasi yang lahir dan dibesarkan pada era digital, sehingga memiliki kompetensi penggunaan teknologi informasi dan komunikasi yang lebih tinggi dibanding generasi sebelumnya. Hal tersebut berpengaruh pada adaptabilitas generasi millennial terhadap aspek baru dalam dunia kerja.

### **2.3.2. Karakteristik Generasi Millennial**

Karakteristik utama yang menandakan individu tergolong sebagai bagian dari generasi millennial adalah tahun kelahiran, yaitu setelah tahun 1980 hingga akhir tahun 1990-an (Smith & Nichols, 2015; Frey, 2018; Merriam-Webster, n.d.) dan memasuki tahap dewasa awal serta dunia kerja pada awal abad ke-21 atau tahun 2000-an (Pyöriä et al., 2017; Oxford University Press, n.d.). Beberapa karakteristik generasi millennial dapat dijelaskan sebagai berikut (Smith & Nichols, 2015).

#### **1. Percaya diri**

Generasi millennial dipandang sebagai generasi yang percaya diri berdasarkan beberapa penelitian. Kepercayaan diri tersebut timbul dari keyakinan dan optimisme yang dimiliki generasi millennial. Penelitian menemukan *self-*

*esteem* dan *assertiveness* generasi millennial berada pada tingkat yang lebih tinggi dibanding generasi sebelumnya pada usia yang sama.

## 2. Fokus pada pencapaian

Generasi millennial dikenal sebagai generasi yang berfokus pada pencapaian. Generasi millennial tidak hanya harus melakukan yang terbaik, tetapi juga untuk unggul dan melampaui segala tujuan dan aspirasi. Penelitian sebelumnya menemukan bahwa generasi millennial lebih bersedia untuk memberikan usaha ekstra agar membantu organisasi kerjanya sukses. Tidak hanya berfokus pada pencapaian, generasi millennial juga lebih merasa bertanggung jawab terhadap perbuatan yang dilakukan.

## 3. Menikmati bekerja dalam kelompok dan lebih toleran dari generasi sebelumnya

Generasi millennial dibesarkan dengan berbagai program edukasi yang banyak melibatkan aktivitas kelompok, sehingga membuat generasi millennial senang bekerja dalam kelompok. Nilai yang diperoleh dari kerja kelompok tersebut membuat generasi millennial lebih toleran dibanding generasi sebelumnya. Selain itu, generasi millennial juga dibesarkan dalam lingkungan yang lebih pelbagai sehingga memengaruhi pandangan generasi millennial terhadap bekerja dalam kelompok untuk menyelesaikan suatu pekerjaan.

## 4. Berfokus pada keluarga

Generasi millennial adalah generasi yang berfokus pada keluarga sehingga membutuhkan *work/life balance* yang lebih baik. Generasi millennial dibesarkan dengan penekanan pada keluarga, sehingga membuat generasi millennial lebih memilih untuk fokus pada kehidupan pribadi dibanding karir.

## 5. Senang menggunakan teknologi

Generasi millennial menjadi bergantung pada teknologi pada usia yang lebih dini dibanding generasi lain. Penelitian sebelumnya menemukan bahwa individu yang menggunakan teknologi pada usia dini akan lebih ahli dibanding individu yang mempelajarinya di kemudian hari.

### 2.3.3. Kesehatan Mental Generasi Millennial

Berdasarkan kriteria usia dalam teori perkembangan, generasi millennial saat ini termasuk dalam usia dewasa awal (sekitar 20 sampai 40 tahun). Tahap perkembangan dewasa awal diawali dengan masa *emerging adulthood* atau masa transisi dengan berbagai eksperimen dan eksplorasi yang dilakukan individu untuk mengukuhkan identitas diri serta memilih pilihan yang memengaruhi arah hidupnya. Individu dituntut untuk untuk membangun kemandirian pribadi dan ekonomi, pengembangan karir, dan sebagian besar individu memilih pasangan, belajar hidup dengan seseorang secara intim, memulai sebuah keluarga, dan mengasuh anak (Santrock, 2011).

Generasi millennial sebagai generasi yang menjadi angkatan kerja aktif saat ini menghadapi tantangan yang lebih unik dalam membangun dan mempertahankan kesehatan mental dibanding generasi sebelumnya. Generasi millennial merupakan "*digital natives*" atau generasi yang lahir dan besar seiring perkembangan digital, sehingga membuat generasi millennial merasakan berbagai keuntungan dari penggunaan teknologi dalam kehidupan sehari-hari. Namun, hal tersebut tidak dapat lepas dari konsekuensi negatif yang perlu dipertimbangkan oleh generasi millennial, seperti kecenderungan generasi millennial untuk mengkompromikan pengalaman dunia nyata yang dibutuhkan untuk menghadapi pengalaman tidak menyenangkan (kebosanan atau distres).

Hal tersebut dapat dimaknai bahwa generasi millennial yang tumbuh dengan revolusi digital cenderung dipandang kurang memiliki pengalaman nyata yang memadai untuk memfasilitasi diri dalam mengembangkan kemampuan sosial, empati, atensi, dan toleransi untuk menghadapi distres yang dialami (Teng, 2016).

#### **2.4. Hubungan *Mental Health Belief* dengan *Professional Help-seeking Intention***

Hubungan dari *mental health belief* dengan *professional help-seeking intention* secara tidak langsung dapat dijelaskan menggunakan teori perilaku sehat (*health behavior*). *Health belief model* yang merupakan konstruk dasar *mental health belief model* adalah salah satu teori perilaku sehat yang dapat menjelaskan alasan individu terdorong untuk melakukan perilaku yang dapat berdampak positif pada kesejahteraan hidup. Salah satu perilaku sehat dalam konteks kesehatan mental adalah *help-seeking behavior*. Berdasarkan Cornally dan McCarthy (2011), *help-seeking behavior* dilakukan individu setelah intensi untuk melakukan perilaku *help-seeking* terbentuk, sehingga individu akan bergerak untuk memilih sumber bantuan yang diinginkan, membuat kontak dengan sumber tersebut, dan mengungkapkan masalah yang dimilikinya untuk mendapat bantuan. Hal tersebut juga sejalan dengan TPB oleh Ajzen bahwa *intention* diasumsikan sebagai indikasi untuk menggambarkan faktor motivasi yang memengaruhi perilaku atau *behavior* seseorang.

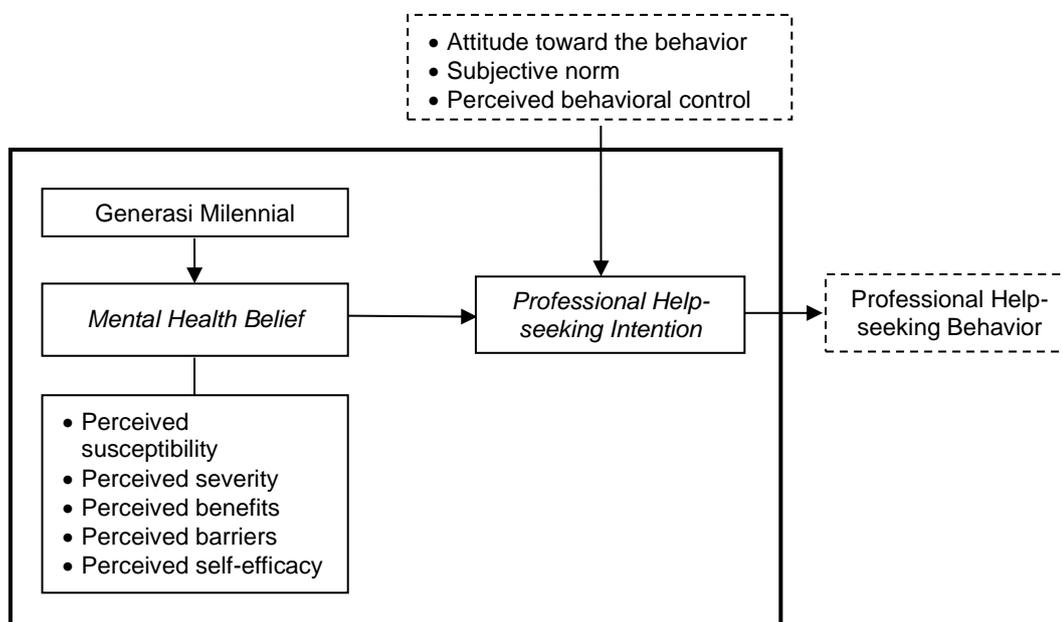
Beberapa penelitian sebelumnya telah mengkaji hubungan antara *mental health belief model* dengan *professional help-seeking intention*. Langley et al. (2017) menemukan bahwa *mental health belief model* memiliki korelasi yang signifikan dengan *help-seeking* pada orang dengan gangguan kecemasan.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, diketahui bahwa dari enam aspek *mental health belief model*, aspek yang berpengaruh paling signifikan adalah *perceived benefit* dan menjadi prediktor yang kuat terhadap *help-seeking intention* pada orang dengan gangguan kecemasan. *Perceived benefit* yang dimiliki individu mencakup pandangan positif terhadap *help-seeking*, sehingga memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk melakukan perilaku tersebut.

Penelitian lain dilakukan oleh O'Connor et al. (2014) terhadap 180 anak muda menemukan bahwa aspek *perceived benefit* dan *perceived behavior* berpengaruh signifikan dan menjadi prediktor terhadap *help-seeking intention* terkait gangguan mental. Hasil penelitian tersebut membuktikan bahwa individu yang melihat *benefit* yang lebih banyak daripada *barrier* akan lebih cenderung melakukan *help-seeking* dibanding individu yang melihat sebaliknya. Penelitian ini juga menemukan bahwa individu yang memiliki kemungkinan kecil untuk *seek-help* (individu yang sangat rentan dengan gangguan mental dan memersepsikan *benefit* yang sedikit) akan lebih mungkin melakukan *seek-help* jika dapat diyakinkan mengenai *benefit* dari perilaku tersebut.

Berdasarkan beberapa penelitian tersebut, *mental health belief model* dapat digunakan untuk memprediksi *help-seeking intention* yang dimiliki individu terhadap gangguan mental, baik yang diderita diri sendiri maupun orang lain. Berbagai penelitian tersebut menunjukkan bahwa *perceived barrier* dan *perceived benefit* berpengaruh secara signifikan terhadap *help-seeking* yang dilakukan individu terkait gangguan mental yang dialami, bahkan memengaruhi aspek lain seperti *perceived susceptibility* (O'Connor et al., 2014).

## 2.5. Kerangka Konseptual



### Keterangan:



**Gambar 2.4 Kerangka Konseptual**

Generasi millennial merupakan generasi yang berada pada masa produktif saat ini dengan berbagai tuntutan hidup sebagai dewasa awal yang memiliki kemandirian dan tanggung jawab dalam menentukan arah hidupnya sendiri (Santrock, 2011). Berbagai tuntutan tersebut dapat menjadi stresor dan membuat generasi millennial rentan terhadap gejala gangguan mental jika tidak dapat menghadapi tuntutan tersebut. Hal tersebut juga sejalan dengan beberapa hasil penelitian dan survei yang menemukan bahwa generasi millennial memiliki distres, gejala gangguan mental, dan derajat kesehatan mental yang cukup rendah. Kondisi kesehatan mental generasi millennial tersebut kemudian memengaruhi cara individu memersepsikan masalah kesehatan mental dan perilaku sehat terkait

masalah tersebut yang kemudian membentuk *belief* individu. Konstruk *belief* individu terkait kesehatan mental dan perilaku sehat dapat dijelaskan menggunakan *mental health belief model* (Greene, 2018).

*Mental health belief model* merupakan konstruk *belief* yang dimiliki individu dengan mempertimbangkan berbagai *belief* yang dipersepsikan olehnya. *Belief* tersebut mencakup *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, *perceived self-efficacy* yang dipersepsikan individu. Jika hasil pertimbangan dan perbandingan berbagai *belief* tersebut mengarah ke *belief* yang positif, maka individu cenderung terdorong untuk melakukan perilaku sehat yang dalam penelitian ini adalah *professional help-seeking behavior*. Hal tersebut menunjukkan bahwa pembentukan *professional help-seeking intention* yang dimiliki individu juga semakin besar.

*Professional help-seeking behavior* adalah salah satu bentuk perilaku sehat yang dilakukan individu secara sadar untuk mencari bantuan profesional terkait gangguan atau gejala gangguan mental yang sedang dialami. Salah satu konstruk yang memengaruhi perwujudan perilaku tersebut adalah *professional help-seeking intention* atau intensi yang terbentuk dalam diri individu untuk mencari bantuan profesional kesehatan mental terkait masalah atau gejala dari gangguan yang sedang dialami. Beberapa teori dan model telah digunakan untuk menjelaskan *help-seeking* terkait masalah kesehatan mental, salah satunya adalah *Theory of Planned Behavior* (TPB) milik Ajzen (Gulliver et al., 2012). Berdasarkan TPB, *professional help-seeking intention* dipengaruhi oleh tiga aspek utama, yaitu *attitude toward the behavior*, *subjective norm*, dan *perceived behavioral control*. Jika *professional help-seeking intention* yang dimiliki individu termasuk dalam kategori tinggi, maka semakin besar kemungkinan individu untuk

melakukan *help-seeking behavior* terkait masalah kesehatan mental yang dialami (Cornally & McCarthy, 2011; Ajzen, 1991).

## 2.6. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan pemaparan rumusan masalah dan kerangka konseptual, hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut:

$H_0$  = Tidak terdapat peran *mental health belief* terhadap *professional help-seeking intention* generasi Millennial Kota Makassar

$H_a$  = Terdapat peran *mental health belief* terhadap *professional help-seeking intention* generasi Millennial Kota Makassar