

Gambaran Tingkat *Psychological Distress* Mahasiswa Dan Hubungannya Dengan Aksesibilitas Pelayanan Konseling Mahasiswa

An Overview on Student Psychological Distress Levels and Its Relationship with Accessibility of Student Counseling Services

Winda Maharani

Program Studi Psikologi, Universitas Nahdlatul Ulama Indonesia

E-mail: winda@unusia.ac.id

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan tingkat *psychological distress* mahasiswa berdasarkan kebutuhannya akan pelayanan Badan Konseling Mahasiswa (BKM), serta untuk mengetahui alasan-alasan mahasiswa dalam memutuskan untuk menggunakan dan tidak menggunakan layanan Badan Konsultasi Mahasiswa. Subjek dibagi atas 4 kelompok sesuai dengan kebutuhannya akan pelayanan BKM, yaitu (1) kelompok yang membutuhkan pelayanan BKM tahun 2010 dan 2011, (2) kelompok yang tidak membutuhkan pelayanan BKM tahun 2010 dan 2011, (3) kelompok yang hanya membutuhkan pelayanan BKM di tahun 2010, dan (4) kelompok yang hanya membutuhkan pelayanan BKM di tahun 2011. Penelitian ini menggunakan metode *triangulation of study* dalam mengumpulkan data-data penelitian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* yang signifikan pada keempat kelompok subjek tersebut. Sedangkan alasan mahasiswa untuk menggunakan atau tidak menggunakan pelayanan BKM terkait erat dengan isu aksesibilitas perawatan kesehatan.

Kata Kunci: *aksesibilitas, psychological distress, mahasiswa, Badan Konsultasi Mahasiswa.*

Abstract

The purpose of this research are to know the difference of psychological distress level among student based on his needs of university mental health care services, and also to know the reasons of using the university mental health care services. Subject are divided into 4 group. First, the group who needs university mental health care services on both 2010 and 2011, second is the group who doesn't need university mental health care services on both 2010 and 2011, third is the group who needs university mental health care services only on 2010 and last is the group who needs university mental health care services only on 2011. This research using triangulation of study as a method to collect data. The result of this research revealed that there is no significant difference in level of psychological distress among 4 groups mentioned earlier. The result also revealed the reasons of using the BKM services is highly associated with accessibility of mental health care services issues.

Keywords: *accessibility, psychological distress, students, Badan Konsultasi Mahasiswa (University Mental Health Care)*

Pendahuluan

Psychological distress merupakan sebuah keadaan subjektif yang tidak menyenangkan (Mirowsky dan Ross 1989). Dua bentuk utama dari distress adalah depresi dan kecemasan (Mirowsky dan Ross 1989). Ciri-ciri tersebut seringkali ditemui dalam berbagai kondisi yang dialami oleh mahasiswa.

Pada penelitian mengenai *psychological distress* pada mahasiswa di Universitas Indonesia ditemukan bahwa prevalensi mahasiswa yang memiliki tingkat *psychological distress* yang tinggi adalah 39% (Utama 2010). Prevalensi tersebut tersebar cukup merata hampir di 12 fakultas yang ada di Universitas Indonesia, terlepas dari perbedaan jenis kelamin, tingkat pendidikan orangtua, status pernikahan orangtua, dan juga status pernikahan orangtua (Utama 2010).

Sebuah penelitian menemukan bahwa tingginya tingkat *psychological distress* yang dialami mahasiswa memiliki hubungan yang signifikan dengan performa akademis dan non akademisnya (Brackney dan Karabenick 1995). Walaupun begitu, mahasiswa terkadang terlalu bingung dan tertekan untuk menemukan teknik coping yang tepat untuk menurunkan tingkat distress yang dialaminya (Rice 1998). Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah dengan mencari bantuan dari para ahli atau psikolog, agar mahasiswa dapat terbantu untuk menemukan teknik coping yang sesuai dengan masalah yang dialaminya (Rice 1998). Sayangnya hanya sedikit mahasiswa yang mencari bantuan dari para ahli ketika mengalami stres (Stallman 2008).

Di Universitas Indonesia terdapat wadah khusus yang bergerak di bidang kesehatan mental mahasiswa UI yang juga menangani permasalahan psikologis mahasiswa, yaitu Badan Konsultasi Mahasiswa atau BKM. Layanan yang ditawarkan oleh BKM berupa konseling gratis yang dilakukan oleh para psikolog.

Sayangnya hanya sedikit mahasiswa UI yang menggunakan fasilitas BKM ini di tahun 2010, yaitu hanya sebanyak 140 mahasiswa (data BKM 2010) dari total 22.594 mahasiswa UI (Utama 2010). Hingga sekarang jumlah mahasiswa yang memanfaatkan layanan BKM masih tergolong sedikit. Padahal Badan Konsultasi Mahasiswa atau BKM merupakan satu-satunya penyedia layanan kesehatan (*health care provider*) mental civitas akademika Universitas Indonesia.

Dalam memberikan pelayanannya, penyedia layanan kesehatan (*health care provider*) harus dapat mengakomodasi kebutuhan dari masyarakat. Menurut Somers (dalam Koesoebjono-Sarwono 1993), lima prinsip dasar yang diharapkan masyarakat dari pelayanan kesehatan ialah *availability*, *accessibility*, *affordability*, *accountability*, dan *acceptability*. Bila salah satu prinsip tersebut belum dapat dipenuhi oleh penyedia layanan kesehatan, tentunya jumlah individu yang menggunakan layanan tersebut juga akan semakin berkurang (Somers [1978] dalam Koesoebjono-Sarwono 1993).

Selain itu terdapat pula faktor-faktor lain yang menyebabkan keengganan mahasiswa untuk mencari bantuan kesehatan oleh ahli, terutama dalam masalah kesehatan mental. Faktor-faktor tersebut antara lain stigma persepsi sosial mengenai individu yang mendapatkan pelayanan kesehatan mental (Phillips [1963], Sibicky dan Dovidio [1986], Stefl dan Prospero [1985], dalam Komiyu, Good, dan Sherrod 2000), status kelas sosial ekonomi yang rendah (Tessler dan Schwarts 1972), tingkat pendidikan yang rendah (Leaf et al. 1987), kepedulian terhadap biaya (Nadler [1983], Stefl dan Prospero [1985] dalam Komiyu, Good, dan Sherrod 2000), kepedulian terhadap sumber pelayanan kesehatan mental yang rendah (Leaf et al. 1987, Loo, Tong, dan True 1989), status etnis minoritas (Narikiyo dan Kameoka [1992], Suan dan Tyler [1990] dalam Komiyu, Good dan Sherrod 2000), keengganan untuk membuka diri (Hinson dan Swanson 1993), dan kecenderungan untuk menyembunyikan distress dan informasi pribadi yang negatif (Kelly dan Achter 1995).

Hal-hal tersebut membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai tren pemanfaatan BKM di Universitas Indonesia. Penelitian ini juga bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan mahasiswa untuk memanfaatkan layanan kesehatan mental yang disediakan oleh Universitas Indonesia di BKM.

Beberapa pertanyaan penelitian yang ingin dijawab dalam penelitian ini antara lain :

1. Bagaimanakah gambaran perbedaan tingkat *psychological distress* pada mahasiswa UI di tahun 2010 dan 2011?
2. Apakah terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* yang signifikan pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang membutuhkan layanan konseling di tahun 2010 dan 2011?
3. Apakah terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* yang signifikan pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang tidak membutuhkan layanan konseling di tahun 2010 dan 2011?
4. Apakah terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* yang signifikan

- pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang membutuhkan layanan konseling di tahun 2010?
5. Apakah terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* yang signifikan pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang membutuhkan layanan konseling di tahun 2011?
 6. Apakah terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* yang signifikan pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang menggunakan layanan konseling?
 7. Apakah terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* yang signifikan pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang tidak menggunakan layanan konseling?
 8. Apakah alasan mahasiswa UI memutuskan untuk menggunakan layanan Badan Konseling Mahasiswa?
 9. Apakah alasan mahasiswa UI memutuskan untuk tidak menggunakan layanan Badan Konseling Mahasiswa?

Psychological Distress

Menurut Mirowsky dan Ross (1989) *psychological distress* merupakan sebuah keadaan subjektif yang tidak menyenangkan. Hal senada dikemukakan pula oleh Matthews (2000) yang mengatakan bahwa *distress* merupakan bentuk respon stres subjektif yang tidak menyenangkan seperti kecemasan dan depresi. Menurut Mirowsky dan Ross (1989) *psychological distress* memiliki dua bentuk utama, yaitu depresi dan kecemasan. Depresi memiliki ciri-ciri seperti merasa sedih, kesepian, putus asa atau merasa tidak berharga, berharap mati, sulit tidur, dan tidak mampu untuk memulai sesuatu. Kecemasan memiliki ciri-ciri seperti tegang, gelisah, khawatir, mudah marah, dan ketakutan (Mirowsky dan Ross 1989).

Access to Health Care

Tabel 1
Hubungan antara Akses dan Dimensi Evaluatif

Dimensi evaluatif	Akses
<i>Equity</i>	Berdasarkan salah satu definisi, keadilan dapat dicapai ketika pelayanan dapat diakses secara merata oleh orang-orang yang memiliki kebutuhan yang sama
<i>Effectiveness</i>	Efektivitas dalam level komunitas, dapat dimaksimalkan ketika pelayanan dapat diakses oleh seluruh orang dan bermanfaat bagi mereka
<i>Efficiency</i>	Efisiensi dapat dikompromikan ketika pelayanan dapat diakses secara mudah bagi pihak yang kurang beruntung
<i>Appropriateness (relevance to need)</i>	Pelayanan akan disampaikan dengan tepat ketika akses sesuai dengan kebutuhan individu dan populasi
<i>Responsiveness (social acceptability)</i>	Pelayanan yang cepat dalam merespon keinginan konsumen, dapat dipersepsikan sebagai layanan yang mudah diakses

Sumber: Maxwell (1984) dalam Gulliford (2001).

Akses perawatan kesehatan adalah indikator dari kemampuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat melalui jalur yang telah didesain secara spesifik untuk hal tersebut (Suresh dan Bhui 2006). Akses merupakan konsep yang *multifacet*, namun seringkali diidentifikasi dengan berbagai dimensi dari kualitas perawatan kesehatan (Maxwell [1984] dalam Gulliford 2001). Penjelasan mengenai definisi atas konsep akses menurut masing-masing dimensi evaluatifnya dapat disimak dalam **Tabel 1** di atas.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode *triangulation of study* dalam pengambilan datanya. Triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini merupakan triangulasi metode pengumpulan data melalui teknik kuantitatif dan kualitatif dengan mendapatkan informasi melalui kuesioner dan *Focus Group Discussion* (FGD).

Berdasarkan tujuan penelitiannya, penelitian ini termasuk dalam tipe penelitian korelasional. Berdasarkan jumlah pertemuan dengan populasi dalam pengambilan data, penelitian ini termasuk dalam penelitian yang menggunakan desain longitudinal studies. Bila diamati berdasarkan dasar penelitiannya, penelitian ini menggunakan desain non-eksperimental, yaitu desain penelitian yang tidak menggunakan manipulasi variabel atau perlakuan terhadap subjek.

Pada penelitian ini terdapat dua variabel, yaitu *psychological distress* dan *access to health care* (akses terhadap pelayanan kesehatan). Distress merupakan bentuk respon stres subjektif yang tidak menyenangkan seperti kecemasan dan depresi (Matthews 2000). Akses terhadap perawatan kesehatan diidentifikasi dengan terpenuhinya lima dimensi dari kualitas perawatan kesehatan, yaitu *equity, effectiveness, efficiency, appropriateness* dan *responsiveness* (Maxwell [1984] dalam Gulliford 2001).

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur variabel *psychological distress* dalam penelitian ini adalah Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25). Pada penelitian Kesehatan Mental tahun 2010, item-item pada HSCL-25 memiliki konsistensi internal Cronbach's Alpha senilai 0,94. HSCL-25 merupakan alat ukur *psychological distress* berbentuk self-report yang terdiri dari 25 pernyataan mengenai gejala kecemasan dan depresi yang dirasakan individu selama seminggu terakhir. Skor *psychological distress* pada HSCL-25 diperoleh dari penjumlahan skor tiap item kemudian dibagi dengan jumlah item keseluruhan, yaitu 25. Hasil dari perhitungan tersebut kemudian dapat digolongkan berdasarkan cutting point, sebesar 1,75 (Kaaya et al. 2002). Jika skor bernilai sama dengan atau lebih besar dari 1,75, maka dapat disimpulkan bahwa individu tersebut memiliki tingkat *psychological distress* yang tinggi. Alat ukur pemanfaatan BKM dengan menggunakan data demografis dan beberapa pertanyaan pada bagian essay. Pada data demografis, item-item yang peneliti gunakan adalah item yang menjelaskan mengenai jenis kelamin dan fakultas tempat partisipan berada.

Pada penelitian ini yang menjadi populasi adalah mahasiswa S1 reguler UI dari 12 fakultas, sebanyak 22.594 orang. Sampel penelitian ini adalah mahasiswa S1 reguler dari 12 fakultas yang ada di Universitas Indonesia angkatan 2006, 2007,

2008, dan 2009. Sampel penelitian ini merupakan partisipan yang telah diminta datanya pada penelitian sebelumnya. Karakteristik yang harus dimiliki oleh sampel penelitian ini adalah mahasiswa S1 Reguler UI, mahasiswa angkatan 2006, 2007, 2008, dan 2009, tidak sedang cuti kuliah, belum lulus kuliah, serta belum menikah. Sedangkan karakteristik sampel yang tidak diikutsertakan dalam penelitian ini adalah anggota tim penelitian ini, keluarga dari tim peneliti, dan mahasiswa diluar daftar sampel yang telah diminta datanya pada penelitian tahun lalu.

Pada pengambilan data di penelitian kesehatan mental tahun 2011, jumlah sampel yang digunakan adalah 897 orang yang datanya berhasil dikumpulkan pada penelitian kesehatan mental tahun 2010. Peneliti melakukan follow up pada mahasiswa yang termasuk ke dalam subjek penelitian sebelumnya. Setelah dihubungi oleh tim peneliti, terdapat 163 partisipan yang telah lulus, 8 orang yang pindah kuliah, 5 orang yang cuti kuliah dan 1 partisipan yang telah menikah. Sehingga jumlah *expected participants* penelitian ini sebanyak 720 mahasiswa. Partisipan yang berhasil ditemui dan diminta kembali datanya pada penelitian kesehatan mental tahun 2011 berjumlah 530 mahasiswa, yang berarti *return rate* kuesioner penelitian ini sebesar 73,61%. Data yang berhasil dipasangkan dengan data penelitian Kesehatan Mental tahun 2010 sebanyak 464 mahasiswa. Sedangkan sisanya sebanyak 66 data penelitian tidak berhasil dipasangkan karena beberapa hal antara lain tidak memiliki karakteristik demografis yang sesuai dengan data tahun 2011 dan partisipan hanya berpartisipasi dalam salah satu penelitian saja (tahun 2010 atau 2011 saja). Peneliti menggunakan data pairing dalam topik penelitian ini. Dari 464 data pairing yang diperoleh, peneliti hanya bisa mengolah sebanyak 438 data partisipan. 26 data lainnya tidak digunakan karena ketidaklengkapan pengisian pada item-item yang akan diolah oleh peneliti.

Pada pengambilan data kualitatif, peneliti memilih 8 orang yang memenuhi syarat untuk menjadi partisipan dalam tahap penelitian selanjutnya, yaitu Focus Group Discussion (FGD). Kedelapan partisipan ini dipilih dari 438 data partisipan yang diolah secara kuantitatif dan disesuaikan dengan karakteristik yang dibutuhkan dalam penelitian. 4 partisipan pertama memiliki karakteristik membutuhkan pelayanan BKM namun tidak datang ke BKM, sedangkan 4 partisipan berikutnya memiliki karakteristik membutuhkan pelayanan BKM dan datang ke BKM untuk memanfaatkannya. Akhirnya pada pengambilan data dengan Focus Group Discussion (FGD), hanya terdapat 6 orang partisipan dengan 3 partisipan di setiap kelompoknya. Teknik statistik yang digunakan pada penelitian ini, yaitu distribusi frekuensi, uji One-way ANOVA (*Analysis of Variance*), uji *related sample t-test* dan analisis kualitatif.

Temuan dan Analisis

Perbedaan Tingkat *Psychological Distress* tahun 2010 dan 2011

Tabel 2
Perbedaan Tingkat *Psychological Distress* tahun 2010 dan 2011

Kelompok Mahasiswa terhadap BKM	N	HSCL 2010		HSCL 2011		t	Sig.
		mean	Std. dev	mean	Std. dev		
Tidak Butuh - Tidak Butuh	162	1,6476	0,43515	1,7157	0,51309	-1,706	0,090
Tidak Butuh - Butuh	86	1,7953	0,52108	1,8513	0,50689	-1,092	0,278
Butuh - Butuh	134	1,7954	0,49836	1,8166	0,51193	-0,467	0,641
Butuh - Tidak Butuh	56	1,6524	0,39768	1,7820	0,48723	-1,887	0,064
Total	438	1,7224	0,47271	1,7817	0,50964		

Sumber: uji statistik oleh peneliti.

Dari hasil perhitungan **Tabel 2**, kelompok 'tidak butuh-tidak butuh', diperoleh nilai t sebesar -1,706, $p = 0,090$ ($p > 0,05$), maka H_0 diterima dan H_a ditolak. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang tidak membutuhkan layanan konseling BKM di tahun 2010 dan 2011.

Pada kelompok 'butuh-butuh', diperoleh nilai t sebesar -0,467, $p = 0,641$ ($p > 0,05$), maka H_0 diterima dan H_a ditolak. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang membutuhkan layanan konseling BKM di tahun 2010 dan 2011.

Pada kelompok 'tidak butuh-butuh', diperoleh nilai t sebesar -1,092, $p = 0,278$ ($p > 0,05$), maka H_0 diterima dan H_a ditolak. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang membutuhkan layanan konseling BKM di tahun 2010 dan 2011.

Pada kelompok 'tidak butuh-butuh', diperoleh nilai t sebesar -1,887, $p = 0,064$ ($p > 0,05$), maka H_0 diterima dan H_a ditolak. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang membutuhkan layanan konseling BKM di tahun 2010 dan 2011.

Perbedaan *Psychological Distress* Mahasiswa yang Menggunakan dan Tidak Menggunakan Layanan BKM

Tabel 3.
Perbedaan *Psychological Distress* Mahasiswa yang Menggunakan dan Tidak Menggunakan Layanan BKM

Kelompok Mahasiswa terhadap BKM	N	HSCL 2010		HSCL 2011		t	Sig.
		mean	Std. dev	mean	Std. dev		
Butuh - Datang	11	1,6568	0,49755	1,8232	0,32980	-1,265	0,234
Butuh - Tidak Datang	123	1,8078	0,49858	1,8160	0,52610	-0,171	0,864
Total	134	1,7954	0,49836	1,8166	0,51193		

Sumber: uji statistik oleh peneliti.

Dari hasil perhitungan **Tabel 3** kelompok 'butuh-datang', diperoleh nilai t sebesar -1,265, $p = 0,234$ ($p > 0,05$), maka H_0 diterima dan H_a ditolak. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang membutuhkan layanan konseling dan datang ke BKM.

Pada kelompok 'butuh-tidak datang', diperoleh nilai t sebesar -0,171, $p = 0,864$ ($p > 0,05$), maka H_0 diterima dan H_a ditolak. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang membutuhkan layanan konseling namun tidak datang ke BKM.

Alasan mahasiswa Universitas Indonesia Untuk Menggunakan dan Tidak Menggunakan Layanan *Badan Konsultasi Mahasiswa*

Hasil diskusi yang dilakukan oleh peneliti dengan 6 partisipan menghasilkan gambaran beberapa alasan yang mendasari mahasiswa UI dalam memutuskan untuk menggunakan atau tidak menggunakan layanan BKM. Secara umum, tiga partisipan yang pernah datang ke BKM mengatakan bahwa alasan mereka menggunakan layanan BKM karena penasaran dan ingin mencoba untuk mengikuti konseling di BKM. Hal ini seperti yang dikatakan oleh salah satu partisipan:

"yah saya sih lebih karena coba-coba aja sih. Pas kebetulan juga ngalamin insomnia beberapa hari belakangan dan emang juga saya anaknya cepet banget cemas. Yaudah saya pikir coba aja deh, ga ada ruginya ini."

Partisipan lainnya mengatakan:

"saya ini anak daerah, makanya saat udah ada di UI saya bertekad tidak boleh ada satu ujungpun bagian di UI yang belum saya masuki" "...dengan kata lain ya karena saya penasaran dan coba-coba juga."

Sedangkan satu partisipan lainnya mengatakan:

"hmm..., kalo alesan saya dateng ke BKM karena ga ada temen buat cerita. Biasanya saya curhat soal cinta, tapi karna saya LDR jadi temen-temen kampus ga ada yang kenal. Trus kepikiran tentang BKM ini dan yah kenapa ga dicoba aja. Lebih kayak gitu sih" "lagian saya mikir BKM"

kayaknya bisa ngebantu masalah yang lagi saya hadepin..."

Ketiga partisipan mengatakan bahwa mereka mengetahui adanya BKM dan pelayanannya antara lain dari teman-teman yang pernah mengikuti BKM sebelumnya dan juga dosen di fakultasnya. Seperti yang dikatakan oleh salah satu partisipan yang merupakan mahasiswa Fakultas Psikologi UI:

"saya kurang tau ya kalo soal poster-poster BKM. Tapi kalo saya sih taunya dari dosen fakultas, mba Ina. Trus kan ada juga tuh mata kuliah konseling, jadinya ya dicoba aja deh dateng. Kan udah tau gak bakalan dibocorin ke siapa-siapa juga, gak kayak kalo crita ke temen"

Sedangkan partisipan lainnya mengatakan bahwa teman-teman dekatnya cukup sering datang ke BKM, sehingga ia ingin mencobanya

"...lagian kayaknya emang lagi ngetren gitu diantara temen-temen saya buat dateng ke BKM. Makanya saya nyoba aja deh, sekalian biar tau alat-alat tes itu sih, hehehe"

Selain itu, keenam partisipan juga memberikan gambaran beberapa alasan yang mendasari mahasiswa UI dalam memutuskan untuk tidak menggunakan layanan BKM. Secara umum, publikasi dan sosialisasi yang kurang merupakan kendala yang dialami oleh keenam partisipan tersebut. 3 partisipan yang tidak pernah datang ke BKM mengungkapkan bahwa mereka hanya mengetahui bahwa di UI terdapat pusat kesehatan mahasiswa (PKM) yang menangani kesehatan fisik mahasiswa. Untuk kesehatan psikologis mahasiswa, ketiga partisipan mengakui bahwa mereka tidak tahu secara pasti bahwa BKM bertugas melayani hal tersebut. Hal ini seperti yang disebutkan oleh salah satu partisipan:

"kalo saya sih tau ada PKM yang buat melayani kesehatan fisik. Tapi kalo BKM sendiri saya gak tahu tuh fungsinya itu apa, soalnya saya sendiri nggak tahu infonya."

Bahkan salah satu partisipan yang tidak pernah datang ke BKM mengatakan bahwa ia tidak pernah datang karena tidak mengetahui bahwa BKM itu ada: "BKM? Itu yang PKM itu kan maksudnya?" "...bahkan saya ga tahu ada BKM di UI."

Sedangkan menurut tiga partisipan lainnya yang telah datang ke BKM, mereka sendiri masih kurang begitu paham mengenai informasi dan prosedur BKM. Kurangnya informasi mengenai prosedur pendaftaran dan biaya konseling juga dianggap mempengaruhi pertimbangan mahasiswa dalam menggunakan pelayanan di BKM. Seperti yang dikatakan oleh dua partisipan:

"saya awalnya pas mau coba juga agak ragu-ragu, soalnya ngga tahu ini gratis atau bayar."

"iya, soalnya kan ngga ada tuh poster yang jelasin caranya daftar konseling ke BKM itu gimana. Makanya jadi bingung."

Selain itu, beberapa alasan lain yang dikemukakan oleh keenam partisipan diskusi antara lain bahwa masih banyak mahasiswa yang merasa bahwa masalahnya tidak cukup penting untuk didiskusikan di BKM.

".. bisa jadi mungkin karena ragu-ragu juga kali ya mau dateng ke BKM. Kadang saya sendiri aja suka mikir, masalah saya ini penting ga sih buat diceritain ke BKM? Apa harus kalo masalahnya udah berat aja baru ke BKM-nya? Yang kayak gitu-gitu deh pokoknya..."

Hal yang sama juga diungkapkan satu partisipan lainnya. Partisipan tersebut tidak datang ke BKM karena masih merasa belum perlu mengunjungi BKM untuk menyelesaikan masalah yang ia hadapi. Ia mengatakan:

"mmm... saya ga ke BKM mungkin karena ngerasa belum perlu aja kali ya. Soalnya masalah saya kan ya lebih ke akademis aja sih, jadi kalo dikerjain ya selesai" "...lagian crita ke temen aja udah lumayan ngebantu sih."

Selain itu, jadwal BKM yang hanya praktek 3 kali dalam seminggu dirasa kurang bagi mahasiswa. Hal ini terkadang menyulitkan mahasiswa yang memiliki jadwal kuliah yang padat, sehingga sulit menyisihkan waktu pada hari-hari tersebut. Seperti yang dikatakan oleh dua partisipan:

"setau saya kan BKM itu Cuma 3 kali ya seminggu, dan kadang kita kan butuh nya hari sabtu gitu misalnya. Pas gak ada kuliah gitu lho. Soalnya kalo pas hari biasa kan bentrok ama jam kuliah."

"saya pernah dapet jadwal konseling tapi di hari kuliah, jadi ya ditolak. Tapi ternyata hari penggantinya juga hari kuliah, ujung-ujungnya ya jadi bolos kuliah sih."

Beberapa partisipan juga merasa bahwa masih ada stigma di masyarakat yang menganggap bahwa orang yang mencari bantuan ke psikolog, merupakan orang yang memiliki permasalahan psikologis yang berat atau 'sakit jiwa'.

"... mungkin ini juga kali ya, karena masih ada pandangan orang kalo ke psikolog itu agak-agak... ya gitu deh" "... iya masih ada stigma-stigma ga enak gitu kalo ke psikolog.." "... ya kayak disangka sakit jiwa ato gila gitu deh"

Selain alasan-alasan yang berasal dari internal individu, partisipan juga mengatakan bahwa tata cara pendaftaran untuk mengikuti konseling di BKM dianggap kurang efektif. Awalnya partisipan diminta untuk mengisi sebuah formulir yang berisi data diri dan masalah yang dialami, lalu kemudian menunggu dihubungi oleh pihak BKM mengenai jadwal konseling. Jarak waktu dari pendaftaran hingga dihubungi kurang lebih sekitar satu minggu dan baru dibuatkan janji dengan psikolog yang bisa menangani. Menurut ketiga partisipan, jangka waktu seminggu dinilai cukup lama dan tidak efektif, karena terkadang banyak orang yang butuh berkonsultasi dengan psikolog pada saat itu juga. Selain itu pelayanan resepsionis juga dianggap kurang ramah dan tidak jelas dalam memberi tahu prosedur yang harus dilakukan oleh mahasiswa yang ingin mendaftar di BKM.

"kalo saya pribadi sih menganggap seminggu itu kelamaan ya. Kan kadang-kadang ada masalah yang harus diceritakan saat itu juga. Kalo udah besok-besoknya sih ya udaaaah.. apa ya? Basilah gitu rasanya."

"..enakan kalo modelnya kayak kalo ke dokter jaga gitu kali ya. Jadi nunggu giliran aja dilayaninnya. Mendingan gitu sih daripada nunggu berhari-hari, kan butuh nya meledak hari itu bukan besok-besoknya. Kalo beberapa hari kemudian gitu sih udah beda lagi mungkin masalah yang dirasain."

Namun secara umum, partisipan yang sudah pernah datang ke BKM mengakui bahwa mereka merasa cukup terbantu setelah datang dan mengikuti konseling di BKM. Partisipan mengatakan bahwa ia jadi lebih mengetahui masalah-

masalah yang dihadapinya. Masalah-masalah tersebut terpetakan dengan lebih jelas. Seperti yang dikatakan oleh dua partisipan berikut:

"..cukup merasa terbantu sih ya. Kayak mmm, jadi lebih tahu nih masalah-masalah yang saya hadapin tuh kayak apa, kayak peta permasalahan gitu."

"... ya lumayan terbantu sih. Dikasih saran-saran dan lebih sadar sebenarnya masalah saya itu apa."

Walaupun begitu, salah satu partisipan merasa kurang puas dengan saran-saran dan kesimpulan yang diberikan oleh psikolog, karena ia merasa sudah mengetahui hal tersebut.

"...terbantu siih, cuma mungkin sarannya agak kurang aja. Soalnya saya butuhnya step-step menyelesaikan masalah saya. Kalo cuma harus begini begini sih udah tau, tapi caranya melakukannya yang saya gak tau..." *"...jadi jangan cuma ditanya balik bener ga gini, ato menurut mas gini apa ngga. Saya butuhnya yang konkret sarannya, gitu sih"*

Selain itu, salah satu partisipan merasa masih butuh sesi konseling berikutnya, namun psikolog tersebut tidak menawarkan sesi tambahan. Hal tersebut membuat partisipan merasa sedikit kurang puas karena merasa masalahnya belum terselesaikan.

"waktu itu saya kan cuma sekali ya sesinya, trus psikolognya ya bilang udah selesai nih sesinya. Padahal saya ngerasa sebenarnya masalah saya belum tuntas nih. Tapi saya ga enak kalo minta sesi tambahan. Enaknya sih mungkin psikolognya kali yang nawarin masih butuh sesi selanjutnya apa ngga. Soalnya kalo kita yang minta kan kayaknya ga enak aja deh gitu."

Secara keseluruhan, keenam partisipan setuju mengatakan bahwa mereka yakin BKM dan pelayanan yang diberikannya benar-benar dapat membantu mereka untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi. Bila dianalisis dengan teori *accessibility*, pelayanan BKM dapat dilihat dalam tabel berikut ini:

Tabel 4
Aksesibilitas Pelayanan BKM

Dimensi	Kond. Ideal	Kond. Aktual	Cek
Equity	dapat dicapai ketika pelayanan dapat diakses secara merata oleh orang-orang yang memiliki kebutuhan yang sama	tidak semua mahasiswa yang membutuhkan dapat mengakses pelayanan yang ditawarkan oleh BKM	X
Effectiveness	Efektifitas dapat dimaksimalkan ketika pelayanan dapat diakses oleh seluruh orang dan bermanfaat bagi mereka	partisipan yang sudah pernah datang ke BKM mengakui bahwa mereka merasa cukup terbantu setelah datang dan mengikuti konseling di BKM	✓
Efficiency	Efisiensi dapat dikompromikan ketika pelayanan dapat diakses secara mudah bagi pihak yang kurang beruntung	pelayanan yang ditawarkan BKM dapat diperoleh secara gratis	✓
Appropriateness	Pelayanan akan disampaikan dengan tepat ketika akses sesuai dengan kebutuhan individu dan populasi	masih adanya mahasiswa yang merasa bahwa pendekatan yang dilakukan BKM dalam mengenakan pelayanannya masih kurang sesuai dengan kebutuhan mahasiswa	X
Responsiveness	Pelayanan yang cepat dalam merespon keinginan konsumen, dapat dipersepsikan sebagai layanan yang mudah diakses	jangka waktu seminggu dinilai cukup lama dan tidak efektif, karena terkadang banyak orang yang butuh berkonsultasi dengan psikolog pada saat itu juga	X

Sumber: analisis temuan penelitian

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* yang signifikan pada tahun 2010 dan

2011 di keempat kelompok yang dibagi berdasarkan kebutuhan partisipan akan pelayanan BKM di tahun 2010 dan 2011. Kelompok tersebut antara lain yaitu kelompok yang membutuhkan layanan BKM di tahun 2010 dan 2011, kelompok yang tidak membutuhkan layanan BKM di tahun 2010 dan 2011, kelompok yang membutuhkan layanan BKM di tahun 2010 dan kelompok yang membutuhkan layanan BKM di tahun 2011. Walaupun tidak terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* yang signifikan di setiap kelompok, namun secara umum terdapat kenaikan tingkat *psychological distress* dari tahun 2010 ke tahun 2011.

Pada kelompok yang tidak membutuhkan layanan BKM di tahun 2010 dan 2011, terdapat kenaikan nilai *psychological distress* sebesar 0,0681. Walaupun begitu tingkat *psychological distress* kelompok tersebut masih tergolong rendah atau kurang dari 1,75, yaitu sebesar 1,6476 pada tahun 2010 dan 1,7157 pada tahun 2011. Hal ini menggambarkan bahwa 162 mahasiswa yang termasuk dalam kelompok ini memang merasa belum membutuhkan layanan BKM karena tingkat *psychological distress* yang mereka alami pun masih tergolong rendah.

Sedangkan pada kelompok yang membutuhkan layanan BKM di tahun 2010 dan 2011, terdapat kenaikan nilai *psychological distress* sebesar 0,0212. Tingkat *psychological distress* kelompok ini pada tahun 2010 sebesar 1,7954 dan pada tahun 2011 sebesar 1,8166. Tingkat *psychological distress* yang kelompok tersebut alami selama satu tahun terakhir memang tergolong tinggi. Hal ini menggambarkan bahwa 134 mahasiswa yang termasuk dalam kelompok ini sejak awal memang menyadari bahwa mereka memiliki *distress* yang tinggi dan membutuhkan layanan BKM.

Pada kelompok yang hanya membutuhkan layanan BKM pada tahun 2011, juga terdapat kenaikan nilai *psychological distress* sebesar 0,056. Tingkat *psychological distress* kelompok ini tergolong tinggi pada tahun 2010 sebesar 1,7953 dan pada tahun 2011 sebesar 1,8513. Pada tahun 2010, 86 mahasiswa yang termasuk dalam kelompok ini menyatakan tidak membutuhkan layanan BKM padahal tingkat *psychological distress* yang mereka alami tergolong cukup tinggi. Sedangkan pada tahun 2011, keseluruhan mahasiswa tersebut menyatakan membutuhkan layanan BKM. Peneliti berasumsi hal ini dapat terjadi antara lain karena mereka mulai merasakan simptom-simptom dari *psychological distress*, sehingga menyadari kebutuhan mereka akan bantuan konseling di BKM.

Kelompok lainnya adalah kelompok yang menyatakan bahwa mereka membutuhkan layanan BKM pada tahun 2010 dan tidak membutuhkannya kembali pada tahun 2011. Bila mengacu pada kebutuhan mereka akan bantuan psikologis dalam menyelesaikan masalah, seharusnya mahasiswa yang termasuk dalam kelompok ini tidak memiliki masalah dalam menurunkan tingkat *distress*nya. Namun pada kenyataannya terjadi kenaikan nilai *psychological distress* pada kelompok ini sebesar 0,1296. Pada tahun 2010, tingkat *psychological distress* kelompok ini tergolong rendah yaitu sebesar 1,6524. Sedangkan pada tahun 2011, ketika 56 mahasiswa menyatakan bahwa mereka tidak membutuhkan layanan BKM, tingkat *psychological distress* mereka mengalami peningkatan menjadi 1,7820 dan tergolong tinggi. Hal ini mungkin terkait pada kesadaran individu

terhadap tingkat distress yang ia alami yang kemudian akan mempengaruhi kebutuhan mereka akan layanan konseling yang ditawarkan (Kushner dan Sher [1991] dalam Cramer 1999) oleh BKM. Mahasiswa dapat mempersepsikan bahwa dirinya tidak memiliki tingkat psychological distress yang rendah, sehingga ia tidak mencari bantuan karena merasa belum memerlukannya.

Secara umum dapat dilihat bahwa mahasiswa UI pada tahun 2010 memiliki tingkat psychological distress yang tergolong tinggi dan hal tersebut terulang kembali di tahun 2011. Dari 30,6% mahasiswa UI yang membutuhkan layanan BKM pada tahun 2010 dan 2011, ternyata hanya terdapat 2,5% mahasiswa yang kemudian datang dan mencari bantuan konseling di BKM. Hal ini mungkin terkait pada berbagai faktor yang mempengaruhi individu dalam memutuskan untuk mencari bantuan konseling dari psikolog. Individu cenderung mencari bantuan konseling ketika masalah yang dialami sudah melebihi kapasitas coping mereka dan ketika distress telah mengganggu motivasi mereka (Cepeda-Benito dan Short [1998], Ingham & Miller [1986], Kelly dan Achter [1995], Rickwood dan Braithwaite [1994] dalam Cramer 1999). Terdapat kemungkinan bahwa 28,1% mahasiswa yang menyatakan bahwa mereka membutuhkan konseling namun tidak datang ke BKM, merasa bahwa masalah tersebut masih dapat mereka atasi sendiri dengan coping yang mereka miliki ataupun merasa bahwa distress yang mereka alami belum cukup mengganggu.

Perilaku mencari bantuan (*help-seeking behavior*) dapat dipengaruhi oleh karakteristik dari sistem pelayanan kesehatan seperti sikap publik dan persepsi mengenai keuntungan dan kualitas dari pelayanan yang tersedia (Segal, Hardiman & Hodges, 2002; Simth, McGovern & Peck, 2004; dalam Svensson, Nygaard, Sørensen & Sandanger, 2009). BKM sebagai penyedia layanan kesehatan mental satu-satunya di Universitas Indonesia, seharusnya dapat memenuhi kebutuhan para mahasiswa UI. Perawatan kesehatan tersebut harus dapat diakses secara luas oleh individu, baik dari segi biaya maupun pelayanan yang diberikan (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care>). Dalam hal ini, BKM tidak memberikan informasi yang dapat diakses secara luas oleh mahasiswa UI. Hal ini dapat menyebabkan ketidaktahuan dan kesimpangsiuran informasi yang beredar pada mahasiswa mengenai BKM dan pelayanannya.

Dalam perannya sebagai *health care provider*, BKM dapat dikatakan tidak memenuhi kelima prinsip dasar yang diharapkan masyarakat dari pelayanan kesehatan. Prinsip tersebut antara lain ketersediaan, dapat diakses, keterjangkauan, dapat dipertanggungjawabkan, dan dapat diterima (*availability, accessibility, affordability, accountability, dan acceptability*) (Somers [1978] dalam Koesoebjono-Sarwono 1993). Berdasarkan alasan yang dikemukakan oleh partisipan penelitian, secara umum BKM tidak memenuhi prinsip *accessibility*, padahal tingkat kepercayaan individu untuk datang dan menggunakan pelayanan kesehatan tersebut sangat dipengaruhi oleh terpenuhinya kelima prinsip tersebut. Bila salah satu prinsip tersebut belum dapat dipenuhi oleh penyedia layanan kesehatan, tentunya jumlah individu yang menggunakan layanan tersebut juga akan semakin berkurang (Somers [1978] dalam Koesoebjono-Sarwono 1993). Hal inilah

yang mungkin menyebabkan sedikitnya jumlah mahasiswa UI yang datang dan memanfaatkan layanan BKM.

Akses terhadap perawatan kesehatan diidentifikasi dengan terpenuhinya 5 dimensi dari kualitas perawatan kesehatan, yaitu *equity*, *effectiveness*, *efficiency*, *appropriateness* dan *responsiveness* (Maxwell [1984] dalam Gulliford 2001). Secara umum, BKM tidak memenuhi kelima dimensi aksesibilitas yang harus dimiliki oleh penyedia layanan kesehatan. Pada dimensi *equity*, keadilan dapat dicapai ketika pelayanan dapat diakses secara merata oleh orang-orang yang memiliki kebutuhan yang sama (Maxwell 1984). Namun ternyata pada pelaksanaannya di UI, tidak semua mahasiswa yang membutuhkan dapat mengakses pelayanan yang ditawarkan oleh BKM. Hal ini terkait dengan tidak meratanya informasi yang disebarkan oleh BKM kepada mahasiswa, sehingga mahasiswa secara tidak langsung tidak memiliki informasi yang berguna untuk mengakses pelayanan BKM di UI.

Pada dimensi *effectiveness*, pelayanan dapat dimaksimalkan ketika pelayanan dapat diakses oleh seluruh orang dan bermanfaat bagi mereka (Maxwell 1984). BKM secara umum dapat dikategorikan telah memenuhi dimensi ini, karena partisipan yang sudah pernah datang ke BKM mengakui bahwa mereka merasa cukup terbantu setelah datang dan mengikuti konseling di BKM. Partisipan mengatakan bahwa ia jadi lebih mengetahui masalah-masalah yang dihadapinya dan masalah-masalah tersebut terpetakan dengan lebih jelas. Hal ini menandai terpenuhinya aspek manfaat dari pelayanan yang diberikan oleh BKM. Sedangkan pada dimensi *efficiency*, efisiensi pelayanan kesehatan dapat dikompromikan ketika pelayanan dapat diakses secara mudah bagi pihak yang kurang beruntung (Maxwell 1984). Dimensi ini dipenuhi oleh BKM dan pelayanan yang ditawarkannya secara gratis. Sehingga mahasiswa yang berasal dari kelas sosial ekonomi yang rendah tidak perlu khawatir akan ketidakterediaan pelayanan BKM baginya.

Pada dimensi *appropriateness (relevance to need)*, pelayanan kesehatan akan disampaikan dengan tepat ketika akses sesuai dengan kebutuhan individu dan populasi (Maxwell 1984). Dalam hal ini, menurut partisipan diskusi, BKM belum memenuhi dimensi tersebut. Hal ini disebabkan masih adanya mahasiswa yang merasa bahwa pendekatan yang dilakukan BKM dalam mengenalkan pelayanannya masih kurang sesuai dengan kebutuhan mahasiswa. Selain itu partisipan juga mengatakan bahwa ia merasa masih butuh sesi konseling berikutnya, namun psikolog tersebut tidak menawarkan sesi tambahan. Hal tersebut membuat partisipan merasa sedikit kurang puas karena merasa masalahnya belum terselesaikan. Hal ini menggambarkan bahwa BKM masih kurang dapat menangkap kebutuhan dari individu dan populasi mengenai pelayanan BKM sendiri.

Pada dimensi *responsiveness (social acceptability)*, pelayanan yang cepat dalam merespon keinginan konsumen, dapat dipersepsikan sebagai layanan yang mudah diakses (Maxwell 1984). BKM secara umum dapat dikategorikan belum memenuhi dimensi ini, karena partisipan yang sudah pernah datang ke BKM mengakui bahwa tata cara pendaftaran untuk mengikuti konseling di BKM dianggap kurang

efektif. Berdasarkan penuturan partisipan diskusi, awalnya partisipan diminta untuk mengisi sebuah formulir yang berisi data diri dan masalah yang dialami, lalu kemudian menunggu dihubungi oleh pihak BKM mengenai jadwal konseling. Jarak waktu dari pendaftaran hingga dihubungi kurang lebih sekitar satu minggu dan baru dibuatkan janji dengan psikolog yang bisa menangani. Menurut ketiga partisipan, jangka waktu seminggu dinilai cukup lama dan tidak efektif, karena terkadang banyak orang yang butuh berkonsultasi dengan psikolog pada saat itu juga. Hal ini merefleksikan pelayanan BKM yang belum dapat secara cepat merespon keinginan mahasiswa, sehingga masih banyak mahasiswa yang mempersepsikan BKM sebagai layanan yang masih sulit untuk diakses.

Secara umum dapat dikatakan bahwa BKM belum dapat memenuhi kelima dimensi yang berkaitan dengan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan. Hal inilah yang mungkin menyebabkan masih sedikitnya jumlah mahasiswa UI yang kemudian memanfaatkan pelayanan yang ditawarkan oleh BKM. Mahasiswa masih terbatas dalam mengakses informasi dan pelayanan tersebut untuk dapat mendapatkan manfaat dari pelayanan yang diberikan oleh BKM.

Kesimpulan

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa:

1. Tidak terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* yang signifikan pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang tidak membutuhkan layanan konseling di tahun 2010 dan 2011
2. Tidak terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* yang signifikan pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang membutuhkan layanan konseling di tahun 2010
3. Tidak terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* yang signifikan pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang membutuhkan layanan konseling di tahun 2011
4. Tidak terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* yang signifikan pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang menggunakan layanan konseling
5. Tidak terdapat perbedaan tingkat *psychological distress* yang signifikan pada tahun 2010 dan 2011, pada mahasiswa UI yang tidak menggunakan layanan konseling
6. Alasan mahasiswa Universitas Indonesia menggunakan layanan BKM antara lain karena coba-coba, mendapat rekomendasi dari teman yang pernah menggunakan layanan tersebut serta menganggap bahwa BKM dapat membantu mereka menyelesaikan masalah yang mereka hadapi.
7. Alasan mahasiswa Universitas Indonesia tidak menggunakan layanan BKM antara lain karena kurangnya informasi dan sosialisasi mengenai BKM dan pelayanannya, terdapat stigma mengenai orang-orang yang datang ke psikolog, tata cara pendaftaran yang tidak jelas dan lama, serta jadwal praktek yang dirasa kurang memuaskan.

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, terdapat beberapa saran teoritis yang dapat dilakukan untuk penelitian-penelitian selanjutnya, yaitu:

1. Untuk dapat memaksimalkan pengambilan data partisipan, sebaiknya dibuat alat ukur yang berbasis jaringan (web) atau kuesioner online, agar dapat diakses kapan saja oleh partisipan tanpa perlu dilakukan pengiriman kuesioner melalui e-mail. Hal ini dapat menjembatani pengambilan data partisipan yang sudah jarang berada di kampus atau sulit ditemui secara tatap muka.
2. Proses pengambilan data pada penelitian sebelumnya sebaiknya tetap diawasi oleh peneliti atau dengan kata lain tidak ada kuesioner yang dibawa pulang ke rumah oleh partisipan. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahan pengisian data di kuesioner dan ketidakmengertian partisipan dalam mengisi kuesioner.
3. Teknik pengambilan data kualitatif dengan *Focus Group Discussion* (FGD) sebaiknya dilakukan dengan jumlah partisipan yang lebih banyak. Hal ini terkait dengan pengumpulan data yang dapat lebih beragam dan lebih akurat, sehingga peneliti mendapat pemahaman yang lebih mendalam mengenai sikap dan perilaku mahasiswa terhadap pelayanan BKM.
4. Pada penelitian longitudinal selanjutnya, sebaiknya daftar kontak dan data partisipan dapat diadministrasikan dengan lebih baik. Hal ini untuk memudahkan penghubungan partisipan untuk diminta kembali datanya, sehingga return rate penelitian ini cukup tinggi.

Daftar Pustaka

- Arnett, J.J. 2000. Emerging Adulthood: A Theory Of Development From The Late Teens Through The Twenties. *Journal of American Psychologist Association*. 55 (5):469-480.
- Arnett, J.J. 2007. Emerging adulthood: What is it and what is good for?. *Journal Compilation Society for Research in Child Development*. 1 (2):68-73
- Barnadib. 1978. *Teknologi Pembinaan Mahasiswa Kumpulan Karya Tulis*. Jakarta: Proyek Pembinaan Mahasiswa, Direktorat Kemahasiswaan Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan dan Kebudayaan
- Brackney, B., & Karabenick, S. 1995. Psychopathology And Academic Performance: The Role Of Motivation And Learning Strategies. *Journal of Counseling Psychology*. 42 (4):456–465
- Burris, J. L., Brechting, E. H., Salsman, J., & Carlson, C. R. 2009. Factors Associated With The Psychological Well-Being And Distress Of University Students. *Journal of American College Health*. 57 (5).
- C. E. Turner. 1967. *Personal and Community Health*, 13th edition. USA : The C.V. Mosby Company
- Cramer, Kenneth. M. 1999. Psychological Antecedents To Help-Seeking Behavior: A Reanalysis Using Path Modeling Structures. *Journal of Counseling Psychology*. 46 (3): 381-387.
- Creswell, John. 1998. *Qualitative Inquiry And Research Design: Choosing Among Five Tradition*. USA: Sage publication, Inc
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. 2006. Systematic Review Of Depression, Anxiety, And Other Indicators Of Psychological Distress Among U.S. And Canadian Medical Students. *Academic Medicine*. 81:354-373
- Giles, David. 2002. *Advanced Research Methods In Psychology*. London: Routledge Inc.
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. 2007. *Statistics For The Behavioral Sciences* (7th ed.). Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Gravetter, F., & Forazano, Lorri Ann. 2009. *Research Methods For The Behavioral Science* (3rd edition). Belmon: Wadsworth
- Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, et al. 2002. What Does ‘Access To Health Care’ Mean?. *Journal Health Serv Res Policy*. 7(3):186-8.
- Gulliford, M. et al. 2001. *Access to Health Care: Report of a Scoping Exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*. The Public Health and Health Services Research Group
- Hendryx MS, Ahern MM, Lovrich NP, McCurdy AH. 2002. Access To Healthcare And Community Social Capital. *Health Serv Res*. 37(1):87-103

- Kaaya, S. F., et al. 2002. *Validity of the Hopkins Symptom Checklist-25 Amongst HIV-positive pregnant women in Tanzania*. UK: Blackwell Munksgaard
- Karol, N.H & Ginsburg, S.G. 1980. *Managing the Higher Education Enterprise*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Kerlinger, F & Lee, H B. 2000. *Foundations Of Behavioral Research* (4th ed). USA: Harcourt College publishers.
- Koesoebjono-Sarwono. 1993. *Community Participation in Primary Health Care: In An Indonesian Setting*. Drukkerij F.S.W. Rijksuniversiteit te Leiden
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. 2000. Emotional Openness As A Predictor Of College Students' Attitudes Toward Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling Psychology*. 47 (1):138-143
- Kumar, R. 1996. *Research Methodology: A Step-By-Step Guide For Beginners*. London: Sage Publications.
- Matthews, G. 2000. *Distress*. Fink (ed) in Encyclopedia of stress. Volume 1 (A-D). New York: Academic Press
- Michael, K. D., Hueisman, T. J., Gerard, C., Gilligan, T. M., & Gustafson, M. R. 2006. Depression Among College Students: Trends in Prevalence and Treatment Seeking. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 3(2).
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. 1989. *Social Causes Of Psychological Distress*. New York: Aldine de Gruyter
- Papalia, Diane E., Olds, Sally Wendkos, & Feldman, Ruth Duskin. 2007. *Human Development* 10th edition. New York: McGraw-Hill
- Phillip L. Rice. 1998. *Stress and Health*, 3rd edition. USA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Sarafino, E.P. 1994. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (2th ed). Canada: John & Wiley Sons, Inc.
- Sarwono, S.W. 1978. *Teknologi Pembinaan Mahasiswa Kumpulan Karya Tulis, Proyek Pembinaan Mahasiswa*. Jakarta: Direktorat Kemahasiswaan Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.
- Selye, H. 1976. *The stress of life* (revised ed.). New York: McGraw-Hill.
- Stallman, Hellen M. 2008. Prevalence Of Psychological Distress In University Students, Implication For Service Delivery. *Australian Family Physician*. 37 (8): 673-677.
- Suresh, K., & Bhui, K. 2006. Ethnic Minority Patients Access To Mental Health Services. *Psychiatry*. 5 (11): 413-416.
- Svensson E, Nygård JF, Sørensen T, Sandanger I. 2009. Changes In Formal Help Seeking For Psychological Distress: The OsLof study. *Nord J Psychiatry*:260-266.
- Turnip, S. S., & Hauff, E. 2007. Household Roles, Poverty, And Psychological Distress In Internally Displaced Persons Affected By Violent Conflicts In Indonesia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 42: 997-1004
- Undang-Undang Pendidikan Tinggi No. 22 Tahun 1961.
- Universitas Indonesia. 2006. *Himpunan Peraturan Akademik Universitas Indonesia*.

Depok: UI-Press

Utama, B. 2010. Kesehatan Mental dan Masalah-Masalah Pada Mahasiswa S1. Depok: Universitas Indonesia

World Health Organization. 1978. Declaration of Alma-Ata. In Intern Conference on Primary Healthcare, Alma-Ata, USSR.

<http://www.ui.ac.id/id/news/archive/4176>

