

Naskah Publikasi

**Perbedaan Kecemasan dan Depresi Siswa Anggota Rohis dengan yang bukan
di SMAN 1 Surakarta**

SKRIPSI

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



HARIS dkk

G 0007082

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA**

2010

commit to user

PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul:

**Perbedaan Kecemasan dan Depresi Siswa Anggota Rohis dengan yang bukan
di SMAN 1 Surakarta**

Oleh:

Haris, G0007082, tahun 2010

Telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Skripsi

Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta

Pada hari , tanggal 2010

Pembimbing Utama

Penguji Utama



Abdullah Djoko Soewito, dr., Sp.KJ

Mardiatmi Susilohati, dr., Sp.KJ (K)

NIP : 19580223 1985 111 001

NIP : 194902121976092001

Pembimbing Pendamping

Anggota Penguji

Vicky Eko NH, dr., MSc. Sp.THT-KL

**Novi Primadewi, dr., M.Kes, Sp.
THT-KL**

NIP : 197709142005011001

NIP : 197511292008122002

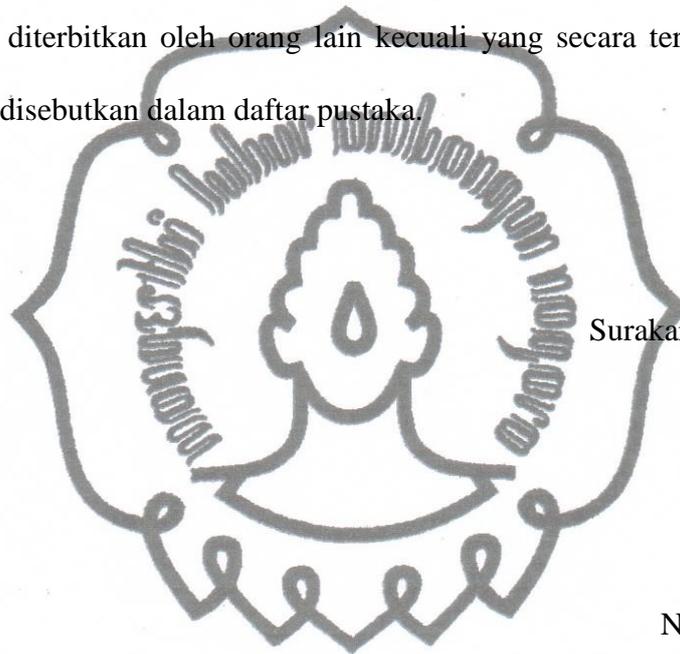
Tim Skripsi

Vicky Eko NH, dr., MSc. Sp.THT-KL

NIP : 197709142005011001

PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.



Surakarta, 2010

Haris

NIM: G0007082

ABSTRAK

Haris, G0007082, 2010. **Perbedaan Kecemasan dan Depresi Siswa Anggota Rohis dengan yang bukan di SMAN 1 Surakarta.**

Tujuan Penelitian: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan derajat depresi pasca persalinan antara primipara dengan persalinan spontan dan seksio sesaria di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Metode Penelitian: Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* yang dilaksanakan pada bulan Mei sampai Juni 2010 di SMAN 1 Surakarta. Pengambilan sampel dilaksanakan secara *purposive random sampling* dengan kriteria inklusi adalah (1) siswa kelas 1 dan 2 yang beragama islam, baik laki-laki maupun perempuan, (2) anggota Rohis yang aktif dan minimal mengikuti empat kegiatan Rohis dalam satu bulan, (3) siswa yang bukan anggota Rohis. Sedangkan kriteria eksklusi antara lain : (1) memiliki skor L-MMPI > 10, (2) siswa yang obesitas, (3) siswa menolak untuk mengikuti penelitian, (4) mempunyai penyakit kronis, (5) siswa yang sedang menjalani pengobatan mental. Sampel mengisi (1) lembar *informed consent*, sebagai tanda persetujuan, (2) kuesioner Skala L-MMPI untuk menilai dan mengetahui kejujuran dalam menjawab pertanyaan yang diberikan, (3) kuesioner TMAS (*Taylor Minnesota Anxiety Scale*) untuk mengetahui kecemasan siswa, (4) kuesioner *Beck Depression Inventory* (BDI) untuk mengetahui derajat depresi. Data yang dianalisis sebanyak 60 sampel, untuk uji analisis digunakan (1) Uji normalitas data *Shapiro-Wilk* (2) Uji *T Independent* melalui *SPSS 17.0 for Windows*.

Hasil Penelitian: Dari hasil penelitian ini, didapatkan rerata skor depresi siswa anggota Rohis sebesar $9,70 \pm 6,058$ dan untuk siswa yang bukan anggota Rohis sebesar $9,50 \pm 6,648$, dan hasil uji *t-independent* menunjukkan nilai $t = 0,091$ dan $p > 0,05$. Untuk rerata skor ansietas siswa anggota Rohis didapatkan hasil sebesar $19,43 \pm 6,050$ dan untuk siswa yang bukan anggota Rohis sebesar $20,03 \pm 8,311$, dan hasil uji *t-independent* menunjukkan nilai $t = - 0,32$ dan $p > 0,05$.

Simpulan Penelitian: Tidak terdapat perbedaan kecemasan dan depresi yang bermakna antara siswa anggota Rohis dengan siswa yang bukan anggota Rohis di SMAN 1 Surakarta.

Kata Kunci: Rohis, ansietas, depresi

ABSTRACT

Haris, G0007082, 2010. **The Difference of Anxiety and Depression between Student Who Joined Rohis and Who Didnt in SMAN 1 Surakarta.**

Objectives: This research aim is to find the difference of anxiety and depression score between student who joined Rohis and student who didnt join Rohis in SMAN 1 Surakarta.

Methods: This research was an analytical observational study using cross-sectional approach and had done in SMAN 1 Surakarta from May until June 2010. Sampled using purposive random sampling method with inclusion and exclusion criteria. The inclusion criteria were being at the 10th and 11th grade in SMAN 1 Surakarta, either male or female students, and a moslem, who joined Rohis as active member and followed Rohis event at least four times for a month, and student who didnt joined Rohis. The exclusion criteria were had L-MMPI score > 10, an obese student, refused to participate, had a chronic disease, still being mentally therapy. Subject filled-out a short CC and informed consent sheet, the L-MMPI questionnaire to honesty, a validated anxiety and depression questionnaire, the TMAS (Taylor Minnesota Anxiety Scale) questionnaire to measure the anxiety and the BDI (Beck Depression Index) questionnaire to degree of depression, respectively. 60 student sampled and data were analyzed using the *Shapiro wilk's test* of normality and *t-independent test*.

Results: Mean score of depression was $9,70 \pm 6,058$ for Rohis and $9,50 \pm 6,648$ for non Rohis. The t value (*t*) was 0,091 with $p > 0,05$. Anxiety scale's mean score was $19,43 \pm 6,050$ for Rohis and $20,03 \pm 8,311$ for non Rohis, and the t value (*t*) was - 0,32 with $p > 0,05$.

Conclusion: This study found that there is no a significant difference of anxiety and depression score between student who joined Rohis and student who didnt join Rohis in SMAN 1 Surakarta.

keywords: rohis, anxiety, depression

PRAKATA

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan karunia, rahmat, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul Perbedaan Kecemasan dan Depresi Siswa Anggota Rohis dengan yang bukan di SMAN 1 Surakarta.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat kelulusan tingkat sarjana di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta. Kendala dalam penyusunan skripsi ini dapat teratasi atas pertolongan Allah SWT melalui bimbingan dan dukungan banyak pihak. Untuk itu, perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. A.A. Subiyanto, M.S. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
2. Abdullah Djoko Soewito, dr., Sp.KJ selaku Pembimbing Utama yang telah memberi bimbingan, saran, dan petunjuk guna penyusunan skripsi ini.
3. Vicky Eko NH, dr., MSc. Sp.THT-KL selaku Pembimbing Pendamping sekaligus ketua tim skripsi FK UNS yang telah memberi bimbingan, saran dan pengarahan.
4. Mardiatmi Susilohati, dr., SpKJ (K) selaku Penguji Utama yang telah memberi saran dan kritik demi kesempurnaan skripsi ini.
5. Novi Primadewi, dr., M.Kes, Sp. THT-KL selaku Anggota Penguji yang telah memberi masukan demi kesempurnaan skripsi ini.
6. Bapak, Ibu, serta teman-teman CM yang telah memberikan support, doa, tenaga maupun tinta printer sehingga skripsi ini dapat terwujud.
7. Siswa-siswi serta pihak sekolah di SMAN 1 Surakarta, terima kasih atas bantuannya dalam penelitian ini.
8. Semua pihak yang telah membantu terselesainya skripsi ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Meskipun tulisan ini masih belum sempurna, penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Saran, pendapat, koreksi, dan tanggapan dari semua pihak sangat diharapkan.

Surakarta, 2010

Haris

commit to user

DAFTAR ISI

	halaman
ABSTRAK	iv
PRAKATA	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II LANDASAN TEORI	5
A. Tinjauan Pustaka	5
1. Kecemasan	5
2. Depresi	11
3. Organisasi Rohis	15
B. Kerangka Berpikir	16
C. Hipotesis	16
BAB III METODE PENELITIAN	17
A. Jenis Penelitian	17

commit to user

B. Lokasi Penelitian.....	17
C. Subyek Penelitian.....	17
D. Teknik Sampling	18
E. Identifikasi Variabel Penelitian.....	18
F. Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	19
G. Instrumen Penelitian	20
H. Protokol Penelitian	22
I. Analisis Statistika.....	23
BAB IV HASIL PENELITIAN	24
A. Deskripsi Sampel	24
B. Analisis Statistika.....	26
BAB V PEMBAHASAN	31
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	34
A. Simpulan	34
B. Saran.....	34

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

commit to user

DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 1. Distribusi Sampel berdasarkan Usia	24
Tabel 2. Rerata Skor BDI (<i>Beck Depression Inventory</i>)	25
Tabel 3. Rerata Skor TMAS (<i>Taylor Minnesota Anxiety Scale</i>)	25
Tabel 4. Hasil Uji Normalitas Data TMAS dengan <i>Shapiro-Wilk</i>	27
Tabel 5. Hasil Uji Normalitas Data BDI dengan <i>Shapiro-Wilk</i>	27
Tabel 6. Hasil Uji Normalitas Data trans-BDI dengan <i>Shapiro-Wilk</i>	27
Tabel 7. Hasil Uji Homogenitas Skor TMAS dengan <i>Levene's Test</i>	28
Tabel 8. Hasil Uji Homogenitas Skor BDI dengan <i>Levene's Test</i>	28
Tabel 9. Hasil Uji <i>t-independent</i> Data TMAS	29
Tabel 7. Hasil Uji <i>t-independent</i> Data BDI	30

DAFTAR GAMBAR

	halaman
Gambar 1. <i>Boxplots</i> Skor Ansietas (TMAS)	29
Gambar 2. <i>Boxplots</i> Skor BDI.....	30



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Penelitian dari Fakultas Kedokteran

Lampiran 2. Surat Pernyataan Pengambilan Sampel dari SMAN 1 Surakarta

Lampiran 3. *Informed Consent*

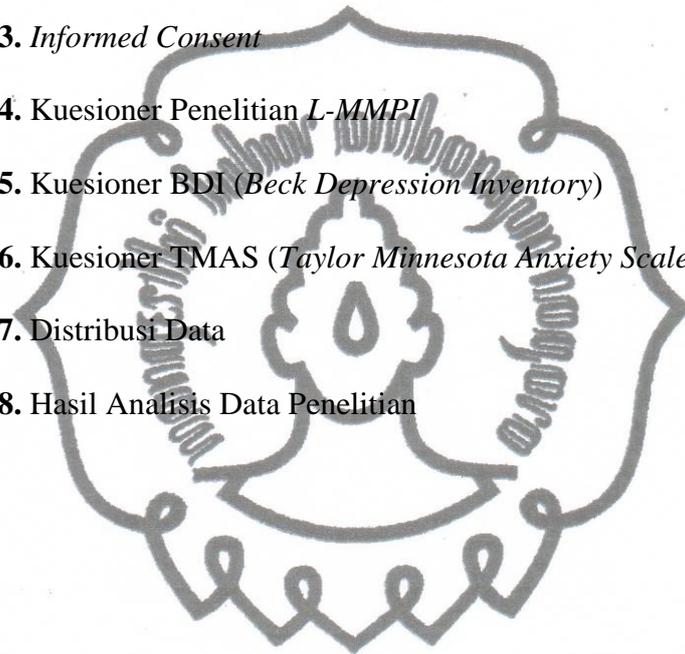
Lampiran 4. Kuesioner Penelitian *L-MMPI*

Lampiran 5. Kuesioner BDI (*Beck Depression Inventory*)

Lampiran 6. Kuesioner TMAS (*Taylor Minnesota Anxiety Scale*)

Lampiran 7. Distribusi Data

Lampiran 8. Hasil Analisis Data Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sensasi cemas (ansietas) sering dialami oleh hampir semua manusia. Perasaan tersebut ditandai oleh rasa ketakutan, tidak menyenangkan, dan seringkali disertai oleh gejala otonomik, seperti nyeri kepala, berkeringat, palpitasi, gelisah, dan sebagainya (Hutagalung, 2007). Kecemasan adalah salah satu respon seseorang terhadap kondisi stres atau konflik yang terjadi di sekitarnya. Kecemasan merupakan gejala normal yang terjadi pada manusia dan merupakan hal yang sehat, karena kecemasan merupakan tanda bahaya tentang keadaan jiwa dan tubuh manusia supaya dapat mempertahankan diri, selain itu kecemasan juga dapat bersifat konstruktif, misalnya seorang pelajar yang akan menghadapi ujian, merasa cemas, maka ia akan belajar secara giat supaya kecemasannya dapat berkurang (Hutagalung, 2007). Sedangkan kecemasan dikatakan patologis apabila respon yang timbul tidak sesuai dengan stimulus yang diberikan berdasarkan pada intensitas ataupun durasinya (Kaplan dan Saddock, 2005). Kecemasan sangat mengganggu homeostasis dan fungsi individu, karena itu perlu segera dihilangkan dengan berbagai macam cara penyesuaian (Maramis, 2005). Kecemasan merupakan gangguan mental terbesar. Diperkirakan 20% dari populasi dunia menderita kecemasan (Gail, 2002) dan sebanyak 47,7% remaja sering merasa cemas (Haryadi, 2007).

Gangguan depresi merupakan kelainan psikiatrik yang sering dijumpai. Kira-kira 20% dari semua wanita dan 10% dari semua pria akan mengalami masa depresi berat semasa hidupnya (Rakel dan Andrianto, 1990). Boleh dikatakan bahwa setiap orang pada masa hidupnya pernah menderita depresi sampai pada tingkat tertentu (Setyonegoro, 1991). Gangguan depresi dapat dialami oleh semua kalangan usia, bahkan gangguan depresi berat juga mungkin memiliki onset selama masa anak-anak atau pada lanjut usia, walaupun hal tersebut jarang terjadi. Beberapa data epidemiologis baru-baru ini bahkan menyatakan bahwa insidensi gangguan depresif berat meningkat pada orang yang berusia kurang dari 20 tahun (Kaplan dan Saddock, 2005).

Remaja (Siswa) rentan terhadap kecemasan dan depresi. Pada masa remaja terjadi berbagai perubahan, mulai dari hormon, tingkah laku/kepribadian, maupun lingkungan sosial. Menurut Erik Erikson, tugas utama masa remaja adalah untuk mencapai identitas ego, yang ia definisikan sebagai kesadaran siapa dirinya dan ke mana tujuannya (biasa disebut dengan krisis identitas). Apabila perubahan-perubahan maupun krisis identitas yang terjadi pada diri remaja tidak bisa diatasi, maka akan timbul penyimpangan, seperti melarikan diri, kriminalitas, ataupun gangguan mental (misalnya: gangguan kecemasan dan depresi) (Kaplan dan Saddock, 2005).

Kecerdasan bukanlah satu-satunya faktor yang menentukan sukses atau tidaknya seseorang dalam belajar, tapi ketenangan jiwa juga mempunyai pengaruh atas kemampuan untuk menggunakan kecerdasan tersebut (Daradjat, 2000). Kecemasan mempengaruhi hasil belajar siswa, karena

kecemasan cenderung menghasilkan kebingungan dan distorsi persepsi. Distorsi tersebut dapat mengganggu belajar dengan menurunkan kemampuan memusatkan perhatian, menurunkan daya ingat, mengganggu kemampuan menghubungkan satu hal dengan yang lain (Kaplan dan Saddock, 2005). Sedangkan, depresi dapat menyebabkan manifestasi psikomotor berupa keadaan gairah, semangat, aktivitas serta produktivitas kerja yang bertendensi menurun, konsentrasi dan daya pikir melambat. Manifestasi psikomotor tersebut bisa membawa pengaruh pada prestasi belajar jika penderita adalah siswa yang sedang aktif dalam proses belajar mengajar (Setyonegoro, 1991).

Faktor religiusitas merupakan salah satu hal yang dapat menentramkan jiwa dan pikiran (Durand *et al*, 2007), sehingga faktor spiritual dari siswa menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi prestasinya di sekolah. Untuk itu peneliti ingin mengetahui adakah perbedaan kecemasan dan depresi siswa anggota Rohis yang merupakan organisasi berlatarbelakang agama dengan yang bukan anggota Rohis di SMAN1 Surakarta.

B. Perumusan Masalah

Adakah Perbedaan Kecemasan dan Depresi Siswa Anggota Rohis dengan yang Bukan di SMAN 1 Surakarta ?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya kecemasan dan depresi pada siswa anggota Rohis dengan yang bukan serta untuk mengetahui perbedaan tingkat kecemasan dan depresi siswa anggota Rohis dengan yang bukan.

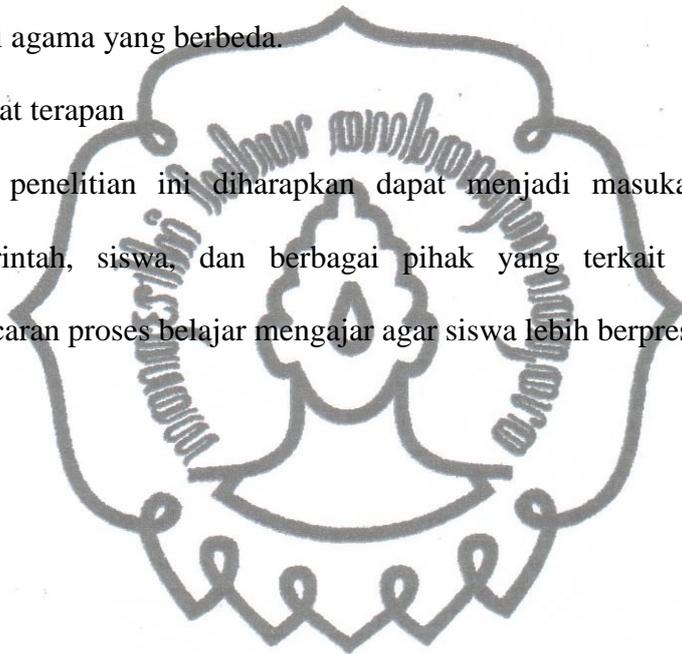
D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritik

Penelitian ini diharapkan dapat memperluas wacana ilmu pengetahuan khususnya Ilmu Kedokteran Jiwa dan untuk memberikan data ilmiah tentang perbedaan kecemasan antara 2 kelompok siswa yang mendapat porsi materi agama yang berbeda.

2. Manfaat terapan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi sekolah, pemerintah, siswa, dan berbagai pihak yang terkait guna membantu kelancaran proses belajar mengajar agar siswa lebih berprestasi.



BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Kecemasan

a. Definisi

Kecemasan atau dalam Bahasa Inggrisnya “*anxiety*” berasal dari Bahasa Latin “*angustus*” yang berarti kaku, dan “*ango, anci*” yang berarti mencekik (Trismiati, 2004).

Kecemasan adalah perasaan yang difus, yang sangat tidak menyenangkan, agak tidak menentu dan kabur tentang sesuatu yang akan terjadi (Hutagalung, 2007).

Kecemasan tidak sama dengan ketakutan, walaupun keduanya merupakan sinyal yang memperingatkan tubuh akan adanya bahaya yang mengancam. Ketakutan merupakan respon dari suatu ancaman yang asalnya diketahui, eksternal, jelas atau bukan bersifat konflik, sedangkan kecemasan sumbernya tidak diketahui, internal, samar-samar, atau konfliktual (Kaplan dan Saddock, 2005). Kecemasan dianggap patologik bilamana mengganggu fungsi sehari-hari, pencapaian tujuan, dan kepuasan atau kesenangan yang wajar (Maramis, 2005).

Walaupun merupakan hal yang normal dialami namun kecemasan tidak boleh dibiarkan karena lama kelamaan dapat menjadi nerosa cemas melalui mekanisme sebagai berikut: kecemasan akut → represi dan
commit to user

konflik (tak sadar) → kecemasan menahun → stress pencetus → penurunan daya tahan dan mekanisme untuk mengatasinya → nerosa cemas (Maramis, 2005).

b. Etiologi

Faktor penyebab kecemasan dapat dibagi menjadi faktor psikologis, dan faktor biologis (Sadock dan Sadock, 2005).

1) Faktor psikologis

Dalam teori psikologis terdapat 3 bidang utama:

a) Teori psikoanalitik

Freud menyatakan bahwa kecemasan adalah suatu sinyal kepada ego yang memberitahukan adanya suatu dorongan yang tidak dapat diterima dan menyadarkan ego untuk mengambil tindakan defensif terhadap tekanan dari dalam tersebut. Kegagalan dalam merepresi tekanan tersebut akan memunculkan mekanisme pertahanan lain (seperti konversi, pengalihan, dan regresi) yang mungkin menyebabkan pembentukan gejala dan menghasilkan gambaran gangguan neurotik yang klasik (seperti histeria, fobia, neurosis obsesif-kompulsif) (Kaplan dan Saddock, 2005).

b) Teori perilaku

Teori perilaku/belajar menyatakan bahwa kecemasan merupakan respon yang dibiasakan terhadap stimuli lingkungan spesifik. Salah satu contoh yang mudah adalah seseorang dapat belajar untuk memiliki suatu respon kecemasan internal dengan

meniru respon kecemasan orang tuanya (teori belajar sosial) (Kaplan dan Saddock, 2005).

c) Teori eksistensial

Menurut teori ini, kecemasan diartikan sebagai respon seseorang terhadap kehampaan eksistensi dan arti yang berat (Kaplan dan Saddock, 2005).

2) Faktor biologis

Peristiwa biologis dapat mendahului konflik psikologis namun dapat juga sebagai akibat dari suatu konflik psikologis sistem saraf otonom.

Stressor dapat menyebabkan pelepasan epinefrin dari adrenal melalui mekanisme berikut ini:

Ancaman dipersepsikan oleh panca indera, diteruskan ke korteks serebri → sistem limbik → RAS (Reticular Activating System) → hipotalamus → hipofisis → kelenjar adrenal mensekresikan katekolamin → stimulasi saraf otonom (Mudjaddid, 2006).

Hiperaktifitas sistem saraf otonom akan mempengaruhi berbagai sistem organ dan menyebabkan gejala tertentu, misalnya: kardiovaskular (contohnya: takikardi), muskular (contohnya: nyeri kepala), gastrointestinal (contohnya: diare), pernafasan (contohnya: nafas cepat) (Kaplan dan Saddock, 2005).

a) Neurotransmitter

Tiga neurotransmitter utama yang berhubungan dengan kecemasan adalah norepinefrin, serotonin, dan gamma-aminobutyric acid (GABA) (Kaplan dan Saddock, 2005).

Norepinefrin

Pasien yang menderita gangguan kecemasan mungkin memiliki sistem noradrenergik yang teregulasi secara buruk. Badan sel sistem noradrenergik terutama berlokasi di lokus sereleus di pons rostral dan aksonnya keluar ke korteks serebral, sistem limbik, batang otak, dan medulla spinalis. Percobaan pada primata menunjukkan bahwa stimulasi lokus sereleus menghasilkan suatu respon ketakutan dan ablasi lokus sereleus menghambat kemampuan binatang untuk membentuk respon ketakutan. Pada pasien dengan gangguan kecemasan, khususnya gangguan panik, memiliki kadar metabolit noradrenergik yaitu 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol (MHPG) yang meninggi dalam cairan serebrospinalis dan urin (Kaplan dan Saddock, 2005).

Serotonin

Badan sel pada sebagian besar neuron serotonergik berlokasi di nukleus raphe di batang otak rostral dan berjalan ke korteks serebral, sistem limbik, dan hipotalamus. Pemberian obat serotonergik pada binatang menyebabkan perilaku yang

mengarah pada kecemasan. Beberapa laporan menyatakan obat-obatan yang menyebabkan pelepasan serotonin, menyebabkan peningkatan kecemasan pada pasien dengan gangguan kecemasan (Kaplan dan Saddock, 2005).

Gamma-aminobutyric acid (GABA)

Peranan GABA dalam gangguan kecemasan telah dibuktikan oleh manfaat benzodiazepine sebagai salah satu obat beberapa jenis gangguan kecemasan. Benzodiazepine yang bekerja meningkatkan aktivitas GABA pada reseptor GABA_A terbukti dapat mengatasi gejala gangguan kecemasan umum bahkan gangguan panik. Beberapa pasien dengan gangguan kecemasan diduga memiliki fungsi reseptor GABA yang abnormal (Kaplan dan Saddock, 2005).

c. Gejala klinis

Keluhan dan gejala umum yang berkaitan dengan kecemasan dapat dibagi menjadi gejala somatik dan psikologis.

Gejala somatik:

- 1) Keringat berlebih.
- 2) Ketegangan pada otot skelet: sakit kepala, kontraksi pada bagian belakang leher atau dada, suara bergemetar, nyeri punggung.
- 3) Sindrom hiperventilasi: sesak nafas, pusing, paraestesi.
- 4) Gangguan fungsi gastrointestinal: nyeri abdomen, tidak nafsu makan, mual, diare, konstipasi.

- 5) Iritabilitas kardiovaskular: hipertensi, takikardi.
- 6) Disfungsi genitourinaria: sering buang air kecil, sakit saat berkemih, impoten, sakit pelvis pada wanita, kehilangan nafsu seksual.

Gejala psikologis:

- 1) Gangguan mood: sensitif sekali, cepat marah, mudah sedih.
- 2) Kesulitan tidur: insomnia, mimpi buruk, mimpi yang berulang-ulang.
- 3) Kelelahan, mudah capek.
- 4) Kehilangan motivasi dan minat.
- 5) Perasaan-perasaan yang tidak nyata.
- 6) Sangat sensitif terhadap suara: merasa tak tahan terhadap suara-suara yang sebelumnya biasa saja.
- 7) Berpikiran kosong, tidak mampu berkonsentrasi, mudah lupa.
- 8) Kikuk, canggung, koordinasi yang buruk.
- 9) Tidak bisa membuat keputusan: tidak bisa menentukan pilihan, bahkan untuk hal-hal kecil.
- 10) Gelisah: resah, tidak bisa diam.
- 11) Kehilangan kepercayaan diri.
- 12) Kecenderungan untuk melakukan segala sesuatu berulang-ulang.
- 13) Keraguan dan ketakutan yang mengganggu.
- 14) Terus menerus memeriksa segala sesuatu yang sudah dilakukan.

(Conley,2006)

2. Depresi

a. Definisi

Depresi adalah gangguan alam perasaan hati (*mood*) yang ditandai oleh kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sampai hilangnya gairah hidup, tidak mengalami gangguan menilai realitas (*Reality Testing Ability / RTA* masih baik), kepribadian tetap utuh (tidak ada *splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal (Hawari, 2006). Depresi dikatakan normal apabila terjadi dalam situasi tertentu, bersifat ringan dan dalam waktu yang singkat. Bila depresi tersebut terjadi di luar kewajaran dan berlanjut maka depresi tersebut dianggap abnormal (Atkinson *et all.*, 1993).

Maramis (2004) memasukkan depresi sebagai gangguan afek dan emosi. Afek ialah suasana perasaan emosional yang terkait pada objek, gagasan, atau pikiran, termasuk yang dirasakan dalam hati dan dimanifestasikan keluar (diekspresikan), sedangkan emosi merupakan keadaan jaga yang ditentukan oleh serentetan perasaan subjektif yang sering disertai oleh perasaan fisiologis yang mendorong untuk bertindak (Nuhriawangsa, 2009). Afek dan emosi dengan aspek-aspek lain seorang manusia (contohnya: proses berpikir, psikomotor, persepsi, ingatan) saling mempengaruhi dan menentukan tingkat fungsi dari manusia itu pada suatu waktu (Maramis, 2004).

b. Etiologi

Kaplan & Saddock pada tahun 2005 menyatakan bahwa sebab depresi dapat ditinjau dari beberapa aspek, antara lain: aspek biologi, aspek genetik, aspek psikologi dan aspek lingkungan sosial.

1) Aspek biologi

Penyebabnya adalah gangguan neurotransmiter di otak dan gangguan hormonal. Neurotransmiter itu antara lain: dopamin, histamin, dan noradrenalin.

- Dopamin dan norepinefrin

Keduanya berasal dari asam amino tirosin yang terdapat pada sirkulasi darah. Pada neuron dopaminergik, tirosin diubah menjadi dopamin melalui 2 tahap: perubahan tirosin menjadi DOPA oleh tirosin hidroksilase (Tyr-OH). DOPA tersebut akan diubah lagi menjadi dopamin (DA) oleh enzim dopamin beta hidroksilase (DBH-OH). Pada jaringan interseluler, DA yang bebas yang tidak disimpan pada vesikel akan dioksidasi oleh enzim MAO menjadi DOPAC. Sedangkan pada jaringan ekstraseluler (pada celah sinap) DA akan menjadi HVA dengan enzim MAO dan COMT.

- Serotonin

Serotonin yang terdapat pada susunan saraf pusat berasal dari asam amino triptofan, proses sintesis serotonin sama dengan katekolamin, yaitu masuknya triptofan ke neuron dari sirkulasi

darah, dengan bantuan enzim triptofan hidroksilase akan membentuk 5-hidroksitriptofan dan dengan dekarboksilase akan membentuk 5-hidroksitriptamin (5-HT).

2) Aspek genetik

Pola genetik penting dalam perkembangan gangguan mood, akan tetapi pola pewarisan genetik melalui mekanisme yang sangat kompleks, didukung dengan penelitian-penelitian sebagai berikut:

a. Penelitian keluarga

Dari penelitian keluarga secara berulang ditemukan bahwa sanak keluarga turunan pertama dari penderita gangguan bipolar I berkemungkinan 8-18 kali lebih besar dari sanak keluarga turunan pertama subyek kontrol untuk menderita gangguan bipolar I, dan 2-10 kali lebih mungkin untuk menderita gangguan depresi berat. Sanak keluarga turunan pertama dari seorang penderita berat berkemungkinan 1,5-2,5 kali lebih besar daripada sanak keluarga turunan pertama subyek kontrol untuk menderita gangguan bipolar I dan 2-3 kali lebih mungkin menderita depresi berat.

b. Penelitian adopsi

Penelitian ini telah mengungkapkan adanya hubungan faktor genetik dengan gangguan depresi. Dari penelitian ini ditemukan bahwa anak biologis dari orang tua yang menderita depresi tetap berisiko menderita gangguan mood, bahkan jika mereka dibesarkan oleh keluarga angkat yang tidak menderita gangguan.

c. Penelitian kembar

Penelitian terhadap anak kembar menunjukkan bahwa angka kesesuaian untuk gangguan bipolar I pada anak kembar monozigotik 33-90 persen, untuk gangguan depresi berat angka kesesuaiannya 50 persen. Sebaliknya, angka kesesuaian pada kembar dizigotik adalah kira-kira 5-25 persen untuk gangguan bipolar I dan 10-25 persen untuk gangguan depresi berat

3) Aspek psikologi

Sampai saat ini tak ada sifat atau kepribadian tunggal yang secara unik mempredisipasikan seseorang kepada depresi. Semua manusia dapat dan memang menjadi depresi dalam keadaan tertentu. Tetapi tipe kepribadian dependen-oral, obsesif-kompulsif, histerikal, mungkin berada dalam risiko yang lebih besar untuk mengalami depresi daripada tipe kepribadian antisosial, paranoid, dan lainnya dengan menggunakan proyeksi dan mekanisme pertahanan mengeksternalisasikan yang lainnya. Tidak ada bukti hubungan gangguan kepribadian tertentu dengan gangguan bipolar I pada kemudian hari. Tetapi gangguan distimik dan gangguan siklotimik mempunyai hubungan dengan perkembangan gangguan bipolar I di kemudian harinya.

4) Aspek lingkungan sosial

Berdasarkan penelitian, depresi dapat membaik jika klinisi mengisi pada pasien yang terkena depresi suatu rasa pengendalian dan penguasaan lingkungan.

c. Gejala Klinis

Simptom psikologi:

- Berpikir: kehilangan konsentrasi, lambat dan kacau dalam berpikir, pengendalian diri, ragu-ragu, harga diri rendah.
- Motivasi: kurang minat bekerja dan lalai, menghindari kegiatan kerja dan sosial, ingin melarikan diri.
- Perilaku: lambat, mondar-mandir, menangis, mengeluh.

Simptom biologi:

- Hilang nafsu makan atau bertambah nafsu makan.
- Hilang libido.
- Tidur terganggu.
- Lambat atau gelisah.

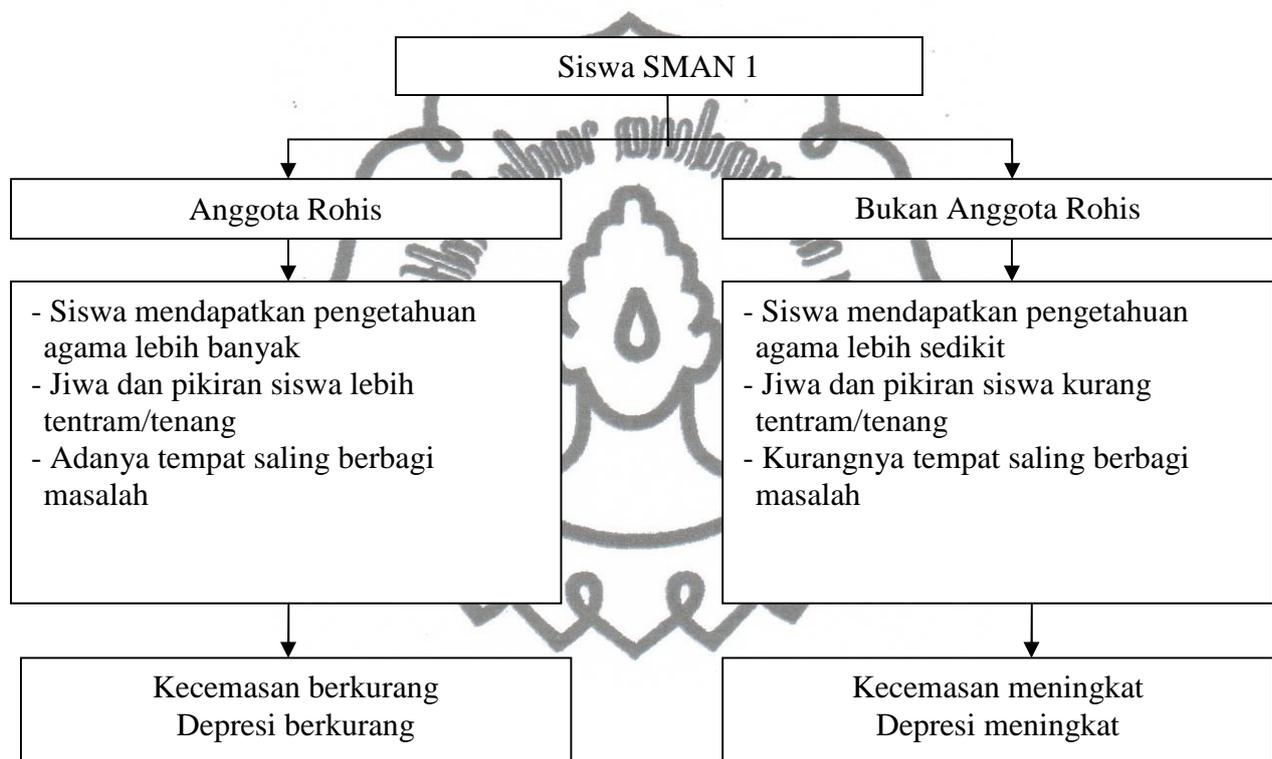
(Setyonegoro, 1991)

3. Tinjauan tentang Organisasi ROHIS

Rohis berasal dari kata "Rohani" dan "Islam", yang berarti sebuah lembaga untuk memperkuat keislaman. Rohis berfungsi sebagai forum, mentoring, kegiatan dakwah, dan berbagi (*sharing*) (Anonim, 2009). Susunan dalam rohis layaknya OSIS, di dalamnya terdapat ketua, wakil, bendahara, sekretaris, dan divisi-divisi yang bertugas pada bagiannya masing-masing. Rohis umumnya memiliki kegiatan yang terpisah antara anggota pria dan wanita hal ini dikarenakan perbedaan muhrim diantara anggota. Kebersamaan dapat juga terjalin antar anggota dengan rapat kegiatan serta kegiatan-kegiatan diluar ruangan. Tujuan utama dari

organisasi ROHIS adalah untuk mendidik siswa menjadi lebih islami dan mengenal dengan baik dunia keislaman.

B. Kerangka Berpikir



C. Hipotesis

Terdapat perbedaan kecemasan dan depresi yang bermakna antara siswa anggota Rohis dengan yang bukan anggota Rohis di SMAN 1 Surakarta.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan secara *cross-sectional*. Dalam penelitian *cross-sectional* digunakan pendekatan transversal, dimana observasi terhadap variabel bebas (faktor risiko) dan variabel terikat (efek) dilakukan hanya sekali pada saat yang sama.

B. Lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di SMAN 1 Surakarta pada bulan Mei sampai Juni tahun 2010.

C. Subyek penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah siswa SMAN 1 Surakarta anggota Rohis dan yang bukan anggota Rohis masing-masing 30 orang yang diambil secara acak dengan kriteria:

1. Kriteria inklusi

- a. Anggota Rohis yang aktif, minimal mengikuti 4 kegiatan ROHIS dalam 1 bulan dan telah menjadi anggota Rohis selama 1 semester.
- b. Siswa yang bukan anggota Rohis dan tidak mengikuti kegiatan kajian dan organisasi baik di dalam maupun di luar sekolah.

2. Kriteria eksklusi

- a. skor L-MMPI > 10.

commit to user

- b. Obesitas (Ludwig, 2007).
- c. Sedang menderita penyakit kronis.
- d. Sedang menjalani pengobatan.
- e. Menolak mengikuti penelitian.

D. Teknik sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive random sampling*.

Purposive karena sampel dipilih berdasarkan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2005). Dalam penelitian ini yang dipilih sebagai subyek penelitian adalah siswa-siswi kelas 1 dan 2.

Setelah dilakukan pencuplikan secara *purposive sampling* dilanjutkan pencuplikan dengan metode *random sampling*. Pencuplikan random sederhana dilakukan terhadap siswa anggota Rohis dan yang bukan anggota Rohis, dimana masing-masing diambil 30 sampel secara acak sehingga masing-masing subjek atau unit populasi memiliki peluang yang sama dan independen untuk terpilih ke dalam sampel. Angka 30 ini merupakan sampel minimal untuk penelitian yang menggunakan analisis *bivariat* (Murti, 2006).

E. Identifikasi variabel

1. Variabel bebas : siswa anggota Rohis dan yang bukan anggota Rohis
2. Variabel tergantung : kecemasan dan depresi siswa anggota Rohis dan yang bukan anggota Rohis.

3. Variabel luar :

- a. Terkendali : umur.
- b. Tak terkendali : genetik, kepribadian, hormon, sosial-ekonomi.

F. Definisi operasional variabel

1) Variabel bebas

- a) Siswa anggota Rohis yang masih kelas 1 dan 2 yang aktif, minimal mengikuti 4 kegiatan Rohis dalam 1 bulan dan telah menjadi anggota Rohis selama 1 semester.
- b) Siswa yang bukan anggota Rohis yang masih kelas 1 dan 2 dan yang tidak mengikuti kajian agama dan organisasi apapun yang ada di sekolah.

2) Variabel terikat

Kecemasan sebagai keadaan pada subjek penelitian diukur dengan TMAS, sebagai *cut off point* yaitu :

- a. Cemas: bila skor TMAS \geq rata-rata jawaban responden.
- b. Tidak cemas: bila skor TMAS $<$ rata-rata jawaban responden.

Sedangkan depresi diukur dengan BDI (*Beck's Depression Inventory*). Standar *cut off point*-nya menurut Bumberry adalah sebagai berikut:

- Nilai 0-9 menunjukkan tidak ada gejala depresi.
- Nilai 10-15 menunjukkan adanya depresi ringan.
- Nilai 16-23 menunjukkan adanya depresi sedang.
- Nilai 24-63 menunjukkan adanya depresi berat.

G. Instrumen Penelitian

1. Instrumen Lembar persetujuan dan identitas pribadi.
2. Skala Inventori L-MMPI (*Lie Scale Minnesota Multiphasic Personality Inventory*).

Menurut Graham dalam Handi (2004) instrumen ini digunakan untuk menguji kejujuran responden dalam menjawab pertanyaan yang ada pada kuesioner penelitian.

3. TMAS (*Taylor Minnesota Anxiety Scale*)

Kuesioner TMAS berisi 50 butir pertanyaan, dengan 2 pilihan "ya" dan "tidak". Responden menjawab sesuai dengan keadaan dirinya dengan memberi tanda (X) pada kolom jawaban ya atau tidak. Jawaban yang *favorable* diberi skor 1 dan jawaban yang *unfavorable* diberi skor 0. Kemudian seluruh skor dijumlahkan dan dicari rata-ratanya. Responden dinyatakan cemas jika nilai total \geq rata-rata dan tidak cemas jika nilai total $<$ rata-rata.

TMAS mempunyai derajat validitas yang cukup tinggi, akan tetapi dipengaruhi juga oleh kejujuran dan ketelitian responden dalam mengisinya (Azwar, 2007).

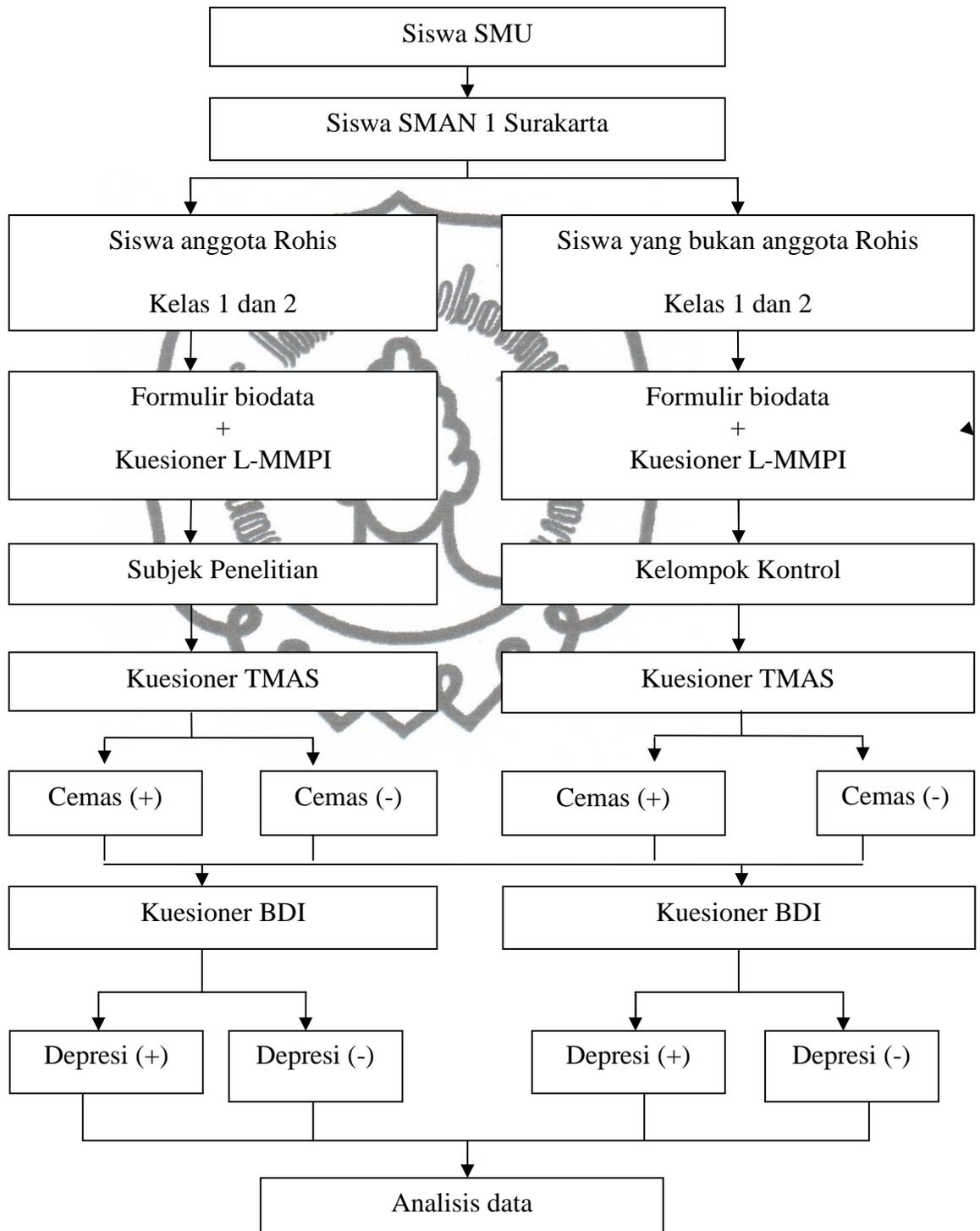
4. BDI (*Beck Depression Inventory*)

Skala BDI merupakan skala pengukuran interval yang mengevaluasi 21 gejala depresi, 15 di antaranya menggambarkan emosi, 4 perubahan sikap, 6 gejala somatik. Setiap gejala dirangking dalam

skala intensitas 4 poin dan nilainya ditambahkan untuk memberi total nilai dari 0-63, nilai yang lebih tinggi mewakili depresi yang lebih berat.



H. Protokol penelitian



I. Analisis Data

Data yang diperoleh dalam penelitian ini akan dianalisis dengan menggunakan uji *t-independent* dan diolah dengan menggunakan *Statistical Product and Service Solution (SPSS) 17 for Windows*.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Deskripsi Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah siswa-siswi SMAN 1 Surakarta kelas 1 dan kelas 2, yang menjadi anggota organisasi Rohis dan yang bukan anggota Rohis. Data diambil dari wawancara dan pengukuran langsung terhadap responden dengan menggunakan bantuan kuesioner. Pada penelitian ini diperoleh sampel sebanyak 245 orang, yang mana terdiri dari 45 anggota Rohis dan 200 siswa di luar anggota Rohis. Total sampel yang berjumlah 245 tersebut, yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak termasuk kriteria eksklusi sejumlah 64 orang atau 26,12 % dari seluruh sampel dan yang gugur sebanyak 181 orang (73,82%). Dari sampel yang berjumlah 64 orang, terdiri dari 31 anggota Rohis dan 33 bukan anggota Rohis, lalu diambil secara random 30 sampel yang menjadi anggota Rohis dan 30 orang yang bukan anggota Rohis.

Tabel 1. Distribusi Sampel berdasarkan Usia

No	Keanggotaan Rohis	Rerata Usia	SD	Minimal	Maksimal
1	Anggota Rohis	16,43 th	0,858	14	18
2	Bukan Rohis	16,53 th	1,008	14	18

Sumber : data primer, 2010

Tabel 1 di atas menjelaskan bahwa rerata usia sampel yang menjadi anggota Rohis adalah 16,43 tahun, dengan kisaran antara 14 hingga 18 tahun.

commit to user

Sedangkan rerata usia sampel yang bukan anggota Rohis adalah 16,53 tahun, dengan kisaran 14 hingga 18 tahun.

Tabel 2. Rerata Skor BDI (*Beck Depression Inventory*)

No	Keanggotaan Rohis	Rerata Skor BDI (<i>Beck Depression Inventory</i>)	STD	Minimal	Maksimal
1	Anggota Rohis	9,70	6,058	1	25
2	Bukan Rohis	9,50	6,648	0	30

Sumber : data primer, 2010

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa rerata skor BDI pada anggota Rohis lebih tinggi dibanding dengan rerata skor BDI pada siswa yang bukan anggota Rohis. Dimana rerata skor BDI pada anggota Rohis sebesar 9,70 dan berkisar antara 1 sampai 25. Sedangkan rerata untuk kelompok siswa yang bukan anggota Rohis sebesar 9,50 dan berkisar antara 0 hingga 30.

Tabel 3. Rerata Skor TMAS (*Taylor Minnesota Anxiety Scale*)

No	Keanggotaan Rohis	Rerata Skor TMAS (<i>Taylor Minnesota Anxiety Scale</i>)	STD	Minimal	Maksimal
1	Anggota Rohis	19,43	6,050	9	34
2	Bukan Rohis	20,03	8,311	7	38

Sumber : data primer, 2010

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa rerata skor TMAS pada anggota Rohis lebih rendah dibanding dengan rerata skor TMAS pada siswa yang bukan anggota Rohis. Dimana rerata skor TMAS pada anggota Rohis sebesar

19,43 dan berkisar antara 9 sampai 34. Sedangkan rerata untuk kelompok siswa yang bukan anggota Rohis sebesar 20,03 dan berkisar antara 7 hingga 38.

B. Analisis Statistika

Data penelitian yang telah diperoleh kemudian dianalisis dengan menggunakan uji *t-independent*. Uji *t-independent* merupakan uji parametrik, yang berguna untuk membandingkan nilai rerata antara satu kelompok dengan kelompok yang lain untuk menentukan perbedaan probabilitas kedua kelompok tersebut. Uji ini digunakan bila skor kedua kelompok tidak berhubungan satu sama lain. Adapun syarat agar suatu data layak untuk dianalisis dengan uji *t-independent* adalah skor yang diperoleh berbentuk kontinum, tersebar secara normal, dan variansi kedua kelompok sama (Myrnawati, 2004). Oleh karena itu, data penelitian harus memenuhi uji normalitas dan homogenitas data.

Uji normalitas dilakukan untuk menguji apakah data terdistribusi secara normal. Uji normalitas yang dilakukan pada data penelitian ini dilakukan dengan cara analitik, karena cara analitik memiliki tingkat objektivitas dan sensitivitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan deskriptif sehingga dalam penelitian ini dilakukan dengan Uji *Shapiro-Wilk* karena sampel yang digunakan ≤ 50 (Dahlan, 2004).

Tabel 4. Hasil Uji Normalitas Data TMAS dengan *Shapiro-Wilk*

Data	Nilai <i>p</i>	Keterangan
Anggota Rohis	0,569	Distribusi normal
Bukan Rohis	0,102	Distribusi normal

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebaran data pada masing-masing kelompok data adalah normal, karena nilai *p* untuk skor TMAS masing-masing kelompok adalah $p > 0,05$.

Tabel 5. Hasil Uji Normalitas Data BDI dengan *Shapiro-Wilk*

Data	Nilai <i>p</i>	Keterangan
Anggota Rohis	0,039	Distribusi tidak normal
Bukan Rohis	0,047	Distribusi tidak normal

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebaran data pada masing-masing kelompok data adalah tidak normal, karena nilai *p* untuk skor BDI masing-masing kelompok adalah $p < 0,05$. Oleh karena itu, distribusi data harus dibuat menjadi normal terlebih dahulu, sehingga akan didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 6. Hasil Uji Normalitas Data trans-BDI dengan *Shapiro-Wilk*

Data	Nilai <i>p</i>	Keterangan
Anggota Rohis	0,137	Distribusi normal
Bukan Rohis	0,100	Distribusi normal

Tabel di atas merupakan data skor BDI yang telah diolah sehingga memiliki distribusi data yang normal, hal ini ditunjukkan dengan nilai p masing-masing kelompok lebih dari 0,05 ($p > 0,05$).

Setelah dilakukan uji normalitas, selanjutnya dilakukan uji homogenitas *Levene's* untuk mengetahui apakah variansi dari kedua kelompok normal atau tidak.

Tabel 7. Hasil Uji Homogenitas Skor TMAS dengan *Levene's Test*

Data	Uji Homogenitas <i>Levene's Test</i>		Keterangan
	F	P	
Skor Ansietas	3,328	0,073	Data homogen

Tabel 8. Hasil Uji Homogenitas Skor BDI dengan *Levene's Test*

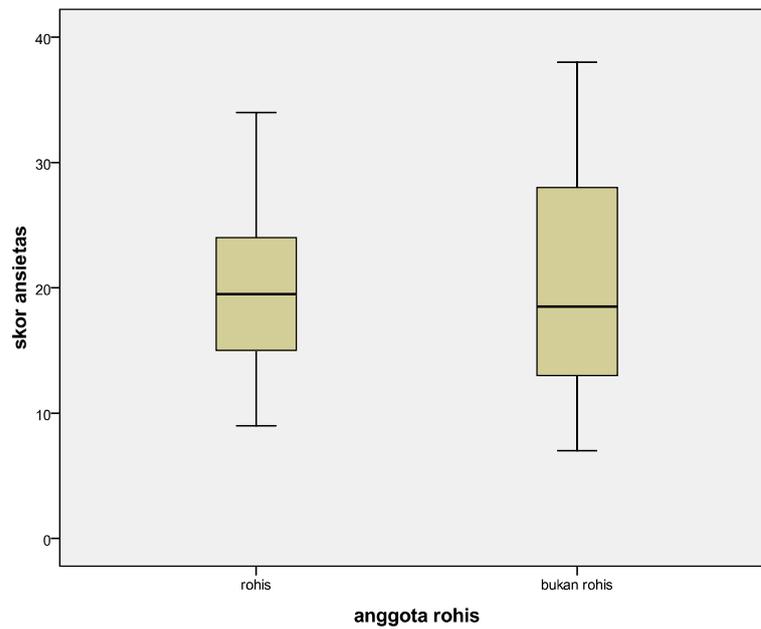
Data	Uji Homogenitas <i>Levene's Test</i>		Keterangan
	F	P	
Skor BDI	0,155	0,695	Data homogen

Berdasarkan uji homogenitas dengan *Levene's Test* di atas, dapat diketahui bahwa tidak terdapat perbedaan variansi baik skor TMAS (ansietas) maupun skor BDI antara anggota Rohis dengan siswa yang bukan anggota Rohis ($p > 0,05$).

Setelah normalitas dan homogenitas data terbukti normal maka data dapat dianalisis dengan uji *t-independent*. Berikut ini hasil data yang telah dianalisis dengan menggunakan uji *t-independent* :

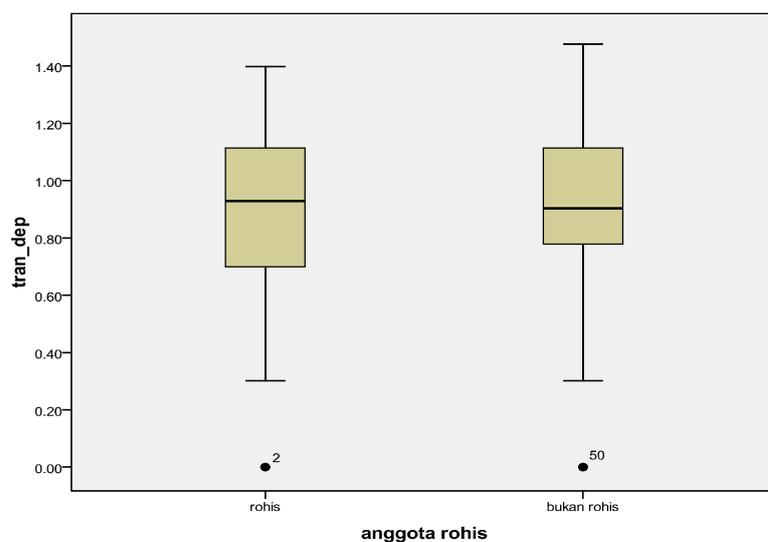
Tabel 9. Hasil Analisis Data TMAS dengan Uji *t* - independent

	Mean Skor TMAS	STD	Analisis Uji <i>t</i> - independent
Anggota Rohis	19,43	6,050	$t = -0,32$ $df = 58$
Bukan Rohis	20,03	8,311	$p = 0,75$

**Gambar 1. Boxplots Skor Ansietas (TMAS)**

Tabel 10. Hasil Analisis Data BDI dengan Uji t - independent

	Mean Skor BDI	STD	Analisis Uji t - independent
Anggota Rohis	0,8902	0,32352	$t = 0,091$ $df = 57$
Bukan Rohis	0,8823	0,34671	$p = 0,928$

**Gambar 2. Boxplots Skor BDI**

Dari tabel 9 dan 10 didapatkan nilai $p > 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara rerata skor ansietas (TMAAS) dan skor depresi (BDI) pada kelompok siswa yang ikut dalam organisasi Rohis dengan siswa yang tidak mengikuti kegiatan organisasi Rohis.

BAB V

PEMBAHASAN

Pada penelitian ini didapatkan sampel sebanyak 245 orang, sedangkan data sampel yang dapat dianalisis hanya sebanyak 64 orang, yang terdiri dari 31 orang anggota Rohis dan 33 orang yang bukan anggota Rohis. Kebanyakan data sampel yang tidak dapat dianalisis karena sampel tidak memenuhi kriteria inklusi dan termasuk ke dalam kriteria eksklusi. Pada tabel 1 diketahui bahwa terdapat perbedaan rerata usia antara sampel anggota Rohis dengan sampel yang bukan anggota Rohis, dimana rerata usia anggota Rohis yang menjadi sampel sebesar 16,43 tahun, dengan kisaran antara 14 hingga 18 tahun, sedangkan rerata usia sampel yang bukan anggota Rohis adalah 16,53 dengan kisaran antara 14 hingga 18 tahun. Walaupun terdapat perbedaan rerata antara kedua kelompok, akan tetapi setelah dilakukan uji *t-independent* diketahui bahwa perbedaan kedua rerata tersebut tidak bermakna (signifikan), dimana $p > 0,05$.

Tabel 2 menunjukkan bahwa rerata skor BDI (skor Depresi) untuk anggota Rohis adalah $9,70 \pm 6,058$ dan yang bukan anggota Rohis adalah $9,50 \pm 6,648$. Sedangkan tabel 3 menunjukkan rerata skor TMAS (skor ansietas) untuk anggota Rohis adalah $19,43 \pm 6,050$ dan yang bukan anggota Rohis adalah $20,03 \pm 8,311$. Pada kedua tabel tersebut (tabel 2 dan tabel 3) dapat dilihat bahwa terdapat perbedaan rerata antara kelompok Rohis dengan yang bukan Rohis, perbedaan rerata tersebut kemudian dianalisis dengan uji *t-independent*.

Hasil yang diperoleh dari uji tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna baik itu skor depresi maupun kecemasan antara siswa anggota Rohis dengan siswa yang bukan anggota Rohis, dimana $p > 0,05$ (dapat dilihat pada tabel 9 dan 10). Hal ini menandakan bahwa hipotesis awal (H_0) ditolak, dimana hipotesis awal penelitian ini adalah terdapat perbedaan kecemasan dan depresi yang bermakna antara siswa anggota Rohis dengan yang bukan anggota Rohis di SMAN 1 Surakarta.

Perbedaan antara hipotesis awal dengan hasil penelitian ini kemungkinan disebabkan oleh beberapa hal yang memang merupakan kelemahan dari penelitian, antara lain :

1. Tipe kepribadian subjek penelitian.

Pada saat pengambilan sampel penelitian, penulis tidak mengecek tipe kepribadian masing-masing siswa-siswi yang menjadi subjek penelitian. Padahal tipe-tipe kepribadian tertentu memiliki kecenderungan akan kecemasan dan depresi yang lebih tinggi (Kaplan & Saddock, 2005).

2. Pengambilan sampel yang tidak serentak (waktu yang sama).

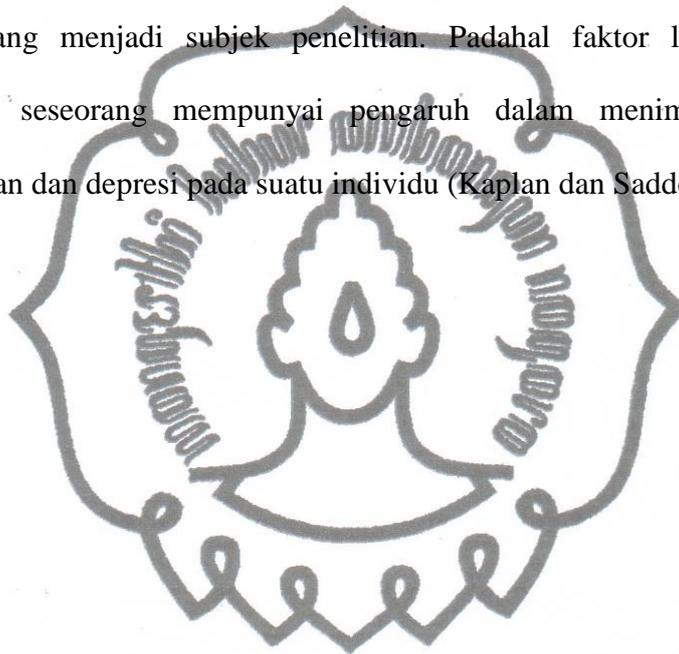
Pengambilan sampel untuk penelitian ini tidak dapat dilakukan dalam waktu yang sama (serentak) karena terbentur dengan jam pelajaran sekolah, sehingga dibagi menjadi beberapa tahap. Padahal karakter pokok rancangan penelitian dengan pendekatan *cross-sectional* (studi potong lintang) adalah penelitian dilakukan pada saat yang sama (Murti, 2003).

3. Tidak dibedakannya antara subjek yang berjenis kelamin laki-laki dengan subjek yang berjenis kelamin perempuan.

Pada penelitian ini perbedaan jenis kelamin tidak dipermasalahkan, walaupun sebenarnya laki-laki dan perempuan mempunyai prevalensi yang berbeda untuk mengalami kecemasan dan depresi (Rakel dan Andrianto, 1990).

4. Faktor lingkungan sosial ekonomi siswa.

Pada penelitian ini, penulis tidak mengecek lingkungan sosial dari tiap-tiap siswa yang menjadi subjek penelitian. Padahal faktor lingkungan sosial ekonomi seseorang mempunyai pengaruh dalam menimbulkan kelainan kecemasan dan depresi pada suatu individu (Kaplan dan Saddock, 2005).



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan kecemasan dan depresi yang bermakna antara siswa anggota Rohis dengan siswa yang bukan anggota Rohis di SMAN 1 Surakarta.

B. Saran

1. Untuk penelitian yang menggunakan pendekatan *cross-sectional*, usahakan untuk melakukan pengambilan sampel secara serentak untuk menghindari kerancuan data (sampel).
2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai topik ini dengan mengendalikan faktor-faktor luar yang turut mempengaruhi, seperti genetik, kepribadian, hormon, dan sosial ekonomi yang belum dapat dikendalikan dalam penelitian ini.
3. Sebaiknya dilakukan penelitian dengan sampel lebih besar untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat dan terpercaya.