

Artikel Penelitian

Hubungan Depresi dengan Keharmonisan Keluarga pada Mahasiswa Kesehatan

Asep Edyana ¹, Endah Sarwendah ^{2*}, Tantan Hadiansyah ², Triana Dewi Safaria ², Meidy Michelle Fitria Wawondatu ², Nawal ²

¹ Program Studi Profesi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Dustira, Cimahi, Indonesia

² Program Studi Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Dustira, Cimahi, Indonesia

INFORMASI ARTIKEL

Diterima Redaksi: 23 September 2025

Revisi Akhir: 23 Oktober 2025

Diterbitkan Online: 26 Oktober 2025

KATA KUNCI

Depresi
Keharmonisan Keluarga
Mahasiswa Kesehatan

KORESPONDENSI (*)

Phone: +62 857-8116-1510

E-mail: esarwendah91@stikesrsdustira.ac.id

A B S T R A K

Depresi merupakan masalah kesehatan jiwa yang seringkali muncul pada mahasiswa. Kondisi depresi juga dapat memicu dampak negatif seperti putus sekolah atau berhenti sekolah. Lingkungan keluarga menjadi salah satu faktor eksternal yang berhubungan dengan kondisi depresi. Keharmonisan keluarga berpengaruh pada munculnya depresi. Sehingga penting untuk mengetahui hubungan antara depresi dengan keharmonisan keluarga pada mahasiswa. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui adakah hubungan antara depresi dengan keharmonisan keluarga pada mahasiswa kesehatan. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelasional dengan pendekatan cross-sectional. Teknik sampling yang digunakan adalah *Purposive Sampling* dengan jumlah sample yang digunakan menggunakan perhitungan Slovin yakni 245 sample. Instrumen penelitian yang digunakan adalah *Beck Depression Inventory- II* yang sudah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia serta *Family Harmony Scale*. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden tidak mengalami depresi, namun, terdapat proporsi yang cukup signifikan mengalami depresi pada tingkat ringan hingga berat dengan total 42,0%. Tingkat konflik yang cukup tinggi atau mencapai 46,9%, menandakan bahwa perbedaan pendapat maupun ketegangan masih sering muncul dalam interaksi keluarga. *Correlation coefficients* $r_s = -0.598$, $p < 0.01$. Ada hubungan bermakna antara depresi dengan keharmonisan keluarga. Semakin tinggi tingkat keharmonisan keluarga, semakin rendah tingkat depresi yang dialami responden, demikian pula sebaliknya. Diharapkan penelitian ini mampu memberikan jawaban terkait hubungan antara depresi dan keharmonisan keluarga pada mahasiswa kesehatan sehingga dapat memberikan pembaharuan pada ilmu pengetahuan.

PENDAHULUAN

Mahasiswa mewakili populasi yang rentan, berisiko mendapatkan hasil yang buruk dan konsekuensi negatif yang bersinggungan dengan masalah kesehatan dan sosial (Ponsford, 2016). Mereka yang berkuliah di perguruan tinggi, cenderung mengalami tingkat stress yang tinggi (Karatekin, 2018). Penyebab stress selama kehidupan kampus antara lain diakibatkan oleh tekanan akademik yang berasal dari faktor-faktor seperti ujian dan beban kerja, kurangnya waktu luang, persaingan, kekhawatiran tidak dapat memenuhi harapan orang tua, menjalin hubungan pribadi baru dan pindah ke lokasi asing (Kumaraswamy, 2013) serta beban keuangan (Kruisselbrink Flatt, 2013).

Usia mahasiswa termasuk dalam fase *emerging adulthood* yang berpotensi tinggi untuk mengalami ketidakstabilan psikologis akibat banyaknya perubahan di masa transisi (Shafira & Hargiana, 2022). Masa dewasa awal adalah masa kritis kehidupan yang memerlukan banyak transisi kehidupan dalam pengaturan hidup, hubungan, pendidikan dan pekerjaan, (Matud, Diaz, Bethencourt, & Ibáñez, 2020). Masa transisi ini menjadi penyebab munculnya stress, kecemasan dan depresi pada mahasiswa (Beiter dkk., 2015).

Diperkirakan setidaknya 12-50% mahasiswa memiliki satu kriteria diagnostic untuk satu atau lebih gangguan jiwa (Bruffaerts dkk., 2018). Menurut National Alliance on Mental Illness (NAMI), diagnosis kesehatan jiwa utama di kalangan mahasiswa adalah depresi, kecemasan, gangguan makan, gangguan melukai diri sendiri (memotong), penyalahgunaan zat, insomnia, dan gangguan belajar. Menurut American Psychological Association (2014), depresi telah meningkat 10% selama 10 tahun terakhir di seluruh kampus.

Sebuah penelitian yang dilakukan terhadap mahasiswa sarjana di Franciscan University, Ohio, di AS menunjukkan prevalensi depresi, kecemasan, dan stres masing-masing sebesar 33%, 40%, dan 38% (Beiter dkk., 2015). Di Ethiopia, temuan serupa dilaporkan dengan prevalensi gejala depresi, kecemasan, dan stres sedang masing-masing sebesar 35%, 48%, dan 18% (Lemma, Gelaye, Berhane, Worku, & Williams, 2012). Di Indonesia sendiri, berdasarkan penelitian dari (Thurai & Westa, 2017) menyebutkan bahwa, 77,3% dari mahasiswa semester 7 Fakultas Kedokteran Universitas Udayana menderita depresi. Secara global, penelitian dari seluruh dunia mendokumentasikan tingginya prevalensi depresi, kecemasan, dan stres di kalangan mahasiswa (Salem, Awad, & Said, 2016; Singh, Goel, Sharma, & Bakshi, 2017).

Dampak dari depresi, kecemasan, dan stres pada mahasiswa bersifat negatif (Beiter dkk., 2015). Seperti halnya depresi berkorelasi dengan perilaku merugikan seperti merokok, pola makan yang buruk, kurang olahraga, kebiasaan tidur yang buruk, dan ketidakpatuhan terhadap rekomendasi perawatan medis (Doom & Haeffel, 2013; Kulsoom & Afsar, 2015). Sementara itu, dikutip dari National Alliance on Mental Illness (NAMI) menyebutkan bahwa 60% mahasiswa dengan kondisi kesehatan jiwa yang terganggu mengalami putus sekolah atau berhenti sekolah, dan hal ini mewakili tingkat pengurangan tertinggi dibandingkan kelompok disabilitas manapun. Implikasinya dapat berpengaruh pada pengembangan keterampilan dan pengalaman yang diperlukan untuk menjalani kehidupan dewasa yang mandiri dan produktif (Ponsford, 2016).

Penelitian yang berfokus pada mahasiswa telah menunjukkan hubungan yang kuat antara depresi dan pikiran untuk bunuh diri (Arria dkk., 2009; Cukrowicz dkk., 2011). Perkembangan pikiran untuk bunuh diri dapat dipahami dalam kerangka teori depresi yang banyak dipelajari. Teori ini berpendapat bahwa individu yang rentan menjadi putus asa ditandai oleh (a) ekspektasi akan hasil negatif atas peristiwa yang sangat dihargai oleh individu tersebut dan (b) ketidakberdayaan individu untuk mengubah hasil tersebut (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989). Perasaan putus asa ini selanjutnya menempatkan individu pada risiko mengalami depresi, terutama ketika dihadapkan pada peristiwa kehidupan yang negatif. Teori keputusan, yang awalnya dikembangkan untuk menjelaskan depresi, telah diperluas hingga mencakup bunuh diri.

Lingkungan keluarga sebagai mikrosistem kunci yang tidak hanya secara langsung mempengaruhi permasalahan perilaku internalisasi dan eksternalisasi individu, namun secara tidak langsung juga mempengaruhi permasalahan perilaku melalui sistem diri individu (Chen & Luo, 2016). Faktor sosial ekonomi keluarga, lingkungan, teman sebaya, dan disfungsi keluarga merupakan faktor eksternal yang berhubungan dengan depresi, dimana status sosial ekonomi berhubungan dengan kondisi kesehatan secara keseluruhan termasuk kepuasan hidup dan kebahagiaan (Windarwati, Aji Budiman, Nova, & Laras At, 2020). Salah satu faktor risiko dari depresi adalah berasal dari keluarga yang disfungsi, penuh kekerasan atau pengabaian (Fletcher & Schurer, 2017; Y. Liu dkk., 2019; Shao dkk., 2020).

Kontribusi hubungan keluarga terhadap perkembangan depresi telah dipelajari baik dalam masyarakat individualis dan kolektif (Queen, Stewart, Ehrenreich-May, & Pincus, 2013; Wang, Zhao, Liu, & Ma, 2012). Status kesehatan jiwa orang Tionghoa terbukti sangat rentan terhadap stres yang disebabkan oleh masalah dalam hubungan keluarga (Lai, 1995). Hubungan keluarga mungkin lebih penting bagi kesejahteraan jiwa di Tiongkok dibandingkan di Amerika Serikat (Poulin, Deng, Ingersoll, Witt, & Swain, 2012), yang mencerminkan penekanan budaya yang berbeda. Konstruk keharmonisan keluarga tidak identik dengan dukungan keluarga, juga ditekankan pada masyarakat individualis. Dukungan melalui penerimaan aspirasi individu dinilai sebagai karakteristik fungsi keluarga yang sehat dalam budaya individualis, sedangkan dalam masyarakat Tiongkok, tugas terhadap keluarga menjadi prioritas (Oyserman, Coon, & Kimmelmeier, 2002).

Karakteristik keharmonisan keluarga yang ditekankan secara budaya mungkin merupakan faktor penting yang terkait dengan psikopatologi (Kavikondala dkk., 2016). Pengalaman dan persepsi keharmonisan keluarga lebih penting bagi perkembangan kesehatan fisik dan mental mahasiswa (Zhan, Zhang, Wang, Zhang, & Liu, 2022). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Windarwati, et al (2020) menunjukkan bahwa keharmonisan dalam keluarga berpengaruh signifikan

terhadap stress, kecemasan dan depresi pada remaja. Namun peneliti belum menemukan penelitian terkait hubungan keharmonisan dalam keluarga terhadap depresi pada mahasiswa. Untuk itu, tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat adakah hubungan antara keharmonisan dalam keluarga dengan stress, kecemasan dan depresi pada mahasiswa kesehatan di STIKes RS Dustira.

TINJAUAN PUSTAKA

Menurut *American Psychological Association* (2024), depresi adalah kesedihan atau keputusan ekstrem yang berlangsung lebih dari sehari-hari. Depresi adalah gangguan mental yang paling umum, secara global, diperkirakan 5% orang dewasa menderita kelainan ini (WHO, 2024). Depresi ditandai dengan terganggunya aktivitas kehidupan sehari-hari dan dapat menyebabkan gejala fisik seperti nyeri, penurunan atau penambahan berat badan, kelelahan, gangguan pola tidur, atau kekurangan energi, ketidakmampuan konsentrasi, perasaan tidak berharga, rasa bersalah yang berlebihan, dan pikiran berulang tentang kematian atau bunuh diri (APA, 2024; WHO, 2024).

Sampai saat ini penyebab dari depresi masih belum dipahami dengan jelas. Para peneliti memperkirakan bahwa Sebagian kecil kasus depresi disebabkan oleh cedera pada otak, pengaruh sistem endokrin atau farmakologis namun pada sebagian besar kasus, faktor genetik dan lingkungan mengambil peran terhadap pathogenesis depresi (Maina dkk., 2016). Sama seperti kanker dan penyakit kardiovaskuler yang memiliki berbagai faktor risiko yang mungkin menimbulkan penyakit tersebut, terdapat berbagai faktor yang mungkin menimbulkan depresi klinis (Donohue & Luby, 2016).

Gangguan depresi adalah gangguan mood yang datang dalam bentuk yang berbeda, Tiga jenis gangguan depresi yang paling umum dibahas di bawah ini. Namun, yang harus diingat bahwa dalam masing-masing jenis ini, ada variasi dalam jumlah, waktu, keparahan, dan persistensi gejala. Ada juga perbedaan dalam bagaimana individu mengalami depresi berdasarkan usia (Bhowmik dkk., 2012).

1. Depresi ringan, episode depresi dengan sekurang- kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama ditambah dua dari gejala lainnya. Dengan lamanya episode depresi kurang dari dua minggu dan sedikit merasa kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan yang biasa dilakukan sehari-hari (Prasetya & Aryastuti, 2019)
2. Depresi sedang, episode depresi dengan sekurang - kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama ditambah tiga/empat dari gejala lainnya. Dengan lamanya episode depresi minimal dua minggu dan merasa kesulitan yang nyata dalam pekerjaan dan kegiatan yang biasa dilakukan sehari-hari (Prasetya & Aryastuti, 2019)
3. Depresi berat Depresi berat ditandai dengan kombinasi gejala yang bertahan setidaknya dua minggu berturut-turut, termasuk suasana hati yang menyedihkan dan/atau mudah tersinggung, yang dapat mengganggu kemampuan untuk bekerja, tidur, makan, dan menikmati kegiatan sehari-hari. Kesulitan dalam tidur atau makan dapat menjadi faktor hal tersebut. Episode depresi ini dapat terjadi sekali, dua kali, atau beberapa kali seumur hidup (Bhowmik dkk., 2012).

Dampak depresi bisa bertahan lama atau berulang dan bisa sangat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk berfungsi dan menjalani kehidupan yang bermanfaat (WHO, 2024). Sementara itu, penyebab depresi mencakup interaksi kompleks antara faktor sosial, psikologis, dan biologis (CDC, 2024). Peristiwa kehidupan seperti kesulitan masa kanak-kanak, kehilangan dan pengangguran berkontribusi dan mungkin menjadi katalisator perkembangan depresi (WHO, 2024).

Keharmonisan keluarga, yang menekankan kedekatan, pengertian, kerja sama, dan kebersamaan, dianggap sebagai salah satu atribut hubungan keluarga yang paling berharga (Ip, 2014), dan penting bagi kesehatan mental dan kesejahteraan individu (Kavikondala dkk., 2016). Pengalaman keharmonisan keluarga merupakan evaluasi subjektif mengenai harmonis atau tidaknya hubungan keluarga (Zhan dkk., 2022) Namun para ahli mempelajari tentang keluarga kuat, keluarga berfungsi dengan baik, keluarga sehat, keluarga baik, keluarga kohesif, dan sebagainya (Fauziah, 2020; A. Liu, Jia-Chi, & Yang, 2015; Siu & Shek, 2005; Wolcott, 1999). Pada hakikatnya semua itu sesuai dengan konotasi keluarga rukun, dan semuanya mempunyai tujuan yang sama, yaitu mencapai keharmonisan keluarga (Zhan dkk., 2022).

Pottas dan Sunette dalam (Fauziah, 2020) mengemukakan ciri-ciri hubungan keluarga yang harmonis dapat ditemukan pada situasi di mana anggota keluarga (1) rukun satu sama lain, di dalam dan di luar lingkungan kerja; (2) saling menghargai perbedaan; (3) saling mengakui prestasi masing-masing; (4) terikat secara emosional dan dekat satu sama lain; (5) saling mendukung; (6) saling peduli; dan (7) bersenang-senang dan karena itu saling menyemangati untuk meningkatkan upaya mereka. Faktor penentu keharmonisan keluarga adalah komunikasi terbuka, saling percaya dan menghormati, konflik keluarga, komitmen keluarga, penyaluran kebutuhan pribadi, keadilan, kepemimpinan, tata kelola

keluarga, pembagian kerja (peran dan tanggung jawab anggota keluarga), anggota keluarga nonaktif, bukan anggota keluarga. , anggota keluarga generasi senior, dan kinerja keuangan (Fauziah, 2020).

Lam et al (2012) melakukan penelitian kualitatif tentang keharmonisan keluarga miskin dan memperoleh hasil sebagai berikut: Keharmonisan keluarga terdiri dari empat komponen: komunikasi, saling menghormati, tidak adanya konflik, dan waktu bersama keluarga. Kurangnya konflik ditekankan, sementara nilai-nilai yang beragam, gaya pengasuhan, dan kesulitan keuangan merupakan penyebab umum konflik (Lam dkk., 2012).

Kebahagiaan keluarga terdiri dari empat unsur: keharmonisan keluarga yang merupakan prasyarat penting; orientasi saling peduli dan mendukung; rasa aman, terutama penekanan pada keamanan finansial pada keluarga kelas menengah dibandingkan rasa kebersamaan pada kelompok kelas sosial bawah; dan kepuasan. Keluarga yang sehat adalah keluarga yang harmonis, “tipikal” (anak/dua orang tua/dua kakek dan nenek), bahagia, penuh perhatian, dan menghargai kesehatan individu serta perilaku sehat. Keharmonisan, kebahagiaan, dan kesehatan keluarga saling terkait dan dibangun di atas seperangkat sikap komunikatif, hormat, peduli, dan puas, khususnya memberikan waktu bersama keluarga (Fauziah, 2020).

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross-sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh mahasiswa di STIKes RS Dustira, baik dari Prodi S1 Fisioterapi, DIII Fisioterapi dan DIII Keperawatan. Teknik sampling yang digunakan adalah *Purposive Sampling*. Dengan jumlah sample yang akan digunakan menggunakan perhitungan Slovin.

Menurut Sugiyono (2017), rumus Slovin digunakan untuk menentukan ukuran sampel dari populasi yang telah diketahui jumlahnya yaitu sebanyak 629 mahasiswa, untuk tingkat presisi yang ditetapkan dalam penentuan sampel adalah 5%.

Rumus Slovin: $n = N / (1+(N \times e^2))$

Dimana:

n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

e = Kelonggaran ketidaktelitian karena kesalahan pengambilan sampel yang dapat ditolerir, kemudian dikuadratkan.

Berdasarkan Rumus Slovin, maka besarnya penarikan jumlah sampel penelitian adalah:

$$\begin{aligned} n &= N / (1+(629 \times 0,05^2)) \\ n &= 629 / (1+(629 \times 0,0025)) \\ n &= 629 / (1+1,5725) \\ n &= 629 / 2,5725 \\ n &= 244,5 = 245 \end{aligned}$$

Maka besar sampel pada penelitian ini sebanyak 245 mahasiswa STIKes RS Dustira yang dijadikan responden.

Instrumen penelitian yang digunakan adalah *Beck Depression Inventory- II* yang sudah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia serta FHS-24 (*Family Harmony Scale- 24*). Kriteria responden yang digunakan yaitu, 1) mahasiswa/i aktif jurusan kesehatan 2) berusia 18-24 tahun, 3) sedang menempuh pendidikan di STIKes RS Dustira.

Identifikasi masalah, observasi langsung dan studi pustaka dilakukan oleh ketua peneliti. Begitupula dengan perumusan masalah dan kajian literatur. Kemudian pada saat penyusunan dan penyebaran kuesioner, dibantu oleh peneliti kedua dan mahasiswa yang ikut serta dalam penelitian. Pengumpulan data dilakukan setelah pengisian kuesioner selesai, para mahasiswa kembali membantu dalam proses ini. Pengolahan data dan analisa data dilakukan bersama sama oleh ketua peneliti dan anggota peneliti. Sementara kesimpulan dan saran disusun oleh ketua peneliti.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian ini, peneliti menemukan data distribusi responden (usia, jenis kelamin, program studi), gambaran depresi yang terjadi dan kondisi keharmonisan keluarga yang dialami. Seperti yang digambarkan pada tabel dibawah ini:

Tabel 1. Distribusi Usia Responden (N=245)

Usia	Frekuensi	Persentase (100%)
18	13	5.3
19	64	26.1
20	67	27.3
21	59	24.1
22	18	7.3
23	5	2.0
24	14	5.7
25	1	0.4
27	2	0.8
39	2	0.8

Berdasarkan data distribusi frekuensi usia responden (N = 245) pada Tabel 1, diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden berada pada rentang usia remaja akhir hingga dewasa awal. Usia yang paling banyak ditemui adalah 20 tahun (27,3%), diikuti oleh 19 tahun (26,1%) dan 21 tahun (24,1%). Jika digabungkan, responden dengan usia 19–21 tahun mencapai 77,5% dari total sampel, sehingga dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden berada pada usia mahasiswa awal.

Usia termuda responden adalah 18 tahun (5,3%), sedangkan usia tertua adalah 39 tahun (0,8%). Kehadiran responden dengan usia jauh lebih tua (39 tahun) menunjukkan adanya mahasiswa jalur khusus. Namun, jumlahnya yang sangat kecil tidak berpengaruh signifikan terhadap distribusi keseluruhan.

Tabel 2. Distribusi Jenis Kelamin Responden (N=245)

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (100%)
Laki-laki	52	21,2
Perempuan	193	78,8

Berdasarkan Tabel 2, dapat diketahui bahwa dari total 245 responden, mayoritas adalah perempuan yaitu sebanyak 193 orang (78,8%), sedangkan responden laki-laki berjumlah 52 orang (21,2%). Hal ini menunjukkan bahwa proporsi responden dalam penelitian ini lebih banyak didominasi oleh perempuan dibandingkan laki-laki.

Tabel 3. Distribusi Program Studi Jenis Kelamin (N=245)

Program Studi	Frekuensi	Persentase (100%)
D3 Keperawatan	227	92,7
D3 Fisioterapi	16	6,5
S1 Fisioterapi	2	0,8

Berdasarkan Tabel 3, mayoritas responden berasal dari program studi D3 Keperawatan sebanyak 227 orang (92,7%). Responden dari program studi D3 Fisioterapi berjumlah 16 orang (6,5%), sedangkan dari program studi S1 Fisioterapi hanya 2 orang (0,8%). Temuan ini menunjukkan bahwa distribusi responden dalam penelitian ini didominasi oleh mahasiswa D3 Keperawatan.

Tabel. 4 Distribusi Kategori Depresi Responden (N=245)

Kategori Depresi	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak ada depresi	142	58,0
Depresi ringan	35	14,3
Depresi sedang	45	18,4

Kategori Depresi Frekuensi Persentase (%)		
Depresi berat	23	9,4

Berdasarkan Tabel 4, sebagian besar responden berada pada kategori tidak ada depresi, yaitu sebanyak 142 orang (58,0%). Responden dengan kategori depresi ringan berjumlah 35 orang (14,3%), sedangkan responden dengan depresi sedang sebanyak 45 orang (18,4%). Sementara itu, terdapat 23 responden (9,4%) yang mengalami depresi berat. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun mayoritas responden tidak mengalami depresi, terdapat proporsi yang cukup signifikan mengalami depresi pada tingkat ringan hingga berat (total 42,0%).

Tabel 5. Distribusi Tingkat *Forbearance*, *Conflict*, *Communication* pada Responden (N=245)

Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
<i>Forbearance</i>	Sangat Rendah	7	2,9
	Rendah	21	8,6
	Agak Rendah	32	13,1
	Sedang	28	11,4
	Agak Tinggi	57	23,3
	Sangat Tinggi	100	40,8
<i>Conflict</i>	Sangat Rendah	9	3,7
	Rendah	21	8,6
	Agak Rendah	20	8,2
	Sedang	44	18,0
	Agak Tinggi	36	14,7
	Sangat Tinggi	115	46,9
<i>Communication</i>	Sangat Rendah	8	3,3
	Rendah	26	10,6
	Agak Rendah	28	11,4
	Sedang	48	19,6
	Agak Tinggi	52	21,2
	Tinggi	83	33,9

Berdasarkan hasil penelitian, dapat dilihat bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat *forbearance* yang sangat tinggi (40,8%) dan tingkat komunikasi yang juga tinggi (33,9%). Hal ini menunjukkan bahwa pada umumnya responden memiliki kesabaran yang baik serta mampu membangun komunikasi positif dalam keluarga. Namun, hasil juga memperlihatkan adanya tingkat konflik yang cukup tinggi (46,9%), yang menandakan bahwa perbedaan pendapat maupun ketegangan masih sering muncul dalam interaksi keluarga.

Tabel 6. Distribusi Tingkat Identity dan Quality Time pada Responden (N=245)

Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
<i>Identity</i>	Sangat rendah	12	4.9
	Rendah	34	13.9
	Agak rendah	43	17.6
	Sedang	25	10.2
	Agak tinggi	43	17.6
	Sangat tinggi	88	35.9
<i>QualityTime</i>	Sangat rendah	5	2.0
	Rendah	17	6.9
	Agak rendah	28	11.4
	Sedang	44	18.0
	Agak tinggi	43	17.6
	Tinggi	108	44.1

Berdasarkan Tabel 6, terlihat bahwa mayoritas responden memiliki identitas keluarga pada kategori *sangat tinggi* (35.9%), diikuti dengan kategori *agak rendah* (17.6%) dan *agak tinggi* (17.6%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memandang identitas keluarga mereka cukup kuat, meskipun masih terdapat sebagian kecil yang menilai identitas keluarga rendah (4.9% sangat rendah dan 13.9% rendah).

Sementara itu, pada dimensi kualitas waktu keluarga (*quality time*), sebagian besar responden melaporkan berada pada kategori *tinggi* (44.1%) dan *sedang* (18.0%). Hanya sebagian kecil yang menyatakan kualitas waktu keluarga *sangat rendah* (2.0%) atau *rendah* (6.9%). Temuan ini menggambarkan bahwa kebanyakan keluarga cenderung memiliki waktu berkualitas bersama yang baik, walaupun masih ada kelompok kecil yang merasakan kurangnya kualitas interaksi dalam keluarga.

Dengan menggunakan analisa bivariat *spearman rho* yang menandakan data nonparametrik, maka didapatkan gambaran hubungan depresi dengan keharmonisan keluarga seperti yang ditunjukkan pada tabel 7 dibawah ini.

Tabel 7. Hubungan Depresi dengan Keharmonisan Keluarga (N=245)

N	<i>correlation coefficients</i>
245	-0.598

Hasil analisis korelasi Spearman menunjukkan adanya hubungan negatif yang signifikan antara depresi dan keharmonisan keluarga ($r_s = -0.598, p < 0.01$). Artinya, semakin tinggi tingkat keharmonisan keluarga, semakin rendah tingkat depresi yang dialami responden, demikian pula sebaliknya. Besarnya koefisien korelasi (-0.598) menunjukkan kekuatan hubungan yang berada pada kategori sedang hingga kuat (Cohen, 2013).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki identitas keluarga yang tinggi (35,9%), *quality time* yang baik (44,1%), serta komunikasi keluarga yang tinggi (33,9%). Selain itu, forbearance atau kesabaran keluarga juga berada pada kategori tinggi (40,8%). Temuan ini menunjukkan bahwa mayoritas keluarga responden relatif mampu membangun ikatan emosional, meluangkan waktu bersama, serta mengembangkan pola komunikasi yang positif. Kondisi tersebut menjadi faktor protektif yang penting dalam menjaga kesehatan mental mahasiswa.

Hal ini sejalan dengan penelitian Yu dkk. (2015) yang menegaskan bahwa kohesi dan kehangatan keluarga berhubungan negatif dengan gejala depresi, sedangkan konflik dalam keluarga berhubungan positif dengan depresi. Dengan demikian, semakin tinggi identitas keluarga dan semakin baik kualitas komunikasi serta waktu bersama, semakin kecil kemungkinan individu mengalami depresi (Yu dkk., 2015)

Namun demikian, data juga menunjukkan bahwa konflik keluarga masih cukup tinggi (46,9%). Hasil ini penting untuk diperhatikan, sebab meskipun sebagian besar aspek keluarga positif, konflik yang berlarut dapat meningkatkan risiko munculnya masalah psikologis. Penelitian Razali dkk. (2024) di Malaysia menemukan bahwa konflik keluarga, perubahan dinamika keluarga, serta kurangnya dukungan emosional dari keluarga berkontribusi terhadap munculnya depresi pada mahasiswa dengan prevalensi sebesar 24,7%. Dengan kata lain, kualitas komunikasi dan identitas keluarga yang tinggi dapat berfungsi sebagai buffer, tetapi konflik tetap menjadi prediktor risiko penting bagi kesehatan mental mahasiswa (Razali, Jaris, Omar, & Asih, 2025).

Selain itu, dimensi forbearance yang tinggi dalam penelitian ini menggambarkan bahwa responden memiliki kemampuan untuk bersabar dan menahan diri dalam menghadapi tekanan keluarga. Temuan ini konsisten dengan penelitian Zhuang dkk. (2024) yang menunjukkan bahwa *forbearance coping* berkontribusi terhadap peningkatan kesehatan mental, terutama jika diiringi dengan resiliensi keluarga dan kemampuan menemukan makna dalam kesulitan. Artinya, forbearance dapat menjadi mekanisme adaptif yang melindungi mahasiswa dari dampak negatif konflik keluarga, meskipun tidak cukup jika berdiri sendiri tanpa dukungan keluarga yang hangat (Zhuang, Li, Liu, & Mo, 2024)

Hasil penelitian ini juga memperkuat temuan Zhang dkk. (2025) bahwa kesehatan keluarga secara keseluruhan (*family health*) berhubungan negatif dengan depresi mahasiswa, dengan stres sebagai mediator dan *self-efficacy* sebagai moderator. Hal ini berarti bahwa ketika keluarga memiliki komunikasi yang baik, meluangkan waktu bersama, dan identitas keluarga yang kuat, mahasiswa cenderung memiliki stres yang lebih rendah sehingga risiko depresi juga menurun (Zhang, WENYUE, Zhang, & Lezhong, 2025).

KESIMPULAN DAN SARAN

Secara keseluruhan, hasil penelitian ini menegaskan pentingnya menjaga dinamika keluarga yang sehat pada mahasiswa. Identitas keluarga, komunikasi, waktu berkualitas, dan *forbearance* merupakan faktor protektif yang signifikan, namun konflik keluarga tetap menjadi ancaman serius bagi kesejahteraan psikologis. Upaya intervensi pada mahasiswa yang mengalami depresi perlu mempertimbangkan dukungan keluarga, penguatan komunikasi, serta manajemen konflik di dalam keluarga.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada STIKes RS Dustira yang telah membantu mendanai penelitian ini melalui skema hibah penelitian internal.

DAFTAR PUSTAKA

- APA. (2024). Depression. Retrieved from <https://www.apa.org/topics/depression>
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of affective disorders*, 173, 90-96.
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., . . . Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of affective disorders*, 225, 97-103.
- CDC. (2024). Mental Health Conditions: Depression and Anxiety. Retrieved from <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/diseases/depression-anxiety.html>
- Chen, F., & Luo, X. (2016). Impact of family function on externalizing problem behavior among rural children left behind: on mediation of self-esteem. *Journal of Human Agricultural University*, 4, 12-16.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*: routledge.
- Doom, J. R., & Haefel, G. J. (2013). Teasing apart the effects of cognition, stress, and depression on health. *American journal of health behavior*, 37(5), 610-619.
- Fauziah, N. (2020). The concept of family's harmony in multiple cultural settings, what about the family harmony with autism children in Indonesia? A literature study. *The Family Journal*, 28(4), 365-370.
- Fletcher, J. M., & Schurer, S. (2017). Origins of adulthood personality: The role of adverse childhood experiences. *The BE Journal of Economic Analysis & Policy*, 17(2), 20150212.
- Ip, P.-K. (2014). Harmony as happiness? Social harmony in two Chinese societies. *Social indicators research*, 117, 719-741.
- Karatekin, C. (2018). Adverse childhood experiences (ACEs), stress and mental health in college students. *Stress and Health*, 34(1), 36-45.
- Kavikondala, S., Stewart, S. M., Ni, M. Y., Chan, B. H., Lee, P. H., Li, K.-K., . . . Lam, T. (2016). Structure and validity of Family Harmony Scale: An instrument for measuring harmony. *Psychological assessment*, 28(3), 307.
- Kruisselbrink Flatt, A. (2013). A suffering generation: Six factors contributing to the mental health crisis in North American higher education. *College Quarterly*, 16(1), n1.
- Kulsoom, B., & Afsar, N. A. (2015). Stress, anxiety, and depression among medical students in a multiethnic setting. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 1713-1722.
- Kumaraswamy, N. (2013). Academic stress, anxiety and depression among college students: A brief review. *International review of social sciences and humanities*, 5(1), 135-143.
- Lam, W., Fielding, R., McDowell, I., Johnston, J., Chan, S., Leung, G., & Lam, T. (2012). Perspectives on family health, happiness and harmony (3H) among Hong Kong Chinese people: a qualitative study. *Health Education Research*, 27(5), 767-779.
- Lemma, S., Gelaye, B., Berhane, Y., Worku, A., & Williams, M. A. (2012). Sleep quality and its psychological correlates among university students in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 12, 1-7.
- Liu, A., Jia-Chi, Z., & Yang, Z. (2015). Men Who Do Housework: Expression of Emotions, Economic Dependence and Gender Equality Attitude. *Collect. Women's Stud*, 129, 20-28.

- Liu, Y., Zhang, N., Bao, G., Huang, Y., Ji, B., Wu, Y., . . . Li, G. (2019). Predictors of depressive symptoms in college students: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Journal of affective disorders*, 244, 196-208.
- Matud, M. P., Díaz, A., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2020). Stress and psychological distress in emerging adulthood: A gender analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2859.
- Ponsford, L. R. (2016). Assessing mental health and violence on college campuses using the vulnerability model. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(4), 212-217.
- Razali, S., Jaris, N., Omar, S. A., & Asih, S. R. (2025). Family Dynamics and Depression among University Students. *Environment-Behaviour Proceedings Journal*, 10(SI30), 133-138.
- Salem, G. M., Awad, M. B. A., & Said, R. M. (2016). Prevalence and predictors of depression, anxiety and stress among Zagazig University students. *Med J Cairo Univ*, 84(2), 325-334.
- Shafira, A. N., & Hargiana, G. (2022). Self-Harm Behavior among Nursing Students. *Jurnal Kesehatan*, 11(2), 123-134.
- Shao, R., He, P., Ling, B., Tan, L., Xu, L., Hou, Y., Yang, Y. (2020). Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC psychology*, 8(1), 1-19.
- Singh, M., Goel, N. K., Sharma, M. K., & Bakshi, R. K. (2017). Prevalence of depression, anxiety and stress among students of Punjab University, Chandigarh. *National Journal of Community Medicine*, 8(11), 666-671.
- Siu, A. M., & Shek, D. T. (2005). Psychometric properties of the Chinese family assessment instrument in Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence*, 40(160).
- Thurai, S. R. T., & Westa, W. (2017). Tingkat depresi dalam kalangan mahasiswa kedokteran semester VII Universitas Udayana dan keterlibatan mereka dalam kegiatan fisik. *Intisari Sains Medis*, 8(2), 147-150.
- WHO. (2024). Depression Retrieved from https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
- Windarwati, H. D., Aji Budiman, A., Nova, R., & Laras At, N. A. (2020). The relationship between family harmony with stress, anxiety, and depression in adolescents.
- Wolcott, I. (1999). Strong families and satisfying marriages: a review of the literature. *Family Matters*(53), 21-30.
- Yu, Y., Yang, X., Yang, Y., Chen, L., Qiu, X., Qiao, Z., . . . Zhu, X. (2015). The role of family environment in depressive symptoms among university students: a large sample survey in China. *PLOS ONE*, 10(12), e0143612.
- Zhan, Q., Zhang, S., Wang, Q., Zhang, L., & Liu, Z. (2022). Analysis of the Difference in College Students' Experience of Family Harmony before and after the COVID-19 Outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6265.
- Zhang, Z., WENYUE, L., Zhang, C., & Lezhong, S. (2025). The relationship between family health, stress, and self-efficacy on depression among university students: a large-scale national cross-sectional study. *Frontiers in public health*, 13, 1625269.
- Zhuang, X., Li, Q., Liu, S., & Mo, J. (2024). Forbearance Coping, Community Resilience, Family Resilience and Mental Health During the Post-Pandemic in China: A Moderated Mediation Model. *Psychiatry Investigation*, 21(12), 1349.