



JURNAL KAJIAN WILAYAH

p-ISSN: [2087-2119](#)

e-ISSN: [2502-566x](#)

APAKAH PEKERJA MIGRAN INDONESIA SEHAT MENTAL?

ARE INDONESIAN MIGRANT WORKERS MENTALLY HEALTHY?

Muhammad Iqbal

Universitas Mercu Buana

Email: m.iqbal@mercubuana.ac.id

Diterima: 20-5-2019

Direvisi: 26-10-2019

Disetujui: 26-10-2019

ABSTRACT

This study aims to describe the mental health of Indonesian migrant workers in Hong Kong. The respondents of this study were Indonesian female migrant workers who worked in domestic sectors in Hong Kong, the number of respondents in this study were 100 respondent, female Indonesia migrant workers. This study uses survey method and quantitative approach with a sampling technique aimed at criteria of minimum one year working period, women and working in the household or domestic sector. This research was carried out using a mental health questionnaire. Mental Health Inventory (MHI) constructed by RAND Health Insurance Experiment (Veil & Ware, 1983) 38 items that measure aspects of anxiety, depression, emotional control, affect. Data analysis using SPSS is by using description analysis and different test (T-test). Result shown that in general respondents showing a good mental health condition (81%), very good mental health condition (1%), and poor mental health condition (18%).

Keyword : Mental health, Indonesian migrant workers, Women domestic workers

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kesehatan mental pekerja rumah tangga perempuan migran Indonesia di Hong Kong. Responden penelitian ini adalah pekerja migran perempuan Indonesia yang berprofesi sebagai pekerja rumah tangga di Hong Kong. Jumlah responden penelitian ini adalah sebanyak 100 orang pekerja rumah tangga perempuan asal Indonesia. Penelitian ini menggunakan metode survei dengan pendekatan kuantitatif dengan teknik sampel bertujuan kriteria minimal masa kerja satu tahun, perempuan dan bekerja pada sektor rumah tangga. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan alat ukur kuesioner kesehatan mental. Mental Health Inventory (MHI) dikonstruksi oleh RAND Health Insurance Experiment (Veil & Ware, 1983) yang terdiri dari 38 item yang mengukur aspek kecemasan, depresi, kontrol emosi, afek. Analisis data menggunakan SPSS yaitu dengan menggunakan analisis deskripsi dan uji beda (T-test). Berdasarkan hasil analisis menggunakan SPSS menunjukkan bahwa secara umum responden mengindikasikan kondisi kesehatan mental yang kurang baik (18%), baik (81%), dan sangat baik (1%).

Kata Kunci : Kesehatan mental, Pekerja migran Indonesia, Pekerja rumah tangga perempuan

<https://doi.org/10.14203/jkw.v10i2.825>

2087-2119 / 2502-566X ©2019 Jurnal Kajian Wilayah.

This is an open access article under the CC BY-NC-SA license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Accreditation Number (RISTEKDIKTI): 34/E/KPT/2018

PENDAHULUAN

Bekerja ke luar negeri saat ini menjadi daya tarik bagi pencari kerja untuk meningkatkan kesejahteraan. Menjadi pekerja migran merupakan salah satu pilihan hidup bagi sebagian masyarakat Indonesia usia produktif, ada banyak faktor yang menyebabkan seseorang memutuskan bekerja sebagai pekerja migran di luar negeri. Banyak ditemukan faktor pendorong dan penarik pada tenaga kerja yang bermigrasi. Menurut [Iqbal & Gusman \(2015\)](#) faktor-faktor tersebut dapat muncul dari internal negara (faktor pendorong) maupun dari eksternal negara (faktor penarik). Kemiskinan, pengangguran, bencana alam, perang, dan budaya telah menjadi faktor pendorong yang umum terjadi migrasi tenaga kerja.

Definisi Pekerja Migran Indonesia dalam Undang-Undang Perlindungan Pekerja Migran Indonesia (PMI) tahun 2017, PMI adalah setiap warga negara Indonesia yang akan sedang atau telah melakukan pekerjaan dengan menerima upah di luar wilayah Republik Indonesia. Kehidupan pekerja migran Indonesia di luar negeri selalu menjadi sorotan, banyak kasus-kasus kekerasan dan eksploitasi sering kali menjadi pembahasan di berbagai media, salah satu pemberitaan yang sering muncul di media massa adalah kehidupan pekerja migran Indonesia (PMI) di Hong Kong, Republik Rakyat Cina.

Menurut ITUC-AP Report (2012) dalam [Iqbal \(2013\)](#), pekerja migran yang bekerja pada sektor rumah tangga adalah pekerja yang sering menjadi korban.

Mereka adalah perempuan yang berpindah dari negara yang lebih miskin ke negara yang lebih kaya dengan tujuan memperbaiki ekonomi dan sebagian besar mereka meninggalkan anak-anak dan keluarga di negaranya. Mayoritas mereka bekerja di negara yang ekonomi tinggi dan menengah di Asia seperti Hong Kong, Singapura, Taiwan, Malaysia, dan Timur Tengah

Di Hong Kong mayoritas pekerja migran berprofesi sebagai pekerja rumah tangga, kasus-kasus kekerasan dan eksploitasi tidak sebanyak di negara tujuan lain, karena di Hong Kong mereka mendapat hak libur, gaji yang layak dan kebebasan berekspresi dibandingkan di negara lainnya khususnya di Timur Tengah. Menurut Sekretaris Tenaga Kerja dan Kesejahteraan Hong Kong, Law Chi Kwong, saat mengunjungi Indonesia pada Januari 2019 menjelaskan bahwa, saat ini jumlah pekerja Indonesia di Hong Kong mencapai 165 ribu orang dengan persentase 43% dari total jumlah pekerja migran yang ada di Hong Kong.

Menurut [Cynthia Abdon-Tellez \(2017\)](#) dari Mission for Migrant Workers, organisasi di Hong Kong yang memberikan advokasi untuk para pekerja asing. Dari sekitar 300 kasus penganiayaan fisik dan seksual di Hong Kong setiap tahun, 50% di antaranya menimpa pekerja migran Indonesia. Kondisi yang dialami para pekerja migran terkait penganiayaan fisik tidak berubah sejak 1990-an. Ia juga mengatakan pekerja migran Indonesia menjadi rentan karena persiapan di Indonesia yang disebutkan tidak

“memberikan cukup penjelasan tentang hak pekerja”. Ia mengatakan hutang kepada agen merupakan ancaman yang paling banyak digunakan kepada para tenaga kerja dengan ancaman masuk penjara. Jadi dalam tujuh bulan pertama diperlukan untuk bayar hutang. Selama bulan-bulan itu, keluarga tak mendapat kiriman apa-apa kecuali ada majikan yang berbaik hati mengirimkan beberapa ratus dolar untuk keluarga mereka.

Menurut Iqbal dkk. (2014) yang tergabung dalam Union Migran (UNIMIG) Indonesia, sejarah migrasi di Hong Kong dimulai sejak 1985 merupakan awal dari migrasi TKI atau Pekerja Migran Indonesia (PMI). Mula-mula jumlah buruh migran Indonesia masih terbilang kecil di Hong Kong. Hingga akhirnya, pada 1990-an, Indonesia dan Hong Kong mulai menjalin kerja sama dalam penempatan TKI. Mendekati 1990, diperkirakan terdapat sebanyak 10.000 TKI di Hong Kong.

Menurut data dari Departemen Imigrasi di Hong Kong, sejak Februari 2007, jumlah TKI di Hong Kong mencapai 105.320 orang. Angka ini merupakan peningkatan rata-rata dari 5.600 setiap tahunnya, dan diprediksi akan semakin meningkat untuk tahun-tahun berikutnya. Bahkan, pada 2007, di Hong Kong sudah terdapat sekitar 225.000 buruh rumah tangga atau Penata Laksana Rumah Tangga (PLRT) dan hampir setengah dari jumlah tersebut adalah para TKI.

Menurut Iqbal & Verdaningrum (2016) dalam laporan OXFAM-HK & ILO-Indonesia (2007), terdapat 41% buruh migran Hong Kong yang belum memiliki

pengalaman bekerja di luar negeri, dan Hong Kong merupakan negara pertama yang dikunjunginya. Dengan kebebasan yang diberikan oleh pemerintah Hong Kong, kebebasan TKI di Hong Kong mengakibatkan kerugian bagi dirinya sendiri, banyak di antara TKI yang mengalami ketidaksiapan akan budaya yang berbeda yang menyebabkan TKI mengalami kejutan budaya (*culture shock*), beberapa juga merasa kesepian (*loneliness*), perasaan kehilangan akan keluarga, anak, suami, dan saudara yang lainnya. Beberapa TKI gagal dalam menyimpan uangnya (gaji), karena mencoba gaya hidup yang berlebihan.

Menurut laporan Tempo (2016) ternyata ada 12 tenaga kerja wanita yang meninggal di Hong Kong dan satu orang lagi meninggal di Cina sejak Januari hingga pekan pertama Mei. Buruh migran wanita yang meninggal di Cina pun resminya bekerja di Hong Kong, dari 13 TKW itu, 10 orang meninggal dalam kurun Januari-Maret. Tiga orang lagi meninggal dalam tempo tiga hari pada Mei. Secara berurutan, TKW yang meninggal kebanyakan berasal dari Jawa Timur (6 orang), Jawa Tengah, dan Jawa Barat. Penyebab kematian ke-13 TKW tersebut beragam, tapi umumnya karena bunuh diri, sakit, dan kecelakaan kerja. Penyakit yang menjadi penyebab kematian TKW umumnya sesak napas dan serangan jantung. Kecelakaan kerja umumnya dipicu tindak kekerasan yang dilakukan majikan sehingga TKW kehilangan semangat dan konsentrasi saat bekerja. Namun yang lebih memprihatinkan, sekitar 40% pekerja migran wanita diduga meninggal

melalui tindakan bunuh diri akibat tak kuat menanggung utang.

Hasil kajian awal peneliti dengan pekerja migran di Hong Kong, ada beberapa hal yang menyebabkan pekerja migran bunuh diri, Pertama situasi kerja yang buruk, di mana pekerja migran tersebut tidak mendapat kehidupan yang manusiawi di tempat kerja, jarang berkomunikasi dengan di dunia luar bahkan dilarang berkomunikasi dengan keluarganya, situasi ini pekerja migran mengalami tekanan, Kedua permasalahan hubungan percintaan, di Hong Kong banyak didapati pekerja lelaki dari negara lain seperti India, Pakistan, dan Bangladesh, karena terbatasnya jumlah lelaki sehingga menyebabkan sering terjadi perebutan dan perselingkuhan yang membuat pekerja migran Indonesia sering mengalami jalan pintas bila menghadapi kegagalan menjalin hubungan percintaan, Ketiga adalah hutang, di Hong Kong banyak sekali jasa keuangan yang menawarkan pinjaman dengan jaminan paspor dan dokumen pekerja lainnya, situasi ini membuat PMI konsumtif dan akhirnya tidak mampu membayar, karena malu dan terus mendapat teror dengan konsekuensi tidak bisa pulang ke Indonesia akhirnya mereka tertekan dan melakukan bunuh diri, Keempat adalah hubungan keluarga, sebab terkadang tidak selamanya keluarga mendukung bahkan terkesan mengeksploitasi PMI untuk terus mengirim uang, dan banyak pula kasus suami yang selingkuh/kawin lagi dengan memanfaatkan kiriman istri ini yang membuat mereka marah dan mengakhiri hidupnya.

Menurut [Darthayasa, dkk. \(2016\)](#) dalam penelitiannya yang berjudul pengalaman tenaga kerja Indonesia yang mengalami *abuse* didapat kesimpulan bahwa perlakuan yang tidak manusia pada pekerja migran di antaranya dalam bentuk penganiayaan fisik, penganiayaan psikis, pembatasan kebebasan, pembatasan akses kesehatan, penghinaan melalui kata-kata, dan pengekangan hak ekonomi. Pekerja migran merasakan hal yang dialami sebagai sebuah penderitaan diri yang menimbulkan berbagai permasalahan kesehatan baik fisik maupun psikis.

Menurut [Bhugra \(2004\)](#) dalam [Xuesong He \(2011\)](#), migrasi melibatkan proses berurusan dengan perbedaan budaya, seperti perbedaan bahasa, konflik nilai, dan perubahan gaya hidup. Meskipun mereka adalah migran internal, pekerja migran perempuan dalam penelitian ini masih harus menghadapi masalah adaptasi tertentu. Mereka berbicara dengan aksen yang berat, yang dapat dengan mudah diidentifikasi oleh penduduk setempat di kota-kota, dan mereka berpakaian dan bertindak secara berbeda ([Gaetano & Jacka, 2004](#)).

Pada kasus-kasus pekerja migran bunuh diri yang sering terjadi, fenomena ini menarik untuk diteliti, apa yang menyebabkan banyak didapati kasus bunuh diri pada pekerja migran perempuan tersebut, salah satunya adalah tentang kesehatan mental mereka. Banyak di antara mereka yang memiliki masalah keluarga dan di tempat kerja yang baru, seperti terlilit hutang, hubungan asmara dan masalah adaptasi dengan lingkungan baru.

Penelitian terkait ranah psikologis pekerja migran perempuan khususnya terkait aspek kesehatan mental **pekerja rumah tangga perempuan migran Indonesia** masih jarang diteliti. Persoalan ini tertutupi dengan berita dan informasi seputar kasus dan persoalan prosedural penempatan di luar negeri. Padahal tes psikologi pra pemberangkatan merupakan syarat wajib dan menjadi satu-satunya aspek yang terkait dengan **kesehatan mental PMI**. Seperti pada umumnya pandangan tentang kesehatan mental di Indonesia, kesehatan mental PMI masih menjadi hal yang kurang diperhatikan dan menarik untuk diteliti

Menurut [Anjara \(2017\)](#), ancaman stres dan gangguan psikologis lain mengancam buruh migran tidak hanya terkait dengan situasi kerja. Perbedaan kebudayaan dan situasi negara tempat bekerja adalah ancaman lain, selain kecemasan yang timbul akibat kekhawatiran terhadap keluarga yang ditinggalkan. Stres dan gangguan kecemasan adalah ancaman terbesar bagi PMI. Salah satu penyebab terbesar persoalan mental adalah tidak terpenuhinya aspek-aspek yang menjadi faktor mendasar dalam kebutuhan psikologis dan fisiologis manusia. Nihilnya pemenuhan aspek-aspek kebutuhan fisiologis (biologis) dasar, keamanan, sipiritual dan ekspresi menjadi salah satu penyebab kecemasan di tempat kerja dan kecemasan yang berpotensi menimbulkan gangguan mental dan fisik lainnya ([Anjara, 2017](#)).

Para pekerja migran memiliki kepuasan dan kesulitan tersendiri selama masa tinggal mereka di Hong Kong. Uang

yang mereka hasilkan membuat mereka mampu mendukung mereka menyekolahkan anak-anak/saudara ke jenjang yang lebih tinggi, membangun rumah baru, membeli perangkat elektronik baru, dan membangun usaha atau kepentingan sendiri, adalah nyata, imbalan nyata bagi mereka yang didapatkan dari bekerja di luar negeri. Pada saat yang sama, kesulitan-kesulitan seperti perpisahan yang berkepanjangan dengan orang yang mereka cintai dan kesepian yang mengikuti sama sulitnya bagi banyak pekerja migran perempuan. Emosi-emosi negatif seperti rasa bersalah, dan kesepian mereka temukan dalam pekerjaan mereka menjadi tekanan-tekanan yang mengganggu kesehatan mereka baik secara fisik maupun mental ([Kwan, 2010](#)).

Menurut [Nevid, dkk. \(2014\)](#) usaha bunuh diri sering terjadi sebagai respons terhadap peristiwa hidup yang sangat membuat stres, khususnya “kejadian keluar”, seperti kematian pasangan, teman dekat atau anggota keluarga, perceraian atau perpisahan, anggota keluarga yang kabur dari rumah, atau kehilangan teman dekat. Orang yang mempertimbangkan untuk bunuh diri saat stres mungkin kurang memiliki kemampuan menyelesaikan masalah dan tidak mampu menemukan cara alternatif untuk menangani stressor

TEORI KESEHATAN MENTAL

Kesehatan mental berasal dari dua kata, yaitu sehat dan mental. Menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23/ 1992 menyatakan bahwa definisi sehat adalah suatu keadaan sehat secara fisik, mental,

dan sosial di mana memungkinkan setiap manusia untuk hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomis. Sedangkan organisasi kesehatan dunia atau World Health Organization (WHO, 2004), menyatakan bahwa kesehatan mental merupakan kondisi dari kesejahteraan yang disadari individu, yang di dalamnya terdapat kemampuan-kemampuan untuk mengelola stres kehidupan yang wajar, untuk bekerja secara produktif dan menghasilkan, serta berperan serta di komunitasnya.

Sedangkan menurut Karl Menninger, dalam Dewi (2012) individu yang sehat mentalnya adalah mereka yang memiliki kemampuan untuk menahan diri, menunjukkan kecerdasan, berperilaku dengan menenggang perasaan orang lain, serta memiliki sikap hidup yang bahagia. Saat ini, individu yang sehat mental dapat dapat didefinisikan dalam dua sisi, secara negatif dengan absennya gangguan mental dan secara positif yaitu ketika hadirnya karakteristik individu sehat mental. Adapun karakteristik individu sehat mental mengacu pada kondisi atau sifat-sifat positif, seperti: kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*) yang positif, karakter yang kuat serta sifat-sifat baik/ kebajikan (*virtues*) (Lowenthal, 2006).

Kesehatan mental adalah salah satu indikator yang signifikan untuk melihat kondisi kesehatan suatu populasi. Konsep kesehatan mental termasuk tidak adanya tanda-tanda psikopatologi seperti gejala kecemasan dan depresi, serta adanya penanda kesejahteraan psikologis seperti perasaan ceria, minat hidup, dan kenikmatan

(Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993; Organisasi Kesehatan Dunia, 2003).

Sementara itu Chaplin (1981) dalam Sunaryo (2013) mengungkapkan bahwa gangguan mental adalah ketidakmampuan individu untuk menyesuaikan diri terhadap berbagai masalah sehingga ia tidak sanggup menyelesaikannya dan Kartono (1999) menyatakan bahwa gangguan mental dapat dikatakan sebagai bentuk gangguan pada ketenangan dan harmonisasi dari struktur kepribadian. Menurut Sunaryo (2013), ciri individu yang memiliki mental yang sehat adalah memiliki perasaan batin yang bergairah, tenang dan harmonis, mudah beradaptasi dengan standar, norma, nilai sosial, tuntutan dan perubahan sosial tempat ia berada, terdapat koordinasi yang baik antara antara tenaga, aktivitas dan potensi yang ia miliki, struktur kepribadian utuh (integrasi) dan teratur (regulasi) secara baik, efisien dalam tindakan, artinya setiap tujuan hidupnya yang sehat dan masuk akal (realistis), dapat menghayati kenikmatan dan kepuasan dalam pemenuhan hidup.

Kesehatan mental dapat mencakup kemampuan individu untuk menikmati atau memiliki kesenangan dalam hidup, dan untuk menghasilkan keseimbangan antara berbagai aktivitas kehidupan dan upaya untuk mencapai ketahanan psikologis. Sehat secara mental individu dapat mengekspresikan emosinya dan berhasil beradaptasi berbagai keadaan yang membuat stres (Friedli, 2009). Organisasi Kesehatan Dunia/WHO (2010) mendefinisikan kesehatan mental sebagai keadaan mental positif kondisi di mana seseorang

menyadari kemampuannya, mengelola kehidupan menekankan, melakukan upaya secara efektif dan efisien, dan kompeten cukup untuk memberikan kontribusi kepada masyarakatnya.

Berdasarkan konsep kesehatan mental [Veit & Ware \(1993\)](#) terdapat dua komponen kesehatan mental, pertama adalah kesejahteraan psikologis dan tekanan psikologis. Kedua komponen ini kemudian dikembangkan dalam alat ukur Mental Health Inventory (MHI; [Veit & Ware, 1983](#)) untuk mengukur kondisi kesehatan mental seseorang. Gangguan mental perlu menjadi perhatian PMI. Ancaman gangguan ini sama setara dengan ancaman gangguan kesehatan lainnya. PMI perlu mempertimbangkan menemui konselor atau psikolog apabila merasakan adanya persoalan psikologis yang dialami.

Menurut [Xuesong He, dkk. \(2011\)](#) Perbedaan budaya adalah faktor signifikan yang mempengaruhi kesehatan mental pekerja migran di China. Secara sederhana, PMI dapat pula mengamati perubahan-perubahan psikologis yang dialami. Gangguan psikologis cenderung mengarahkan pada hal dan reaksi negatif. Pengamatan sederhana tersebut bisa membantu PMI mencegah terjadinya gangguan mental. Tentu tidak ada yang ingin gangguan mental membuyarkan cita-cita migrasi para PMI, kesehatan mental PMI ini sangat penting dikaji agar kualitas hidup PMI di Hong Kong dapat ditingkatkan dan pemerintah kita yang saat ini masih bergantung dari PMI di luar negeri dapat meningkatkan kesejahteraan baik secara

fisik maupun psikis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kesehatan mental pekerja rumah tangga migran perempuan Indonesia di Hong Kong.

Menurut [Aziz dkk. \(2017\)](#) Beberapa ahli berpendapat bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan mental di tempat kerja adalah hubungan interpersonal atau pola komunikasi antar individu (*interpersonal relationship*) yang ada di tempat kerja ([Harvey, 2014; Danna & Griffin 1999](#)). Menurut [Madsen, Gygi, Hammond dan Plowman \(2009\)](#) hubungan interpersonal dan komunikasi yang efektif di tempat kerja akan berpengaruh terhadap kesehatan mental individu-individunya. Sebaliknya, hubungan interpersonal dan komunikasi yang tidak efektif akan menyebabkan problem mental atau tekanan psikologis seperti kecemasan, depresi, dan stres di tempat kerja.

[Danna dan Griffin \(1999\)](#) dalam [Aziz, dkk. \(2017\)](#) menyatakan alasan pentingnya kesehatan mental di tempat kerja, yaitu; pertama, pengalaman individu baik fisik, emosional, mental, atau sosial akan mempengaruhi bagaimana individu di tempat kerja. Kedua, kesehatan mental pekerja menjadi bagian penting karena akan menumbuhkan kesadaran terhadap faktor-faktor lain yang menimbulkan risiko bagi pekerja. Misalkan, karakteristik tempat kerja yang mendukung keamanan dan kesejahteraan bagi pekerja, potensi ancaman kekerasan atau agresi di tempat kerja (kekerasan seksual dan bentuk-bentuk perilaku disfungsional lainnya), bahkan hubungan antara pimpinan dan bawahan

yang berimplikasi pada kesehatan mental. Ketiga, kesehatan mental menjadi bagian penting karena kesehatan yang rendah akan mempengaruhi kinerja.

PEMBAHASAN

Penelitian ini akan dilaksanakan di Hong Kong, waktu penelitian akan dilaksanakan selama 6 bulan mulai dari bulan 1 Januari 2019 sampai dengan 1 Mei 2019. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif yang mengacu kepada kaidah penelitian ilmiah. Pengumpulan data dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner kesehatan mental kepada 100 orang responden secara sukarela.

Pengumpulan data dilakukan dengan sumber data primer dan sekunder. Data primer dikumpulkan dengan cara melakukan penyebaran kuesioner survey kepada pekerja migran perempuan yang bekerja di Hong Kong, sedangkan data sekunder dikumpulkan dengan cara mengumpulkan data dari lembaga berwenang, seperti, BNP2TKI, Kantor perwakilan Indonesia di luar negeri dan LSM yang menangani pekerja migran.

Dari hasil analisis deskriptif Kesehatan mental di Hong Kong yang diukur menggunakan Mental Health

Inventory (MHI) dikonstruksi oleh *RAND Health Insurance Experiment* (Veil & Ware, 1983) yang terdiri dari 38 item yang mengukur aspek kecemasan, depresi, kontrol emosi, afek. Dengan nilai reliabilitas 0,858 > 0,7 sehingga alat ukur dinyatakan reliabel. Mental Health Index adalah skor tunggal dari 38 item yang dirancang sebagai indeks rekapitulasi skor tinggi dari status kesehatan mental seseorang. Skor tinggi dalam Mental Health Index mengindikasikan tingkat psychological well – being yang tinggi dan relatif kurang mengalami tekanan psikologis. Kisaran skor mentah yang diperoleh adalah 38 – 226 .

Mental Health Index dihitung dengan dua langkah: (1) *item scoring*; dan (2) indeks itu sendiri. Tujuan dari *item scoring* pada Mental Health Index adalah untuk memastikan bahwa skor tinggi pada setiap item merefleksikan frekuensi kemunculan yang lebih pada gejala kesehatan mental yang diinginkan dan frekuensi yang lebih sedikit pada gejala kesehatan mental yang negatif. Sub skala di nilai melalui dua tahapan: (1) *item scoring*; dan (2) sub skala itu sendiri. Dari 38 item yang ada, 35 item digunakan untuk menilai enam skala kesehatan mental, sementara item 2, 22, dan

38 dihilangkan dari *scoring* sub skala ini.

Tabel 1. *Blueprint Mental Health Index*

Sub Skala	Item	Makna Skor	Kisaran Skor
Kecemasan	3, 11, 15, 25, 29, 32, 33, dan 35	Skor Tinggi = Kecemasan Tinggi	9 – 54
Depresi	9, 19, 30, dan 36	Skor Tinggi = Depresi Tinggi	4 – 23

Kontrol / Perilaku terkendali	Emosi tidak	8, 14, 16, 18, 20, 21, 24, 27, dan 28	Skor Tinggi = Kontrol Emosi Tinggi	9 – 53
Afek Positif Umum		4, 5, 6, 7, 12, 17, 26, 31, 34, dan 37	Skor Tinggi = Afek Positif Umum Tinggi	10 – 60
Ikatan Emosional		10 dan 23	Skor Tinggi = Ikatan Emosional Tinggi	2 – 12
Kepuasan Hidup		1	Skor Tinggi = Kepuasan Hidup Tinggi	1 – 6

Catatan : item 2, 22, dan 38 tidak digunakan dalam skoring sub skala

Skoring Skala Global (*MHI global scales*)

Skala Kesehatan Mental Global	Item	Makna Skor	Kisaran Skor
Tekanan Psikologis (<i>Psychological Distress</i>)	2, 3, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 35, 36, dan 38	Skor Tinggi = Tekanan Psikologis Tinggi	24 – 142
<i>Psychological Well - being</i>	1, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 17, 22, 23, 26, 31, 34, dan 37	Skor Tinggi = <i>Psychological Well Being</i> Tinggi	14 – 84

Dari hasil analisis deskripsi demografi responden didapati bahwa keseluruhan responden adalah wanita berusia 22 – 30 tahun (16%), 31 – 40 tahun (49%), 41 – 50 tahun (32%), dan di atas 50 tahun (3%). Dengan jenjang pendidikan terakhir yaitu SD (20%), SMP (47%), SMA (26%), dan SMK (7%), minimal sudah 2 tahun bekerja sebagai tenaga kerja wanita di Hong Kong dengan kisaran penghasilan 4000 – 5000 Hong Kong Dolar. Gambaran responden disajikan dalam tabel demografi berikut :

Tabel 1. Demografi Responden Penelitian		
	Responden	N
Asal	Banten	1
	Jawa Barat	7
	Jawa Tengah	48
	Jawa timur	42
	Kalimantan	2
Usia	20 – 30 tahun	16
	31 – 40 tahun	49
	41 – 50 tahun	32
	>50 tahun	3
Pendidikan	SD	20
	SMP	47
	SMA	26
	SMK	7

Lama Bekerja	1 – 5 tahun	53
	6 – 10 tahun	28
	11 – 15 tahun	13
	>15 Tahun	6
Penghasilan	4000 – 4500	82
	4500 – 5000	17
	>5000	1

Hasil analisis menggunakan SPSS juga menunjukkan bahwa secara umum responden mengindikasikan kondisi kesehatan mental yang kurang baik (18%), baik (81%), dan sangat baik (1%), data lengkap ditunjukkan dalam tabel 2.

Tabel 2 . Kondisi Kesehatan Mental Responden

Taraf Kesehatan Mental	Skor	Jumlah	%
Kurang Baik	38 – 114	18	18
Baik	115 – 164	81	81
Sangat Baik	165 – 228	1	1

Dari analisa aspek yang dilihat dari nilai Min dan Standar Deviasi (SD) didapati bahwa aspek afek positif Umum, Kontrol emosi bernilai tinggi, namun nilai rendah pada aspek kecemasan, depresi, ikatan emosi, dan kepuasan hidup. Hasil lengkap

bisa dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Aspek Kesehatan Mental

No.	Aspek	Min	SD
1	Kecemasan	9	6,781
2	Depresi	4	4,145
3	Kontrol Emosi	19	4,105
4	Afek Positif Umum	24	8,188
5	Ikatan Emosional	3	2,674
6	Kepuasan Hidup	2	1,087

Dari hasil analisis inferensial, uji beda ditunjukkan dalam tabel – tabel berikut :Berdasarkan hasil uji beda menunjukkan nilai $F = 2,842$, dengan $P = 0,028$ ($P < 0,05$) sehingga menunjukkan ada perbedaan yang signifikan pada kondisi kesehatan mental responden jika berdasarkan dengan daerah asal. Data lengkap dapat dilihat pada tabel 4

Berdasarkan hasil uji beda menunjukkan nilai $F = 0,980$, dengan $P = 0,406$ ($P > 0,05$) sehingga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada kondisi kesehatan mental responden jika berdasarkan dengan usia. Data lengkap dapat dilihat pada tabel 5

Tabel 4. Kesehatan Mental Berdasarkan Asal Daerah

Sumber Variansi	Jumlah Kuadrat	dk	Kuadrat Tengah (KT)	F	Sig.
Antar Kelompok	1696.810	4	424.202	2.842	.028
Dalam Kelompok	14181.940	95	149.284		
Jumlah	15878.750	99			

Tabel 5. Kesehatan Mental Berdasarkan Usia

Sumber variansi	Jumlah Kuadrat	dk	Kuadrat Tengah (KT)	F	Sig.
Antar	471.848	3	157.283	.980	.406
Dalam	15406.902	96	160.489		
Jumlah	15878.750	99			

Berdasarkan hasil uji beda menunjukkan nilai $F = 1,648$, dengan $P = 0,183$ ($P > 0,05$) sehingga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada kondisi kesehatan mental responden jika berdasarkan dengan latar belakang pendidikan yang dimiliki responden. Data lengkap dapat dilihat pada tabel 6

Tabel 6. Kesehatan Mental Berdasarkan Pendidikan

Sumber Variansi	Jumlah Kuadrat	Dk	Kuadrat Tengah (KT)	F	Sig.
Antar Kelompok	777.769	3	259.256	1.648	.183
Dalam Kelompok	15100.981	96	157.302		
Jumlah	15878.750	99			

Tabel 7. Kesehatan Mental Berdasarkan Lama Kerja

Sumber Variansi	Jumlah Kuadrat	dk	Kuadrat Tengah (KT)	F	Sig.
Antar Kelompok	3438.399	3	1146.133	8.845	.000
Dalam Kelompok	12440.351	96	129.587		
Jumlah	15878.750	99			

Berdasarkan hasil uji beda menunjukkan nilai $F = 0,696$, dengan $P = 0,501$ ($P > 0,05$) sehingga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada kondisi kesehatan mental responden

Berdasarkan hasil uji beda menunjukkan nilai $F = 8,845$, dengan $P = 0,000$ ($P < 0,05$) sehingga menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada kondisi kesehatan mental responden jika berdasarkan dengan lama kerja. Data lengkap dapat dilihat pada tabel 7

jika berdasarkan dengan perolehan pendapatan. Data lengkap dapat dilihat pada tabel 8

Tabel 8. Kesehatan Mental Berdasarkan Pendapatan

Sumber Variansi	Jumlah Kuadrat	dk	Kuadrat Tengah (KT)	F	Sig.
Antar Kelompok	224.778	2	112.389	.696	.501
Dalam Kelompok	15653.972	97	161.381		
Jumlah	15878.750	99			

Hasil analisis menunjukkan bahwa berdasarkan usia, didapati responden yang memiliki kesehatan mental yang tinggi adalah responden yang berusia 20 – 30 tahun sebanyak 1 orang (5,88%), diikuti dengan responden dengan usia 31 – 40 tahun sebanyak 48 orang (90,57%), 41 – 50 tahun sebanyak 20 orang (74,07%), dan > 50 tahun sebanyak 1 orang (33,33%). Hasil lengkap dapat dilihat pada tabel.9

Hasil analisis menunjukkan bahwa berdasarkan latar belakang pendidikan, didapati responden yang memiliki kesehatan mental yang tinggi adalah responden yang dengan pendidikan SMP sebanyak 1 orang (2,13%), diikuti dengan responden dengan usia SD sebanyak 19 orang (95%), SMA sebanyak 23 orang (88,48%), dan SMK sebanyak 5 orang (71,433%). Hasil lengkap dapat dilihat pada tabel 10.

Tabel 9. Kesehatan Mental Berdasarkan Usia

Taraf Kesehatan Mental	20 – 30 tahun	31 – 40 tahun	41 – 50 tahun	>50 tahun
Kurang Baik	4 (23,53%)	5 (9,43%)	7 (25,93%)	2 (66,67%)
Baik	12 (70,59%)	48 (90,57%)	20 (74,07%)	1 (33,33%)
Sangat Baik	1(5,88%)	0	0	0

Tabel 10. Kesehatan Mental Berdasarkan Pendidikan

Taraf Kesehatan Mental	SD	SMP	SMA	SMK
Kurang Baik	1(5,00%)	12 (25,53%)	3 (11,54%)	2 (28,57%)
Baik	19 (95,00%)	34 (72,34%)	23 (88,46%)	5 (71,43%)
Sangat Baik	0	1 (2,13%)	0	0

Hasil analisis menunjukkan bahwa berdasarkan tempat tinggal asal, didapati responden yang memiliki kesehatan mental yang tinggi adalah responden yang berasal dari Jawa Tengah sebanyak 1 orang (2,08%),

diikuti dengan responden yang berasal dari Jawa Barat sebanyak 7 orang (100%), Kalimantan sebanyak 2 orang (100%), dan Jawa Timur sebanyak 33 orang (78,57%). Hasil lengkap dapat dilihat pada tabel 11.

Tabel 11. Kesehatan Mental Berdasarkan Tempat Tinggal Asal

Taraf Kesehatan Mental	Jawa Tengah	Jawa Timur	Jawa Barat	Banten	Kalimantan
Kurang Baik	8 (16,67%)	9 (21,43%)	0	1 (100%)	0
Baik	39 (81,25%)	33 (78,57%)	7 (100%)	0	2 (100%)
Sangat Baik	1 (2,08%)	0	0	0	0

Hasil analisis menunjukkan bahwa berdasarkan lama bekerja, didapati responden yang memiliki kesehatan mental yang tinggi adalah responden yang telah bekerja selama 1 – 5 tahun sebanyak 1 orang (1,89%), diikuti dengan lama bekerja 11 – 15 tahun sebanyak 11 orang (84,62%), 6 – 10 tahun sebanyak 19 orang (67,86%), dan >15 tahun sebanyak 3 orang (50%). Hasil lengkap dapat dilihat pada tabel 12.

Hasil analisis menunjukkan bahwa berdasarkan gaji yang diperoleh, didapati responden yang memiliki kesehatan mental yang tinggi adalah responden dengan gaji sebesar HK\$ 4000 – 4500 sebanyak 1 orang (1,89%), diikuti dengan responden dengan gaji HK\$ 4500 – 5000 sebanyak 14 orang (82,35%) dan HK\$ > 5000 sebanyak 1 orang (100%).

Tabel 12. Kesehatan Mental Berdasarkan Lama Bekerja

Taraf Kesehatan Mental	1 – 5 tahun	6 – 10 tahun	11 – 15 tahun	>15 tahun
Kurang Baik	4 (7,55%)	9 (32,14%)	2 (15,38%)	3 (50,00%)
Baik	48 (90,57%)	19 (67,86%)	11 (84,62%)	3 (50,00%)
Sangat Baik	1 (1,89%)	0	0	0

Tabel 13. Kesehatan Mental Berdasarkan Penghasilan / Gaji

Taraf Kesehatan Mental	HK\$ 4000 – 4500	HK\$ 4500 – 5000	HK\$ > 5000
Kurang Baik	14 (17,07%)	3 (17,65%)	1 (100%)
Baik	67 (81,71%)	14 (82,35%)	0
Sangat Baik	1 (1,22%)	0	0

Jika dilihat dari aspek-aspek kesehatan mental, maka nilai rendah dapat dilihat pada aspek kecemasan, depresi, ikatan emosi, dan kepuasan hidup, sebagai bentuk dari *post – migration stress*. Hal ini sesuai dengan penelitian [Garabiles \(2017\)](#) yang menjelaskan bahwa, banyaknya dukungan dari teman – teman sesama pekerja migran perempuan tidak dapat menghambat adanya efek *post-migration stress* namun justru meningkatkan kecenderungan depresi, dan

kecemasan.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan [Parrenas \(2001\)](#) dan [Bagley dkk. \(1997\)](#) yang juga mengemukakan bahwa *multidimensional stressors* yang dirasakan pekerja migran perempuan diasosiasikan dengan jarak geografis tempat kerja dengan asal. Keberadaan mereka yang sangat jauh dari kampung halaman, memunculkan rasa

keseharian serta perbedaan sosial budaya sehingga menimbulkan kecemasan, ikatan emosi, dan kepuasan hidup yang rendah. Ini juga mendukung penelitian [Wen dan Wang \(2009\)](#) di mana pekerja migran perempuan yang tinggal sendiri di negara lain yang baru perasaan yang lebih negatif dan merasa kesepian.

Sebagaimana ditemukan dalam penelitian ini bahwa pekerja migran yang dengan level kesehatan mental kurang baik ditemukan paling banyak pada mereka yang berasal dari kota kecil di Jawa Timur, misalnya Banyuwangi di mana perbedaan sosial budaya dapat menimbulkan kecemasan, ikatan emosi, dan kepuasan hidup yang rendah, yang mana menurut Wen dan Wang (2009) adalah bentuk dari perasaan negatif itu sendiri. Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa selain faktor jauhnya tempat tinggal asal, terdapat faktor – faktor lain yang juga menyebabkan perbedaan kondisi kesehatan mental dari para responden tenaga kerja wanita imigran di Hong Kong yaitu usia, di mana responden yang memiliki usia di atas 40 tahun dilaporkan memiliki kecenderungan kesehatan mental yang kurang baik dibandingkan dengan responden yang berusia di bawah 40 tahun.

Selain itu, tingkat pendidikan dan lama bekerja juga mempengaruhi persepsi dan kecenderungan responden untuk mengalami kesehatan mental yang kurang baik. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa kesehatan mental responden dengan pendapatan di bawah 5000 Hong Kong

Dolar justru lebih baik dibandingkan dengan responden dengan pendapatan di atas 5000 Hong Kong Dolar.

PENUTUP

Secara umum pekerja migran Indonesia di Hong Kong menunjukkan mayoritas kondisi kesehatan mental pekerja migran rumah tangga perempuan Indonesia adalah baik. Namun besarnya hasil yang menunjukkan kondisi kesehatan mental yang baik pada pekerja migran Indonesia di Hong Kong tidak dapat menutupi fakta bahwa masih dapat 18% pekerja migran Indonesia menunjukkan kondisi kesehatan mental yang kurang baik, dari data analisis per aspek/ kesehatan mental di mana hal ini menunjukkan bahwa pada aspek kecemasan, depresi, ikatan emosi, dan kepuasan hidup sangat rendah dalam kesehatan mental pekerja migran rumah tangga perempuan Indonesia di Hong Kong.

Hal ini dapat terjadi karena mereka berada jauh dari kampung halaman, kesepian serta perbedaan sosial budaya sehingga menimbulkan kecemasan, ikatan emosi dan kepuasan hidup yang rendah. Ini menunjukkan mereka rentan mengalami gangguan psikologis lain yang mengancam tenaga kerja migran, masih dirasakan oleh pekerja migran Indonesia di Hong Kong sebagai wujud tidak terpenuhinya aspek-aspek yang menjadi faktor mendasar dalam kebutuhan psikologis dan fisiologis manusia.

Untuk itu dimensi kepuasan hidup, ikatan emosional dan depresi harus

mendapat perhatian dari semua pihak baik pemerintah maupun perekrut tenaga kerja, karena dimensi ini yang dapat membuat seseorang berniat melakukan bunuh diri dan menjadi faktor penyebab buruknya kesehatan mental seseorang. Kepuasan hidup bisa ditingkatkan dengan melakukan pendekatan atau intervensi spiritual seperti bersyukur dan mengingat Tuhan (zikir), sedangkan ikatan emosional memang agak sulit dilakukan, karena mereka terpisah dengan jarak dengan keluarganya. Untuk dimensi depresi bisa dilakukan intervensi dukungan sosial dari teman atau sahabat, di Hong Kong ada banyak organisasi sosial keagamaan yang melakukan banyak kegiatan sehingga dapat menghibur dan terhindar dari kesepian. Mencegah depresi bisa juga dilakukan dengan akses akan layanan konseling khususnya rekan sebaya sesama pekerja migran, untuk itu pemerintah disarankan untuk membuka layanan konseling dengan bekerjasama dengan komunitas organisasi pekerja migran di Hong Kong.

Dari hasil uji beda dengan demografi responden juga menjadi temuan yang menarik bahwa tidak ada perbedaan tingkat kesehatan mental dengan jumlah pendapatan, tingkat pendidikan dengan usia, sedangkan perbedaan tingkat kesehatan mental berbeda dari asal daerah, pekerja yang berasal dari Jawa Tengah memiliki kesehatan mental yang mayoritas baik dibandingkan pekerja migran yang berasal dari daerah lain dan lama bekerja, pekerja yang masa kerja 1-5 tahun memiliki kesehatan mental yang baik dan pekerja yang bekerja lebih dari 15 tahun

semakin lama bekerja maka semakin rendah tingkat kesehatan mentalnya

Di samping itu minimnya pemenuhan aspek-aspek kebutuhan fisiologis (biologis) dasar, keamanan, spiritual dan ekspresi menjadi salah satu penyebab kecemasan di tempat kerja dan kecemasan yang berpotensi menimbulkan gangguan mental dan fisik lainnya. Untuk itu perlu dilakukan upaya yang sistematis dalam rangka menyehatkan mental pekerja migran Indonesia di Hong Kong, baik dalam bentuk pelatihan maupun pembinaan mental dan spiritual. Hal ini sesuai dengan pendapat ahli Psikologi [Klinis, dkk. \(2014\)](#) yang mengemukakan bahwa usaha bunuh diri sering terjadi sebagai respons terhadap peristiwa hidup yang sangat membuat stres, khususnya “kejadian keluar”, seperti kematian pasangan, teman dekat atau anggota keluarga, perceraian atau perpisahan, anggota keluarga yang kabur dari rumah, atau kehilangan teman dekat. Orang yang mempertimbangkan untuk bunuh diri saat stres mungkin kurang memiliki kemampuan menyelesaikan masalah dan tidak mampu menemukan cara alternatif untuk menangani stres. Untuk itu kemampuan mengatasi masalah psikologi perlu ditingkatkan bagi pekerja migran agar dapat meningkatkan kesehatan mentalnya dan terhindar dari keinginan untuk melakukan bunuh diri.

Temuan pada penelitian ini juga sesuai dengan pendapat [Aziz, dkk. \(2017\)](#), [Harvey \(2014\)](#), [Danna & Griffin \(1999\)](#). yang berpendapat bahwa salah

satu faktor yang mempengaruhi kesehatan mental di tempat kerja adalah hubungan interpersonal atau pola komunikasi antar individu (*interpersonal relationship*) yang ada di tempat kerja demikian juga sejalan dengan pendapat Madsen, Gygi, Hammond dan Plowman (2009) yang menyatakan bahwa hubungan interpersonal dan komunikasi yang efektif di tempat kerja akan berpengaruh terhadap kesehatan mental individu-individunya. Sebaliknya, hubungan interpersonal dan komunikasi yang tidak efektif akan menyebabkan problem mental atau tekanan psikologis seperti kecemasan, depresi, dan stres di tempat kerja. Kemampuan komunikasi interpersonal harus ditingkatkan, pelatihan pra keberangkatan bukan hanya latihan teknis atau bahasa namun juga melatih ketrampilan "*Soft Skill*" yaitu kemampuan komunikasi dan keterampilan mengatasi masalah di tempat kerja (*Coping Skill*) sehingga ketika mereka menghadapi masalah ditempat kerja mereka dapat menyelesaikannya dan terhindar dari keinginan untuk melakukan bunuh diri dan mental mereka akan sehat karena dapat mencari solusi dari permasalahan yang dihadapinya.

Bekerja di luar negeri merupakan pilihan hidup setiap orang, walaupun ada risiko yang harus diambil misalnya terpisah jauh dari keluarga, Untuk itu, agar mendapatkan kesehatan mental yang baik, pekerja migran harus memperhatikan berbagai aspek, termasuk interaksi sosial. Berorganisasi dan berkomunitas adalah salah satu cara untuk mendapat dukungan sosial,

mengurangi kesepian dan mendapatkan kebermaknaan hidup.

Saran dalam penelitian ini adalah bentuk penelitian awal yang menyajikan gambaran kondisi kesehatan mental mental pekerja rumah tangga perempuan migran Indonesia di Hong Kong berdasarkan hasil survei, sehingga diharapkan adanya penelitian lebih lanjut untuk dapat lebih menggali informasi, memahami makna, dan menguji teori terkait kesehatan mental khususnya pada mental pekerja rumah tangga perempuan migran Indonesia di Hong Kong dengan sampel yang lebih besar.

Perlu digali lebih dalam mengenai apa yang menyebabkan pekerja migran melakukan bunuh diri, apakah karena situasi pekerjaan yang buruk, permasalahan sosial, akses akan layanan Psikologi dan kesehatan atau memang lemahnya kemampuan mengatasi masalah pada pekerja migran sehingga memerlukan intervensi yang kuat untuk mencegah pekerja migran melakukan bunuh diri. Selain itu, perlu diadakan peningkatan layanan yang ditargetkan untuk meningkatkan kesehatan mental pekerja migran Indonesia. Beberapa topik yang perlu diteliti adalah tentang kualitas kehidupan bekerja, kemampuan adaptasi dan tekanan pekerjaan pekerja migran Indonesia di Hong Kong.

PUSTAKA ACUAN

Anjara, S.G, Nellums, L.B, Bonetto, C & Van Bortel, T..(2017). Stress, health and quality of life of female migrant domestic workers in Singapore: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*. 17(98). doi: 10.1186/s12905-

- Aziz, R., Wahyuni, E.N & Wargadinata, W. (2017). Kontribusi bersyukur dan memaafkan dalam mengembangkan kesehatan mental di tempat kerja. *INSAN Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental*. Vol. 2(1)
- Bagley, C.; Madrid, S.; Bolitho, F. (1997). Stress factors and mental health adjustment of Filipino domestic workers in Hong Kong. *International Social Work*, 40(4): 373–82
- Derthayasa, I. N., Winarni, I., & Lestari, R. (2016). Pengalaman tenaga kerja Indonesia yang mengalami abuse. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 4(2), 145-160.
- Dewi, K. S. (2012). Kesehatan Mental. Semarang. CV. Lestari Mediakreatif
- Garabiles, M., Ofreneo, M., Hall, B. (2017). Towards a Theory of Resilience for Transnational Families of Filipina Domestic Helpers. *Manuscript in preparation*
- Iqbal, M. (2016). A Survey of the Quality of Life of Indonesian Migrant Workers in Sabah East Malaysia. *International Journal of Philosophy and Social-Psychological Sciences*, Volume 2
- Iqbal, M & Gusman, Y. (2015). Pull and Push Factors of Indonesian Women Migrant Workers from Indramayu (West Java) to Work Abroad. *Mediterranean Journal of Social Sciences*.
- Iqbal, M & Verdaningrum, A. (2016). Pengaruh culture shock dan adversity quotient terhadap kepuasan kerja tenaga kerja indonesia (TKI) di Hong Kong. *Jurnal Kajian Wilayah*, Vol. 7 No.2.
- Iqbal, M. (2013). *Hubungan dan Pengaruh Personaliti, Strategi Daya Tindak, Penyesuaian Sosio Budaya ke atas Kualiti Hidup Tenaga Kerja Indonesia (TKI) di Lembah Klang Malaysia* (Disertasi Universiti Kebangsaan Malaysia)
- Iqbal, M. (Ed.). (2014). Perlindungan hukum terhadap pekerja migran Indonesia yang berkonflik dengan hukum. Studi Kasus di 5 Negara: Arab Saudi, Malaysia, Singapura, Hong Kong dan Taiwan. Union Migran (UNIMIG) Indonesia-Tahir Foundation
- Menninger, K., Rappaport, D & Schafer, R. (1947). The new role of psychological testing in psychiatry.
- Nevid, J.S (Ed.). (2014). *Psikologi Abnormal di Dunia yang Terus Berubah*. Penerbit Airlangga Surabaya.
- Sunaryo. (2013). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Penerbit Buku Kedokteran. 264-266
- Wen, M. & Wang, G. X. (2009). Demographic, psychological, and social environmental factors of loneliness and satisfaction among rural-to-urban migrants in Shanghai, China. *International Journal of Comparative Sociology*, 50, 155–182
- World Health Organization (WHO). (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva: WHO

