



SURAT KETERANGAN KESEHATAN MENTAL/ ROHANI

No: 441.3 /13080/RSJDAHM-YM

Yang bertanda tangan dibawah ini saya dr. Eka Yuni Nugrahayu, Sp.KJ, Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda Menerangkan klien sebagai berikut :

Nama : Risca Fitria Andriyana
Umur : 33 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Pendidikan : D3
Pekerjaan : Bidan
Alamat : JL.Soekarno Hatta Rt.025 Kel. Gunung Telihan, Kec. Bontang Barat, Kota Bontang, Provinsi Kalimantan Timur

KEPERLUAN :

Persyaratan Mendaftar PPPK

KESIMPULAN :

Saat ini kondisi kesehatan jiwa yang bersangkutan dalam batas-batas normal.

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana semestinya.

Keterangan:

Surat keterangan ini berlaku sejak

Tanggal 10 Juli 2025

sampai dengan Tanggal 10 Januari 2026

Samarinda, 10 Juli 2025

Pemeriksa:



dr. Eka Yuni Nugrahayu, Sp.KJ

NIP: 198306012010012022

*Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang sah dan di terbitkan oleh
Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.
Kebenaran dan keabsahan atas data yang ditampilkan dalam dokumen ini
dapat divalidasi dengan cara Scan QRcode.*

08.28

7.19.42

36%

Rak Duku

Buku

Telusuri Judul

Canggih

StatPearls [Internet].

Tampilkan detail

Cari buku ini

Inventaris Kepribadian Multifase Minnesota

Agustus E.Floyd ; Vikas Gupta

Informasi dan Afiliasi Penulis

Pembaruan Terakhir: 24 April 2023.

Definisi/Pendahuluan

Pergi ke:

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) adalah tes psikometri paling umum yang dirancang untuk menilai ciri-ciri kepribadian dan psikopatologi. Data ini dapat digunakan untuk menarik kesimpulan tentang psikopatologi peserta tes atau untuk menginterpretasikan karakteristik psikologis dibandingkan dengan norma. [1] Aplikasi perawatan yang paling umum dari tes ini oleh penyedia layanan kesehatan adalah menetapkan atau mengevaluasi ulang perawatan untuk gambaran klinis yang ambigu. [2] Untuk manajemen psikiatri, hal ini membantu dalam menghasilkan data yang dapat digeneralisasikan dan relevan dengan berbagai kemungkinan kondisi. [1],[2]

MMPI dikembangkan pada tahun 1930-an dan dipublikasikan melalui Universitas Minnesota pada tahun 1942 oleh Stuart Hathaway dan Charley McKinley, menggunakan pengujung pasien di rumah sakit Universitas Minnesota sebagai sampel dasar, baik untuk berteori tentang konstruk penyakit kejiwaan maupun untuk menggunakan instrumen tersebut. Pengujian dilakukan melalui 567 item jawaban benar atau salah menggunakan buklet yang disertai lembar jawaban. Respons-respons tersebut kemudian dinilai secara manual dan diplot pada grafik XY; versi terpisah digunakan untuk responden pria dan wanita. [3]

Sumbu X terdiri dari 14 skala. Empat 'skala isi' pertama menilai validitas percobaan pengujian dan meliputi:

- ? untuk mewakili jumlah pertanyaan yang diselesaikan secara salah, baik tanpa upaya atau 'benar' dan 'salah' dipilih
- L untuk 'Kebohongan' mewakili upaya responden untuk menggambarkan diri mereka sendiri secara lebih positif
- F atau 'frekuensi' untuk mengukur respons acak serta responden yang membesar-besarkan atau meremehkan gejala
- K untuk mengukur 'pertahanan', atau penghindaran konten yang menegangkan

Sepuluh skala yang tersisa yang dikenal sebagai 'skala klinis' dirancang untuk mengukur keberadaan sindrom kejiwaan, termasuk:

- 1 atau 'Hs' untuk hipokondriasis
- 2 atau 'D' untuk depresi
- 3 atau 'Hy' untuk histeria
- 4 atau 'Pd' untuk penyimpangan psikopat
- 5 atau 'Mf' untuk kontinum maskulinitas-feminitas
- 6 atau 'Pa' untuk paranoia
- 7 atau 'Pt' untuk psikastenia atau kecenderungan obsesif-kompulsif

- 1 atau 'Hs' untuk hipokondriasis
- 2 atau 'D' untuk depresi
- 3 atau 'Hy' untuk histeria
- 4 atau 'Pd' untuk penyimpangan psikopat
- 5 atau 'Mf' untuk kontinum maskulinitas-feminitas
- 6 atau 'Pa' untuk paranoia
- 7 atau 'Pt' untuk psikastenia atau kecenderungan obsesif-kompulsif
- 8 atau 'Sc' untuk skizofrenia
- 9 atau 'Ma' untuk mania
- 0 atau 'Si' untuk introversi sosial.

Sumbu Y secara statistik menstandarisasi penilaian yang diterima pada setiap skala dalam rentang skor-T dari 0 hingga 120. Skor rata-rata adalah 50, dan 82% responden dianggap populasi normal yang berada di antara 30 dan 70. Skor-T yang lebih besar dari 70 menunjukkan psikopati dalam kategori tersebut.

Masalah yang Menjadi Perhatian

Pergi ke:

Keberadaan MMPI sejalan dengan reformasi besar-besaran dalam konvensi masyarakat dan peningkatan pemahaman tentang kesehatan perilaku. [3]

Demikian pula, instrumen ini telah diadaptasi untuk mencerminkan perubahan tersebut. Kritik utama terhadap tes asli berpusat pada disparitasnya dalam menangani psikopati pada kelompok sosial dan etnis minoritas. [1] Hal ini disebabkan oleh sampel asli yang merupakan kelompok kecil, yang sebagian besar terdiri dari subjek Kaukasia pedesaan muda dari Amerika Serikat bagian Midwest. [4] Studi telah menetapkan bias di mana kesalahpahaman atau kegagalan untuk mengidentifikasi isi pertanyaan secara budaya telah menyebabkan pelaporan yang kurang atau pelaporan yang berlebihan terhadap penyakit mental. [5][1]

Kekurangan-kekurangan ini menyebabkan dirilisnya MMPI-2 oleh James N. Butcher, W. Grant Dahlstrom, John R. Graham, Auke Tellegen, dan Beverly Kaemmer pada tahun 1989. [6] Penilaian ini mempertahankan total asli 567 item dengan 14 skala yang sesuai dengan jumlah pertanyaan asli dari tes tersebut. [6] Item tes direvisi berdasarkan ukuran sampel yang lebih besar dan lebih beragam yaitu 2600 yang disesuaikan dengan tingkat membaca kelas 6. [6] Perbedaan gender digantikan dengan penilaian standar nongender. [6] Meskipun ada kemajuan lebih lanjut, MMPI-2 masih merupakan versi yang paling umum diberikan dan telah diterjemahkan ke dalam lebih dari 40 bahasa. [1]

Pada tahun 2003, 9 skala klinis atau 'RC' yang direstrukturisasi diperkenalkan sebagai pengganti prospektif untuk skala klinis asli. [1] Ini termasuk:

- RCd, atau 'demoralisasi' – kesengsaraan atau depresi
- RC1 atau 'keluhan somatik', – fiksasi pada gejala tubuh penyakit atau somatisasi
- RC2 atau 'emosi positif rendah' – melemahnya kepositifan, kurangnya rasa senang
- RC3 atau 'sinisme' – rendahnya penghargaan terhadap jasa dan tindakan orang lain
- RC4 atau 'perilaku antisosial' – perilaku egois dan sosiopat
- RC6 atau 'ide penganiayaan' – kepercayaan terhadap niat jahat orang lain terhadap diri sendiri
- RC7 atau 'emosi negatif disfungsi' – pengalaman pada spektrum

- [Berikan komentar pada artikel ini.](#)

Referensi

Pergi ke:

1. Sellbom M. Formulir MMPI-2-Restrukturisasi (MMPI-2-RF): Penilaian Kepribadian dan Psikopatologi di Abad ke-21. *Annu Rev Clin Psychol.* 2019 Mei 07; 15 :149-177. [[PubMed](#)]
2. Butcher JN. Penilaian kepribadian dari abad ke-19 hingga awal abad ke-21: pencapaian masa lalu dan tantangan kontemporer. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010; 6 :1-20. [[PubMed](#)]
3. Schilling R, Casper ST. Tentang cara psikometrik: Starke R. Hathaway dan popularisasi Inventaris Kepribadian Multifase Minnesota. *Sci Context.* 2015 Mar; 28 (1):77-98. [[PubMed](#)]
4. Carter JH. Dampak rasisme terhadap kesehatan mental. *J Natl Med Assoc.* 1994 Juli; 86 (7):543-7. [[Artikel gratis PMC](#)] [[PubMed](#)]
5. Dennis PH. Sebuah studi perbandingan skor Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) dari empat populasi kulit hitam yang tampaknya berbeda. *J Natl Med Assoc.* 1974 Mei; 66 (3):244-7 passim. [[Artikel gratis PMC](#)] [[PubMed](#)]
6. Drayton M. Inventaris Kepribadian Multifase Minnesota-2 (MMPI-2). *Occup Med (London).* 2009 Mar; 59 (2):135-6. [[PubMed](#)]
7. Ingram PB, Ternes MS. Deteksi respons tidak valid berbasis konten: meta-analisis skala validitas pelaporan berlebih MMPI-2-Restructured Form (MMPI-2-RF). *Clin Neuropsychol.* 2016 Mei; 30 (4):473-96. [[PubMed](#)]
8. Tarescavage AM, Scheman J, Ben-Porath YS. Keandalan dan validitas Formulir Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured (MMPI-2-RF) dalam evaluasi pasien nyeri punggung bawah kronis. *Psychol Assess.* 2015 Jun; 27 (2):433-446. [[PubMed](#)]
- Nomor 9 Whitman MR, Tarescavage AM, Glassmire DM, Burchett D, Sellbom M. Pemeriksaan validitas diferensial skor MMPI-2-RF berdasarkan gender dan etnis dalam memprediksi perilaku bunuh diri dan kekerasan di masa mendatang dalam sampel forensik. *Psychol Assess.* 2019 Mar; 31 (3):404-409. [[PubMed](#)]
10. Marshall RE, Milligan-Saville JS, Steel Z, Bryant RA, Mitchell PB, Harvey SB. Sebuah studi prospektif tentang tes psikologi pra-kerja di kalangan calon polisi. *Occup Med (London).* 27 Mei 2020; 70 (3):162-168. [[PubMed](#)]
11. Lee TTC, Taylor AM, Holbert AM, Graham JR. Prediktor MMPI-2-RF untuk karakteristik hubungan interpersonal pada pasangan yang berkomitmen. *Psychol Assess.* 2019 Sep; 31 (9):1118-1124. [[PubMed](#)]
12. Fariña F, Redondo L, Seijo D, Novo M, Arce R. Tinjauan meta-analitik skala dan indeks validitas MMPI untuk mendeteksi sikap defensif dalam evaluasi tahanan. *Int J Clin Health Psychol.* 2017 Mei-Agustus; 17 (2):128-138. [[Artikel gratis PMC](#)] [[PubMed](#)]
13. Deskovitz MA, Weed NC, McLaughlan JK, Williams JE. Keandalan Interpretatif Enam Program Interpretasi Tes Berbasis Komputer untuk Inventaris Kepribadian Multifase Minnesota-2. Penilaian. 2016 April; 23 (2):250-61. [[PubMed](#)]
14. Menton WH, Crighton AH, Tarescavage AM, Marek RJ, Hicks AD, Ben-Porath YS. Kesetaraan Pemberian Laptop dan Tablet pada Formulir Restrukturisasi Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Penilaian. 2019 Juni; 26 (4):661-669. [[PubMed](#)]
15. Tarescavage AM, Ben-Porath YS. Kajian kelayakan dan manfaat pemberian Formulir Restrukturisasi Inventaris Kepribadian Multifase Minnesota-2 yang fleksibel dan bersyarat. *Psychol Assess.* 2017 Nov; 29 (11):1337-1348. [[PubMed](#)]
16. Handel RW. Pengantar Inventaris Kepribadian Multifase Minnesota-Formulir Restrukturisasi Remaja (MMPI-A-RF). *J Clin Psychol Med Settings.* Desember 2016; 23 (4):361-373. [[PubMed](#)]

Pengungkapan: Augustus Floyd menyatakan tidak ada hubungan keuangan yang relevan dengan perusahaan yang tidak memenuhi syarat.

13.37

4G 55

- Skala K yang sangat rendah (<35) menunjukkan gangguan Psikotik Akut
- Pelamar pekerjaan : K score cenderung tinggi
- K Score juga untuk koreksi efek respon defensive pada skala klinik tertentu (skala 1, 4, 7, 8, dan 9)
- Pasien : K score cenderung rendah
- Perlu pertimbangan untuk mempergunakan skala klinik non-K bila T score K di atas 56 atau di bawah 41

Pedoman Praktis untuk “Non Clinical Setting”

1. $T \geq 70$: INVALID 2. $T \text{ s.d. } 69$: defensif moderat, perlu diperhitungkan pada waktu interpretasi. 3. $T < 65$: VALID 4. $T < 40$: mungkin INVALID, terutama bila terdapat peninggian skala F.			
Tabel 9: Skala K ("Correction") Clinical Setting			
T Score	Penilaian	Latar Belakang	Interpretasi
≥ 65	INVALID	• "Faking good" • "Pervasive non acquiescence"	• jika $TRIN > 79F$, menunjukkan "Pervasive non acquiescence", jadi invalid • Jika $TRIN$ normal, menunjukkan "Faking good", jadi invalid
40 – 64	VALID		
< 40	Mungkin invalid	• "Faking bad" • "Pervasive acquiescence"	• Jika $TRIN > 79T$, menunjukkan "Pervasive acquiescence", jadi invalid • Jika $TRIN$ normal, menunjukkan "faking bad". Terutama bila terdapat peninggian skala F.

Tabel 10: Skala K ("Correction") Nonclinical Setting			
T Score	Penilaian	Latar Belakang	Interpretasi
≥ 75	INVALID	• "Faking good" • Pervasive non acquiescence	• jika $TRIN > 79F$, menunjukkan "Pervasive non acquiescence", jadi invalid • Jika $TRIN$ normal, menunjukkan "Faking good", jadi invalid
65 – 74	Mungkin invalid	• defensif moderat • "non acquiescence" moderat	• jika $TRIN 67F - 79F$, menunjukkan "non acquiescence" moderat. jika $TRIN$ normal, menunjukkan defensif moderat. Makin tinggi K, makin tidak akurat.
40 – 64	Valid		
< 40	Mungkin Invalid	• "Faking bad" • "Pervasive acquiescence"	• Jika $TRIN > 79T$, menunjukkan "Pervasive acquiescence", jadi invalid • Jika $TRIN$ normal, menunjukkan "faking bad". Terutama bila terdapat peninggian skala F.

25 dari 52

		• "Faking good" • traditional back ground • "non acquiescence" moderat	• jika TRIN 65F - 79F, tingginya L menunjukkan "non-acquiescence" moderat. • Jika TRIN normal, tingginya L menunjukkan "Faking good". • Makin tinggi skala L, makin tidak akurat
≤ 64	VALID		

Tabel 8. Skala L (Lie) Nonclinical Setting

T Score	Penilaian	Latar Belakang	Interpretasi
≥ 80	INVALID	• "Faking good" • sangat "non acquiescence"	• jika TRIN > 79 F, maka "non acquiescence", jadi invalid. • Jika TRIN normal, menunjukkan "Faking good"
70 - 79	mungkin invalid	• "Faking good" moderat • "non acquiescence" moderat	• jika TRIN 65F - 79F, tingginya L menunjukkan "non-acquiescence" moderat. • Jika TRIN normal, tingginya L menunjukkan "Faking good". Makin tinggi skala L, makin tidak akurat
65 - 69	Valid (?)	• menampilkan jauh lebih baik	• responden cenderung minimalisasi permasalahan psikologik • Bisa terjadi underestimasi permasalahan
60 - 64	Valid	• defensif	• responden menyangkal kelemahan yang umum-nya orang lain mengetahuinya • Mungkin latar belakang tradisional
≤ 59	VALID		

2. Skala K

- Terdiri dari 30 soal (1 T, 29 F)
- Menunjukkan defensif yang kurang menyolok (tersembunyi)
- Skala K yang tinggi menunjukkan cenderung tidak terdapatnya psikopatologi
- Skala K yang rendah akan diikuti peninggian skala Tetrad Psikotik (skala 6, 7, 8, 9)
- Skala K yang sangat rendah (<35) menunjukkan gangguan Psikotik Akut
- Pelamar pekerjaan : K score cenderung tinggi
- K Score juga untuk koreksi efek respon defensive pada skala klinik tertentu (skala 1, 4, 7, 8, dan 9)
- Pasien : K score cenderung rendah
- Perlu pertimbangan untuk mempergunakan skala klinik non-K bila T score K di atas 56 atau di bawah 41

PRAMITA KENCANA MAHARENY	300	93	79	39	511	76.269	70.25	90	85.088	79.189	R/L
DYAH AYU QISTHI FATMAWATI	300	95	76	34	505	75.373	71.205	90	84.211	78.709	R/L

ecara otomatis melalui aplikasi SSCASN Pengolahan Data, © 2025 Badan Kepegawaian Negara



PANITIA SELEKSI PENGADAAN ASN TINGKAT INSTANSI TAHUN 2025

Nama	Seleksi Kompetensi CAT						Seleksi Kompetensi Teknis Tambahan			Total	Status
	Teknis	Manajerial	Sosio Kultural	Wawancara	Total	Total (Skala 100)	Psikotes	Kesehatan Jiwa	Test Kesehatan		
(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8) = (4) + (5) + (6) + (7)	(9) = (8) * 100 / 670	(10)	(11)	(12)	(13) = (9) * 50% + (10) * 15% + (11) * 15% + (12) * 20%	(14)
MERINA EKA PERTIWI	295	92	75	37	499	74.478	70.59	90	85.38	78.403	R/L
INTAN MUGI LESTARI	295	92	74	36	497	74.179	70.655	90	85.965	78.381	R/L
AVLYA RIRIN LUCKY PANJAITAN	315	92	76	34	517	77.164	70.23	77.5	85.673	77.876	R/L
CHAIRUN NISYA	310	95	74	39	518	77.313	56.28	77.5	84.503	75.624	R/L
RISCA FITRIA ANDRIYANA	325	98	75	39	537	80.149	80.16	40	81.287	74.356	R
MESI INDAH SARI	325	90	74	38	527	78.657	76.025	40	85.38	73.808	R
UUN IMAROTUL AFIFAH	315	94	79	38	526	78.507	75.015	40	84.795	73.465	R
DIAZ FERGIE WASTIANA	330	89	73	31	523	78.06	70.635	40	86.257	72.877	R
BELLA ANANDA RESTA	320	92	74	38	524	78.209	73.225	40	83.918	72.872	R