

**KOMPARASI *CYBERCHONDRIA SEVERITY SCALE* (CSS) DAN
CYBERCHONDRIA SEVERITY SCALE – STRAIGHTFORWARD-WORD
(CSS-SW): UJI MODEL DAN VALIDASI**

TESIS

Diajukan Kepada Program Studi Magister Psikologi Profesi Fakultas Psikologi dan
Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia untuk Memenuhi Sebagian dari
Syarat Memperoleh Derajat Magister S2 Psikologi



Oleh:
Achmad Sholeh
20915002

**PROGRAM STUDI MAGISTER PSIKOLOGI PROFESI
FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA**

2022

HALAMAN PENGESAHAN

KOMPARASI *CYBERCHONDRIA SEVERITY SCALE* (CSS) DAN *CYBERCHONDRIA SEVERITY SCALE – STRAIGHTFORWARD-WORD* (CSS-SW): UJI MODEL DAN VALIDASI

Dipertahankan di depan Dewan Penguji Tesis
Program Studi Magister Psikologi Profesi Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial
Budaya Universitas Islam Indonesia untuk Memenuhi Sebagian dari Syarat-Syarat
Guna Memperoleh Derajat Magister Strata 2 Psikologi Profesi

Pada Tanggal

5 Desember 2022

Mengesahkan,

Ketua Program Magister Psikologi Profesi



Dr. Sus Budiharto, S.Psi., M.Si., Psikolog



Dewan Penguji

1. Dr. Ahmad Rusdi, S.Psi., S.Sos.I., MA.Si.
2. Dr. H. Fuad Nashori, S.Psi., M.Si., M.Ag., Psikolog
3. Rr. Indahria Sulistyarini, S.Psi., M.A., Psikolog

Tanda Tangan

PERNYATAAN ETIKA AKADEMIK

Yang bertandatangan di bawah ini, saya :

Nama : Achmad Sholeh

NIM : 20915002

Judul Tesis : Komparasi *Cyberchondria Severity Scale* (CSS) dan *Cyberchondria Severity Scale – Straightforward-Word* (CSS-SS): Uji Model dan Validasi

Melalui surat ini menyatakan :

1. Selama melakukan penelitian dan pembuatan laporan penelitian tesis saya tidak melakukan pelanggaran etika akademik dalam bentuk apapun, seperti penjiplakan, pembuatan tesis oleh orang lain, atau pelanggaran lainnya yang bertentangan dengan etika akademik yang dijunjung tinggi oleh Universitas Islam Indonesia. Oleh karena itu, tesis yang saya buat merupakan karya ilmiah saya sebagai penulis, bukan karya jiplakan atau karya orang lain.
2. Apabila dalam ujian tesis saya terbukti melanggar etika akademik, maka saya siap menerima sanksi sebagaimana aturan yang berlaku di Universitas Islam Indonesia.
3. Apabila dikemudian hari setelah saya lulus dari Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya, Universitas Islam Indonesia terbukti bahwa tesis yang saya tulis adalah karya jiplakan atau karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan oleh pihak Universitas Islam Indonesia.

Yogyakarta, 5 Desember 2022

Yang Menyatakan,



Achmad Sholeh

HALAMAN MOTTO

“Sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan”

(QS. Al-Insyirah : 5 – 6)

“J'aimerais rendre les autres heureux, parce qu'il y a beaucoup de tristesse”

=

“I'd like to make others happy, because there's a lot of sadness”



HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdulillah Rabbil'Alamin

Segala puji bagi Allah SWT atas segala nikmat, rahmat, dan karunia yang dilimpahkan kepada saya sehingga tesis ini dapat diselesaikan. Semua ini atas izin

Allah Subhannahuwata'ala yang Maha kuasa memberikan perlindungan, pertolongan dan kelancaran bagi peneliti untuk menyelesaikan tesis ini. Secara khusus tesis ini saya persembahkan kepada

Orangtuaku,

Fadli & Lisni

Atas kasih sayang, pengorbanan, tenaga, dukungan, perhatian dan doa yang senantiasa diberikan. Semoga ilmu yang kumiliki dapat menjadi bagian dari amal jariyah mamah dan bapak serta bermanfaat di dunia maupun akhirat.

Adikku,

Muhammad Hakim Baihaqi

Atas dukungannya selama ini.

Teman terbaikku,

dr. Ajeng Tri Hardini

Atas dukungann, perhatian, dan kesabaran yang diberikan.

Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi RI,

Beasiswa Unggulan (BU) Pascasarjana

Atas seluruh dukungan finansial yang diberikan selama pendidikan S2 profesi ini.

PRAKATA

Alhamdulillah Rabbil'alamin.

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT karena berkat rahmat dan karunia-Nya peneliti dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul “Komparasi *Cyberchondria Severity Scale* (CSS) dan *Cyberchondria Severity Scale – Straightforward-Word* (CSS-SW): Uji Model Dan Validasi” sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh derajat Magister Psikologi Profesi Universitas Islam Indonesia. Shalawat bertangkaikan salam tak lupa dihaturkan kepada baginda Nabi Agung Muhammad Shallallahu'alaihi Wa Sallam, “Allahumma Sholli'ala Muhammad Wa'ala Ali Muhammad yang telah membawa umat manusia dari zaman jahiliyah ke zaman yang terang benderang seperti saat ini.

Peneliti menyadari bahwa tesis ini tidak akan terwujud apabila tidak ada bantuan dari berbagai pihak. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan setinggi-tingginya kepada segala pihak yang membantu dalam penyelesaian tesis ini, khususnya kepada:

Dr. Ahmad Rusdi, S.Psi., S.Sos.I., MA.Si.

Dr. RA. Retno Kumolohadi, S.Psi. M.Si., Psikolog Klinis

Semoga Allah Subhanahu Wa Ta'ala melimpahkan rahmat-Nya dan membalas semua amal kebaikan kalian dengan limpahan berkah, rahmat, karunia dan hidayah-Nya. Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, karena terbatasnya kemampuan dan pengalaman peneliti. Oleh karena itu segala kritik dan saran yang membangun dari semua pihak sangat membantu dalam penyempurnaan penelitian tesis ini. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan keilmuan.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Yogyakarta, 5 Desember 2022



Achmad Sholeh

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Pengesahan	ii
Pernyataan Etika Akademik	iii
Halaman Motto	iv
Halaman Persembahan	v
Prakata	vi
Daftar Isi	vii
Daftar Tabel	viii
Daftar Gambar	ix
Daftar Lampiran	x
Abstrak	1
Pendahuluan	2
Kerangka Teoritik	8
Metode Penelitian	10
<i>Item Generation, Selection, dan Modification</i>	11
Partisipan	11
Instrumen Penelitian	12
<i>Confirmatory Factor Analysis (CFA)</i>	12
<i>Receiver Operating Curve (ROC)</i>	13
<i>Prosedur Penelitian</i>	13
Hasil Penelitian	14
<i>Item Modification</i>	14
<i>First-Order Confirmatory Factor Analysis (FOCFA)</i>	14
<i>Second-Order Confirmatory Factor Analysis (SOCFA)</i>	17
<i>Convergent Validity</i>	17
<i>Receiver Operating Curve (ROC)</i>	18
Pembahasan	20
Kesimpulan	23
Daftar Pustaka	23
Lampiran	32

DAFTAR TABEL

Tabel 1. <i>Item modification of Mistrust of Medical Professional</i>	14
Tabel 2. <i>First-Order Factor Loading</i>	15
Tabel 3. <i>Factor Covariances First Order</i>	16
Tabel 4. <i>First-Order Fit Indices</i>	16
Tabel 5. <i>Second-Order Factor Loading</i>	17
Tabel 6. <i>Secondt-Order Fit Indices</i>	17
Tabel 7. Korelasi CSS-O.....	18
Tabel 8. Korelasi CSS-SW	18
Tabel 9. <i>Cut-Off Point Receiver Operating Curve (ROC)</i>	19

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. *Sensitivity & Specificity Graphic* 19

DAFTAR LAMPIRAN

Instrumen CSS-Original Indonesia	33
Instrumen CSS-SW	35
CSS-SW <i>First-Order Confirmatory Factor Analysis</i> (FOCFA).....	37
CSS-SW <i>Second-Order Confirmatory Factor Analysis</i> (SOCFA).....	39
CSS-SW <i>Reliability</i>	41
CSS-SW <i>Convergent Validity</i>	44
<i>Receiver Operating Curve</i> (ROC).....	45
CSS-O <i>First-Order Confirmatory Factor Analysis</i> (FOCFA).....	49
CSS-O <i>Second-Order Confirmatory Factor Analysis</i> (SOCFA).....	51
CSS-O <i>Reliability</i>	53
CSS-SW <i>Convergent Validity</i>	56
<i>Item Modification</i>	57
<i>Ethical Clearance</i>	59
<i>Plagiarism</i>	60
<i>Informed Consent</i>	61

**KOMPARASI *CYBERCHONDRIA SEVERITY SCALE (CSS)* DAN
CYBERCHONDRIA SEVERITY SCALE – STRAIGHTFORWARD-WORD
(CSS-SW): UJI MODEL DAN VALIDASI**

Achmad Sholeh & Ahmad Rusdi

Magister Psikologi Profesi Klinis, Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya,
Universitas Islam Indonesia
20915002@students.uii.ac.id

Abstrak

Cyberchondria merujuk pada kecemasan mengenai status kesehatan seseorang. Kecemasan ini disebabkan oleh pencarian informasi tentang kondisi kesehatan yang berlebihan melalui internet. *Cyberchondria* memiliki hubungan erat dengan gangguan kecemasan kesehatan seperti *illness anxiety disorder* dan *somatic symptom disorder*, yaitu kecemasan berlebih dengan pemikiran bahwa sedang atau mungkin menderita sakit yang parah. Adapun alat ukur pertama yang dikembangkan dan paling banyak digunakan untuk mengukur tingkat keparahan dari *cyberchondria*, yaitu *Cyberchondria Severity Scale (CSS)*. Namun, validasi yang telah dilakukan selama ini menunjukkan hasil yang tidak konsisten. Terdapat salah satu faktor yang item-itemnya membingungkan karena penggunaan *reversed-word* (item dengan model pernyataan berlawanan/terbalik dari konsep yang diukur), sehingga CSS mengalami kecacatan konstruk dan sulit untuk dikonfirmasi sesuai dengan versi aslinya. Penelitian ini bertujuan untuk mengubah item-item tersebut menjadi *straightforward-word* (item dengan model susunan kata yang langsung yang sesuai dengan konsep yang diukur) dan melakukan komparasi model antara CSS original dengan CSS-SW yang seluruhnya menggunakan item dengan *straightforward-word*. Hasilnya menunjukkan bahwa benar telah terjadi permasalahan *item-wording* (penyusunan kata dalam suatu item) pada item-item yang menggunakan tipe *reversed-word*. Pengujian statistik yang dilakukan menemukan bahwa model CSS-SW yang ditawarkan jauh lebih sesuai dibandingkan dengan model asli dari CSS. Model CSS-SW unggul dalam pengujian validitas konstruk maupun validitas konvergen. Selain itu, CSS-SW juga memperoleh nilai sensitifitas dan spesifisitas yang tinggi dengan *cut-off* (titik potong untuk menentukan individu yang mengalami *cyberchondria* yang paling optimal berada pada skor 80.5, sehingga CSS-SW dapat digunakan oleh praktisi psikolog klinis dan psikiater untuk tujuan klinis sebagai alat skrining pada *cyberchondria*.

Kata Kunci: *Cyberchondria*, kecemasan kesehatan, modifikasi, komparasi, validasi, *cut-off value*

ABSTRACT

Cyberchondria refers to anxiety about health due to excessive search for health information on the internet. *Cyberchondria* per se is considered to be closely

related to illness anxiety disorder and somatic symptom disorder. The first-ever developed and most-widely used scale to measure the severity of cyberchondria is the Cyberchondria Severity Scale (CSS). However, the validation carried out hitherto has shown inconsistent results. There is one factor with confusing items due to the use of reversed words, thus giving CSS a psychometric deficiency and making it difficult to confirm. This study aims to change these items into straightforward words and to compare the model of the original CSS and that of the CSS-SW which uses straightforward words in all its items. The results show that that there is indeed an item-wording problem in the items that use the reversed-word type. The statistical tests conducted indicate that the offered CSS-SW model is far more fit than the original CSS model. The CSS-SW model excels in the test of both construct validity and convergent validity. In addition, CSS-SW also has high sensitivity and specificity with the most optimum cut-off score of 80.5; therefore, CSS-SW can be used as a screening scale for cyberchondria.

Keywords: *Cyberchondria, health anxiety disorder, modification, comparison, validation, cut-off*

PENDAHULUAN

Internet kini telah menjadi kebutuhan bagi setiap individu yang tidak terpisahkan. Seiring dengan hal tersebut semakin banyak pula individu yang telah beralih ke internet, salah satunya adalah untuk mencari informasi mengenai kesehatan (Zheng et al., 2020; Zheng & Tandoc, 2020). Internet menjadi media pertama yang digunakan untuk melakukan validasi terhadap gejala atau penyakit yang diderita seseorang (Starcevic, 2017). Hal tersebut bukanlah sesuatu yang mengejutkan, tren mencari informasi medis secara *online* dapat dimengerti karena memiliki beberapa keuntungan, mulai dari akses yang mudah, biaya yang rendah, hingga anonimitas yang ditawarkan (Powell et al., 2011).

Secara global, data menunjukkan bahwa sebesar 35.5% orang di seluruh dunia menggunakan internet untuk mencari informasi mengenai kesehatan (We are Social & Hotsuite, 2022). Di US, sebanyak 35% orang dewasa melakukan pengecekan simtom medis secara *online* (Zheng & Tandoc, 2020), lalu di UK sebanyak 60% orang dewasa turut terlibat dalam pencarian informasi mengenai kesehatan di Internet (Prescott, 2020), dan di Eropa sebanyak 55% remaja sampai lansia dengan rentang usia 16–74 tahun juga terlibat dalam pencarian informasi kesehatan secara *Online* (Community survey on ICT usage in households and by individuals, 2021). Sedangkan di Indonesia, persentase pencarian informasi kesehatan secara online terbanyak berada pada rentang usia 16–24 tahun sebesar 49,5%, orang-orang dengan pendidikan terakhir pada jenjang perguruan tinggi sebesar 67,4% dan pada orang yang bekerja pada pekerjaan informal sebanyak 50,7% (Wahyuni et al., 2020). Selama dua tahun terakhir, penggunaan aplikasi kesehatan *online* di Indonesia semakin masif (KemenkesRI, 2021). Halodoc melaporkan bahwa pengguna aktif bulanannya mencapai 20 juta orang (halodoc.com, 2021). Aladokter juga melaporkan hal serupa yaitu terjadi lonjakan sebesar 200% dimana pengguna aktif bulanannya mencapai 30 juta orang

(katadata.co.id, 2021). Hasil tersebut menggambarkan betapa besarnya pencarian informasi kesehatan secara *online* saat ini.

Maraknya penggunaan dan pencarian informasi kesehatan secara *online* yang ada, di sisi lain bisa memicu terjadinya risiko pencarian yang berulang dan berlebihan (Baumgartner & Hartmann, 2011; Zheng et al., 2020). Pencarian informasi kesehatan secara *online* yang berlebihan atau berulang tersebut dapat mengakibatkan kecemasan serta kekhawatiran yang tidak terkontrol mengenai status kesehatan seseorang (Zheng et al., 2020). White dan Horvitz (2009) bahkan menemukan bahwa telah terjadi peningkatan kecemasan terhadap kesehatan (*health anxiety*) pada lebih dari 40% orang yang mencari informasi tentang gejala suatu penyakit di Internet. Kebanyakan dari percaya bahwa mereka sedang memiliki penyakit yang sama dengan apa yang mereka baca di Internet. Eksaserbasi dari kecemasan terhadap kesehatan tersebut kini lebih dikenal dengan istilah *cyberchondria* (Baumgartner & Hartmann, 2011; Fergus, 2014; Starcevic, 2017; Starcevic & Berle, 2013).

Cyberchondria berasal dari dua paduan kata, yaitu *cyber* dan *hypochondria*. Kata *cyber* berhubungan dengan komputer, jaringan, atau internet. Sedangkan *hypochondria* dalam DSM-5 terbagi menjadi dua, yaitu *Somatic Symptom Disorder* (SSD) dan *Illness Anxiety Disorder* (IAD). SSD dan IAD adalah suatu masalah kejiwaan yang ditandai dengan keyakinan menetap bahwa di dalam tubuhnya ada masalah, sekalipun sudah diberi tahu oleh dokter bahwa ia tidak mengidap penyakit yang serius (American Psychiatric Association, 2022). Dulu, orang-orang dengan gangguan kecemasan terhadap kesehatan mencari informasi melalui buku atau ensiklopedia, namun saat ini mereka telah beralih ke media *online* (Belling, 2006). Sehingga, *cyberchondria* dianggap sebagai varian digital dari *health anxiety* atau *hypochondria* (Bajcar et al., 2019).

Pada tahun 2014, instrumen pertama *Cyberchondria Severity Scale* (CSS) untuk menilai *cyberchondria* diterbitkan. McElroy dan Shevlin (2014) mengembangkan CSS untuk mengukur tingkat keparahan *cyberchondria*. Alat ukur ini merupakan skala multidimensional yang terdiri dari lima faktor, yaitu *compulsion*, *distress*, *excessiveness*, *seeking finding reassurance*, dan *mistrust of medical professional*. CSS awalnya dirancang dengan total 43 item, kemudian hasil psikometrik menunjukkan bahwa 10 item gugur dan menyisakan 33 item. Skala ini merupakan skala *non-categorization scale* yang dikembangkan berdasarkan konsep *anxiety disorder*. CSS pertama kali diuji dengan menggunakan sampel mahasiswa atau *non-clinical sample* dan hasilnya valid dan reliabel untuk digunakan.

Adanya alat ukur CSS telah membuat kemajuan yang progresif pada studi mengenai *cyberchondria*. CSS telah mendorong para peneliti untuk melakukan studi lebih lanjut mengenai topik ini, hal tersebut tercermin dari banyaknya artikel yang muncul sejak saat itu (Starcevic et al., 2020). Investigasi lebih lanjut pun kemudian dilakukan pada CSS, namun hasilnya menunjukkan hasil yang beragam dan cenderung mengarah pada ketidak-konsistenan. Beberapa studi kemudian mencoba melakukan konfirmasi, mereka menemukan bahwa CSS memiliki model yang fit dengan model lima faktor yang sesuai dengan versi originalnya dari McElroy & Shevlin (2014), namun pengujian pada faktor *mistrust* menghasilkan korelasi dan *factor loading* yang kecil serta nilai konsistensi internal yang

cenderung rendah daripada empat faktor lainnya (*compulsion, distress, excessiveness, dan reassurance*). Sehingga, para peneliti mempertimbangkan untuk menggugurkannya (Apay et al., 2020; Barke et al., 2016; Marino et al., 2020; Selvi et al., 2018; Uzun & Zencir, 2021).

Sebelumnya McElroy & Shevlin (2014) juga menjelaskan bahwa CSS bisa melihat *cyberchondria* melalui sub-dimensinya maupun secara keseluruhan. Namun setelah dilakukan replikasi, hasilnya gagal karena faktor *mistrust* memiliki nilai varians yang paling kecil terhadap skor total CSS jika dibandingkan dengan empat faktor lainnya, sehingga faktor tersebut tidak perlu diikutkan ketika ingin menghitung skor total *cyberchondria* (Fergus & Dolan, 2014; Mathes et al., 2018; Norr, Allan, et al., 2015). Barke et al. (2016) dan Selvi et al., (2018) juga menemukan bahwa faktor *mistrust* tidak berkorelasi dengan empat faktor lainnya. Penelitian sebelumnya berpendapat bahwa hal itu dikarenakan faktor *mistrust* mungkin saja merupakan faktor yang terpisah dan berbeda dari faktor lainnya, sehingga dengan mengugurkan faktor *mistrust* membuat total CSS menjadi fit dengan hanya mengandalkan model empat faktor saja (Fergus, 2014; Norr, Allan, et al., 2015).

Kemudian, Aulia et al. (2019) melakukan adaptasi CSS ke dalam Bahasa Indonesia, namun penelitian juga gagal mengkonfirmasi CSS dengan model lima faktor sesuai dengan versi originalnya. Penelitian tersebut memutuskan untuk menggugurkan faktor *mistrust* dalam menilai *cyberchondria*. Sebenarnya tidak mengejutkan apabila faktor *mistrust* akhirnya gugur. Ada beberapa kekurangan dalam penelitiannya, yaitu sampel yang digunakan dalam adaptasinya adalah mahasiswa kedokteran yang membuat hasil menjadi bias. Padahal, faktor tersebut berfungsi untuk mengukur bagaimana seseorang tidak percaya terhadap tenaga medis daripada hasil risetnya sendiri di Internet. Sedangkan mahasiswa kedokteran tentu akan lebih mempercayai diagnosis dokter alih-alih diagnosis sendiri mengingat itu adalah profesi masa depannya. Terlepas dari itu, penelitian tersebut juga semakin memperkuat bahwa memang ada permasalahan pada faktor *mistrust* seperti yang ditemukan oleh penelitian sebelumnya.

Sejauh ini, solusi dengan mengugurkan faktor *mistrust* pada total keseluruhan *cyberchondria* hanya digunakan para peneliti untuk sekedar meningkatkan *fit indices* pada hasil analisis faktor mereka. Hal ini tentunya bukanlah sesuatu yang solutif dalam mengatasi permasalahan yang ada. Faktanya, faktor *mistrust* memiliki peran yang penting dalam memastikan hubungan *cyberchondria* dengan *health anxiety*, item-item tersebut berfungsi untuk menghitung varian unik pada skor kecemasan terhadap kesehatan (Fergus, 2014). Selain itu, faktor ini juga membuktikan adanya *incremental validity* terkait gangguan kecemasan terhadap kesehatan (Fergus, 2014).

Singh et al., (2016) dan Schenkel et al. (2021) juga menjelaskan bahwa ketidakpercayaan tertentu seseorang dengan profesional medis khususnya dokter, memainkan peran yang sangat penting. Misalnya, terdapat hubungan yang negatif antara pasien dengan dokter (McElroy & Shevlin, 2014; Singh & Brown, 2014), beberapa individu dengan *cyberchondria* memiliki kecenderungan untuk menantang dokter mengenai diagnosis dan pengobatannya (Starcevic et al., 2020). Kondisi tersebut membuat perselisihan antara pasien dan dokter akibat dari

pencarian informasi kesehatan secara *online* yang dilakukan oleh pasien (Russ et al., 2011; Sommerhalder et al., 2009; Starcevic et al., 2020). Individu dengan *cyberchondria* juga seringkali tidak merasa puas dengan hasil konsultasinya bersama profesional atau dokter (Peng et al., 2021; Tanis et al., 2016), hal itu membuat mereka melakukan “*doctor shopping*” (McElroy & Shevlin, 2014). Selain itu, Dagar et al. (2019) dalam penelitiannya juga mendapati banyak subjek yang tidak percaya dan gagal untuk mendapatkan keyakinan dari dokter setelah melakukan riset terhadap status kesehatannya melalui internet dan mereka lebih mempercayai diagnosis sendiri. Berdasarkan hal tersebut, faktor *mistrust* menjadi sangat esensial perannya dalam menilai *cyberchondria*. Oleh sebab itu, faktor ini harus tetap ada dalam konstruk *cyberchondria*. Para peneliti juga telah merekomendasikan untuk melakukan perbaikan pada faktor *mistrust* (Bajcar et al., 2019; Barke et al., 2016; Marino et al., 2020; Selvi et al., 2018).

Fergus & Russell (2016) dan Norr, Allan, et al. (2015) menjelaskan bahwa permasalahan yang terjadi pada faktor *mistrust* bisa dikarenakan adanya efek *reversed-word* pada ketiga itemnya. Faktor *mistrust* adalah satu-satunya faktor yang dirancang terbalik, faktor ini bertujuan mengukur ketidakpercayaan seseorang dengan tenaga medis dan lebih mempercayai hasil diagnosisnya sendiri yang didapatkan secara *online*. Namun, karena dirancang secara terbalik justru membuat bunyi item yang ada pada faktor tersebut menjurus ke arah “*trust*”, padahal seharusnya sejalan dengan konten yang hendak diukur yaitu soal “*mistrust*”. Model item tersebut dalam dunia psikometri biasa disebut dengan penyusunan item melalui strategi *opposite meaning* (Sonderen et al., 2013), dan selama puluhan tahun isu mengenai *wording-effect* seperti ini memang ramai dibahas.

Pada suatu alat ukur, *reversed-word* biasanya digunakan untuk mengidentifikasi respon yang memiliki kecenderungan tertentu dan meminimalkan bias. Hal ini didasarkan pada dua asumsi, yaitu apakah item-item yang berlawanan bisa mengukur konstruk yang sama dan apakah responden mampu merespon item dengan kata-kata positif dan negatif secara setara (Benson & Hocevar, 1985; Marsh, 1996). Meskipun demikian, item-item seperti itu kebanyakan malah membuat responden kebingungan dan menghasilkan respon yang salah (Rodebaugh et al., 2004).

Adanya item *reversed* akan menambah tingkat kompleksitas kognitif pada saat merespon suatu skala (Greenberger et al., 2003; Marsh, 1996). Marsh (1996) menunjukkan bahwa siswa dengan kemampuan verbal yang lebih buruk sangat rentan untuk membuat respons terhadap item *reversed* yang tidak konsisten. Pada orang dewasa juga ditemukan hal serupa, di mana responden dengan tingkat pendidikan atau kemampuan kognitif yang lebih rendah lebih mungkin untuk menanggapi item *reversed* dengan tidak konsisten (Cordery & Sevastos, 1993; Juni et al., 1996; Krosnick et al., 1996; Melnick & Gable, 1990). Sehingga, item positif dan *reversed* pada suatu skala bisa menimbulkan tanggapan yang tidak setara. Kadang-kadang responden mungkin menganggap bahwa item tersebut sudah dipahami dengan baik, namun tetap saja dapat terjadi kesalahan karena tingkat kesulitan yang kompleks (Sonderen et al., 2013). Sedangkan alat ukur dengan arah item yang sama memiliki lebih sedikit kesalahan dalam merespon pertanyaan,

diketahui bahwa format seperti itu juga lebih disukai dalam dunia klinis (Sonderer et al., 2013).

Item dengan *reversed-word* juga sering kali membentuk faktor yang berbeda dari item dengan *straightforward-word* (Brown, 2003; Fergus, 2014; Rodebaugh et al., 2004). Sehingga, jika terdapat item dengan *reversed-word* pada suatu alat ukur maka akan mempengaruhi struktur dari alat ukur tersebut (Davis et al., 1993; Zhang et al., 2016). Item dengan *reverse-worded* terkadang memiliki korelasi item-total yang lebih rendah, dan *goodness fit indices* yang buruk (Józsa & Morgan, 2017; Ye & Wallace, 2014). Penggunaan item seperti ini juga dapat menimbulkan kesalahan pengukuran sistematis yang mengganggu analisis dan interpretasi hasil (DiStefano & Motl, 2006; Horan et al., 2003; Quilty et al., 2006). Suárez-Álvarez et al. (2018) juga menemukan bahwa jika ada item positif dan *reversed* pada suatu alat ukur, ketepatan alat ukur tersebut akan menjadi cacat dan varians keseluruhan alat ukur tersebut menjadi berkurang. Bahkan secara ekstrim, Rodebaugh et al. (2004) menyarankan untuk tidak memasukkan item-item dengan *reverse worded* ketika menghitung skor total pada suatu alat ukur. Selain itu, *reversed-word* pada suatu alat ukur juga akan sangat memperumit interpretasi skor (Marsh, 1996). Dengan demikian, skala total CSS mungkin paling baik dioperasionalkan sebagai penjumlahan dari *straight-forward worded*.

Permasalahan dalam *item-wording* ini ternyata juga akan berdampak pada *method effects* suatu alat ukur (Podsakoff et al., 2003). Marsh (1996) menjelaskan bahwa terdapat hubungan di antara keduanya, khususnya pada item negatif. *Method effects* sendiri mengacu pada kecenderungan untuk merespon pertanyaan berdasarkan kriteria lain selain konten yang dinyatakan, sehingga menghasilkan varians yang tidak relevan dengan penelitian atau konsep yang coba diukur oleh peneliti (Campbell & Fiske, 1959; Lindwall et al., 2012). Masalah *item-wording* yang terjadi pada faktor *mistrust* di CSS selama ini bisa menjadi penyebab mengapa korelasi dan varians yang ditemukan selalu menyumbangkan nilai yang kecil. Fergus (2014) juga menyarankan untuk membuat item dengan *straight-forward word* untuk faktor *mistrust* agar bisa menyumbangkan varians yang lebih besar pada total keseluruhan *cyberchondria*. Oleh karena itu, penelitian ini akan mencoba memperbaiki item-item pada faktor *mistrust* dengan mengubahnya menjadi *straightforward-word*.

Adapun protokol yang digunakan untuk melakukan *item generation*, *item-wording*, dan validasi pada penelitian ini akan mengikuti panduan dari Fenn et al. (2020). Kemudiann, untuk reliabilitas dan validitasnya akan menggunakan *internal consistency reliability*, *construct validity* yang meliputi *confirmatory factor analysis* (CFA) dan *convergent validity* (Fenn et al., 2020), serta *criterion validity* yang akan dinilai dari sensitivitas dan spesifisitas (Nelson et al., 2001). CFA akan digunakan untuk melihat melihat kesesuaian struktur pada CSS setelah beberapa item bermasalah direvisi. Sedangkan *convergent validity* digunakan untuk melihat korelasi CSS dengan alat ukur yang memiliki konstruk terkait atau yang sama (Fenn et al., 2020). Skala pembanding yang akan digunakan adalah *Short Health Anxiety Inventory* (SHAI) dari Salkovskis et al. (2002) untuk menilai kecemasan terhadap kesehatan. Gangguan kecemasan terhadap kesehatan memiliki konsep yang paling dekat dengan *cyberchondria* (Peng et al., 2021), penelitian sebelumnya

menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang sangat erat di antara keduanya (Bajcar & Babiak, 2019; Barke et al., 2016; Fergus & Russell, 2016; Fergus & Spada, 2018; Jokić-Begić et al., 2019; Mathes et al., 2018; Norr, Allan, et al., 2015; Starcevic et al., 2019).

Selanjutnya, penelitian ini juga akan menggunakan *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7) sebagai skala pembandingan untuk *convergent validity* dan *criterion validity*. Selain itu, GAD-7 juga akan dijadikan sebagai *gold standard* (baku emas) diagnosis untuk menetapkan *cut-off point* dari CSS. GAD-7 telah diuji berulang kali dan memiliki sifat psikometrik yang bagus, sehingga sangat baik dalam mengidentifikasi gangguan kecemasan dan bisa berperan sebagai *gold standard* (Byrd-Bredbenner et al., 2020; Hinz et al., 2017; Löwe et al., 2010; Plummer et al., 2016). Hal ini juga sesuai dengan apa yang direkomendasikan oleh *American Psychological Association* untuk *assessment tools* yang bisa digunakan dalam membantu diagnosis gangguan kecemasan yaitu di antaranya adalah GAD-7, GAD-IV, BFNE, DASS-21, HARS, LSAS, OASIS, HADS, PHQ-4, PSWQ, dan SPIN.

Di Indonesia, dari beberapa alat ukur tersebut hanya GAD-7, DASS-21, dan HARS yang telah diadaptasi. Namun, untuk HARS tidak memungkinkan untuk digunakan karena pengambilan data harus dilakukan melalui wawancara pada setiap partisipan. Sedangkan untuk DASS-21, alat ukur ini memiliki tiga sub-skala yang terdiri dari depresi, kecemasan, dan stress. Berdasarkan manual tes yang asli, semua sub skalanya harus digunakan bersamaan karena memiliki *inter-correlation*. Oleh sebab itu, tidak mungkin jika kita hanya menggunakan satu sub skala kecemasannya saja. Oleh karena itu, GAD-7 menjadi pilihan terbaik untuk menentukan batas pisah antara individu yang cemas dan tidak. Skala GAD-7 juga memiliki akurasi diagnostik yang sangat baik untuk menentukan apakah seseorang mengalami kecemasan atau tidak (Clover et al., 2020). Selain itu, GAD-7 juga mampu melakukan *screening* pada pasien dengan *panic disorder*, *social anxiety disorder*, *social phobia*, PTSD dan gangguan kecemasan lainnya (Jordan et al., 2017; Kroenke et al., 2007; Spitzer et al., 2006) dan secara meyakinkan mampu mendiagnosa gangguan kecemasan sesuai kriteria diagnostik dari *Diagnostic Statistical Manual* (DSM).

Pada penelitian sebelumnya, Aulia et al. (2020) menggunakan CSS versi Indonesia dengan model empat faktor (tanpa faktor *mistrust*) untuk mencari *cut-off point* pada CSS dengan mengkorespondensikannya dengan nilai *cut-off* 16 pada *Beck Anxiety Inventory* (BAI). Hasilnya menunjukkan bahwa skor 75,5 adalah *cut-off* yang paling cocok untuk memprediksi skor BAI 16. Hasil sensitivitas yang diperoleh adalah sebesar 0,522 dan spesifisitas 0,623 dengan kategori sedang. Hasil ini merupakan temuan awal mengenai *cut-off* CSS, namun ada beberapa hal yang perlu menjadi perhatian. Alat ukur BAI yang dijadikan *gold standard* tersebut sampai hari ini tidak pernah ada publikasi mengenai adaptasi dan validasinya di Indonesia. Alat ukur tersebut memang banyak digunakan oleh psikiatri dan psikolog, akan tetapi penerjemahannya ke dalam Bahasa Indonesia banyak dilakukan secara mandiri tanpa mengikuti kaidah adaptasi alat ukur. Selain itu, BAI tidak bisa menangkap keseluruhan rentang gangguan kecemasan karena hanya menekankan pada gejala somatik saja (Johnson et al., 2019). Oleh sebab itu,

terdapat keraguan pada hasil yang didapatkan. Berdasarkan hal tersebut, kami akan menggunakan GAD-7 yang telah diadaptasi dan terbukti valid serta reliabel sebagai *gold standard*.

Penelitian ini memiliki dua tujuan, pertama peneliti akan melakukan revisi pada ketiga item yang ada faktor *mistrust*. Kemudian, peneliti akan menguji struktur CSS-SW yang memiliki item seluruhnya adalah *straightforward-word* dan membandingkannya dengan CSS versi original. Harapannya CSS-SW memiliki *goodness fit indices* yang lebih baik daripada versi aslinya. Kedua, penelitian ini akan menetapkan *cut-off point* pada model yang nantinya memiliki *goodness fit indices* paling tinggi. *Cut-off point* ini berguna untuk menentukan mana yang mengalami *cyberchondria* dan tidak mengalami *cyberchondria*. Sehingga, CSS bisa dijadikan sebagai alat skrining untuk membantu para profesional.

KERANGKA TEORITIK

Cyberchondria adalah istilah yang berasal dari dua paduan kata, yaitu *cyber* dan *hypochondria*. Berdasarkan asal katanya, *cyberchondria* dapat dianggap sebagai gangguan hipokondrik yang disebabkan oleh penggunaan internet, namun definisi ini dianggap terlalu menyederhanakan fenomena ini (Aulia et al., 2019; Starcevic et al., 2020). *Cyberchondria* sendiri pertama kali muncul dalam media populer pada awal tahun 2000-an seperti *Wall Street Journal* 1999 dan beberapa juga mengklaim bahwa istilah ini muncul pertama kali pada *British News Paper, The Independent* 2001 (Starcevic et al., 2020). Istilah ini muncul bersamaan dengan topik penyalahgunaan internet yang ramai pada awal 2000-an untuk menggambarkan sisi negatif dari penggunaan internet.

Pada tahun 2009, kemunculan dua penelitian penting dari White & Horvitz (2009a, 2009b) akhirnya menjadi awal bagi *cyberchondria*. Peneliti Microsoft tersebut melakukan studi skala besar tentang faktor-faktor apa saja yang menyebabkan meningkatnya kekhawatiran seseorang terhadap kesehatannya pada saat melakukan pencarian secara *online* mengenai informasi kesehatan dan diagnosis dirinya (Starcevic et al., 2020; White & Horvitz, 2009a, 2009b). Sejak saat itu, para peneliti mulai memperhatikan *cyberchondria*. Puncaknya terjadi pada tahun 2014 dimana McElroy dan Shevlin (2014) mengembangkan alat ukur CSS, yang membuat kemajuan signifikan dalam studi *cyberchondria*, sehingga mendorong para peneliti untuk melakukan studi lebih lanjut.

Terdapat dua pendekatan utama dalam mendefinisikan *cyberchondria*. Belling (2006) mendefinisikan *cyberchondria* sebagai kecemasan terkait kesehatan yang mengakibatkan pencarian informasi kesehatan secara berlebihan melalui internet. Pencarian berlebihan atau berulang tentang informasi terkait kesehatan di Internet ini didorong oleh tekanan atau kecemasan terhadap kesehatan yang itu memperberat kecemasan atau tekanan tersebut (Starcevic & Berle, 2013). Beberapa juga berpendapat bahwa *cyberchondria* merupakan peningkatan kecemasan pada individu tentang status kesehatannya, akibat dari pencarian informasi mengenai kesehatan secara *online* yang itu berlebihan (Aiken & Kirwan, 2012; McElroy & Shevlin, 2014). Pencarian informasi kesehatan online ini kemudian dapat menyebabkan terjadinya "*doctor-shopping*" (berkonsultasi dari satu dokter ke dokter lainnya) di mana individu akan menjadi semakin tidak puas dengan

konsultasi dokter yang dilakukannya (Tanis et al., 2016). Kemudian, orang dengan cyberchondria juga cenderung menggunakan internet lebih dari 3 jam pada hari terburuk di bulan sebelumnya yang itu turut mengganggu keberfungsian (Doherty-Torstrick et al., 2016).

Cyberchondria terdiri dari lima dimensi, yaitu a) *Compulsion*: Menunjukkan bahwa kecemasan sebagai akibat dari OHR (*Online Health Research*) yang dapat menghambat aktivitas *online* dan juga *offline*; b) *Distress*: *Distress* yang berhubungan dengan pencarian informasi kesehatan secara *online*. c) *Excessiveness*: Mencerminkan pencarian yang berulang kali untuk mendapatkan informasi terkait kesehatan secara *Online*; d) *Seeking Finding Reassurance*: Mencerminkan unsur kecemasan yang mengikat yang dapat mendorong seseorang untuk berkonsultasi dengan dokter mereka agar mereka mendapatkan ketenangan; dan e) *Mistrust of Medical Professional*: Menunjukkan bahwa dalam kasus-kasus tertentu, individu mungkin mendapati hasil riset *online* mereka sangat mengecewakan, sehingga mereka gagal mendapatkan kenyamanan atau gagal mendapatkan kepastian dari tenaga medis profesional mereka. Mencerminkan konflik dalam diri muncul ketidakpercayaan terhadap tenaga medis profesional apakah akan mempercayai keahlian tenaga medis profesional mereka atas penelitian mereka sendiri (McElroy & Shevlin, 2014).

Cyberchondria adalah suatu kondisi yang berkaitan erat dengan kecemasan terhadap kesehatan (*health anxiety*) (Bajcar & Babiak, 2019; Barke et al., 2016; Fergus & Russell, 2016; Fergus & Spada, 2018; Jokić-Begić et al., 2019; Mathes et al., 2018; Norr, Allan, et al., 2015; Starcevic et al., 2019), sehingga metode untuk mengukur *cyberchondria* sangat memungkinkan digunakan sebagai alat *screening* untuk gangguan *health anxiety*. Fergus dan Russell (2016) mencoba mencari hubungan antara *cyberchondria* dengan kecemasan kesehatan dan gejala obsesif kompulsif dengan menggunakan instrumen *multidimensional inventory of hypochondriacal trait* (MIHT) dan *the Dimensional Obsessive Compulsive Scale* (DOCS), didapatkan korelasi signifikan antara semua subskala *cyberchondria* dengan kecemasan kesehatan maupun gejala obsesif kompulsif. Namun, *confirmatory factor analysis* menunjukkan bahwa *cyberchondria* merupakan suatu fenomena yang berbeda dari kecemasan kesehatan maupun gejala obsesif kompulsif (Fergus & Russell, 2016).

Cyberchondria juga dapat diperburuk oleh berbagai faktor psikologis, misalnya penolakan terhadap ketidakpastian dan sensitifitas terhadap kecemasan. Penolakan terhadap ketidakpastian (*intolerance of uncertainty*) merupakan *bias* kognitif yang dapat menyebabkan seseorang menganggap adanya kemungkinan kejadian buruk sebagai sesuatu yang tidak dapat ditoleransi, terlepas dari kecilnya kemungkinan tersebut. Hal ini dapat ditunjukkan sebagai kekhawatiran akan peristiwa yang akan datang maupun sebagai perilaku terkait kecemasan tersebut. Sedangkan, sensitifitas terhadap kecemasan (*anxiety sensitivity*) adalah anggapan bahwa perubahan pada tubuh yang disebabkan kecemasan adalah tanda dari bahaya yang mengancam. Jantung yang berdebar karena cemas justru membuat semakin cemas karena kekhawatiran akan gangguan jantung. Kedua hal tersebut terbukti berkorelasi secara signifikan dengan *cyberchondria* (Aulia et al., 2019; Fergus,

2015; Norr, Albanese, et al., 2015). Selain itu, *cyberchondria* juga berhubungan dengan kepercayaan mistis (Fergus & Spada, 2018).

Penyebab biologis dari berbagai gangguan kecemasan, termasuk gangguan hipokondrik dan *cyberchondria* masih merupakan perdebatan para ahli (Aulia et al., 2019). Secara umum, gangguan kecemasan dianggap sebagai penurunan serotonin (5-HT) pada area tertentu di otak. Neuron serotonergik pada *amygdala*, *prefrontal cortex*, dan *periaqueductal gray* memodulasi perilaku *avoidance* yang terkait dengan kecemasan. Peningkatan serotonin secara akut pada lokasi tersebut ternyata justru meningkatkan respon cemas, tetapi aktifitas serotonin jangka panjang akan menyebabkan desensitasi dan penurunan kecemasan (Zangrossi & Graeff, 2014). Sedangkan pendekatan psikoanalisa melihat gangguan kecemasan sebagai akibat dari kritik yang berlebihan oleh orang tua, konflik terkait kemandirian, rasa takut ditolak atau ketakutan akan kegagalan membuat penampilan sempurna (Freud, 1910).

Terdapat satu studi eksperimen yang menginvestigasi *cyberchondria*, yaitu Newby dan McElroy (2020) yang mencoba memasukkan komponen intervensi untuk *cyberchondria* “*Googling behaviour*” pada modul *cognitive behavioral therapy for health anxiety* (CBT). Hasilnya menunjukkan bahwa CBT tersebut terbukti efektif untuk menurunkan kecemasan terhadap kesehatan dan juga *cyberchondria* pada pasien dengan *illness anxiety disorder* dan *somatic symptom disorder*. Vismara et al. (2020) juga menjelaskan bahwa terdapat hubungan nosologi yang kompleks (pengelompokan gangguan) antara *cyberchondria* dengan kluster gangguan kecemasan. Hal ini menunjukkan bahwa *cyberchondria* merepresentasikan sindrom transdiagnostik pada kluster gangguan kecemasan. Pendekatan transdiagnostik belakangan ini memang populer di kalangan klinisi karena sangat bermanfaat dalam *treatment plan*.

Transdiagnostik sendiri merupakan pengelompokan gangguan berdasarkan karakteristik bersama yang lebih multidimensional dan fungsional, misalnya pada gangguan panik yang bisa ditegakkan sendiri, tapi nyatanya di sisi lain gangguan panik ternyata juga sering hadir dalam berbagai gangguan lainnya (Sauer-Zavala et al., 2017). Oleh karena itu, pendekatan ini mencoba menekankan pada dinamika gangguannya, sehingga dalam intervensinya pun tidak terpaku pada diagnosis tunggal saja (Dalgleish et al., 2020). Sejalan dengan hal itu, sebelumnya Starcevic dan Berle (2015) juga menyarankan agar *cyberchondria* tidak diberikan *treatment* sebagai suatu kondisi yang berdiri sendiri. *Treatment* dapat diberikan terhadap kondisi lain yang menyertai *cyberchondria*, misalnya gangguan hipokondrik atau gangguan kecemasan lainnya. Dengan demikian, adanya penelitian empiris mengenai *cyberchondria* dalam domain klinis membuat instrumen yang valid dan reliabel pun menjadi sangat esensial penggunaannya untuk menentukan apakah seseorang mengalami *cyberchondria* atau tidak.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan yang menekankan pada pengujian statistik yang sistematis. Terdapat beberapa tahap yang dilakukan yaitu pada tahap pertama kami melakukan perubahan item yang tadinya *reversed* menjadi *straightforward-word*, setelah itu dilakukan pengumpulan data secara online

melalui media sosial dan iklan. Kami kemudian melakukan pengujian *confirmatory factor analysis (first-order & second-order model)*, *convergent validity*, dan juga *receiver operating curve*.

Item Generation, Selection, dan Modification

Pada tahap ini peneliti akan mengubah tiga item dengan *reverse-worded* yang ada pada faktor *mistrust of medical professional* menjadi *straightforward-word*. Perubahan item dari *reverse worded* menjadi *straightforward-worded* merujuk pada penelitian-penelitian sebelumnya, di mana item-item yang tadinya *reversed* diubah secara langsung ke tipe *straightforward-word* oleh peneliti berdasarkan referensii maupun temuan permasalahan yang ada selama ini (See. Carleton et al., 2006; Greenberger et al., 2003; Lindwall et al., 2012; Roszkowski & Soven, 2010; Sonderen et al., 2013; Suárez-Álvarez et al., 2018; Zhang et al., 2016). Sedangkan protokol yang digunakan untuk *item generation* dan *item-wording* akan merujuk pada sembilan prinsip pembuatan *item* dari Fenn et al. (2020) yang mengharuskan *simple and clear*. Perubahan item pada faktor *mistrust* ini dilakukan sendiri oleh peneliti berdasarkan literatur dan masalah yang ada. Kemudian, ketiga item yang telah direvisi akan diriviu dan disintesa bersama-sama dengan *expert*. Adapun *expert* yang dimaksud adalah psikolog klinis senior dan pernah mengembangkan alat ukur psikologi yang terpublikasi.

Partisipan

Anthoine et al. (2014) menyebutkan bahwa sekurang-kurangnya harus terdapat 100 responden untuk validasi alat ukur dengan kualitas rendah dan 200 responden untuk kualitas sedang. Penelitian ini melibatkan 586 partisipan, ukuran sampel ini juga dipilih berdasarkan rekomendasi untuk sample size pada ROC dari Hanczar et al. (2010) yaitu 500 – 1000 sample untuk menghasilkan nilai estimasi yang baik. Partisipan penelitian ini kemudian terdiri dari 175 laki-laki dan 411 perempuan dengan rentang usia 17 – 50 tahun dengan kriteria berusia > 17 tahun, mampu membaca dengan baik, penutur Bahasa Indonesia, pengguna internet, pernah melakukan pencarian informasi kesehatan secara *online* selama satu bulan terakhir ini.

Adapun teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling* dengan tipe *quota sampling*, yaitu pengambilan sampel dengan menetapkan jumlah tertentu sebagai target (*quota*) yang harus dipenuhi dalam pengambilan sampel dari populasi (khususnya yang tidak terhingga atau tidak jelas) (Kasiram, 2008). Pada kasus ini jumlah populasinya tidak jelas atau tidak terhingga sehingga pengambilan sampel sejumlah kuota yang diinginkan dilakukan dengan jalan mengambil sampel yang sesuai dengan kriteria yang diinginkan. Pengambilan sampel akan dihentikan jika sampel yang terambil telah memenuhi kuota (Fauzy, 2019). Teknik ini dipilih agar jumlah responden menjadi proporsional, yaitu 50% dengan *clinical symtoms (cut-off GAD < 8)* dan 50% adalah *non-clinical symtoms (cut-off GAD > 8)* sehingga terdapat 293 partisipan dengan *clinical symtoms* berdasarkan GAD-7 dan 293 partisipan dengan *non-clinical symtoms*.

Instrumen Penelitian

Cyberchondria Severity Scale (CSS). Skala ini disusun oleh dari McElroy dan Shevlin (2014) yang terdiri dari 33 item dengan lima subskala, yakni kompulsi, distress, akses berlebihan, keperluan untuk dukungan pendapat, dan ketidakpercayaan pada petugas medis. Skala ini telah diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia oleh Aulia et al. (2019) dan menggunakan rentang 5 poin Likert dari 1 (tidak pernah) sampai 5 (selalu).

Cyberchondria Severity Scale – Straightforward Word (CSS-SW) yang dimodifikasi oleh peneliti. Alat ukur ini terdiri dari 33 item dengan lima subskala, yakni kompulsi, distress, akses berlebihan, keperluan untuk dukungan pendapat, dan ketidakpercayaan pada petugas medis. Adapaun 30 item berasal dari versi original CSS (McElroy & Shevlin, 2014) dan tiga item merupakan item baru dengan *straightforward-word* pada faktor *mistrust of medical professional*. Skala ini sama seperti aslinya juga akan menggunakan rentang 5 poin Likert dari 1 (tidak pernah) sampai 5 (selalu).

Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). Skala ini dikembangkan oleh Spitzer et al. (2006), alat ukur ini digunakan untuk mengukur gangguan kecemasan menyeluruh dan mampu mengukur kecemasan secara tunggal. Alat ukur ini terdiri dari tujuh item dengan 4 poin Likert yang bergerak dari 0 (tidak pernah) sampai 3 (hampir setiap hari). GAD-7 yang akan digunakan adalah GAD-7 versi Indonesia yang telah diadaptasi oleh (Budikayanti et al., 2019) dengan koefisien validitas sebesar 0.84 dan reliabilitas sebesar 0.86. GAD-7 memiliki akurasi yang sangat baik dalam menentukan seseorang mengalami kecemasan atau tidak. Adapun kategorisasinya yaitu, 0-4 Minimal Anxiety, 5-9 Mild Anxiety, 10-14 Moderate Anxiety, 15-21 Severe Anxiety. Kemudian, untuk diagnosis gangguan kecemasan sendiri berada pada cut-off 8.

Short Health Anxiety Inventory (SHAI) dari Salkovskis et al. (2002), skala ini terdiri dari 18 item untuk menilai kecemasan terhadap kesehatan. Item-item SHAI menilai kekhawatiran tentang kesehatan, kesadaran akan sensasi atau perubahan tubuh, dan konsekuensi yang ditakuti dari penyakit. Sejauh ini, SHAI banyak digunakan sebagai alat skrining untuk gangguan hipokondria. Instrumen ini menggunakan 4 poin Likert SHAI yang akan digunakan adalah skala yang telah diterjemahkan oleh Maulina (2016). SHAI memiliki dua faktor yang terdiri dari *fear of Illness* pada 14 item pertama yang merupakan ketakutan seseorang akan suatu penyakit dan *negative consequences of an illness* pada empat item selanjutnya yang menilai pikiran katastrofik dan yang dirasakan ketika menjadi sakit.

Confirmatory Factor Analysis (CFA)

Penelitian ini akan melakukan analisis CFA untuk menguji keseuaian struktur (Fenn et al., 2020) dan membandingkan struktur mana yang paling fit di antara CSS-O dan CSS-SW. Peneliti sebelumnya juga menyarankan untuk menerapkan CFA dalam memeriksa perubahan *wording-effect* pada suatu skala (Horan et al., 2003; Marsh, 1986, 1996; Tomas & Oliver, 1999) daripada menggunakan EFA, hal tersebut dikarenakan EFA tidak dapat membedakan struktur faktor yang berlawanan dalam suatu skala (Marsh, 1996). Adapun kriteria *goodness fit indices* utama yang menjadi acuan adalah *threshold* dari Hu dan

Bentler (1999), yaitu $\text{Chi-square/df} < 3$ (baik); < 5 (masih diperbolehkan), $p\text{-value for the model} > 0.05$, $\text{comparative fit index (CFI)} > 0.95$ (sangat baik); > 0.90 (baik/biasa), > 0.80 (masih diperbolehkan), $\text{goodness of fit index (GFI)} > .95$, $\text{standardised root mean square residual (SRMR)} < 0.08$, $\text{normed-fit index (NFI)} \geq 0.95$, $\text{Bentler-Bonett non-normed fit index (NNFI)} \geq 0.95$ dan $\text{root mean square error of approximation (RMSEA)} < 0.05$ (*good fit*), $0.05 - 1$ (*moderate fit*), > 1 (*poor*) atau < 0.08 dan $\text{parsimonious normal fit index (PNFI)} 0.06 - 0.09$ dari Ghozali (2014).

Receiver Operating Curve (ROC)

Analisis ini menampilkan kurva ROC yang akan memperlihatkan *trade-off* (tawar-menawar) antara sensitivitas dan spesifisitas serta menentukan keakuratan diagnostik dan menetapkan *cut-off point* terbaik untuk penggunaan klinis (*clinical categorization*). Sensitivitas adalah proporsi dari jumlah penderita gangguan yang memiliki hasil tes positif, sedangkan spesifisitas adalah proporsi dari jumlah orang yang tidak menderita gangguan yang memiliki hasil tes negatif (Attia, 2003). Selain itu, ROC juga akan menghasilkan *area under curve* (AUC), yaitu seberapa benar kesimpulan yang dapat diberikan oleh instrumen diagnostik bila digunakan dalam kepentingan klinis. Alat ukur yang digunakan sebagai *gold standard* pada penelitian ini adalah GAD-7 pada *cut-off point* 8 dengan sensitivitas antara 0.77 – 0.91 dan spesifisitas antara 0.74 – 0.83 (Ahn et al., 2019; Johnson et al., 2019; Jordan et al., 2017; Plummer et al., 2016). CSS akan mencoba memprediksi skor 8 pada GAD-7 untuk mendapatkan nilai *cut-off* yang paling optimal. Adapun *threshold* yang digunakan untuk sensitivitas dan spesifisitas yaitu $\geq 80\%$ / ≥ 0.60 *high validity*, $60\% - 79\%$ / $0.40 - 0.59$ *moderate validity*, dan $< 60\%$ / < 0.40 *low validity* (Nelson et al., 2001). Kemudian, klasifikasi untuk AUC yaitu 0.5 – 0.6 tingkat akurasi sangat lemah, 0.6 – 0.7 tingkat akurasi lemah, 0.7 – 0.8 tingkat akurasi sedang, 0.8 – 0.9 tingkat akurasi tinggi, dan 0.9 – 1 tingkat akurasi sangat tinggi (Metz, 1978).

Prosedur Penelitian

Penelitian ini memiliki empat tahapan. Tahap pertama, yaitu melakukan perubahan item dari *reverse worded* menjadi *straightforward-worded* pada faktor *mistrust of medical professional* dan meriviu item tersebut bersama *expert*. Tahap kedua adalah pengambilan data menggunakan *online form* dengan teknik *quota sampling*, instrumen yang akan digunakan yaitu CSS-O, CSS-SW, GAD-7, dan SHAI. Pengambilan data akan dihentikan jika kuota sudah terpenuhi, yaitu 50% untuk partisipan dengan *clinical symptoms* dan 50% dengan *non-clinical symptoms* dengan total 500 responden. Selanjutnya, tahap ketiga yaitu melakukan uji model pada CSS-O dan CSS-SW menggunakan *confirmatory factor analysis* (CFA) lalu diikuti dengan *convergent validity* menggunakan analisis korelasional dengan GAD-7 dan SHAI. Tahap terakhir adalah melakukan analisis *receiver operating characteristic* (ROC) untuk menguji *criterion validity* yang dinilai dari hasil sensitivitas (SN) dan spesifisitas (SP) dimana GAD-7 sebagai *gold standard*. SN dan SP ini nantinya akan menghasilkan *cut-off point* yang menentukan apakah seseorang mengalami *cyberchondria* atau tidak.

HASIL

Item Modification

Berikut adalah hasil modifikasi dari *reverse-worded* menjadi *straightforward-word* yang dilakukan oleh peneliti bersama dengan *expert* pada tiga item dari *mistrust of medical professional*. Ketiga item ini dibuat menjadi lebih sederhana dan juga adanya penyesuaian dengan budaya yang ada sehingga akan lebih mudah dipahami.

Tabel 1. Item of Mistrust of Medical Professional

CSS-Original English	CSS-Original Indonesia Adapted	CSS Straightforward-Word
I take the opinion of my GP/medical professional more seriously than my online medical research	Saya menganggap bahwa pendapat dokter umum / tenaga medis saya lebih serius daripada hasil pengumpulan keterangan medis saya secara <i>online</i>	Saya lebih memilih hasil pencarian <i>online</i> saya daripada pendapat dokter
I trust my GP/medical professional's diagnosis over my online self-diagnosis	Saya mempercayai diagnosis dokter umum / tenaga medis saya dari pada hasil diagnosis sendiri secara <i>online</i>	Saya lebih mempercayai diagnosis sendiri yang saya dapatkan secara <i>online</i> daripada diagnosis dokter
When my GP/medical professional dismisses my online medical research, I stop worrying about it	Ketika dokter umum / tenaga medis mengatakan bahwa kesimpulan pencarian medis saya secara <i>online</i> ternyata salah, saya berhenti mengkhawatirkannya	Saya tetap mengkhawatirkan kondisi saya ketika dokter menolak hasil pencarian medis saya secara <i>online</i>

Pada item pertama, *expert* mengkritik bahwa kata “lebih serius” membuat interpretasi yang beragam dan membingungkan sehingga dipilih kata “lebih memilih” yang memiliki interpretasi lebih jelas pada budaya yang kita. Selanjutnya adalah kata “pengumpulan” juga cenderung membingungkan sehingga diganti dengan kata “pencarian.” Pada item kedua, kata “*over*” dimasukkan sesuai versi inggrisnya sehingga ada penambahan “lebih mempercayai,” pada item ini tidak banyak perubahan terjadi. Terakhir, pada item ketiga kata “kesimpulan” dihilangkan kemudian kata “saya tetap mengkhawatirkan” ditaruh didepan yang semula berada diakhir kalimat seperti versi originalnya.

First-Order Confirmatory Factory Analysis

Hasil dari *first-order confirmatory factor analysis* (FOCFA) menunjukkan bahwa CSS-SW menunjukkan hasil yang lebih fit daripada CSS versi original, terutama pada ketiga *item* yang termuat di dalam faktor *mistrust of medical professional*. Adapun hasilnya pada tabel di bawah ini.

Tabel 2. First-Order Factor Loadings

Faktor	Item	CSS-O			CSS-SW		
		Estimate	CR	α	Estimate	CR	α
Compulsion	Comp 1	0.756			0.755		
	Comp 2	0.680			0.682		
	Comp 3	0.887			0.886		
	Comp 4	0.760	0.933	0.905	0.763	0.933	0.905
	Comp 5	0.888			0.887		
	Comp 6	0.817			0.816		
	Comp 7	0.816			0.816		
	Comp 8	0.765			0.766		
Distress	Dstr 1	0.787			0.783		
	Dstr2	0.817			0.819		
	Dstr 3	0.772			0.779		
	Dstr 4	0.840	0.920	0.891	0.836	0.920	0.891
	Dstr 5	0.697			0.687		
	Dstr 6	0.638			0.631		
	Dstr 7	0.758			0.766		
	Dstr 8	0.820			0.826		
Excessiveness	Exces 1	0.648			0.635		
	Exces 2	0.794			0.807		
	Exces 3	0.724			0.729		
	Exces 4	0.748	0.881	0.853	0.745	0.881	0.853
	Exces 5	0.733			0.730		
	Exces 6	0.695			0.702		
	Exces 7	0.649			0.647		
	Exces 8	0.544			0.530		
Reassurances	Reasr 1	0.728			0.723		
	Reasr 2	0.614			0.523		
	Reasr 3	0.777	0.869	0.796	0.768	0.868	0.796
	Reasr 4	0.807			0.801		
	Reasr 5	0.650			0.697		
	Reasr 6	0.764			0.808		
Mistrust of Medical Professional	Mstr 1	0.807			0.601		
	Mstr 2	0.782	0.809	0.748	0.641	0.742	0.651
	Mstr 3	0.704			0.844		
Total α				0.922			0.944

*CR=Construct/Composite Reliability; Estimate=Factor loading; α =Cronbach's alpha.

Hasil di atas menunjukkan bahwa *factor loading* pada CSS-O dan CSS-SW memiliki nilai yang baik di mana seluruh item memiliki *factor loading* >0.5. Pada CSS-O *factor loading* bergerak antara 0.54 – 0.88 dan pada CSS-SW bergerak antara 0.53 – 0.88 hasil ini tidak jauh berbeda meskipun CSS-O sedikit lebih unggul daripada CSS-SW. *Factor loading* pada *mistrust of medical professional* dari CSS-O juga sedikit mengguli hasil dari CSS-SW. Begitupun dengan internal konsistensi pada CSS-O yang memperoleh hasil sebesar $\alpha = 0.74$. Namun, internal konsistensi pada CSS-SW secara keseluruhan lebih tinggi, yaitu sebesar $\alpha = 0.94$. Kami juga melakukan analisis *composite reliability* untuk melihat reliabilitas sesungguhnya pada kedua model, kami memperoleh hasil yang reliabel dimana CR pada CSS-O bergerak dari 0.80 – 0.93 dan pada CSS-SW bergerak antara 0.742 – 0.933.

Selanjutnya adalah hasil dari *factor covariances* pada CSS-O dan CSS-SW yang menunjukkan bahwa CSS-SW jauh lebih baik daripada CSS-O. Hubungan antar faktor atau interkorelasi terutama pada faktor *mistrust of medical professional* dengan empat faktor lainnya menunjukkan nilai yang kecil pada CSS-O dibandingkan dengan model CSS-SW.

Tabel 3. Factor Covariances

Faktor			CSS-O	CSS-SW
			Estimate	Estimate
Compulsion	↔	Distress	0.837	0.836
Compulsion	↔	Excessiveness	0.618	0.619
Compulsion	↔	Reassurance	0.520	0.525
Compulsion	↔	Mistrust	-0.116	0.724
Distress	↔	Excessiveness	0.750	0.750
Distress	↔	Reassurance	0.523	0.526
Distress	↔	Mistrust	-0.265	0.696
Excessiveness	↔	Reassurance	0.643	0.643
Excessiveness	↔	Mistrust	-0.478	0.519
Reassurance	↔	Mistrust	-0.546	0.571

Hubungan *compulsion* dengan *mistrust* CSS-O hanya memperoleh nilai sebesar -0.116 sedangkan pada CSS-SW yaitu sebesar 0.724. Kemudian, hubungan antara *distress* dengan *mistrust* pada CSS-O juga hanya mendapatkan nilai sebesar -0.265 sedangkan pada CSS-SW sebesar 0.696. Hubungan faktor *mistrust* pada CSS-O dengan *excessiveness* dan *reassurances* juga turut memperoleh nilai yang lebih rendah dari pada CSS-SW. Hasil ini menunjukkan bahwa hubungan antar faktor pada CSS-SW jauh lebih baik daripada CSS-O.

Tabel 4. First-Order Fit Indices

Kategori	Parameter	Cut-Off	CSS-O	CSS-SW
Absolute Fit	Goodness of fit index (GFI)	≥0.95	0.977	0.980
	RMSEA	>0.08	0.086	0.080
	SRMR	<0.08	0.078	0.074
Incremental Fit	Comparative fit index (CFI)	≥0.95	0.976	0.980
	Normed-fit index (NFI)	≥0.95	0.971	0.975
	NNFI	≥0.95	0.974	0.978
	Tucker-Lewis Index (TLI)	≥0.95	0.974	0.978
Parsimony fit indices	Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.60–0.90	0.892	0.895

Hasil dari *goodness of fit* data menunjukkan bahwa kedua model memiliki kesesuaian yang baik, namun model CSS-SW memiliki nilai yang lebih tinggi daripada CSS-O di seluruh parameter *good fit indices* di atas. Kemudian pada RMSEA, CSS-SW juga menunjukkan nilai yang lebih baik yaitu 0.080 (*good fit*) dari pada CSS-O 0.086 (*moderate fit*).

Second-Order Confirmatory Factor Analysis

Kami melakukan analisis *second-order confirmatory factor analysis* (SOCFA) untuk melihat bagaimana faktor *mistrust of medical professional* pada kedua model berkontribusi pada keseluruhan total dari CSS.

Tabel 5. Second-Order Factor Loadings

	Faktor	CSS-O		CSS-SW	
		Estimate	R ²	Estimate	R ²
CSS Total	Compulsion	0.831	0.691	0.860	0.740
	Distress	0.944	0.892	0.942	0.888
	Excessiveness	0.811	0.657	0.784	0.614
	Reassurances	0.657	0.432	0.645	0.417
	Mistrust	-0.388	0.151	0.776	0.602

Second-order confirmatory factor analysis menunjukkan bahwa faktor *mistrust* pada CSS-SW menyumbang varians sebesar 0.602 edangkan pada CSS-O hanya menyumbang varians sebesar 0.151 dengan *loading factor* sebesar -0.38;<0.5. Sehingga faktor *mistrust* CSS-O menjadi penyumbang paling kecil daripada empat faktor lainnya untuk total keseluruhan CSS-O *mistrust* pada CSS-O.

Tabel 6. Second-Order Fit Indices

Kategori	Parameter	Cut-Off	CSS-O	CSS-SW
Absolute Fit	Goodness of fit index (GFI)	≥0.95	0.968	0.977
	RMSEA	<0.05	0.103	0.087
	SRMR	<0.08	0.092	0.084
Incremental Fit	Comparative fit index (CFI)	≥0.95	0.965	0.976
	Normed-fit index (NFI)	≥0.95	0.960	0.971
	NNFI	≥0.95	0.963	0.974
	Tucker-Lewis Index (TLI)	≥0.95	0.963	0.974
Parsimony fit indices	Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.60–0.90	0.891	0.901

Goodness of fit data pada *second-order confirmatory factor analysis* memperlihatkan bahwa CSS-SW unggul pada seluruh kategori dibandingkan CSS-O. Pada index SRMR (0.092) dan RMSEA (0.10) CSS-O justru memperoleh hasil yang tidak fit di mana nilainya lebih besar daripada *cut-off* yang ditetapkan >0.8. Sedangkan RMSEA (0.087) dan SRMR (0.084) pada CSS-SW menunjukkan nilai yang lebih baik yaitu sangat mendekati *cut-off* 0.080, hal ini mengindikasikan *close fit*. (Fergus & Dolan, 2014; Mathes et al., 2018; Norr, Allan, et al., 2015).

Convergent Validity

Adapun hasil dari validitas konvergen dari masing-masing model CSS dengan menggunakan korelasi yaitu sebagai berikut

Tabel 7. Korelasi CSS-O

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. CSS-O	1									
2. Compulsion	0.867**	1								
3. Distress	0.885**	0.742**	1							
4. Reassurance	0.686**	0.455**	0.464**	1						
5. Excessiveness	0.799**	0.527**	0.649**	0.573**	1					
6. Mistrust	-0.198**	-0.122**	-0.240**	-0.413**	-0.413**	1				
7. GAD-7	0.420**	0.392**	0.505**	0.168**	0.289**	-0.144**	1			
8. SHAI	0.573**	0.488**	0.599**	0.303**	0.444**	-0.119**	0.555**	1		
9. Fear of Illness	0.576**	0.482**	0.591**	0.324**	0.462**	-0.141**	0.562**	0.967**	1	
10. Negative Consequences	0.347**	0.318**	0.393**	0.130**	0.225**	-0.014	0.325**	0.712**	0.508**	1

Hasil korelasi antar faktor dan antar variabel di atas menunjukkan bahwa korelasi *mistrust* dengan total CSS-O hanya memperoleh koefisien korelasi yang kecil yaitu $r = -0.19$. Begitu juga dengan GAD-7 ($r = -0.14$) dan SHAI ($r = -0.11$) yang masing-masing memperoleh koefisien korelasi yang sangat rendah. Sedangkan dengan faktor *fear of negative consequences* pada SHAI, CSS-O tidak berhubungan sama sekali ($r = -0.01$).

Tabel 8. Korelasi CSS-SW

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. CSS-SW	1									
2. Compulsion	0.856**	1								
3. Distress	0.884**	0.742**	1							
4. Reassurance	0.714**	0.455**	0.464**	1						
5. Excessiveness	0.815**	0.527**	0.649**	0.573**	1					
6. Mistrust	0.647**	0.579**	0.540**	0.377**	0.378**	1				
7. GAD-7	0.419**	0.392**	0.505**	0.168**	0.289**	0.204**	1			
8. SHAI	0.563**	0.488**	0.599**	0.303**	0.444**	0.313**	0.555**	1		
9. Fear of Illness	0.565**	0.482**	0.591**	0.324**	0.462**	0.276**	0.562**	0.967**	1	
10. Negative Consequences	0.345**	0.318**	0.393**	0.130**	0.225**	0.297**	0.325**	0.712**	0.508**	1

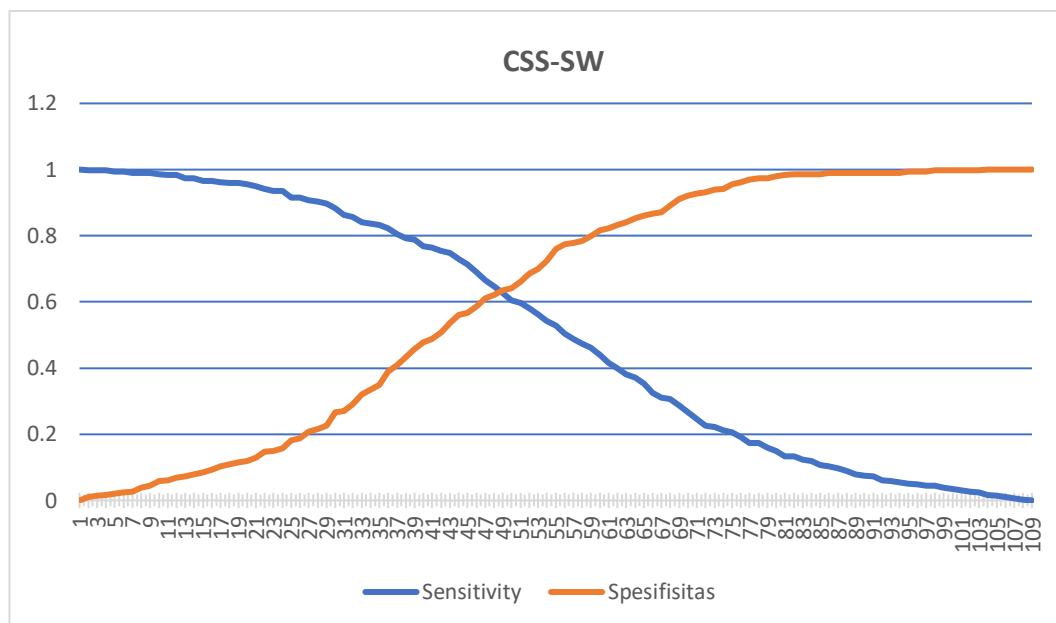
Hasil korelasi yang di dapatkan oleh *mistrust* pada CSS-SW jauh lebih baik dibandingkan dengan CSS-O. Korelasi yang terjadi antara *mistrust* dengan total keseluruhan CSS-SW memperoleh koefisien korelasi yang cukup baik yaitu sebesar $r = 0.64$. Kemudian, korelasinya dengan GAD-7 ($r = 0.2$) dan SHAI ($r = 0.31$) lebih baik daripada CSS-O. *Mistrust* juga berkorelasi dengan faktor *fear of negative consequences* ($r = -0.29$). Secara keseluruhan, koefisien yang diperoleh oleh CSS-SW terbilang lebih baik daripada CSS-O, khususnya bagaimana korelasinya dengan total keseluruhan CSS-SW yang menjadi pokok permasalahan. Korelasi CSS-SW dengan konstruk lain yang mirip seperti SHAI ($r = 0.56$) juga memperoleh nilai yang baik.

Receiver Operating Curve (ROC) (Criterion Validity)

Analisis ROC dilakukan untuk menentukan *cut-off* terbaik dalam membedakan orang dengan *cyberchondria* dan tidak *cyberchondria*. Analisis ROC dilakukan hanya pada model CSS-SW, adapun hasilnya sebagai berikut.

Tabel 9. Cut-Off Point of CSS-SW

	CSS-SW Cut-Off Point	Sensitivity	Spesificity	
	45	76.5	0.713	0.567
	46	77.5	0.689	0.587
	47	78.5	0.666	0.611
	48	79.5	0.648	0.621
	49	80.5	0.628	0.635
	50	81.5	0.604	0.642
	51	82.5	0.597	0.662
	52	83.5	0.580	0.686
	53	84.5	0.563	0.700



Gambar 1. Sensitivity & Spesificity

Hasil di atas menunjukkan bagaimana CSS-SW memprediksi skor kecemasan 8 pada GAD-7 sebagai *gold standard*. Berdasarkan analisis ROC, *cut-off point* yang paling optimal adalah poin 80.5. dengan sensitivitas yang diperoleh yaitu sebesar 0.628 (62,8%) (*true positive*) dan spesifitas (*true negative*) sebesar 0.635 (63,5%). Ini menunjukkan bahwa terdapat 37.2% yang mengalami *false negative* (skor CSS-SW < *cut-off* tapi skor GAD-7 \geq 8) dan 36.5% yang mengalami *false positive* (skor CSS-SW > *cut-off* tapi skor GAD-7 < 8). Jika, *cut-off* digeser ke atas maupun ke bawah maka sensitivitas dan spesifisitas menjadi tidak seimbang. Oleh sebab itu, poin 80.5 dianggap sebagai titik potong yang paling optimal untuk keduanya. Sementara AUC yang diperoleh oleh CSS-SW yaitu sebesar 0.685; $p = 0.00$ dengan nilai *estimate* sebesar 0.733 yang memungkinkan CSS-SW menjadi alat skrining untuk bisa membedakan orang-orang yang mengalami *cyberchondria* dan tidak.

PEMBAHASAN

Penelitian ini berfokus pada faktor *mistrust of medical professional* yang memiliki tipe item dengan *reversed-word*. Ketiga item tersebut kami anggap sebagai akar dari permasalahan dari ketidakcocokan dan ketidaksesuaiannya model dalam menghitung total keseluruhan *cyberchondria severity scale* (CSS). Kami meyakini bahwa faktor tersebut merupakan satu-kesatuan dan memainkan peran penting dalam mengukur *cyberchondria* baik itu secara teoritik maupun praktik. Sehingga, kami tidak sependapat dengan pernyataan Fergus (2014) dan Norr, Allan, et al. (2015) yang menjelaskan bahwa terdapat kemungkinan bahwa faktor *mistrust* terpisah dan berbeda dari keempat faktor lainnya. Faktanya, telah diketahui bahwa orang-orang dengan kecenderungan *cyberchondria* seringkali menentang diagnosis dokter akibat pencarian internetnya yang kemudian menyebabkan perselisihan dengan tenaga medis (Russ et al., 2011; Sommerhalder et al., 2009; Starcevic et al., 2020). Oleh sebab itu, menggugurkan atau memisahkan faktor *mistrust* bukanlah sesuatu yang tepat karena hal ini dilakukan dengan tujuan sekedar meningkatkan *goodness fit indices* pada struktur model CSS.

Permasalahan fundamental yang terjadi adalah karena *item-wording* yang di desain dengan tipe *reversed-word*. Kami menawarkan *item-wording* baru yang lebih efektif dan *clear* pada model CSS-SW untuk melihat perbandingannya dengan versi aslinya CSS-O. Pada *first-order confirmatory factor analysis* kami menemukan masalah serupa di mana *factor covarians* dari CSS-O menunjukkan korelasi antar faktor yang rendah, yaitu antara *mistrust* dengan *compulsion* (-0.116), *distress* (-0.265), dan juga dengan *excessiveness* (-0.478). Temuan ini secara konsisten sejalan dengan yang dilaporkan oleh penelitian sebelumnya yang menjelaskan bahwa *mistrust* memiliki korelasi yang paling rendah dan bahkan tidak berkorelasi dengan empat faktor lainnya (Barke et al., 2016; Norr, Allan, et al., 2015; Selvi et al., 2018). Tidak heran, jika peneliti sebelumnya menjelaskan bahwa *mistrust* adalah faktor yang berbeda atau mungkin diduga sebagai variabel tersendiri. Sedangkan pada model CSS-SW, secara meyakinkan memiliki nilai korelasi yang jauh lebih baik dengan empat faktor lainnya yaitu berada pada rentang (0.5 – 0.7) dengan kesesuaian model yang memuaskan dan konsistensi internal yang tinggi ($\alpha = 0.94$). Hasil ini menjelaskan bahwa masalah yang terjadi pada konstruk CSS berkaitan dengan *item-wording* yang menggunakan item dengan tipe *reversed-word* yang membuat model CSS-O tidak cocok dan sesuai antara teori dengan model untuk pengukurannya.

Selanjutnya, kami melakukan *second-order* atau *higher-order model of confirmatory factor analysis* untuk melihat lebih jauh bagaimana kelima faktor tersebut mengukur total keseluruhan *cyberchondria*. Pada *first-order* sebelumnya CSS-O memperoleh nilai korelasi antar faktor yang lemah sedangkan pada CSS-SW kami memperoleh hasil sebaliknya. Oleh karena itu sangat penting untuk melakukan pemeriksaan lebih jauh menggunakan *higher-order model* untuk mengetahui dan mengevaluasi struktur hirarki dari *cyberchondria*. Seperti pendapat dari McElroy dan Shevlin (2014) yang menjelaskan bahwa CSS memungkinan menggunakan keduanya yaitu skor dari faktor umum dan juga dari subskalanya. Ketidajelasan sistem skor ini diakibatkan dari masalah pada *mistrust* yang memperoleh interkorelasi yang sangat lemah sebelumnya.

Tidak jauh berbeda dengan penelitian sebelumnya (Fergus & Dolan, 2014; Mathes et al., 2018; Norr, Allan, et al., 2015) yang menemukan bahwa *mistrust* memiliki varians yang paling kecil di antara ke empat faktor lainnya, pada penelitian ini juga ditemukan hal yang sama di mana *factor loading* pada *mistrust* hanya memperoleh nilai sebesar -0.389 dengan varians yang cukup kecil yaitu hanya 0.151. Artinya, di antara keempat faktor lainnya *mistrust* menjadi penyumbang terkecil dalam mengukur total keseluruhan CSS. Selain itu, nilai *absolute fit* pada RMSEA yang didapatkan oleh CSS-O menunjukkan hasil yang tidak fit (0.103), sehingga terdapat ketidaksesuaian pada model yang ada. Hasil ini menunjukkan bahwa pada CSS-O, *first-order* model lebih fit daripada *second-order* yang berarti temuan ini sejalan dengan penelitian sebelumnya (Barke et al., 2016; Uzun & Zencir, 2021).

Berbanding terbalik dengan ketiga item yang telah kami modifikasi menjadi *straightforward-word*, *mistrust* pada CSS-SW memiliki *factor loading* yang baik (0.776) dengan varians sebesar 0.602. Modifikasi yang dilakukan menunjukkan hasil yang sangat memuaskan dalam mengukur total keseluruhan *cyberchondria*. Hasil dari *goodness fit indices* yang meliputi *absolute fit*, *incremental fit*, dan *parsimony fit indices* pada CSS-SW seluruhnya memenuhi *cut-off* yang ada sehingga model pada CSS-SW dinyatakan sebagai model yang fit. Nilai yang diperoleh pada model CSS-SW seluruhnya lebih baik daripada versi aslinya CSS-O. Hasil ini semakin menjelaskan dan memperkuat bahwa memang benar jika permasalahan pada konstruk CSS yang dibahas dalam beberapa waktu terakhir adalah karena masalah *item-wording* dan bukan dikarenakan *mistrust* adalah faktor yang berbeda dan terpisah dari CSS. Selain itu, ini mengindikasikan bahwa *cyberchondria* bisa di skor secara keseluruhan sebagai faktor *general*.

Pada *second-order model* kami melihat bahwa *item-item* dengan *reversed-word* pada CSS-O memperoleh hasil yang lemah, ini seperti dugaan kami bahwa pada *second-order model* setiap faktor dituntut untuk menunjukkan kekonsistensianannya. Sama dengan apa yang dijelaskan oleh Fergus (2014) bahwa untuk melakukan total skor menggunakan faktor *general cyberchondria* harus digunakan kunci yang sama yaitu dengan *straightforward-key* saja, kemudian jika ada dua kunci yang berbeda disatukan yaitu *straightforward-key* dan *reversed-key* dalam suatu struktur maka dapat dipastikan mempengaruhi bahkan merusak seluruh struktur yang ada seperti yang terjadi pada *second-order model* CSS-O. Oleh sebab itu, pada *second-order model* baik itu *good fit indices* maupun varians yang di dapatkan lebih buruk daripada CSS-SW. Temuan ini juga sejalan dengan apa yang dijelaskan oleh Suárez-Álvarez et al. (2018) di mana jika terdapat kombinasi antara *straightforward item* dengan *reversed item* dalam satu test akan mengakibatkan kecacatan pada keseluruhan konstruk, interpretasi dari faktor *general* menjadi terpengaruh, dan varian gabungan pada *higher-order* menjadi berkurang. Selain itu, pada *first-order* sebenarnya kita sudah dapat melihat bahwa CSS-O memang menunjukkan interkorelasi yang di bawah standar seperti halnya mengukur suatu konsep yang berbeda dari empat faktor lainnya.

Korelasi *mistrust* dengan skor total keseluruhan dari CSS-O juga menghasilkan koefisien yang sangat lemah ($r = -0.19$). Kemudian, korelasi *mistrust* dengan alat ukur SHAI yang mempunyai konstruk paling dekat dengan

cyberchondria juga berhubungan sangat lemah, bahkan pada faktor *negative consequences of an illness* justru tidak berhubungan. Sedangkan pada CSS-SW, *mistrust* berkorelasi secara signifikan dengan koefisien korelasi yang cukup kuat ($r = 0.55$), begitu juga dengan dua faktor SHAI yaitu *fear of illness* ($r = 0.55$) dan *negative consequences of an illness* ($r = 0.32$) yang berkorelasi dengan signifikan dan memiliki nilai koefisien yang baik. Kami melihat bahwa item-item dengan model *straightforward-word* memperoleh nilai yang jauh lebih baik dibandingkan dengan *reversed-word*. Padahal, berdasarkan kerangka teoritik dan praktik peran faktor *mistrust* terbilang penting. Ini menunjukkan bahwa penggunaan *reversed-word* menjadi tidak tepat dan telah mempengaruhi *method effects* dari konstruk *cyberchondria*. Hal ini telah menyebabkan seseorang kebingungan dalam merespon pertanyaan yang ada, sehingga menyebabkan varians yang berbeda dari konsep yang ingin diukur (Campbell & Fiske, 1959; Lindwall et al., 2012).

Kami juga mengidentifikasi adanya pola *item-wording* yang sama dengan *mistrust* pada empat faktor lainnya. Meskipun item-item tersebut menggunakan model *straightforward-word*, jika diperhatikan kembali maka banyak ditemukan item-item yang terlalu panjang dan terkesan tidak jelas sehingga membuat bingung. Kami menduga bahwa jika *item-wording* pada empat faktor lainnya tersebut diubah menjadi lebih *short* dan *clear* seperti yang dilakukan pada *mistrust* maka akan menghasilkan nilai yang jauh lebih baik lagi.

Kami melakukan analisis ROC untuk melihat bagaimana sensitivitas dan spesifitas pada alat ukur ini. ROC dilakukan hanya pada model CSS-SW karena pada pengukuran sebelumnya memperoleh hasil yang jauh lebih memuaskan dibandingkan dengan versi aslinya CSS-O. Hasil ROC pada CSS-SW ini dapat disimpulkan memiliki nilai *high sensitivity* dan *high validity* (≥ 0.60) berdasarkan kriteria dari Nelson et al. (2001) dengan *area under curve* (AUC) yang diperoleh yaitu sebesar 0.68 yang berarti bahwa CSS-SW memungkinkan untuk digunakan sebagai alat skrining. Adapun *cut-off* yang paling optimal yang dapat digunakan oleh peneliti maupun praktisi, khususnya di Indonesia untuk menentukan apakah seseorang memiliki kecenderungan *cyberchondria* atau tidak yakni pada skor 80.5. Temuan ini diharapkan dapat membantu para praktisi seperti psikolog klinis dan psikiater untuk memprediksi seseorang yang mempunyai *cyberchondria*.

Meskipun penelitian telah menemukan hasil yang baru dan menarik, di sisi lain terdapat beberapa keterbatasan yang perlu diketahui. Pertama, dalam menentukan subjek yang mempunyai *clinical symptoms* dan *non-clinical symptoms*, penelitian ini hanya menggunakan GAD-7 sebagai *gold standard* alternatif. Mengingat bahwa satu-satunya *gold standard* suatu diagnosis klinis dalam psikologi adalah observasi dan wawancara klinis. Kedua, belum terklasifikasinya *cyberchondria* dalam DSM-5 menyebabkan tidak adanya *gold standard* untuk mendiagnosisnya secara formal. Oleh sebab itu, *cyberchondria* seringkali dipasangkan dengan gangguan kecemasan ataupun *health anxiety* atau biasa disebut sebagai versi digital dari keduanya. Ketiga, perubahan item yang kami lakukan hanya dinilai menggunakan metode kualitatif oleh *expert*, selanjutnya akan jauh lebih baik jika menggunakan analisis CVR dan/atau CVI yang melibatkan banyak panelis agar mendapatkan hasil kuantitatif. Keempat, penelitian ini hanya menggunakan satu *expert* yaitu psikolog klinis, kedepannya peneliti bisa turut

melibatkan profesional lainnya sebagai expert seperti psikiater agar menghasilkan hasil yang lebih baik. Kelima, penelitian ini juga hanya menggunakan analisis konfirmatori, akan lebih ideal jika selanjutnya menggunakan analisis eksploratori dan juga konfirmatori secara bersamaan untuk melihat pengelompokan struktur setelah perubahan *item-wording*. Terakhir, kami merekomendasikan jika kedepannya terdapat permasalahan yang sama, pengujian lanjutan menggunakan *second-order model* lebih direkomendasikan untuk membandingkan antara versi original dari CSS dengan versi *straightforward-word* karena lebih sensitif dalam menjelaskan kecocokan suatu model

KESIMPULAN

Berdasarkan apa yang telah ditemukan dalam penelitian ini maka dapat disimpulkan bahwa permasalahan yang selama ini terjadi pada konstruk CSS memang benar dikarenakan oleh *item-wording* yang menggunakan *reversed-word* sehingga mempengaruhi struktur dari CSS. Temuan ini juga memperkuat bahwa dengan model lima faktor yang ada, *cyberchondria* dapat diukur secara general. Temuan ini juga menyimpulkan bahwa faktor *mistrust* bukanlah faktor yang berbeda ataupun independen. Perubahan yang dilakukan pada ketiga item menjadi *straightforward-word* menjadi solusi mengatasi permasalahan yang ada selama ini dan telah menjawab pertanyaan dari penelitian sebelumnya yang merekomendasikan untuk merubah *item-wording* dari ketiga item pada *mistrust of medical professional*. CSS-SW menjadi instrumen yang valid dan reliabel dalam mengukur *cyberchondria*. Secara meyakinkan bahwa CSS-SW dapat digunakan untuk tujuan klinis oleh psikolog dan psikiater dalam mengidentifikasi individu dengan *cyberchondria*.

REFERENSI

- Ahn, J.-K., Kim, Y., & Choi, K.-H. (2019). The psychometric properties and clinical utility of the Korean version of GAD-7 and GAD-2. *Frontiers in Psychiatry, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00127>
- Aiken, M., & Kirwan, G. (2012). Prognoses for diagnoses: medical search online and “cyberchondria.” *BMC Proceedings, 6*(S4), P30. <https://doi.org/10.1186/1753-6561-6-S4-P30>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR)* (Fifth Edit). American Psychiatric Association.
- Anthoine, E., Moret, L., Regnault, A., Sébille, V., & Hardouin, J.-B. (2014). Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health and Quality of Life Outcomes, 12*(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0176-2>
- Apay, S. E., Gürol, A., Özdemir, S., & Uslu, S. (2020). The reliability and validity of the Cyberchondria Severity Scale for the Turkish Students. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 49*(1), 430–450. <https://doi.org/10.14812/cufej.571361>
- Attia, J. (2003). Diagnostic tests: Moving beyond sensitivity and specificity: using likelihood ratios to help interpret diagnostic tests. *Australian Prescriber, 26*(5), 111–113. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2003.082>

- Aulia, A., Marchira, C. R., Supriyanto, I., & Pratiti, B. (2020). Cyberchondria in first year medical students of Yogyakarta. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 24(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/15398285.2019.1710096>
- Aulia, A., Pratiti, B., & Marchira, C. R. (2019). *Uji validitas dan reliabilitas instrumen cyberchondria severity scale untuk menilai kecemasan terhadap kesehatan fisik akibat internet pada mahasiswa Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, Dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada Di Yogyakarta Uji valid.* Universitas Gadjah Mada.
- Bajcar, B., & Babiak, J. (2019). Self-esteem and cyberchondria: The mediation effects of health anxiety and obsessive–compulsive symptoms in a community sample. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00216-x>
- Bajcar, B., Babiak, J., & Olchowska-Kotala, A. (2019). Cyberchondria and its measurement. The Polish adaptation and psychometric properties of cyberchondria severity scale CSS-PL. *Psychiatria Polska*, 53(1), 49–60. <https://doi.org/10.12740/PP/81799>
- Barke, A., Bleichhardt, G., Rief, W., & Doering, B. K. (2016). The cyberchondria severity scale (CSS): German validation and development of a short form. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(5), 595–605. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9549-8>
- Baumgartner, S. E., & Hartmann, T. (2011). The role of health anxiety in online health information search. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(10), 613–618. <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0425>
- Belling, C. F. (2006). Hypochondriac hermeneutics: Medicine and the anxiety of interpretation. *Literature and Medicine*, 25(2), 376–401. <https://doi.org/10.1353/lm.2007.0000>
- Benson, J., & Hocevar, D. (1985). The impact of item phrasing on the validity of attitudes scales for elementary school children. *Journal of Educational Measurement*, 22(3), 231–240. <https://doi.org/10.1111/j.1745-3984.1985.tb01061.x>
- Brown, T. A. (2003). Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire: Multiple factors or method effects? *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1411–1426. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00059-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00059-7)
- Budikayanti, A., Larasari, A., Malik, K., Syeban, Z., Indrawati, L. A., & Octaviana, F. (2019). Screening of generalized anxiety disorder in patients with epilepsy: Using a valid and reliable Indonesian version of generalized anxiety disorder-7 (GAD-7). *Neurology Research International*, 2019, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2019/5902610>
- Byrd-Bredbenner, C., Eck, K., & Quick, V. (2020). Psychometric properties of the generalized anxiety disorder-7 and generalized anxiety disorder-mini in United States university students. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.550533>
- Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56(2), 81–105. <https://doi.org/10.1037/h0046016>
- Carleton, R. N., McCreary, D. R., Norton, P. J., & Asmundson, G. J. G. (2006).

- Brief fear of negative evaluation scale—revised. *Depression and Anxiety*, 23(5), 297–303. <https://doi.org/10.1002/da.20142>
- Clover, K., Lambert, S. D., Oldmeadow, C., Britton, B., King, M. T., Mitchell, A. J., & Carter, G. L. (2020). Apples to apples? Comparison of the measurement properties of hospital anxiety and depression-anxiety subscale (HADS-A), depression, anxiety and stress scale-anxiety subscale (DASS-A), and generalised anxiety disorder (GAD-7) scale in an oncology setting. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00906-x>
- Community survey on ICT usage in households and by individuals. (2021). *One in two EU citizens look for health information online*. Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210406-1>
- Cordery, J. L., & Sevastos, P. P. (1993). Responses to the original and revised Job Diagnostic Survey: Is education a factor in responses to negatively worded items? *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 141–143. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.141>
- Dagar, D., Kakodkar, P., & Shetiya, S. (2019). Evaluating the cyberchondria construct among computer engineering students in Pune (India) Using cyberchondria severity scale (CSS-15). *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 23(3), 117. https://doi.org/10.4103/ijocem.IJOEM_217_19
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Davis, T. L., Severy, L. J., Kraus, S. J., & Whitaker, J. M. (1993). Predictors of sentencing decisions: The beliefs, personality variables, and demographic factors of Juvenile Justice. *Journal of Applied Social Psychology*, 23(6), 451–477. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1993.tb01098.x>
- DiStefano, C., & Motl, R. W. (2006). Further investigating method effects associated with negatively worded items on self-report surveys. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 13(3), 440–464. https://doi.org/10.1207/s15328007sem1303_6
- Doherty-Torstrick, E. R., Walton, K. E., & Fallon, B. A. (2016). Cyberchondria: Parsing health anxiety From online behavior. *Psychosomatics*, 57(4), 390–400. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.02.002>
- Fauzy, A. (2019). *Metode Sampling*. Universitas Terbuka.
- Fenn, J., Tan, C.-S., & George, S. (2020). Development, validation and translation of psychological tests. *BJPsych Advances*, 26(5), 306–315. <https://doi.org/10.1192/bja.2020.33>
- Fergus, T. A. (2014). The cyberchondria severity scale (CSS): An examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 504–510. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.05.006>
- Fergus, T. A. (2015). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria: A replication and extension examining dimensions of each construct. *Journal of Affective Disorders*, 184, 305–309.

- <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.017>
- Fergus, T. A., & Dolan, S. L. (2014). Problematic Internet use and Internet searches for medical information: The role of health anxiety. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *17*(12), 761–765. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0169>
- Fergus, T. A., & Russell, L. H. (2016). Does cyberchondria overlap with health anxiety and obsessive–compulsive symptoms? An examination of latent structure and scale interrelations. *Journal of Anxiety Disorders*, *38*, 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.01.009>
- Fergus, T. A., & Spada, M. M. (2018). Moving toward a metacognitive conceptualization of cyberchondria: Examining the contribution of metacognitive beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*, *60*, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.09.003>
- Freud, S. (1910). The origin and development of psychoanalysis. *The American Journal of Psychology*, *21*(2), 181. <https://doi.org/10.2307/1413001>
- Ghozali, I. (2014). *Structural equation modeling metode alternatif dengan partial least squares (PLS)*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Greenberger, E., Chen, C., Dmitrieva, J., & Farruggia, S. P. (2003). Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Do they matter? *Personality and Individual Differences*, *35*(6), 1241–1254. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00331-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00331-8)
- Hanczar, B., Hua, J., Sima, C., Weinstein, J., Bittner, M., & Dougherty, E. R. (2010). Small-sample precision of ROC-related estimates. *Bioinformatics*, *26*(6), 822–830. <https://doi.org/10.1093/bioinformatics/btq037>
- Hinz, A., Klein, A. M., Brähler, E., Glaesmer, H., Luck, T., Riedel-Heller, S. G., Wirkner, K., & Hilbert, A. (2017). Psychometric evaluation of the generalized anxiety disorder screener GAD-7, based on a large German general population sample. *Journal of Affective Disorders*, *210*, 338–344. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.012>
- Horan, P. M., DiStefano, C., & Motl, R. W. (2003). Wording effects in self-esteem scales: Methodological artifact or response Style? *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *10*(3), 435–455. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM1003_6
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Johnson, S. U., Ulvenes, P. G., Øktedalen, T., & Hoffart, A. (2019). Psychometric properties of the general anxiety disorder 7-item (GAD-7) scale in a heterogeneous psychiatric sample. *Frontiers in Psychology*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01713>
- Jokić-Begić, N., Mikac, U., Čuržik, D., & Sangster Jokić, C. (2019). The development and validation of the Short Cyberchondria Scale (SCS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *41*(4), 662–676. <https://doi.org/10.1007/s10862-019-09744-z>
- Jordan, P., Shedden-Mora, M. C., & Löwe, B. (2017). Psychometric analysis of the

- generalized anxiety disorder scale (GAD-7) in primary care using modern item response theory. *PLOS ONE*, *12*(8), e0182162. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182162>
- Józsa, K., & Morgan, G. A. (2017). Reversed items in Likert scales: Filtering out invalid responders. *Journal of Psychological and Educational Research*, *25*(1), 7–25.
- Juni, S., Hanson, M., & Ottomanelli, G. (1996). Reliability of the weak opiate withdrawal scale for inner-city opiate users. *Psychological Reports*, *79*(3_suppl), 1273–1274. <https://doi.org/10.2466/pr0.1996.79.3f.1273>
- Kasiram, M. (2008). *Metode Penelitian Kuantitatif*. UIN Press.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, *146*(5), 317. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Krosnick, J. A., Narayan, S., & Smith, W. R. (1996). Satisficing in surveys: Initial evidence. *New Directions for Evaluation*, *1996*(70), 29–44. <https://doi.org/10.1002/ev.1033>
- Lindwall, M., Barkoukis, V., Grano, C., Lucidi, F., Raudsepp, L., Liukkonen, J., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2012). Method effects: The problem with negatively versus positively keyed items. *Journal of Personality Assessment*, *94*(2), 196–204. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.645936>
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the patient health questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, *122*(1–2), 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- Marino, C., Fergus, T. A., Vieno, A., Bottesi, G., Ghisi, M., & Spada, M. M. (2020). Testing the Italian version of the cyberchondria severity scale and a metacognitive model of cyberchondria. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *27*(4), 581–596. <https://doi.org/10.1002/cpp.2444>
- Marsh, H. W. (1986). Negative item bias in ratings scales for preadolescent children: A cognitive-developmental phenomenon. *Developmental Psychology*, *22*(1), 37–49. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.1.37>
- Marsh, H. W. (1996). Positive and negative global self-esteem: A substantively meaningful distinction or artifacts? *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(4), 810–819. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.4.810>
- Mathes, B. M., Norr, A. M., Allan, N. P., Albanese, B. J., & Schmidt, N. B. (2018). Cyberchondria: Overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. *Psychiatry Research*, *261*, 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.002>
- Maulina, V. V. R. (2016). Health anxiety in Young Indonesian Adults: A preliminary study. *IAFOR Journal of Psychology & the Behavioral Sciences*, *2*(1). <https://doi.org/10.22492/ijpbs.2.1.02>
- McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(2), 259–265. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.007>

- Melnick, S. A., & Gable, R. K. (1990). The use of negative item stems: A cautionary note. *Educational Research Quarterly*, *14*(3), 31–36.
- Metz, C. E. (1978). Basic principles of ROC analysis. *Seminars in Nuclear Medicine*, *8*(4), 283–298. [https://doi.org/10.1016/S0001-2998\(78\)80014-2](https://doi.org/10.1016/S0001-2998(78)80014-2)
- Nelson, D. E., Holtzman, D., Bolen, J., Stanwyck, C. A., & Mack, K. A. (2001). Reliability and validity of measures from the behavioral risk factor surveillance system (BRFSS). *Sozial-Und Praventivmedizin*, *46*(1), S3–S42.
- Newby, J. M., & McElroy, E. (2020). The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria. *Journal of Anxiety Disorders*, *69*, 102150. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102150>
- Norr, A. M., Albanese, B. J., Oglesby, M. E., Allan, N. P., & Schmidt, N. B. (2015). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria. *Journal of Affective Disorders*, *174*, 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.023>
- Norr, A. M., Allan, N. P., Boffa, J. W., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2015). Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): Replication and extension with bifactor modeling. *Journal of Anxiety Disorders*, *31*, 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.001>
- Peng, X.-Q., Chen, Y., Zhang, Y.-C., Liu, F., He, H.-Y., Luo, T., Dai, P.-P., Xie, W.-Z., & Luo, A.-J. (2021). The status and influencing factors of cyberchondria during the Covid-19 Epidemic. A cross-sectional study in Nanyang City of China. *Frontiers in Psychology*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.712703>
- Plummer, F., Manea, L., Trepel, D., & McMillan, D. (2016). Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: A systematic review and diagnostic metaanalysis. *General Hospital Psychiatry*, *39*, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.11.005>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, *88*(5), 879–903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Powell, J., Inglis, N., Ronnie, J., & Large, S. (2011). The characteristics and motivations of online health information seekers: Cross-Sectional survey and qualitative interview study. *Journal of Medical Internet Research*, *13*(1), e20. <https://doi.org/10.2196/jmir.1600>
- Prescott, C. (2020). *Internet access – households and individuals, Great Britain: 2020*. Office for National Statistics. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/householdcharacteristics/homeinternetandsocialmediausage/datasets/internetaccesshouseholdsandindividualsreferencetables>
- Quilty, L. C., Oakman, J. M., & Risko, E. (2006). Correlates of the rosenberg self-esteem scale method effects. *Structural Equation Modeling*, *13*(1), 99–117. https://doi.org/10.1207/s15328007sem1301_5
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., Thissen, D. M., Heimberg, R. G., Chambless, D. L., & Rapee, R. M. (2004). More information from fewer questions: The factor structure and Item properties of the original and brief fear of negative

- evaluation scale. *Psychological Assessment*, 16(2), 169–181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.2.169>
- Roszkowski, M. J., & Soven, M. (2010). Shifting gears: Consequences of including two negatively worded items in the middle of a positively worded questionnaire. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 35(1), 113–130. <https://doi.org/10.1080/02602930802618344>
- Russ, H., Giveon, S. M., Catarivas, M. G., & Yaphe, J. (2011). The effect of the Internet on the patient-doctor relationship from the patient’s perspective: a survey from primary care. *Israel Medical Association Journal*, 13(14), 220–224.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(05). <https://doi.org/10.1017/S0033291702005822>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: A search for consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Schenkel, S. K., Jungmann, S. M., Gropalis, M., & Witthöft, M. (2021). Conceptualizations of cyberchondria and relations to the anxiety spectrum: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 23(11), e27835. <https://doi.org/10.2196/27835>
- Selvi, Y., Gokce Turan, S., Asena Sayin, A., Boysan, M., & Kandeger, A. (2018). The cyberchondria severity scale (CSS): Validity and reliability study of the Turkish Version. *Sleep and Hypnosis - International Journal*, 20(4), 241–246. <https://doi.org/10.5350/Sleep.Hypn.2018.20.0157>
- Singh, K., & Brown, R. J. (2014). Health-related Internet habits and health anxiety in university students. *Anxiety, Stress, & Coping*, 27(5), 542–554. <https://doi.org/10.1080/10615806.2014.888061>
- Singh, K., Fox, J. R. E., & Brown, R. J. (2016). Health anxiety and Internet use: A thematic analysis. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 10(2). <https://doi.org/10.5817/CP2016-2-4>
- Sommerhalder, K., Abraham, A., Zufferey, M. C., Barth, J., & Abel, T. (2009). Internet information and medical consultations: Experiences from patients’ and physicians’ perspectives. *Patient Education and Counseling*, 77(2), 266–271. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.03.028>
- Sonderen, E. van, Sanderma, R., & Coyne, J. C. (2013). Ineffectiveness of reverse wording of questionnaire items: Let’s learn from cows in the rain. *PLoS ONE*, 8(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068967>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Starcevic, V. (2017). Cyberchondria: Challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(3), 129–133. <https://doi.org/10.1159/000465525>
- Starcevic, V., Baggio, S., Berle, D., Khazaal, Y., & Viswasam, K. (2019).

- Cyberchondria and its relationships with related constructs: A network analysis. *Psychiatric Quarterly*, 90(3), 491–505. <https://doi.org/10.1007/s1126-019-09640-5>
- Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205–213. <https://doi.org/10.1586/ern.12.162>
- Starcevic, V., & Berle, D. (2015). Mental health in the digital age: Grave dangers, great promise. In E. Aboujaoude & V. Starcevic (Eds.), *Mental Health in the Digital Age* (pp. 106–117). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199380183.003.0006>
- Starcevic, V., Berle, D., & Arnáez, S. (2020). Recent insights into cyberchondria. *Current Psychiatry Reports*, 22(11), 56. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01179-8>
- Suárez-Álvarez, J., Pedrosa, I., Lozano, L. M., García-Cueto, E., Cuesta, M., & Muñiz, J. (2018). Using reversed items in Likert scales: A questionable practice. *Psicothema*, 30(2), 149–158. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.33>
- Tanis, M., Hartmann, T., & te Poel, F. (2016). Online health anxiety and consultation satisfaction: A quantitative exploratory study on their relations. *Patient Education and Counseling*, 99(7), 1227–1232. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.021>
- Tomas, J. M., & Oliver, A. (1999). Rosenberg's self-esteem scale: Two factors or method effects. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 84–98. <https://doi.org/10.1080/10705519909540120>
- Uzun, S. U., & Zencir, M. (2021). Reliability and validity study of the Turkish version of cyberchondria severity scale. *Current Psychology*, 40(1), 65–71. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0001-x>
- Vismara, M., Caricasole, V., Starcevic, V., Cinosi, E., Dell'Osso, B., Martinotti, G., & Fineberg, N. A. (2020). Is cyberchondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic review of the evidence. *Comprehensive Psychiatry*, 99, 152167. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152167>
- Wahyuni, A., Semiarty, R., & Machmud, R. (2020). Analisis peningkatan pencarian informasi kesehatan online dan ehealth literacy masyarakat di Kota Padang (Studi kasus: Pandemi covid-19). *Prosiding Forum Ilmiah Tahunan IAKMI (Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia)*, 1–14.
- We are Social, & Hotsuite. (2022). *Digital 2022: Another Year of Bumper Growth*. <https://wearesocial.com/uk/blog/2022/01/digital-2022-another-year-of-bumper-growth-2>
- White, R. W., & Horvitz, E. (2009a). Cyberchondria. *ACM Transactions on Information Systems*, 27(4), 1–37. <https://doi.org/10.1145/1629096.1629101>
- White, R. W., & Horvitz, E. (2009b). Experiences with web search on medical concerns and self diagnosis. *AMIA Annual Symposium Proceedings Archive*, 696–700.
- Ye, F., & Wallace, T. L. (2014). Psychological sense of school membership scale. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 32(3), 202–215. <https://doi.org/10.1177/0734282913504816>

- Zangrossi, H., & Graeff, F. G. (2014). Serotonin in anxiety and panic: Contributions of the elevated T-maze. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *46*, 397–406. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.007>
- Zhang, X., Noor, R., & Savalei, V. (2016). Examining the effect of reverse worded items on the factor structure of the need for cognition scale. *PLOS ONE*, *11*(6), e0157795. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157795>
- Zheng, H., Chen, X., & Fu, S. (2020). An exploration of determinants of cyberchondria: A moderated mediation analysis. *Proceedings of the Association for Information Science and Technology*, *57*(1). <https://doi.org/10.1002/pra2.214>
- Zheng, H., & Tandoc, E. C. (2020). Calling dr. Internet: Analyzing news coverage of cyberchondria. *Journalism Practice*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/17512786.2020.1824586>

LAMPIRAN

LAMPIRAN-LAMPIRAN

1. Alat Ukur

A. *Cyberchondria Severity Scale – Original Indonesia*

No	Item
1	Jika saya merasakan suatu sensasi yang muncul di tubuh dan tidak dapat dijelaskan, saya akan mencarinya di internet
2	Saya memasukkan gejala-gejala yang sama ke dalam pencarian web lebih dari satu kali kesempatan
3	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan mengganggu waktu yang dapat saya gunakan untuk Facebook / Twitter / jejaring sosial lainnya
4	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan membuat saya berkonsultasi dengan dokter umum saya
5	Saya mengalami kesulitan untuk bersantai setelah mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan
6	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan mengganggu pencarian untuk bidang ilmu yang lain (misalnya, untuk pekerjaan / tugas kuliah / pekerjaan rumah saya)
7	Saya menjadi lebih mudah marah atau kesal setelah mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan
8	mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan menyebabkan terganggunya kegiatan santai <i>online</i> saya (misalnya, <i>streaming</i> film)
9	Saya menganggap bahwa pendapat dokter umum / tenaga medis saya lebih serius daripada hasil pengumpulan keterangan medis saya secara <i>online</i>
10	Saya mulai panik ketika saya membaca secara <i>online</i> bahwa gejala yang saya punyai merupakan suatu kondisi yang langka/serius
11	Ketika mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan, saya mengunjungi forum-forum di mana orang yang didiagnosis atau orang yang berkepentingan mendiskusikan kondisi medis, gejala dan pengalaman mereka
12	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan, mengganggu pekerjaan saya (misalnya menulis email, mengerjakan dokumen atau <i>spreadsheet</i>)
13	Saya membaca halaman web yang berbeda tentang kondisi yang sama yang saya rasakan
14	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan mengganggu aktifitas sosial saya di luar <i>internet</i> (mengurangi waktu bertemu langsung dengan teman/keluarga)
15	Saya mendiskusikan temuan medis <i>online</i> saya dengan dokter umum / tenaga kesehatan saya
16	Saya menyarankan kepada dokter umum / tenaga medis saya bahwa saya mungkin memerlukan prosedur diagnostik yang saya baca secara <i>online</i> (misalnya biopsi / tes darah khusus)

17	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan mengalihkan perhatian saya dari membaca berita / artikel olahraga / hiburan secara <i>online</i>
18	Saya membaca halaman-halaman web yang sama tentang kondisi yang saya rasakan lebih dari satu kali
19	Ketika saya mencari gejala secara <i>online</i> , saya merasa peringkat hasil pencarian web mencerminkan seberapa umum penyakit itu, dengan kondisi medis yang lebih mungkin akan terlihat berada lebih tinggi di halaman hasil?
20	Saya pikir saya baik-baik saja sampai saya membaca secara <i>online</i> tentang kondisi serius
21	Saya mengunjungi sumber yang dapat dipercaya (misalnya NHS.co.uk) ketika mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan
22	Saya merasa lebih cemas atau tertekan setelah mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan
23	Saya kehilangan nafsu makan setelah mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan, karena perut saya terasa sakit
24	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan mengganggu atau memperlambat komunikasi <i>online</i> saya (misalnya Pesan Instan, Skype)
25	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan mengganggu aktivitas kerja offline saya
26	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan membawa saya berkonsultasi dengan spesialis medis lainnya (misalnya dokter spesialis/ konsultan)
27	Membahas informasi <i>online</i> terkait kondisi medis yang saya rasakan dengan dokter umum dapat membuat saya yakin
28	Saya mempercayai diagnosis dokter umum / tenaga medis saya dari pada hasil diagnosis sendiri secara <i>online</i>
29	Saya merasa sulit berhenti mengkhawatirkan gejala atau kondisi medis yang saya rasakan yang telah saya kumpulkan keterangannya secara <i>online</i>
30	Saat mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan, saya mengunjungi situs web dan forum-forum untuk umum yang dapat dipercaya
31	Saya mengalami kesulitan untuk tidur setelah mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan, karena temuan tersebut membebani pikiran saya
32	Saya mendapati diri saya berpikir: "Saya tidak akan pergi ke dokter jika saya tidak membaca tentang gejala/kondisi itu secara <i>online</i> "
33	Ketika dokter umum / tenaga medis mengatakan bahwa kesimpulan pencarian medis saya secara <i>online</i> ternyata salah, saya berhenti mengkhawatirkannya

B. Cyberchondria Severity Scale – Straightforward-Word

No	Item
1	Jika saya merasakan suatu sensasi yang muncul di tubuh dan tidak dapat dijelaskan, saya akan mencarinya di internet
2	Saya memasukkan gejala-gejala yang sama ke dalam pencarian web lebih dari satu kali kesempatan
3	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan mengganggu waktu yang dapat saya gunakan untuk Facebook / Twitter / jejaring sosial lainnya
4	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan membuat saya berkonsultasi dengan dokter umum saya
5	Saya mengalami kesulitan untuk bersantai setelah mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan
6	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan mengganggu pencarian untuk bidang ilmu yang lain (misalnya, untuk pekerjaan / tugas kuliah /pekerjaan rumah saya)
7	Saya menjadi lebih mudah marah atau kesal setelah mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan
8	mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan menyebabkan terganggunya kegiatan santai <i>online</i> saya (misalnya, <i>streaming film</i>)
9	Saya lebih memilih hasil pencarian <i>online</i> saya daripada pendapat dokter
10	Saya mulai panik ketika saya membaca secara <i>online</i> bahwa gejala yang saya punyai merupakan suatu kondisi yang langka/serius
11	Ketika mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan, saya mengunjungi forum-forum di mana orang yang didiagnosis atau orang yang berkepentingan mendiskusikan kondisi medis, gejala dan pengalaman mereka
12	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan, mengganggu pekerjaan saya (misalnya menulis email, mengerjakan dokumen atau <i>spreadsheet</i>)
13	Saya membaca halaman web yang berbeda tentang kondisi yang sama yang saya rasakan
14	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan mengganggu aktifitas sosial saya di luar <i>internet</i> (mengurangi waktu bertemu langsung dengan teman/keluarga)
15	Saya mendiskusikan temuan medis <i>online</i> saya dengan dokter umum / tenaga kesehatan saya
16	Saya menyarankan kepada dokter umum / tenaga medis saya bahwa saya mungkin memerlukan prosedur diagnostik yang saya baca secara <i>online</i> (misalnya biopsi / tes darah khusus)
17	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan mengalihkan perhatian saya dari membaca berita / artikel olahraga / hiburan secara <i>online</i>
18	Saya membaca halaman-halaman web yang sama tentang kondisi yang saya rasakan lebih dari satu kali

19	Ketika saya mencari gejala secara <i>online</i> , saya merasa peringkat hasil pencarian web mencerminkan seberapa umum penyakit itu, dengan kondisi medis yang lebih mungkin akan terlihat berada lebih tinggi di halaman hasil?
20	Saya pikir saya baik-baik saja sampai saya membaca secara <i>online</i> tentang kondisi serius
21	Saya mengunjungi sumber yang dapat dipercaya (misalnya NHS.co.uk) ketika mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan
22	Saya merasa lebih cemas atau tertekan setelah mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan
23	Saya kehilangan nafsu makan setelah mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan, karena perut saya terasa sakit
24	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan mengganggu atau memperlambat komunikasi <i>online</i> saya (misalnya Pesan Instan, Skype)
25	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan mengganggu aktivitas kerja offline saya
26	Mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan membawa saya berkonsultasi dengan spesialis medis lainnya (misalnya dokter spesialis/ konsultan)
27	Membahas informasi <i>online</i> terkait kondisi medis yang saya rasakan dengan dokter umum dapat membuat saya yakin
28	Saya lebih mempercayai diagnosis sendiri yang saya dapatkan secara <i>online</i> daripada diagnosis dokter
29	Saya merasa sulit berhenti mengkhawatirkan gejala atau kondisi medis yang saya rasakan yang telah saya kumpulkan keterangannya secara <i>online</i>
30	Saat mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan, saya mengunjungi situs web dan forum-forum untuk umum yang dapat dipercaya
31	Saya mengalami kesulitan untuk tidur setelah mengumpulkan keterangan secara <i>online</i> tentang gejala atau kondisi medis yang saya rasakan, karena temuan tersebut membebani pikiran saya
32	Saya mendapati diri saya berpikir: "Saya tidak akan pergi ke dokter jika saya tidak membaca tentang gejala/kondisi itu secara <i>online</i> "
33	Saya tetap mengkhawatirkan kondisi saya ketika dokter menolak hasil pencarian medis saya secara <i>online</i>

2. CSS-SW First Order

Confirmatory Factor Analysis ▼

Model fit ▼

Chi-square test

Model	X ²	df	p
Baseline model	91350.010	528	
Factor model	2306.759	485	< .001

Additional fit measures ▼

Fit indices ▼

Index	Value
Comparative Fit Index (CFI)	0.980
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.978
Bentler-Bonett Non-normed Fit Index (NNFI)	0.978
Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI)	0.975
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.895
Bollen's Relative Fit Index (RFI)	0.973
Bollen's Incremental Fit Index (IFI)	0.980
Relative Noncentrality Index (RNI)	0.980

Information criteria

	Value
Log-likelihood	
Number of free parameters	175.000
Akaike (AIC)	
Bayesian (BIC)	
Sample-size adjusted Bayesian (SSABIC)	

Other fit measures

Metric	Value
Root mean square error of approximation (RMSEA)	0.080
RMSEA 90% CI lower bound	0.077
RMSEA 90% CI upper bound	0.083
RMSEA p-value	5.052×10^{-14}
Standardized root mean square residual (SRMR)	0.074
Hoelter's critical N ($\alpha = .05$)	137.271
Hoelter's critical N ($\alpha = .01$)	143.114
Goodness of fit index (GFI)	0.980
McDonald fit index (MFI)	0.211
Expected cross validation index (ECVI)	

Factor loadings ▼

Factor	Indicator	Symbol	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
							Lower	Upper	
Compulsion	Comp1	λ11	0.755	0.010	77.046	< .001	0.735	0.774	0.755
	Comp2	λ12	0.682	0.011	62.696	< .001	0.661	0.703	0.682
	Comp3	λ13	0.886	0.009	101.650	< .001	0.869	0.903	0.886
	Comp4	λ14	0.763	0.010	78.360	< .001	0.744	0.783	0.763
	Comp5	λ15	0.887	0.009	99.331	< .001	0.870	0.905	0.887
	Comp6	λ16	0.816	0.009	86.437	< .001	0.797	0.834	0.816
	Comp7	λ17	0.816	0.009	90.477	< .001	0.798	0.834	0.816
	Comp8	λ18	0.766	0.010	78.215	< .001	0.747	0.786	0.766
Distress	Dstr1	λ21	0.783	0.009	82.895	< .001	0.764	0.801	0.783
	Dstr2	λ22	0.819	0.009	91.755	< .001	0.802	0.837	0.819
	Dstr3	λ23	0.779	0.009	84.414	< .001	0.761	0.797	0.779
	Dstr4	λ24	0.836	0.009	93.544	< .001	0.818	0.853	0.836
	Dstr5	λ25	0.687	0.010	67.354	< .001	0.667	0.707	0.687
	Dstr6	λ26	0.631	0.010	62.041	< .001	0.611	0.651	0.631
	Dstr7	λ27	0.766	0.010	75.346	< .001	0.746	0.786	0.766
	Dstr8	λ28	0.826	0.010	86.538	< .001	0.807	0.844	0.826
Excessiveness	Excs1	λ31	0.635	0.012	54.649	< .001	0.612	0.658	0.635
	Excs2	λ32	0.807	0.011	73.106	< .001	0.785	0.828	0.807
	Excs3	λ33	0.729	0.012	62.455	< .001	0.706	0.752	0.729
	Excs4	λ34	0.745	0.011	67.664	< .001	0.724	0.767	0.745
	Excs5	λ35	0.730	0.011	65.697	< .001	0.708	0.752	0.730
	Excs6	λ36	0.702	0.012	59.844	< .001	0.679	0.725	0.702
	Excs7	λ37	0.647	0.012	53.690	< .001	0.624	0.671	0.647
	Excs8	λ38	0.530	0.012	43.899	< .001	0.506	0.554	0.530
Reassurance	Resr1	λ41	0.723	0.013	56.959	< .001	0.698	0.747	0.723
	Resr2	λ42	0.523	0.014	36.320	< .001	0.494	0.551	0.523
	Resr3	λ43	0.768	0.013	58.910	< .001	0.742	0.793	0.768
	Resr4	λ44	0.801	0.013	60.681	< .001	0.775	0.827	0.801
	Resr5	λ45	0.697	0.015	45.700	< .001	0.667	0.727	0.697
	Resr6	λ46	0.808	0.015	55.612	< .001	0.780	0.837	0.808
Mistrust	Mstr1	λ51	0.601	0.018	33.125	< .001	0.565	0.636	0.601
	Mstr2	λ52	0.641	0.018	34.848	< .001	0.605	0.677	0.641
	Mstr3	λ53	0.844	0.023	37.091	< .001	0.800	0.889	0.844

Factor variances

Factor	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
					Lower	Upper	
Compulsion	1.000	0.000			1.000	1.000	1.000
Distress	1.000	0.000			1.000	1.000	1.000
Excessiveness	1.000	0.000			1.000	1.000	1.000
Reassurance	1.000	0.000			1.000	1.000	1.000
Mistrust	1.000	0.000			1.000	1.000	1.000

Factor Covariances

		Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
						Lower	Upper	
Compulsion	↔ Distress	0.836	0.008	102.782	< .001	0.820	0.852	0.836
Compulsion	↔ Excessiveness	0.619	0.010	64.317	< .001	0.600	0.638	0.619
Compulsion	↔ Reassurance	0.525	0.011	47.832	< .001	0.503	0.546	0.525
Compulsion	↔ Mistrust	0.724	0.022	33.266	< .001	0.682	0.767	0.724
Distress	↔ Excessiveness	0.750	0.010	76.692	< .001	0.731	0.769	0.750
Distress	↔ Reassurance	0.526	0.011	47.226	< .001	0.504	0.548	0.526
Distress	↔ Mistrust	0.696	0.022	32.141	< .001	0.654	0.738	0.696
Excessiveness	↔ Reassurance	0.643	0.013	50.195	< .001	0.618	0.668	0.643
Excessiveness	↔ Mistrust	0.519	0.022	24.085	< .001	0.477	0.562	0.519
Reassurance	↔ Mistrust	0.571	0.023	24.599	< .001	0.526	0.617	0.571

3. CSS-SW Second-Order

Confirmatory Factor Analysis ▼

Model fit ▼

Chi-square test

Model	X ²	df	p
Baseline model	91350.010	528	
Factor model	2652.466	490	< .001

Additional fit measures ▼

Fit indices

Index	Value
Comparative Fit Index (CFI)	0.976
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.974
Bentler-Bonett Non-normed Fit Index (NNFI)	0.974
Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI)	0.971
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.901
Bollen's Relative Fit Index (RFI)	0.969
Bollen's Incremental Fit Index (IFI)	0.976
Relative Noncentrality Index (RNI)	0.976

Information criteria ▼

	Value
Log-likelihood	
Number of free parameters	170.000
Akaike (AIC)	
Bayesian (BIC)	
Sample-size adjusted Bayesian (SSABIC)	

Other fit measures

Metric	Value
Root mean square error of approximation (RMSEA)	0.087
RMSEA 90% CI lower bound	0.084
RMSEA 90% CI upper bound	0.090
RMSEA p-value	0.000
Standardized root mean square residual (SRMR)	0.080
Hoelter's critical N ($\alpha = .05$)	120.671
Hoelter's critical N ($\alpha = .01$)	125.777
Goodness of fit index (GFI)	0.977
McDonald fit index (MFI)	0.158
Expected cross validation index (ECVI)	

Factor loadings

Factor	Indicator	Symbol	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
							Lower	Upper	
Compulsion	Comp1	λ11	0.385	0.011	35.046	< .001	0.363	0.406	0.754
	Comp2	λ12	0.348	0.011	32.666	< .001	0.327	0.369	0.682
	Comp3	λ13	0.452	0.012	37.223	< .001	0.428	0.476	0.886
	Comp4	λ14	0.389	0.011	35.141	< .001	0.368	0.411	0.763
	Comp5	λ15	0.453	0.012	37.044	< .001	0.429	0.477	0.888
	Comp6	λ16	0.416	0.011	36.229	< .001	0.394	0.439	0.816
	Comp7	λ17	0.416	0.011	36.756	< .001	0.394	0.438	0.816
	Comp8	λ18	0.391	0.011	35.095	< .001	0.369	0.413	0.766
Distress	Dstr1	λ21	0.262	0.018	14.297	< .001	0.226	0.298	0.783
	Dstr2	λ22	0.274	0.019	14.373	< .001	0.237	0.311	0.819
	Dstr3	λ23	0.260	0.018	14.341	< .001	0.225	0.296	0.779
	Dstr4	λ24	0.280	0.019	14.409	< .001	0.242	0.318	0.836
	Dstr5	λ25	0.229	0.016	14.197	< .001	0.198	0.261	0.685
	Dstr6	λ26	0.211	0.015	14.064	< .001	0.182	0.240	0.631
	Dstr7	λ27	0.256	0.018	14.166	< .001	0.221	0.292	0.767
Excessiveness	Dstr8	λ28	0.276	0.019	14.301	< .001	0.239	0.314	0.827
	Excs1	λ31	0.394	0.010	37.859	< .001	0.373	0.414	0.634
	Excs2	λ32	0.502	0.012	41.937	< .001	0.479	0.526	0.809
	Excs3	λ33	0.452	0.011	40.036	< .001	0.430	0.475	0.729
	Excs4	λ34	0.463	0.011	41.049	< .001	0.441	0.485	0.746
	Excs5	λ35	0.454	0.011	40.678	< .001	0.432	0.475	0.730
	Excs6	λ36	0.435	0.011	38.587	< .001	0.413	0.458	0.701
	Excs7	λ37	0.403	0.011	37.662	< .001	0.382	0.424	0.648
Reassurance	Excs8	λ38	0.326	0.010	33.019	< .001	0.306	0.345	0.525
	Resr1	λ41	0.551	0.012	46.995	< .001	0.528	0.574	0.721
	Resr2	λ42	0.395	0.012	31.950	< .001	0.371	0.419	0.517
	Resr3	λ43	0.586	0.012	47.191	< .001	0.561	0.610	0.767
	Resr4	λ44	0.613	0.013	47.586	< .001	0.587	0.638	0.802
	Resr5	λ45	0.537	0.014	37.864	< .001	0.509	0.564	0.702
Mistrust	Resr6	λ46	0.617	0.014	44.608	< .001	0.590	0.644	0.808
	Mstr1	λ51	0.380	0.024	16.011	< .001	0.333	0.426	0.602
	Mstr2	λ52	0.403	0.025	16.406	< .001	0.355	0.451	0.638
	Mstr3	λ53	0.533	0.034	15.825	< .001	0.467	0.600	0.846

Second-order factor loadings

Factor	Indicator	Symbol	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
							Lower	Upper	
SecondOrder	Compulsion	γ11	1.686	0.054	31.443	< .001	1.581	1.791	0.860
	Distress	γ12	2.818	0.212	13.324	< .001	2.404	3.233	0.942
	Excessiveness	γ13	1.262	0.033	38.194	< .001	1.197	1.327	0.784
	Reassurance	γ14	0.845	0.019	44.441	< .001	0.808	0.882	0.645
	Mistrust	γ15	1.230	0.080	15.320	< .001	1.073	1.387	0.776

Factor variances

Factor	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
					Lower	Upper	
Compulsion	1.000	0.000			1.000	1.000	0.260
Distress	1.000	0.000			1.000	1.000	0.112
Excessiveness	1.000	0.000			1.000	1.000	0.386
Reassurance	1.000	0.000			1.000	1.000	0.583
Mistrust	1.000	0.000			1.000	1.000	0.398
Second-Order	1.000	0.000			1.000	1.000	1.000

4. CSS-SW and Each Factor Reliability

CSS-SW Reliability ▼

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω	Cronbach's α	Average interitem correlation	mean	sd
Point estimate	0.943	0.944	0.337	81.334	22.564
95% CI lower bound	0.936	0.937	0.305	79.508	21.342
95% CI upper bound	0.949	0.950	0.367	83.161	23.936

Frequentist Individual Item Reliability Statistics ▼

Item	If item dropped		Item-rest correlation	mean	sd
	McDonald's ω	Cronbach's α			
Comp1	0.941	0.942	0.600	2.116	1.106
Comp2	0.941	0.942	0.570	2.655	1.191
Comp3	0.940	0.941	0.689	2.090	1.165
Comp4	0.941	0.941	0.619	2.230	1.153
Comp5	0.940	0.941	0.693	1.933	1.097
Comp6	0.940	0.941	0.640	2.051	1.137
Comp7	0.941	0.941	0.624	2.082	1.177
Comp8	0.940	0.941	0.625	2.357	1.204
Dstr1	0.940	0.941	0.675	2.491	1.130
Dstr2	0.940	0.941	0.689	2.498	1.155
Dstr3	0.941	0.941	0.624	2.280	1.131
Dstr4	0.939	0.941	0.711	2.662	1.183
Dstr5	0.941	0.942	0.567	2.985	1.183
Dstr6	0.941	0.942	0.544	2.949	1.119
Dstr7	0.941	0.941	0.626	2.041	1.076
Dstr8	0.940	0.941	0.664	2.039	1.128
Excs1	0.942	0.943	0.488	3.316	1.116
Excs2	0.940	0.941	0.649	2.951	1.076
Excs3	0.941	0.942	0.543	3.336	1.048
Excs4	0.941	0.942	0.592	2.783	1.086
Excs5	0.941	0.942	0.576	3.009	1.207
Excs6	0.941	0.942	0.566	2.459	1.197
Excs7	0.942	0.943	0.464	3.519	0.998
Excs8	0.943	0.943	0.413	2.596	1.241
Mstr1	0.942	0.944	0.385	1.947	1.081
Mstr2	0.942	0.943	0.404	1.722	0.982
Mstr3	0.941	0.942	0.577	2.014	1.141
Resr1	0.943	0.943	0.421	2.398	1.281
Resr2	0.944	0.944	0.345	3.067	1.323
Resr3	0.942	0.943	0.485	2.360	1.193
Resr4	0.942	0.942	0.522	2.323	1.232
Resr5	0.942	0.943	0.488	2.247	1.216
Resr6	0.942	0.943	0.511	1.829	1.076

Compulsion Reliability ▼

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω	Cronbach's α	Average interitem correlation	mean	sd
Point estimate	0.905	0.905	0.543	17.515	7.144
95% CI lower bound	0.893	0.892	0.505	16.937	6.757
95% CI upper bound	0.916	0.916	0.578	18.094	7.578

Frequentist Individual Item Reliability Statistics ▼

Item	If item dropped		Item-rest correlation	mean	sd
	McDonald's ω	Cronbach's α			
Comp1	0.895	0.895	0.671	2.116	1.106
Comp2	0.907	0.907	0.533	2.655	1.191
Comp3	0.886	0.886	0.768	2.090	1.165
Comp4	0.894	0.894	0.678	2.230	1.153
Comp5	0.888	0.887	0.759	1.933	1.097
Comp6	0.887	0.888	0.750	2.051	1.137
Comp7	0.888	0.889	0.738	2.082	1.177
Comp8	0.895	0.894	0.677	2.357	1.204

Distress Reliability

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω	Cronbach's α	Average interitem correlation	mean	sd
Point estimate	0.894	0.891	0.506	19.945	6.870
95% CI lower bound	0.881	0.877	0.469	19.389	6.498
95% CI upper bound	0.907	0.904	0.547	20.502	7.287

Frequentist Individual Item Reliability Statistics

Item	If item dropped		Item-rest correlation	mean	sd
	McDonald's ω	Cronbach's α			
Dstr1	0.878	0.874	0.701	2.491	1.130
Dstr2	0.873	0.870	0.751	2.498	1.155
Dstr3	0.879	0.875	0.692	2.280	1.131
Dstr4	0.869	0.867	0.774	2.662	1.183
Dstr5	0.886	0.882	0.619	2.985	1.183
Dstr6	0.895	0.894	0.499	2.949	1.119
Dstr7	0.885	0.882	0.624	2.041	1.076
Dstr8	0.880	0.876	0.685	2.039	1.128

Mistrust Reliability

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω	Cronbach's α	Average interitem correlation	mean	sd
Point estimate	0.659	0.651	0.383	5.683	2.451
95% CI lower bound	0.614	0.598	0.322	5.484	2.318
95% CI upper bound	0.704	0.697	0.443	5.881	2.600

Frequentist Individual Item Reliability Statistics

Item	If item dropped		Item-rest correlation	mean	sd
	McDonald's ω	Cronbach's α			
Mstr1	NaN	0.578	0.432	1.947	1.081
Mstr2	NaN	0.405	0.564	1.722	0.982
Mstr3	NaN	0.657	0.378	2.014	1.141

Note. Omega item dropped statistics with CFA failed.

Excessiveness Reliability

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω	Cronbach's α	Average interitem correlation	mean	sd
Point estimate	0.851	0.853	0.420	23.968	6.281
95% CI lower bound	0.833	0.834	0.378	23.459	5.941
95% CI upper bound	0.869	0.870	0.458	24.476	6.663

Frequentist Individual Item Reliability Statistics

Item	If item dropped		Item-rest correlation	mean	sd
	McDonald's ω	Cronbach's α			
Excs1	0.830	0.833	0.610	3.316	1.116
Excs2	0.827	0.828	0.646	2.951	1.076
Excs3	0.832	0.831	0.614	3.336	1.048
Excs4	0.827	0.830	0.638	2.783	1.086
Excs5	0.823	0.827	0.662	3.009	1.207
Excs6	0.841	0.843	0.528	2.459	1.197
Excs7	0.836	0.837	0.569	3.519	0.998
Excs8	0.849	0.850	0.467	2.596	1.241

Reassurance Reliability ▼

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω	Cronbach's α	Average interitem correlation	mean	sd
Point estimate	0.807	0.796	0.394	14.224	5.144
95% CI lower bound	0.783	0.769	0.357	13.807	4.866
95% CI upper bound	0.831	0.820	0.430	14.640	5.457

Frequentist Individual Item Reliability Statistics ▼

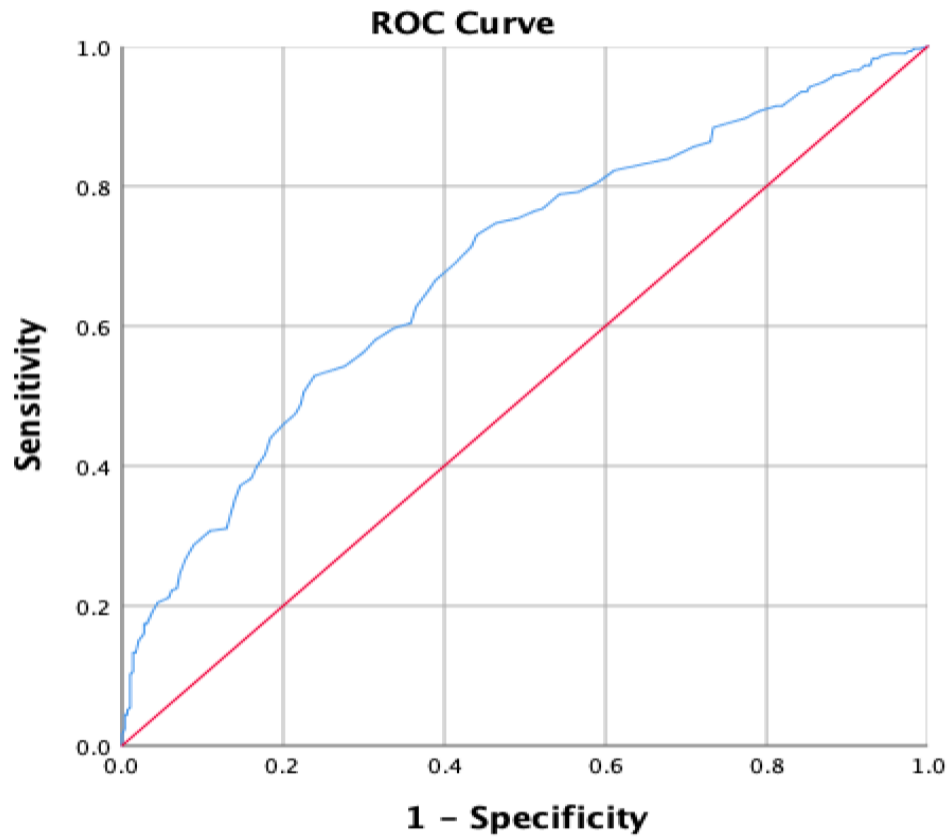
Item	If item dropped		Item-rest correlation	mean	sd
	McDonald's ω	Cronbach's α			
Resr1	0.740	0.729	0.691	2.398	1.281
Resr2	0.803	0.786	0.458	3.067	1.323
Resr3	0.756	0.744	0.635	2.360	1.193
Resr4	0.750	0.734	0.675	2.323	1.232
Resr5	0.832	0.828	0.254	2.247	1.216
Resr6	0.770	0.749	0.610	1.829	1.076

5. CSS-SW Convergent Validity

		CSS-SW	Comp	Dstr	Resr	Excs	Mstr	GAD-7	SHAI	MS	NC
CSS-SW	Pearson Correlation	1	0.856**	0.884**	0.714**	0.815**	0.647**	0.419**	0.563**	0.565**	0.345**
	Sig. (2-tailed)		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
Comp	Pearson Correlation	0.856**	1	0.742**	0.455**	0.527**	0.579**	0.392**	0.488**	0.482**	0.318**
	Sig. (2-tailed)	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
Dstr	Pearson Correlation	0.884**	0.742**	1	0.464**	0.649**	0.540**	0.505**	0.599**	0.591**	0.393**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
Resr	Pearson Correlation	0.714**	0.455**	0.464**	1	0.573**	0.377**	0.168**	0.303**	0.324**	0.130**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.002
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
Excs	Pearson Correlation	0.815**	0.527**	0.649**	0.573**	1	0.378**	0.289**	0.444**	0.462**	0.225**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
Mstr	Pearson Correlation	0.647**	0.579**	0.540**	0.377**	0.378**	1	0.204**	0.313**	0.276**	0.297**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
GAD-7	Pearson Correlation	0.419**	0.392**	0.505**	0.168**	0.289**	0.204**	1	0.555**	0.562**	0.325**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
SHAI	Pearson Correlation	0.563**	0.488**	0.599**	0.303**	0.444**	0.313**	0.555**	1	0.967**	0.712**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
MS	Pearson Correlation	0.565**	0.482**	0.591**	0.324**	0.462**	0.276**	0.562**	0.967**	1	0.508**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
NC	Pearson Correlation	0.345**	0.318**	0.393**	0.130**	0.225**	0.297**	0.325**	0.712**	0.508**	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.002	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

6. Receiver Operating Curve (ROC)



Diagonal segments are produced by ties.

Area Under the Curve

Test Result Variable(s): CSS-SW

Area	Std. Error ^a	Asymptotic Sig. ^b	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
0.685	0.022	0.000	0.643	0.728

The test result variable(s): CSS-SW has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

a. Under the nonparametric assumption

b. Null hypothesis: true area = 0.5

Coordinates of the Curve

Test Result Variable(s): CSS-SW

Positive if Greater Than or Equal To ^a	Sensitivity	1 - Specificity
32.0000	1.000	1.000
33.5000	0.997	0.990
34.5000	0.997	0.986
35.5000	0.997	0.983
36.5000	0.993	0.980
37.5000	0.993	0.976
38.5000	0.990	0.973
39.5000	0.990	0.962
40.5000	0.990	0.956
41.5000	0.986	0.942
42.5000	0.983	0.939
43.5000	0.983	0.932
44.5000	0.973	0.928
45.5000	0.973	0.922
46.5000	0.966	0.915
47.5000	0.966	0.908
48.5000	0.962	0.898
49.5000	0.959	0.891
50.5000	0.959	0.884
51.5000	0.956	0.881
52.5000	0.949	0.870
53.5000	0.942	0.853
54.5000	0.935	0.850
55.5000	0.935	0.843
56.5000	0.915	0.819
57.5000	0.915	0.812
58.5000	0.908	0.792
59.5000	0.904	0.785
60.5000	0.898	0.775
61.5000	0.884	0.734
62.5000	0.863	0.730
63.5000	0.857	0.710
64.5000	0.840	0.679
65.5000	0.836	0.666
66.5000	0.833	0.652
67.5000	0.823	0.611

68.5000	0.805	0.590
69.5000	0.792	0.567
70.5000	0.788	0.543
71.5000	0.768	0.522
72.5000	0.765	0.512
73.5000	0.754	0.491
74.5000	0.747	0.464
75.5000	0.730	0.440
76.5000	0.713	0.433
77.5000	0.689	0.413
78.5000	0.666	0.389
79.5000	0.648	0.379
80.5000	0.628	0.365
81.5000	0.604	0.358
82.5000	0.597	0.338
83.5000	0.580	0.314
84.5000	0.563	0.300
85.5000	0.543	0.276
86.5000	0.529	0.239
87.5000	0.505	0.225
88.5000	0.488	0.222
89.5000	0.474	0.215
90.5000	0.461	0.201
91.5000	0.440	0.184
92.5000	0.416	0.177
93.5000	0.399	0.167
94.5000	0.382	0.160
95.5000	0.372	0.147
96.5000	0.352	0.140
97.5000	0.324	0.133
98.5000	0.311	0.130
99.5000	0.307	0.109
100.5000	0.287	0.089
101.5000	0.266	0.078
102.5000	0.246	0.072
103.5000	0.225	0.068
104.5000	0.222	0.061
105.5000	0.212	0.058
106.5000	0.205	0.044
107.5000	0.191	0.038
108.5000	0.174	0.031

109.5000	0.174	0.027
110.5000	0.160	0.027
111.5000	0.150	0.020
112.5000	0.133	0.017
113.5000	0.133	0.014
114.5000	0.123	0.014
115.5000	0.119	0.014
116.5000	0.106	0.014
117.5000	0.102	0.010
118.5000	0.096	0.010
119.5000	0.089	0.010
120.5000	0.078	0.010
121.5000	0.075	0.010
122.5000	0.072	0.010
124.0000	0.061	0.010
125.5000	0.058	0.010
127.0000	0.055	0.010
128.5000	0.051	0.007
130.0000	0.048	0.007
131.5000	0.044	0.007
132.5000	0.044	0.003
133.5000	0.038	0.003
135.5000	0.034	0.003
137.5000	0.031	0.003
139.5000	0.027	0.003
141.5000	0.024	0.003
142.5000	0.017	0.000
146.0000	0.014	0.000
153.0000	0.010	0.000
157.5000	0.007	0.000
161.0000	0.003	0.000
165.0000	0.000	0.000

7. CSS-O First Order

Confirmatory Factor Analysis

Model fit

Chi-square test

Model	χ^2	df	p
Baseline model	88093.315	528	
Factor model	2583.475	485	< .001

Additional fit measures

Fit indices

Index	Value
Comparative Fit Index (CFI)	0.976
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.974
Bentler-Bonett Non-normed Fit Index (NNFI)	0.974
Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI)	0.971
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.892
Bollen's Relative Fit Index (RFI)	0.968
Bollen's Incremental Fit Index (IFI)	0.976
Relative Noncentrality Index (RNI)	0.976

Information criteria

	Value
Log-likelihood	
Number of free parameters	175.000
Akaike (AIC)	
Bayesian (BIC)	
Sample-size adjusted Bayesian (SSABIC)	

Other fit measures

Metric	Value
Root mean square error of approximation (RMSEA)	0.086
RMSEA 90% CI lower bound	0.083
RMSEA 90% CI upper bound	0.089
RMSEA p-value	0.000
Standardized root mean square residual (SRMR)	0.078
Hoelter's critical N ($\alpha = .05$)	122.675
Hoelter's critical N ($\alpha = .01$)	127.892
Goodness of fit index (GFI)	0.977
McDonald fit index (MFI)	0.166
Expected cross validation index (ECVI)	

Parameter estimates ▼

Factor loadings

Factor	Indicator	Symbol	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
							Lower	Upper	
Compulsion	Comp1	λ11	0.756	0.010	75.444	< .001	0.737	0.776	0.756
	Comp2	λ12	0.680	0.011	60.949	< .001	0.658	0.702	0.680
	Comp3	λ13	0.887	0.009	99.637	< .001	0.870	0.905	0.887
	Comp4	λ14	0.760	0.010	76.144	< .001	0.740	0.779	0.760
	Comp5	λ15	0.888	0.009	97.296	< .001	0.870	0.906	0.888
	Comp6	λ16	0.817	0.010	84.732	< .001	0.798	0.836	0.817
	Comp7	λ17	0.816	0.009	88.533	< .001	0.798	0.834	0.816
	Comp8	λ18	0.765	0.010	76.360	< .001	0.746	0.785	0.765
Distress	Dstr1	λ21	0.787	0.010	81.953	< .001	0.768	0.806	0.787
	Dstr2	λ22	0.817	0.009	89.981	< .001	0.799	0.835	0.817
	Dstr3	λ23	0.772	0.009	82.128	< .001	0.753	0.790	0.772
	Dstr4	λ24	0.840	0.009	92.567	< .001	0.823	0.858	0.840
	Dstr5	λ25	0.697	0.010	67.191	< .001	0.676	0.717	0.697
	Dstr6	λ26	0.638	0.010	61.753	< .001	0.618	0.659	0.638
	Dstr7	λ27	0.758	0.010	73.183	< .001	0.737	0.778	0.758
	Dstr8	λ28	0.820	0.010	84.389	< .001	0.801	0.839	0.820
Excessiveness	Excs1	λ31	0.648	0.012	55.922	< .001	0.625	0.671	0.648
	Excs2	λ32	0.794	0.011	72.340	< .001	0.773	0.816	0.794
	Excs3	λ33	0.724	0.012	62.360	< .001	0.702	0.747	0.724
	Excs4	λ34	0.748	0.011	68.021	< .001	0.726	0.769	0.748
	Excs5	λ35	0.733	0.011	66.148	< .001	0.711	0.755	0.733
	Excs6	λ36	0.695	0.012	59.376	< .001	0.672	0.718	0.695
	Excs7	λ37	0.649	0.012	54.008	< .001	0.625	0.673	0.649
	Excs8	λ38	0.544	0.012	45.095	< .001	0.520	0.567	0.544
Reassurance	Resr1	λ41	0.728	0.013	57.287	< .001	0.703	0.753	0.728
	Resr2	λ42	0.614	0.014	42.856	< .001	0.586	0.642	0.614
	Resr3	λ43	0.777	0.013	59.683	< .001	0.752	0.803	0.777
	Resr4	λ44	0.807	0.013	61.217	< .001	0.781	0.832	0.807
	Resr5	λ45	0.650	0.015	42.826	< .001	0.620	0.679	0.650
	Resr6	λ46	0.764	0.015	52.687	< .001	0.736	0.793	0.764
Mistrust	Mistrust1	λ51	0.807	0.021	38.030	< .001	0.765	0.848	0.807
	Mistrust2	λ52	0.782	0.020	39.093	< .001	0.743	0.822	0.782
	Mistrust3	λ53	0.704	0.020	35.099	< .001	0.665	0.743	0.704

Factor variances ▼

Factor	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
					Lower	Upper	
Compulsion	1.000	0.000			1.000	1.000	1.000
Distress	1.000	0.000			1.000	1.000	1.000
Excessiveness	1.000	0.000			1.000	1.000	1.000
Reassurance	1.000	0.000			1.000	1.000	1.000
Mistrust	1.000	0.000			1.000	1.000	1.000

Factor Covariances

			Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
							Lower	Upper	
Compulsion	↔	Distress	0.837	0.008	102.720	< .001	0.821	0.852	0.837
Compulsion	↔	Excessiveness	0.618	0.010	64.265	< .001	0.599	0.637	0.618
Compulsion	↔	Reassurance	0.520	0.011	47.404	< .001	0.498	0.541	0.520
Compulsion	↔	Mistrust	-0.116	0.015	-7.734	< .001	-0.145	-0.087	-0.116
Distress	↔	Excessiveness	0.750	0.010	76.743	< .001	0.731	0.769	0.750
Distress	↔	Reassurance	0.523	0.011	47.036	< .001	0.502	0.545	0.523
Distress	↔	Mistrust	-0.265	0.015	-17.598	< .001	-0.294	-0.235	-0.265
Excessiveness	↔	Reassurance	0.643	0.013	50.409	< .001	0.618	0.668	0.643
Excessiveness	↔	Mistrust	-0.478	0.017	-28.771	< .001	-0.510	-0.445	-0.478
Reassurance	↔	Mistrust	-0.546	0.019	-28.545	< .001	-0.584	-0.509	-0.546

8. CSS-O Second-Order

Confirmatory Factor Analysis

Model fit

Chi-square test

Model	χ^2	df	p
Baseline model	88093.315	528	
Factor model	3523.973	490	< .001

Additional fit measures

Fit indices

Index	Value
Comparative Fit Index (CFI)	0.965
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.963
Bentler-Bonett Non-normed Fit Index (NNFI)	0.963
Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI)	0.960
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.891
Bollen's Relative Fit Index (RFI)	0.957
Bollen's Incremental Fit Index (IFI)	0.965
Relative Noncentrality Index (RNI)	0.965

Information criteria

	Value
Log-likelihood	
Number of free parameters	170.000
Akaike (AIC)	
Bayesian (BIC)	
Sample-size adjusted Bayesian (SSABIC)	

Other fit measures

Metric	Value
Root mean square error of approximation (RMSEA)	0.103
RMSEA 90% CI lower bound	0.100
RMSEA 90% CI upper bound	0.106
RMSEA p-value	0.000
Standardized root mean square residual (SRMR)	0.092
Hoelter's critical N ($\alpha = .05$)	91.075
Hoelter's critical N ($\alpha = .01$)	94.918
Goodness of fit index (GFI)	0.968
McDonald fit index (MFI)	0.075
Expected cross validation index (ECVI)	

Parameter estimates ▼

Factor loadings ▼

Factor	Indicator	Symbol	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
							Lower	Upper	
Compulsion	Comp1	λ11	0.420	0.011	39.814	< .001	0.399	0.441	0.756
	Comp2	λ12	0.377	0.010	36.316	< .001	0.356	0.397	0.678
	Comp3	λ13	0.494	0.011	43.109	< .001	0.471	0.516	0.889
	Comp4	λ14	0.422	0.011	39.913	< .001	0.401	0.443	0.760
	Comp5	λ15	0.494	0.012	42.842	< .001	0.472	0.517	0.890
	Comp6	λ16	0.454	0.011	41.532	< .001	0.432	0.475	0.817
	Comp7	λ17	0.453	0.011	42.297	< .001	0.432	0.474	0.815
	Comp8	λ18	0.424	0.011	39.852	< .001	0.404	0.445	0.764
Distress	Dstr1	λ21	0.259	0.020	13.220	< .001	0.220	0.297	0.787
	Dstr2	λ22	0.268	0.020	13.286	< .001	0.229	0.308	0.817
	Dstr3	λ23	0.253	0.019	13.261	< .001	0.216	0.290	0.770
	Dstr4	λ24	0.276	0.021	13.314	< .001	0.236	0.317	0.841
	Dstr5	λ25	0.229	0.017	13.141	< .001	0.195	0.263	0.696
	Dstr6	λ26	0.210	0.016	13.025	< .001	0.178	0.242	0.639
	Dstr7	λ27	0.249	0.019	13.109	< .001	0.211	0.286	0.757
	Dstr8	λ28	0.270	0.020	13.227	< .001	0.230	0.310	0.822
Excessiveness	Excs1	λ31	0.379	0.011	34.747	< .001	0.357	0.400	0.647
	Excs2	λ32	0.467	0.013	37.319	< .001	0.442	0.491	0.797
	Excs3	λ33	0.425	0.012	36.094	< .001	0.402	0.448	0.726
	Excs4	λ34	0.437	0.012	36.794	< .001	0.414	0.461	0.747
	Excs5	λ35	0.428	0.012	36.571	< .001	0.405	0.451	0.732
	Excs6	λ36	0.408	0.012	34.860	< .001	0.385	0.430	0.696
	Excs7	λ37	0.381	0.011	34.447	< .001	0.360	0.403	0.651
	Excs8	λ38	0.314	0.010	30.979	< .001	0.294	0.334	0.536
Reassurance	Resr1	λ41	0.546	0.012	46.168	< .001	0.523	0.570	0.725
	Resr2	λ42	0.435	0.013	34.128	< .001	0.410	0.460	0.577
	Resr3	λ43	0.586	0.013	46.460	< .001	0.561	0.611	0.778
	Resr4	λ44	0.608	0.013	46.736	< .001	0.583	0.634	0.807
	Resr5	λ45	0.504	0.014	36.123	< .001	0.477	0.532	0.669
	Resr6	λ46	0.584	0.014	42.752	< .001	0.557	0.611	0.775
Mistrust	Mistrust1	λ51	0.779	0.023	33.653	< .001	0.734	0.825	0.845
	Mistrust2	λ52	0.694	0.020	34.127	< .001	0.654	0.733	0.753
	Mistrust3	λ53	0.641	0.021	30.965	< .001	0.600	0.681	0.695

Second-order factor loadings

Factor	Indicator	Symbol	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
							Lower	Upper	
SecondOrder	Compulsion	γ11	1.497	0.042	35.406	< .001	1.414	1.579	0.831
	Distress	γ12	2.875	0.234	12.306	< .001	2.417	3.333	0.944
	Excessiveness	γ13	1.384	0.041	33.663	< .001	1.304	1.465	0.811
	Reassurance	γ14	0.872	0.020	42.914	< .001	0.833	0.912	0.657
	Mistrust	γ15	-0.421	0.014	-30.829	< .001	-0.448	-0.394	-0.388

Factor variances

Factor	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
					Lower	Upper	
Compulsion	1.000	0.000			1.000	1.000	0.309
Distress	1.000	0.000			1.000	1.000	0.108
Excessiveness	1.000	0.000			1.000	1.000	0.343
Reassurance	1.000	0.000			1.000	1.000	0.568
Mistrust	1.000	0.000			1.000	1.000	0.849
Second-Order	1.000	0.000			1.000	1.000	1.000

9. CSS-O & Each Factor Reliability

CSS-O Reliability

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω	Cronbach's α	Average interitem correlation	mean	sd
Point estimate	0.923	0.922	0.263	2.519	0.611
95% CI lower bound	0.914	0.913	0.239	2.470	0.578
95% CI upper bound	0.932	0.930	0.286	2.569	0.649

Note. The following items correlated negatively with the scale: Mistrust1, Mistrust2, Mistrust3.

Frequentist Individual Item Reliability Statistics

Item	If item dropped		Item-rest correlation	mean	sd
	McDonald's ω	Cronbach's α			
Comp1	0.920	0.918	0.598	2.116	1.106
Comp2	0.920	0.918	0.579	2.655	1.191
Comp3	0.919	0.917	0.693	2.090	1.165
Comp4	0.920	0.918	0.616	2.230	1.153
Comp5	0.919	0.917	0.701	1.933	1.097
Comp6	0.919	0.917	0.651	2.051	1.137
Comp7	0.919	0.918	0.634	2.082	1.177
Comp8	0.919	0.918	0.634	2.357	1.204
Dstr1	0.919	0.917	0.675	2.491	1.130
Dstr2	0.919	0.917	0.689	2.498	1.155
Dstr3	0.919	0.918	0.632	2.280	1.131
Dstr4	0.918	0.917	0.704	2.662	1.183
Dstr5	0.920	0.919	0.552	2.985	1.183
Dstr6	0.921	0.919	0.523	2.949	1.119
Dstr7	0.920	0.918	0.635	2.041	1.076
Dstr8	0.919	0.917	0.667	2.039	1.128
Excs1	0.921	0.920	0.470	3.316	1.116
Excs2	0.919	0.918	0.638	2.951	1.076
Excs3	0.921	0.919	0.534	3.336	1.048
Excs4	0.920	0.918	0.572	2.783	1.086
Excs5	0.920	0.919	0.548	3.009	1.207
Excs6	0.920	0.919	0.560	2.459	1.197
Excs7	0.922	0.920	0.453	3.519	0.998
Excs8	0.923	0.921	0.387	2.596	1.241
Mistrust1	0.930	0.929	-0.284	2.485	1.322
Mistrust2	0.929	0.928	-0.189	2.350	1.273
Mistrust3	0.930	0.928	-0.200	2.647	1.396
Resr1	0.923	0.921	0.397	2.398	1.281
Resr2	0.924	0.922	0.284	3.067	1.323
Resr3	0.922	0.920	0.471	2.360	1.193
Resr4	0.921	0.919	0.497	2.323	1.232
Resr5	0.921	0.920	0.470	2.247	1.216
Resr6	0.921	0.919	0.503	1.829	1.076

Compulsion Reliability

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω	Cronbach's α	Average interitem correlation	mean	sd
Point estimate	0.905	0.905	0.543	2.189	0.893
95% CI lower bound	0.893	0.892	0.505	2.117	0.845
95% CI upper bound	0.916	0.916	0.576	2.262	0.947

Frequentist Individual Item Reliability Statistics

Item	If item dropped		Item-rest correlation	mean	sd
	McDonald's ω	Cronbach's α			
Comp1	0.895	0.895	0.671	2.116	1.106
Comp2	0.907	0.907	0.533	2.655	1.191
Comp3	0.886	0.886	0.768	2.090	1.165
Comp4	0.894	0.894	0.678	2.230	1.153
Comp5	0.888	0.887	0.759	1.933	1.097
Comp6	0.887	0.888	0.750	2.051	1.137
Comp7	0.888	0.889	0.738	2.082	1.177
Comp8	0.895	0.894	0.677	2.357	1.204

Distress Reliability

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω	Cronbach's α	Average interitem correlation	mean	sd
Point estimate	0.894	0.891	0.506	2.493	0.859
95% CI lower bound	0.881	0.877	0.471	2.424	0.812
95% CI upper bound	0.907	0.904	0.542	2.563	0.911

Frequentist Individual Item Reliability Statistics

Item	If item dropped		Item-rest correlation	mean	sd
	McDonald's ω	Cronbach's α			
Dstr1	0.878	0.874	0.701	2.491	1.130
Dstr2	0.873	0.870	0.751	2.498	1.155
Dstr3	0.879	0.875	0.692	2.280	1.131
Dstr4	0.869	0.867	0.774	2.662	1.183
Dstr5	0.886	0.882	0.619	2.985	1.183
Dstr6	0.895	0.894	0.499	2.949	1.119
Dstr7	0.885	0.882	0.624	2.041	1.076
Dstr8	0.880	0.876	0.685	2.039	1.128

Mistrust Reliability

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω	Cronbach's α	Average interitem correlation	mean	sd
Point estimate	0.748	0.748	0.498	2.494	1.084
95% CI lower bound	0.713	0.711	0.441	2.406	1.025
95% CI upper bound	0.783	0.782	0.555	2.582	1.150

Frequentist Individual Item Reliability Statistics

Item	If item dropped		Item-rest correlation	mean	sd
	McDonald's ω	Cronbach's α			
Mistrust1	NaN	0.686	0.553	2.485	1.322
Mistrust2	NaN	0.598	0.631	2.350	1.273
Mistrust3	NaN	0.705	0.539	2.647	1.396

Note. Omega item dropped statistics with CFA failed.

Excessiveness Reliability

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω	Cronbach's α	Average interitem correlation	mean	sd
Point estimate	0.851	0.853	0.420	2.996	0.785
95% CI lower bound	0.833	0.834	0.379	2.932	0.743
95% CI upper bound	0.869	0.870	0.458	3.060	0.833

Frequentist Individual Item Reliability Statistics

Item	If item dropped		Item-rest correlation	mean	sd
	McDonald's ω	Cronbach's α			
Excs1	0.830	0.833	0.610	3.316	1.116
Excs2	0.827	0.828	0.646	2.951	1.076
Excs3	0.832	0.831	0.614	3.336	1.048
Excs4	0.827	0.830	0.638	2.783	1.086
Excs5	0.823	0.827	0.662	3.009	1.207
Excs6	0.841	0.843	0.528	2.459	1.197
Excs7	0.836	0.837	0.569	3.519	0.998
Excs8	0.849	0.850	0.467	2.596	1.241

Reassurance Reliability

Frequentist Scale Reliability Statistics

Estimate	McDonald's ω	Cronbach's α	Average interitem correlation	mean	sd
Point estimate	0.807	0.796	0.394	2.371	0.857
95% CI lower bound	0.783	0.769	0.355	2.301	0.811
95% CI upper bound	0.831	0.820	0.431	2.440	0.910

Frequentist Individual Item Reliability Statistics

Item	If item dropped		Item-rest correlation	mean	sd
	McDonald's ω	Cronbach's α			
Resr1	0.740	0.729	0.691	2.398	1.281
Resr2	0.803	0.786	0.458	3.067	1.323
Resr3	0.756	0.744	0.635	2.360	1.193
Resr4	0.750	0.734	0.675	2.323	1.232
Resr5	0.832	0.828	0.254	2.247	1.216
Resr6	0.770	0.749	0.610	1.829	1.076

10. CSS-O Convergent Validity

		CSS-O	Comp	Dstr	Resr	Excs	Mstr	All GAD-7	SHAI	MS	NC
CSS-O	Pearson Correlation	1	0.867**	0.885**	0.686**	0.799**	-0.198**	0.420**	0.573**	0.576**	0.347**
	Sig. (2-tailed)		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
Comp	Pearson Correlation	0.867**	1	0.742**	0.455**	0.527**	-0.122**	0.392**	0.488**	0.482**	0.318**
	Sig. (2-tailed)	0.000		0.000	0.000	0.000	0.003	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
Dstr	Pearson Correlation	0.885**	0.742**	1	0.464**	0.649**	-0.240**	0.505**	0.599**	0.591**	0.393**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
Resr	Pearson Correlation	0.686**	0.455**	0.464**	1	0.573**	-0.413**	0.168**	0.303**	0.324**	0.130**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.002
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
Excs	Pearson Correlation	0.799**	0.527**	0.649**	0.573**	1	-0.413**	0.289**	0.444**	0.462**	0.225**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
Mstr	Pearson Correlation	-0.198**	-0.122**	-0.240**	-0.413**	-0.413**	1	-0.144**	-0.119**	-0.141**	-0.014
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.003	0.000	0.000	0.000		0.000	0.004	0.001	0.742
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
All GAD-7	Pearson Correlation	0.420**	0.392**	0.505**	0.168**	0.289**	-0.144**	1	0.555**	0.562**	0.325**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
SHAI	Pearson Correlation	0.573**	0.488**	0.599**	0.303**	0.444**	-0.119**	0.555**	1	0.967**	0.712**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.004	0.000		0.000	0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
MS	Pearson Correlation	0.576**	0.482**	0.591**	0.324**	0.462**	-0.141**	0.562**	0.967**	1	0.508**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000		0.000
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586
NC	Pearson Correlation	0.347**	0.318**	0.393**	0.130**	0.225**	-0.014	0.325**	0.712**	0.508**	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.002	0.000	0.742	0.000	0.000	0.000	
	N	586	586	586	586	586	586	586	586	586	586

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

11. Item Modification

Reversed Worded to Straightforward-Word

Mistrust of Medical Professional menunjukkan bahwa dalam kasus-kasus tertentu, individu mungkin mendapati hasil riset online mereka sangat mengecewakan, sehingga mereka gagal mendapatkan kenyamanan atau gagal mendapatkan kepastian dari tenaga medis profesional mereka. Ini mencerminkan konflik dalam diri muncul ketidakpercayaan terhadap tenaga medis profesional apakah akan mempercayai keahlian tenaga medis profesional mereka atas penelitian mereka sendiri (McElroy & Shevlin, 2014).

<i>Item</i>		
CSS-Original* Indonesia	CSS-SW Draft 1	CSS-SW Draft 2
Saya menganggap bahwa pendapat dokter umum / tenaga medis saya lebih serius daripada hasil pengumpulan keterangan medis saya secara <i>online</i>	Saya menganggap bahwa hasil pengumpulan keterangan medis saya secara <i>online</i> lebih serius daripada pendapat dokter umum / tenaga medis saya.	Saya menganggap bahwa hasil pengumpulan kondisi medis saya secara online jauh lebih serius daripada pendapat dokter saya
Saya mempercayai diagnosis dokter umum / tenaga medis saya daripada hasil diagnosis sendiri secara <i>online</i>	Saya mempercayai hasil diagnosis sendiri secara <i>online</i> daripada diagnosis dokter umum / tenaga medis saya	Saya lebih percaya pada diagnosis sendiri yang saya dapatkan secara online daripada diagnosis dokter
Ketika dokter umum / tenaga medis mengatakan bahwa kesimpulan pencarian medis saya secara <i>online</i> ternyata salah, saya berhenti mengkhawatirkannya	Ketika dokter umum / tenaga medis mengatakan bahwa kesimpulan pencarian medis saya secara <i>online</i> ternyata salah, saya tetap saja mengkhawatirkannya.	Saya tetap merasa khawatir meskipun dokter mengatakan hasil pencarian kondisi medis saya secara online salah *Kalau “mekipun”, nanti jadi berbeda

Reverse worde to straightforward worded with experts

English version	Adaptasi Indonesia	Reverse worded by expert	Straightforward word final
I take the opinion of my GP/medical professional more seriously than my online medical research	Saya menganggap bahwa pendapat dokter umum / tenaga medis saya lebih serius daripada hasil pengumpulan keterangan medis saya secara <i>online</i>	Saya lebih memilih pendapat dari dokter daripada hasil pencarian online saya	Saya lebih memilih hasil pencarian online saya daripada pendapat dokter
I trust my GP/medical professional's diagnosis over my online self-diagnosis	Saya mempercayai diagnosis dokter umum / tenaga medis saya daripada hasil diagnosis sendiri secara <i>online</i>	Saya mempercayai diagnosis dokter lebih daripada diagnosis yang saya dapatkan secara online	Saya lebih mempercayai diagnosis sendiri yang saya dapatkan secara online daripada diagnosis dokter
When my GP/medical professional dismisses my online medical research, I stop worrying about it	Ketika dokter umum / tenaga medis mengatakan bahwa kesimpulan pencarian medis saya secara <i>online</i> ternyata salah, saya berhenti mengkhawatirkannya	Ketika dokter saya menolak hasil pencarian medis yang saya lakukan secara online, saya berhenti mengkhawatirkannya	Saya tetap mengkhawatirkan kondisi saya ketika dokter menolak hasil pencarian medis saya secara online

Critics, Suggestions, & Final Descission

Adaptasi CSS Asli	Kritik terjemahan	Saran	Final Discission
<p>Saya menganggap bahwa pendapat dokter umum/tenaga medis saya lebih serius daripada hasil pengumpulan keterangan medis saya secara <i>online</i></p>	1. Kalimat “lebih serius” membuat interpretasi yang beragam dan juga membingungkan.	1. Sebaiknya diganti menggunakan kalimat “lebih penting atau lebih bermakna” agar mudah dipahami. Expert meminta untuk melihat versi inggrisnya, kata “more seriously” diganti menjadi “lebih memilih” yang menunjukkan bahwa individu lebih mempercayai hasil pencarian onlinenya.	<p>Saya lebih memilih hasil pencarian online saya daripada pendapat dokter</p>
	2. Kata “pengumpulan” juga tidak tepat dalam pemahaman orang, ada kecenderungan membingungkan.	2. Expert mengganti dengan kata “pencarian”	
<p>Saya mempercayai diagnosis dokter umum/tenaga medis saya daripada hasil diagnosis sendiri secara <i>online</i></p>	1. Expert melakukan terjemahan dari Inggris ke Indonesia. Kata “over” pada terjemahan sebelumnya tidak dimasukkan.	1. Ada penambahan menjadi “lebih dari”	<p>Saya lebih mempercayai diagnosis sendiri yang saya dapatkan secara online daripada diagnosis dokter</p>
<p>Ketika dokter umum/tenaga medis mengatakan bahwa kesimpulan pencarian medis saya secara <i>online</i> ternyata salah, saya berhenti mengkhawatirkannya</p>	1. Expert melakukan terjemahan dari Inggris ke Indonesia. Kata “kesimpulan” pada terjemahan sebelumnya, dihilangkan.	2. Perubahan awal menjadi ke straightforward menjadi “Ketika dokter saya menolak hasil pencarian medis yang saya lakukan secara online, saya tetap mengkhawatirkannya.” Lalu expert menaruh kalimat “saya tetap mengkhawatirkan” pada kalimat awal	<p>Saya tetap mengkhawatirkan kondisi saya ketika dokter menolak hasil pencarian medis saya secara online</p>

12. Ethical Clearance



KOMITE ETIK PENELITIAN FAKULTAS PSIKOLOGI & ILMU SOSIAL BUDAYA

Gedung Dr. Soekiman Wirjosandjojo
Kampus Terpadu Universitas Islam Indonesia
Jl. Kaliurang km 14,5 Yogyakarta 55584
T. (0274) 898444 ext. 2106, 2114
F. (0274) 898444 ext. 2106
E. etikapenelitian.fpsb@uii.ac.id
W. fpscs.uui.ac.id

KETERANGAN LAYAK ETIK DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL “ETHICAL APPROVAL”

No. 1012/DEK/70/DURT/VI/2022

Protokol penelitian yang diusulkan oleh:
The research protocol proposed by

Peneliti : Achmad Sholeh, S.Psi.
Researcher

Nama Institusi : Universitas Islam Indonesia
Name of The Institution

Dengan judul:
Title

**“Komparasi Cyberchondria Severity Scale (CSS) dan Cyberchondria Severity Scale –
Straightforward Worded (CSS-SW): Uji Model dan Validasi”**

*“Comparison of Cyberchondria Severity Scale (CSS) and Cyberchondria Severity Scale –
Straightforward Worded (CSS-SW): Model Test and Validation”*

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) 2011 WHO Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standards.

Pernyataan layak etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 2 Juni 2022 sampai dengan tanggal 1 Juni 2023.

This declaration of ethics applies during the period June 2nd, 2022 until June 1st, 2023.



Dekan/Dean,

Dr. Fuad Nashori, S.Psi., M.Si., M.Ag., Psikolog

June 2nd, 2022
Kepala/Chairman,

Sonny Andrianto, S.Psi., M.Si., Ph.D

13. Plagiarism



Direktorat Perpustakaan Universitas Islam Indonesia
Gedung Moh. Hatta
Jl. Kaliurang Km 14,5 Yogyakarta 55584
T. (0274) 898444 ext.2301
F. (0274) 898444 psw.2091
E. perpustakaan@uii.ac.id
W. library.uui.ac.id

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Nomor: 1959838554/Perpus./10/Dir.Perpus/XI/2022

Bismillaahirrahmaanirrahiim

Assalamualaikum Wr. Wb.

Dengan ini, menerangkan Bahwa:

Nama : Achmad Sholeh
Nomor Mahasiswa : 20915002
Pembimbing : Ahmad Rusdi
Fakultas / Prodi : Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya/ Magister Psikologi Profesi Klinis
Judul Karya Ilmiah : Komparasi Cyberchondria Severity Scale (CSS) dan Cyberchondria Severity Scale – Straightforward-Word (CSS-SW): Uji Model dan Validasi

Karya ilmiah yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan **Turnitin** dengan hasil kemiripan (*similarity*) sebesar **3 (Tiga) %**.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Yogyakarta, 11/21/2022

Direktur

Muhammad Jamil, SIP.

14. Informed Consent

PERNYATAAN KESEDIAAN ***INFORMED CONSENT***

Rekan-rekan yang kami hormati,
Saya adalah mahasiswa dari Program Studi Magister Psikologi Profesi Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia,

Nama : Achmad Sholeh, S.Psi.
NIM : 20915002

Yang akan melakukan pengambilan data melalui rekan-rekan dalam rangka pengembangan alat ukur skrining/diagnosis untuk gangguan *cyberchondria* (mencari informasi kesehatan pribadi berulang dan berlebihan di Internet yang menimbulkan atau memperburuk keccemasannya).

Beberapa hal yang penting untuk diketahui adalah:

1. Prinsip kesukarelaan
Keterlibatan rekan-rekan dalam penelitian ini adalah berdasarkan prinsip kesukarelaan, tanpa ada paksaan dan ancaman dari siapapun. Apabila di tengah jalan dalam proses ini, rekan-rekan merasa keberatan untuk melanjutkan, maka rekan-rekan dapat langsung berhenti kuesioner.
2. Masalah kerahasiaan
Segala bentuk informasi atau data yang kami peroleh dalam proses penelitian ini akan kami jaga kerahasiaannya. Penggunaan informasi/ data hanya untuk kepentingan akademik dan penelitian, dan bukan untuk kepentingan komersil. Yang termasuk dalam informasi ini adalah informasi pribadi (nama, alamat, pendapat/ opini, dll) dan informasi yang tertera dalam kuesioner. Adapun pihak yang berhak mengetahui informasi ini adalah peneliti dan responden sendiri.
3. Responden penelitian
Responden penelitian ini adalah mereka yang berusia >18 tahun, mampu membaca dengan baik, penutur Bahasa Indonesia, pengguna internet, pernah melakukan pencarian informasi kesehatan secara *online* selama satu bulan terakhir.
4. Risiko
Tidak ada risiko yang berarti dalam penelitian ini.
5. Manfaat
Adapun manfaat yang diharapkan dapat diterima oleh rekan-rekan adalah bahwa Anda akan berkontribusi secara signifikan pada pengembangan keilmuan dalam bidang ini dan membantu peneliti untuk menghasilkan alat skrining yang handal dalam menentukan seseorang mengalami *cyberchondria* atau tidak.
6. Kompensasi
Rekan-rekan akan dipilih secara acak untuk mendapatkan uang sebesar Rp50.000 yang akan diberikan kepada 10 orang terpilih nantinya.

7. Kontak peneliti

Apabila rekan-rekan memiliki pertanyaan, silahkan hubungi
20915002@students.uii.ac.id

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bila memerlukan penjelasan, saya dapat menanyakan kepada peneliti.

Dengan ini saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini (*pilihan ya dan tidak pada online form*).