

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Undang-Undang Kesehatan Jiwa No. 18 Tahun 2014, menyatakan bahwa kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

Depresi adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan suasana hati yang tertekan, kehilangan minat atau kesenangan, penurunan energi, perasaan bersalah, harga diri yang rendah, gangguan tidur atau nafsu makan, dan konsentrasi yang rendah. Depresi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang cukup serius dan merupakan penyebab utama tindakan bunuh diri (WFMO, 2012).

Prevalensi depresi dan angka bunuh diri akibat depresi menunjukkan angka yang tinggi setiap tahunnya. Sekitar 15% penderita depresi meninggal secara bunuh diri, 2-4% melakukan percobaan bunuh diri, lalu 80% mempunyai ide bunuh diri. Di wilayah Asia, sebanyak 5,1% dari populasi perempuan mengalami depresi dan 3,8% dari populasi laki-laki mengalami depresi (WHO, 2017). Berdasarkan penelitian Persatuan Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa Indonesia/PDSKJI, sekitar 62% masyarakat Indonesia mengalami depresi tingkat ringan sampai berat (PDSKJI, 2020). Depresi juga menjadi pusat perhatian masalah kesehatan di kalangan mahasiswa kedokteran. Prevalensi depresi pada mahasiswa kedokteran pada salah satu universitas di Indonesia menunjukkan angka sebesar 33,3%. Angka prevalensi kejadian depresi terbanyak pada mahasiswa kedokteran adalah saat tahun pertama masa perkuliahan, yakni dari seluruh mahasiswa yang mengalami depresi, 33,7% merupakan mahasiswa tingkat pertama (Idham, 2019).

Kejadian depresi tertinggi berada di wilayah Asia Tenggara sebanyak 27% dari 322 miliar individu dan Indonesia berada di urutan ke lima dengan angka kejadian depresi sebesar (3.7%) menurut WHO (2017).

Angka kejadian depresi di Indonesia pada umur ≥ 15 tahun berdasarkan RISKESDA 2018, menunjukkan bahwa (6.1%) mengalami kejadian depresi, dengan kejadian lebih tinggi terjadi di provinsi Sumatera Utara. Di Fakultas Kedokteran UISU Angkatan 2019 terdapat 3 orang mahasiswa/mahasiswi yang menunjukkan gejala depresi.

Prevalensi depresi yang tinggi pada mahasiswa kedokteran disebabkan oleh stresor berupa beban belajar serta jadwal yang padat. Stresor lain bisa bersumber dari kehidupan akademik terutama tuntutan eksternal dan tuntutan dari diri dan harapannya sendiri. Mahasiswa kedokteran yang memilih kedokteran dikarenakan tuntutan orang tua memiliki risiko yang besar juga untuk mengalami depresi (Prasetya & Basoeki, 2020).

Depresi diketahui dapat terjadi pada semua kelompok umur terutama bagi individu yang rentan. Salah satu individu yang paling banyak mengalami depresi adalah mahasiswa. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Ethiopia, bahwa depresi paling banyak dialami oleh mahasiswa yaitu dengan prevalensi sebesar 40,9%. Hal ini dapat disebabkan karena pada usia produktif ini, mahasiswa yang mengikuti perkuliahan dibebankan dengan tugas ataupun kegiatan organisasi yang bisa memengaruhi kondisi psikologis, sehingga tidak jarang dapat menimbulkan gangguan emosional, stres bahkan depresi. Salah satu tugas yang diketahui cukup membebani mahasiswa adalah tugas akhir/skripsi (Dachew et al., 2015).

Skripsi merupakan karya ilmiah yang harus diselesaikan oleh mahasiswa untuk menuntaskan program studinya. Depresi yang terjadi saat mahasiswa yang sedang menyusun skripsi pada umumnya disebabkan oleh stres atau kecemasan ketika menghadapi berbagai kendala seperti sulitnya mencari judul, kejenuhan dalam mengerjakan skripsi, turunnya optimisme ditengah pengerjaan skripsi, serta skripsi dipandang secara negatif sebagai tugas yang sulit bagi mahasiswa (Solih et

al., 2018). Kondisi seperti ini dapat terjadi pada semua mahasiswa yang sedang menyusun skripsi, salah satunya pada mahasiswa Fakultas Kedokteran. Fakultas Kedokteran dikenal sebagai salah satu fakultas dengan beban tugas dan kegiatan perkuliahan yang berat, baik akademis maupun non akademis, sehingga dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan kesejahteraan psikologis mahasiswa. Selain itu, gejala depresi tidak disadari oleh orang yang terkena ataupun orang-orang disekitarnya. Sebab, gejala-gejala ini tidak cukup untuk diamati secara kasat mata. Tanpa perawatan yang cepat dan tepat, bisa berakibat fatal dan menyebabkan bunuh diri. Sulitnya mengenali gejala depresi dan efek mematikan yang ditimbulkannya membuat penelitian ini penting.

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai apa sajakah faktor risiko terjadinya *major depressive disorder* pada mahasiswa-mahasiswa FK UISU Angkatan 2019 dalam menyelesaikan tugas akhir?

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka didapati rumusan masalah apa faktor risiko terjadinya *major depressive disorder* pada mahasiswa-mahasiswa FK UISU Angkatan 2019 dalam menyelesaikan tugas akhir?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum pada penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor risiko terjadinya *major depressive disorder* pada mahasiswa-mahasiswa FK UISU Angkatan 2019 dalam menyelesaikan tugas akhir.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah:

1. Mengetahui tingkat pengetahuan mahasiswa-mahasiswa FK UISU Angkatan 2019 tentang *major depressive disorder*.
2. Mengetahui distribusi frekuensi karakteristik meliputi usia dan jenis kelamin pada mahasiswa-mahasiswa FK UISU Angkatan 2019 dalam

menyelesaikan tugas akhir.

3. Mengetahui tingkatan depresi mahasiswa-mahasiswi FK UISU Angkatan 2019.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi ilmiah mengenai tingkat pengetahuan dan faktor risiko terjadinya *major depressive disorder* pada mahasiswa-mahasiswi FK UISU Angkatan 2019 dalam menyelesaikan tugas akhir sehingga dapat menjadi landasan dilakukannya penelitian selanjutnya dengan tema yang serupa.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Hasil Bagi Responden

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi mengenai faktor yang memengaruhi tingkat depresi meliputi jenis kelamin dan umur sehingga responden memiliki pengetahuan serta kesadaran untuk mencegah terjadinya depresi.

2. Bagi Fakultas Kedokteran UISU

Hasil penelitian ini dapat menambah daftar kepustakaan di universitas dan dapat digunakan sebagai acuan bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian lebih lanjut.

3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi sarana untuk memperdalam pengetahuan di bidang kesehatan jiwa mengenai faktor risiko depresi pada mahasiswa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Depresi

2.1.1 Definisi

PPDGJ-III mendefinisikan episode depresi sebagai salah satu bentuk gangguan suasana perasaan (*mood/afektif*). Emosi dapat didefinisikan sebagai perasaan yang dihayati secara sadar dan kompleks karena melibatkan berbagai sisi individu. Emosi dibedakan atas *mood* dan afek. *Mood* adalah perasaan yang fluktuatif atau tidak menentu, dapat disebut juga sebagai gejala yang berubah-ubah. Sedangkan afek adalah perasaan yang bersifat sementara yang dapat diperlihatkan lewat ekspresi wajah, sikap, bahasa tubuh dan pembicaraan (Tanto *et al.*, 2014).

Depresi adalah kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan berlebih, perasaan yang tidak berarti, rasa bersalah, menarik diri dari orang lain, sulit tidur, kehilangan nafsu makan, hasrat seksual serta kesenangan dalam melakukan aktivitas. Depresi dibagi menjadi tiga tingkatan yaitu ringan, sedang dan berat. Penegakkan diagnosis pada tingkat keparahan depresi dilakukan minimal selama dua minggu, namun periode lebih singkat dapat dibenarkan apabila gejalanya luar biasa berat dan berlangsung cepat (APA, 2013).

2.1.2 Epidemiologi

Depresi mempunyai prevalensi tertinggi dari seluruh gangguan kejiwaan, yaitu sekitar 17% (Sadock *et al.*, 2015). Pada tahun 2020, WHO memperkirakan depresi akan menjadi kontributor terbesar terhadap beban kesehatan dunia dan penyebab kedua disabilitas fungsional di dunia. Data WHO tahun 2015 menunjukkan bahwa 322 juta jiwa atau sekitar 4,4% dari populasi global mengalami depresi.

Kejadian depresi tertinggi berada di wilayah Asia Tenggara yaitu sebanyak 27% dari 322 miliar individu. Indonesia berada di urutan ke-5 dengan kejadian depresi sebesar 3,7%. (Kemenkes RI, 2018)

2.1.3 Etiologi

Sadock *et al* (2017) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang terbukti berpengaruh terhadap terbentuknya depresi, yaitu faktor biologi, genetik, psikososial, kepribadian dan psikodinamik dengan penjelasan sebagai berikut (Sadock *et al.*, 2017):

1. Faktor Biologi

- a. Amin biogenik

Sebagian besar studi mendapatkan adanya abnormalitas biologis pada individu dengan gangguan *mood*. Neurotransmitter monoamin yang berperan penting dalam patofisiologi depresi adalah norepinefrin, dopamin, dan serotonin. Penurunan sensitivitas reseptor β -adrenergik atau penurunan regulasi serta respon klinis terhadap anti-depresan merupakan tanda terlibatnya norepinefrin dalam patofisiologi depresi. Aktivasi reseptor β_2 -presinaps juga mampu mengurangi jumlah norepinefrin dan serotonin yang dilepaskan. Penurunan serotonin diduga bisa memicu terjadinya depresi. Pada pasien yang mempunyai kecenderungan perilaku bunuh diri, didapatkan konsentrasi serotonin yang rendah pada cairan serebrospinal. Selain itu, obat-obatan yang meningkatkan aktivitas serotonergik pada umumnya akan memberikan efek anti-depresan.

Selain norepinefrin dan serotonin yang merupakan amin biogenik yang paling sering dihubungkan dengan patofisiologi depresi, beberapa penelitian menunjukkan adanya peran dari dopamin. Penurunan aktivitas dopamin, disfungsi jalur mesolimbik dopamin dan hipoaktivitas reseptor dopamin D1 terjadi pada orang yang menderita depresi. Obat-obatan yang menurunkan konsentrasi dopamin juga dapat menimbulkan gejala depresi pada orang yang mengkonsumsinya.

b. Gangguan regulasi hormonal

Gangguan pada neuroendokrin bisa disebabkan karena stres. Terjadi penurunan aktivitas koding gen untuk neurokinin *brain-derived neurotrophic growth factor* (BDNF) yang berperan dalam neurogenesis setelah mengalami stres kronis. Stres yang berkepanjangan bisa menyebabkan perubahan fungsi neuron, bahkan kematian sel. Peningkatan aktivitas aksis Hipotalamus-Pituitari-Adrenal (HPA) yang disertai dengan perubahan struktur korteks otak juga ditemukan pada orang yang mengalami depresi.

2. Faktor Genetik

Adanya peningkatan risiko terjadinya depresi pada seseorang yang mempunyai orangtua atau keluarga dengan riwayat depresi. Ketika terdapat salah satu anggota keluarga yang menderita depresi, maka individu tersebut mempunyai risiko 10-25% untuk mengalami depresi. Risiko akan lebih besar jika keluarga yang terkena depresi merupakan keluarga inti. Semakin banyak anggota keluarga yang mempunyai riwayat depresi maka akan semakin besar risiko terjadi gangguan pada individu tersebut.

3. Faktor Psikososial

Stres akibat suatu peristiwa dapat mengakibatkan depresi sehingga memengaruhi kemampuan diri seseorang untuk menyesuaikan diri perubahan yang dialami dalam hidup. Stres yang terjadi sebelum episode pertama, dapat menyebabkan perubahan biologi otak karena stres dapat memengaruhi fungsi neurotransmitter dan fungsi neuron lainnya.. Akibatnya episode pertama cenderung lebih ringan dibandingkan dengan episode berikutnya.

Vardanyan (2013) menambahkan bahwa beberapa peristiwa seperti kematian orang terdekat, sedang menghadapi permasalahan, perceraian atau kehilangan teman sebaya juga mempunyai keterkaitan yang besar dengan kejadian depresi. Faktor lingkungan juga berpengaruh kuat

terhadap risiko depresi, seperti stres yang didapat dari lingkungan, mengalami pelecehan secara fisik atau seksual, serta status sosioekonomi (Vardanyan, 2013).

4. Faktor Kepribadian

Tidak ada tipe kepribadian khusus yang mempunyai risiko lebih tinggi untuk memicu kejadian depresi. Individu yang mempunyai gangguan kepribadian seperti *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD) dan histrionik mungkin mempunyai risiko lebih tinggi untuk mengalami depresi dibandingkan dengan gangguan kepribadian paranoid atau anti sosial.

5. Faktor Psikodinamik

Pemahaman tentang teori psikodinamik telah disampaikan oleh beberapa ahli. Sigmund Freud menunjukkan poin penting dimana depresi terjadi karena individu kehilangan sesuatu yang dicintai. Edward Bibring menyebutkan bahwa kejadian depresi akan terjadi saat individu menyadari ketidakmampuan diri untuk mencapai cita-cita yang terlalu tinggi.

2.1.4 Faktor Risiko Depresi

1. Jenis kelamin

Dibandingkan dengan laki-laki, perempuan memiliki risiko dua kali lebih rentan terkena depresi. Beberapa hal yang memengaruhi diantaranya adalah adanya perbedaan hormonal, perbedaan stresor psikososial, dan pengaruh melahirkan.

2. Usia

Rata-rata onset usia pada gangguan depresif berat kurang lebih 40 tahun dan 50% dari pasien memiliki onset antara usia 20-50 tahun.

3. Tingkat Pendidikan

Terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan depresi pada usia dewasa-tua. Tingkat pendidikan berhubungan dengan kesehatan fisik yang baik.

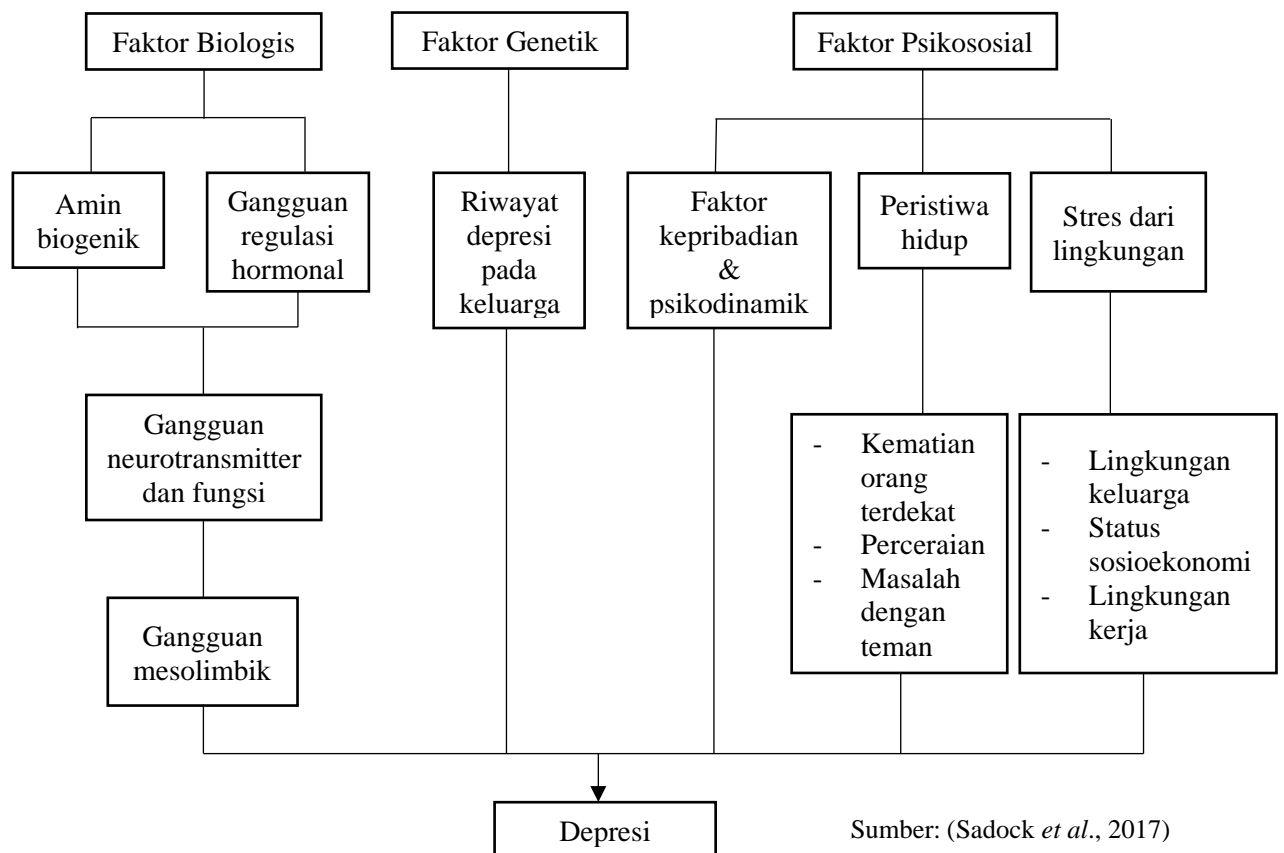
4. Gaya hidup

Aktivitas yang kurang dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi. Konsumsi alkohol dan kebiasaan merokok dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi pada usia lanjut (Kaplan & Sadock, 2010).

5. Faktor sosioekonomi dan budaya

Faktor-faktor sosioekonomi yang dapat memengaruhi terjadinya depresi diantaranya yaitu lingkungan tempat tinggal, status ekonomi, dan pendidikan orangtua (Ibrahim *et al.*, 2013)

2.1.5 Patomekanisme



Gambar 2. 1 Patomekanisme Depresi

2.1.6 Klasifikasi Gangguan Depresi Menurut DSM-V

DSM-V mengklasifikasikan gangguan depresi atau *depressive disorder* menjadi beberapa jenis:

1. *Disruptive mood dysregulation disorder* atau disregulasi suasana hati yang gelisah.
2. *Major depressive disorder* atau gangguan depresi mayor
3. *Persistent depressive disorder (dysthymia)* atau gangguan depressive persisten
4. *Premenstrual dysphoric disorder* atau gangguan disforik premenstruasi
5. *Substance/medication-induced depressive disorder* atau gangguan depresi akibat obat-obatan.
6. *Depressive disorder due to another medical condition* atau gangguan karena kondisi medis lainnya (APA, 2013).

2.1.7 Gejala Klinis

Menurut PPDGJ-III, ada beberapa gejala utama dan gejala lainnya yang harus diperhatikan dalam mendiagnosa seseorang yang mengalami depresi, yaitu:

- A. Gejala Utama
 1. Afek depresif
 2. Kehilangan minat dan kegembiraan
 3. Berkurangnya energi sehingga mudah lelah saat melakukan aktivitas walaupun hanya aktivitas ringan (*fatigue*).
- B. Gejala lain
 1. Konsentrasi dan perhatian yang buruk
 2. Harga diri dan kepercayaan diri rendah
 3. Merasa tidak berguna dan bersalah
 4. Pesimis menganggap masa depan suram
 5. Memiliki gagasan untuk melukai diri dan bunuh diri
 6. Kualitas dan kuantitas tidur terganggu

7. Nafsu makan berkurang

2.1.8. Diagnosis Depresi

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th Edition* (DSM-5), berikut merupakan kriteria depresi:

- a. Lima atau lebih dari gejala berikut terjadi selama periode 2 minggu dan menunjukkan perubahan dari perilaku sebelumnya.
 1. Merasa tertekan hampir sepanjang hari. (contoh: merasa sedih, marah, atau kosong) atau observasi orang lain (contoh: kelihatan takut).
 2. Kehilangan minat atau kesenangan dalam banyak aktivitas, hampir setiap hari (ditunjukkan dengan pendapat pribadi atau pengamatan orang lain)
 3. Berat badan bertambah atau berkurang serta perubahan nafsu makan yang signifikan saat tidak melakukan diet
 4. Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari
 5. Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari (dapat diamati, bukan sensasi subyektif)
 6. Kehilangan energi atau kelelahan hampir setiap hari
 7. Memiliki rasa bersalah yang berlebihan (mungkin saja bersifat delusi) atau merasa tidak berharga hampir setiap hari
 8. Penurunan berkonsentrasi atau kemampuan berpikir serta sulit menentukan pilihan hampir setiap hari.
 9. Pikiran berulang tentang kematian atau pikiran tentang bunuh diri, tidak ataupun ada rencana untuk melakukan bunuh diri.
- b. Gejala menyebabkan kesedihan signifikan (*distress*) atau gangguan dalam hubungan sosial, pekerjaan atau bidang lain yang penting dalam hidup
- c. Episode ini tidak terkait dampak akibat penggunaan obat-obatan
- d. Kemunculan episode ini tidak bisa dijelaskan baik pada gangguan skizoafektif, skizofrenia, skizofreniform, gangguan waham, atau

spektrum skizofrenia lainnya yang tidak spesifik

e. Tidak ada riwayat episode hipomanik atau manik (APA, 2013)

Kriteria diagnosis depresi di Indonesia berpedoman pada PPDGJ-

III. Dimana depresi dibagi menjadi 3 tingkatan, yaitu:

a. Episode Depresi Ringan

1. Terdapat paling sedikit 2 dari 3 gejala utama depresi
2. Minimal ditambah dengan 2 gejala lainnya
3. Tidak terdapat gejala berat
4. Episode berlangsung setidaknya selama 2 minggu
5. Hanya sedikit kesulitan pada saat melakukan pekerjaan maupun kegiatan sosial yang biasa dilaksanakan

b. Episode Depresi Sedang

1. Terdapat 2 dari 3 gejala utama
2. Minimal ditambah dengan 3 atau 4 dari gejala lainnya
3. Episode berlangsung minimal selama 2 minggu
4. Menghadapi kesulitan nyata dalam melanjutkan kegiatan sosial, pekerjaan dan rumah tangga

c. Episode Depresi Berat

1. Tanpa Gejala Psikotik

- a) Mengalami tiga gejala utama depresi
- b) Paling sedikit ditambah dengan 4 gejala lainnya dengan intensitas berat
- c) Apabila terdapat gejala penting (seperti agitasi atau retardasi psikomotor) yang menonjol, maka pasien tidak dapat melaporkan gejalanya secara rinci
- d) Episode berlangsung minimal selama 2 minggu, tetapi bila gejala sangat berat dan onset cepat maka diagnosis mampu ditegakkan kurang dari 2 minggu
- e) Sangat terbatas dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti kegiatan sosial ataupun bekerja atau

tidak bisa sama sekali

2. Dengan Gejala Psikotik
 - a) Memenuhi kriteria episode depresi berat
 - b) Disertai dengan halusinasi, waham atau stupor depresif

2.1.9. Skala Ukur Depresi (*Beck Depression Inventory (BDI) – II*)

BDI-II merupakan instrumen pengukuran depresi untuk mengukur tingkat depresi individu dan merupakan hasil revisi dari BDI yang dibuat oleh Aron T. Beck yang pertama kali berkembang pada tahun 1961. Instrumen ini didesain untuk individu yang berusia lebih dari 13 tahun, berisi 21 pertanyaan *multiple choice self-reported inventory*. Responden diminta untuk menjawab setiap pernyataan berdasarkan periode waktu dua minggu agar sesuai dengan kriteria depresi pada DSM-IV yang menyatakan bahwa untuk mendiagnosis depresi, sedikitnya gejala depresi telah ada selama 2 minggu berturut-turut. Setiap *item* terdiri dari empat pernyataan yang menggambarkan gejala depresi tertentu. Gejala-gejala ini termasuk kesedihan, pesimisme, kegagalan masa lalu, kehilangan minat dan kesenangan, merasa bersalah, merasa dihukum, urgensi diri, pikiran atau dorongan untuk melakukan bunuh diri, menangis, gelisah, kehilangan minat, keraguan, perasaan tidak berharga, kehilangan energi, permasalahan pola tidur, gampang emosi, nafsu makan berubah, sulit berkonsentrasi, gampang lelah dan kehilangan minat terhadap hubungan seks.

Item-item pada BDI-II juga dikembangkan untuk memperkirakan gejala depresi pada seseorang berdasarkan kriteria DSM-IV, seperti *item* pada skala BDI-II mengenai kehilangan energi, bertambah atau berkurangnya pola tidur dan pola makan, dan lain-lain. Suatu penelitian menguji *item-item* pada BDI-II kepada 500

orang responden dengan permasalahan klinis, lalu membandingkan karakteristik kurva dari pilihan *item* tersebut. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada peningkatan sensitivitas klinis pada alat ukur edisi yang baru (BDI-II) dengan reliabilitas BDI-II (*coefficient alpha* = 0,92) yang lebih tinggi dari BDI-I (*coefficient alpha* = 0,86). Kojima mengembangkan BDI-II dengan menterjemahkannya ke bahasa Jepang dan menguji validitas konstruk alat ukur tersebut. Konsistensi reliabilitas diperoleh sebesar 0,87 dan hasil uji analisis faktor menunjukkan struktur dua faktor (kognitif dan somatis-afektif) yang hasilnya hampir sama dengan model BDI-II asli yang dibuat oleh Beck, Steer & Brown pada tahun 1996 (Sorayah, 2018). Penelitian tersebut secara konsisten menunjukkan konsistensi dan realibilitas BDI-II yang baik. Validitas berbasis kriteria juga telah menunjukkan sensitivitas dan spesifisitas BDI-II yang bisa diterima untuk mendeteksi depresi, mendukung kegunaan klinisnya sebagai bantuan untuk tujuan diagnostik (Al-Yasiri & Abdkarkosh, 2013).

Penilaian depresi menurut BDI-II seperti ditunjukkan pada tabel 1.

No	Skor	Kategori
1	0 – 9	Tidak ada gejala depresi (normal).
2	10 – 16	Depresi ringan
3	17 – 29	Depresi sedang
4	30 – 63	Depresi berat

Tabel 2.1 Penilaian depresi menurut BDI-II

2.2 Major Depressive Disorder

2.2.1 Definisi

Major Depressive Disorder atau Gangguan depresif mayor ditandai dengan hilangnya minat atau kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan. Gejala utamanya adalah gangguan fungsi dan aktivitas sosial yang berlangsung sekitar 2 minggu, tanpa adanya riwayat perilaku manik. Gangguan depresi mayor didiagnosis berdasarkan adanya satu atau lebih episode depresi mayor tanpa riwayat episode manik ataupun hypomanic. Dalam episode depresi mayor, individu akan mengalami perasaan depresi (merasa sedih, putus asa, atau terpuruk) atau kehilangan minat/kesenangan dalam semua atau banyak aktivitas selama minimal 2 minggu.

2.2.2 Epidemiologi

Sebanyak 15 persen dari gangguan depresi mayor terjadi dengan prevalensi seumur hidup. Penderita perempuan sekitar 25 persen, sekitar 10 persen di perawatan primer dan 15 persen mendapat perawatan di rumah sakit. Prevalensi pada anak terdapat sekitar 0,5-2%. Sekitar 10-20% pada populasi yang mempunyai gejala klinis. Prevalensi pada anak prapubertas menunjukkan angka 1,8%, lalu sekitar 3,5-5% pada remaja.

Anak perempuan diketahui memiliki gejala-gejala depresif lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki, yakni sekitar dua kali lebih besar. Hal ini bisa terjadi dikarenakan perbedaan hormon, *stressor* psikososial, dan juga model perilaku tentang ketidakberdayaan.

2.2.3 Faktor Risiko Depresi Mayor

Beberapa faktor yang dapat berkaitan dengan risiko seseorang untuk menderita depresi mayor, yaitu meliputi usia (onset awal lebih umum terjadi pada dewasa muda dibanding dewasa yang lebih tua); status sosioekonomi (individu dengan sosio ekonomi yang lebih rendah memiliki risiko yang lebih besar dibandingkan dengan taraf yang lebih

baik); dan status pernikahan (orang yang berpisah atau bercerai memiliki risiko yang lebih tinggi daripada orang yang menikah atau belum menikah).

Wanita memiliki risiko dua kali lipat lebih besar daripada pria dalam mengalami depresi. Perbedaan hormonal atau perbedaan biologis lainnya mungkin mempengaruhi, tetapi salah satu diskusi panel yang diselenggarakan oleh *American Psychological Association* (APA) menyebutkan bahwa perbedaan gender pada umumnya disebabkan oleh banyaknya jumlah stress yang dihadapi Wanita, bahwa wanita lebih cenderung daripada pria untuk mengalami faktor-faktor kehidupan yang berisi tekanan seperti penganiayaan fisik maupun seksual, kemiskinan, *single parent*, dan diskriminasi gender

Perbedaan dalam *coping mechanism* juga berpengaruh terhadap kerentanan wanita untuk menderita depresi. Respon seseorang dapat meningkatkan ataupun mengurangi keparahan dan durasi dari episode depresi. Depresi mayor umumnya berkembang pada masa dewasa muda, dengan usia rata-rata onsetnya berada di pertengahan 20 tahun (Health, 2010).

2.2.4 Diagnosa suatu episode dari *Major Depressive Disorder*

Suatu episode depresi mayor ditandai dengan munculnya lima atau lebih simptom selama suatu periode 2 minggu, yang mencerminkan suatu perubahan dari fungsi sebelumnya. Salah satunya mengalami:

- 1) *Mood* depresi
- 2) Kehilangan minat atau kesenangan dalam melakukan aktivitas

Penegakkan diagnosis harus terdapat 4 gejala tambahan, seperti perubahan pola tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, merasa tidak berguna, mempunyai pikiran bunuh diri, dan sulit konsentrasi.

Gotlib, Lewinsohn, dan Seeley (1995) menjelaskan bahwa individu yang mengalami kurang dari lima gejala, yaitu yang mengalami apa yang disebut depresi subklinis, mengalami kesulitan dalam

psikososial sama halnya dengan individu yang memenuhi persyaratan formal untuk didiagnosa depresi. Gejala-gejala tersebut harus memperlihatkan tingkat distress yang signifikan secara klinis atau paling tidak dalam satu area penting dari fungsi, contohnya fungsi sosial atau pekerjaan, dan bukan merupakan akibat dari penggunaan obat-obatan dari suatu kondisi medis, ataupun gangguan psikologis lainnya. Episode tersebut tidak boleh mewakili suatu reaksi berduka terhadap kematian seseorang yang dicintai, yaitu berkabung (*bereavement*).

Perasaan sedih dan tertekan hampir setiap hari, seperti *mood* yang mudah tersinggung pada anak-anak atau remaja. Penurunan minat dan kesenangan secara signifikan dalam hampir semua aktivitas, hampir setiap hari, hampir sepanjang hari. Suatu penurunan ataupun peningkatan berat badan yang signifikan, dan penurunan atau peningkatan selera makan. Mengalami insomnia atau hipersomnia (tidur berlebihan) hampir setiap hari. Agitasi yang berlebihan dan melambatnya respons motorik hampir setiap hari. Perasaan lelah dan kehilangan energi hampir setiap hari. Perasaan bersalah ataupun tidak berharga yang berlebihan hampir setiap hari. Sulit berkonsentrasi atau berpikir jernih untuk membuat keputusan hampir setiap hari. Pikiran yang muncul berulang tentang kematian atau bunuh diri. (APA, 2000)

2.3 Pengetahuan

2.3.1 Definisi

Pengetahuan atau *knowledge* adalah hasil persepsi manusia atau hasil tahu seseorang tentang suatu objek melalui panca indra yang dimiliki seseorang. Panca indra yang digunakan manusia untuk memahami suatu objek meliputi penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Pada waktu penginderaan untuk menjadi suatu pengetahuan dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi subjek terhadap objek. (Notoatmodjo, 2014). Pengetahuan merupakan hasil dari rasa ingin tahu, terutama oleh proses sensoris melalui mata dan telinga terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain kunci dalam membentuk perilaku terbuka atau *open behavior* (Donsu, 2017).

2.3.2 Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (Wawan dan Dewi, 2010) pengetahuan seseorang terhadap suatu objek mempunyai intensitas atau tingkatan yang berbeda. Secara garis besar dibagi menjadi 6 tingkat pengetahuan, yaitu :

1. Tahu (*Know*)

Pengetahuan didefinisikan sebagai pencarian atau pengambilan ingatan yang sudah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu yang spesifik, semua bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Tahu merupakan tingkatan yang paling rendah. Kata kerja yang digunakan untuk mengukur individu yang tahu tentang apa yang sedang dipelajari dapat menyebutkan, mendeskripsikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehention*)

Memahami suatu objek bukan hanya sekedar tahu terhadap objek tersebut, dan juga tidak sekedar menyebutkan, tetapi orang tersebut dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahuinya. Seseorang yang memahami objek dan materi harus mampu menjelaskan,

memberikan contoh, menarik kesimpulan dan membuat prediksi tentang objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi didefinisikan ketika seseorang yang memahami objek yang bersangkutan dapat menggunakan ataupun menerapkan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi atau kondisi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis merupakan kemampuan seseorang untuk mendeskripsikan atau mengisolasi hubungan antara objek atau komponen yang diketahui dari suatu masalah dan mencari hubungannya. Indikasi bahwa seseorang telah mencapai tingkatan ini adalah Ketika ia dapat membedakan, memisahkan, mengklasifikasikan, membuat skema terhadap objek tersebut.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis adalah kemampuan seseorang untuk mengkombinasikan dan menghubungkan secara logis komponen-komponen pengetahuan yang telah dimilikinya. Artinya, kemampuan untuk mengembangkan formulasi baru dari formulasi yang telah ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan untuk membenarkan atau mengevaluasi objek tertentu. Evaluasi menurut standar atau norma yang berlaku dimasyarakat.

2.3.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (dalam Wawan dan Dewi, 2010) faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut:

A. Faktor Internal

1. Pendidikan

Pendidikan adalah bimbingan yang diberikan kepada seseorang untuk menuju impian atau cita-cita tertentu yang menuntun seseorang untuk bertindak dan memenuhi kehidupannya agar guna mencapai keamanan

dan kesejahteraan. Pendidikan sangat diperlukan untuk mendapatkan informasi sebagai penunjang kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup. Menurut YB Mantra yang dikutip Notoatmodjo, pendidikan dapat mempengaruhi perilaku seseorang terhadap gaya hidup, terutama dalam sikap motivasi dan perkembangan umum. Semakin berpendidikan seseorang maka semakin mudah untuk menerima informasi.

2. Pekerjaan

Menurut Thomas yang kutip oleh Nursalam, pekerjaan adalah suatu keburukan yang harus dilakukan untuk mempertahankan hidupnya dan keluarganya. Pekerjaan dimaknai bukan sebagai sumber kesenangan, tetapi sebagai cara mencari nafkah yang membosankan, berulang, dan memiliki banyak tantangan. Di sisi lain, bekerja adalah kegiatan yang memakan waktu.

3. Umur

Menurut Elisabeth BH yang dikutip dari Nursalam (2003), usia adalah umur individu yang dihitung dari lahir hingga berulang tahun. Menurut Huclok (1998), semakin dewasa seseorang maka semakin dewasa dan kuat dalam berpikir dan bekerja. Dalam hal kepercayaan masyarakat, yang lebih dewasa dipercaya oleh mereka yang belum cukup dewasa.

B. Faktor Eksternal

1. Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan segala kondisi yang berada disekitar individu dan pengaruhnya dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu atau kelompok.

2. Sosial Budaya

Sosial budaya yang terdapat pada masyarakat dapat memberikan pengaruh dari sikap dalam menerima informasi.

2.3.4 Pengukuran Pengetahuan

Menurut (Arikunto, 2010), pengukuran terhadap pengetahuan bisa dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari responden ke dalam pengetahuan yang ingin diukur dan disesuaikan dengan tingkatannya. Interpretasi pengetahuan dapat dibedakan menjadi tiga kategori, yaitu:

1. Pengetahuan baik (responden menjawab 76-100% benar dari total jawaban pertanyaan atau benar 11-15 soal).
2. Pengetahuan cukup (responden menjawab 56-75% benar dari total jawaban pertanyaan atau benar 8-11 soal).
3. Pengetahuan kurang (responden menjawab <56% dari total jawaban pertanyaan atau benar <8 soal).

2.4 Hubungan Depresi Mayor dengan Tugas Akhir Mahasiswa

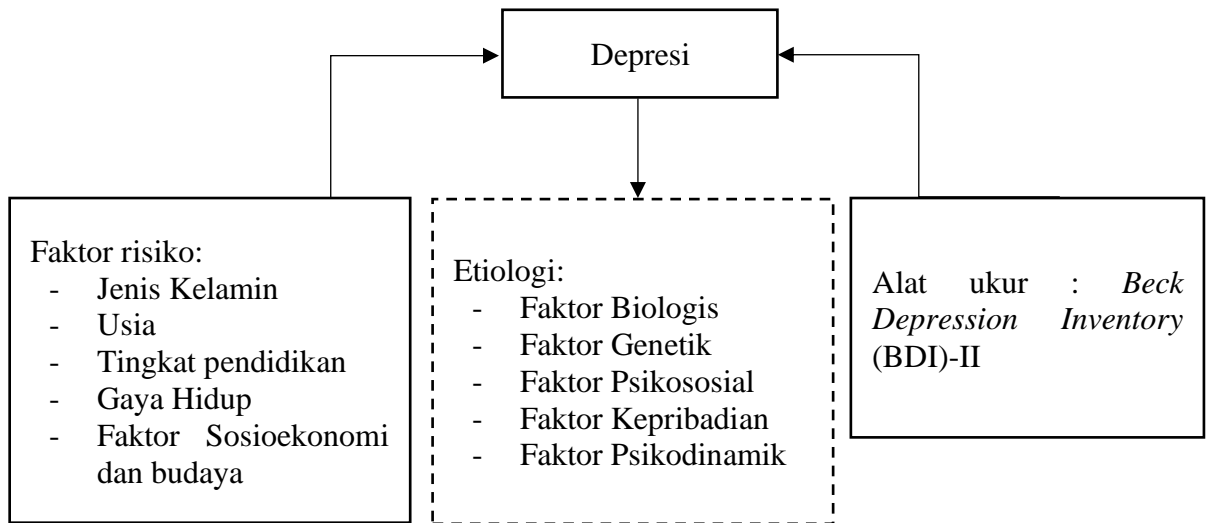
Penelitian sebelumnya oleh Dewi (2019) menyatakan bahwa tingkat depresi pada mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Udayana yang sedang Menyusun skripsi didapatkan sebesar 27.50% mengalami depresi ringan dan 11.25% mengalami depresi sedang. Hal ini menunjukkan bahwa prevalensi depresi pada mahasiswa yang sedang menyusun skripsi cukup tinggi (Surya Dewi et al., 2019). Prevalensi yang cukup tinggi yakni sebesar 23.80% juga didapatkan oleh Solih, dkk. (2018) yang melakukan penelitian terhadap mahasiswa yang sedang Menyusun skripsi di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. Terdapat dua faktor yang dapat memengaruhi terjadinya depresi pada mahasiswa selama menyusun skripsi yakni faktor internal yang merupakan faktor karakteristik mahasiswa dan factor eksternal yang dalam hal ini adalah factor-faktor pendukung (Solih, Muhammad., Purwoningsih et al., 2018)

Greenhaus, Collins, Singh, dan Parasuraman dalam Sawitri dan Naibaho (2017) menyebutkan bahwa banyaknya peran yang dijalankan individu cenderung memicu munculnya konflik yang apabila dibiarkan akan dapat memengaruhi kondisi psikologis dan kinerjanya. Pada mahasiswa yang melakukan kerja paruh

waktu selama menyusun skripsi didapatkan sebesar 71.43% diantaranya mengalami depresi. Mahasiswa tersebut umumnya bekerja tiga hingga enam jam per hari sehingga dihadapkan dengan tantangan baru yakni mampu membagi waktu dan pikirannya antara bekerja dan mengerjakan skripsi. Dampaknya, mahasiswa sering merasa tertekan baik fisik maupun psikisnya yang ditandai dengan perasaan mudah Lelah, stress, lebih sensitive, sulit berkonsentrasi hingga stress dan depresi karena harus tetap dapat mengejar waktu untuk menyelesaikan skripsinya (Naibaho & Sawitri, 2017).

Tantangan lainnya yang dialami oleh mahasiswa yang sedang Menyusun skripsi yakni disatu sisi mahasiswa menginginkan agar dapat menyelesaikan skripsinya tepat waktu, namun disisi lain dalam proses penyusunan skripsinya ditemukan berbagai kendala seperti kesulitan menemukan referensi serta sulitnya menghubungi dan menemui dosen pembimbing yang dapat menghambat proses penyelesaian skripsinya. Dengan adanya hambatan seperti ini, mahasiswa dituntut untuk mampu menyesuaikan diri. Penyesuaian diri merupakan proses bagaimana individu dalam memberikan respon terhadap tuntutan yang ada di lingkungannya. Individu juga dituntut agar mampu melakukan koping terhadap stresor-stresor yang ada disekitarnya. Apabila individu dalam hal ini mahasiswa gagal melakukan penyesuaian diri, maka dapat menyebabkan individu mengalami beberapa gangguan psikologis seperti merasa murung dan sedih sepanjang waktu, ketakutan bahkan depresi (Surya Dewi et al., 2019).

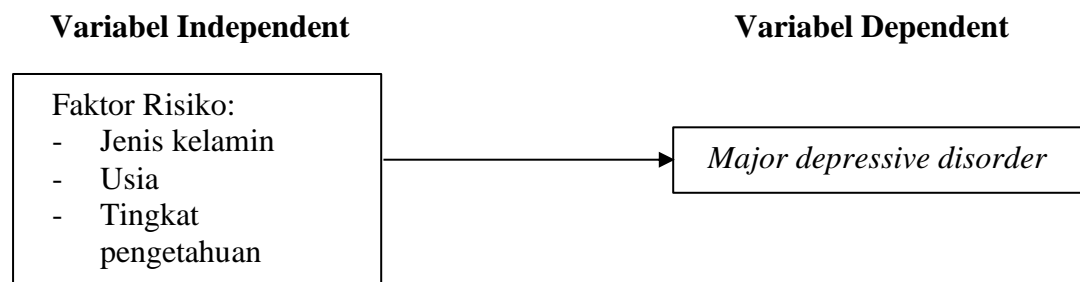
2.5 Kerangka Teori



Sumber: (Sadock et al., 2015)

Gambar 2. 2 Kerangka Teori

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2. 3 Kerangka Konsep