

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Depresi adalah gangguan afektif atau suasana perasaan yang ditunjukkan dengan mood menurun yaitu hilangnya energi dan minat, rasa bersalah, sulit berkonsentrasi, hilang nafsu makan, serta pikiran mengenai kematian dan bunuh diri. Adapun gejala lainnya meliputi perubahan tingkat aktivitas, kemampuan kognitif, pembicaraan, serta fungsi vegetatif¹. Depresi merupakan masalah kesehatan yang sering dialami oleh mahasiswa kedokteran. Pendidikan kedokteran merupakan masa pendidikan yang berat dan penuh tekanan seperti waktu pendidikan yang lama, lingkungan yang dipenuhi kompetisi, materi perkuliahan yang banyak, dan banyaknya informasi dari buku dan jurnal yang perlu untuk dikuasai². Tingginya tekanan ini mengakibatkan kemarahan, iritabilitas, ansietas, kurang tidur, kelelahan, penyalahgunaan zat hingga depresi³. Penyebab depresi dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti faktor biologis, faktor genetik dan faktor psikososial. Mekanisme pertahanan diri seseorang dalam bagaimana menghadapi masalah yang dialami berkaitan erat dengan depresi. Kemampuan seseorang dalam mengatasi masalah tersebut dipengaruhi oleh faktor kepribadian⁴. Perkembangan kepribadian diawali pada masa kanak-kanak. Komponen kepribadian seseorang terdiri dari 3 yaitu id, ego dan superego. Menurut Freud, konflik perlu dialami agar individu dapat mengatasi masalah dan menunda keinginannya⁵. Pada masa perkembangan kepribadian ini, peran orang tua dalam mengasuh anak sangat penting dan berpengaruh pada kemampuan adaptasi dan motivasi anak terhadap masalah yang dihadapi termasuk pada masa perkuliahan. Peran orang tua dalam merawat dan mendidik anak yang dilakukan sejak kecil dimaksud sebagai pola asuh⁶.

Menurut statistik WHO, depresi merupakan penyakit umum yang ada di dunia dengan insiden lebih dari 264 juta yang terkena⁷. Pada data WHO tahun 2016 secara global, terdapat sekitar 35 juta orang mengalami depresi⁸. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 oleh Kementerian Kesehatan RI menunjukkan, prevalensi depresi dari total penduduk yang berusia lebih dari 15 tahun di Indonesia mencapai 6,1% dan Sumatera Utara di posisi ke 8 dengan prevalensi 7,8%⁹. Pada penelitian di berbagai Negara menunjukkan bahwa mahasiswa kedokteran memiliki tingkat gejala depresi yang lebih tinggi dibanding populasi umum. Menurut penelitian Givens dan Tjia pada mahasiswa kedokteran tahun pertama dan kedua di Universitas California, San Francisco, mendapatkan 1 dari 4 mahasiswa mengalami depresi. Penelitian berskala besar oleh Gobert D, *et al* untuk membandingkan prevalensi depresi antara mahasiswa kedokteran dan populasi umum ditemukan bahwa 21,2% mahasiswa kedokteran mengalami depresi, 10% lebih tinggi dibanding dengan populasi umum². Penelitian oleh Henry Hadianto pada tahun 2014 mendapatkan bahwa di Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura didapatkan mahasiswa yang memiliki gejala depresi lebih banyak ditemukan pada tahun kedua (39,4%), tahun pertama (32,9%), dan tahun ketiga (18,7%)^{2,10}. Penelitian yang dilakukan Diah Dinar Utari sebanyak 231 subjek, sebagian besar responden mendapatkan pola asuh demokratis sebanyak 96,53% dan sisanya mendapatkan pola asuh otoriter dan gabungan masing-masing sebanyak 1,3%, dan sebanyak 0,87% mendapatkan pola asuh permisif dan terdapat tingkat depresi yang dialami mahasiswa kedokteran UGM tahun kedua kelas regular tahun 2014 sebesar 23,8%⁶. Pada penelitian Elisabeth Flora S. Kedang pada mahasiswa kedokteran Universitas Nusa Cendana mendapati terdapat hubungan antara faktor pola asuh orang tua dengan kejadian depresi pada mahasiswa¹¹. Berdasarkan permasalahan tersebut, saya menganggap

perlu untuk melakukan penelitian hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat gejala depresi mahasiswa Fakultas Kedokteran di Universitas HKBP Nommensen

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat gejala depresi mahasiswa Fakultas Kedokteran di Universitas HKBP Nommensen

1.3 Hipotesis

Apakah terdapat hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat gejala depresi mahasiswa kedokteran?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat gejala depresi mahasiswa

1.4.2 Tujuan Khusus

- (1) Untuk mengidentifikasi karakteristik mahasiswa Fakultas Kedokteran di Universitas HKBP Nommensen
- (2) Untuk mengidentifikasi pola asuh orang tua terhadap mahasiswa Fakultas Kedokteran di Universitas HKBP Nommensen
- (3) Untuk mengidentifikasi tingkat gejala depresi pada mahasiswa Fakultas Kedokteran di Universitas HKBP Nommensen

1.5 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan manfaat untuk :

1.5.1. Bagi Peneliti

- (1) Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen
- (2) Menambah pengetahuan peneliti terhadap hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat depresi mahasiswa kedokteran

1.5.2. Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya pengetahuan mahasiswa tentang hubungan pola asuh orang tua dengan tingkat gejala depresi.

1.5.3. Bagi Fakultas Kedokteran

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi penelitian di Fakultas Kedokteran mengenai hubungan pola asuh orang tua dengan tingkat gejala depresi pada mahasiswa kedokteran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori Perkembangan dalam Psikiatri

Dalam pelbagai teori perkembangan, proses perubahan yang terjadi sepanjang tahun-tahun kehidupan itu terjadi menurut suatu pola yang universal, terdiri atas fase-fase yang berurutan. Krisis-krisis yang tidak terselesaikan pada tiap fase akan berakibat pada timbulnya psikopatologi kepribadian yang dapat menetap di masa dewasa^{12,13}. Secara garis besar ada empat teori perkembangan yang penting dalam psikiatri, untuk mendapatkan suatu gambaran yang integratif dan komprehensif mengenai seorang individu sepanjang siklus hidupnya¹².

2.1.1 Teori Perkembangan Psikoseksual

Teori perkembangan psikoseksual menurut Sigmund Freud memiliki empat insting dasar, yaitu : 1) insting vital (lapar, haus, bernafas), 2) insting seksual (libido), 3) insting agresi dan 4) insting mati (thanatos). Freud menekankan pentingnya insting seksual bagi perkembangan kepribadian di atas insting-insting lainnya, karena insting seksual sangat kuat berada dibawah *taboo* manusia (manusia dalam hidupnya dibatasi oleh nilai-nilai baik kultur maupun agama) sehingga cenderung untuk disangkal dan ditekan ke bawah sadar, fenomena psikologik ini akan sangat berpengaruh dalam menentukan pola perilaku seseorang. Banyak masalah psikologik dimasa dewasa berakar kegagalan individu menyelesaikan konflik-konflik seksual di fase dini perkembangannya.

Tabel 2.1 Teori Perkembangan Psikoseksual

Usia	Tahap
Lahir sampai usia 1 tahun	Tahap oral. Daerah mulut memberi kepuasan seperti mengigit dan menelan
2-3 tahun	Tahap anal. Kepuasan berasal dari anal seperti menahan feses
3-4 tahun	Tahap Phallic. Pada daerah genital. Fiksasi buruk akan menyebabkan obsesi peran seks yang salah
4-5 tahun	Tahap Oedipal. Mengarah pada kecenderungan untuk menganggap orang tua lawan jenis sebagai kepuasan indera dan menganggap orang tua yang sama jenis kelamin sebagai saingan. Fiksasi yang buruk akan menimbulkan daya saing
6-11 tahun	Tahap laten. Penyelesaian Oedipus complex dengan mengenali orang tua dari lawan jenis dan memenuhi kebutuhan sensual
11-14 tahun	Pubertas. Integrasi kondisi indra dari tahapan sebelumnya menjadi kesatuan dan seksualitas kelamin yang menjadi dominan ¹²

Teori psikoanalisis dari Sigmund Freud mengacu pada struktur kepribadian individu. Struktur kepribadian seseorang terdiri atas 3 komponen yaitu id, ego dan superego. Id (naluri, dorongan, insting) telah ada sejak individu lahir ke dunia. Id mempunyai kekuatan berupa dorongan. Dorongan inilah yang akan memenuhi kebutuhan biologis manusia seperti instink bernapas, lapar, seks. Sejalan dengan perkembangannya, sebgaiian id mengalami diferensiasi menjadi ego. Ego terbentuk karena pertentangan (konflik) antara id dengan lingkungan. Ego menganut prinsip realistik bahwa kebutuhan dan dorongan dapat ditunda sesuai dengan realistik yang ada. Superego terbentuk dari hasil absorpsi dan pengambilan nilai-nilai dan norma, agama, hal-hal kebaikan yang diajarkan oleh orang tua. Superego merupakan wakil orang tua dalam diri anak, yang akan mengingatkan akan hal baik dan buruk. Freud mengungkapkan, perlunya konflik dialami individu agar dapat belajar menunda keinginan, menyadari realitas sehingga

mampu mengatasi masalah-masalah yang dialami di hidupnya⁵. Penyelesaian yang baik terhadap masalah, memungkinkan individu mencapai kematangan kepribadian, identitas seksual dan kehidupan emosional yang baik¹². Karl Abraham, salah satu rekan awal Freud, berbagi pandangan Freud tentang depresi tetapi juga memperluas dan menguraikannya. Abraham memandang proses introyeksi sebagai mekanisme pertahanan yang mengambil dua bentuk. Abraham juga mengaitkan depresi dengan fiksasi awal pada fase anal dan tingkat lisan perkembangan psikoseksual. Dia memandang kecenderungan tersebut pada pasien depresi disebabkan oleh peran orang tua yang tidak memadai selama tahap perkembangan oral terlibat. Pemahaman psikodinamik tentang depresi yang didefinisikan oleh Freud dan dikembangkan oleh Abraham dikenal sebagai pandangan klasik tentang depresi¹⁴. Analisis Baumrind menandakan perlunya meneliti filsafat orang tua tentang membesarkan anak, tetapi Baumrind berfokus pada orang tua dan bukan pada ibu atau ayah. Melihat dari 305 orang tua balita di Australia oleh Rusell dan rekannya menemukan bahwa para ibu cenderung memberi pola pengasuhan otoritatif, sedangkan ayah lebih mungkin untuk menggambarkan diri mereka sebagai otoriter atau permisif¹⁵.

2.1.2 Teori Perkembangan Psikososial

Erikson menggambarkan siklus kehidupan manusia itu sebagai suatu proses yang terdiri atas delapan fase dari bayi hingga usia lanjut. Erikson mengidentifikasi konflik dalam hubungan ego dengan keluarga dan institusi sosial yang lebih besar pada masa awal, tengah, dan akhir masa dewasa, serta selama tahun-tahun perkembangan paling pesat di masa kanak-kanak¹⁶. Menurut Erikson krisis perkembangan terjadi dalam usaha individu mencapai tujuan-tujuan pribadinya agar sesuai dengan apa yang diharapkan masyarakat sosialnya. Krisis-krisis yang tidak terselesaikan akan berakibat

pada timbulnya psikopatologi kepribadian yang dapat menetap di masa dewasa^{12,13}.

Tabel 2.2 Teori Perkembangan Psikososial

Fase	Usia	Krisis	Peran penting	Tugas
Bayi	0-1	Percaya vs ketidakpercayaan	Ibu atau ibu pengasuh	Mengungkapkan kepercayaan dari ibu
Balita	1-3	Kemandirian vs malu dan ragu	Orang tua	Berbicara, berjalan . Memulai dengan penundaan kegembiraan
Anak usia dini	3-6	Inisiatif vs rasa bersalah	Seluruh keluarga	Memberi hak interaksi kosakata dengan seluruh keluarga. Dimulai dari teman sebaya
Masa pertengahan anak	6-12	Ketekunan vs kurang cerdas	Sekolah dan lingkungan	peningkatan aktivitas fisik. Daya saing, berkaitan dengan otoritas di lingkungan sekolah
Masa remaja	12-18	Identitas vs kebingungan jati diri	Teman sebaya. kepemimpinan nasional	Kebebasan dari keluarga. Pengaruh kuat dari teman sebaya. Seksualitas menjadi aktif. Mulai memilih tujuan hidup ¹² .

Tabel 2.2 Lanjutan Teori Perkembangan Psikososial

Fase	Usia	Krisis	Peran Penting	Tugas
Dewasa muda	18-40	Keakraban vs isolasi	Teman biasanya jenis	teman lawan rencana hidup, memilih pasangan, memilih pekerjaan
Usia Pertengahan	40-65	Generativitas vs stagnasi	Keluarga besar, institusi	membentuk ide dan rencana untuk generasi berikutnya. menjalankan tujuan hidup.
Usia Lanjut	65-	Integritas vs putus asa	Mereka yang berguna	Menilai hidup, menemukan kepuasan, menetapkan tujuan baru untuk pension. Berbagi pengetahuan dengan yang lain ¹² .

2.1.3 Teori Perkembangan Kognitif

Jean Piaget menggambarkan siklus kehidupan dari sudut perkembangan intelektual/kognitif. Menurut Piaget, sejak manusia bayi mampu mengorganisasi berbagai informasi yang diterimanya dari lingkungan (internal dan eksternal) ke dalam suatu pemikiran yang koheren, yang akan menentukan bagaimana ia akan menginterpretasi dan menyesuaikan diri dengan lingkungan. Terjadinya itu semua melalui adaptasi dan organisasi dari stimulus-stimulus yang diterimanya. Proses perkembangan menurut Piaget dibagi kedalam fase yang diberi nama sesuai fungsi inteligensi :

I. Fase sensori-motor (0-2 tahun)

- II. Fase pra-operasional (2-6 tahun)
- III. Fase konkrit-operasional (6-11 tahun)
- IV. Fase formal-operasional (11-16 tahun)¹²

2.1.4 Teori Perkembangan Moral

Kohlberg mendefinisikan moralitas sebagai kemampuan membedakan antara benar dan baik serta salah dan buruk. Seseorang dapat dikatakan memiliki maturitas moral bila ia memiliki kesadaran dan pengertian mengenai orang lain, memiliki kepedulian dan dapat berempati serta mengungkapkan kesadaran dan kepedulian dalam perilaku. Perkembangan moral adalah suatu proses pergeseran dari pandangan yang egosentris ke pandangan yang altruistik. Kohlberg membagi proses perkembangan moral ke dalam tiga tingkatan yaitu *Pre-Conventional*, *Conventional* dan *Post-Conventional*¹².

2.2 Pola Asuh Orang Tua

2.2.1 Definisi Pola Asuh Orang Tua

Pola asuh orang tua diartikan sebagai bentuk sikap, emosi dan perilaku orang tua terhadap anak dimana perilaku orang tua diekspresikan. Menurut Darling dan Steinberg's, gaya pengasuhan mempengaruhi hasil anak dengan mengubah sejauh mana anak menerima upaya orang tua mereka dalam mensosialisasikan¹⁷. Baumrind mengamati bahwa orang tua para remaja cenderung menggunakan pola asuh yang rumit dalam menghadapi perubahan yang menjadi ciri periode remaja. Orang tua yang menggunakan pengasuhan otoriter menghasilkan perilaku yang bermasalah dan kurang berhasil dalam mengontrol diri. Begitu pula dengan Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts dan Fraleigh mendapati bahwa anak dengan pola asuh otoritatif memiliki nilai yang lebih tinggi di sekolah daripada anak remaja dengan pola asuh otoriter atau permisif¹⁵.

2.2.2 Tipe Pola Asuh Orang Tua

Menurut Diana Baumrind, mengelompokkan pola asuh dalam tiga tipe pengasuhan yaitu pola asuh *authoritarian* (otoriter), pola asuh *authoritative*, dan pola asuh permisif.

1) Pola asuh otoritatif (*authoritative parenting*) adalah salah satu pola pengasuhan yang memperlihatkan pengawasan ekstra ketat terhadap tingkah laku anak-anak, tetapi mereka juga bersikap responsif, menghargai, dan menghormati pemikiran, perasaan, serta mengikutsertakan anak dalam pengambilan keputusan¹⁸. Mereka berupaya mengendalikan perilaku anak-anak dengan menjelaskan aturan, mendiskusikan dan bernalar. Mereka mendengarkan sudut pandang seorang anak tetapi tidak selalu menerimanya. Anak-anak yang dibesarkan dengan gaya pengasuhan ini cenderung bersikap ramah, energik, ceria, mandiri, mengendalikan diri, ingin tahu, kooperatif, dan berorientasi pada prestasi¹⁹. Baumrind menguraikan ciri pengasuhan *authoritative*, yaitu:

- (1) Bersikap hangat namun tegas
- (2) Mengatur standar agar anak dapat melaksanakannya dan memberi harapan terhadap kebutuhan dan kemampuan anak
- (3) Memberi kesempatan anak untuk berkembang secara mandiri dan mampu mengarahkan diri, dan memberi anak tanggung jawab terhadap tingkah lakunya
- (4) Menghadapi anak secara rasional, memberi dorongan dalam diskusi dan memberi disiplin²⁰

2) Pola asuh otoriter (*authoritarian parenting*) adalah suatu pola pengasuhan yang membatasi dan menuntut anak untuk mengikuti perintah orang tua. Orang tua yang menggunakan pola asuh otoriter menetapkan batas-batas

yang tegas dan tidak memberi peluang bagi anak-anak untuk mengungkapkan pendapat. Orang tua juga cenderung bersikap sewenang-wenang dan tidak demokratis dalam membuat keputusan, memaksakan peran dan pandangan kepada anak atas dasar kemauan dan kekuasaan sendiri, serta kurang menghargai pemikiran dan perasaan anak¹⁸. Ciri pengasuhan *authoritarian* adalah:

- (1) Memberi nilai tinggi pada kepatuhan dan dipenuhi permintaannya
- (2) Cenderung suka menghukum, penuh disiplin dan bersifat Mutlak
- (3) Orang tua bertindak sepenuhnya
- (4) Memberi aturan yang tetap, dan
- (5) Tidak mendorong tingkah laku anak dan cenderung membatasi²⁰

3) Pola asuh permisif (*permissive parenting*) dapat dibedakan dalam dua klasifikasi yaitu : pertama, pola asuh *permissive-indulgent* yaitu pola pengasuhan di mana orang tua sangat terlibat dalam kehidupan anak, tetapi menetapkan sedikit batas atau kendali atas mereka. Pola asuh *permissive-indulgent* digambarkan dengan kurangnya pengendalian diri anak, karena orang tua cenderung membiarkan anak-anak melakukan apa saja yang mereka inginkan. Kedua, pola asuh *permissive-indifferent* yaitu pola pengasuhan di mana orang tua sangat tidak terlibat dalam kehidupan anak. Anak-anak yang dibesarkan dengan pola asuh *permissive-indifferent* cenderung kurang percaya diri, pengendalian diri yang buruk, dan merasa harga diri rendah¹⁸. Ciri pola asuh *permissive-indulgent* yaitu :

- (1) Membebaskan anak untuk bertindak tanpa batasan,
- (2) Sangat sedikit menuntut anak-anaknya,

- (3) Lebih senang menganggap diri sebagai pusat bagi anak-anak, tetapi tidak peduli anaknya menganggap atau tidak

Ciri pola asuh *permissive-indifferent* yaitu:

- (1) Sangat sedikit memberi waktu dan tenaga dalam berinteraksi dengan anak
- (2) Tidak memiliki minat untuk mengerti pengalaman anak di sekolah atau hubungan anak dengan temannya
- (3) Tidak mengerti aktivitas dan keberadaan anak
- (4) Jarang bertentangan dan mempertimbangkan opini anak saat orang tua mengambil keputusan
- (5) Bersifat ‘berpusat pada orang tua’ dalam mengatur²⁰

Diantara tipe-tipe pola asuh yang disebutkan Baumrind, tipe pola asuh otoritatif memiliki dampak yang positif dalam perilaku dan emosi pada anak. Tipe pola asuh otoriter dan permisif menjadi indikasi ketidakmampuan yang dialami anak dimana mereka akan merasa tidak dapat mengontrol emosi mereka²¹. Smetana menemukan bahwa hubungan gaya pengasuhan dengan frekuensi dan intensitas konflik sangat mirip. Sebaliknya, Assadi *et al* melaporkan bahwa frekuensi lebih rendah untuk orang tua dengan menerapkan pola asuh otoritatif dan lebih tinggi untuk orang tua otoriter¹⁷.

2.3 PAQ (Parental Authority Questionnaire)

Sebuah kuesioner yang dikembangkan untuk tujuan mengukur pola pengasuhan menurut Baumrind (1971) yaitu permisif, otoriter dan otoritatif. Kuesioner ini terdiri dari 30 item per pola asuh dan menghasilkan skor permisif, otoriter dan otoritatif. Hasil dari beberapa penelitian telah mendukung *Parental Authority Questionnaire* sebagai alat ukur secara

psikometri dan valid dari pola asuh yang dikembangkan Baumrind dan memiliki potensi yang cukup berharga dalam penelitian korelasi pola asuh orang tua permisif, otoriter dan otoritatif²².

2.4 Depresi

2.4.1 Definisi Depresi

Menurut DSM-V, *Major Depressive Disorders* (MDD) merupakan sindrom yang ditandai dengan perasaan tertekan atau hilangnya ketertarikan atau perasaan senang dalam kebanyakan aktivitas. Gejala umum lainnya adanya suasana hati yang sedih, hampa, atau mudah tersinggung, disertai dengan perubahan somatik dan kognitif yang secara signifikan memengaruhi kapasitas individu untuk berfungsi. Kriteria diagnosis dari *Major Depressive Disorders* menurut DSM-V ialah sebagai berikut :

- A. Lima (atau lebih) dari gejala berikut hadir selama periode 2 minggu dan menampilkan perubahan dari fungsi sebelumnya. Setidaknya salah satu gejalanya adalah (1) perasaan depresi atau (2) kehilangan minat atau kesenangan.
- (1) Suasana hati yang tertekan sebagian besar waktu, hampir setiap hari yang ditunjukkan melalui laporan pribadi (contoh : merasa sedih, kosong, atau putus asa) atau pengamatan melalui orang lain (contohnya menangis)
 - (2) Minat atau kesenangan secara mencolok berkurang dalam sebagian besar aktivitas,hampir setiap hari (diperlihatkan oleh pendepatan sendiri atau observasi orang lain)
 - (3) Penurunan/peningkatan berat badan yang signifikan ketika tidak melakukan diet (contoh perubahan lebih dari 5% dari berat badan dalam sebulan) atau penurunan/peningkatan selera makan hampir setiap hari
 - (4) Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari

- (5) Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari (observasi melalui orang lain, bukan perasaan subjektif)
 - (6) Kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap
 - (7) Perasaan bersalah atau tidak berharga (yang mungkin delusi) hampir tiap hari (bukan sekedar menyalahkan diri sendiri atau merasa sakit)
 - (8) Penurunan kemampuan berpikir atau berkonsentrasi, sulit menentukan pilihan, hampir setiap hari (melalui pengamatan orang lain atau observasi sendiri)
 - (9) Pemikiran berulang tentang kematian (tidak hanya takut mati) pemikiran tentang bunuh diri yang berulang, baik tanpa rencana atau dengan rencana yang jelas untuk bunuh diri
- B. Gejala tersebut menyebabkan kesedihan signifikan atau gangguan dalam pekerjaan, hubungan sosial, ataupun bidang penting lain dalam hidup
 - C. Episode ini tidak disebabkan oleh efek psikologis dari penggunaan obat-obatan
 - D. Terjadinya episode ini tidak dijelaskan dengan baik dengan skizofrenia, gangguan delusi, atau gangguan kejiwaan lainnya
 - E. Belum pernah terjadi episode manik atau episode hipomanik²³

2.4.2 Etiologi Depresi

(1) Faktor Organobiologik

Norepinephrine dan serotonin adalah dua neurotransmitters yang paling terlibat dengan patofisiologi depresi dikarenakan adanya disregulasi pada metabolit amin biogenik seperti *homovanilic acid* (HVA) (dari dopamin), *5-hydroxyindoleacetic acid* (5-HIAA) (dari serotonin), *3-methoxy-*

4-hydroxyphenylethylamine (MHPG) (dari norepinefrin) yang berada dalam darah, urin, dan cairan cerebrospinal. Penurunan regulasi reseptor β -adrenegik yang menyebabkan penurunan jumlah pelepasan dari norepinefrin dan kurangnya serotonin berkaitan dengan depresi. Neurotransmitter lain yang ikut berperan ialah dopamin, γ -aminobutirat, glutamat, glisin, dan asetilkolin.

Hubungan antara hipersekreksi kortisol dan depresi merupakan salah satu penelitian terlama di bidang psikiatri biologis. Sekitar 50% pasien yang mengalami depresi memiliki tingkat kortikal yang meningkat. Kelainan struktur tidur pada gangguan depresi dikarenakan kekurangan tidur telah menghasilkan teori bahwa pada depresi terdapat abnormalitas pengaturan irama sirkadian. Masalah tidur seperti insomnia insial dan terminal, sering terbangun, dan hypersomnia adalah gejala yang lazim pada depresi. Diteliti bahwa *elektroensefalogram* (EEG) tidur pada kebanyakan penderita depresi menunjukkan adanya kelainan. Kelainan yang lazim seperti awitan tidur yang tertunda, pemendekan latensi *rapid eye movement* (REM) yaitu waktu antara jatuh tertidur dan periode REM pertama, peningkatan lama periode REM pertama, serta tidur delta abnormal^{1,24}.

(2) Faktor Genetik

Genetik diketahui memiliki pengaruh penting dalam gangguan depresi. Dikatakan pada generasi pertama, 2 sampai 10 kali lebih sering mengalami depresi berat. Ditemukan juga dua dari tiga studi bahwa gangguan depresi berat diturunkan secara genetik.

Anak biologis dari orang tua yang terkena gangguan depresi berisiko untuk mengalami depresi, walaupun anak tersebut dibesarkan oleh keluarga angkat (yang tidak memiliki gangguan). Kembar monozigot memiliki prevalensi sebanyak 53-69% pada kembarannya jika salah satu mengalami gangguan⁴ depresi, sedangkan pada anak kembar dizigot prevalensinya

sekitar 13-28%.Kelainan genetik ini dilaporkan berhubungan dengan kromosom 5,11,18, dan X^{1,24}.

(3) Faktor Psikososial

Peristiwa kehidupan yang membuat seseorang merasa tertekan (stress) dapat mencetuskan terjadinya depresi. Sejumlah klinisi yakin bahwa peristiwa hidup memegang peran utama dalam depresi, klinisi lain mengajukan peristiwa hidup hanya memegang peran terbatas dalam awitan dan waktu depresi. Stessor lingkungan yang paling sering menyebabkan awitan episode depresi adalah kematian pasangan¹.

(4) Faktor Kepribadian

Tidak ada satupun ciri bawaan atau jenis kepribadian yang secara khas menunjukkan predisposisi seseorang mengalami depresi. Semua orang, apapun pola kepribadiannya, dapat mengalami depresi sesuai dengan situasinya. Orang dengan gangguan kepribadian obsesi-kompulsi, histrionik dan ambang, lebih berisiko tinggi untuk mengalami depresi disbanding dengan gangguan kepribadian paranoid atau antisosial¹.

(5) Faktor Psikodinamik

Pemahaman psikodinamik depresi yang dijelaskan Sigmund Freud dan dikembangkan oleh Karl Abraham dikenal sebagai pandangan klasik mengenai depresi. Teori ini meliputi 4 poin penting : (1) gangguan hubungan ibu dan bayi selama fase oral (10 sampai 18 bulan pertama kehidupan menjadi predisposisi kerentanan selanjutnya terhadap depresi, (2) kehilangan objek yang nyara atau khayalan dapat dihubungkan dengan depresi, (3)

mekanisme pertahanan yang dilakukan untuk menghadapi pendereritan akibat kehilangan objek sebagai introyeksi (4) kehilangan objek yang dianggap sebagai campuran cinta dan benci sehingga perasaan marah diarahkan kepada diri sendiri. Edith Jacobson melihat keadaan depresi serupa dengan anak yang tidak berkekuatan dan tidak berdaya yang menjadi korban penyiksaan orang tua. Anak merasakan dirinya seperti yang diidentifikasi sesuai dengan aspek negatif orang tua yang menyiksa, sedangkan sifat sadis orang tua ditransformasikan menjadi superego yang kejam¹.

Konsep Heinz Kohut mengenai depresi bahwa perkembangan jiwa mempunyai kebutuhan spesifik yang harus dipenuhi oleh orang tua terhadap anaknya yaitu memberikan rasa positif, percaya diri . Jika orang yang diharapkan tidak memenuhi kebutuhan ini akan terjadi kehilangan kepercayaan diri yang besar yang muncul sebagai depresi. John Bowlby meyakini bahwa rusaknya keeratan awal dan trauma akibat perpisahan traumatik di masa kanak-kanak menjadi predisposisi terjadinya depresi²⁴.

2.4.3 Gejala Depresi

Menurut *Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders* (DSM) kelima dijelaskan sebagai berikut:

1) Gejala utama (pada derajat ringan, sedang dan berat):

- Afek depresif
- Kehilangan minat dan kegembiraan, dan
- Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

2) Gejala lainnya :

- Konsentrasi dan perhatian berkurang
- Harga diri dan kepercayaan diri berkurang
- Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
- Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri
- Tidur terganggu
- Nafsu makan berkurang²³

2.4.4 Kriteria Diagnostik Depresi

Kriteria dari kondisi depresi ialah keadaan persisten abnormal penurunan mood (merasa sedih, murung, tidak bahagia) dan/atau kehilangan minat pada aktivitas lain. Gejala dan tanda fisik (gangguan tidur, energi, nafsu makan dan libido), emosional (penurunan mood yang terdepresi, kecemasan, menangis), atau kognitif (rasa bersalah, pesimis dan bunuh diri).

1) Episode Depresif Ringan (F32.0)

- Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut di atas
- Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya
- Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya
- Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu
- Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.

2) Episode Depresif Sedang (F32.1)

- Sekurang-kurangnya harus ada 3 dari 3 gejala utama depresi seperti pada depresi ringan
- Ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya
- Lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu
- Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga

3) Episode Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik (F32.2)

- Semua 3 gejala utama depresi harus ada
- Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa di antaranya harus berintensitas berat
- Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak

mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci.

Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapat dibenarkan.

- Episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat akan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu.
- Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas

6) Episode Depresi Berat dengan Gejala Psikotik (F32.3)

- Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut F32.3 tersebut di atas
- Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor.

Jika dibutuhkan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (*mood-congruent*)²³

2.4.5 Penatalaksanaan Depresi

Terapi pasien depresi harus ditujukan pada beberapa tujuan. Pertama, keamanan pasien harus terjamin. Kedua, evaluasi diagnostik lengkap pada pasien harus dilakukan. Ketiga, rencana terapi yang

ditujukan tidak hanya gejala saat itu tetapi kesejahteraan pasien di masa mendatang juga harus dimulai. Terapi saat ini yang menekankan pada farmakoterapi dan psikoterapi ditujukan pada pasien secara individual, peristiwa hidup yang penuh tekanan dikaitkan dengan meningkatnya kekambuhan pada pasien depresi. Dengan demikian, terapi harus menurunkan jumlah dan keparahan stressor di dalam kehidupan pasien.

1) Rawat Inap

Indikasi rawat inap ditujukan untuk kebutuhan prosedur diagnosis, risiko bunuh diri atau membunuh, dan kemampuan pasien yang menurun drastis untuk mendapatkan makanan dan tempat tinggal.

2) Terapi Psikososial

Terapi kombinasi psikoterapi dan farmakoterapi adalah terapi yang sebagian besar studi dan sebagian besar klinisi serta peneliti meyakini bahwa terapi kombinasi ini paling efektif pada gangguan depresi berat. Tiga jenis psikoterapi jangka pendek yaitu terapi kognitif, terapi interpersonal, dan terapi perilaku telah dipelajari untuk menentukan efektivitasnya dalam terapi gangguan depresi berat.

3) Farmakoterapi

SSRI adalah obat antidepresan yang paling luas digunakan di Amerika Serikat. Obat ini adalah agen pilihan karena efektif, mudah digunakan, efek sampingnya relatif lebih sedikit bahkan pada dosis tinggi. Dari agen yang lebih baru, citalopram (Celexa), escitalopram (Lexapro), bupropion, venvlafaksin (Effexor), fluvoxamin (Luvox) dan nefazodon telah

digunakan luas oleh psikiater. Indikasi utama antidepresan adalah episode depresi berat. Gejala pertama yang akan membaik adalah pola tidur dan nafsu makan. Agitasi, ansietas, episode depresif, dan rasa putus asa adalah gejala yang selanjutnya akan membaik. Gejala target lainnya adalah kurang tenaga, konsentrasi buruk, ketidakberdayaan, dan menurunnya libido. Edukasi pada pasien yang adekuat mengenai penggunaan antidepresan adalah hal yang sama pentingnya dengan memilih obat serta dosis yang paling tepat untuk keberhasilan terapi^{1,24}.

2.5 BDI (Beck Depression Inventory)

Beck Depression Inventory merupakan instrumen dalam mengukur derajat depresi dikembangkan oleh Beck *et al* dengan mengandalkan teori distorsi kognitif negatif sebagai pusat depresi. BDI II berisi 21 item dengan skala 4 poin dari 0 (gejala tidak ada) sampai 3 (gejala parah). Dalam kesehatan, BDI-II digunakan sebagai alat skrining untuk mendeteksi depresi pada populasi normal atau sebagai alat untuk menilai keparahan gejala pada populasi klinis. Klasifikasi nilai pada BDI-II :

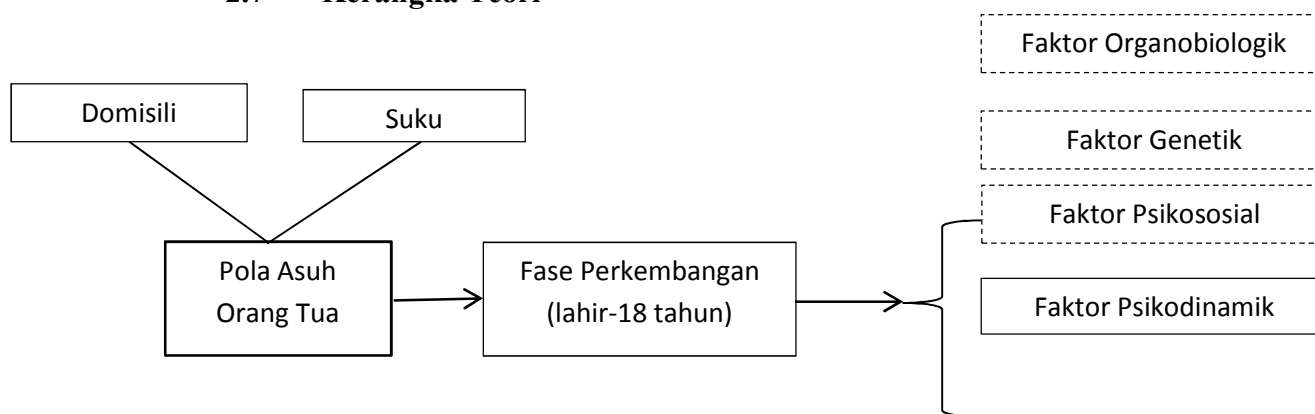
- (1) nilai 0-9 menandakan tidak ada gejala depresi
- (2) nilai 10-15 menandakan adanya depresi ringan
- (3) nilai 16-23 menandakan adanya depresi sedang
- (4) nilai 24-63 menandakan adanya depresi berat²⁵

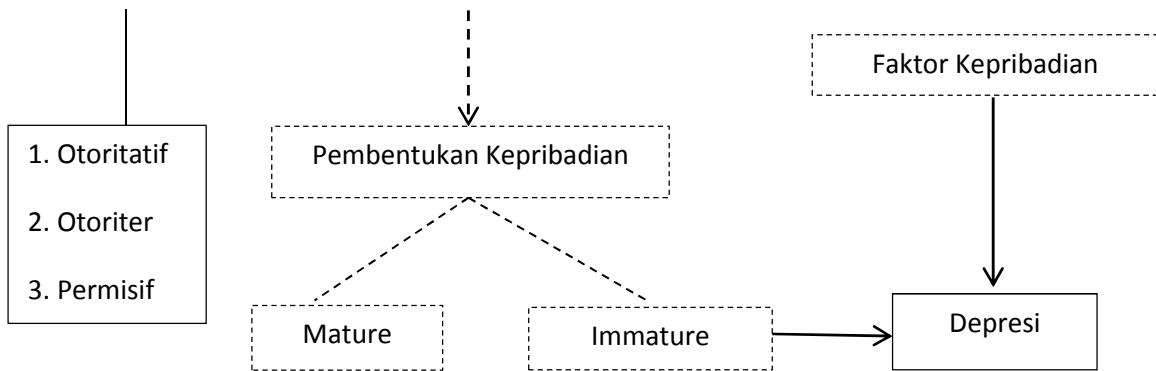
2.6 Hubungan Pola Asuh Orang Tua dengan Tingkat Depresi

Pola asuh orang tua sebagai faktor psikodinamik depresi menjelaskan pentingnya peran orang tua dalam kematangan perkembangan jiwa anak. Berdasarkan konsep-konsep terkait dengan masalah yang dihubungkan dengan depresi, terdapat dua tipe kerentanan terhadap depresi, yaitu *dependent* dan *self-critical*. Subtipe *dependent* mempunyai pola kelectatan

insecure-ambivalent, yaitu anak dengan riwayat seperti mudah frustrasi, sangat cemas, hubungan sosial yang kurang bagus dan tidak berdaya, yang diakibatkan oleh pola asuh orang tua yang sangat menuruti kemauan anak. Sedangkan subtype *self-critical* memiliki ciri ketergantungan yang berlebihan, tidak mementingkan hubungan dekat tetapi terpreokupasi dengan masalah harga diri dan otonomi. Hal ini diakibatkan oleh pola asuh orang tua yang terlalu mengontrol, menolak, menghakimi atau sering menghukum²⁶. Penelitian yang dilakukan Diah Dinar Utari sebanyak 231 subjek, sebagian besar responden mendapatkan pola asuh demokratis sebanyak 96,53% dan sisanya mendapatkan pola asuh otoriter dan gabungan masing-masing sebanyak 1,3%, dan sebanyak 0,87% mendapatkan pola asuh permisif dan terdapat tingkat depresi yang dialami mahasiswa kedokteran UGM tahun kedua kelas reguler tahun 2014 sebesar 23,8%⁶.

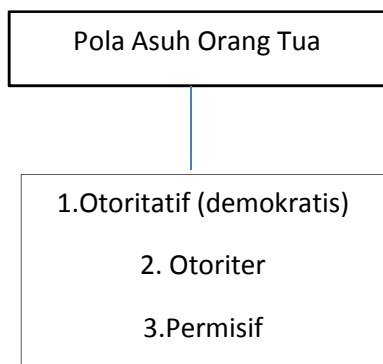
2.7 Kerangka Teori



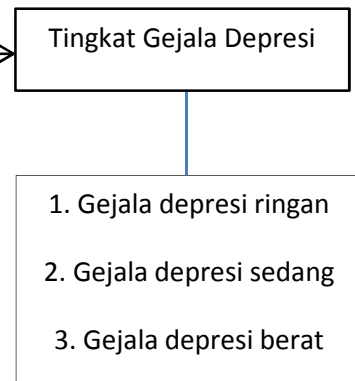


Gambar 2.7

2.8 Kerangka Konsep
Variabel Independen



Variabel Dependen



Gambar 2.8

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan obeservasional analitik yaitu dengan desain survei *Cross Sectional* yang bertujuan mengetahui sebab dan akibat yang terjadi pada objek penelitian yang diukur atau dikumpulkan dalam waktu bersamaan.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari 2021 – Februari 2021

3.3 Populasi Penelitian

3.3.1 Populasi Umum

Populasi umum pada penelitian ini adalah seluruh mahasiswa kedokteran di Universitas HKBP Nommensen

3.3.2 Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah mahasiswa kedokteran tahun pertama, kedua dan ketiga di Universitas HKBP Nommensen

3.4 Sampel dan Cara Pemilihan Sampel

3.4.1 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah mahasiswa angkatan 2018,2019 dan 2020 yang aktif pada periode 2020-2021 sebanyak 106 mahasiswa

3.4.2 Cara Pemilihan Sampel

Cara pemilihan sampel pada penelitian ini adalah menggunakan *Purposive Sampling*

3.5 Estimasi Besar Sampel

$$n1 = n2 = \left(\frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P1Q1 + P2Q2}}{P1 - P2} \right)^2$$

$$n1 = n2 = \left(\frac{1,96\sqrt{2 \times 0,56 \times 0,44} + 0,84\sqrt{0,71 \times 0,29 + 0,41 \times 0,59}}{0,3} \right)^2$$

$$= 41,7 \approx 42$$

$$= 42 \times 2 = 84$$

$Z\alpha$: deviat baku alfa penelitian 2 arah = 1,96

$Z\beta$: deviat baku beta penelitian 2 arah = 0,84

P_2 : proporsi variabel yang diteliti pada kelompok yang sudah diketahui nilainya = 0,41¹¹

$P_1 - P_2$: Selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna 30% = 0,30

P_1 : 0,71

Q_1 : 1 - P_1

$$: 1 - 0,71 = 0,29$$

Q_2 : 1 - P_2

$$: 1 - 0,41 = 0,59$$

P : Proporsi total = $\left(\frac{P_1 + P_2}{2} \right) = \left(\frac{0,71 + 0,41}{2} \right) = 0,56$

Q : 1 - P

$$: 1 - 0,56 = 0,44$$

Berdasarkan rumus kompartif kategorik tidak berpasangan dengan penelitian dua arah minimal 84 sampel. Pada penelitian ini jumlah sampel yang diambil sebanyak 106 sampel.

3.6 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.6.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah Mahasiswa Program Studi Sarjana Kedokteran tahun pertama, kedua dan ketiga yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

3.6.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria Eksklusi adalah mahasiswa yang mengalami gejala depresi disebabkan kondisi medis dan sedang mengkonsumsi obat-obatan antidepresan selama 2 minggu terakhir, mahasiswa yang sedang mengalami kehilangan orang terkasih selama 2 minggu terakhir, mahasiswa yang tidak bersedia berpartisipasi.

3.7 Metode Pengumpulan Data

Data diperoleh dari mahasiswa angkatan 2018,2019 dan 2020 yang aktif melalui lembar kuesioner pola asuh dengan PAQ (*Parental Authority Questionnaire*) dan kuesioner depresi dengan BDI II (*Beck Depression Inventory II*)

3.8 Cara Kerja

- (1) Permohonan izin kepada FK Universitas HKBP Nommensen
- (2) Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Mahasiswa Program Studi Sarjana Kedokteran tahun pertama, kedua dan ketiga yang sedang aktif mengikuti perkuliahan mengisi kuesioner menggunakan google form. Mahasiswa di *briefing* personal terlebih dahulu dan menanyakan riwayat pemakaian obat antidepresan dan apakah baru kehilangan orang terkasih dalam 2 minggu terakhir. Mahasiswa yang diketahui memiliki riwayat pemakaian obat antidepresan dan baru kehilangan orang terkasih dalam 2 minggu terakhir ditetapkan sebagai kriteria eksklusi. Mahasiswa yang tidak termasuk kriteria eksklusi diberi inform consent apakah bersedia berpartisipasi mengisi kuesioner. Kemudian partisipan mengisi lembar penilaian tentang pola asuh dan tingkat gejala depresi.
- (3) Memeriksa kelengkapan data
- (4) Menganalisis data .
- (5) Mengisi laporan

3.9 Identifikasi Variabel

3.9.1 Variabel Bebas

Pola Asuh Orang tua

3.9.2 Variabel Terikat

Tingkat Gejala Depresi

3.10 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Defenisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria	Hasil Ukur	Skala Data
Pola Asuh Orang tua	Cara Orang tua dalam merawat dan mendidik anak	Kuesioner PAQ (<i>Personal Authority Questionnaire</i>)	Otoriter, Otoritatif dan permisif	Otoriter dengan indikator pernyataan : 2,3,7,9,12,18,25,26,29 Demokratis: 8,11,20,22,23,27,30 Permisif: 6,13,14,17,19,21,24	Kategorik

Gejala Depresi	Kumpulan perilaku dan perasaan yang secara spesifik dikelompokkan sebagai depresi	dari dan secara dapat	Kuesioner BDI II (<i>Beck Depression Inventory II</i>)	Ringan, Sedang dan Berat	10-15: Ringan 16-23 : Sedang 24-63 : Berat	Kategorik
----------------	---	-----------------------	--	--------------------------	--	-----------

3.11 Metode Analisa Data

3.11.1 Analisis data Univariat

Ditampilkan dalam bentuk proporsi. Data univariat ialah data pola asuh orang tua dan gejala depresi.

3.11.2 Analisis data Bivariat

Setelah hubungan antara pola asuh orang tua dengan tingkat gejala depresi dengan uji *chi-square* dengan alternatif uji *Fisher exact*²⁷.