



**KECENDERUNGAN DEPRESI PADA KELUARGA
PASIEN SKIZOFRENIA**

SRI IDAIANI M

TESIS

**BAGIAN PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
RUMAH SAKIT DOKTER KARIADI
2003**

UPT-PUSTAK-UNDIP

KECENDERUNGAN DEPRESI PADA KELUARGA PASIHEN SKIZOFRENIA

**Diajukan kepada Bagian Psikiatri
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Sebagai syarat untuk memperoleh gelar dokter spesialis
Dalam bidang Psikiatri**

**Oleh :
Sri Idaiani**

**BAGIAN PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
RUMAH SAKIT DOKTER KARIADI
2003**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : KECENDERUNGAN DEPRESI PADA
KELUARGA PASIEN SKIZOFRENIA
Ruang Lingkup : Psikiatri (Ilmu Kedokteran Jiwa).
Nama Peneliti : Dr Sri Idaiani
NIM : G3G098043
Bagian : Psikiatri
Pembimbing : Dr MS Hartono, SpKJ

Semarang, Februari 2003

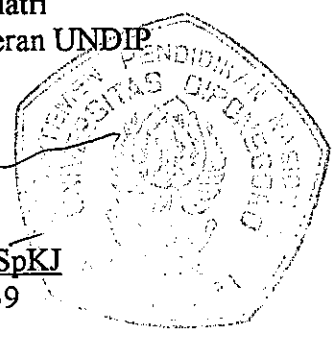
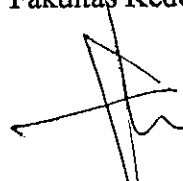
Peneliti



Dr Sri Idaiani

Disetujui oleh :

Ketua Program Studi PPDS I
Bagian Psikiatri
Fakultas Kedokteran UNDIP



Dr MS Hartono, SpKJ
NIP 130285639

Pembimbing



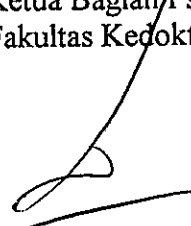
Dr MS Hartono, SpKJ
NIP 130285639

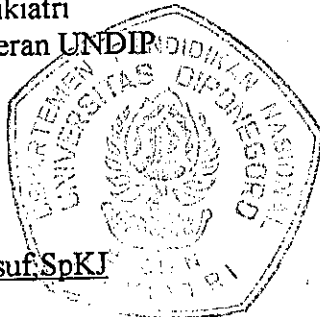
Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar
Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa (Psikiatri)

Hasil penelitian ini merupakan milik
Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro / Rumah Sakit Dr Kariadi

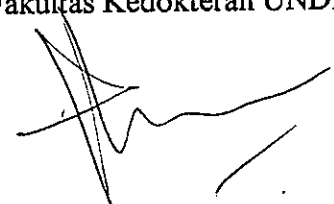
Telah diajukan dan disetujui
Semarang, Februari 2003

Ketua Bagian/Psikiatri
Fakultas Kedokteran UNDIP


Dr H. Ismed Yusuf, SpKJ
NIP 130529445



Ketua Program Studi PPDS I
Fakultas Kedokteran UNDIP


Dr MS Hartono, SpKJ
NIP 130285639

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa , atas berkat dan rahmatNya sehingga saya dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Kecenderungan Depresi pada Keluarga Pasien Skizofrenia”. Tesis ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis I bidang Psikiatri pada Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya terutama kepada :

1. Dr. H. Ismed Yusuf, SpKJ sebagai Ketua Bagian / Kepala SMF Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro / Rumah Sakit Dr Kariadi yang telah memberikan kesempatan dan membimbing saya selama mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I Psikiatri.
2. Dr. MS Hartono, SpKJ sebagai Ketua Program Studi Program Pendidikan Dokter Spesialis I Psikiatri. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang selalu membimbing dan mengarahkan saya agar dapat meningkatkan pengetahuan dalam bidang Psikiatri serta dengan penuh kesabaran membimbing saya sehingga tesis ini dapat saya selesaikan.
3. DR. Dr. Hertanto W Subagio, MS yang membantu dalam memberikan bimbingan mengenai metodologi dan analisis data tesis ini.
4. Dra. Sri Hartati, MS yang telah membantu memberikan saran-saran mengenai pembuatan kuesioner tesis ini.

5. Dr. Nana Lestari, SpKJ, Dr. Anggraini Noviasuti, SpKJ, Dr. Achmad Alaydrus, SpKJ sebagai staf pengajar Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang telah memberikan bimbingan dan mengarahkan saya selama mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I Psikiatri..
6. Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada saya melaksanakan penelitian ini sehingga selesai.
7. Seluruh Psikiater di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang yang turut membimbing, mengarahkan saya dalam mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I Psikiatri.
8. Sejawat peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis I Psikiatri dan Paramedis bagian Psikiatri Rumah Sakit Dr. Kariadi dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang yang ikut membantu dan memberikan kerjasama yang baik selama saya menempuh pendidikan..

Saya mengharapkan agar tesis ini dapat menjadi sumbangan dalam pengembangan ilmu, khususnya bidang Psikiatri (Ilmu Kedokteran Jiwa) serta dapat memberikan manfaat kepada masyarakat luas. Saya tetap mengharapkan saran serta kritik yang membangun untuk kesempurnaan tesis ini.

Semarang, Februari 2003

Sri Idaiani

ABSTRAK

KECENDERUNGAN DEPRESI PADA KELUARGA PASIEN SKIZOFRENIA

Sri Idaiani, MS Hartono

Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Latar belakang dan tujuan : Keluarga pasien skizofrenia mempunyai beban yang menimbulkan masalah emosional. Masalah emosional yang dapat timbul adalah depresi oleh karena depresi sering dihubungkan dengan peristiwa-peristiwa hidup atau stres kronik. Timbulnya depresi tergantung beberapa faktor yang saling mempengaruhi antara lain faktor stresor termasuk lama stresor dan dukungan sosial. Kenyataan yang ada hampir tidak ada keluarga pasien skizofrenia yang mengeluhkan masalah emosional tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kecenderungan depresi pada keluarga pasien skizofrenia dibandingkan keluarga pasien psikosis akut, untuk mengetahui hubungan lama sakit pasien skizofrenia dengan kecenderungan depresi pada keluarganya dan untuk mengetahui hubungan persepsi dukungan sosial dengan kecenderungan depresi pada keluarga pasien skizofrenia.

Metode : Subyek penelitian adalah 217 individu keluarga pasien skizofrenia dan 151 individu keluarga pasien psikosis akut, diperoleh secara *consecutive sampling*. Bentuk penelitian adalah analitik dengan pendekatan belah lintang. Disamping data demografi dan lama sakit pasien, dipergunakan *Beck Depression Inventory* dan kuesioner Persepsi Dukungan Sosial yang sebelumnya diuji validitas dan *reliability*. Data diolah dengan program SPSS versi 10.0. Analisis yang dipergunakan adalah *t test*, teknik korelasi Spearman rho dan Pearson.

Hasil: Rerata skor depresi pada keluarga pasien skizofrenia adalah 11,96 sedangkan keluarga pasien psikosis akut adalah 3,85 dengan hasil *t test* 10,493, $p = 0,00$. Hubungan antara lama sakit pasien skizofrenia dengan skor depresi pada keluarganya adalah $\rho = -0,135$, $p = 0,05$. Hubungan antara persepsi dukungan sosial dengan skor kecenderungan depresi pada keluarga pasien skizofrenia adalah $r = -0,699$, $p = 0,00$.

Kesimpulan : Keluarga pasien skizofrenia mempunyai kecenderungan depresi dibandingkan dengan keluarga pasien psikosis akut, terdapat hubungan yang lemah antara lama sakit pasien skizofrenia dengan skor depresi pada keluarganya dan terdapat hubungan negatif yang kuat antara persepsi dukungan sosial dengan skor depresi pada keluarga pasien skizofrenia.

Kata kunci: keluarga pasien skizofrenia, depresi keluarga pasien, persepsi dukungan sosial

DAFTAR ISI

	halaman
Halaman judul.....	i
Halaman pengesahan.....	iii
Kata Pengantar	v
Abstrak.....	vii
Daftar Isi	viii
Daftar tabel	ix
Daftar gambar	x
Bab I Pendahuluan	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Perumusan masalah	3
1.3 Tujuan penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan umum.....	3
1.3.2 Tujuan khusus	3
1.4 Manfaat penelitian	4
1.4.1 Segi ilmiah	4
1.4.2 Segi pelayanan	4
Bab II Tinjauan Pustaka	5
2.1 Keluarga pasien skizofrenia	5
2.1.1 Stres, stresor dan faktor-faktor yang berhubungan	6
2.2 Depresi.....	9
2.2.1 Definisi dan batasan	9
2.2.2 Epidemiologi	10
2.2.3 Faktor-faktor risiko	10
2.2.4 Etiologi	12
2.2.4.1 Teori psikologik	13
2.2.4.1.1 Teori psikoanalitik / psikodinamik	13
2.2.4.1.2 Teori ketidakberdayaan yang didapat	14
2.2.4.1.3 Teori kognitif	14
	viii

2.2.4.2	Teori neurobiologik	17
2.2.4.2.1	Abnormalitas neurotransmiter	17
2.2.4.2.2	Abnormalitas endokrin	18
2.2.4.2.3	Perubahan area tertentu pada pencitraan otak	19
2.2.4.2.4	Faktor genetik atau hereditas	19
2.2.4.2.5	Faktor neurobiologik lain	21
2.2.4.3	Teori psikososial	21
2.2.5	Gejala klinik	23
2.2.6	Alat Ukur	23
2.2.7	Terapi	24
2.3	Dukungan sosial	25
2.3.1	Pengertian	25
2.3.2	Jenis dukungan sosial	26
2.3.3	Hubungan dukungan sosial dengan kesehatan	27
2.4	Kerangka teori	29
2.5	Kerangka konsep	30
2.6	Hipotesis	30
BAB III Metode Penelitian		31
3.1	Rancangan penelitian	31
3.2	Tempat penelitian	31
3.3	Waktu penelitian	31
3.4	Populasi dan sampel	31
3.4.1	Populasi	31
3.4.2	Sampel atau subyek	32
3.4.2.1	Syarat penerimaan sampel	32
3.4.2.2	Perkiraan jumlah sampel	32
3.4.2.3	Cara pengambilan sampel	34
3.5	Identifikasi variabel penelitian	34
3.6	Alat ukur	34
3.6.1	Alat pengukur depresi Beck	34
3.6.2	Kuesioner persepsi dukungan sosial	36

3.6.3	Validitas dan <i>reliability</i> alat ukur	37
3.7	Alur penelitian.....	38
3.8	Proses penelitian.....	38
3.8.1	Tahap uji validitas alat ukur.....	38
3.8.2	Tahap penelitian inti.....	39
3.9	Analisis data	39
3.10	Definisi operasional.....	40
BAB IV Hasil Penelitian		41
4.1	Uji validitas dan <i>reliability</i> alat ukur	41
4.1.1	Uji validitas dan <i>reliability</i> alat pengukur depresi Beck	41
4.1.2	Uji validitas dan <i>reliability</i> kuesioner persepsi dukungan sosial	41
4.2	Penelitian inti (uji hipotesis)	43
4.2.1	Karakteristik demografi	43
4.2.2	Perbedaan depresi pada keluarga pasien skizo - frenia dengan depresi pada keluarga pasien psi- kosis akut	45
4.2.3	Hubungan lama sakit pasien skizofrenia dengan depresi pada keluarga pasien.....	46
4.2.4	Hubungan persepsi dukungan sosial dengan depresi pada keluarga pasien skizofrenia.....	46
BAB V Pembahasan		48
5.1	Hipotesis 1	49
5.2	Hipotesis 2	50
5.3	Hipotesis 3	51
5.4	Keterbatasan penelitian	51
BAB VI Kesimpulan		53
BAB VII Saran		54

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Faktor-faktor risiko depresi mayor	12
Tabel 2 Perubahan neurotransmitter dan metabolit yang paling sering dilaporkan pada pasien depresi	18
Tabel 3 Perbandingan alat ukur depresi	24
Tabel 4 Sebaran butir BDI	36
Tabel 5 Rancangan kuesioner persepsi dukungan sosial	37
Tabel 6 Sebaran butir yang valid dan gugur	41
Tabel 7 Rincian sebaran butir kuesioner persepsi dukungan sosial setelah diurutkan kembali	42
Tabel 8 Karakteristik demografi keluarga	43
Tabel 9 Perbedaan depresi pada keluarga pasien skizofrenia dan keluarga pasien psikosis akut	45
Tabel 10 Lama sakit pasien skizofrenia dengan depresi pada keluarga pasien	46

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Faktor-faktor yang berperan terhadap intensitas respon stres.....	9
Gambar 2 Diagram hubungan persepsi dukungan sosial pada keluarga pasien skizofrenia dengan kecenderungan depresi pada keluarga pasien skizofrenia.....	47

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Skizofrenia adalah salah satu gangguan jiwa yang menimbulkan dampak berupa beban bagi individu yang menderita gangguan tersebut dan juga terhadap keluarga serta masyarakat¹. Beban tersebut bermacam-macam antara lain hilangnya produktivitas, masalah keuangan, gangguan-gangguan pada aktivitas rutin keluarga, stigma yang dibentuk masyarakat dan juga menimbulkan reaksi atau dampak emosional bagi keluarga yang merawat atau tinggal bersama pasien sehubungan hendaya-hendaya yang terjadi pada pasien skizofrenia^{1,2}.

Khusus mengenai reaksi atau dampak emosional yang dialami keluarga, hingga saat ini belum banyak dibahas secara mendalam. Kepustakaan-kepustakaan yang ada hanya menyinggung secara singkat masalah emosional tersebut. Masalah emosional yang dapat timbul oleh karena stres fisik dan psikis dapat berupa anxietas, gangguan mood termasuk gangguan penyesuaian dan depresi, psikosomatis bahkan psikosis³. Kenyataan yang terjadi adalah sangat sedikit bahkan hampir tidak ada keluarga pasien skizofrenia datang meminta pengobatan atas gangguan emosional yang dirasakan mereka. Secara umum tidak tampak perbedaan dalam hal masalah emosional diantara para keluarga pasien gangguan jiwa. Misalnya, keluarga pasien skizofrenia tidak tampak lebih terganggu secara emosional dibandingkan keluarga pasien gangguan jiwa lain seperti psikosis akut dan sementara. Hal ini perlu diteliti oleh karena masalah –

masalah emosional tersebut harus diatasi agar tidak timbul beban yang lebih besar bagi keluarga.

Melalui penelitian ini ingin dibuktikan apakah keluarga pasien skizofrenia mengalami problem emosional berupa kecenderungan depresi dengan cara membandingkannya dengan keluarga pasien psikosis akut dan sementara oleh karena kedua gangguan tersebut merupakan gangguan psikosis. Gangguan emosional yang dipilih adalah kecenderungan depresi oleh karena depresi lebih banyak berhubungan dengan peristiwa-peristiwa hidup atau kesulitan-kesulitan yang berlangsung kronik^{3,4,5}. Tampak bahwa faktor waktu yaitu lama merawat atau hidup bersama pasien gangguan jiwa psikosis berperan dalam timbulnya depresi pada keluarga pasien.

Untuk terjadinya depresi, terdapat beberapa faktor yang berpengaruh. Faktor-faktor tersebut antara lain faktor biologik, faktor psikologik dan faktor sosial⁴. Salah satu faktor psikososial yang penting adalah dukungan sosial⁴. Dukungan sosial berfungsi sebagai penawar terjadinya stres^{5,6}. Dukungan sosial yang tinggi akan mengurangi risiko terjadinya depresi^{5,6}. Salah satu hal yang menarik adalah mengenai peran dukungan sosial ditengah-tengah stresor atau kesulitan-kesulitan yang berlangsung kronik.

1.2 Perumusan masalah

1. Apakah terdapat perbedaan kecenderungan depresi pada individu keluarga pasien skizofrenia dibandingkan dengan individu keluarga pasien psikosis akut ?
2. Apakah terdapat hubungan antara lama sakit pasien skizofrenia dengan kecenderungan depresi pada individu anggota keluarga pasien skizofrenia ?
3. Apakah terdapat hubungan antara persepsi dukungan sosial dengan kecenderungan depresi pada individu keluarga pasien skizofrenia ?

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum :

1. untuk mengetahui kecenderungan depresi pada individu keluarga pasien skizofrenia.

1.3.2 Tujuan khusus :

1. untuk mengetahui hubungan lama sakit pasien skizofrenia dengan kecenderungan depresi pada individu anggota keluarga pasien skizofrenia.
2. untuk mengetahui hubungan persepsi dukungan sosial dengan kecenderungan depresi pada keluarga pasien skizofrenia

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Segi ilmiah

- Penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi mengenai salah satu aspek psikososial yang dihadapi keluarga pasien skizofrenia.

1.4.2 Segi pelayanan

- Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk melakukan usaha-usaha pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keluarga pasien skizofrenia

Skizofrenia adalah penyakit yang menahun, cenderung kambuh dan mempunyai stigma sehingga menimbulkan banyak masalah bagi pasien maupun bagi keluarganya. Mengembalikan pasien skizofrenia pada masyarakat sering menimbulkan kesulitan-kesulitan pada keluarganya^{4,7}. Terdapat 2 problem yang dihadapi keluarga pasien skizofrenia yaitu: 1) masalah yang berhubungan dengan penarikan sosial (*social withdrawal*) karena pasien skizofrenia tidak dapat berinteraksi dengan anggota keluarga lain oleh karena mereka tampak lamban, pembicaraannya sedikit, tidak memiliki minat dan menelantarkan diri mereka sendiri dan 2) masalah yang berhubungan dengan gangguan dan perilaku sosial yang memalukan seperti tidak bisa istirahat, aneh, adanya ancaman kekerasan dan sebagainya⁴.

Keluarga pasien skizofrenia biasanya merasa cemas, depresi, bersalah atau bingung. Kesulitan lain timbul dengan adanya perbedaan pendapat diantara anggota keluarga dan menurunnya pengertian dan simpati dari teman dan tetangga⁴.

Beberapa negara meluncurkan program besar-besaran mengenai program kesehatan mental masyarakat (*community mental health*) tanpa mempertimbangkan beban yang dialami oleh keluarga². Sebenarnya telah banyak penelitian yang melaporkan adanya beban pada keluarga pasien gangguan jiwa.

Penelitian-penelitian tersebut umumnya memfokuskan pada keluarga pasien psikosis khususnya skizofrenia⁸. Sebuah penelitian yang dilakukan di India, yang budaya dan keadaan ekonominya berbeda dengan negara Barat menemukan bahwa mempunyai anggota keluarga yang mengalami gangguan psikiatrik akan menjadikan beban terhadap keluarga yaitu berdampak buruk terhadap kesehatan mereka, beban keuangan, gangguan aktivitas keluarga serta menghasilkan gejala-gejala stres².

Pada beberapa tahun terakhir ini, para ahli juga mulai memperhitungkan dampak-dampak yang ditimbulkan oleh gangguan psikiatrik. Hal ini disebabkan oleh besarnya biaya yang dikeluarkan pemerintah dan masyarakat dalam upaya mengobati penderita gangguan psikiatrik, hilangnya produktivitas serta peluang-peluang¹. Gangguan psikiatrik yang menjadi sorotan oleh karena menimbulkan beban serta dampak besar ini antara lain skizofrenia, depresi mayor dan keterbelakangan mental¹. Pernyataan lain menyebutkan bahwa terdapat 5 dari 10 penyakit yang menyebabkan hendaya yaitu depresi mayor, skizofrenia gangguan obsesif kompulsif, penggunaan alkohol berlebihan dan gangguan bipolar⁹.

Dari uraian di atas tampak bahwa memiliki anggota keluarga yang menderita skizofrenia merupakan suatu stresor. Selanjutnya akan diuraikan masalah yang berkaitan dengan stres, stresor serta respon yang ditimbulkannya.

2.1.1 Stres, stresor dan faktor-faktor yang berhubungan.

Stresor psikososial adalah setiap peristiwa atau keadaan yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga seseorang terpaksa mengadakan

adaptasi atau menanggulangi stresor yang timbul¹⁰. Stres adalah respon terhadap stresor atau lebih lengkap dijabarkan sebagai suatu gangguan fisiologik atau respon psikologik yang timbul oleh adanya ancaman terhadap kemampuan seseorang mengatasi masalah^{10,11}. Sumber stres dapat berupa peristiwa-peristiwa hidup yang mengancam kesehatan fisik dan psikologik seseorang dengan karakteristik sebagai suatu perubahan, frustrasi, konflik, kebosanan dan trauma⁶.

Disamping hal tersebut di atas terdapat mediator stres yang turut menentukan intensitas reaksi stres. Mediator tersebut berupa apakah peristiwa tersebut dapat dikontrol, dapat diperkirakan, bagaimana interpretasi kognitif orang tersebut, intensitas dan lama stresor itu sendiri dan bagaimana kemampuan seseorang mengatasi masalah (*coping skills*) serta dukungan sosial yang ada^{6,11}. Apabila suatu peristiwa dapat dikontrol atau diperkirakan, maka semakin kecil menimbulkan stres. Bagaimana seseorang memandang suatu peristiwa juga memainkan peran, misalnya sebagian orang menganggap peristiwa-peristiwa hidup yang dialaminya justru merupakan tantangan yang harus dihadapi. Kemampuan seseorang mengatasi masalah dipengaruhi faktor-faktor kepribadian serta sering tidaknya suatu stresor terjadi, apabila stresor tersebut telah sering terjadi kemungkinan orang akan mampu mengatasinya. Dukungan sosial yang didapatkan dari teman, keluarga juga dapat menurunkan stres yang mungkin timbul¹¹.

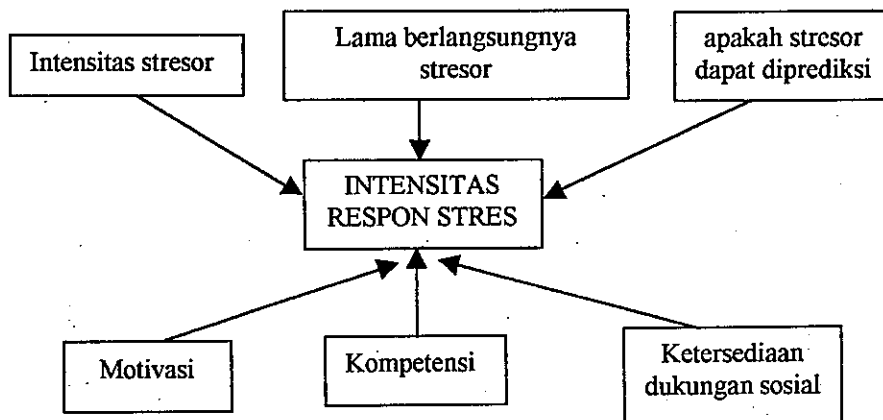
Reaksi - reaksi yang muncul akibat stres dapat berupa reaksi fisiologik, psikologik dan gangguan kognitif^{6,11,12}. Reaksi fisiologik tubuh misalnya meningkatnya tekanan darah, sakit kepala, mual, muntah, diare, ketegangan otot

sampai dengan serangan jantung dan penyakit kanker. Reaksi psikologik misalnya kemarahan, kecemasan, kekecewan dan depresi. Gangguan kognitif yang mungkin timbul misalnya sulit konsentrasi, tidak dapat memusatkan perhatian dan sebagainya.

Tidak semua reaksi stres merupakan suatu gangguan mental. Pada beberapa keadaan adanya stres justru memperkuat kepribadian seseorang atau disebut eustres, sebaliknya apabila suatu stres mulai dirasakan mengancam, maka disebut sebagai distres¹³.

Reaksi yang timbul akibat suatu stresor berbeda antara satu orang dengan lainnya. Apakah suatu stresor akan menimbulkan sekedar kemarahan biasa, anxiety atau depresi tidak dapat dipastikan atau dapat juga terjadi lebih dari satu reaksi pada seseorang. Satu hal lagi yang masih menjadi pertanyaan adalah bagaimana faktor waktu memainkan peran terhadap timbulnya stres ?. Meskipun Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa Indonesia edisi II (PPDGJ II) menyatakan bahwa yang berperan menimbulkan gangguan psikiatrik adalah peristiwa kehidupan atau stresor yang terjadi dalam satu tahun terakhir, tetapi pada Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa Indonesia edisi III (PPDGJ III) batasan waktu ini sudah tidak disebutkan lagi.

Pendapat lain mengatakan bahwa peristiwa-peristiwa kehidupan yang berlangsung lama atau stres kronik lebih banyak dihubungkan dengan depresi. Atas pertimbangan di atas, maka stres yang paling mungkin dialami keluarga pasien skizofrenia adalah depresi atau sindroma depresi^{3,4,5}.



Gambar 1 Faktor-faktor yang berperan terhadap intensitas respon stres¹²

2. 2 Depresi

2.2.1 Definisi dan batasan

Depresi adalah suatu corak perasaan yang dapat terjadi pada kondisi yang universal serta kapan saja dalam kehidupan seseorang dan merupakan suatu bentuk kontinum yang berkisar dari mood yang *swings* hingga keadaan yang patologis¹⁴. Depresi dapat juga dijabarkan sebagai : 1) suatu corak perasaan subyektif dan berlangsung dalam waktu yang singkat, atau 2) mood yaitu suatu keadaan yang berlangsung dalam waktu yang cukup panjang, atau 3) emosi yaitu suatu perasaan yang muncul sesuai indikasi yang obyektif, atau 3) suatu gangguan yang ditandai oleh sekelompok gejala dan bersifat kompleks¹⁴. Depresi mencakup keadaan yang luas mulai dari perasaan sedih, tidak berdaya, kehilangan semangat hingga suatu episode depresi mayor¹⁴. Mood depresi atau sedih adalah suatu reaksi yang normal terhadap kekecewaan atau kehilangan yang terjadi sebelumnya dan dapat memberikan manfaat terhadap kemampuan

seseorang untuk mempertahankan hidup¹⁴. Tidak demikian halnya dengan beberapa keadaan depresi seperti gangguan mood, yaitu suatu keadaan dimana seseorang menderita tekanan mental emosional ditambah dengan keluhan fisik dan beberapa gangguan dalam fungsi sehari-hari¹⁴.

2.2.2 Epidemiologi

Beberapa tahun terakhir ini banyak dilakukan penelitian epidemiologi mengenai depresi secara luas untuk mengetahui insiden, prevalensi dan faktor-faktor psikososial yang berhubungan dengan depresi. Hasil penelitian tersebut berbeda-beda dan tergantung pada alat ukur yang digunakan.. Hingga saat ini belum ada data pasti mengenai prevalensi depresi di Indonesia¹⁵. Mayer dan Gross menyebutkan 3 – 4 orang perseribu penduduk menderita gangguan afektif. Di negara-negara Skandinavia 7 – 10 per seribu penduduk menderita manik –depresif. Bila kasus-kasus neurotik dimasukkan, maka penderita gangguan afektif tersebut diperkirakan 4 – 8 per seratus penduduk¹⁵.

2.2.3 Faktor-faktor risiko

Terdapat berbagai karakteristik personal demografi maupun karakteristik kepribadian, faktor psikososial, penyakit yang diderita merupakan risiko timbulnya depresi.

Karakteristik personal demografi antara lain dipengaruhi jenis kelamin, umur, status sosial ekonomi dan status perkawinan. Wanita lebih banyak yang

menderita depresi dibandingkan pria^{4,5,16}. Depresi lebih kecil terjadi pada orang yang menikah dibanding yang tidak menikah^{5,16}.

Status sosial ekonomi masih belum dapat dipastikan peranannya, tergantung beberapa faktor lain. Sebagian berpendapat depresi lebih sering terjadi pada kelompok sosial ekonomi rendah^{5,16}. Sebagian penelitian tidak menemukan adanya perbedaan diantara kelompok sosial ekonomi rendah dengan sosial ekonomi tinggi¹⁶.

Depresi lebih tinggi pada usia muda dibandingkan usia tua yaitu lebih banyak pada kelompok umur < 45 tahun dibanding > 45 tahun⁵. Hal ini disebabkan pada usia muda terdapat faktor lingkungan yang dapat menyetuskannya, sedangkan pada usia tua lebih banyak dipengaruhi faktor biologik⁵.

Depresi lebih banyak dialami masyarakat kota dibandingkan pedesaan⁵. Faktor tempat dilakukan survei juga mempengaruhi hasil penelitian. Depresi lebih banyak didapatkan pada penelitian dengan latar belakang klinik dibandingkan dengan penelitian di masyarakat⁵.

Perlakuan seksual yang salah pada masa anak-anak (*child abuse*) dilaporkan berhubungan dengan awitan depresi pada masa dewasa baik pada pria maupun wanita¹⁷.

Pada umumnya penelitian-penelitian mengenai faktor-faktor risiko gangguan depresi ini lebih memfokuskan pada depresi mayor. Di bawah ini terdapat hasil-hasil penelitian tersebut.

Tabel 1 Faktor –faktor risiko depresi mayor⁵.

Faktor risiko	Depresi mayor
Jenis kelamin	wanita mempunyai risiko lebih tinggi dibandingkan pria
Ras / etnis	tidak berpengaruh
Status sosial ekonomi	sosial ekonomi rendah mempunyai risiko lebih tinggi
Status perkawinan	perpisahan dan bercerai mempunyai risiko lebih tinggi
Riwayat keluarga	orang yang mempunyai riwayat keluarga depresi mempunyai risiko lebih tinggi
Riwayat masa anak-anak	kematian orang tua pada masa anak dan lingkungan yang mempengaruhi masa anak menimbulkan depresi
Peristiwa hidup yang <i>stressfull</i>	peristiwa hidup yang negatif berhubungan dengan peningkatan risiko
Stres kronik	stres kronik berhubungan dengan peningkatan risiko
Tidak mempunyai rasa percaya diri	meningkatkan risiko, khususnya pada wanita
Tempat tinggal	daerah perkotaan lebih tinggi daripada pedesaan

Pada penderita penyakit yang bersifat akut, 40% menderita depresi. Pada penyakit kronis juga dapat disertai depresi yang bersifat sekunder. Penyakit-penyakit ini antara lain alzheimer, parkinson, *multiple sclerosis*, penyakit tiroid, diabetes melitus, penyakit ginjal dan adrenal, post miokard infark, gagal jantung kronik, stroke, kecacatan misalnya kehilangan pendengaran / penglihatan yang menyebabkan isolasi sosial. Obat-obat yang berkaitan dengan depresi antara lain antihipertensi, steroid, indometasin, obat kemoterapi, antiparkinson dan sebagainya¹⁸.

2.2.4 Etiologi

Etiologi depresi dijelaskan melalui pendekatan teori-teori depresi. Teori tersebut secara garis besar dikelompokkan menjadi : 1) teori psikologik, 2) teori neurobiologik dan 3) teori psikososial^{4,5}.

2.2.4.1 Teori psikologik

Teori psikologik antara lain teori psikoanalitik atau psikodinamik, teori pembelajaran yang didapat, teori kognitif.

2.2.4.1.1 Teori psikoanalitik / psikodinamik

Teori psikoanalitik mengenai depresi berasal dari teori Karl Abraham yang dikembangkan oleh Freud. Konsep teori ini ditulis dalam tulisan berjudul *Mourning and melancholia*. Pada *mourning* (kesedihan yang berhubungan dengan dukacita perkabungan) gejala timbul akibat kehilangan seseorang akibat kematian, sedangkan pada *melancholia* diakibatkan kehilangan berbagai bentuk yang dapat bersifat aktual atau bentuk abstrak. Freud menyatakan hal ini sebagai kehilangan suatu obyek. Obyek ini adalah satu obyek yang dicintai. Pada saat terjadi kehilangan, maka dapat muncul ambivalensi antara perasaan cinta dan bermusuhan terhadap obyek yang hilang tersebut secara bersamaan. Rasa permusuhan ini kemudian diarahkan pada diri sendiri dan menghasilkan rasa benci atau kecewa terhadap diri sendiri. Freud juga menambahkan bahwa hal ini diperberat oleh adanya faktor predisposisi yaitu adanya hambatan pada stadium oral di masa perkembangan. Stadium oral ini disebutkan sebagai posisi depresif yang bila tidak dilalui dengan baik akan berkembang menjadi depresi saat terjadi kehilangan terhadap suatu obyek di masa dewasanya^{4,5}.

2.2.4.1.2 Teori ketidakberdayaan yang didapat

Teori ini menerangkan depresi berdasarkan percobaan yang dilakukan pada hewan. Apabila hewan dihadapkan pada suatu stimulus yang tidak dapat dikontrolnya, maka kemudian akan muncul sindroma tingkah laku yang disebut sebagai ketidakberdayaan yang didapat. Perilaku ini antara lain menurunnya aktivitas, menurunnya *intake* makanan yang dalam sindroma klinik disebut *anhedonia*^{4,5}.

2.2.4.1.3 Teori kognitif

Teori kognitif mengenai depresi yang terkenal adalah teori kognitif Beck^{4,5}. Teori ini memuat aspek kepercayaan yang tidak wajar (*disfunctional belief*), skema diri yang negatif (*negative self schema*) dan triad kognitif yang negatif (*negative cognitive triad*)^{4,19}. Kepercayaan yang tidak wajar adalah sikap yang dibentuk atau cara berpikir saat menghadapi stresor, merupakan hal yang dipelajari. Skema diri negatif adalah pola pikir atau pola kognisi yang menentukan dan mengarahkan reaksi seseorang pada suatu keadaan. Pada pasien depresi skema dirinya merupakan sekumpulan sikap-sikap negatif yang berfungsi sebagai kerangka kerja seseorang dalam memberikan persepsi dan menilai lingkungan. Triad kognitif adalah konsep diri (*self*), dunia luar (*outside world*) dan masa depan (*future*). Triad kognitif yang negatif menyatakan saya tidak berguna, lingkungan memusuhi dan tidak ada hal baik di masa yang akan datang⁴.

Pasien depresi ditandai oleh pikiran pesimistik yang oleh Beck disebut sebagai kognisi yang depresif. Kognisi yang depresif ini terdiri dari pikiran-

pikiran otomatis. Pikiran otomatis adalah pikiran-pikiran yang muncul setelah seseorang memberikan persepsi terhadap suatu stimulus atau setelah orang membayangkan beberapa stimulus. Pikiran otomatis seorang depresi adalah pikiran otomatis yang negatif. Sebenarnya pikiran otomatis yang negatif terdapat pada semua orang bila menghadapi suatu keadaan yang tidak menyenangkan, tetapi pada orang depresi pikiran otomatisnya tidak hanya ditujukan untuk keadaan yang tidak menyenangkan saja tetapi juga pada keadaan yang sebenarnya menyenangkan untuk orang normal⁴.

Pikiran otomatis timbul akibat distorsi kognitif. Distorsi kognitif bisa terjadi oleh karena : 1) *arbitrary interference* yaitu mengambil keputusan tanpa bukti akurat, 2) *selective abstraction* yaitu menyimpulkan kejadian hanya berdasarkan satu elemen atau fungsi, padahal banyak elemen atau fungsi lain dalam situasi itu, 3) *over generalization* yaitu mengambil keputusan berdasarkan satu kejadian dan 4) *magnification and minimization* yaitu mengambil kesimpulan atas suatu kejadian yang sifatnya terlalu dibesar-besarkan atau disederhanakan¹⁹. Bentuk-bentuk pikiran otomatis antara lain :

1. Pemikiran "segalanya atau tidak sama sekali" yaitu seseorang melihat segala sesuatu kategori hitam dan putih. Misalnya jika prestasi seseorang kurang sempurna, maka orang tersebut akan memandang dirinya sendiri sebagai orang yang gagal total.
2. Over generalisasi, yaitu seseorang memandang suatu peristiwa yang negatif sebagai pola kekalahan tanpa akhir.

3. Filter mental, yaitu seseorang menemukan sebuah hal kecil yang negatif dan terus memikirkannya sehingga pandangannya tentang realita menjadi gelap.
4. Mendiskualifikasikan hal yang positif, yaitu menolak pengalaman-pengalaman positif dengan bersikeras bahwa semua itu “bukan apa-apa”. Dengan cara itu orang tersebut dapat mempertahankan suatu keyakinan negatif yang bertentangan dengan pengalaman sehari-hari.
5. Loncatan kesimpulan-kesimpulan, yaitu membuat penafsiran negatif walaupun tidak ada fakta yang jelas mendukung kesimpulan tersebut. Ada 2 tipe yaitu : 1) membaca pikiran, dengan sewenang-wenang, seseorang menyimpulkan bahwa orang lain sedang bereaksi negatif terhadap dirinya dan orang tersebut tidak mau mengeceknya, 2) kesalahan peramalan, yaitu mengharapkan segala sesuatu akan berubah menjadi sangat buruk dan orang tersebut merasa yakin ramalannya sudah menjadi fakta yang pasti.
6. Pembesaran atau pengecilan, yaitu melebih-lebihkan pentingnya sesuatu hal misalnya kesalahan atau kesuksesan orang lain atau dengan tidak tepat membuat segala sesuatu menjadi sangat kecil.
7. Penalaran emosional, yaitu menggunakan emosi sebagai bukti untuk kebenaran.
8. Pernyataan “harus”, yaitu seseorang mencoba menggerakkan diri sendiri dengan “harus” serta “seharusnya tidak”, seolah-olah dituntut untuk mampu melakukan apapun. Perkataan “seharusnya” merupakan suatu hal yang dapat menimbulkan rasa bersalah. Bila seseorang mengarahkan pernyataan “harus”

kepada orang lain, maka orang tersebut akan merasakan marah, frustrasi dan jengkel.

9. Memberi label dan salah memberi label , yaitu suatu bentuk ekstrim dari overgeneralisasi, yang dilakukan seseorang bukannya menguraikan kesalahan, tetapi justru memberikan label yang negatif terhadap diri sendiri.
- 10 Personalisasi, yaitu seseorang memandang dirinya sebagai penyebab suatu peristiwa eksternal yang negatif, yang dalam kenyataan sebenarnya bukan orang yang harus bertanggung jawab terhadap hal tersebut.

Kesimpulan teori Beck ini adalah bahwa perasaan-perasaan seseorang diciptakan oleh pikiran-pikirannya dan bukan oleh peristiwanya. Bila seseorang mengalami depresi, maka pikirannya akan selalu tidak logis, terputar-balik dan semata-mata salah¹⁹.

2.2.4.2 Teori neurobiologik

Temuan neurobiologik pada pasien depresi antara lain : 1) abnormalitas neurotransmitter, 2) abnormalitas endokrin, 3) perubahan area tertentu pada pencitraan otak, 4) faktor genetik atau hereditas, 5) dan lain-lain⁵.

2.2.4.2.1 Abnormalitas neurotransmitter

Neurotransmitter yang berperan dalam terjadinya depresi adalah golongan amin biogenik terutama noradrenalin, adrenalin dan serotonin. Hal ini tampak dari disregulasi metabolit-metabolit neurotransmitter tersebut dalam darah, urin dan cairan serebrospinal⁵.

Tabel 2 . Perubahan neurotransmitter dan metabolit yang paling sering dilaporkan pada pasien depresi²⁰.

	NE	MHPG	NM	VMA	Epi	MET	DA	HVA	5-HT	5-HIAA	GABA	GAD	CRH	Endorfin
CSS	nd	↓ ↔ ↑	nd	nd	nd	nd	nd	↓ ↑	nd	↓ ↑	↓	nd	↑	↔
Plasma	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	↑	↓	nd	↓	nd	nd	↑ ↔
Urin	↑	↑	↑	↑	↑	↑	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Jar otak	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	↓	↓	nd	↓ ↔	nd	nd

Keterangan :

nd	: tidak ada data
NE	: norepinefrin
MHPG	: 3-methoxy 4-hydroxyphenethyleneglycol
NM	: normetanephine
VMA	: 3-methoxy 4-hydroxymandelic acid
Epi	: epinefrin
MET	: metanephine
DA	: dopamin
HVA	: homovanillic acid
5-HIAA	: 5-hydroxyindoleacetic acid
GABA	: γ aminobutyric acid
GAD	: glutamic acid decarboxylase
CRH	: corticotropin releasing hormone

2.2.4.2.2 Abnormalitas endokrin

Terdapat abnormalitas sumbu *hypothalamic-pituitary-adrenal* pada pasien depresi. Pada pemberian 1 mg dexametason , suatu glukokortikoid sintetis tidak menunjukkan supresi kortisol (non supresi test). Keadaan non supresi ini menunjukkan bahwa kadar kortisol pasien depresi memang telah tinggi sehingga pada pemberian dexametason, kadar kortisol masih tetap tinggi. Tidak semua pasien depresi menunjukkan hasil test non supresi, hanya 50% pasien depresi yang memiliki hasil demikian khususnya pasien depresi dengan gambaran melankolia. Tanda ini juga tidak hanya terjadi pada pasien depresi oleh karena bisa juga terjadi pada pasien mania, skizofrenia kronik dan demensia^{5,20}.

Penemuan neuroendokrin lain adalah mengenai sumbu tiroid. Dilaporkan adanya regulasi abnormal pada sumbu tiroid pada pasien gangguan mood^{5,20}.

2.2.4.2.3 Perubahan area tertentu pada pencitraan otak

Tidak ada data pencitraan otak tentang gangguan mood yang konsisten, namun dengan pencitraan otak struktural dengan tomografi komputer dan pencitraan resonansi magnetik telah menghasilkan data menarik sebagai berikut : 1) pasien gangguan bipolar I terutama laki-laki memiliki ventrikel serebral yang membesar, 2) pembesaran ventrikular lebih jarang pada pasien depresi berat daripada pasien gangguan bipolar I. Disamping hal tersebut di atas juga disebutkan bahwa pasien depresi berat memiliki pembesaran ventrikel dan pada pemeriksaan resonansi magnetik memiliki nukleus kaudatus yang lebih kecil dan lobus frontalis yang lebih kecil dibandingkan subyek kontrol^{5,20}.

Dengan pemeriksaan tomografi komputer emisi foton tunggal (SPECT; *single photon emission computed tomography*) ditemukan adanya penurunan aliran darah pada korteks serebral pada umumnya dan korteks frontalis pada khususnya^{5,20}.

2.2.4.2.4 Faktor genetik atau hereditas

Pola penurunan faktor genetika pada gangguan mood melalui mekanisme yang kompleks dan belum dapat menyingkirkan efek psikososial serta adanya faktor non genetik yang kemungkinan memainkan peran kausatif pada gangguan mood⁵. Disamping itu komponen genetika ini paling berpengaruh pada transmisi

gangguan bipolar dibandingkan gangguan depresif berat. Peran faktor genetika ini dapat dilihat melalui : 1) penelitian keluarga, 2) penelitian adopsi, 3) penelitian kembar dan 4) penelitian yang berhubungan⁵. Pada penelitian keluarga ditemukan bahwa saudara tingkat pertama penderita gangguan bipolar I 2-10 kali lebih mungkin menderita gangguan depresif berat dibandingkan saudara tingkat pertama subyek kontrol^{5,20}. Saudara tingkat pertama penderita depresi berat kemungkinan 1,5 –2,5 kali menderita gangguan bipolar I dan 3 kali lebih mungkin menderita gangguan depresif berat dibandingkan saudara tingkat pertama subyek kontrol^{5,20}. Hasil penelitian keluarga lain juga menyatakan bahwa kemungkinan menderita gangguan mood menurun saat derajat hubungan kekeluargaan melebar. Contohnya saudara tingkat kedua (sepupu) lebih kecil kemungkinannya menderita daripada saudara tingkat pertama (kakak)^{5,20}.

Penelitian adopsi menemukan bahwa anak biologis dari orangtua yang menderita gangguan mood tetap berisiko menderita gangguan meskipun mereka dibesarkan oleh orang tua angkat yang tidak menderita gangguan mood. Orang tua biologis dari anak adopsi yang menderita gangguan mood mempunyai prevalensi gangguan mood yang serupa dengan orang tua anak penderita gangguan mood yang tidak diadopsi^{5,20}.

Pada penelitian kembar menyebutkan bahwa pada kembar monozigot, angka kesesuaian untuk gangguan depresif berat sekitar 50%. Pada kembar dizigot sekitar 10-25%^{5,20}.

Dengan teknik biomolekular termasuk *restriction fragment length polymorphisms* (RFLP) menyatakan bahwa petanda genetik dilaporkan berlokasi

pada kromosom 5,11 dan X, meskipun penemuan ini lebih spesifik untuk gangguan bipolar I dan penelitian-penelitian tentang hal ini masih belum konsisten^{5,20}.

2.2.4.2.5 Faktor neurobiologik lain

Penemuan lain dibidang neurobiologik mengenai depresi antara lain adanya perubahan pola tidur. Hal ini dibuktikan melalui elektroensefalogram (EEG) tidur pada pasien depresi yang memperlihatkan adanya perlambatan awitan tidur, pemendekan latensi *rapid eye movement* (REM)⁵.

2.2.4.3 Teori psikososial

Hal-hal yang banyak mempunyai pengaruh terhadap depresi antara lain adanya peristiwa-peristiwa kehidupan. Keadaan tersebut bisa saja merupakan koinsidental atau hubungan tersebut tidak spesifik karena ada banyak peristiwa-peristiwa hidup yang dialami seseorang sebelum menjadi depresi atau mungkin saja orang tersebut merasakan suatu kejadian pada dirinya sebagai hal yang *stressfull* karena ia sudah depresi pada saat itu⁴. Pada pengamatan secara klinis, tampak bahwa gangguan depresi biasanya mengikuti peristiwa-peristiwa yang *stressful*⁴. Pendapat lain menyatakan bahwa pada pasien depresi terdapat kelebihan peristiwa-peristiwa kehidupan dalam beberapa bulan sebelumnya^{4,5}. Hubungan yang kuat antara depresi dan peristiwa kehidupan ini khususnya apabila peristiwa kehidupan tersebut merupakan peristiwa yang mengancam atau tidak diharapkan (*threatening and undesirable*)⁴.

Beberapa penelitian telah melaporkan adanya hubungan antara peristiwa-peristiwa kehidupan dengan depresi, yaitu bahwa pada orang yang depresi ternyata sebelumnya telah mengalami lebih banyak peristiwa kehidupan dibandingkan dengan orang yang tidak depresi^{4,5}. Peristiwa-peristiwa kehidupan terutama yang bersifat negatif ini ternyata lebih relevan pada episode pertama gangguan⁵. Akhir-akhir ini beberapa penelitian lebih memfokusnya hubungan antara stres kronik dengan depresi^{3,4}. Pendapat yang lebih memfokuskan hubungan stres kronik dengan depresi ini juga memiliki keterbatasan, yaitu sulit menentukan kapan seseorang telah mengalami stres kronik dan orang yang depresi akan cenderung menganggap peristiwa yang dialaminya saat itu semuanya negatif⁴. Penelitian yang telah dilakukan tersebut juga lebih mengarahkan pada populasi tertentu yang diperkirakan mengalami stres kronik, misalnya pada ibu-ibu yang memiliki anak yang mempunyai penyakit kronik dibandingkan dengan ibu-ibu yang anaknya sehat⁴.

Pendapat lain menyatakan bahwa peristiwa kehidupan yang dialami seseorang hanya merupakan faktor predisposisi pada orang yang sebelumnya telah rentan atau memiliki faktor risiko sehingga ada juga pendapat yang menyatakan bahwa peristiwa kehidupan hanyalah faktor pencetus. Brown dan Harris membagi 2 bentuk faktor predisposisi yaitu : 1) kesulitan yang dialami dalam waktu yang panjang misalnya perkawinan yang tidak bahagia, problem pekerjaan dan 2) faktor perentan misalnya peristiwa kehidupan yang terjadi hanya dalam jangka waktu yang singkat. Disebutkan bahwa masalah depresi disebabkan oleh hal yang pertama⁴.

Disamping hal-hal yang telah disebutkan di atas, terdapat hal penting lain untuk menerangkan etiologi depresi yaitu temperamen. afektif⁵. Temperamen merupakan perantara keadaan mood normal dan mood patologis. Terdapat 4 temperamen yang sering dihubungkan dengan gangguan afektif yaitu temperamen depresif, temperamen siklotimik, temperamen hipertimik dan mood yang sedih⁵.

2.2.5 Gejala klinik

Depresi atau sindroma depresi ditandai oleh gejala somatik, emosional dan psikomotor. Gejala somatik antara lain mual, muntah, sakit kepala, gangguan tidur dan sebagainya. Pada depresi ringan umumnya lebih didominasi keluhan-keluhan somatik⁴. Gejala emosional antara lain mood yang sedih, perasaan berdosa, bersalah, tidak berdaya bahkan keinginan bunuh diri. Gejala psikomotor dapat berupa perlambatan aktivitas psikomotor, kehilangan minat, penurunan konsentrasi dan daya ingat⁴.

2.2.6. Alat ukur

Penilaian depresi dapat dilakukan dengan 2 metode yaitu : *self rating methods* dan *clinician rating scale*¹⁴. *Self rating* memiliki keuntungan yaitu baik untuk mengungkapkan perasaan subyektif dan elemen afektif, cepat, ekonomis, tidak perlu tenaga terlatih. Kekurangannya adalah spesifitasnya kurang. *Clinician rating* mempunyai keuntungan dapat mencatat indikator-indikator non verbal, dapat mengatasi faktor-faktor distorsi¹⁴. Untuk tujuan penelitian, maka skala-skala penilaian / alat ukur tersebut sangat penting meskipun penilaian tersebut bukan

untuk tujuan penegakan diagnosis. Di bawah ini adalah beberapa alat ukur depresi yang banyak dipergunakan

Tabel 3. Perbandingan alat ukur Depresi¹⁴.

Measurement	Scale	Number of item	Application	Administered by (time)
Beck Depression Inventory (Beck, 1961)	ordinal	21	clinical, community screening	interviewer, self 10-15 min
The Self rating Depression Scale (Zung, 1965)	ordinal	20	clinical	self 10-15 min
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (NIMH, 1972)	ordinal	20	survey	self
Geriatric Depression Scale (Brink, 1982)	ordinal	30	clinical, community screening	self 8-10 min
Depression Adjective Check List (Lubin, 1965)	ordinal	32	research	self 3 min per list
Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960)	ordinal	21	clinical	expert 30 min
Montgomery Asberg Depression Rating Scale (Montgomery, 1979)	ordinal	10	research	expert
Carroll Rating Scale for Depression (Carroll, 1981)	ordinal	52	clinical research	self

2.2.7 Terapi

Terapi depresi bervariasi. Umumnya adalah terapi obat-obatan, psikoterapi, terapi kejang listrik dan kombinasi diantara terapi tersebut^{4,5}.

Pada fase akut disarankan untuk memberikan terapi obat-obatan dan apabila terdapat risiko bunuh diri, maka dapat dipertimbangkan untuk memberikan terapi kejang listrik^{4,5}. Untuk depresi ringan sampai sedang dianjurkan memberikan psikoterapi^{4,5}. Psikoterapi juga diberikan apabila pasien sudah tenang dan melibatkan pasien serta keluarganya⁵.

2.3 Dukungan sosial

2.3.1 Pengertian

Dukungan sosial adalah mekanisme dimana hubungan interpersonal melindungi seseorang dari efek stres yang buruk^{21,22}. Pada umumnya jika seseorang mempunyai dukungan sosial yang kuat, kerentanan terhadap penyakit mental rendah dan kemungkinan pemulihan jika timbul gangguan adalah tinggi. Contohnya adalah pasien dengan dukungan sosial yang rendah lebih mungkin meninggal setelah infark miokard dibandingkan pasien dengan dukungan sosial yang besar.

Jaringan sosial adalah jaringan dari seseorang dan dengan siapa ia berhubungan. Jaringan sosial yang efektif dapat melindungi seseorang dari stres, menurunkan distress psikologis dan membantu mempertahankan kesejahteraan fisik dan mental²¹. Dukungan sosial tidak sama dengan jaringan sosial. Dukungan sosial mengacu pada bantuan emosional, instrumental dan keuangan yang diperoleh dari jaringan sosial seseorang²¹. Definisi operasional dukungan sosial adalah informasi atau nasehat verbal dan atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial dan didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima²¹.

Persepsi adalah kesadaran dan penilaian individu akan adanya orang lain atau perilaku orang lain yang terjadi di sekitarnya²³. Dapat juga diartikan sebagai penilaian terhadap penampilan dan ciri-ciri perilaku orang lain²³. Pengertian ini merupakan persepsi sosial. Persepsi sosial menggambarkan bagaimana hasil

kontak/ hubungan/ interaksi mempengaruhi tingkah laku dan jalan pikiran seseorang²³. Aspek-aspek persepsi antara lain : 1) aspek kognitif yaitu menyangkut pengharapan, cara mendapatkan pengetahuan atau cara berpikir dan pengalaman masa lalu, 2) aspek konatif yaitu menyangkut sikap, perilaku, aktivitas dan motif seseorang dan 3) aspek afektif yaitu menyangkut emosi individu dalam mempersepsi sesuatu²⁴.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa persepsi dukungan sosial adalah penilaian individu terhadap dukungan sosial yang dimilikinya.

2.3.2 Jenis dukungan sosial

Ada 4 jenis atau dimensi dukungan sosial yaitu :

- a. dukungan emosional, mencakup ungkapan, empati, kepedulian serta perhatian terhadap seseorang,
- b. dukungan penghargaan , terjadi lewat ungkapan hormat atau penghargaan untuk orang tersebut, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif orang tersebut dengan orang lain misalnya orang-orang yang kurang mampu atau lebih buruk keadannya untuk menambah harga diri,
- c. dukungan instrumental, mencakup bantuan langsung seperti memberi pinjaman uang kepada seseorang atau menolong pekerjaan pada waktu seseorang membutuhkannya,
- d. dukungan informatif, mencakup memberi nasehat, petunjuk, saran-saran atau umpan balik²¹.

Jenis dukungan yang diterima dan diperlukan seseorang tergantung pada keadaan individu. Dukungan instrumental lebih efektif untuk kesukaran seperti kemiskinan. Dukungan informatif berguna apabila terdapat kekurangan dalam pengetahuan dan ketrampilan²¹.

2.3.3 Hubungan dukungan sosial dengan kesehatan

Secara teoritis, pengaruh dukungan sosial terhadap kesehatan dapat dijelaskan dengan 2 hipotesis yaitu : 1) hipotesis *buffer* atau penyangga dan 2) hipotesis efek langsung²¹.

a. Hipotesis penyangga

Menurut hipotesis ini dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dengan melindungi seseorang terhadap efek negatif stres yang berat. Fungsi yang bersifat melindungi ini hanya atau terutama efektif apabila orang tersebut menghadapi stresor yang berat. Orang dengan dukungan sosial tinggi mungkin akan kurang dapat menilai situasi yang penuh stres. Mereka tahu bahwa akan ada orang lain yang dapat membantu. Orang yang memiliki dukungan sosial tinggi akan mengubah respon mereka terhadap sumber stres, misalnya dengan pergi mengunjungi teman untuk membicarakan masalah tersebut.

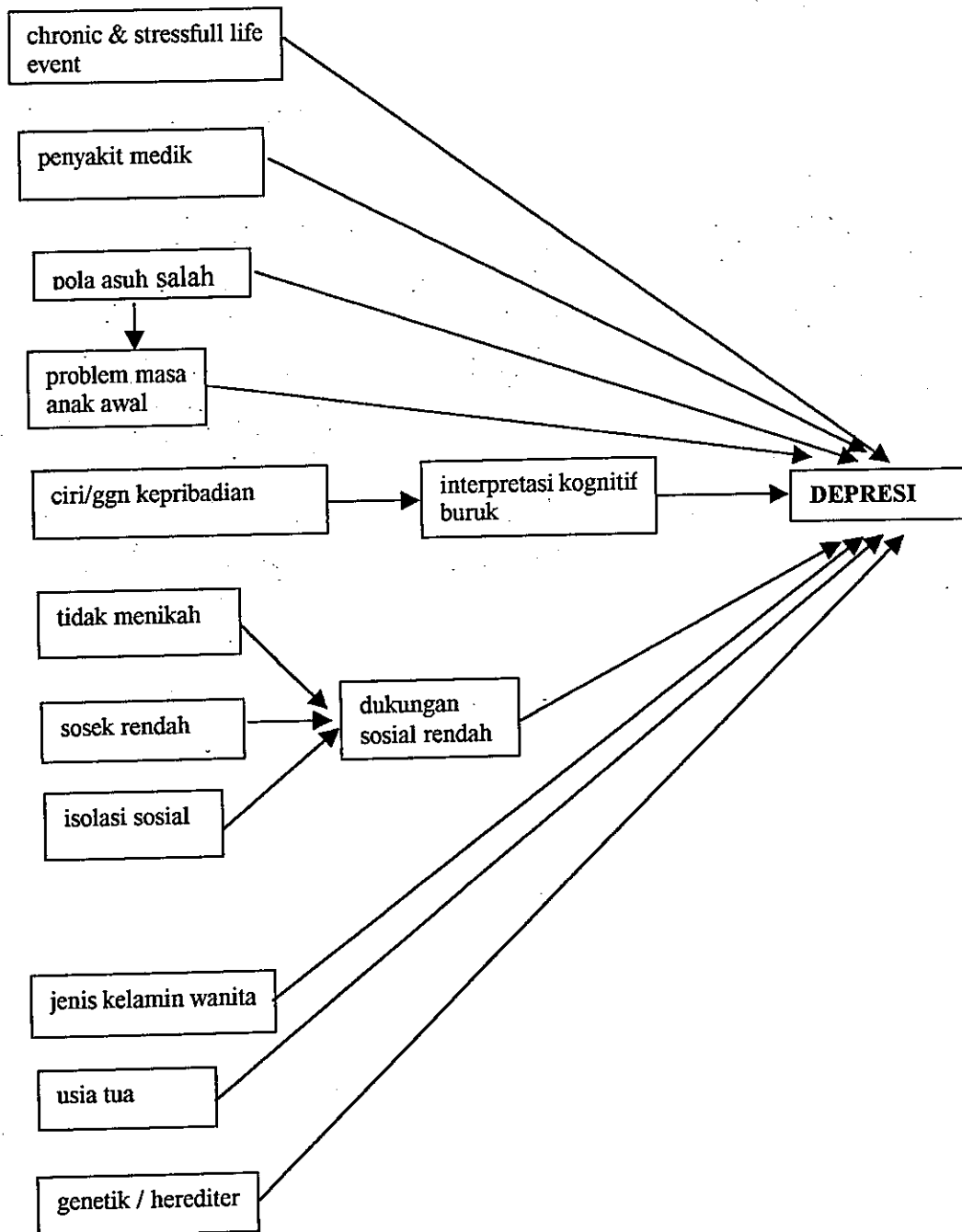
b. Hipotesis efek langsung

Dukungan sosial akan bermanfaat untuk kesehatan dan kesejahteraan, tidak tergantung banyaknya stresor yang dialami seseorang. Menurut hipotesis ini, efek dukungan sosial yang positif sebanding dengan intensitas stresor tinggi maupun rendah. Contohnya orang dengan dukungan sosial tinggi dapat

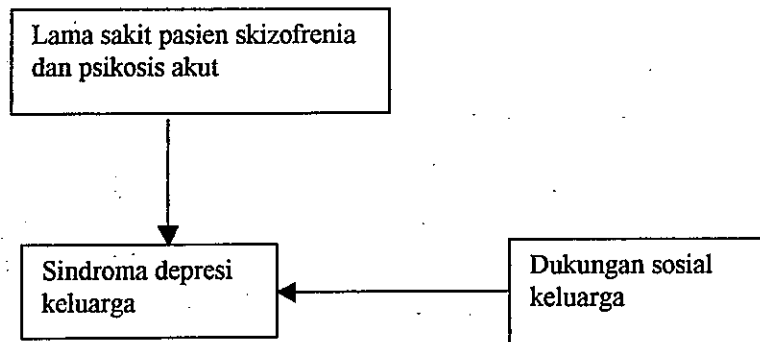
memiliki harga diri yang lebih tinggi yang membuat mereka tidak begitu mudah diserang stres²¹.

Dukungan sosial mempunyai hubungan yang signifikan dengan depresi. Sebagai contoh dukungan sosial yang kuat akan memperkecil kemungkinan timbulnya depresi dalam menghadapi peristiwa kehidupan yang penuh stres. Penelitian lain menyebutkan bahwa dukungan sosial yang rendah seperti yang diukur melalui kurangnya keintiman atau integrasi sosial berhubungan dengan peningkatan risiko depresi²².

2.4 Kerangka teori



2.5 Kerangka konsep



2.6 Hipotesis :

1. Terdapat perbedaan kecenderungan depresi antara individu keluarga pasien skizofrenia dengan individu keluarga pasien psikosis akut.
2. Tidak terdapat hubungan antara lama sakit pasien skizofrenia dengan kecenderungan depresi pada individu keluarga pasien skizofrenia.
3. Terdapat hubungan antara persepsi dukungan sosial dengan kecenderungan depresi pada individu keluarga pasien skizofrenia..

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan penelitian

Penelitian ini adalah penelitian analitik dengan pendekatan belah lintang.

3.2 Tempat penelitian : dilaksanakan antara lain di Rumah Sakit Jiwa Daerah Amino Gondohutomo Semarang, bagian Psikiatri Rumah Sakit Dr Kariadi, salah satu klinik psikiater (Yayasan Fatwa) serta di rumah pasien skizofrenia dan pasien psikosis akut melalui kunjungan rumah.

3.3 Waktu penelitian : dilakukan 2 tahap

1. Tahap I : Uji validitas dan *reliability* kuesioner dilaksanakan pada bulan Februari 2002.
2. Tahap II : dilaksanakan pengumpulan data dan penelitian pada subyek yang memenuhi syarat mulai tanggal 16 September 2002 sampai 15 Januari 2003

3.4 Populasi dan sampel

3.4.1 Populasi

Populasi target adalah seluruh individu keluarga pasien psikosis akut dan skizofrenia. Populasi terjangkau adalah individu keluarga pasien psikosis akut dan skizofrenia di wilayah kerja RSJD Amino Gondohutomo Semarang dan pasien skizofrenia tersebut sedang mengadakan pengobatan rawat inap atau rawat jalan

3.4.2 Sampel

Sampel atau subyek penelitian ini adalah individu anggota keluarga pasien psikosis akut dan skizofrenia yang berada di wilayah kerja Rumah Sakit Jiwa Daerah Amino Gondohutomo Semarang. dan memenuhi syarat sesuai kriteria penelitian .

3.4.2.1 Syarat penerimaan sampel

- istri/suami , saudara kandung , orang tua atau anak dari pasien psikosis akut dan skizofrenia.
- umur ≥ 17 tahun
- mampu membaca dan menulis huruf latin dan mengerti bahasa Indonesia.
- tinggal satu rumah dengan pasien selama minimal 1 tahun terakhir
- tidak menderita gangguan jiwa berat psikotik.
- tidak menderita penyakit medik kronik lain

3.4.2.2 Perkiraan jumlah sampel

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, sampel atau subyek penelitian ini adalah individu anggota keluarga pasien psikosis akut dan skizofrenia yang berada di wilayah kerja Rumah Sakit Jiwa Daerah Amino Gondohutomo Semarang. Wilayah kerja RSJD Amino Gondohutomo Semarang meliputi Kota Semarang, Kabupaten Brebes, Kabupaten Tegal, Kabupaten Pemalang, Kabupaten Pekalongan, Kota Pekalongan, Kabupaten Batang, Kabupaten Kendal, Kabupaten

Grobogan, Kabupaten Semarang, Kabupaten Demak, Kabupaten Kudus, Kabupaten Jepara, Kabupaten Pati, Kabupaten Rembang dan Kabupaten Blora.

Atas dasar hal tersebut, maka perkiraan jumlah penduduk di wilayah tersebut adalah = 15349587 jiwa/orang²⁵. Prevalensi skizofrenia di masyarakat 2,6 / 1000 penduduk²⁶. Dengan demikian pasien skizofrenia yang ada di wilayah tersebut diperkirakan = 39908,926 atau 39909 orang. Pasien tersebut diperkirakan mendapatkan pengobatan di RSJD Amino Gondohutomo Semarang, bagian Psikiatri RS Dr Kariadi Semarang serta cabang-cabang pelayanan ke-2 RS tersebut, praktek-praktek psikiater swasta, atau tidak berobat. Dengan dasar bahwa setiap pasien tinggal dalam satu keluarga atau tergabung dalam satu kepala keluarga (KK), maka minimum KK yang akan diteliti menggunakan rumus sebagai berikut :

$$d = Z \times \sqrt{\frac{p \times q}{n}} \times \sqrt{\frac{N-n}{N-1}} \quad 27$$

Keterangan :

d = penyimpangan terhadap populasi, dalam penelitian ini ditetapkan 0,1

Z = Standar deviasi normal , $\alpha = 0,05$ adalah 1,96

p = prevalensi tidak diketahui, maka dianggap 0,5

q = 1-p

N = perkiraan populasi skizofrenia di dalam masyarakat

n = besar sampel

n = 95 kepala keluarga (KK)

Dalam penelitian ini akan diteliti individu keluarga pasien skizofrenia pada minimum 95 KK yang memiliki keluarga pasien skizofrenia.

Oleh karena hingga saat ini belum ada data mengenai prevalensi dan insidensi gangguan psikotik akut dan sementara, maka pada penelitian ini diambil jumlah KK yang sama dengan skizofrenia, yaitu 95 kepala keluarga (KK).

3.4.2.3 Cara pengambilan sampel

Sampel diambil dengan metode *consecutive sampling*. Didapatkan dengan cara mengadakan kunjungan rumah atau menemui keluarga pasien pada saat menunggu atau mengantar keluarganya berobat.

3.5 Identifikasi variabel penelitian

Variabel tergantung adalah kecenderungan depresi pada individu keluarga pasien.

Variabel bebas adalah lama sakit pasien skizofrenia dan persepsi dukungan sosial

3.6 Alat ukur

Penelitian ini menggunakan kuesioner yang berisi :

- Karakteristik demografi individu keluarga pasien skizofrenia.
- Alat pengukur depresi Beck (*Beck Depression Inventory* ;BDI).
- Kuesioner persepsi dukungan sosial

3.6.1 Alat pengukur depresi Beck

Untuk menilai kecenderungan depresi pada keluarga pasien skizofrenia digunakan alat pengukur depresi Beck yang terdiri dari 21 pertanyaan. Pada penelitian ini dilakukan modifikasi alat ukur. Modifikasi tersebut adalah dengan memberikan

kalimat pengantar pada setiap pertanyaan. Nilai tidak dicantumkan pada lembar kuesioner untuk menghindari agar subyek tidak memilih nilai yang rendah atau menghindari pengaruh-pengaruh lain yang mungkin timbul. Pada BDI yang asli, nilai dicantumkan pada lembar kuesioner.

Perhitungan BDI dilakukan dengan cara menjumlahkan nomor-nomor pada jawaban yang dipilih. Nilai total terletak dari 0 sampai 63. Indikasinya adalah apabila total nilai berkisar 0 – 9 dianggap normal, total nilai 10 – 15 dianggap depresi ringan, total nilai 16 – 23 dianggap depresi sedang dan total nilai 24 – 63 dianggap depresi berat. Alat ukur ini digunakan untuk mengukur intensitas berdasarkan gejala dan sikap yang umum ditemukan pada subyek yang menggambarkan 21 sikap dan gejala depresi. dengan penilaian sebagai berikut :

- apabila memilih jawaban A, maka nilai = 0
- apabila memilih jawaban B, maka nilai = 1
- apabila memilih jawaban C, maka nilai = 2
- apabila memilih jawaban D, maka nilai = 3

Semakin tinggi nilai totalnya, maka semakin berat depresi yang dialami subyek. Sebaliknya semakin rendah nilai totalnya, maka semakin ringan depresi yang dialami subyek

Tahun 1992, Inu Wicaksana telah melakukan validasi alat ukur ini di Yogyakarta. Validasi dilakukan dengan cara membandingkan alat ukur dengan alat ukur lain yaitu *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition-Revised* (DSM III-R)²⁷. Hasilnya adalah sensitivitas 92%, *specifitivity* 88%, nilai ramal negatif 91,6%, nilai ramal positif 88,46%, efektivitas 90%,

indeks youden 0,80. nilai batas pemisah adalah 25/26²⁸. Hal tersebut mirip dengan penggolongan derajat depresi menurut Beck yaitu skor 0-9 = normal, skor 10-15 = depresi ringan, skor 16-23 = depresi sedang dan ≥ 24 = depresi berat²⁹. Hasil uji *reliability* alat tersebut sebelumnya dengan teknik Kuder Richardson-20 (KR-20) adalah $r = 0,64$ ²⁸.

Sebaran butir alat ukur BDI dapat dilihat pada tabel di bawah ini .

Tabel 4. Sebaran butir BDI²⁹

Gejala	Sebaran butir	Jumlah
1. Manifestasi emosional	1,4,5,10,11	5
2. Manifestasi kognitif	2,3,6,7,8,14	6
3. Manifestasi motivasional	9,12,13,15	4
4. Manifestasi vegetatif	16,17,18,19,20,21	6
Jumlah		21

3.6.2 Kuesioner persepsi dukungan sosial.

Kuesioner ini disusun untuk menilai persepsi dukungan sosial pada keluarga pasien skizofrenia. Terdiri dari 48 pertanyaan yang memuat 4 aspek dukungan sosial yaitu: 1) dukungan emosional, 2) dukungan penghargaan, 3) dukungan instrumental dan 4) dukungan informatif. Disamping itu juga menggunakan aspek-aspek persepsi yaitu kognisi, afeksi dan konasi.

Masing –masing aspek terdiri dari pertanyaan yang sifatnya *favourable* dan *unfavourable*. Subyek diwajibkan memilih salah satu jawaban yang sesuai dengan keadaannya, yaitu : sangat tidak setuju (STS), tidak setuju (TS), setuju (S) dan sangat setuju (SS). Sistem penilaian menurut skala Likert. Pada pertanyaan *favourable*, jika menjawab STS nilai 1, TS nilai = 2, S nilai = 3 dan SS nilai = 4.

Pada pertanyaan *unfavourable*, jika menjawab STS nilai = 4 , TS nilai = 3, S nilai = 2 dan SS nilai =1. Rancangan kuesioner dapat dilihat di tabel di bawah ini :

Tabel 5. Rancangan kuesioner persepsi dukungan sosial

Dukungan	Afeksi				Kognisi				Konasi			
	F		UF		F		UF		F		UF	
1 D.Emosional	1	13	25	37	9	21	45	13	5	17	29	41
2 D.Informatif	30	42	2	14	26	38	10	22	34	46	6	18
3 D.Instrumental	7	19	31	43	3	15	27	39	11	23	35	47
4 D.penghargaan	36	48	8	20	32	44	4	16	28	40	12	24

Keterangan :

F = *favourable*
 UF = *Unfavorable*

3.6.3 Validitas dan *reliability* alat ukur

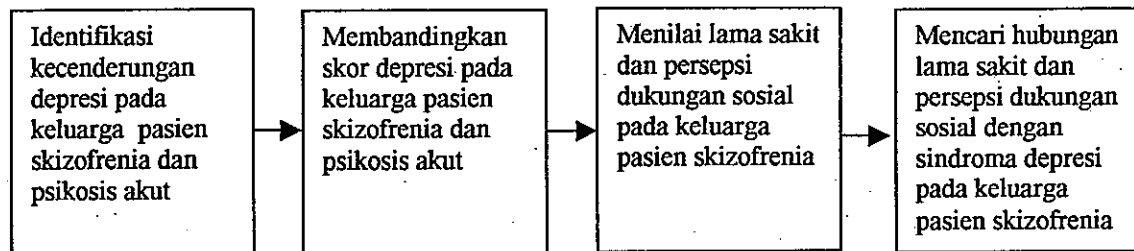
Validitas dan *reliability* suatu alat ukur harus dilakukan agar dapat mengungkap keadaan benda atau gejala yang sesungguhnya. Validitas dan *reliability* adalah sejauh mana ketetapan dan kecermatan alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya.

Pada penelitian ini dilakukan validasi alat ukur BDI dan persepsi dukungan sosial yaitu dengan melakukan korelasi skor butir dengan skor total. Uji coba dilakukan kepada 30 subyek, kemudian hasilnya diperiksa dengan teknik korelasi Alpha. Butir yang gugur akan dibuang

Reliability dinilai dengan cara *one shot* atau pengukuran satu kali dengan teknik korelasi Alpha.

3.7 Alur penelitian

Alur penelitian adalah sebagai berikut :



3.8. Proses penelitian

Penelitian dilakukan dengan melalui 2 tahap yaitu :

- 1) tahap uji validitas dan *reliability* alat ukur;
- 2) tahap penelitian.inti.

3.8.1 Tahap uji validitas dan *reliability* alat ukur

Sebelum melaksanakan penelitian pada subyek yang ditetapkan, maka terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan *reliability* terhadap kuesioner yang dipergunakan. Uji validitas dan *reliability* ini dilakukan untuk menguji *construct* kuesioner tersebut. Uji validitas tersebut mulai dilaksanakan pada bulan Februari 2002 pada 30 orang individu keluarga pasien skizofrenia yang sedang mengunjungi keluarganya dirawat di RSJD Amino Gondohutomo Semarang.

Validitas item pertanyaan dinilai dengan melakukan korelasi skor butir dengan skor total. Uji *reliability* dilakukan dengan cara *one shot* atau pengukuran satu kali. Dinyatakan valid apabila r hitung adalah positif dan $> r$ tabel.

Dinyatakan reliabel apabila Alpha Cronbach $> 0,60$. Pada penelitian ini r tabel (sampel 30; df 28) dengan α 0,05 adalah 0,361.

3.8.2 Tahap penelitian inti

Setelah mendapatkan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian, maka individu keluarga pasien membuat persetujuannya untuk mengikuti penelitian ini dengan cara menandatangani lembar *informed consent* yang disediakan. Individu yang memenuhi kriteria diberikan kuesioner penelitian. Khusus bagi individu keluarga pasien psikosis akut, pengumpulan data dilakukan dengan mempertimbangkan diagnosis pasien, yaitu selama pasien tetap di diagnosis sebagai pasien gangguan psikotik akut meskipun pada saat itu pasien dapat telah pulang ke rumah tetapi masih melakukan kontrol di Rumah Sakit atau di tempat praktek psikiater.

3.9 Analisis data

Seluruh data diolah dengan mempergunakan program SPSS versi 10.0. Untuk mengetahui normalitas digunakan uji Kolmogorov Smirnov. Untuk menghitung korelasi butir pada uji validitas dan *reliability* alat ukur digunakan teknik korelasi Alpha. Untuk uji perbedaan antar variabel dengan skala interval digunakan uji t . Untuk mengetahui korelasi variabel berskala ordinal digunakan teknik korelasi Spearman rho dan untuk menilai korelasi variabel yang mempunyai skala interval digunakan teknik korelasi Pearson.

3.10 Definisi operasional

- Psikosis akut adalah gangguan psikosis yang ditandai oleh *onset* yang akut yaitu adanya gejala-gejala nonpsikotik menjadi nyata psikotik dalam waktu 2 minggu atau kurang dan memenuhi kriteria F.23 menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia edisi III.
- Skizofrenia adalah gangguan psikotik berat dan memenuhi kriteria diagnosis F. 20 menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia edisi III.
- Kecenderungan depresi adalah sekumpulan gejala depresi yang dinilai dengan alat pengukur depresi Beck (*Beck Depression Inventory*).
- Dukungan sosial adalah persepsi seseorang terhadap dukungan sosial yang dimilikinya. Dinilai dengan kuesioner persepsi dukungan sosial.
- Keluarga pasien psikosis akut dan skizofrenia adalah individu anggota keluarga yang memiliki salah satu atau lebih keluarganya menderita psikosis akut atau skizofrenia. Dalam hal ini adalah suami/istri, saudara tingkat pertama, anak, orang tua pasien yang tinggal dalam 1 rumah dengan pasien selama minimal 1 tahun terakhir.
- Lama sakit adalah waktu yang dialami pasien sejak pertama kali menderita gangguan jiwa berat. Lama sakit hanya dinilai pada individu keluarga pasien skizofrenia.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Uji validitas dan *reliability* alat ukur

4.1.1 Uji validitas dan *reliability* alat pengukur depresi Beck

Dari 21 pertanyaan / butir yang diujikan ternyata seluruhnya valid dan *reliable* sehingga tidak ada butir yang gugur.

4.1.2 Uji validitas dan *reliability* kuesioner persepsi dukungan sosial

Dari 48 pertanyaan / butir yang diujikan , 9 butir dinyatakan gugur sehingga tinggal 39 butir yang valid dan *reliable* Hasilnya digambarkan pada tabel berikut .

Tabel 6. Sebaran butir yang valid dan gugur

Dukungan	Afeksi				Kognisi				Konasi			
	F		UF		F		UF		F		UF	
1 D.Emosional	1	13	25	37	9	21	45	33	5	17	29	41
2 D.Informatif	30	42	2	14	26	38	10	22	34	46	6	18
3 D.Instrumental	7	19	31	43	3	15	27	39	11	23	35	47
4 D.penghargaan	36	48	8	20	32	44	4	16	28	40	12	24

Keterangan :

☐ = butir yang valid

☒ = butir yang gugur

Hasil perhitungan secara lengkap uji validitas dan *reliability* kuesioner persepsi dukungan sosial dapat dilihat pada lampiran.

Setelah diperoleh butir yang valid, maka langkah selanjutnya adalah mengurutkan butir kembali. Dari urutan butir yang valid akan terjadi perubahan nomor butir lama menjadi butir baru dan rincian sebaran butir akan berubah, namun tetap berdasarkan pada ciri-ciri yang ada. Rincian butir yang valid tersebut dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 7 Rincian sebaran butir kuesioner persepsi dukungan sosial setelah diurutkan kembali

Dukungan	Afeksi			Kognisi				Konasi			Total
	F	UF		F	UF		F	UF			
1 D.Emosional	1	8	18		14	36	26	4	10	22	9
2 D.Informatif	23	33	2	19	30	6	15	27	37	5	11
3 D.Instrumental		12	24	34	9	20	31		16	28	38
4 D.penghargaan	29	39		13	25	35	3	21	32	7	17
Jumlah item valid											39

4.2 Penelitian inti (uji hipotesis penelitian)

4.2.1. Karakteristik demografi

Tabel 8 Karakteristik demografi keluarga

Karakteristik demografi	Skizofrenia (n =217 / KK = 105)				Psikosis (n =151 / KK = 105)			
	rerata	SB	n	%	rerata	SB	n	%
Umur (tahun)	42,8	13,98			40,34	9,39		
Jenis kelamin								
Laki-laki			107	49,3			99	65,6
Perempuan			110	50,7			52	34,4
Tingkat pendidikan								
SD/MI			70	32,3			45	29,8
SLTP/MTs			36	16,6			52	34,4
SLTAMAN			70	32,3			52	34,4
Akademi/Perguruan Tinggi			41	18,9			2	1,3
Pekerjaan								
Tani/Nelayan			31	14,3			32	21,2
Buruh			35	16,1			29	19,2
Karyawan/PNS			46	21,2			43	28,5
ABRI/Pensiunan								
Dagang/Wiraswasta			41	18,9			20	13,2
Pelajar/Mahasiswa			14	6,5			2	1,3
Tidak kerja/ibu rmh tangga			50	23			25	16,6
Status perkawinan								
Kawin			149	68,7			137	90,7
Belum kawin			47	21,7			7	4,6
Duda/Janda			21	9,7			7	4,6
Hubungan keluarga terhadap pasien								
suami			10	4,6			19	12,6
istri			8	3,7			3	2,0
org tua			116	53,5			88	58,3
anak			11	5,1			6	4,0
sdr kandung			72	33,2			35	23,2
Lama sakit pasien								
kurang 1 tahun			97	44,7				
1 - 3 tahun			33	15,2				
3 - 5 tahun			19	8,8				
lebih 5 tahun			68	31,3				
Agama								
Islam			196	90,3			146	96,7
Kristen			19	8,8			5	3,3
Budha			2	0,9			0	0
Hindu			0	0			0	0

Dari pengumpulan data yang dilakukan, didapatkan sebanyak 368 orang individu anggota keluarga pasien skizofrenia dan individu keluarga pasien psikosis akut yang memenuhi kriteria penelitian. Individu tersebut berasal dari 105 keluarga pasien skizofrenia dan 105 keluarga pasien psikosis akut. Dari 368 individu tersebut, 217 adalah individu anggota keluarga pasien skizofrenia dan 151 orang individu anggota keluarga pasien psikosis akut.

Pada keluarga pasien skizofrenia rerata umur subyek adalah 42,8 tahun dan pada keluarga pasien psikosis akut rerata umurnya adalah 40,34 tahun.

Jenis kelamin subyek yang terbanyak adalah perempuan yaitu 50,7% pada keluarga pasien skizofrenia, sedangkan jenis kelamin subyek terbanyak pada keluarga pasien psikosis akut adalah laki-laki yaitu 29,8%.

Jenis pekerjaan subyek terbanyak adalah kalangan karyawan / pegawai negeri sipil/ABRI/pensiunan yaitu 21,2% pada keluarga pasien skizofrenia dan 28,5% pada keluarga pasien psikosis akut.

Baik pada kelompok keluarga pasien skizofrenia dan psikosis akut, status perkawinan subyek terbanyak adalah kawin yaitu 68,7% pada keluarga pasien skizofrenia dan 90,7% pada keluarga pasien psikosis akut.

Subyek yang mengikuti penelitian ini paling banyak berstatus orang tua pasien yaitu 53,5% pada keluarga pasien skizofrenia dan 58,3% pada keluarga pasien psikosis akut.

Individu keluarga pasien skizofrenia yang mengikuti penelitian ini paling banyak memiliki keluarga yang menderita sakit < 1 tahun yaitu sebanyak 44,7%.

Subyek terbanyak menganut agama Islam yaitu 90,3% pada keluarga pasien skizofrenia dan 96,7% pada keluarga pasien psikosis akut.

4.2.2 Perbedaan kecenderungan depresi pada keluarga pasien skizofrenia dan keluarga pasien psikosis akut.

Tabel 9 Perbedaan kecenderungan depresi pada keluarga pasien skizofrenia dan keluarga pasien psikosis akut

Skor depresi					
Keluarga pasien Skizofrenia (n = 217)		Keluarga pasien Psikosis Akut (n = 151)			
rerata	SB	rerata	SB	t hasil,df 366	p
11,96	8,82	3,85	6,02	10,493	0,000

Dari tabel 9 terlihat bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara rerata skor kecenderungan depresi pada keluarga pasien skizofrenia dengan rerata skor kecenderungan depresi pada keluarga pasien psikosis akut ($t = 10,493$, $p = 0,000$).

4.2.3 Hubungan lama sakit pasien skizofrenia dengan kecenderungan depresi pada keluarga pasien.

Tabel 10 Lama sakit pasien skizofrenia dengan depresi pada keluarga pasien.

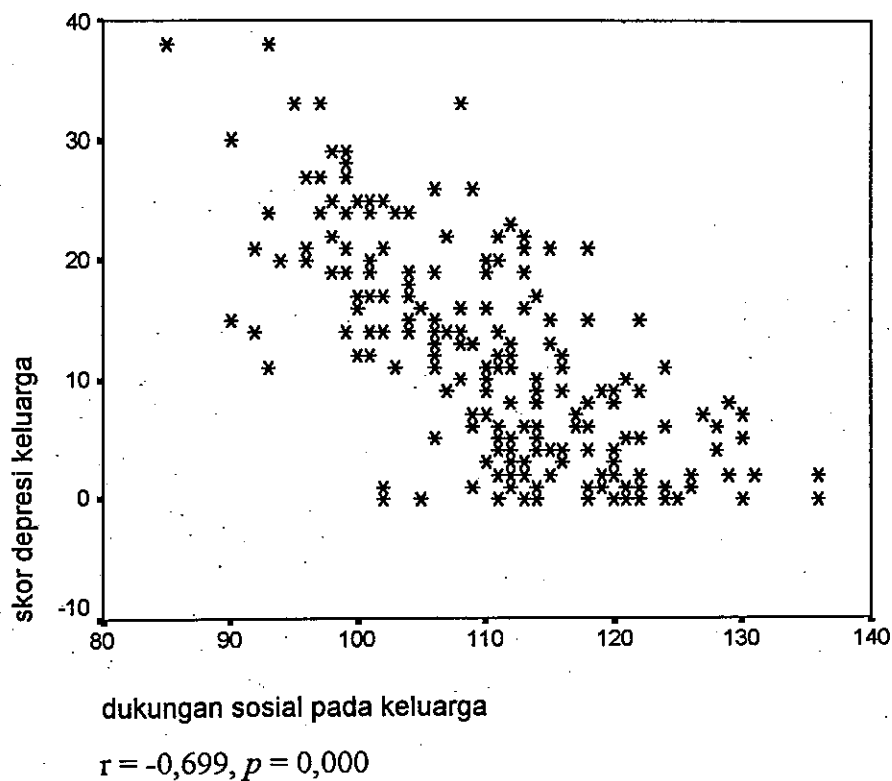
lama sakit	Derajat depresi								Total	
	tidak depresi		ringan		sedang		berat			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kurang 1 tahun	36	16.6	21	9.7	27	12.4	13	6.0	97	44.7
1 - 3 tahun	17	7.8	6	2.8	4	1.8	6	2.8	33	15.2
3 - 5 tahun	12	5.5	3	1.4	2	0.9	2	0.9	19	8.8
lebih 5 tahun	33	15.2	17	7.8	11	5.1	7	3.2	68	31.3
Total	96	44.2	47	21.7	44	20.3	28	12.9	217	100.0

$\rho = -0,135$, $p = 0,048$

Dari tabel di atas tampak 28 (12,9%) dari 217 subyek memiliki derajat depresi berat. Ternyata hubungan antara lama sakit pasien skizofrenia dengan kecenderungan depresi pada keluarga pasien mempunyai hubungan bermakna yang sangat lemah yaitu ($\rho = -0,135$ dengan $p = 0,048$).

4.2.4 Hubungan persepsi dukungan sosial dengan kecenderungan depresi pada keluarga pasien skizofrenia

Hubungan persepsi dukungan sosial pada keluarga pasien skizofrenia dengan kecenderungan depresi pada keluarga pasien skizofrenia. digambarkan pada diagram baur di bawah ini.



Gambar 2 Diagram hubungan persepsi dukungan sosial pada keluarga pasien skizofrenia dengan kecenderungan depresi pada keluarga pasien skizofrenia.

Dari diagram di atas terlihat hubungan negatif antara persepsi dukungan sosial pada keluarga pasien skizofrenia dengan kecenderungan depresi pada keluarga pasien skizofrenia.

BAB V

PEMBAHASAN

Seperti yang telah dinyatakan pada awal tulisan, penelitian ini terutama bertujuan untuk mengetahui perbedaan kecenderungan depresi pada individu keluarga pasien skizofrenia dibandingkan individu keluarga pasien psikosis akut, hubungan lama sakit pasien dengan sindroma depresi pada individu keluarga pasien skizofrenia dan untuk mengetahui hubungan persepsi dukungan sosial dengan kecenderungan depresi pada individu keluarga pasien skizofrenia .

Meskipun pada tinjauan kepustakaan dinyatakan ada banyak faktor yang berpengaruh terhadap depresi, tetapi tidak semua faktor dinilai pada penelitian ini.

Dari tabel 10 terlihat bahwa 28 dari 217 subyek mempunyai derajat depresi berat. Hal ini perlu ditelusuri lebih lanjut dengan menilai sindroma ini dengan menggunakan kriteria diagnostik lain misalnya *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition* (DSM IV). Apabila keadaan tersebut merupakan suatu depresi mayor, maka hal ini merupakan prediktor yang buruk oleh karena pasien depresi mayor yang memiliki keluarga yang menderita gangguan jiwa berat termasuk skizofrenia biasanya mempunyai hasil akhir yang buruk³⁰.

5.1 Hipotesis 1

Dengan uji t, maka terlihat bahwa terdapat perbedaan kecenderungan depresi yang bermakna antara individu keluarga pasien skizofrenia dibandingkan individu keluarga pasien psikosis akut.

Sampai saat ini belum ada penelitian yang khusus meneliti mengenai hal ini. Penelitian sebelumnya lebih banyak membahas hubungan stres kronik dengan depresi. Meskipun terdapat perbedaan kecenderungan depresi yang bermakna, tetapi rerata skor depresi pada keluarga pasien skizofrenia hanya 11,96. Hal ini menunjukkan bahwa depresi yang dialami keluarga pasien skizofrenia pada umumnya tidak berat, meskipun demikian keadaan ini tetap perlu diperhatikan oleh karena derajat depresi merupakan suatu bentuk kontinum^{31,32}. Pada sebuah penelitian mengenai derajat depresi dinyatakan bahwa pada depresi ringan tidak terdapat perbedaan secara statistik dalam hal perubahan gejala depresi terhadap respon terapi^{33,34}.

Penelitian sebelumnya yang meneliti sindroma depresi pada pasangan hidup penderita skizofrenia dengan alat ukur mendapatkan hasil bahwa dari 30 orang subyek, 13 orang (43,3%) mengalami depresi dengan derajat ringan sampai sedang. Tidak ada yang menderita depresi berat dan terbanyak tidak mengalami depresi³⁵. Hasil tersebut memiliki persamaan dengan penelitian ini yaitu yang terbanyak tidak mengalami depresi disusul dengan depresi ringan. Perbedaan hasil terletak pada alat ukur yang digunakan penelitian terdahulu tersebut yang menggunakan *Hamilton Depression Rating Scale*, jenis penelitiannya deskriptif, subyek hanya pasangan hidup pasien dan pada penelitian tersebut tidak dijumpai

pasangan dengan derajat depresi berat. Pada penelitian ini 12,9% subyek mempunyai kecenderungan depresi derajat berat.

Apabila mempunyai keluarga yang menderita skizofrenia dianggap sebagai suatu stresor psikososial bagi keluarga, maka hal ini tidak cukup untuk menimbulkan depresi yang berat pada keluarganya oleh karena terdapat faktor-faktor lain yang berperan misalnya problem masa anak, kepribadian, genetik dan sebagainya yang tidak dinilai pada penelitian ini^{5,20}.

Meskipun individu keluarga pasien psikosis akut tampak cenderung tidak depresi, bukan berarti mereka tidak mengalami stres oleh karena respon stres yang mungkin terjadi dapat berbentuk gangguan psikiatrik lain misalnya cemas, kemarahan, kecewa dan sebagainya⁶.

5.2. Hipotesis 2

Berdasarkan analisis dengan menggunakan teknik korelasi Spearman rho, didapatkan hubungan yang lemah antara lama sakit pasien skizofrenia dengan skor depresi pada individu keluarga pasien. Hal ini sejalan dengan teori yang mengatakan bahwa respon stres tidak hanya ditentukan oleh durasi atau lama stresor berlangsung, tetapi terdapat pengaruh-pengaruh lain misalnya intensitas stresor, apakah stresor dapat diperkirakan dan dikontrol, interpretasi kognitif serta dukungan sosial yang tersedia^{5,6,11,12}.

5.3 Hipotesis 3

Hasil analisis dengan menggunakan teknik korelasi Pearson didapatkan hubungan yang bermakna antara persepsi dukungan sosial dengan kecenderungan depresi pada individu keluarga pasien skizofrenia. Pendapat yang menyatakan bahwa dukungan sosial dapat mengurangi efek stres telah dilaporkan pada penelitian-penelitian besar mengenai problem mental dan fisik⁶. Salah satu penelitian tersebut menyatakan bahwa pada orang-orang yang mengalami peristiwa hidup yang besar misalnya perceraian, kehilangan pekerjaan, penyakit fisik dan konflik keluarga akan mengalami stres yang relatif ringan apabila memiliki jaringan sosial yang mendukung. Dan hubungan dukungan ini dengan depresi cukup kuat terutama pada wanita⁶.

Pendapat lain juga menyatakan bahwa keutuhan masyarakat (*community integration*) juga sangat berpengaruh. Pada semua tingkat usia, angka depresi lebih tinggi apabila berada pada masyarakat yang terpecah (*disintegrated communities*)⁵.

5.4 Keterbatasan penelitian

Pada penelitian ini terdapat faktor risiko yang tidak diteliti antara lain faktor riwayat masa anak-anak, kepribadian dan temperamen individu, peristiwa-peristiwa hidup yang dialami, riwayat keluarga serta hendaya –hendaya yang dimiliki pasien.

Alat ukur yang dipergunakan hanya 1 macam, akan lebih baik menggunakan beberapa alat ukur termasuk dengan wawancara terstruktur³², dengan menggunakan beberapa tenaga peneliti lain untuk menghilangkan bias penelitian.

Rancangan penelitian ini adalah belah lintang sehingga memiliki beberapa kendala antara lain tidak memiliki dimensi waktu sehingga tidak dapat mengungkap hubungan sebab akibat, tidak memiliki pembandingan, dan beberapa variabel pendukung tidak disamakan.

BAB VI

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian ini dapat diambil kesimpulan :

1. Terdapat perbedaan kecenderungan depresi pada individu keluarga pasien skizofrenia dibandingkan individu keluarga pasien psikosis akut. Rerata skor depresi keluarga pasien skizofrenia lebih tinggi dibandingkan rerata skor depresi keluarga pasien psikosis akut.
2. Terdapat hubungan yang lemah antara lama sakit pasien skizofrenia dengan kecenderungan depresi pada keluarga pasien.
3. Terdapat hubungan negatif antara persepsi dukungan sosial keluarga dengan kecenderungan depresi keluarga pasien skizofrenia.

BAB VI

SARAN

Berdasarkan penelitian ini dapat diketahui bahwa keluarga pasien skizofrenia mengalami kecenderungan depresi dengan rerata derajat ringan. Untuk hal tersebut, maka keluarga pasien skizofrenia akan lebih baik apabila diberikan psikoterapi agar tidak terjadi gangguan yang lebih berat disamping dapat membantu penyembuhan pasien skizofrenia di tengah-tengah keluarga.

Lama sakit pasien skizofrenia tidak terlalu memainkan peran yang besar terhadap kecenderungan depresi pada keluarga pasien skizofrenia sehingga dalam melakukan intervensi keluarga sebaiknya setiap keluarga pasien skizofrenia diperlakukan sama tanpa melihat lama perjalanan penyakit pasien.

Oleh karena ternyata terdapat hubungan antara persepsi dukungan sosial dengan kecenderungan depresi pada individu keluarga pasien skizofrenia, maka pada keluarga pasien skizofrenia dapat dianjurkan agar memiliki jaringan sosial serta melakukan interaksi sosial seluas-luasnya.

Penelitian dengan pendekatan belah lintang memiliki beberapa kendala, sehingga akan lebih baik dilanjutkan dengan penelitian yang memiliki pendekatan lebih tinggi seperti kasus kelola atau kohort

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. The world health organization report 2001 : mental health : new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. Pai S, Kapur L. The burden of a psychiatric patient : development of an interview schedule. *Br J of Psychiat*. 1981; 138: 332-35.
3. Dimsdale JE, Keefe F, Stein MB. Stress and psychiatry. In : Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Seventh edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 1835-46.
4. Gelde M, Gatt D, Mayou R, Cowen P. *Oxford textbook of psychiatry*. Third edition. New York: Oxford University Press Inc, 1996: 197-293.
5. Blazer DG. Mood disorders:epidemiology. In : Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Seventh edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 1299-1307.
6. Beinstein DA, Roy EJ, Wickens CD, Stull TK. *Psychology*. Boston: Houghton Mifflin Co, 1988: 472-92.
7. Mueser KT, Bellack AS. Psychoterapy for schizophrenia. In : Hirsch SR, Weinberger DR, editor. *Schizophrenia*. London: Blackwell Science Ltd, 1995 : 626-48.
8. Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. Family burden of neurosis : extent and determinants. *Hongkong Journal of Pychiatry* 1996;1: 23-28.
9. Andrews G, Sanderson K, Beard J. Burden of disease. *Br. J of Psychiat*. 1998; 173: 123-31.
10. Departemen Kesehatan R.I. *Pedoman Penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia . edisi II*. Jakarta : Departemen Kesehatan R.I Direktorat Keseshatan Jiwa) 1983.
11. Bootzin RR, Bower GH, Crocker J, Hall E. *Psychology today*. Seventh edition. New York: Mc Graw Hill Inc, 1991: 606-23.
12. Benjamin LT, Hopkins JR, Nation JR. *Psychology*. New York: Macmillan Publishing Co, 1987: 311-23.
13. Suhartono Taat Putra. Pengaruh stres terhadap sistem kekebalan tubuh manusia dalam sudut pandang psikoneuroimunologi. *Simposium Manajemen Stres dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Menurut Sudut Pandang Biomedis dan Islam*. Semarang .2000
14. Mc Dowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press, 1996: 238-85.
15. Setyonegoro K, Iskandar Y. Depresi, suatu problema diagnosa dan terapi pada praktek umum. Dalam: Setyonegoro K, Iskandar Y, Salan R, Musadik, editor. *Depresi : beberapa pandangan teori dan implikasi praktek di bidang kesehatan jiwa*. Jakarta . Yayasan Dharma Graha, 1981: 9-28.
16. Dean A. On the epidemiology of depression. In : Dean A, editor. *Depression in multidisciplinary perspective*. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1985: 5-31.

17. Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. 1998; 156: 816-27.
18. Cassem EH. Depression and anxiety secondary to medical illness. In Wesner RB, Winokur G, editors. *The psychiatric clinics of North America : anxiety and depression as secondary phenomena*. Philadelphia: WB Saunders Co, 1990: 597-611.
19. Burns DD. Terapi kognitif: pendekatan baru bagi penanganan depresi. Jakarta: Erlangga. 1-35.
20. Kaplan H, Sadock B, Grebb JA. *Synopsis of psychiatry*. Seventh edition. Philadelphia: William and Wilkins, 1992 : 516-571.
21. Smet B. Hubungan stres kesehatan dan koping terhadap stres. Dalam: *Psikologi Kesehatan*, Jakarta: Grasindo, 1994: 131-36
22. Grant I, Patterson TL, Yager J. Social support in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly. *Am J Psychiatry*. 1988; 145: 1254-58.
23. Adi IR. *Psikologi, pekerjaan sosial dan ilmu kesejahteraan sosial*. Jakarta: Raja Grafindo Persada, 1994.
24. Walgito B. *Psikologi sosial*. Yogyakarta: Andi Offset, 1983.
25. Badan Pusat Statistik Jawa Tengah. *Jawa Tengah dalam angka 2002*. Semarang
26. Jablensky A. Schizophrenia : the epidemiological horizon. In: Hirsch SR, Weinberger DR , editors. *Schizophrenia*. London: Blackwell Science, 1997: 206-52.
27. Notoatmodjo S. *Metodologi penelitian kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta, 1993.
28. Wicaksana I. Stresor lingkungan, depresi dan citra diri pada remaja penyandang masalah binaan DEPSOS DIY : uji kesetaraan Beck Depression Inventory dengan DSM-III R. *Jiwa* . 1993; XXV: 4:92: 1-8.
29. Beck AT. Depressive neurosis. In: Arieti , Brody E, editors. *American handbook of psychiatry*. Second edition, New York: Basic Book Inc, 1976 : 61-71.
30. Duggan C, Sham p, Minne C, Lee A, Murray R. Family history as a predictor of poor long term outcome in depression. *Br J of Psychiat*. 1998; 173: 527-30.
31. Kendler KS, Gardner CO. Boundaries of major depression : an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry*. 1998; 155: 172-77.
32. Rapaport MH, Judd LL, Schettler PJ, Yonkers KA, Thase ME, Kupfer DJ, et al. A descriptive analysis of minor depression. *Am J Psychiatry*. 2002; 159: 637-43.
33. Zubenko GS, Mulsant BH, Rifai AH, Sweet R, Pasternak RE, Marino LJ, et al. Impact of acute psychiatric inpatient treatment on major depression in late life and prediction of response. *Am J Psychiatry*. 1994; 151: 987-94.
34. Goethe JW, Fischer EH, Wright JS. Severity as key construct in depression. *J Nerv Ment Dis*. 1993; 181: 718-24.
35. Prasetyono. *Depresi pada pasangan hidup penderita skizofrenia (tesis)*. Semarang. Lab Psikiatri FK UNDIP / RSDK, 1988.