

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Depresi

##### 2.1.1. Definisi

Gangguan depresif adalah gangguan psikiatri yang menonjolkan *mood* sebagai masalahnya, dengan berbagai gambaran klinis yakni gangguan episode depresif, gangguan distimik, gangguan depresif mayor dan gangguan depresif unipolar serta bipolar.<sup>8</sup>

Gangguan depresif merupakan gangguan medik serius menyangkut kerja otak, bukan sekedar perasaan murung atau sedih dalam beberapa hari. Gangguan ini menetap selama beberapa waktu dan mengganggu fungsi keseharian seseorang.<sup>8</sup>

Gangguan depresif masuk dalam kategori gangguan *mood*, merupakan periode terganggunya aktivitas sehari-hari, yang ditandai dengan suasana perasaan murung dan gejala lainnya termasuk perubahan pola tidur dan makan, perubahan berat badan, gangguan konsentrasi, anhedonia (kehilangan minat apapun), lelah, perasaan putus asa dan tak berdaya serta pikiran bunuh diri. Jika gangguan depresif berjalan dalam waktu yang panjang (*distimia*) maka orang tersebut dikesankan sebagai pemurung, pemalas, menarik diri dari pergaulan, karena ia kehilangan minat hampir disemua aspek kehidupannya.<sup>8</sup>

### 2.1.2. Epidemiologi

Prevalensi penderita depresi di Indonesia diperkirakan 2,5 - 9 juta dari 210 juta jiwa penduduk.<sup>9</sup> Pada saat setelah pubertas resiko untuk depresi meningkat 2-4 kali lipat, dengan 20% insiden pada usia 18 tahun. Perbandingan gender saat anak-anak 1:1, dengan peningkatan resiko depresi pada wanita setelah pubertas, sehingga perbandingan pria dan wanita menjadi 1:2. Hal ini berhubungan dengan tingkat kecemasan pada wanita tinggi, perubahan estradiol dan testosteron saat pubertas, atau persoalan sosial budaya yang berhubungan dengan perkembangan kedewasaan pada wanita.<sup>10</sup>

Depresi sering terjadi pada wanita dengan usia 25-44 tahun, dan puncaknya pada masa hamil. Faktor sosial seperti stres dari masalah keluarga dan pekerjaan. Hal ini disebabkan karena harapan hidup pada wanita lebih tinggi, kematian pasangan mungkin juga menyebabkan angka yang tinggi untuk wanita tua mengalami depresi.<sup>10</sup>

Penilaian gejala depresi seperti perasaan sedih atau kekecewaan yang kuat dan terus menerus yang mempengaruhi aktivitas normal, menunjukkan prevalensi seumur hidup sebanyak 9-20%.<sup>(3)</sup> Pada kriteria lain yang digunakan pada depresi berat, prevalensi depresi 3% untuk pria dan 4-9% untuk wanita. Resiko seumur hidup 8-12% untuk pria dan 20-28% untuk wanita. Sekitar 12-20% pada orang yang mengalami episode akut berkembang menjadi sindrom depresi kronis, dan diatas 15% pasien yang mengalami depresi lebih dari 1 bulan dapat melakukan bunuh diri.<sup>10</sup>

### 2.1.3. Etiologi

Depresi disebabkan oleh kombinasi banyak faktor. Adapun faktor biologis, faktor bawaan atau keturunan, faktor yang berhubungan dengan perkembangan seperti kehilangan orang tua sejak kecil, faktor psikososial, dan faktor lingkungan, yang menjadi satu kesatuan mengakibatkan depresi.<sup>11</sup>

#### 1) Faktor biologis

Faktor biologis yang dapat menyebabkan terjadinya depresi dapat dibagi menjadi dua hal yaitu disregulasi biogenik amin dan disregulasi neuroendokrin. Abnormalitas metabolit biogenik amin yang sering dijumpai pada depresi yaitu *5 hydroxy indoleacetic acid* (5HIAA), *homovalinic acid* (HVA), *3-methoxy 4-hydrophenylglycol* (MHPG), sebagian besar penelitian melaporkan bahwa penderita gangguan depresi menunjukkan berbagai macam abnormalitas metabolik biogenikamin pada darah, urin dan cairan serebrospinal. Keadaan tersebut mendukung hipotesis gangguan depresi berhubungan dengan disregulasi biogenikamin. Dari biogenik amin, serotonin dan norepinefrin merupakan neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi depresi.<sup>12</sup>

Penurunan regulasi reseptor beta adrenergic dan respon klinik antidepresan mungkin merupakan peran langsung sistem noradrenergik dalam depresi. Bukti lain yang juga melibatkan reseptor beta2-presinaptik pada depresi, telah mengaktifkan reseptor yang

mengakibatkan pengurangan jumlah pelepasan norepinephrin. Reseptor beta2-presinaptik juga terletak pada neuron serotonergik dan mengatur jumlah pelepasan serotonin.<sup>13</sup>

Serotonin (*5-hydroxytryptamine* [5-HT]) neurotransmitter sistem menunjukkan keterlibatan dalam patofisiologi gangguan afektif, dan obat-obatan yang meningkatkan aktifitas serotonergik pada umumnya memberi efek antidepresan pada pasien. Selain itu, 5-HT dan / atau metabolitnya, 5-HIAA, ditemukan rendah pada urin dan cairan serebrospinal pasien dengan penyakit afektif.<sup>14</sup> Hal ini juga dibuktikan terdapat kadar 5-HT yang rendah pada otak korban bunuh diri dibandingkan dengan kontrol. Selain itu, ada beberapa bukti bahwa terdapat penurunan metabolit serotonin, *5-hydroxyindole acetic acid* (5-HIAA) dan peningkatan jumlah reseptor serotonin postsinaptik *5-hydroxytryptamine type 2* (5HT2) di korteks prefrontal pada kelompok bunuh diri.<sup>14-15</sup>

Aktivitas dopamin mungkin berkurang pada depresi. Penemuan subtipe baru reseptor dopamin dan meningkatnya pengertian fungsi regulasi presinaptik dan pascasinaptik dopamin memperkaya antara dopamin dan gangguan *mood*. Dua teori terbaru tentang dopamin dan depresi adalah jalur dopamin *mesolimbic* mungkin mengalami disfungsi pada depresi dan reseptor dopamin D1 mungkin hipoaktif pada depresi.<sup>13</sup>

## 2) Faktor Psikososial

Peristiwa kehidupan dengan stressful sering mendahului episode pertama, dibandingkan episode berikutnya. Ada teori yang mengemukakan adanya stres sebelum episode pertama menyebabkan perubahan biologi otak yang bertahan lama. Perubahan ini menyebabkan perubahan berbagai neurotransmitter dan sistem sinyal intraneuron. Termasuk hilangnya beberapa neuron dan penurunan kontak sinaps. Dampaknya, seorang individu berisiko tinggi mengalami episode berulang gangguan *mood*, sekalipun tanpa stressor dari luar.<sup>15</sup>

Orang dengan beberapa gangguan kepribadian seperti, obsesif-kompulsif, histeris, dan yang ada pada garis batasnya, mungkin memiliki risiko yang lebih tinggi untuk terkena depresi dari pada orang dengan kepribadian antisosial atau paranoid. Pada pengertian psikodinamik depresi dijelaskan oleh Sigmund Freud dan dikembangkan oleh Karl Abraham yang diklasifikasikan dalam 4 teori: (1) gangguan pada hubungan bayi dan ibu selama fase oral (10-18 bulan awal kehidupan) sehingga bisa terjadi depresi; (2) depresi dapat dihubungkan dengan kehilangan objek secara nyata atau imajinasi; (3) Introjeksi dari kehilangan objek adalah mekanisme pertahanan dari stress yang berhubungan dengan kehilangan objek

tersebut (4) karena kehilangan objek berkenaan dengan campuran cinta dan benci, perasaan marah berlangsung didalam hati.<sup>16-17</sup>

### **3) Faktor Genetik**

Dari faktor bawaan atau keturunan menerangkan apabila salah seorang kembar menderita depresi, maka kemungkinan saudara kembarnya menderita pula sebesar 70 %. Kemungkinan menderita depresi sebesar 15 % pada anak, orang tua, dan kakak-adik dari penderita depresi. Apabila anak yang orangtuanya pernah menderita depresi, sejak lahir diadopsi oleh keluarga yang tidak pernah menderita depresi, ternyata kemungkinan untuk menderita depresi 3 kali lebih besar dibandingkan anak - anak kandung keluarga yang mengadopsi.<sup>11</sup>

#### **2.1.4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi**

Banyak hal yang bisa menjadi faktor risiko timbulnya depresi, yaitu :

##### **1) Usia**

Rata-rata usia onset untuk gangguan depresif berat adalah kira-kira 40 tahun; dan 50% dari pasien memiliki onset antara usia 20-50 tahun.<sup>15</sup>

##### **2) Jenis kelamin**

Pada pengamatan yang hampir universal, terlepas dari kultur atau negara, terdapat prevalensi gangguan depresif berat yang dua kali lebih besar

pada wanita dibandingkan laki-laki.<sup>15</sup> Hal ini mungkin disebabkan oleh rendahnya kesehatan maternal.<sup>5</sup>

### 3) Pendidikan

Terdapat hubungan yang signifikan pendidikan dengan depresi pada usia dewasa-tua. Tingkat pendidikan berkaitan dengan kesehatan fisik yang baik.<sup>18</sup> Penelitian di Inggris menyebutkan bahwa lansia yang hanya menamatkan pendidikan dasar mempunyai risiko terhadap depresi 2,2 kali lebih besar.<sup>19</sup>

### 4) Status pernikahan

Pada umumnya, gangguan depresif berat terjadi paling sering pada orang yang tidak memiliki hubungan interpersonal yang erat atau yang bercerai atau berpisah.<sup>15</sup>

## 2.1.5. Stressor Psikososial

Stressor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi atau penyesuaian diri untuk menanggulangnya. Namun tidak semua orang mampu melakukan adaptasi dan mengatasi *stressor* tersebut, sehingga timbulah keluhan – keluhan antara lain stres, cemas dan depresi.<sup>20</sup>

DSM IV-TR mendefinisikan stresor psikososial sebagai “setiap peristiwa hidup atau perubahan hidup yang mungkin terkait secara temporal (dan mungkin kausal) dengan onset, peristiwa, atau eksaserbasi gangguan mental.

Masalah psikososial dalam PPGDJ III dikategorikan dalam aksis IV yang terdiri dari masalah dengan “*primary support group*” atau keluarga, masalah dengan lingkungan sosial, masalah pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, masalah akses ke pelayanan kesehatan, masalah yang berkaitan dengan hukum/kriminal dan lainnya.<sup>22</sup>

Anak dan remaja dapat pula mengalami stres yang disebabkan karena kondisi keluarga yang tidak harmonis. Sikap orang tua terhadap anak yang dapat menimbulkan stres antara lain.

1. Hubungan kedua orangtua yang dingin, atau penuh ketegangan, atau acuh tak acuh.
2. Kedua orangtua jarang di rumah dan tidak ada waktu untuk bersama dengan anak – anak.
3. Komunikasi antara orangtua dan anak yang tidak serasi
4. Kedua orangtua berpisah (separate) atau bercerai (divorce).
5. Salah satu orangtua menderita gangguan jiwa atau kelainan kepribadian.
6. Orangtua dalam mendidik anak kurang sabar, pemaarah, keras, otoriter, dan lain sebagainya.<sup>20</sup>

Dalam interaksi sosial, seseorang dapat menyesuaikan diri secara pasif terhadap orang lain (autoplastis), sedangkan mungkin dirinya sedang dipengaruhi oleh orang lain. Mungkin juga seseorang menyesuaikan diri secara alloplastis (mengubah lingkungan sesuai keinginan diri) terhadap orang lain, sedangkan orang lain itu dipengaruhi oleh orang pertama, maka selalu akan terlihat hubungan timbal balik yang saling berpengaruh antara seorang dengan orang lain.<sup>21</sup>



Hubungan antar sesama (perorangan/individual) yang tidak baik dapat merupakan sumber stress. Misalnya hubungan yang tidak serasi, tidak baik atau buruk dengan kawan dekat atau kekasih, antara sesama rekan, antara batasan dan bawahan, serta pengkhianatan.<sup>21</sup>

#### **2.1.6. Hubungan Penyakit Medis dengan Depresi**

Adanya berbagai penyakit kronik atau suatu keadaan multipatologi dan polifarmasi semakin meningkatkan kejadian depresi pada lansia. Pasien geriatri yang menderita depresi sering memiliki komorbid dengan penyakit vaskular. Istilah komorbiditas menyatakan adanya dua atau lebih penyakit pada seorang pasien pada waktu yang sama. Pada pasien lansia sering ditemukan keadaan multipatologi (menderita dua atau lebih penyakit fisis) dan tidak jarang ditemui bersamaan (komorbiditas) dengan gangguan psikis seperti depresi.<sup>22, 23</sup>

Penyakit yang sering terjadi bersamaan dengan depresi antara lain diabetes melitus, hipertensi, gagal jantung, penurunan fungsi hepar dan ginjal, penyakit Parkinson, penyakit *Alzheimer*, *stroke*, dan arthritis. Penyakit serebrovaskular merupakan faktor predisposisi dan presipitasi sindrom depresi. Infeksi virus, endokrinopati seperti kelainan tiroid dan paratiroid, serta keganasan seperti limfoma dan karsinoma pankreas kerap menimbulkan komplikasi depresi. Penderita hepatitis C lebih dari 5 tahun akan mengalami depresi sebanyak 22,4% dan pasien-pasien yang berusia lebih dari 50 tahun secara klinis lebih mengalami depresi daripada mereka yang berusia lebih muda. Pasien dengan penyakit ginjal

stadiu akhir yang menjalani dialisis, prevalensi untuk terjadi depresi dapat mencapai 25,4%.<sup>22</sup>

Penelitian Niti Matthew et al menyebutkan bahwa beberapa penyakit komorbid dengan prevalensi depresi adalah hipertensi, gangguan penglihatan diabetes, arthritis, penyakit jantung iskemik, asma/COPD, stroke, osteoporosis, gagal jantung, gangguan tiroid dan gastrointestinal. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa angka prevalensi depresi lebih tinggi dengan adanya penyakit kronik.<sup>23</sup>

#### **2.1.7. Klasifikasi Depresi<sup>24</sup>**

Menurut PPDGJ III, kriteria diagnosis episode depresif (F32) adalah sebagai berikut:

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

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

##### **Gejala Lainnya :**

- 1) Konsentrasi dan perhatian berkurang
- 2) Harga diri dan kepercayaan diri berkurang
- 3) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- 4) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistik

5) Gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri

6) Tidur terganggu

- Untuk episode depresif dari ketiga tingkat keparahan tersebut diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakkan diagnosis, akan tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.
- Kategori diagnosis episode depresif ringan (F32.0), sedang (F32.1) dan berat (F32.2) hanya digunakan untuk episode depresif tunggal (yang pertama). Episode depresif berikutnya harus diklasifikasikan dibawah salah satu diagnosis gangguan depresif berulang (F33.-).

### **Pedoman Diagnostik**

#### **F32.0 Episode Depresif Ringan**

<b>Tabel 2.</b> Episode depresi ringan
- Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut diatas
- Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya: 1) sampai dengan 2).
- Tidak boleh ada gejala berat diantaranya.
- Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.

- Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.

### **F32.1 Episode Depresif Sedang**

**Tabel 3.** Episode depresi sedang

- Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan.
- Ditambah 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,.

### **F32.2 Episode Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik**

**Tabel 4.** Episode depresi berat tanpa gejala psikotik

- 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 dan 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.

### **F32.3 Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik**

**Tabel 5.** Episode depresi berat dengan gejala psikotik

- Episode depresif berat yang memenuhi kriteri menurut F32.2 tersebut diatas.
- Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham

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 stupor.

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

### 2.1.8. Diagnosis Banding<sup>25</sup>

#### 1) *Bereavement* (Kehilangan teman atau keluarga karena kematian)

*Bereavement* atau rasa kesedihan yang berlebihan karena putusnya suatu hubungan dapat memperlihatkan gejala yang sama dengan episode depresi mayor. Tingkat keparahan dan durasi dari gejala dan dampaknya pada fungsi sosial dapat membantu dalam menyingkirkan antara kesedihan yang mendalam dan *Major Depressive Disorder* (MDD) (Tabel 6).

<b>Tabel 6.</b> Pembeda antara <i>bereavement</i> dan episode depresi mayor		
Gejala	<b>Bereavement</b>	<b>MDD</b>
Waktu	Kurang dari 2 bulan	Lebih dari 2 bulan
Perasaan tidak berguna/tidak pantas	Tidak ada	Ada

Ide bunuh diri	Tidak ada	Kebanyakan ada
Rasa bersalah, dll	Tidak ada	Mungkin ada
Perubahan psikomotor	Agitasi ringan	Melambat
Gangguan fungsi	Ringan	Sedang –Berat

## 2) Gangguan Afektif Disebabkan Karena Kondisi Medis Umum

Gejala depresi dapat diperlihatkan dari efek fisiologis suatu kondisi medis khusus yang terjadi sebelumnya. Sebaliknya, gejala fisik suatu penyakit medis utama sulit untuk dapat didiagnosis yang berkormorbid dengan MDD. *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* sangat berguna untuk alat deteksi pasien dengan penyakit medis dimana digunakan pertanyaan yang memfokuskan pada gejala kognitif dibandingkan dengan gejala somatiknya. MDD sama banyaknya dengan penyakit kronis (Tabel 7), tetapi lebih umum diabetes, penyakit tiroid, dan gangguan neurologis (penyakit Parkinson, multiple sklerosis).

<b>Tabel 7.</b> Kondisi medis umum berhubungan dengan gejala depresi	
<p><b>Gangguan Neurologis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyakit Alzheimer</li> <li>• Penyakit serebrovaskular</li> <li>• Neoplasma cerebral</li> <li>• Trauma cerebral</li> <li>• Infeksi SSP</li> <li>• Dementia</li> <li>• Epilepsy</li> <li>• Penyakit Ekstrapiramidal</li> </ul>	<p><b>Gangguan Endokrin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adrenal</li> <li>• Cushing</li> <li>• Addison</li> <li>• Hyperaldosteronisme</li> <li>• Berhubungan dengan haid</li> <li>• Penyakit paratiroid</li> <li>• Penyakit tiroid</li> <li>• Defisiensi vitamin</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyakit Huntington</li> <li>• Hydrocephalus</li> <li>• Migraine</li> <li>• Multiple sklerosis</li> <li>• Narcolepsy</li> <li>• Penyakit Parkinson</li> <li>• Supranuclear palsy progresif</li> <li>• Sleep apnea</li> <li>• Penyakit Wilson</li> </ul> <p><b>Gangguan Sistemik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infeksi virus dan bakteri</li> </ul> <p><b>Inflamasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rheumatoid arthritis</li> <li>• Sindrom Sjogren</li> <li>• Systemic lupus erythematosus</li> <li>• Arteritis temporal</li> </ul>	<p>B12/folat</p> <p>Vitamin C</p> <p>Niacin</p> <p>Thiamine</p> <p><b>Gangguan lainnya</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AIDS</li> <li>• Kanker</li> <li>• Sindrom klinefelter</li> <li>• Infak miokard</li> <li>• Porphyrias</li> <li>• Sebelum operasi</li> <li>• Penyakit ginjal dan uremia</li> <li>• Neoplasma sistemik</li> </ul>
--	--

### 3) Gangguan Afektif Disebabkan Karena Zat

Efek samping obat (baik yang diresepkan atau tidak) dapat memperlihatkan gejala depresi, jadi suatu zat yang dapat mempengaruhi gangguan mood harus dapat dipertimbangkan dalam mendiagnosis banding MDD (Tabel 7). Bukti dari riwayat, pemeriksaan fisik, atau temuan laboratorium digunakan untuk dapat menentukan adanya suatu pengalagunaan, ketergantungan, intoksikasi/keracunan, atau kondisi putus



obat yang secara fisiologis akan menyebabkan suatu episode depresi. Selama gejala depresi karena pengaruh obat dapat disembuhkan dengan menghentikan penggunaan obat tersebut, gejala putus obat dapat berlangsung selama beberapa bulan.

<p><b>Tabel 8.</b> Obat yang umum disalahgunakan dan menyebabkan gangguan <i>mood</i> yang dipengaruhi zat</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Amfetamin</li> <li>• Anxiolitik</li> <li>• Kokain</li> <li>• Zat-zat halusinogen</li> <li>• Hipnotik</li> <li>• Inhalant</li> <li>• Opioid</li> <li>• <i>Phencycline</i></li> <li>• Sedatif</li> </ul>

#### 4) Gangguan Bipolar

Sejarah adanya mania atau hipomania mengidentifikasi adanya gangguan bipolar, tetapi semenjak (1) gangguan bipolar sering berawal dengan episode depresi, dan (2) pasien bipolar mengalami episode depresi lebih lama dibandingkan dengan hipomania/mania, hal ini penting untuk mengeluarkan diagnosis bipolar ketika sedang mendiagnosis MDD. Pada kenyataannya, 5-10% individu yang mengalami episode depresi mayor

akan memiliki episode hipomanik atau manik didalam kehidupannya. Gejala depresi yang memperlihatkan suatu gangguan bipolar termasuk didalamnya pemikiran yang kacau, gejala psikotik, gambaran atipikal (pipersomnia, makan berlebihan), onset usia dini, dan episode kekambuhan. Gangguan Bipolar II (dengan hipomania) sulit untuk dikenali karena pasien tidak mengenali hipomania sebagai suatu kondisi yang abnormal – mereka menerima itu sebagai perasaan yang baik. Informasi yang mendukung dari pasangan hidup, teman terdekat, dan keluarga sering menjadi hal yang penting untuk dapat mendiagnosis. Pertanyaan-pertanyaan yang valid, seperti kuesioner gangguan afektif, dapat membantu dalam mengidentifikasi hipomania.

## **2.2. Beck Depression Inventory II (BDI-II)**

Skala BDI-II merupakan skala pengukuran interval yang mengevaluasi 21 gejala depresi, 15 di antaranya menggambarkan emosi, 4 perubahan sikap, 6 gejala somatik. Setiap gejala dirangking dalam skala intensitas 4 poin dan nilainya ditambahkan untuk memberi total nilai dari 0-63, nilai yang lebih tinggi mewakili depresi yang lebih berat. Batasan nilai untuk depresi, 0-9 mengindikasikan tidak ada depresi, 10-18 untuk depresi ringan, 19-29 depresi sedang, dan 30-63 mengindikasikan adanya depresi berat. Skala ini telah diuji validitas dan kesahihannya di Indonesia.<sup>26</sup>

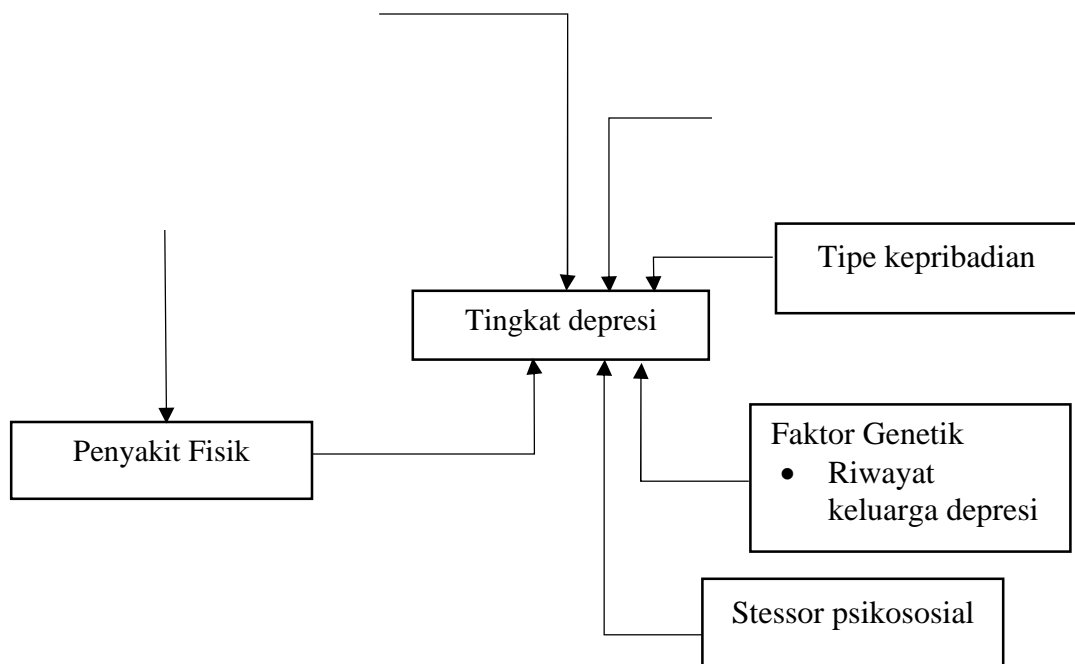
## **2.3. Kerangka teori**

### Faktor Demografi

- Usia
- Jenis kelamin
- Tingkat

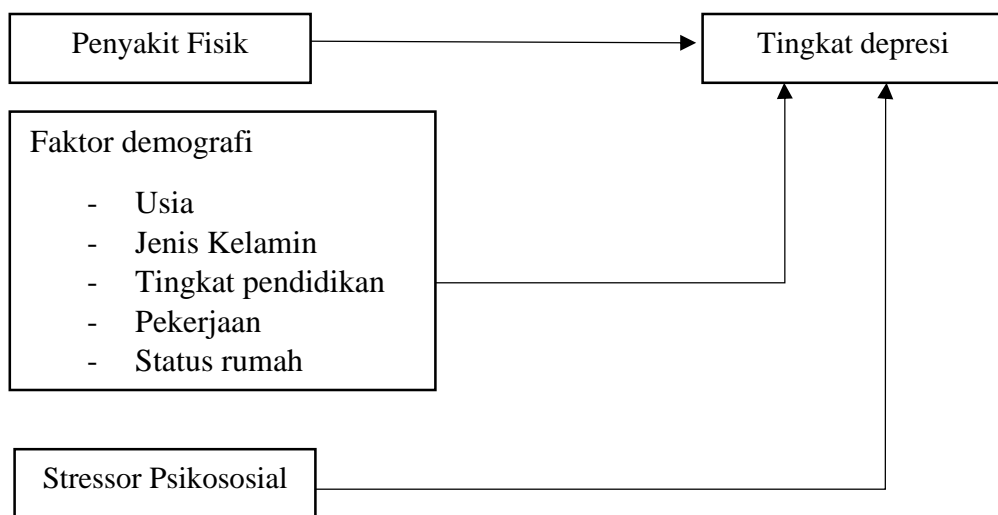
### Faktor Biologis

- Regulasi biogenik-amin
- Regulasi



**Gambar 1.** Kerangka teori

#### 2.4. Kerangka konsep



**Gambar 2.** Kerangka konsep

#### 2.5. Hipotesis

- 1) Faktor demografi berhubungan dengan depresi pada Pasien Rawat Jalan Puskesmas Halmahera Semarang.
- 2) Stressor psikososial berhubungan dengan depresi pada Pasien Rawat Jalan Puskesmas Halmahera Semarang.
- 3) Penyakit fisik berhubungan dengan depresi pada Pasien Rawat Jalan Puskesmas Halmahera Semarang.