

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kecemasan

2.1.1 Pengertian Kecemasan

Kecemasan atau dalam bahasa Inggrisnya “anxiety” berasal dari bahasa latin “angustus” yang berarti kaku, dan “ango, anci” yang berarti mencekik. Menurut Stuart & Sundeen pada tahun 1998, kecemasan merupakan perasaan individu dan pengalaman subjektif yang tidak dapat diamati secara langsung dan perasaan tanpa objek yang spesifik dipacu oleh ketidaktahuan dan didahului oleh pengalaman baru.¹²

Menurut Carpenito pada tahun 2000, menyebutkan bahwa kecemasan merupakan keadaan dimana individu atau kelompok mengalami perasaan yang sulit (ketakutan) dan aktivasi sistem saraf otonom dalam berespon terhadap ketidakjelasan, ancaman tidak spesifik.¹³

Kecemasan (anxietas) adalah respon normal pertama dari individu terhadap ancaman atau stressor yang dapat timbul dari dalam individu sendiri atau dari lingkungannya.¹⁴

2.1.2 Tingkatan Kecemasan

Kecemasan mempunyai berbagai tingkat, Stuart & Sundeen pada tahun 1998 menggolongkannya sebagai berikut:¹³

a. Kecemasan ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Pada tingkat ini lahan persepsi melebar dan individu akan berhati-hati serta waspada. Individu akan terdorong untuk belajar yang akan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas. Kecemasan ringan diperlukan orang agar dapat mengatasi suatu kejadian. Seseorang dengan kecemasan ringan dapat dijumpai berdasarkan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Persepsi dan perhatian meningkat, waspada.
- 2) Mampu mengatasi situasi bermasalah.
- 3) Dapat mengatakan pengalaman masa lalu, saat ini dan masa mendatang, menggunakan belajar, dapat memvalidasi secara konsensual, merumuskan makna.
- 4) Ingin tahu, mengulang pertanyaan.
- 5) Kecenderungan untuk tidur.

b. Kecemasan sedang

Memungkinkan seseorang untuk memuaskan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Orang dengan kecemasan sedang biasanya menunjukkan keadaan seperti:

- 1) Persepsi agak menyempit, secara selektif tidak perhatian tetapi dapat mengarahkan perhatian.

- 2) Sedikit lebih sulit untuk konsentrasi, belajar menuntut upaya lebih.
- 3) Memandang pengalaman ini dengan masa lalu.
- 4) Dapat gagal untuk mengenali sesuatu apa yang terjadi pada situasi, akan mengalami beberapa kesulitan dalam beradaptasi dan menganalisa.
- 5) Perubahan suara atau ketinggian suara.
- 6) Peningkatan frekuensi pernafasan dari jantung.
- 7) Tremor, gemetar.

c. Kecemasan berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lahan persepsi. Individu cenderung memikirkan pada hal-hal yang kecil saja dan mengabaikan hal-hal yang lain. Individu tidak mampu berpikiran berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan. Hal-hal dibawah ini sering dijumpai pada seseorang dengan kecemasan berat, yaitu:

- 1) Persepsi sangat berkurang/berfokus pada hal-hal detail, tidak dapat berkonsentrasi lebih bahkan ketika diinstruksikan untuk melakukannya.
- 2) Belajar sangat terganggu, sangat mudah mengalihkan perhatian, tidak mampu untuk memahami situasi saat ini.
- 3) Memandang pengalaman saat ini dengan arti masa lalu, hampir tidak mampu untuk memahami situasi ini.
- 4) Berfungsi secara buruk, komunikasi sulit dipahami.
- 5) Hiperventilasi, takikardi, sakit kepala, pusing, mual.

d. Panik

Pada tingkat ini persepsi terganggu individu, sangat kacau, hilang kontrol, tidak dapat berpikir secara sistematis dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun telah diberi pengarahan. Tingkat ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian. Seseorang dengan panik akan dapat dijumpai adanya:

- 1) Persepsi yang menyimpang, fokus pada hal yang tidak jelas.
- 2) Belajar tidak dapat terjadi.
- 3) Tidak mampu untuk mengikuti, dapat berfokus hanya pada hal saat ini, tidak mampu melihat atau memahami situasi, hilang kemampuan mengingat.
- 4) Tidak mampu berpikir, biasanya aktifitas motorik meningkat atau respon yang tidak dapat diperkirakan bahkan pada stimuli minor, komunikasi yang tidak dapat dipahami.
- 5) Muntah, perasaan mau pingsan.

2.1.3 Teori Kecemasan

Menurut Freud dalam Siswati pada tahun 2000, terjadinya kecemasan pada individu dapat diterangkan melalui teori-teori¹³:

a. Teori psikomotorik

Menurut teori ini, Freud menyatakan kecemasan terbagi dalam 4 kategori yaitu: *superego anxiety*, *castration anxiety*, *separation anxiety*, dan *id or impulse anxiety*.

Selanjutnya oleh Freud dikatakan pula kecemasan adalah hasil konflik yang tidak disadari antara impuls id (terutama impuls agresif dan seksual) yang melawan ego atau superego. Banyak impuls id memberikan ancaman pada individu karena berlawanan dengan nilai-nilai yang dianut oleh individu atau nilai-nilai moral dalam masyarakat.

b. Teori kognitif

Pandangan teori kognitif menyatakan bahwa kecemasan dapat terjadi karena adanya penyimpangan cara berfikir (distorsi kognitif) pada seseorang. Individu akan mengalami gangguan atau penyimpangan dalam menafsirkan situasi-situasi yang dihadapinya, sehingga kecemasan ini lebih dipengaruhi oleh proses berfikir individu bukan oleh situasinya.

c. Teori belajar

Kecemasan menurut pandangan teori belajar terjadi bukan terpusat pada konflik interval tetapi cara-cara ketika kecemasan dihubungkan dengan situasi-situasi tertentu melalui proses belajar. Para pengikut pandangan tradisional ini dari teori belajar menganggap bahwa kecemasan berkembang melalui belajar berasosiasi. Sehingga stimulus yang ada awalnya netral menjadi sesuatu yang mencemaskan karena cenderung terkondisi yang didasarkan pada hubungan dengan stimulus yang tidak menyenangkan atau *aversive stimulus*.

d. Teori kepribadian

Kecemasan merupakan dimensi dasar kepribadian dan kecemasan dapat dilihat sebagai campuran antara intraversi dan neurotisme. Adapun stressor pencetus kecemasan dikelompokkan menjadi 2 kategori yaitu:

- 1) Ancaman terhadap integritas fisik meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melaksanakan aktifitas sehari-hari.
- 2) Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegritas dalam diri seseorang.

2.1.4 Etiologi Kecemasan

Ada beberapa teori penyebab kecemasan.⁴

1. Teori psikologis

Dalam teori psikologis terdapat 3 bidang utama:

a) Teori psikoanalitik

Freud menyatakan bahwa kecemasan adalah suatu sinyal kepada ego yang memberitahukan adanya suatu dorongan yang tidak dapat diterima dan menyadarkan ego untuk mengambil tindakan defensif terhadap tekanan dari dalam tersebut. Idealnya, penggunaan represi sudah cukup untuk memulihkan keseimbangan psikologis tanpa menyebabkan gejala, karena represi yang efektif dapat menahan dorongan di bawah sadar. Namun jika represi tidak

berhasil sebagai pertahanan, mekanisme pertahanan lain (seperti konversi, pengalihan, dan regresi) mungkin menyebabkan pembentukan gejala dan menghasilkan gambaran gangguan neurotik yang klasik (seperti histeria, fobia, neurosis obsesif-kompulsif).

b) Teori perilaku

Teori perilaku menyatakan bahwa kecemasan disebabkan oleh stimuli lingkungan spesifik. Pola berpikir yang salah, terdistorsi, atau tidak produktif dapat mendahului atau menyertai perilaku maladaptif dan gangguan emosional. Penderita gangguan cemas cenderung menilai lebih terhadap derajat bahaya dalam situasi tertentu dan menilai rendah kemampuan dirinya untuk mengatasi ancaman.

c) Teori eksistensial

Teori ini memberikan model gangguan kecemasan umum dimana tidak terdapat stimulus yang dapat diidentifikasi secara spesifik untuk suatu perasaan kecemasan yang kronis.

2. Teori biologis

Peristiwa biologis dapat mendahului konflik psikologis namun dapat juga sebagai akibat dari suatu konflik psikologis.

a) Sistem saraf otonom

Stressor dapat menyebabkan pelepasan epinefrin dari adrenal melalui mekanisme berikut ini:

Menurut Mudjaddid pada tahun 2006, ancaman dipersepsi oleh panca indera, diteruskan ke korteks serebri, kemudian ke sistem limbik dan *Reticular Activating System* (RAS), lalu ke hipotalamus dan hipofisis. Kemudian kelenjar adrenal mensekresikan katekolamin dan terjadilah stimulasi saraf otonom.

Hiperaktivitas sistem saraf otonom akan memengaruhi berbagai sistem organ dan menyebabkan gejala tertentu, misalnya: kardiovaskuler (contohnya: takikardi), muskuler (contohnya: nyeri kepala), gastrointestinal (contohnya: diare), dan pernafasan (contohnya: nafas cepat).

b) Neurotransmitter

Tiga neurotransmitter utama yang berhubungan dengan kecemasan adalah norepinefrin, serotonin, dan *gamma-aminobutyric acid* (GABA).

Norepinefrin

Pasien yang menderita gangguan kecemasan mungkin memiliki sistem noradrenergik yang teregulasi secara buruk. Badan sel sistem noradrenergik terutama berlokasi di lokus sereleus di pons rostral dan aksonnya keluar ke korteks serebral, sistem limbik, batang otak, dan medula spinalis. Percobaan pada primata menunjukkan bahwa stimulasi lokus sereleus menghasilkan suatu respon ketakutan dan ablasi lokus sereleus menghambat kemampuan binatang untuk membentuk respon ketakutan. Pada

pasien dengan gangguan kecemasan, khususnya gangguan panik, memiliki kadar metabolit noradrenergik yaitu *3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol* (MHPG) yang meninggi dalam cairan serebrospinalis dan urin.

Serotonin

Badan sel pada sebagian besar neuron serotonergik berlokasi di nukleus raphe di batang otak rostral dan berjalan ke korteks serebral, sistem limbik, dan hipotalamus. Pemberian obat serotonergik pada binatang menyebabkan perilaku yang mengarah pada kecemasan. Beberapa laporan menyatakan obat-obatan yang menyebabkan pelepasan serotonin, menyebabkan peningkatan kecemasan pada pasien dengan gangguan kecemasan.

Gamma-aminobutyric acid (GABA)

Peranan GABA dalam gangguan kecemasan telah dibuktikan oleh manfaat *benzodiazepine* sebagai salah satu obat beberapa jenis gangguan kecemasan. Menurut Kaplan & Saddock pada tahun 2005, *benzodiazepine* yang bekerja meningkatkan aktifitas GABA pada reseptor GABA terbukti dapat mengatasi gejala gangguan kecemasan umum bahkan gangguan panik. Beberapa pasien dengan gangguan kecemasan diduga memiliki fungsi reseptor GABA yang abnormal.

Solomon pada tahun 1974 mengungkapkan, faktor budaya juga merupakan salah satu penyebab kecemasan yang penting. Pekerjaan, pendidikan, institusi agama, dan sosial budaya semuanya dapat menjadi konflik yang menyebabkan kecemasan.

2.1.5 Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS)

Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS) merupakan kuesioner yang digunakan untuk mencatat adanya kecemasan dan menilai kuantitas tingkat kecemasan.¹⁵ Zung telah mengevaluasi validitas dan realibilitasnya dan hasilnya baik.¹⁵ Penelitian menunjukkan bahwa konsistensi internalnya pada sampel psikiatrik dan non-psikiatrik adekuat dengan korelasi keseluruhan butir-butir pertanyaan yang baik dan realibilitas uji yang baik.¹⁶

Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS) yang mengandung 20 pertanyaan: 5 pertanyaan positif dan 15 pertanyaan negatif yang menggambarkan gejala-gejala kecemasan. Setiap butir pertanyaan dinilai berdasarkan frekuensi dan durasi gejala yang timbul: (1) jarang atau tidak pernah sama sekali, (2) kadang-kadang, (3) sering, dan (4) hampir selalu mengalami gejala tersebut. Skor masing-masing pertanyaan dijumlahkan menjadi 1 (satu) skor global dengan kisaran nilai 20-80.¹⁵

Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS) telah digunakan secara luas sebagai alat skrining kecemasan. Kuesioner ini juga sering digunakan untuk menilai kecemasan selama dan setelah seseorang mendapatkan terapi atas gangguan kecemasan yang dialaminya.¹⁷

2.2 Depresi

2.2.1 Pengertian Depresi

Menurut Saddock pada tahun 2007 depresi merupakan suatu gangguan mood. Mood adalah suasana perasaan yang meresap dan menetap yang dialami secara internal dan yang memengaruhi perilaku seseorang dan persepsinya terhadap dunia.¹⁸

Kartono pada tahun 2002, menyatakan bahwa depresi adalah keadaan patah hati atau putus asa yang disertai dengan melemahnya kepekaan terhadap stimulus tertentu, pengurangan aktifitas fisik maupun mental dan kesulitan dalam berpikir. Lebih lanjut Kartono menjelaskan bahwa gangguan depresi disertai kecemasan, kegelisahan dan keresahan, perasaan bersalah, perasaan menurunnya martabat diri atau kecenderungan bunuh diri.¹⁸

Menurut Atkinson *et al.*, pada tahun 1993, depresi adalah gangguan perasaan atau mood yang disertai komponen psikologi berupa sedih, susah, tidak ada harapan dan putus asa disertai komponen biologis atau somatik misalnya anoreksia, konstipasi dan keringat dingin. Depresi dikatakan normal apabila terjadi dalam situasi tertentu, bersifat ringan dan dalam waktu yang singkat. Bila depresi tersebut terjadi di luar kewajaran dan berlanjut maka depresi tersebut dianggap abnormal.⁴

Baru-baru ini, Heinz Kohut mendefinisikan kembali depresi di dalam istilah psikologi diri. Jika objek diri yang diperlukan bercermin, kekembaran, atau idealisasi tidak datang dari orang yang bermakna, orang

yang terdepresi merasakan suatu ketidaklengkapan dan putus asa karena tidak menerima respons yang diinginkan.³

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa depresi atau gangguan mood adalah suasana perasaan sedih dan cemas yang menetap pada diri seseorang sehingga dapat memengaruhi perilaku dan persepsi seseorang.¹⁸

2.2.2 Tingkatan Depresi

1) Gejala depresi

Menurut Rusdi Maslim pada tahun 2003 dalam PPDGJ III ada beberapa gejala utama dan gejala lainnya yang harus diperhatikan dalam mendiagnosa seseorang yang mengalami depresi.^{18,19}

a. Gejala utama depresi (pada derajat ringan, sedang, dan berat) yaitu:

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), menurunnya aktifitas.

b. Gejala lainnya depresi yaitu:

1. Konsentrasi dan perhatian berkurang.
2. Harga diri dan kepercayaan diri berkurang.
3. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna.
4. Pandangan masa depan suram dan pesimistis.
5. Gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh

diri.

6. Tidur terganggu.

7. Nafsu makan berkurang.

2) Episode depresif ringan

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

3) Episode depresif sedang

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

4) Episode depresif berat tanpa gejala psikotik

1. Semua gejala utama depresi harus ada.
2. Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat.

3. 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.
 4. 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.
 5. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.
- 5) Episode depresif berat dengan gejala psikotik
1. Episode depresi berat yang memenuhi kriteria di atas.
 2. Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor. Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (*mood-congruent*).

2.2.3 Teori Depresi

1) Pendekatan belajar

Menurut Lewinshon pada tahun 1974 dan Libet & Lewinshon pada tahun 1977, salah satu hipotesis untuk menjelaskan depresi, yakni individu-individu yang mengalami depresi adalah individu-individu yang menerima hadiah agak kurang atau hukuman lebih banyak dibandingkan dengan individu-individu yang tidak mengalami depresi.²¹

2) Pendekatan kognitif

Ada dua teori kognitif tentang depresi²⁰ yakni:

Kemapanan-kemapanan kognitif yang negatif (*negative cognitive sets*)

Menurut Beck pada tahun 1967 dan 1976, individu-individu mengalami depresi karena mereka memiliki kemapanan-kemapanan kognitif yang negatif untuk menginterpretasikan diri mereka sendiri, dunia, dan masa depan mereka.

Ketidakberdayaan yang dipelajari (*learned helplessness*)

Abramson, *et al.*, pada tahun 1978 dan Peterson & Seligman pada tahun 1984 mengemukakan teori bahwa individu belajar secara tepat atau tidak tepat bahwa ia tidak dapat mengontrol aspek-aspek negatif dari kehidupan; dan dengan demikian, ia merasa tidak berdaya dan perasaan-perasaan ketidakberdayaan ini akan menyebabkan depresi.

3) Pendekatan humanistik-eksistensial

Para pelopor teori humanistik-eksistensial berpendapat bahwa kecemasan terjadi karena adanya ketidakcocokan antara *real-self* dan

ideal-self (diri yang real versus diri yang ideal). Depresi terjadi bila individu menyadari bahwa jurang antara *real-self* dan *ideal-self* tidak dapat dijangkau; karena itu, ia menyerah dalam kesedihan. Individu pada hakikatnya tidak berusaha mencapai aktualisasi diri, dan hal ini bisa menyebabkan depresi.²⁰

4) Pendekatan fisiologis

Teori fisiologis mengemukakan bahwa depresi itu disebabkan oleh aktifitas neurologis yang rendah pada daerah-daerah otak yang berfungsi untuk mengatur kesenangan. Hal ini disebabkan karena persediaan neurotransmitter pada sinapsis-sinapsis tidak mencukupi. Ada dua neurotransmitter yang ada hubungannya dengan depresi, yakni norepinefrin dan serotonin. Norepinefrin merupakan salah satu dari sejumlah bahan kimia yang dinamakan katekolamin; dan serotonin merupakan salah satu dari sejumlah bahan kimia yang dikenal dengan sebutan indoleamin. Kedua neurotransmitter ini bersama-sama disebut “amin”, sehingga teori fisiologis tentang depresi kadang-kadang disebut “hipotesis amin”.²⁰

Sachar pada tahun 1982 mengemukakan hal yang menarik untuk diketahui bahwa norepinefrin dan serotonin yang berkadar rendah dapat juga digunakan untuk menjelaskan berkurangnya tidur, selera makan, dorongan seks, dan aktifitas motorik yang sering dihubungkan dengan depresi. Norepinefrin dan serotonin memainkan peranan yang penting dalam fungsi hipotalamus, dan hipotalamus itu sendiri mengontrol tidur, selera makan, seks, dan tingkah laku motor. Perubahan-perubahan dalam

kadar neurotransmitter dapat menjelaskan perubahan-perubahan suasana hati yang kelihatan dalam gangguan-gangguan depresif dan dapat juga menjelaskan banyak simptom lain yang ada kaitannya dengan gangguan-gangguan itu.²⁰

2.2.4 Etiologi Depresi

Kaplan pada tahun 2010 menyebutkan bahwa faktor penyebab dapat dibuat secara buatan dibagi menjadi faktor biologis, faktor genetika dan faktor psikososial. Perbedaan tersebut adalah buatan karena kemungkinan bahwa ketiga bidang tersebut berinteraksi diantara mereka sendiri. Berikut faktor penyebab depresi meliputi:

a) Faktor biologis

Norepinefrin dan serotonin merupakan dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan mood. Respon temporal perubahan reseptor tersebut pada model binatang adalah berkorelasi dengan keterlambatan perbaikan klinis selama satu atau tiga minggu yang biasanya ditemukan pada pasien. Disamping norepinefrin, serotonin, dan dopamin, bukti-bukti mengarah pada disregulasi asetil- kolin dalam gangguan mood.¹⁸

Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi, dan beberapa pasien yang bunuh diri memiliki konsentrasi metabolit serotonin di dalam cairan serebrospinalis yang rendah dan konsentrasi tempat ambilan serotonin, generasi antidepressan dimasa depan mungkin memiliki efek lain pada sistem serotonin.¹⁸

b) Faktor genetika

Data genetik dengan kuat menyatakan bahwa suatu faktor penting di dalam perkembangan gangguan mood adalah genetika. Penelitian keluarga juga menemukan bahwa sanak saudara derajat pertama dari penderita gangguan depresif berat kemungkinan 1,5 sampai 2,5 kali lebih besar daripada sanak saudara derajat pertama subjek. Penelitian keluarga telah menemukan bahwa kemungkinan menderita suatu gangguan mood menurun. Penelitian adopsi juga telah menemukan bahwa anak biologis dari orang tua yang menderita suatu gangguan mood, bahkan jika mereka dibesarkan oleh keluarga angkat yang tidak menderita gangguan.¹⁸

Penelitian adopsi juga telah menunjukkan bahwa orang tua biologis dari anak adopsi dengan gangguan mood mempunyai suatu prevalensi gangguan mood yang tidak diadopsi. Prevalensi gangguan mood pada orang tua angkat adalah mirip dengan prevalensi dasar pada populasi umum.¹⁸

c) Faktor psikososial

Peristiwa kehidupan dan stress lingkungan, suatu pengalaman klinis yang telah lama direplikasi bahwa peristiwa kehidupan yang menyebabkan stress lebih sering mendahului episode pertama gangguan mood daripada episode selanjutnya, hubungan tersebut telah dilaporkan untuk pasien dengan gangguan depresi berat.²¹

Data yang paling mendukung menyatakan bahwa peristiwa kehidupan paling berhubungan dengan perkembangan depresi selanjutnya adalah kehilangan orang tua sebelum usia 11 tahun. Stressor lingkungan yang paling berhubungan dengan onset satu episode depresi adalah kehilangan pasangan.²¹

Beberapa artikel teoritik dan dari banyak laporan, mempermasalahkan hubungan fungsi keluarga dan onset dalam perjalanan gangguan depresi berat. Selain itu, derajat psikopatologi didalam keluarga mungkin memengaruhi kecepatan pemulihan, kembalinya gejala, dan penyesuaian pasca pemulihan.²¹

Etiologi depresi menurut *An Atlas of Depression* tahun 2003²² antara lain:

- Faktor genetik: kromosom X, 4, 5, 11, 18 dan 21
- Gangguan neurotransmitter: Norepinefrin, serotonin, GABA
- Faktor psikososial:
 - Pengalaman buruk di masa kecil
 - Kesulitan besar yang kronis
 - Peristiwa kehidupan yang tidak diinginkan
 - Jaringan/hubungan sosial yang terbatas
 - Tingkat percaya diri yang rendah

2.2.5 Zung Self-rating Depression Scale (ZSDS)

Zung Self-rating Depression Scale (ZSDS) adalah skala pelaporan yang terdiri dari 20 nomor. Skala normal adalah 34 atau kurang; skor terdepresi adalah 50 atau lebih. Skala memberikan petunjuk global tentang

kekuatan (intensitas) gejala depresif pasien, termasuk ekspresi afektif dari depresi.³

Responden diminta untuk mengisi kuesioner ZSDS yang terdiri atas 10 pertanyaan positif dan 10 pertanyaan negatif. Masing-masing pertanyaan memiliki nilai skor 1 sampai 4. Skor total terendah adalah 20, sedangkan yang tertinggi adalah 80. Skor total 20-49 adalah tidak depresi, 50-59 adalah depresi ringan, 60- 69 adalah depresi sedang dan >70 adalah depresi berat.²³

2.3 Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia (KIPDI)

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), kurikulum didefinisikan sebagai (1) perangkat mata pelajaran yang diajarkan pada lembaga pendidikan; (2) perangkat mata kuliah mengenai bidang keahlian khusus.²⁴

Sementara berdasarkan keputusan Menteri Pendidikan Nasional RI Nomor 232/U/2000 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa, kurikulum pendidikan tinggi adalah seperangkat rencana dan pengaturan mengenai isi maupun bahan kajian dan pelajaran serta cara penyampaian dan penilaiannya yang digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan kegiatan belajar mengajar di perguruan tinggi.²⁴

Pada tahun 1981 mulai disusun Kurikulum Inti untuk pendidikan dokter di Indonesia.²⁵ Perkembangan Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia (KIPDI) yaitu mulai dari KIPDI I hingga KIPDI III.

2.3.1 Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia I (KIPDI I)

1. Bagian Ilmu Alam Dasar
 - Ilmu Kimia kedokteran
 - Ilmu Biologi kedokteran
 - Ilmu Fisika kedokteran
2. Bagian Preklinik
 - Anatomi dan Histologi
 - Fisiologi
 - Biokimia
3. Bagian Paraklinik
 - Mikrobiologi
 - Parasitologi
 - Patologi Klinik
 - Patologi Anatomi
 - Farmakologi
4. Bagian Klinik
 - Ilmu Penyakit Dalam
 - Ilmu Bedah
 - Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan
 - Ilmu Kesehatan Anak

- Ilmu Kesehatan Masyarakat
- Ilmu Penyakit Telinga Hidung dan Tenggorokan
- Ilmu Penyakit Saraf
- Ilmu Penyakit Mata
- Ilmu Penyakit Jiwa
- Ilmu Penyakit Gigi dan Mulut
- Ilmu Kedokteran Forensik
- Radiologi

2.3.2 Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia II (KIPDI II)

Kurikulum ini dikenal juga dengan sistem perkuliahan Satuan Kredit Semester (SKS). Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia II (KIPDI II) masih dalam bentuk bagian-bagian, tetapi topik pendidikan lebih diarahkan kepada pengembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kedokteran (IPTEKDOK).²⁵

1. Bagian Ilmu Alam Dasar

- Ilmu Kimia kedokteran
- Ilmu Biologi kedokteran
- Ilmu Fisika kedokteran

2. Bagian Preklinik

- Anatomi dan Histologi
- Fisiologi
- Biokimia

3. Bagian Paraklinik

- Mikrobiologi
- Parasitologi
- Patologi Klinik
- Patologi Anatomi
- Farmakologi

4. Bagian Klinik

- Ilmu Penyakit Dalam
- Ilmu Bedah
- Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan
- Ilmu Kesehatan Anak
- Ilmu Kesehatan Masyarakat
- Ilmu Penyakit Telinga Hidung dan Tenggorokan
- Ilmu Penyakit Saraf
- Ilmu Penyakit Mata
- Ilmu Penyakit Jiwa
- Ilmu Penyakit Gigi dan Mulut
- Ilmu Kedokteran Forensik
- Radiologi

KIPDI II tergolong kurikulum berbasis konten (*content-based*) dan berbasis disiplin ilmu (*discipline-based*). Ini dapat dilihat dari kontennya yang berisi apa saja hal-hal yang harus dikuasai peserta didik dari masing-masing disiplin ilmu selama menjalani pendidikan dokter. Ketika

mempelajari anatomi, maka peserta didik harus mengetahui dan menguasai ini dan itu. Ketika mempelajari ilmu penyakit dalam, maka peserta didik harus menguasai hal yang lain lagi.²⁶

Pada KIPDI II tidak tampak integrasi antara ilmu preklinis dan ilmu klinis. Peserta didik hanya dituntut mampu melewati suatu mata kuliah dengan baik, tanpa memperhatikan kaitan ilmu yang dipelajarinya dengan ilmu lain. Pada kurikulum ini juga kurang memperhatikan perubahan perilaku peserta didik yang terukur dan terstandar, terutama pada ranah afektif.²⁶

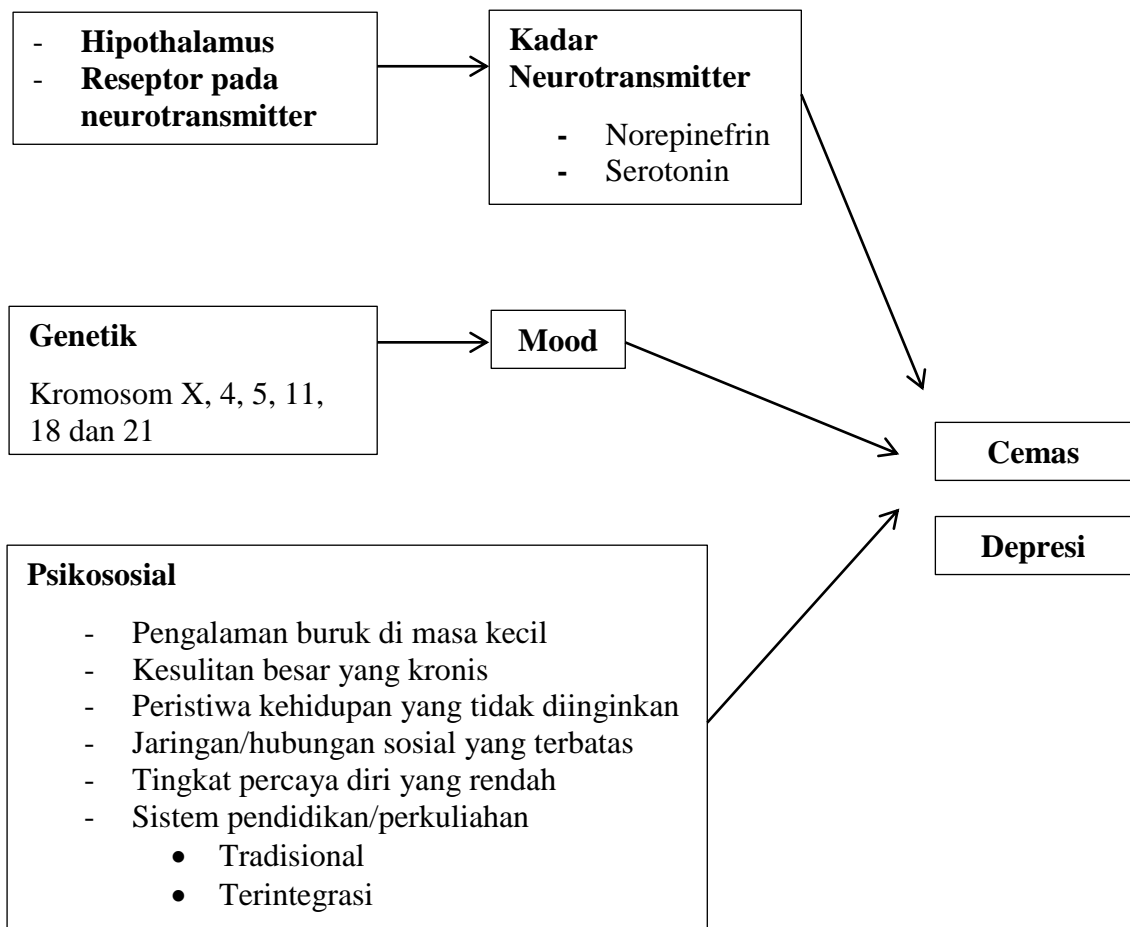
2.3.3 Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia III (KIPDI III)

Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia III (KIPDI III) disebut juga Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK). Kurikulum berbasis kompetensi (KBK) juga dikenal dengan istilah *competency-based curriculum* atau *outcome-based curriculum* (OBC). Kurikulum berbasis kompetensi menekankan **kompetensi** atau **kemampuan** apa yang harus dimiliki lulusan setelah menyelesaikan pendidikan.²⁶

Sejak tahun 2006 secara serentak KBK ini diterapkan di hampir seluruh Fakultas Kedokteran (FK) atau Program Studi Pendidikan Dokter (PSPD) di Indonesia dengan didahului oleh *pilot project* di FK Universitas Gadjah Mada dan FK Universitas Hasanuddin pada tahun 2002 dan FK Universitas Andalas pada tahun 2004. KBK ini merujuk pada Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) yang disusun oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI).²⁶

Program pembelajaran disusun dengan sistem blok. Dari blok diturunkan modul yang harus dipelajari. Modul dipelajari dengan skenario.²⁵

2.4 Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

2.6 Hipotesis

2.6.1 Hipotesis Mayor

Terdapat perbedaan tingkat kecemasan dan tingkat depresi antara mahasiswa sistem perkuliahan tradisional dengan sistem perkuliahan terintegrasi di Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

2.6.2 Hipotesis Minor

- Terdapat perbedaan tingkat kecemasan dan tingkat depresi antara mahasiswa laki-laki dan perempuan.
- Terdapat perbedaan tingkat kecemasan dan tingkat depresi berdasarkan jalur masuk PTN, rentang IPK, dan status tempat tinggal.