

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Media Sosial

##### 2.1.1 Definisi

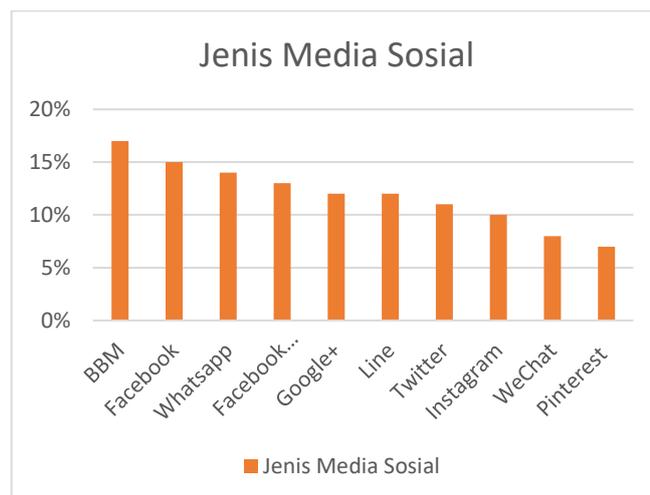
Definisi media sosial yaitu suatu komunitas *online* untuk membagi informasi, ide, pendapat, pesan, dan video antar sesama penggunanya.<sup>19,20</sup> Pengertian lain media sosial yaitu aplikasi atau *website* yang dapat digunakan penggunanya untuk menciptakan dan menyebarkan konten kepada jejaring sosial (misalnya teman, pengikut, dan sebagainya) yang dibangun untuk dirinya sendiri.<sup>21</sup> Bentuk media sosial sangatlah bermacam-macam. Jejaring sosial adalah bentuk prototipe dari media sosial. Bentuk media sosial tidak hanya mencakup jejaring sosial, melainkan juga mencakup kategori *media sharing*, *social news*, dan kolaborasi konten lainnya.<sup>19</sup>

Penggunaan istilah media sosial sering bertumpang tindih dengan jejaring sosial atau cakupan media sosial yang lain. Hal ini dikarenakan situs-situs media sosial tidak hanya terdiri dari satu jenis kategori seperti jejaring sosial saja, namun juga mencantumkan kategori lainnya. Contohnya yaitu situs seperti *youtube*, *flickr*, ataupun *instagram*, selain menjadi *media sharing* untuk video atau gambar, juga menjadi jejaring sosial dikarenakan memiliki fitur seperti profil, komentar, dan *feedback*.<sup>19</sup>

### 2.1.2 Penggunaan Media Sosial di Masyarakat

Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi di Indonesia dewasa ini sudah menyentuh seluruh kalangan, termasuk masyarakat umum, pemerintah, dan bisnis.<sup>22</sup> Data statistik global pada tahun 2016 menyatakan bahwa pengguna internet aktif di Indonesia mencapai 88,1 juta pengguna dimana sebagian besar dari pengguna tersebut aktif menggunakan media sosial, yaitu sebesar 79 juta pengguna. Pertumbuhan penggunaan media sosial dibandingkan dengan tahun sebelumnya mencapai peningkatan sebesar 10 persen.<sup>23</sup>

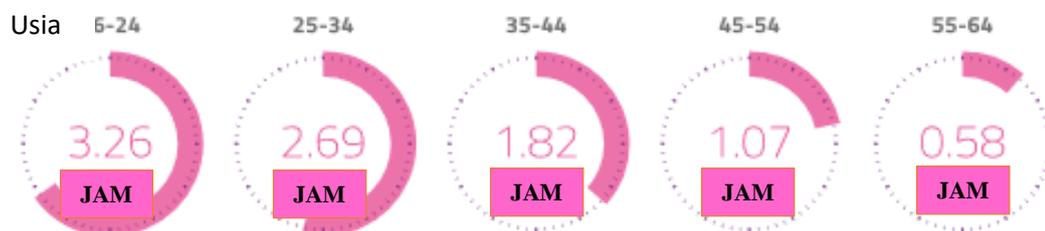
Sepuluh besar media sosial yang sering digunakan masyarakat Indonesia antara lain *Blackberry Massanger* (BBM), *Facebook*, *Whatsapp*, *Facebook Massanger*, *Google+*, *Line*, *Twitter*, *Instagram*, *WeChat*, dan *Pinterest*. Kesepuluh media sosial tersebut memberikan gambaran bahwa kategori media sosial yang sering digunakan masyarakat Indonesia adalah media sosial dan aplikasi perpesanan instan.<sup>24</sup>



**Gambar 1.** Media Sosial yang Sering Digunakan oleh Masyarakat Indonesia<sup>24</sup>

Survei yang dilakukan Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia (APJII) memberikan hasil proporsi pengguna media sosial yang lebih besar, yaitu 97,4 persen dari seluruh pengguna internet. Durasi penggunaan media sosial di Indonesia menempati ranking ke-9 secara global yaitu 2,9 jam per hari. *Global Web Index* memberikan gambaran rata-rata durasi penggunaan media sosial berdasarkan kelompok umur yang dapat dilihat pada gambar 2.<sup>25</sup>

Data statistik di Indonesia membedakan rata-rata durasi penggunaan media sosial berdasarkan jenis alat yang digunakan saat mengakses media sosial. Terdapat perbedaan durasi antara pengguna yang mengakses media sosial melalui komputer personal atau tablet (4 jam 42 menit), *mobile phone* (3 jam 30 menit), televisi (2 jam 51 menit), dan melalui semua alat elektronik (2 jam 22 menit).<sup>23</sup>



**Gambar 2.** Durasi Penggunaan Media Sosial pada Kelompok Umur Tertentu<sup>25</sup>

### 2.1.3 Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Penggunaan Media Sosial

Alasan terkuat orang-orang menggunakan media sosial adalah untuk berinteraksi dengan orang lain dan untuk menjaga kesan baik diri terhadap orang lain. Manusia selalu terpacu untuk berhubungan dengan orang lain, menjaga reputasi dirinya, dan berharap adanya keuntungan yang didapatnya dari kegiatan tersebut. Pemenuhan kebutuhan merasa menjadi bagian dari suatu grup sama

pentingnya dengan pemenuhan kebutuhan biologis seperti makan dan reproduksi.<sup>19,26</sup>

Tujuan utama masyarakat Indonesia untuk menggunakan internet adalah untuk *update* informasi. Tujuan lainnya yaitu penggunaan terkait pekerjaan, mengisi waktu luang, sosialisasi, pendidikan, hiburan, dan bisnis. Tujuan-tujuan ini dapat dipenuhi dengan menggunakan media sosial yang kini memiliki berbagai macam fitur dan konten untuk memenuhi kebutuhan penggunaannya.<sup>24</sup>

Media sosial diketahui sebagai sumber informasi yang lebih disukai oleh masyarakat. Hasil dari suatu penelitian menyatakan bahwa 50 persen dari 442 mahasiswa tingkat akhir memilih media sosial sebagai sumber utama dalam mencari informasi. Hal ini dikarenakan faktor kemudahan untuk mengakses media sosial dalam mencari informasi.<sup>27</sup> Penggunaan media sosial pada mahasiswa juga berkaitan dengan pentingnya peran komunikasi dibandingkan alasan penggunaan lain karena pada fase pertumbuhannya, mereka mencari persetujuan dari komunitas dan perasaan ingin dicintai.<sup>1</sup>

Terdapat perbedaan penggunaan media sosial pada usia, jenis kelamin, dan status sosioekonomi tertentu.<sup>28</sup> Sebesar 91 persen pemilik *smartphone* yang berusia 18-29 tahun menggunakan media sosial minimal sekali dalam periode belajar dibandingkan dengan usia 50 tahun ke atas. Terdapat gap antar kelompok umur mengenai pengetahuan dasar ilmu komputer, yang cenderung lebih besar pada dewasa muda.<sup>29</sup> Survei yang dilakukan APJII memberikan gambaran bahwa kelompok umur mahasiswa dan pelajar mendominasi penggunaan internet, dimana sebesar 97,4 persen digunakan untuk mengakses media sosial.<sup>24</sup>

Penggunaan media sosial pada dewasa muda dipengaruhi faktor kemampuan kognisi, keahlian menggunakan komputer, pendidikan, kesehatan, dan pendapatan.<sup>28</sup> Dewasa muda (18-29 tahun) lebih nyaman untuk melakukan komunikasi *online* daripada orang tua.<sup>21</sup> Dewasa muda dituntut untuk mampu terjaga sepanjang waktu mengakses media sosial. Hal ini berkaitan dengan keinginan dewasa muda untuk mempresentasikan diri dan mengikuti tren yang ada di kalangannya.<sup>28</sup>

Jenis kelamin perempuan menggunakan media sosial lebih sering dibandingkan laki-laki.<sup>4</sup> Penelitian oleh Vosner menemukan bahwa perempuan lebih familiar terhadap istilah jejaring sosial *online* dan lebih seiring menggunakan media sosial dibandingkan dengan laki-laki.<sup>5,28</sup> Laki-laki dan perempuan menggunakan media sosial dengan frekuensi yang sama namun kecemasan dan kurangnya pengetahuan komputer lebih banyak ditemukan pada perempuan.<sup>30</sup> Jenis kelamin juga memengaruhi jenis media sosial yang digunakan karena perbedaan motif dan layanan yang diinginkan, perempuan untuk berkomunikasi sedangkan pria mencari hiburan.<sup>31</sup>

Ketersediaan akses internet dan kepemilikan sarana memengaruhi penggunaan internet terutama media sosial. Tentunya hal ini berkaitan dengan status ekonomi dan ketersediaan waktu seorang individu. Berbagai survei menjabarkan penggunaan internet di tempat tertentu, modal dan dengan alat teknologi tertentu. Pengguna mengakses internet utamanya dapat di mana saja, baik di rumah, kantor, kampus, warnet, dan kafe. Persentase masing-masing tempat tersebut di Indonesia berdasarkan survei APJII berturut-turut adalah 69,9%, 13,3%,

11,2%, 2,2%, 1,6%, dan 0,9%. Survei tersebut juga mencantumkan penggunaan dengan *mobile* lebih banyak dibandingkan dengan komputer.<sup>24</sup>

Pengaruh penggunaan media sosial terkait prestasi akademik masih belum jelas, ada penelitian yang menyatakan berpengaruh dan juga ada yang tidak. Penggunaan media sosial pada mahasiswa kedokteran biasanya berhubungan dengan akademik atau kesehatan yang dilakukan saat waktu pagi hari atau kuliah.<sup>4,27</sup> Saat diluar waktu kuliah, mahasiswa mengakses media sosial untuk bersosialisasi dan mengembangkan diri. Individu dengan riwayat edukasi yang tinggi cenderung untuk mempunyai akun media sosial yang lebih banyak karena sering terpapar komputer dan internet serta merasa nyaman menggunakan media sosial seiring dengan penggunaannya dalam proses belajar. Selain itu, mereka memiliki berbagai alasan tertentu yang mengharuskan untuk menggunakan media sosial secara reguler seperti bisnis dan untuk penggunaan lainnya.<sup>29</sup>

#### **2.1.4 Dampak Positif**

Salah satu jurnal mengenai penggunaan media sosial menyatakan bahwa hampir 80 persen pengguna media sosial merasa media sosial meningkatkan kualitas kehidupan mereka.<sup>28</sup> Jurnal lain menyebutkan pengguna juga merasa nyaman dan merasa terbantu dengan menggunakan media sosial.<sup>29</sup> Media sosial membantu menghubungkan komunikasi dengan teman lama, teman baru, ataupun orang asing yang belum dikenal. Selain itu, media sosial juga memfasilitasi penggunaannya untuk menyebarluaskan informasi dan berbagi ide antar sesama penggunaannya. Beberapa konten media sosial juga memberikan informasi mengenai perkembangan terkini secara nasional maupun internasional. Informasi-informasi

ini memberikan kebebasan pada penggunanya untuk dapat mengikuti aktivitas dalam berkomunikasi di media sosial ataupun dalam kehidupan kesehariannya.<sup>4</sup>

Penelitian pada dewasa muda di U.S menyatakan bahwa pada dewasa muda, media sosial digunakan untuk berteman dengan orang-orang baru, meningkatkan harga diri, dan mencari dukungan sosial secara *online*.<sup>32</sup> Dewasa muda juga menggunakan media sosial untuk mengekspresikan identitas yang ia inginkan saat menjadi dewasa dan menjalin hubungan dengan seseorang.<sup>33</sup>

Secara spesifik, media sosial menghubungkan individu dengan individu/grup lain dan menjaga reputasi melalui lima kunci perilaku. Pertama, pengguna dapat menyebarkan informasi baik dalam bentuk teks, gambar, *links*, video, dan bentuk lainnya. Pengguna juga dapat menyebarkan konten yang bersifat personal seperti foto liburan atau konten referensi artikel mengenai tempat liburan yang paling diminati. Kedua, pengguna dapat menerima respon atau *feedback* atas konten yang telah disebarluaskan. Contohnya seperti diterimanya komentar, *like*, dan favorit.<sup>34</sup> Komentar yang baik berperan dalam meningkatkan kepercayaan diri orang tersebut. Ketiga, pengguna dapat mengobservasi informasi yang telah disebarluaskan oleh pengguna lain. Keempat, pengguna dapat memberi respon atau *feedback* terhadap konten yang di unggah orang lain.<sup>35</sup> Kelima, pengguna dapat melakukan perbandingan sosial dengan membandingkan konten yang diunggahnya dengan konten orang lain menggunakan jumlah *like*. Perbandingan sosial ini tidak hanya terbatas pada jumlah *like* yang diterima saja, deskripsi profil pengguna juga dapat digunakan sebagai perbandingan mengenai luasnya jaringan sosial, status hubungan, dan usia yang dimilikinya.<sup>19</sup>

Individu yang sedang sakit cenderung menggunakan media sosial untuk berkomunikasi dengan individu lain yang memiliki persamaan status kesehatan dengan dirinya.<sup>14</sup> Hal ini berkaitan dengan keinginan untuk menyuarakan masalah personal dan mencari dukungan serta saran dari orang yang memiliki masalah seperti dirinya.<sup>36,37</sup> Maka dari itu, media sosial dapat digunakan untuk skrining masalah kesehatan, contohnya *Facebook* dan *Twitter* yang digunakan untuk skrining masalah kesehatan mental dan untuk modalitas terapi.<sup>38,39</sup>

### **2.1.5 Dampak Negatif**

Dampak negatif dari menggunakan media sosial yaitu penggunanya merasa terisolasi dari hal-hal penting yang terjadi pada dunia luar. Beberapa pengguna juga percaya bahwa media sosial menyebabkan hidup mereka memburuk dua kali lipat dibandingkan tahun sebelum menggunakan media sosial. Dampak negatif lain terkait penggunaan media sosial yaitu munculnya kecanduan, persoalan etika dan hukum karena unggaha konten yang melanggar moral, serta terganggunya privasi.<sup>28</sup>

Semakin banyak akun media sosial yang digunakan, memaksa orang tersebut melakukan *multitasking*. Hal ini berkaitan dengan pembagian fokus yang tidak hanya ke satu akun, namun juga ke akun lainnya sehingga orang tersebut beresiko memiliki kognitif yang rendah disertai gangguan kesehatan mental. Tiap jenis media sosial juga memiliki keunikan tersendiri sehingga apabila digunakan bersamaan akan memicu terjadinya difus dan miskomunikasi yang kemudian menyebabkan orang tersebut mengalami paparan mood negatif.<sup>14</sup>

Penggunaan media sosial saat tengah malam menyebabkan gangguan mood berupa depresi hingga bunuh diri. Media elektronik yang digunakan untuk

mengakses media sosial juga dapat menyebabkan menurunnya kualitas dan waktu tidur. Cahaya pada media elektronik menekan melatonin dan merubah ritme tidur serta suhu tubuh. Hal ini memicu timbulnya gejala fisik pada muskuloskeletal serta rasa pusing. Individu yang mengakses konten kasar, akan beresiko besar mengalami hiperarousal dan mudah tersinggung.<sup>40</sup>

Semakin sering seorang individu mengakses media sosial, semakin sering pula terpapar perbandingan sosial. Hal ini memicu paparan psikis negatif.<sup>32</sup> Lamanya penggunaan media sosial diketahui memberikan skor gangguan kesehatan mental yang lebih besar.<sup>41</sup> Waktu paparan kurang dari 2 jam diketahui tidak memiliki hubungan dengan kejadian psikis negatif.<sup>32</sup>

Beberapa individu yang mengalami depresi diketahui lebih banyak menggunakan internet. Adanya penurunan energi pada depresi menyebabkan defisit aktivitas motorik yang memicu orang tersebut menggunakan media sosial lebih lama, lebih sering, dan hal ini menyebabkan gangguan *mood* depresi lebih dalam lagi.<sup>42</sup>

Penggunaan media sosial oleh beberapa orang depresi biasanya tidak melakukan kegiatan *online* dengan orang yang tidak dikenal.<sup>43</sup> Penelitian yang dilakukan di United States menemukan bahwa orang depresi melakukan *cyberbullying*, berteman dengan orang asing, dan *upload* perilaku beresiko saat sedang *online*.<sup>32</sup> Mudahnya mengakses informasi personal melalui media sosial juga memberikan resiko besar terhadap kejadian perilaku agresif, pelecehan di dunia maya, dan *cyberstalking*.<sup>44</sup> Seseorang yang mengekspresikan dirinya depresi pada media sosial biasanya memiliki gejala klinis depresi yang lebih parah. Hal ini

digunakan sebagai skrining oleh pihak yang terkait untuk mengamati adanya usaha bunuh diri.<sup>43</sup>

### **2.1.6 Social Networking Time Use Scale (SONTUS)**

*Social Networking Time Use Scale* (SONTUS) merupakan salah satu instrumen baku emas untuk menilai intensitas penggunaan media sosial. SONTUS diciptakan oleh Yunusa Olufadi dan dipublikasikan pada tahun 2015. SONTUS telah teruji valid dan reliabel dengan nilai validitas di atas 0,74 dan nilai reliabilitas 1,93.<sup>45</sup> SONTUS terdiri dari 29 *item* pernyataan. Masing-masing *item* pertanyaan SONTUS dijawab oleh responden dengan skala 0-11. Penilaian SONTUS dilakukan oleh peneliti dengan menilai lima komponen pada lembar penilaian dan kemudian di jumlah untuk didapatkan skor total. Jumlah skor SONTUS dari kelima komponen memberikan petunjuk mengenai tingkatan intensitas penggunaan media sosial pada responden. Lima komponen yang dimaksud, antara lain :

- 1) Komponen 1 : Penggunaan saat relaksasi dan waktu luang
- 2) Komponen 2 : Periode/waktu penggunaan terkait kegiatan akademis
- 3) Komponen 3 : Penggunaan terkait tempat umum
- 4) Komponen 4 : Penggunaan saat stress
- 5) Komponen 5 : Motivasi penggunaan

Cara penilaian masing-masing komponen terlampir pada dokumen. Interpretasi skor 5-9 untuk intensitas penggunaan rendah, skor 10-14 untuk intensitas penggunaan rata-rata, skor 15-19 untuk intensitas penggunaan tinggi, dan skor >19 untuk intensitas penggunaan sangat tinggi. Skor total terendah adalah 5, sedangkan yang tertinggi adalah 23.<sup>46</sup>

## **2.2 Depresi**

### **2.2.1 Definisi**

Depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (gangguan mood)<sup>47</sup> yang ditandai dengan kemurungan, kesedihan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna dan bersalah, putus asa, sulit berkonsentrasi, dan penurunan nafsu makan.<sup>48</sup> Depresi memiliki manifestasi klinis yang bermacam-macam pada tiap individu, dari gangguan mood ringan yang sering dijumpai baik pada individu normal hingga gangguan mood yang serius.<sup>49</sup> Perasaan sedih dan cemas yang menetap pada depresi dapat memengaruhi perilaku dan persepsi seseorang.<sup>50</sup>

### **2.2.2 Epidemiologi dan Faktor Resiko**

Prevalensi depresi di dunia menyatakan bahwa 1 dari 10 orang mengalami depresi.<sup>51</sup> Depresi merupakan penyebab kedua disabilitas di seluruh dunia setelah jantung iskemik.<sup>52</sup> Laporan *World Health Organization* (WHO) pada negara Indonesia menyatakan bahwa gangguan neuro-psikiatri menempati urutan keempat penyebab disabilitas.<sup>53</sup> Gangguan depresi berat paling sering terjadi dengan prevalensi semua umur sebesar 15 persen. Perempuan dua kali lebih besar dibanding laki-laki.<sup>47</sup> Tipe dan gangguan kepribadian tertentu juga diketahui berpengaruh terhadap kejadian depresi seperti orang dengan gangguan kepribadian obsesi-kompulsi, histrionik, dan ambang yang memiliki faktor resiko lebih besar dibandingkan dengan gangguan kepribadian paranoid atau antisosial. Penderita perempuan dapat mencapai 25 persen, sekitar 10 persen di perawatan primer dan 15 persen dirawat di rumah sakit. Hampir 50 persen awitan diantara 20-50 tahun.<sup>47</sup>

Riset kesehatan dasar 2013 yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyatakan prevalensi gangguan mental emosional ialah sebesar 6% dengan rentan usia terbanyak pada 15-24 tahun.<sup>54</sup> Mahasiswa kedokteran ialah salah satu golongan yang diketahui memiliki prevalensi depresi lebih tinggi dibandingkan dengan populasi pada umumnya dengan usia yang sama ataupun dengan fakultas lain.<sup>12</sup> Depresi pada mahasiswa kedokteran disebabkan oleh banyaknya stressor selama proses pembelajaran.<sup>15</sup> Penelitian di Mesir menyatakan prevalensi depresi pada mahasiswa kedokteran mencapai 60,8% dan hal ini berhubungan dengan penambahan usia, status sosioekonomi rendah, dan status mahasiswa yang merupakan pendatang dari luar negeri.

Faktor-faktor yang memengaruhi kejadian depresi pada mahasiswa kedokteran antara lain jenis kelamin perempuan, tuntutan kurikulum kedokteran yang tinggi, dan tinggal jauh dari keluarga/kerabat. Faktor lain yang berkaitan dengan terjadinya depresi adalah proses belajar yang membutuhkan waktu lama, beban belajar yang banyak, dan kurangnya interaksi sosial dengan keluarga atau mahasiswa fakultas lain. Tuntutan dari orangtua dan tuntutan akademik yang tinggi, kurangnya dukungan dan waktu untuk diri sendiri, serta kekhawatiran terhadap masa depan juga diketahui sebagai faktor yang berperan dalam terjadinya depresi pada mahasiswa kedokteran.<sup>15</sup> Beberapa studi menyatakan terdapat peningkatan depresi pada mahasiswa kedokteran tingkat pertama dan tingkat akhir. Peningkatan depresi pada mahasiswa tingkat pertama berkaitan dengan proses adaptasi metode belajar dan kondisi jauh dari orang tua atau kerabat,<sup>6,55</sup> sedangkan pada mahasiswa

tingkat akhir berkaitan dengan kekhawatiran mengenai kelulusan dan keberhasilan masa depan.<sup>56-58</sup>

### **2.2.3 Etiologi**

#### 2.2.3.1 Faktor Biologis

Norepinefrin dan serotonin adalah dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi depresi dimana terdapat disregulasi heterogen dari amin biogenik (abnormalitas metabolit-metabolit monoamin) seperti *homovanillic acid* (HVA) (dari dopamin), *5-hydroxyindoleacetic acid* (5-HIAA) (dari serotonin), *3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol* (MHPG) (dari norepinefrin) yang berada dalam darah, urin, dan cairan cerebrospinal. *Downregulation* reseptor  $\beta$ -adrenergik yang menyebabkan penurunan jumlah pelepasan norepinefrin dan kurangnya serotonin berkaitan dengan depresi, maka dari itu agen noradrenergik dan serotoninergik digunakan sebagai terapi yang efektif untuk depresi.<sup>59</sup> Neurotransmitter-neurotransmitter lain yang ikut berperan ialah dopamin,  $\gamma$ -aminobutirat, glutamat, glisin, dan asetilkolin.

Abnormalitas amin biogenik menyebabkan disregulasi aksis neuroendokrin. Aksis neuroendokrin yang dimaksud adalah aksis adrenal, tiroid, serta hormon pertumbuhan. Masuknya amin biogenik ke dalam hipotalamus menyebabkan hiperaktivitas jaras hipotalamus-pituitari-adrenal dan menghasilkan kadar kortisol yang tinggi. Hal ini berpengaruh terhadap fungsi imun dan kadar hormon.<sup>60</sup> Stress kronis dapat meningkatkan kadar kortisol dan hal ini dapat mengakibatkan penurunan ekspresi neurotropin yang berperan penting dalam pertumbuhan neuron.

Abnormalitas neuroendrokin yang ditemukan pada beberapa pasien depresi adalah hiperkortisolemia dan gangguan pada aksis tiroid.<sup>61</sup>

Kelainan struktur tidur pada depresi menghasilkan teori bahwa pada depresi terdapat pengaturan irama sirkadian yang abnormal. Masalah tidur seperti insomnia inisial dan terminal, sering terbangun, hipersomnia adalah gejala yang lazim dan klasik pada depresi.<sup>62</sup> Kelainan yang berhubungan dengan gejala tersebut adalah awitan tidur yang tertunda, pemendekan latensi *rapid eye movement* (REM) (waktu antara jatuh tertidur dan periode REM pertama), periode pertama REM yang memanjang, dan tidur delta abnormal.<sup>47,60</sup>

Patofisiologi lain yang ikut berperan dalam depresi adalah *kindling*. *Kindling* ialah proses stimulasi *subthreshold* neuron yang berulang-ulang untuk menciptakan potensi aksi. Stimulasi ini menyebabkan terjadinya kejang pada level organ. Gangguan mood seperti depresi mungkin dikarenakan adanya *kindling* pada lobus temporalis otak.<sup>61</sup>

#### 2.2.3.2 Faktor Genetik

Genetik diketahui memiliki pengaruh terhadap kejadian depresi. Salah satu orang tua dengan depresi, memberikan resiko 10-13 % ke anaknya untuk mengalami depresi. Studi keluarga menemukan keluarga derajat pertama probandus (orang di dalam keluarga yang pertama kali diidentifikasi sakit) dengan gangguan depresi berat, 2-3 kali lebih cenderung mengalami gangguan depresi berat.<sup>62</sup>

Anak biologis dari orang tua yang mengalami gangguan tetap beresiko tinggi mengalami depresi, meskipun anak tersebut diadopsi oleh keluarga yang

tidak memiliki gangguan. Prevalensi gangguan mood pada orang tua kandung dan adopsi sama dengan prevalensi dasar pada populasi umum.<sup>61</sup>

Kembaran monozigot memiliki faktor resiko depresi sebanyak 50% pada kembarannya jika salah satu mengalami depresi, sedangkan pada kembaran dizigot resikonya menurun menjadi 10-25%. Kelainan genetik ini dilaporkan berhubungan dengan kromosom 5, 11, 18, dan X.<sup>60,61</sup>

### 2.2.3.3 Psikososial

Peristiwa kehidupan yang menyebabkan seseorang merasa tertekan (stress) dapat mencetuskan terjadinya depresi. Kejadian hidup yang menyebabkan stress ini biasanya hanya menimbulkan manifestasi depresi pada episode awal dengan berat gejala yang ringan saja.<sup>60</sup>

Stress sebelum episode pertama mengakibatkan perubahan biologi otak yang bertahan lama. Perubahan yang terjadi meliputi hilangnya neuron dan penurunan kontak sinaps secara berlebihan sehingga menyebabkan terganggunya berbagai fungsi neurotransmitter dan sistem pemberian sinyal intraneuron.<sup>62</sup> Dampak dari perubahan ini ialah seseorang memiliki resiko tinggi mengalami episode berulang gangguan mood sekalipun tanpa stressor eksternal.<sup>47</sup>

Peristiwa *stressful* merupakan prediktor terkuat dalam perjalanan penyakit depresi. Peristiwa kehidupan atau stressor lingkungan yang sering dikaitkan dengan depresi adalah kehilangan orang tua sebelum usia 11 tahun dan kehilangan pasangan.<sup>63</sup> Kehilangan seseorang atau barang yang dicintai baik secara simbolik atau nyata diterima sebagai mekanisme penyangkalan. Freud mendiskripsikan ambivalensi internal terhadap objek yang dicintai dapat menyebabkan bentuk

patologis dari perasaan duka bila objek yang dicintai tersebut hilang/dianggap hilang. Perasaan duka ini menyebabkan depresi yang berat dengan perasaan bersalah, tidak berarti, dan berakibat memiliki ide untuk bunuh diri.<sup>60</sup>

Stressor lainnya yaitu kehilangan pekerjaan yang memiliki resiko 3 kali lebih besar timbulnya gejala depresi dibandingkan dengan orang yang bekerja. Beberapa teori terkait depresi juga ikut memberi gambaran bagaimana depresi dapat terjadi pada seorang individu. Trias kognitif dari Aaron Beck (*negative self view, negative interpretation experience, dan negative view of future*) diketahui berhubungan dengan kejadian depresi. Teori lain yang berperan adalah *learned helplessness*, teori ini berhubungan dengan ketidakmampuan seseorang dalam mengontrol kejadian-kejadian yang dialaminya sehingga menyebabkan depresi.<sup>60</sup>

#### **2.2.4 Klasifikasi dan Diagnosis Depresi**

Karakteristik dari kondisi depresi ialah keadaan persisten abnormal penurunan mood (merasa sedih, murung, tidak bahagia) dan/atau kehilangan minat pada aktivitas sehari-hari, diikuti oleh berbagai karakteristik tanda dan gejala yang menyertai. Gejala dan tanda dapat berupa fisik (gangguan tidur, energi, nafsu makan, libido), emosional (penurunan mood, kecemasan, menangis), atau kognitif (rasa bersalah, pesimis, bunuh diri).<sup>64</sup>

Lima kelompok tanda dan gejala klinis depresi yaitu :<sup>65</sup>

- 1) Afek negatif: penurunan mood, hilang rasa senang, perasaan bersalah, iritabilitas, gugup, dan bosan

- 2) Kognisi negatif: pandangan negatif terhadap diri sendiri, dunia, dan masa depan; bimbang, menyalahkan diri sendiri, perasaan tidak berharga dan tidak ada harapan
- 3) Motivasi negatif: hilang rasa ketertarikan, ide bunuh diri, penarikan diri dari sosial, tidak memperhatikan penampilan dan higienitas
- 4) Perubahan sikap dan perilaku: penurunan aktivitas atau retardasi psikomotor, dan agitasi
- 5) Perubahan vegetatif: insomnia, kehilangan nafsu makan dan berat badan, penurunan libido, pegal-pegal dan nyeri

**Tabel 2.** Gejala Depresi<sup>64</sup>

Gejala Depresi (SIGECAPS)	Presentasi
<i>Sleep</i>	Insomnia atau hipersomnia (atipikal)
<i>Interest/Pleasure</i>	Menurun (anhedonia)
<i>Guilt</i>	Meningkat, irasional/delusional
<i>Energy</i>	Menurun (kelelahan)
<i>Concentration</i>	Menurun; bimbang; mudah dialihkan
<i>Appetite</i>	Menurun atau meningkat (atipikal)
<i>Psycomotor activity</i>	Agitasi atau retardasi
<i>Suicide</i>	Ide, rencana, dan percobaan

Gejala-gejala dan kriteria diagnosis episode depresif tunggal menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) edisi ke III dan

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) edisi ke V dijelaskan sebagai berikut :<sup>66</sup>

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

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

2) Gejala lainnya

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

3) Episode Depresif Ringan (F32.0)

- Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut diatas
- Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya
- Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya
- Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu

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

#### 4) Episode Depresif Sedang (F32.1)

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

#### 5) Episode Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik (F32.2)

- Semua 3 gejala utama depresi harus ada
- Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya 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 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

#### 6) Episode Deperesif Berat dengan Gejala Psikotik (F32.3)

- Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut F32.2 tersebut diatas
- Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggungjawab 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*).

#### **2.2.5 Beck Depression Inventory-II (BDI-II)**

*Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) merupakan salah satu instrumen baku emas untuk menilai derajat gejala depresi. Instrumen baku emas lainnya yang dapat digunakan untuk menilai depresi antara lain *Hamilton Scale for Depression* (HRSD), *Inventory of Depressive Symptomatology* (IDS), *The Patient Health Questionnaire Depression Scale* (PHQ-9), *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), dan masih banyak lagi. BDI-II merupakan hasil revisi dari *Beck Depression Inventory* (BDI) yang diciptakan oleh Aaron T. Beck dan dipublikasikan pada tahun 1996. BDI-II dapat digunakan untuk menilai derajat gejala depresi pada dewasa dan remaja berumur 13 tahun ke atas. Kuesioner BDI-II merupakan jenis kuesioner yang diisi sendiri oleh responden (*self-rated questionnaire*).<sup>67,68</sup>

Alasan dipilihnya BDI-II ialah karena kespesifikannya dalam mendeteksi gejala depresi pada mahasiswa. BDI-II juga merupakan instrumen yang

penggunaannya tidak membutuhkan biaya besar dan cepat sehingga disukai dan sering digunakan dalam penelitian. BDI-II telah teruji valid dan reliabel bagi populasi di Indonesia dengan nilai spesifisitas dan sensitifitas 73 persen.<sup>69</sup> BDI-II terdiri dari 21 *item* pertanyaan. Masing-masing pertanyaan akan diberi skor dengan skala 0-3. Jumlah skor memberikan petunjuk mengenai tingkatan depresi pada responden, semakin tinggi skornya semakin berat depresi responden. Interpretasi skor 0-13 untuk normal atau depresi minimal, 14-19 untuk depresi ringan, 20-28 untuk depresi sedang dan 29-63 untuk depresi berat. Skor total terendah adalah 0, sedangkan yang tertinggi adalah 63.<sup>68</sup>

## **2.3 Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia**

### **2.3.1 Definisi Kurikulum**

Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) mendefinisikan kurikulum sebagai (1) perangkat mata pelajaran yang diajarkan pada lembaga pendidikan; (2) perangkat mata kuliah mengenai bidang keahlian khusus.<sup>70</sup> Keputusan Menteri Pendidikan Nasional RI Nomor 232/U/2000 tentang Pedoman Penyusunan Kurikulum Pendidikan Tinggi dan Penilaian Hasil Belajar Mahasiswa menyatakan bahwa 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.

UU RI Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran mendefinisikan kurikulum pendidikan kedokteran yang selanjutnya disebut kurikulum adalah seperangkat rencana dan pengaturan mengenai tujuan, isi, dan

bahan pelajaran, serta cara yang digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pendidikan kedokteran. Pasal terkait kurikulum pendidikan kedokteran diantaranya yaitu: <sup>71</sup>

1) Pasal 25

- Ayat 1 : Kurikulum dikembangkan oleh fakultas kedokteran dan fakultas kedokteran gigi dengan mengacu pada standar nasional pendidikan kedokteran.
- Ayat 2 : Pengembangan kurikulum sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) harus diarahkan untuk menghasilkan dokter dan dokter gigi dalam rangka :
  - Pemenuhan kompetensi kelulusan untuk melakukan pelayanan kesehatan di tingkat pertama atau primer
  - Pemenuhan kompetensi khusus sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan di wilayah tertentu
  - Pemenuhan kebutuhan dokter dan dokter gigi sebagai pendidik, peneliti, dan pengembang ilmu
- Ayat 3 : Pengembangan kurikulum sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan dengan prinsip diversifikasi sesuai dengan kemajuan ilmu kedokteran dan ilmu kedokteran gigi, muatan lokal, dan potensi daerah untuk memenuhi kebutuhan dokter dan dokter gigi.

2) Pasal 26

Fakultas kedokteran dan fakultas kedokteran gigi wajib melaksanakan kurikulum berdasarkan standar nasional pendidikan kedokteran.

### **2.3.2 Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia I (KIPDI I)**

Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia I disusun berdasarkan cabang ilmu kedokteran. Pembagian cabang ilmu kedokteran pada Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia I ialah sebagai berikut :<sup>17</sup>

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 I banyak dikritik karena sarat dengan kurikulum yang berisi fakta yang tidak relevan dengan keadaan klinik. Selain itu, mahasiswa harus mengingat banyak hal, kuliah-kuliah yang didaktik berpusat pada dosen, cara belajar yang pasif dan kurangnya komunikasi dengan pasien.<sup>72</sup>

### **2.3.3 Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia II (KIPDI II)**

KIPDI II menerapkan sistem kurikulum berbasis konten (*content-based*) dan disiplin ilmu (*discipline-based*). Nama lain dari kurikulum ini adalah sistem perkuliahan Satuan Kredit Semester (SKS). KIPDI II disusun berdasarkan cabang ilmu kedokteran. Kurikulum ini tidak menerapkan program yang terintegrasi baik pada mata kuliah satu dengan yang lain atau integrasi perkuliahan prelinik - klinik.<sup>73</sup> Pembagian cabang ilmu kedokteran pada Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia II tidak berbeda dengan KIPDI I, hanya saja topik pendidikan lebih diarahkan pada Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kedokteran (IPTEKDOK).<sup>17</sup>

#### 2.3.4 Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia III (KIPDI III)

Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia III (KIPDI III) disebut juga Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK) atau *Competency-Based Curriculum (CBC)/Outcome-Based Curriculum (OBC)* dengan fokus SCL (*Student Centered Learning*) yang terintegrasi dan mengacu pada SPICES (*Student-centered, Problem-based, Integrated, Community-based, Elective/Early Clinical Exposure, Systematic*).<sup>74</sup> Kurikulum inti pada KIPDI III disusun berdasarkan kompetensi apa yang harus dimiliki oleh lulusan pendidikan dokter.<sup>75</sup>

Kebijakan kurikulum berbasis kompetensi merupakan suatu kebijakan yang dikeluarkan pemerintah untuk meningkatkan Sumber Daya Manusia (SDM) agar dapat memiliki keahlian dibidangnya, produktif dan mampu bersaing dengan SDM lainnya.<sup>76</sup> Kurikulum ini merujuk pada Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) yang disusun oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI). Implementasi kurikulum ini menuntut mahasiswa untuk memiliki nilai etika, keterampilan dalam bidang kemahiran, ketepatan menganalisa suatu permasalahan, ketepatan penyelesaian masalah, dan rasa tanggung jawab.<sup>73</sup>

Tujuh Area Kompetensi (Kompetensi Utama) dalam KIPDI III yaitu :<sup>77</sup>

- a. Keterampilan komunikasi efektif
- b. Keterampilan klinik dasar
- c. Keterampilan menerapkan dasar-dasar ilmu biomedik, ilmu klinik, ilmu perilaku, dan epidemiologi dalam praktek kedokteran keluarga

- d. Keterampilan pengelolaan masalah kesehatan pada individu, keluarga, ataupun masyarakat dengan cara yang komprehensif, holistik, bersinambung, terkoordinir, dan bekerjasama dalam konteks pelayanan kesehatan primer
- e. Memanfaatkan, menilai secara kritis dan mengelola informasi
- f. Mawas diri dan pengembangan diri/belajar sepanjang hayat
- g. Etika, moral dan profesionalisme dalam praktik

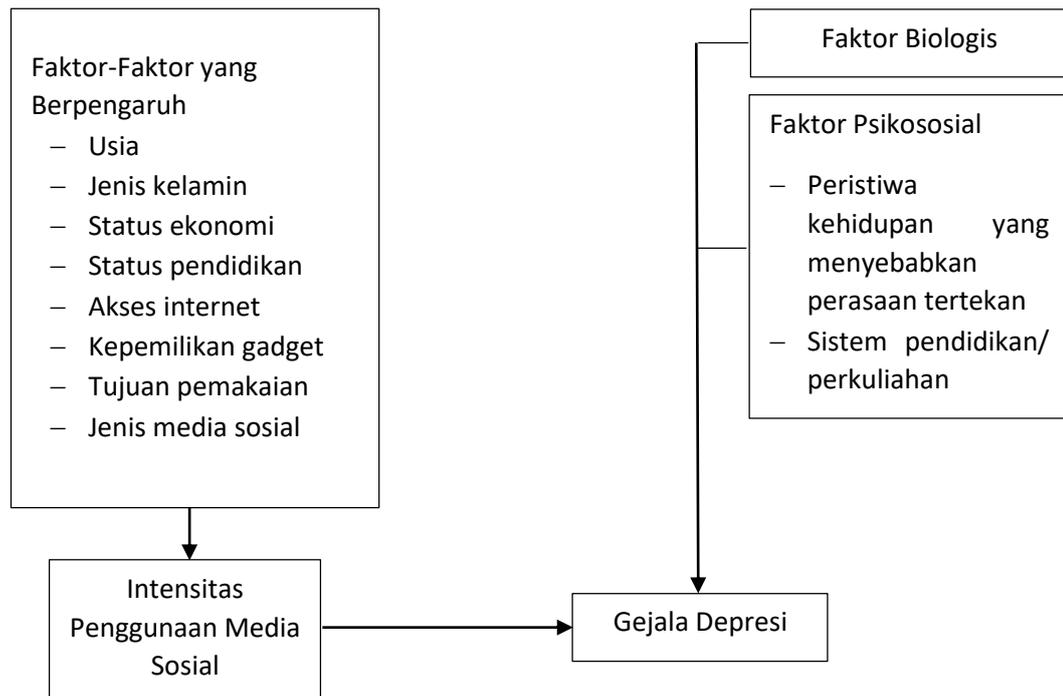
### **2.3.5 Kurikulum Modul Terintegrasi**

Kurikulum modul terintegrasi merupakan bentuk implementasi Kurikulum Inti Pendidikan Dokter Indonesia III (KIPDI III) yang juga disebut Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK). KBK merupakan seperangkat rencana dan pengaturan tentang kompetensi dari hasil belajar yang harus dicapai oleh mahasiswa kedokteran yaitu, penilaian etika, ketrampilan dalam bidang kemahiran, ketepatan menganalisa suatu permasalahan, ketepatan penyelesaian masalah, dan rasa tanggung jawab yang harus dimiliki oleh setiap mahasiswa sebagai calon seorang dokter. Kurikulum berbasis kompetensi diarahkan untuk mengembangkan pengetahuan, pemahaman, kemampuan, nilai yang ada di lingkungan pendidikan tersebut.<sup>73</sup>

Kurikulum berbasis kompetensi memberikan keleluasan kepada masing-masing perguruan tinggi dalam menyusun silabus modul kuliah yang disesuaikan dengan potensi perguruan tingginya. Dengan demikian dimungkinkan saling adanya keterjalinan komunikasi antar kurikulum suatu wilayah dengan wilayah lain tanpa mengurangi kompetensi tertentu.<sup>73</sup>

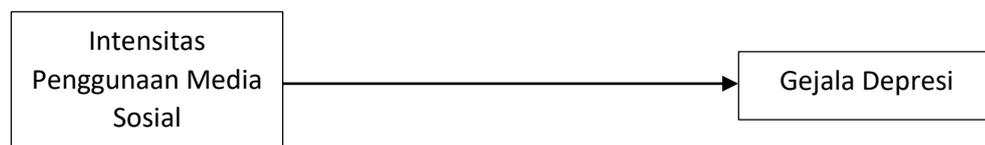
Penyusunan kurikulum pada masing-masing perguruan tinggi berpedoman pada Kurikulum Nasional Berbasis Kompetensi dengan Pelayanan Kedokteran Keluarga dan Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI).<sup>74</sup>

## 2.4 Kerangka Teori



**Gambar 3.** Kerangka Teori

## 2.5 Kerangka Konsep



**Gambar 4.** Kerangka Konsep

## **2.6 Hipotesis**

### **2.7.1 Hipotesis Mayor**

Terdapat hubungan antara intensitas penggunaan media sosial dengan gejala depresi pada mahasiswa kedokteran kurikulum modul terintegrasi.

### **2.7.2 Hipotesis Minor**

1. Terdapat hubungan jenis kelamin dengan intensitas penggunaan media sosial pada mahasiswa kedokteran kurikulum modul terintegrasi.
2. Terdapat hubungan jumlah uang saku per bulan dengan intensitas penggunaan media sosial pada mahasiswa kedokteran kurikulum modul terintegrasi.
3. Terdapat hubungan prestasi akademik dengan intensitas penggunaan media sosial pada mahasiswa kedokteran kurikulum modul terintegrasi.
4. Mahasiswa kedokteran kurikulum modul terintegrasi dengan intensitas penggunaan media sosial yang lebih tinggi memiliki gejala depresi yang lebih berat.

