

SKRIPSI

2021

**HUBUNGAN PEMBATASAN SOSIAL DAN PEMBELAJARAN
JARAK JAUH SELAMA PANDEMI COVID-19 DENGAN
TINGKAT DEPRESI PADA MAHASISWA FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN ANGKATAN 2020**



Disusun oleh :

Annisa Sri Wulandari Putri

C011181006

Pembimbing :

Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2021

**HUBUNGAN PEMBATASAN SOSIAL DAN PEMBELAJARAN
JARAK JAUH SELAMA PANDEMI COVID-19 DENGAN
TINGKAT DEPRESI PADA MAHASISWA FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN ANGKATAN 2020**

Diajukan Kepada Universitas Hasanuddin
Untuk Melengkapi Salah Satu Syarat
Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran

Annisa Sri Wulandari Putri
C011181006

Dosen Pembimbing :
Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
2021

HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar akhir di Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan Judul :

“HUBUNGAN PEMBATASAN SOSIAL DAN PEMBELAJARAN JARAK JAUH SELAMA PANDEMI COVID-19 DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA MAHASISWA FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN ANGGARAN 2020”

Hari/Tanggal : Rabu, 9 Juni 2021

Waktu : 14.00 WITA

Tempat : Zoom Meeting

Makassar, 9 Juni 2021

Mengetahui,



Dr. dr. Saidah Svamsuddin, Sp.KJ

NIP. 19700114 200112 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Annisa Sri Wulandari Putri
NIM : C011181006
Fakultas/Program Studi : Kedokteran / Pendidikan Dokter Umum
Judul Skripsi : Hubungan Pembatasan Sosial dan Pembelajaran Jarak Jauh selama Pandemi COVID-19 dengan Tingkat Depresi pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020

Telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai bahan persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ (.....)

Penguji 1 : dr. Erlyn Limoa, Sp.KJ., Ph.D (.....)

Penguji 2 : dr. Andi Suheyra Syauki, M.Kes., Sp.KJ (.....)

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 9 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

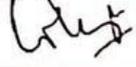
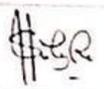
"Hubungan Pembatasan Sosial dan Pembelajaran Jarak Jauh selama Pandemi
COVID-19 dengan Tingkat Depresi pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin Angkatan 2020"

Disusun dan Diajukan Oleh :

Annisa Sri Wulandari Putri

C011181006

Menyetujui
Panitia Penguji

No.	Nama Penguji	Jabatan	Tanda Tangan
1	Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ	Pembimbing	
2	dr. Eryln Limoa, Sp.KJ., Ph.D	Penguji 1	
3	dr. Andi Suheyra Syauki, M.Kes., Sp.KJ	Penguji 2	

Mengetahui,

Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset,
dan Inovasi Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin



Dr. dr. Arfan Idris, M.Kes

NIP. 19671103 199802 1 001

Ketua Program Studi Sarjana
Kedokteran Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin



Dr. dr. Sitti Rafiah, M.Si

NIP. 19680530 199703 2 001

DEPARTEMEN ILMU KEDOKTERAN JIWA

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2021

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

UNIVERSITAS HASANUDDIN

Skripsi dengan Judul :

“HUBUNGAN PEMBATASAN SOSIAL DAN PEMBELAJARAN JARAK JAUH SELAMA PANDEMI COVID-19 DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA MAHASISWA FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN ANGKATAN 2020”

Makassar, 9 Juni 2021

Pembimbing,



Dr. dr. Saidah Svamsuddin, Sp.KJ

NIP. 19700114 200112 2 001

HALAMAN PERNYATAAN ANTI PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Annisa Sri Wulandari Putri

NIM : C011181006

Program Studi : Pendidikan Dokter Umum

Dengan ini menyatakan bahwa seluruh skripsi ini adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain berupa tulisan, data, gambar, atau ilustrasi baik yang telah dipublikasi atau belum dipublikasi, telah direferensi sesuai dengan ketentuan akademis.

Saya menyadari plagiarisme adalah kejahatan akademik, dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat berupa pembatalan skripsi dan sanksi akademik yang lain.

Makassar, 9 Juni 2021

Yang Menyatakan,



Annisa Sri Wulandari Putri

NIM C011181006

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan nikmat iman, islam, ilmu, dan kesehatan, sehingga skripsi yang berjudul “Pengaruh Pembatasan Sosial dan Pembelajaran Jarak Jauh selama Pandemi COVID-19 terhadap Tingkat Depresi pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020” dapat terselesaikan. Pada kesempatan ini, penulis ingin mengungkapkan rasa terima kasih dan penghargaan kepada :

1. Kedua orangtua penulis, Salman SKM, M.Kes dan dr. Hj. Nurhayati Lahay, saudara-saudara penulis Widya Nutrise Sahnursal, SMB, M.MB dan Muhammad Arif Ramadhan, S.Tr.Kep, M.Tr.Kep serta keluarga besar penulis yang telah memberikan dukungan dan doa agar penyusunan skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik.
2. Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ sebagai dosen pembimbing skripsi yang telah memberikan masukan, bimbingan, dan motivasi, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
3. dr. Andriyani Qanitha, M.Sc, Ph.D sebagai dosen pembimbing akademik yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis selama setiap semester sampai pembuatan skripsi.
4. dr. Erlyn Limoa, Sp. KJ, Ph.D sebagai dosen penguji I skripsi yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
5. dr. Andi Suheyra Syauki, M.Kes, Sp.KJ dosen penguji II skripsi yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
6. Muh. Naufal Zuhair atas bantuan, saran, dan dukungan dari awal kuliah sampai penyelesaian skripsi ini.

7. Sahabat-sahabat penulis, Nur Fatimah Azzahra Latif, Nur Alni Pradita Daenu, Alifya Kasih, Salwaa Ardhiyah, dan Ridzky Farah Salsabila yang selalu memberikan dukungan dan kebersamaan kepada penulis sampai saat ini, serta Asty Suci Ramadani yang selalu kebersamai dan membantu penulis dalam penyusunan proposal skripsi ini.

8. Teman-teman SAFRADIZA atas dukungan dan motivasi yang diberikan kepada penulis dari bangku MAN hingga saat ini, terkhusus kepada teman-teman O2S yang selalu kebersamai penulis sampai sekarang.

9. Teman-teman F18ROSA atas kebersamaan dan dukungan yang diberikan kepada penulis dari awal kuliah hingga saat ini.

10. Teman-teman M2F dan MYRC atas kebersamaan dan dukungan yang diberikan kepada penulis dari awal kuliah hingga saat ini.

11. Teman-teman Departemen *Public Relation* MYRC Periode 2021, Departemen Kaderisasi dan Pengembangan Sumber Daya Manusia M2F Periode 2020/2021 dan Asisten Dosen Departemen Histologi Periode 2020/2021 yang telah mendukung penulis sampai saat ini.

12. Angkatan 2020 Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fk Unhas yang telah bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

13. Serta semua pihak yang membantu penulis dalam penyelesaian skripsi ini, namun tidak dapat disebutkan satu per satu.

Terakhir, skripsi ini tidak luput dari kesalahan dan kekurangan, maka dari itu penulis senantiasa menerima saran dan masukan yang dapat membangun penulis agar menjadi lebih baik.

Makassar, 5 Juni 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN CETAK.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN ANTIPLAGIARISME.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
ABSTRAK.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Permasalahan.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Bagi Peneliti.....	4
1.4.2 Bagi Mahasiswa.....	4
1.4.3 Bagi Masyarakat.....	4
BAB II.....	5
TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Depresi.....	5
2.1.1 Definisi Depresi.....	5

2.1.2 Epidemiologi.....	6
2.1.3 Etiologi dan Faktor Risiko.....	7
2.1.4 Patofisiologi.....	10
2.1.5 Penegakkan Diagnosis.....	12
2.1.6 Diferensial Diagnosis.....	17
2.1.7 Penatalaksanaan.....	20
2.2 Pembatasan Sosial.....	23
2.2.1 Definisi Pembatasan Sosial.....	23
2.2.2 Hubungan Pandemi COVID-19 dengan Pembatasan Sosial.....	23
2.3 Pembelajaran Jarak Jauh.....	25
2.3.1 Definisi Pembelajaran Jarak Jauh.....	25
2.3.2 Hubungan Pandemi COVID-19 dengan Pembelajaran Jarak Jauh..	26
2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Pembelajaran Jarak Jauh.....	28
BAB III.....	29
KERANGKA KONSEPTUAL HIPOTESIS PENELITIAN.....	29
3.1 Kerangka Teori.....	29
3.2 Kerangka Konsep.....	29
3.3 Hipotesis Penelitian.....	30
3.3.1 Hipotesis Nol.....	30
3.3.2 Hipotesis Alternatif.....	30
3.4 Definisi Operasional.....	30
3.4.1 Depresi.....	30
3.4.2 Pembatasan Sosial.....	31
3.4.3 Pembelajaran Jarak Jauh.....	32
BAB IV.....	33

METODE PENELITIAN.....	33
4.1 Desain Penelitian.....	33
4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian.....	33
4.3 Variabel Penelitian.....	33
4.3.1 Variabel Independen.....	33
4.3.2 Variabel Dependen.....	33
4.4 Populasi dan Sampel Penelitian.....	33
4.4.1 Populasi.....	33
4.4.2 Sampel.....	34
4.4.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	34
4.5 Jenis Data dan Instrumen Penelitian.....	35
4.5.1 Jenis Data.....	35
4.5.2 Instrumen Penelitian.....	35
4.6 Manajemen Penelitian.....	35
4.6.1 Pengumpulan Data.....	35
4.6.2 Pengolahan dan Penyajian Data.....	36
4.7 Etika Penelitian.....	36
4.7.1 Sebelum Pengambilan Data.....	36
4.7.2 Saat Pengambilan Data.....	36
4.7.3 Setelah Pengambilan Data.....	36
4.8 Alur Penelitian.....	37
4.9 Anggaran Penelitian.....	37
4.10 Jadwal Penelitian.....	38
BAB V.....	39
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	39

5.1 Deskripsi Umum.....	39
5.2 Karakteristik Subyek Penelitian.....	40
5.3 Hasil Penelitian.....	42
5.4 Pembahasan.....	43
BAB VI.....	50
KESIMPULAN DAN SARAN.....	50
6.1 Kesimpulan.....	50
6.2 Saran.....	50
DAFTAR PUSTAKA.....	51
LAMPIRAN.....	57

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Penyakit Umum yang Berhubungan dengan Gejala Depresi.....	20
Gambar 2.2 Obat yang Berhubungan dengan Gejala Depresi.....	21
Gambar 2.3 Fase Tujuan Tatalaksana.....	23
Gambar 2.4 Tipe Penatalaksanaan untuk Depresi.....	23
Gambar 2.5 Penatalaksanaan Pertama untuk Depresi.....	24
Gambar 3.1 Kerangka Teori.....	32
Gambar 3.2 Kerangka Konsep.....	32
Gambar 4.1 Alur Penelitian.....	41

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Kategori Hasil Pengukuran Tingkat Depresi.....	34
Tabel 4.1 Anggaran Penelitian.....	42
Tabel 4.2 Jadwal Penelitian.....	42
Tabel 5.1 Karakteristik Subyek Penelitian.....	45
Tabel 5.2 Hubungan antara Dampak Pembatasan Sosial dan Pembelajaran Jarak Jauh dengan Tingkat Depresi.....	47
Tabel 5.3 Frekuensi Sampel Penelitian Berdasarkan Dampak Pembatasan Sosial.....	48

SKRIPSI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
JUNI, 2021

ANNISA SRI WULANDARI PUTRI

Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ

HUBUNGAN PEMBATASAN SOSIAL DAN PEMBELAJARAN JARAK JAUH SELAMA PANDEMI COVID-19 DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA MAHASISWA FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN ANGKATAN 2020

ABSTRAK

Latar Belakang : Pada akhir tahun 2019, ditemukan sebuah wabah penyakit yang berasal dari Wuhan, China. Penyakit ini disebabkan oleh infeksi *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) yang utamanya menyerang organ sistem pernapasan. Dalam rangka membatasi penyebaran virus tersebut, para pemimpin negara menetapkan kebijakan baru seperti pembatasan sosial dan pemberlakuan kebiasaan baru yang dikenal dengan istilah *new normal*. Pembatasan sosial dan pembelajaran jarak jauh yang diterapkan selama pandemi COVID-19 membuat mahasiswa merasakan keterbatasan interaksi sosial secara langsung dan berdampak pada kesehatan mentalnya.

Tujuan : Untuk mengidentifikasi hubungan pembatasan sosial dan pembelajaran jarak jauh selama pandemi COVID-19 terhadap tingkat depresi pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020.

Metode : Observasional analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *simple random sampling*. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner DASS-42, LSNS-6, dan kuesioner dari Stanković *et al* dengan penilaian menggunakan skala likert. Penelitian dilakukan di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin pada bulan Maret-April 2021.

Hasil : Pada analisis data menggunakan uji korelasi *spearman* didapatkan signifikansi sebesar 0,043 dan koefisien korelasi sebesar -0,294 untuk hubungan antara dampak pembatasan sosial dengan tingkat depresi serta signifikansi 0,000 dan koefisien korelasi -0,138 untuk hubungan antara persepsi terhadap pembelajaran jarak jauh dengan tingkat depresi.

Kesimpulan : terdapat hubungan antara pembatasan sosial dan pembelajaran jarak jauh terhadap tingkat depresi pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020.

Kata Kunci : Depresi, Pembatasan Sosial, Pembelajaran Jarak Jauh.

**UNDERGRADUATE THESIS
FACULTY OF MEDICINE
HASANUDDIN UNIVERSITY
JUNE, 2021**

ANNISA SRI WULANDARI PUTRI

Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp.KJ

**THE CORRELATION OF SOCIAL RESTRICTIONS AND ONLINE
LEARNING DURING THE COVID-19 PANDEMIC WITH LEVEL OF
DEPRESSION ON STUDENTS OF THE FACULTY OF MEDICINE,
HASANUDDIN UNIVERSITY BATCH 2020**

ABSTRACT

Background : At the end of 2019, an outbreak of a disease was discovered from Wuhan, China. This disease is caused by infection with Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) which mainly attacks the respiratory organ system. In order to limit the spread of the virus, state leaders set new policies such as socialization and new habits known as the new normal. Social restrictions and online learning implemented during the COVID-19 pandemic made students feel the limitations of social interaction directly and had an impact on their mental health.

Objective : To determine the correlation of social restrictions and online learning during the COVID-19 pandemic with the level of depression in students of the General Doctor Education Study Program, Faculty of Medicine, Hasanuddin University Batch 2020.

Methods : Analytical observation using a cross sectional approach. The sampling technique used is simple random sampling technique. The measuring instrument used is the DASS-42, LSNS-6, and questionnaires from Stankovic et al with assessment using a likert scale. The study was conducted at the Faculty of Medicine, Hasanuddin University in March-April 2021.

Results : In data analysis using the Spearman correlation test, it was obtained a significance 0.043 and a correlation coefficient -0.294 for the relationship between social restrictions impact and the level of depression and a significance 0.000 and a correlation coefficient -0.138 for the relationship between perceptions of online learning with the level of depression.

Conclusion : there is an correlation between social restrictions and online learning on the level of depression in students of the General Practitioner Education Study Program, Faculty of Medicine, Hasanuddin University Batch 2020.

Keywords : Depression, Social Restrictions, Online Learning.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Permasalahan

Depresi merupakan gangguan kesehatan mental yang ditandai dengan munculnya beberapa gejala gangguan suasana perasaan seperti penurunan *mood*, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi (*World Health Organization, 2017*). Perasaan sedih merupakan perasaan alami manusia. Akan tetapi, perasaan sedih yang menetap hingga mengganggu fungsi kehidupan merupakan tanda dari sebuah gangguan mental. Apabila keadaan tersebut dibiarkan dan tidak segera diatasi, keberlangsungannya dapat menyebabkan kondisi kesehatan yang buruk bagi penderita hingga memicu keinginan bunuh diri (*World Health Organization, 2020*). Perkiraan jumlah penderita gangguan mental di seluruh dunia adalah 450 juta jiwa (*World Health Organization, 2017*). Berdasarkan perhitungan beban penyakit *Disability Adjusted Life Year* (DALYs) di Indonesia, gangguan depresi menduduki urutan pertama dalam tiga dekade (1990-2017) sebagai penyakit mental dengan beban penyakit tertinggi (Indrayani, 2019). Sekitar 6,2% dari penduduk Indonesia yang berusia 15-24 tahun pada tahun 2018 menderita gangguan depresi. Angka prevalensi ini menurun pada usia 25-54 tahun dan kembali meningkat pada usia di atas 55 tahun (Kemenkes RI, 2018). Data tersebut menunjukkan bahwa depresi di Indonesia rawan terjadi pada kelompok usia remaja dan lansia.

Pada akhir tahun 2019, ditemukan sebuah wabah penyakit yang berasal dari Wuhan, China. Penyakit ini disebabkan oleh infeksi *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) yang utamanya menyerang organ sistem pernapasan. Penularan penyakit ini sangat cepat menjangkau hampir seluruh negara di

dunia dalam beberapa bulan (Brooks *et al*, 2020 ; Cao *et al*, 2020). Di Indonesia sendiri, kasus *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) muncul pada awal maret di daerah Depok, Jawa Barat (Argaheni, 2020). Tak lama setelah kasus pertama di Indonesia, pada pertengahan Maret 2020 *World Health Organization* (WHO) menetapkan *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) sebagai pandemi global karena laju penyebarannya yang cepat dan luas (Solomou & Constantinidou, 2020). Dalam rangka membatasi penyebaran virus tersebut, para pemimpin negara segera menetapkan kebijakan baru seperti pembatasan sosial dan pemberlakuan kebiasaan baru yang dikenal dengan istilah *new normal* (Wang *et al*, 2020). Kondisi pandemi sangat mempengaruhi bidang kesehatan dengan melihat penambahan angka kasus COVID-19 yang makin tinggi dari hari ke hari membuat fasilitas kesehatan umum seperti rumah sakit menjadi penuh dan tenaga kesehatan serta dokter bekerja tanpa henti (Zhao & Huang, 2020). Tak hanya bidang kesehatan, kebijakan baru yang diambil saat kondisi pandemi COVID-19 berdampak pada bidang ekonomi dan pendidikan. Kondisi perekonomian masyarakat sangat terpengaruh akibat pembatasan sosial yang dilakukan (Newbold *et al*, 2020). Pada 17 Maret 2020, Menteri Pendidikan dan Kebudayaan mengeluarkan surat edaran untuk melakukan pembelajaran secara daring (Argaheni, 2020). Berdasarkan surat edaran tersebut, seluruh sekolah dan universitas ditutup dan pendidikan menerapkan sistem pembelajaran jarak jauh melalui aplikasi-aplikasi pembelajaran serta pertemuan virtual, laman *e-learning*, bahkan menggunakan media sosial (Thorik, 2020).

Pembatasan sosial dan pembelajaran jarak jauh yang diterapkan selama pandemi COVID-19 membuat mahasiswa merasakan keterbatasan interaksi sosial secara langsung dan berdampak pada kesehatan mentalnya (Newbold *et al*, 2020 ; Cao *et al*, 2020). Kondisi ini memaksa mahasiswa untuk menetap di rumah selama berbulan-

bulan, menghadapi jadwal kuliah, tugas, serta jadwal ujian yang menumpuk (Basar, 2021). Perasaan bosan, frustrasi, kecemasan, dan kekhawatiran yang muncul dalam keadaan ini ditambah kurangnya komunikasi interpersonal dapat mempengaruhi kesehatan mental mahasiswa yang saat ini tergolong dalam usia remaja (Argaheni, 2020). Kesehatan mental mahasiswa dalam keadaan pandemi COVID-19 membutuhkan dukungan dari keluarga sebagai orang-orang terdekatnya serta diharapkan bisa mendapatkan perhatian lebih dari masyarakat dan juga pemerintah (Cao *et al*, 2020).

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti berupaya untuk memberikan perhatian pada kesehatan mental remaja khususnya pada mahasiswa dengan mengidentifikasi hubungan pembatasan sosial dan pembelajaran jarak jauh selama pandemi COVID-19 dengan tingkat depresi pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin angkatan 2020.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan pembatasan sosial dan pembelajaran jarak jauh selama pandemi COVID-19 dengan tingkat depresi pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengidentifikasi hubungan pembatasan sosial dan pembelajaran jarak jauh selama pandemi COVID-19 dengan tingkat depresi pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengidentifikasi gejala depresi pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020 selama pandemi COVID-19.
2. Untuk mengetahui tingkat depresi pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020 selama pandemi COVID-19.
3. Untuk mengetahui dampak pembatasan sosial pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020 selama pandemi COVID-19.
4. Untuk mengetahui persepsi Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020 mengenai pembelajaran jarak jauh selama pandemi COVID-19.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1.4.1 Bagi Peneliti

1. Sebagai acuan untuk penelitian selanjutnya.
2. Sebagai dasar untuk lebih mengembangkan penelitian berikutnya.

1.4.2 Bagi Mahasiswa

1. Menambah pengetahuan mengenai gangguan depresi.
2. Menambah pengetahuan mengenai faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tingkat depresi di masa pandemi COVID-19.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Menambah pengetahuan masyarakat dalam mengidentifikasi gejala-gejala depresi khususnya pada remaja.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Depresi

2.1.1 Definisi Depresi

Menurut WHO, Depresi merupakan gangguan kesehatan mental yang ditandai dengan munculnya beberapa gejala gangguan suasana perasaan seperti penurunan *mood*, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi (*World Health Organization, 2017*). Sedangkan menurut Nevid, depresi adalah periode kesedihan yang berlangsung dari waktu ke waktu, menimbulkan perasaan yang sangat terpuruk, menangis, kehilangan minat terhadap banyak hal, sulit berkonsentrasi, bahkan memunculkan keinginan untuk bunuh diri (Nevid *et al*, 2005). Pendapat tersebut bersesuaian dengan pendapat dari Davison yang menyatakan bahwa depresi merupakan kondisi emosional yang ditandai dengan kesedihan yang berlebih, merasa tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, gangguan tidur, kehilangan selera makan, minat terhadap sesuatu, serta kesenangan dalam aktivitas yang biasanya sering dilakukan (Davison *et al*, 2006)

Dari definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa depresi merupakan gangguan kesehatan mental yang ditandai dengan gejala-gejala gangguan suasana hati seperti *mood* depresif yang berlangsung terus-menerus dalam satu periode.

Depresi ditandai dengan gejala umum yaitu gejala psikologis dan gejala somatik. Pertama, gejala psikologis seseorang ditandai dengan rasa sedih yang terus-menerus atau *dysphoria*. Perasaan sedih ini tergambarkan melalui perasaan putus asa, sering menangis, mudah tersinggung, frustrasi, rasa bersalah, dan

cenderung memiliki persepsi negatif pada diri sendiri dan orang lain. Perasaan tersebut yang memunculkan gagasan bunuh diri pada penderita depresi dimulai dengan pemikiran bahwa hidup tidak layak untuk dijalani sampai mendorong untuk melakukan perbuatan yang menyakiti diri sendiri. Kedua, gejala somatik yang dapat muncul adalah gangguan tidur dan nafsu makan terganggu (Friedman & Anderson, 2014).

2.1.2 Epidemiologi

Gangguan depresi khususnya gangguan depresi mayor merupakan penyakit yang sangat umum terjadi. Prevalensi terbaru dari Amerika Serikat (AS) menunjukkan 16,2% warga AS mengalami depresi yang berlangsung seumur hidupnya dan 6,6% yang mengalami depresi dalam 12 bulan. Usia penderita gangguan depresi sangat bervariasi mulai dari anak-anak, remaja, dan sangat meningkat jumlahnya pada kelompok usia dewasa. Prevalensi gangguan depresi bervariasi di berbagai negara. Pada sebuah meta-analisis 23 studi dari negara-negara di Eropa, Asia, Amerika Utara dan Selatan, serta Australasia, ditemukan angka prevalensi gabungan sebesar 6,7% yang mengalami depresi dalam seumur hidupnya dan 4,1% mengalami depresi dalam 12 bulan (Friedman & Anderson, 2014).

Gangguan depresi merupakan penyakit keempat yang menjadi penyebab kecacatan di seluruh dunia dan diperkirakan menjadi penyebab kecacatan kedua pada tahun 2020. Gangguan depresi mayor merupakan gangguan episodik dengan episode yang terjadi rata-rata setiap 5 tahun. Akan tetapi, sekitar 20-33% individu mengalami gangguan depresi ini secara terus-menerus. Individu yang tidak pernah mengalami remisi gejala lengkap akan lebih banyak mendapatkan kemungkinan terjadinya kekambuhan (Friedman & Anderson, 2014).

2.1.3 Etiologi dan Faktor Risiko

Depresi merupakan gangguan multifaktorial. Etiologi munculnya depresi tidak hanya dipengaruhi oleh satu faktor, tetapi dapat disebabkan oleh berbagai faktor berbeda pada setiap penderita gangguan depresi. Episode depresi yang muncul tergantung dari tingkat stres akut dan kronis yang dialami oleh pasien (Marwick & Birrel, 2013). Faktor biologis, psikologis, dan pengaruh sosial berintegrasi dalam memicu terjadinya gangguan depresi (Friedman & Anderson, 2014).

Berikut adalah faktor yang mempengaruhi risiko terjadinya gangguan depresi :

2.1.3.1 Genetika

Studi kembar menunjukkan heritabilitas depresi sebesar 40-50%. Faktor risiko genetika memberikan efek yang kecil pada individu dan hanya memberikan pengaruh dalam keadaan tertentu jika ada interaksi gen dan lingkungan. Seseorang dengan alel tertentu dari gen transporter serotonin hanya dapat memberikan peningkatan risiko depresi jika mengalami peristiwa kehidupan yang merugikan. Apabila orang tersebut tidak mengalami peristiwa yang merugikan, faktor genetika tidak akan memberikan peningkatan risiko terjadinya gangguan depresi (Marwick & Birrel, 2013) .

2.1.3.2 Pengalaman Hidup Awal

Peristiwa merugikan pada masa kanak-kanak yang terjadi pada seseorang memberikan peningkatan risiko terjadinya gangguan depresi pada orang tersebut. Pengalaman hidup seperti perceraian orang tua yang membuat anak-anak tumbuh dengan kurangnya perhatian, pengasuhan anak

yang salah, dan perasaan diri terabaikan sangat mempengaruhi kesehatan mental anak serta dapat memberikan efek jangka panjang pada psikologi anak (Marwick & Birrel, 2013). Pengalaman hidup mempengaruhi ekspresi gen dan faktor psikososial (Friedman & Anderson, 2014)

2.1.3.3 Kepribadian

Kepribadian terbentuk dari genetika dan pola asuh manusia sejak dini. Sifat personalitas neurotisme yang membuat seseorang cenderung mengalami keadaan emosional yang negatif seperti cemas, murung, pemalu, dan mudah tertekan secara konsisten terbukti meningkatkan risiko terjadinya gangguan depresi. Beberapa gangguan kepribadian tertentu seperti gangguan kepribadian ambang yang ditandai dengan suasana hati tidak stabil serta gangguan kepribadian obsesif kompulsif juga dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami gangguan depresi (Marwick & Birrel, 2013).

2.1.3.4 Stres Akut

Peristiwa buruk dalam kehidupan dapat menjadi sebuah tekanan yang meningkatkan risiko terjadinya kejadian depresi. Kejadian depresi sering muncul tak lama setelah peristiwa buruk terjadi seperti peristiwa berkabung, putus hubungan, ataupun kehilangan sesuatu. Akan tetapi, pada kejadian depresi berulang, kecil kemungkinan depresi tersebut dipicu oleh peristiwa buruk yang dialami (Marwick & Birrel, 2013).

2.1.3.5 Stres Kronis

Efek psikologis dan fisiologis dari stres kronis membuat membuat orang rentan mengalami depresi dan mengurangi kemampuan mereka dalam mengatasi kejadian yang penuh dengan tekanan secara tiba-tiba. Tekanan kronis yang dialami dapat berupa masalah sosial seperti dukungan sosial

yang buruk, tidak memiliki pekerjaan di luar rumah, dan tidak memiliki banyak teman untuk diajak berbicara. Nyeri kronis serta penyakit kronis seperti penyakit jantung dan stroke juga dapat menjadi tekanan yang berlangsung lama dalam diri seseorang (Marwick & Birrel, 2013).

2.1.3.6 Kognitif

Pikiran disfungsional mendukung terjadinya depresi dan memperkuat perilaku seseorang yang mendorong ke arah depresi (Friedman & Anderson, 2014). Keyakinan dalam pikiran yang merujuk ke hal-hal negatif dapat menyebabkan terjadinya depresi. Semakin banyak hal-hal negatif yang diyakini dalam pikiran seseorang, semakin berat depresi yang terjadi. Keyakinan negatif yang biasanya ditemukan pada penderita gangguan depresi adalah merasa tidak bertenaga atau tidak memiliki kemampuan, merasa selalu gagal dalam setiap hal yang dilakukan, dan merasa tidak memiliki harapan dalam hidupnya (Beck, 2003).

2.1.3.7 Neurobiologi

Jalur umum dari etiologi gangguan afektif adalah struktur dan fungsi otak yang abnormal. Gangguan afektif ini terjadi akibat disregulasi antara beberapa daerah otak yang terlibat dalam pengaturan emosi. Secara neurokimia, beberapa jalur neurotransmiter yang saling berinteraksi berperan dalam pengatur emosi. Kelaianan utama yang ditemukan pada penderita depresi adalah hiperaktivitas dari sumbu Hipotalamus-Hipofisis-Adrenal (HPA) dan defisiensi monoamin seperti noradrenalin, serotonin, dan dopamin (Marwick & Birrel, 2013).

2.1.4 Patofisiologi

Teori biologi tentang etiologi depresi telah berkembang sejak dulu. Teori ini berpatokan pada dua jenis data klinis yaitu dari pengamatan keadaan suasana hati pasien penderita penyakit tertentu yang menyebabkan terjadinya kekurangan zat tertentu pada tubuh seperti neurotransmitter, vitamin, atau hormon. Kedua, data diambil dari reaksi depresi akibat terapi farmakologi yang menyebabkan kekurangan zat tertentu seperti norepinefrin. Setelah mempertimbangkan bahwa kekurangan zat tunggal tidak bisa menjelaskan semua gejala yang terjadi pada penderita depresi, berkembanglah teori ketidakseimbangan (Golden & Janowsky, 2015). Paparan stres yang berlangsung lama dan terus-menerus menghasilkan perubahan pada fungsi neurotransmitter otak yang disebut dengan “*chemical imbalance*”. Ketidakseimbangan ini mengacu pada perubahan dalam sistem pembawa sinyal kimiawi utama yang bertanggung jawab untuk menjalankan transmisi saraf yaitu serotonin (5HT), norepinefrin (NE), dan dopamin (DA). Gangguan depresi dikaitkan dengan penurunan ketiga neurotransmitter tersebut yang menghasilkan karakteristik gejala psikologis dan somatik pada penderita depresi (Friedman & Anderson, 2014).

Norepinefrin dianggap sebagai neurotransmitter pusat yang menjadi landasan utama teori biologi depresi. Norepinefrin memiliki peran dalam respon fisiologis terhadap stres atau tekanan. Patogenesis depresi terjadi disebabkan defisiensi norepinefrin sentral. Sejumlah penelitian melaporkan penurunan responsivitas stimulasi agonis noradrenergik pada reseptor beta-adrenergik limfosit pada pasien depresi. Pemberian beberapa anti depresan seperti golongan trisiklik dan *Monoamine Oxidase Inhibitors* (MAOI) dapat meningkatkan jumlah dan efektivitas kerja dari norepinefrin. Tak hanya norepinefrin, defisit serotonin

sentral juga dapat memicu terjadinya gejala depresi dan gangguan afektif lainnya. Penelitian menunjukkan bahwa penambahan triptofan yang merupakan prekursor asam amino untuk pembentukan serotonin dalam pengobatan terbukti secara klinis dapat mengobati gejala depresi (Golden & Janowsky, 2015).

Ketidakseimbangan neurotransmitter tersebut memberikan perubahan dalam aktivitas saraf dan pengolahan informasi pada daerah-daerah di otak sehingga menunjukkan gejala-gejala depresi. Fungsi setiap daerah di otak memberikan pengaruh pada gejala yang berbeda-beda. Gangguan dalam mengolah informasi berhubungan dengan gangguan pada daerah korteks dan perubahan neurokognitif berhubungan dengan gangguan fungsi pada hipokampus, amigdala, struktur limbik, dan korteks prefrontal. Sedangkan, gejala anhedonia dan penurunan nafsu makan berkaitan dengan difungsi jalannya saraf pada talamus, hipotalamus, dan nukleus akumbens (Sadock *et al*, 2017).

Selain teori biologi, berkembang juga teori kognitif yang menjadi salah satu dasar patogenesis terjadinya depresi. Teori kognitif ini berkaitan dengan model berpikir masing-masing orang yang mempengaruhi sikap dan perilakunya. Karakteristik berpikir yang cenderung mengarah ke konteks negatif seperti keputusan, merasa tidak berdaya dan selalu merasa gagal, serta pesimis secara langsung memunculkan gejala-gejala depresi (Sadock *et al*, 2017 ; Beck, 2003).

Teori terakhir berkaitan dengan faktor psikososial yaitu teori interpersonal. Dukungan lingkungan atau dukungan dari orang per orang dapat membuat seseorang terhindar dengan gejala depresi. Sebaliknya, ketika dukungan tersebut berubah menjadi kecaman atau terjadi perpecahan dalam hubungan sosialnya, hal tersebut dapat memicu terjadinya depresi. Hal ini juga berlaku ketika seseorang

dalam keadaan tertekan tetapi tidak mendapatkan dukungan dari orang sekitarnya (Sadock *et al*, 2017 ; Friedman & Anderson, 2014).

2.1.5 Penegakkan Diagnosis

Penegakkan diagnosis gangguan depresi umumnya dilakukan berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ-III) atau *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5).

Berdasarkan penjabaran dari PPDGJ-III, gejala depresi terbagi atas dua yaitu gejala utama dan gejala lainnya yang menyertai. Gejala utama yang tampak adalah afek depresif, kehilangan minat dan kegembiraan (anhedonia), dan berkurangnya energi yang ditandai dengan mudah merasa lelah. Gejala lainnya yang menyertai gejala utama dapat berubah konsentrasi dan perhatian yang berkurang, kepercayaan diri berkurang, muncul gagasan tentang rasa bersalah, pandangan masa depan yang suram, gagasan yang membahayakan diri sendiri atau bunuh diri, tidur yang terganggu, dan nafsu makan berkurang. Dalam penegakkan diagnosis gangguan depresi, gejala utama serta gejala penyerta harus telah berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu. Akan tetapi, periode yang lebih pendek dapat dibenarkan apabila gejala yang terjadi sangat berat dan berlangsung cepat (DEPKES RI, 1993).

Kategori dalam diagnosis gangguan depresi terbagi atas episode depresi ringan, episode depresi sedang, dan episode depresi berat apabila episode depresi terjadi pertama kali. Apabila gangguan depresi ini berulang, maka gangguan depresi tersebut dikategorikan sebagai gangguan depresi berulang (DEPKES RI, 1993).

2.1.5.1 Pedoman Diagnostik Episode Depresi Tunggal PPDGJ-III

Berikut adalah pedoman diagnostik dalam menentukan tingkat keparahan depresi yang terjadi menurut PPDGJ-III (DEPKES RI, 1993).

1. Episode Depresi Ringan

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

2. Episode Depresi Sedang

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

3. Episode Depresi Berat

- A. Ketiga gejala utama depresi harus ada.
- B. Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa di antaranya harus berintensitas berat.

C. 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.

D. Episode depresi 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.

E. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

4. Episode Depresi Berat dengan Gejala Psikotik

A. Mengalami gejala-gejala yang telah disebutkan dalam episode depresi berat.

B. Disertai dengan waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau 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*).

2.1.5.2 Pedoman Diagnostik Depresi DSM-5

Berdasarkan tingkat keparahannya, DSM-5 membagi depresi menurut jumlah gejala yang dialami, keparahan dari gejala tersebut, dan derajat kecacatan fungsional dalam 3 kategori (APA, 2017) :

1. Depresi Ringan

Gejala yang timbul sedikit, intensitas gejalanya menyusahkan tetapi dapat dikelola, dan gejala-gejalanya memberikan gangguan dengan efek yang kecil dalam fungsi sosial dan pekerjaan sehari-hari.

2. Depresi Sedang

Banyaknya gejala, intensitas gejala, dan/atau gangguan fungsional kehidupan yang dialami berada diantara level ringan dan berat.

3. Depresi Berat

Jumlah gejala yang muncul secara substansial melebihi gejala yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis, intensitas gejala sangat menyusahkan dan sulit untuk dikelola, serta gejala-gejala tersebut jelas mengganggu fungsi sosial dan pekerjaan.

Berikut adalah kriteria diagnosis dari gangguan depresi mayor :

A. Lima atau lebih gejala berikut terjadi selama 2 minggu.

Setidaknya salah satu dari gejala tersebut adalah afek depresi atau kehilangan minat.

a. Suasana hati yang tertekan hampir sepanjang hari dan hampir setiap hari seperti merasa sedih, putus asa, atau menangis.

- b. Menurunnya minat atau kesenangan pada hampir semua aktivitas yang terjadi sepanjang hari dan hampir setiap hari.
 - c. Penurunan berat badan yang signifikan saat tidak berdiet, peningkatan berat badan, penurunan nafsu makan, atau peningkatan nafsu makan.
 - d. Insomnia atau hipersomnia yang terjadi hampir setiap hari.
 - e. Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari.
 - f. Kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap hari.
 - g. Perasaan tidak berharga, rasa bersalah yang berlebihan, atau rasa tidak pantas hampir setiap hari.
 - h. Hilangnya kemampuan dalam berpikir atau berkonsentrasi, sering mengalami keraguan hampir setiap hari.
 - i. Pemikiran berulang tentang kematian, gagasan bunuh diri berulang tanpa rencana, atau percobaan bunuh diri.
- B. Gejala tersebut menyebabkan gangguan yang signifikan secara klinis dalam sosial, pekerjaan, dan fungsi kehidupan lainnya.
- C. Episode ini tidak disebabkan oleh efek fisiologis dari penggunaan suatu zat atau kondisi medis lain.
- D. Terjadinya episode depresi mayor tidak dijelaskan lebih baik oleh gangguan skizoafektif, skizofrenia, gangguan skizofreniformis, gangguan delusi, atau gangguan spesifik dan

tidak spesifik skizofrenia lainnya, serta gangguan psikotik ` lainnya.

Penentuan tingkat depresi yang terjadi pada seseorang dapat diukur dengan menggunakan berbagai macam skala pengukuran. Para ahli dalam bidang kesehatan jiwa membuat beberapa pengukuran baku yang dibuat melalui penelitian-penelitian untuk mengetahui efektivitasnya. Salah satu skala pengukuran yang biasa digunakan pada populasi umum adalah *Depression Anxiety and Stress Scale (DASS)-42* yang diperkenalkan oleh S. H. Lovibond dan Peter F. Lovibond pada tahun 1996. DASS-42 dirancang sebagai kuesioner yang mengukur keadaan emosi negatif yaitu depresi, kecemasan, dan stres. Terdapat 42 poin pertanyaan dalam kuesioner tersebut dan masing-masing 14 poin mewakili penilaian untuk depresi, kecemasan, dan stres. Tingkat depresi dinilai dari *mood* yang depresif, keputusasaan, penurunan fungsi kehidupan, sikap rendah diri, kurangnya minat terhadap sesuatu, dan anhedonia. Pada kuesioner ini, responden diminta untuk menggunakan skala keparahan dari 0-4 untuk menilai setiap poin pertanyaannya. Total penilaian dari kuesioner akan menentukan tingkat keparahan dari depresi, kecemasan, dan stres pada responden mulai dari tingkat normal, ringan, sedang, parah, dan sangat parah (Lovibond, 1996).

2.1.6 Diferensial Diagnosis

Gangguan depresi harus dibedakan dengan gangguan-gangguan afektif lainnya, gangguan *mood* yang diinduksi oleh zat, penyakit umum lain (gambar 2.1), serta gangguan kesehatan mental lainnya. Sangat memungkinkan bahwa kondisi medis lain menunjukkan beberapa gejala yang mirip dengan gejala depresi. Beberapa studi melaporkan bahwa ada sebagian individu yang mengalami gangguan depresi dan kondisi medis lainnya secara bersamaan.

Ketika kondisi tersebut terjadi, gangguan depresi tidak dinilai sebagai konsekuensi atau sesuatu yang disebabkan oleh kondisi medis tersebut. DSM-5 menyarankan penegakkan diagnosis dengan membedakan antara gangguan depresi sebagai gangguan mental, sedangkan kondisi medis lainnya sebagai gangguan medis (Friedman & Anderson, 2014).

Common diseases associated with depression symptoms	
Brain trauma/brain tumor	Lyme disease
Cancer (especially pancreatic)	Multiple sclerosis
Cardiovascular disease	Normal pressure hydrocephalus
Dementia	Parkinson's disease
Diabetes	Pellegra
Epilepsy	Porphyria
HIV/AIDS	Rheumatoid arthritis
Huntington's disease	Stroke
Hyperthyroidism	Syphilis
Hypothyroidism	Systemic lupus erythematosus
Hyperparathyroidism	Wilson's disease
Hypoparathyroidism	

Figure 1.3 Common diseases associated with depression symptoms

Gambar 2.1 Penyakit Umum yang Berhubungan dengan Gejala Depresi

(Friedman & Anderson, 2014)

Kemungkinan lainnya dapat terjadi ketika seseorang datang dengan gejala depresi tetapi memiliki riwayat penggunaan obat-obatan terlarang ataupun obat-obat tertentu yang dapat memicu gangguan *mood* (gambar 2.2). Untuk menentukan apakah gejala depresi tersebut memang disebabkan oleh induksi zat di dalam obat atau benar-benar merupakan tanda dari sebuah gejala depresi yang terjadi secara bersamaan setelah mengonsumsi obat, perlu dilakukan detoksifikasi obat terlebih dahulu pada pasien (Friedman & Anderson, 2014).

Penyakit kejiwaan lain juga dapat memimbulkan gejala-gejala yang mirip dengan gejala depresi. Dalam kejadian akutnya, gangguan depresi dengan gejala psikotik sulit dibedakan dengan skizofrenia atau skizoafektif. Informasi-informasi

yang didapatkan dalam anamnesis seperti riwayat penyakit sebelumnya dan riwayat keluarga dapat membantu dalam penegakkan diagnosis. Gangguan depresi juga sulit dibedakan dengan reaksi seseorang ketika mengalami kedukaan setelah kematian orang terdekat. Akan tetapi ini bisa dibedakan dengan melihat intensitas gejala yang terjadi, perasaan pasien yang menunjukkan kehilangan dan kekosongan, serta pikiran sedih yang tertujukan pada orang yang meninggal. Jika gejala pada orang yang berduka terjadi lebih dari 12 bulan, diagnosis *Persistent Complex Bereavement Disorder* dapat dipertimbangkan (Friedman & Anderson, 2014).

Drugs that may be associated with depression	
Anticancer agents	Hormones
Interferon- α	Estrogen
Vincristine sulfate	Progesterone
Vinblastine sulfate	
	Opioids
Antihypertensive agents	Codeine
Clonidine hydrochloride	Morphine
Guanethidine sulfate	
Methyldopa	Alcohol
Propranolol hydrochloride	
Reserpine	Anticholinergics
	Benzotropine
Antiparkinsonian agents	
Amantadine hydrochloride	Barbiturates
Bromocriptine	Phenobarbital
Levodopa	Secobarbital
Levodopa and carbidopa	
	Benzodiazepines
Antituberculosis agents	
Cycloserine	
Corticosteroids	
Cortisone acetate	

Figure 1.4 Drugs that may be associated with depression

Gambar 2.2 Obat yang Berhubungan dengan Gejala Depresi
(Friedman & Anderson, 2014)

2.1.7 Penatalaksanaan

Prinsip utama dari penatalaksanaan depresi adalah untuk mengoptimalkan kondisi pasien agar tetap dapat menjalankan kehidupannya dengan baik. Pengobatan tidak hanya bergantung dari dokter atau terapisnya, tetapi sangat didukung oleh keinginan, perhatian, keyakinan, dan juga kesabaran pasien serta keluarga. Pengobatan dapat berhasil jika dokter atau terapis serta pasien sama-sama berusaha. Terdapat beberapa fase yang perlu diperhatikan dan dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam hasil penatalaksanaan depresi (gambar 2.3). Penelitian dan praktik klinis memfokuskan penatalaksanaan pada perbaikan gejala di fase akut untuk mengembalikan kesehatan mental penderita depresi terkhusus pada kepercayaan dirinya dan pengembalian fungsi kehidupannya. Tetapi di sisi lain, depresi yang terjadi secara berkepanjangan dapat menurunkan kualitas hidup dan menyebabkan penurunan kesehatan yang lebih besar daripada penyakit fisik lainnya. Depresi sangat berdampak pada kesejahteraan, komorbiditas penyakit, kepribadian, dan faktor sosial. Oleh karena itu, penatalaksanaan penting untuk mencapai tujuan remisi gejala atau pemulihan serta pencegahan kekambuhan depresi (Friedman & Anderson, 2014). Pendekatan biopsikososial perlu dilakukan untuk pengelolaan depresi agar pasien dapat terawat secara biologis, psikologis, dan aspek sosial penyakit (Marwick & Birrel, 2013).

Dalam menentukan penatalaksanaan depresi, dokter mempertimbangkan biaya serta efek samping dari pengobatan. Penatalaksanaan yang diambil adalah tatalaksana minimal yang memberikan manfaat maksimal. Pengobatan gangguan depresi dapat diberikan dengan menggunakan obat-obatan, terapi psikologi, ataupun terapi fisik (gambar 2.4) (Friedman & Anderson, 2014).

Penatalaksanaan yang diberikan disesuaikan secara individual dengan memperhatikan riwayat penyakit pasien. Penentuan perawatan disesuaikan dengan tingkat keparahan depresi pasien (gambar 2.5) (Marwick & Birrel, 2013).

Phase-specific treatment goals			
Outcomes	Assessment		
	Acute phase	Continuation phase	Maintenance phase
Symptoms	Response Remission	Stable remission	Stable recovery
Adverse effects	Good tolerability and safety	Good tolerability and safety	Good tolerability and safety
Function	Improved social and occupational function	Regained full social and occupational function	Maintained full social and occupational function
Wellbeing	Improved quality of life	Regained quality of life	Maintained quality of life

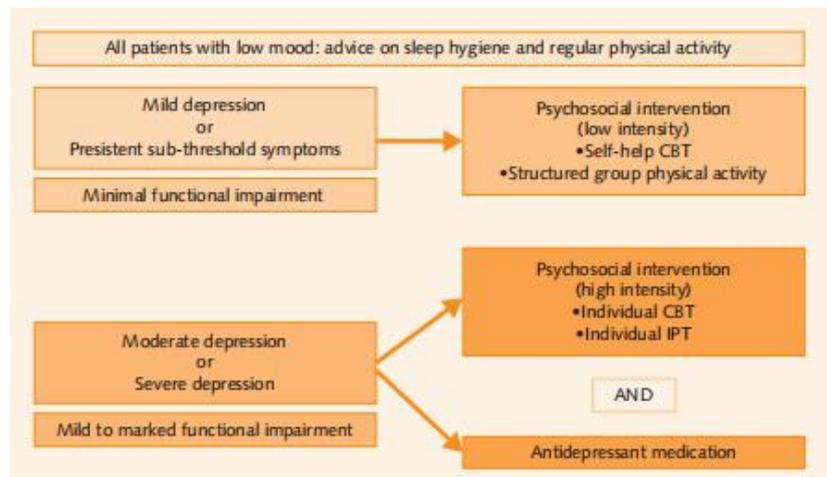
Figure 4.1 Phase-specific treatment goals.

Gambar 2.3 Fase Tujuan Tatalaksana (Friedman & Anderson, 2014)

Types of treatment for depression	
Modality	Main groupings
Medications	Selective serotonin reuptake inhibitors Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors Tricyclic antidepressants Monoamine oxidase inhibitors Others including monoamine receptor-active drugs, norepinephrine/dopamine reuptake inhibitors, combined serotonin reuptake and receptor inhibitors
Psychological treatments	Nondirective therapy/counseling Directed self-help/computerized cognitive-behavioral therapy Problem-solving therapy Cognitive-behavioral therapy Behavior therapy/behavioral activation Interpersonal psychotherapy
Physical treatments	Electroconvulsive therapy Bright light therapy Experimental brain stimulation techniques
Other/complementary treatments	St John's wort Omega-3-fatty acids

Figure 4.5 Types of treatment for depression.

Gambar 2.4 Tipe Penatalaksanaan untuk Depresi (Friedman & Anderson, 2014)



Gambar 2.5 Penatalaksanaan Pertama untuk Depresi (Marwick & Birrel, 2013)

Penderita depresi khususnya depresi berat cenderung memberikan gagasan bunuh diri sehingga dapat melakukan sesuatu yang membahayakan dirinya sendiri ataupun orang lain. Kondisi ini dapat membuat pasien menolak untuk mendapatkan pengobatan ataupun mengurangi pengobatan mereka sehingga pilihan pengobatan yang diinformasikan tidak memungkinkan untuk diterapkan. Dalam kondisi tersebut, dokter perlu mempertimbangkan bagaimana dan dimana pengobatan ini bisa dilakukan secara efektif. Pasien depresi berat dengan gagasan bunuh diri sering kali dirawat inap di rumah sakit untuk diberikan perawatan menurut undang-undang kesehatan mental. Sedangkan, untuk pasien dengan depresi ringan sampai sedang pengobatan bisa dilakukan dengan rawat jalan tanpa mengabaikan edukasi kepada pasien tentang cara mengelola depresi dan cara memahami penyakit yang diderita. Pasien perlu mengetahui apa manfaat yang didapatkan dengan menjalani pengobatan dan apa risiko yang mungkin didapat jika tidak menjalani pengobatan. Keluarga juga perlu diedukasi untuk memberikan dukungan penuh pada pasien dengan menciptakan lingkungan yang tidak membawa pasien ke arah emosi negatif. Evaluasi dan pemantauan perlu

dilakukan selama masa perawatan kepada pasien rawat inap maupun rawat jalan (Friedman & Anderson, 2014).

2.2 Pembatasan Sosial

2.2.1 Definisi Pembatasan Sosial

Pembatasan sosial atau sering diistilahkan sebagai “*social distancing*” merupakan tindakan yang dilakukan untuk menghentikan atau memperlambat penularan penyakit dengan melakukan jaga jarak antar sesama, menghindari tempat-tempat yang merupakan pusat keramaian, serta menghindari kegiatan massal (Reluga, 2010). Sedangkan, istilah Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) merupakan pembatasan kegiatan tertentu pada penduduk suatu wilayah yang diduga terinfeksi COVID-19 untuk mencegah penularannya (Ristyawati, 2020).

2.2.2 Hubungan Pandemi COVID-19 dengan Pembatasan Sosial

Pada 31 Maret 2020, Presiden Republik Indonesia (RI) mengadakan konferensi pers untuk mengumumkan kebijakannya yang diambil dalam menyikapi pandemi COVID-19. Dalam konferensi tersebut, Presiden RI mengeluarkan kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) untuk merespon situasi kedaruratan kesehatan. Berdasarkan UU Nomor 6 Tahun 2018 tentang kekarantinaan kesehatan pada pasal 59 ayat 3, PSBB mencakup peliburan sekolah dan tempat kerja yang diganti metodenya dengan pembelajaran jarak jauh dan *work from home*, pembatasan kegiatan keagamaan, dan pembatasan kegiatan di tempat atau fasilitas umum (Ristyawati, 2020).

Pembatasan sosial yang dilakukan saat pandemi COVID-19 sangat mempengaruhi bidang perekonomian dan pendidikan tak hanya di Indonesia, tetapi di seluruh negara. Perekonomian khususnya pada masyarakat menengah ke

bawah merosot drastis karena pembatasan kegiatan di luar rumah yang diberlakukan (Ristyawati, 2020). Kondisi ini memperburuk krisis ketenagakerjaan karena peningkatan tingkat pengangguran (Gandasari & Dwidienawati, 2020). Pendidikan didorong untuk mengadaptasikan metode pembelajaran yang efektif selama pandemi COVID-19 (Ristyawati, 2020). Pembatasan sosial memberlakukan jarak aman antar sesama orang yaitu 1,5-2 meter, pembatasan jumlah penumpang dalam transportasi umum, pembatasan pengunjung pada fasilitas umum dan tempat kerja, dan pengadaptasian kebiasaan baru/*new normal* dengan selalu menggunakan masker, menghindari menyentuh wajah, serta mencuci tangan (Gandasari & Dwidienawati, 2020). Karena kebijakan pembatasan sosial ini, semua masyarakat menjalankan rutinitasnya sehari-hari mulai dari proses pembelajaran, bekerja, rapat, melakukan kegiatan keagamaan, serta bersosialisasi melalui media sosial dengan koneksi internet. Tak hanya itu, pelayanan pemerintahan bahkan kesehatan dilakukan secara *online* melalui pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi. Kondisi pandemi COVID-19 yang tidak mereda memberikan tekanan psikologis pada masyarakat (Siste *et al*, 2020).

Pembatasan sosial telah membatasi interaksi sosial langsung yang terjadi di masyarakat terutama dalam hubungan keluarga dan pertemanan. Dalam sebuah survey mengenai respon komunitas terhadap COVID-19 oleh *John Hopkins Bloomberg School of Public Health*, terdapat kuesioner yang digunakan untuk melihat orang yang berisiko terdampak pembatasan interaksi sosial atau isolasi sosial. Kuesioner ini diperkenalkan oleh James *et al* dalam penelitiannya pada populasi orang dewasa yang tinggal di tiga negara Eropa. *Lubben Social Network Scale-6* merupakan kuesioner yang memuat 6 poin pertanyaan mengenai interaksi

sosial yang terjadi pada responden khususnya interaksi dengan keluarga dan teman. Interaksi sosial yang baik mendukung kesehatan fisik dan mental, sedangkan isolasi sosial memicu kesepian dan stres serta terbukti berkontribusi meningkatkan risiko kecacatan dan pemulihan yang buruk dari penyakit (Lubben *et al*, 2006).

2.3 Pembelajaran Jarak Jauh

2.3.1 Definisi Pembelajaran Jarak Jauh

Menurut UU No. 12/2012 tentang Pendidikan Tinggi pada bagian ketujuh pasal 31, Pendidikan Jarak Jauh (PJJ) merupakan proses belajar mengajar yang dilakukan secara jarak jauh melalui penggunaan berbagai media komunikasi yaitu teknologi informasi dan komunikasi. Dalam undang-undang ini dijelaskan bahwa tujuan dari PJJ ialah memberikan fasilitas pelayanan pendidikan kepada kelompok masyarakat yang tidak dapat mengikuti pendidikan secara tatap muka dan memperluas akses pelayanan pendidikan khususnya pendidikan tinggi. PJJ diselenggarakan dalam berbagai bentuk dengan menyesuaikan kondisi dan didukung oleh sarana dan layanan belajar yang tetap menjadi mutu pendidikan. Karakteristik dari pembelajaran jarak jauh adalah terbuka, pembelajaran secara mandiri, pembelajaran secara tuntas, dan menggunakan teknologi informasi dan komunikasi sebagai sumber pembelajaran (Kemenristekdikti, 2016).

Dari pengertian pembelajaran jarak jauh, berkembanglah istilah *e-learning* yang didefinisikan sebagai pembelajaran yang fleksibel dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi serta dapat diakses di mana pun, kapan pun, dan oleh siapa pun. Tujuan dari *e-learning* tidak jauh berbeda dengan pembelajaran jarak jauh, yaitu pembangunan bangsa dengan meningkatkan kualitas dan relevansi dari pendidikan tinggi melalui inovasi dan juga industri,

meningkatkan akses pembelajar terhadap pendidikan tinggi yang berkualitas, dan pemerataan pendidikan tinggi yang dapat terjangkau secara fleksibel (Kemenristekdikti RI, 2016).

E-learning terdiri dari 3 elemen dasar yaitu *Learning Management System* (LMS), konten *e-learning*, dan kolaborasi. LMS merupakan komponen standar untuk menghubungkan teknik pembelajaran dengan teknologi informasi dalam institusi. Konten adalah bagian penting yang merupakan bahan dan instrumen dalam proses pembelajaran. Konten pembelajaran dalam sistem pembelajaran jarak jauh ini menyediakan materi dalam bentuk gambar, suara, serta animasi. Kolaborasi diperlukan antara pengajar dan pelajar, serta antar pelajar agar dapat mencapai tujuan proses pembelajaran jarak jauh yang lancar dan efektif menggunakan berbagai alat komunikasi seperti *e-mail*, forum, dan *chat* (Stanković *et al*, 2015).

2.3.2 Hubungan Pandemi COVID-19 dengan Pembelajaran Jarak Jauh

Kondisi pandemi COVID-19 berdampak pada proses pembelajaran di seluruh penjuru Indonesia. Pada 17 Maret 2020, Menteri Pendidikan dan Kebudayaan mengeluarkan surat edaran untuk melakukan pembelajaran secara daring (Argaheni, 2020). Surat edaran yang dikeluarkan oleh Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan merujuk pada beberapa poin pembahasan yaitu pembatalan ujian nasional tahun 2020, pelaksanaan proses belajar mengajar dilaksanakan di rumah masing-masing, ketentuan ujian sekolah sebagai pertimbangan kelulusan, ketentuan kenaikan kelas, ketentuan pelaksanaan penerimaan peserta didik baru, dan penggunaan dana bantuan operasional sekolah atau bantuan operasional pendidikan (Ahmad, 2020). Hal ini memberikan perubahan drastis pada bidang pendidikan yang awalnya didominasi

dengan sistem pembelajaran tatap muka, tetapi harus menyesuaikan kondisi dengan menerapkan sistem pembelajaran jarak jauh (Setyorini, 2020).

Pada pembelajaran jarak jauh, komunikasi yang terjalin antara pengajar dan pelajar serta antara sesama pelajar bukan merupakan interaksi langsung secara tatap muka, sehingga dapat memungkinkan terjadinya *miss communication* ataupun penerimaan informasi yang terbatas pada saat pembelajaran. Pembelajaran jarak jauh menitik beratkan pada kemandirian pelajar dalam mencari informasi dan fokus dalam pembelajaran. Kekurangan dalam sistem pembelajaran ini adalah pengajar tidak dapat mengontrol atau memperhatikan apa yang dilakukan pelajar selama pembelajaran, sehingga keefektifan pembelajaran sangat bergantung pada konsentrasi setiap pelajar selama proses pembelajaran berlangsung. Kekurangan lain dalam sistem pembelajaran ini adalah kurangnya sosialisasi yang terjalin pada pelajar, sehingga hal ini dapat mempengaruhi emosional dari pelajar itu sendiri. Selain itu, pengembangan karakter pelajar yang biasanya terbentuk selama proses belajarnya di lingkungan sekolah atau kampus tidak dapat berjalan dengan optimal melalui sistem pembelajaran jarak jauh ini (Purandina & Winaya, 2020). Di sisi lain, perkembangan teknologi komunikasi dan informasi dengan penggunaan *platform online* seperti aplikasi video konferensi dapat membantu terlaksananya diskusi antara pengajar dan pelajar serta antara sesama pelajar. Sumber pembelajaran digital seperti *e-book*, kursus *online*, dan berbagai macam laman yang berisikan penelitian valid juga dapat membantu pelajar dalam mengakses informasi-informasi di luar proses pembelajarannya. Pandemi COVID-19 dengan semua kebijakan baru pemerintah dalam kondisi ini membuat bidang pendidikan diharuskan untuk cepat beradaptasi dengan baik (Lassoued *et al*, 2020).

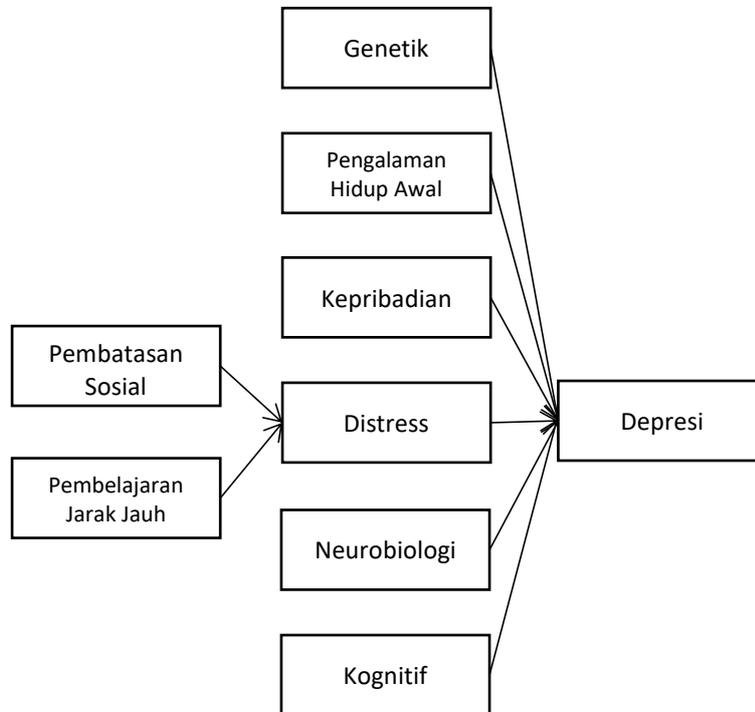
2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Pembelajaran Jarak Jauh

Dalam merealisasikan pembelajaran jarak jauh, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan proses pembelajaran. Pertama, koneksi internet yang lancar, stabil, subsidi kuota, dan bantuan sert peningkatan kapasitas digital pada setiap wilayah di Indonesia. Faktor ini memerlukan alokasi anggaran khusus dari pemerintah karena pembelajaran tidak dapat terlaksana jika guru dan siswa tidak memiliki fasilitas yang memadai untuk melaksanakannya. Kedua, kemampuan pelajar dan pengajar dalam menggunakan fasilitas teknologi informasi dan komunikasi. Faktor ini juga perlu diperhatikan demi terlaksananya pembelajaran jarak jauh secara baik dan lancar (Sari dkk, 2020). Oleh karena itu, pemanfaatan koneksi internet, ketimpangan akses teknologi informasi dan komunikasi pada beberapa daerah, keterbatasan kemampuan guru dan siswa dalam pemanfaatan aplikasi pembelajaran, serta relasi antara guru dan siswa dalam pembelajaran jarak jauh yang kurang terwadahi perlu menjadi fokus perhatian agar pembelajaran jarak jauh dapat menjadi efektif (Ahmad, 2020).

BAB III

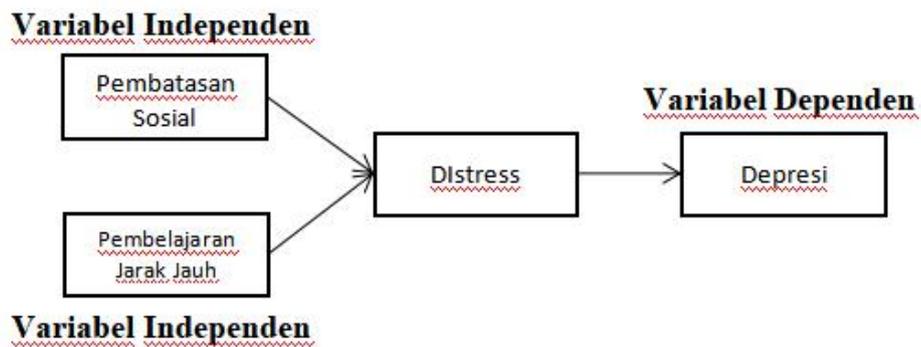
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Teori



Gambar 3.1 Kerangka Teori

3.2 Kerangka Konsep



Gambar 3.2 Kerangka Konsep

3.3 Hipotesis Penelitian

3.3.1 Hipotesis Nol

Pembatasan sosial dan pembelajaran jarak jauh selama pandemi COVID-19 tidak memiliki hubungan dengan tingkat depresi pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020.

3.3.2 Hipotesis Alternatif

Pembatasan sosial dan pembelajaran jarak jauh selama pandemi COVID-19 memiliki hubungan dengan tingkat depresi pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020.

3.4 Definisi Operasional

3.4.1 Depresi

3.4.1.1 Definisi

Depresi merupakan gangguan kesehatan mental yang ditandai dengan munculnya beberapa gejala gangguan suasana perasaan seperti penurunan *mood*, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi (*World Health Organization, 2017*).

3.4.1.2 Alat Ukur

Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) yang diadaptasi dari Lovibond (Lovibond, 1996).

3.4.1.3 Cara Ukur

Responden mengisi kuesioner DASS yang dibagikan oleh peneliti melalui *google form*.

3.4.1.4 Hasil Ukur

Tabel 3.1 Kategori Hasil Pengukuran Tingkat Depresi (Lovibond, 1996)

Tingkat Keparahan	Total Nilai
Normal	0-9
Ringan	10-13
Sedang	14-20
Berat	21-27
Sangat Berat	> 28

3.4.2 Pembatasan Sosial

3.4.2.1 Definisi

Pembatasan sosial atau sering diistilahkan sebagai “*social distancing*” merupakan tindakan yang dilakukan untuk menghentikan atau memperlambat penularan penyakit dengan melakukan jaga jarak antar sesama, menghindari tempat-tempat yang merupakan pusat keramaian, serta menghindari kegiatan massal (Reluga, 2010).

3.4.2.2 Alat Ukur

Kuesioner *Lubben Social Network Scale* (LSNS-6) yang diadaptasi dari Lubben *et al* (Lubben *et al*, 2006).

3.4.2.3 Cara Ukur

Responden mengisi kuesioner LSNS-6 yang dibagikan oleh peneliti melalui *google form*.

3.4.2.4 Hasil Ukur

1. Total poin ≤ 12 dikategorikan berisiko terdampak pembatasan sosial.
2. Total poin > 12 dikategorikan tidak berisiko terdampak pembatasan sosial.

3.4.3 Pembelajaran Jarak Jauh

3.4.3.1 Definisi

Pembelajaran Jarak Jauh (PJJ) merupakan proses belajar mengajar yang dilakukan secara jarak jauh melalui penggunaan berbagai media komunikasi yaitu teknologi informasi dan komunikasi (Kemenristekdikti, 2016).

3.4.3.2 Alat Ukur

Kuesioner mengenai persepsi mahasiswa tentang pelaksanaan pembelajaran jarak jauh yang diadaptasi dan dimodifikasi dari Stanković *et al* dengan penilaian menggunakan skala likert (Stanković *et al*, 2015).

3.4.3.3 Cara Ukur

Responden mengisi kuesioner mengenai persepsi mahasiswa tentang pelaksanaan pembelajaran jarak jauh yang dibagikan oleh peneliti melalui *google form*.

3.4.3.4 Hasil Ukur

1. Persepsi baik apabila total nilai \geq nilai rata-rata keseluruhan.
2. Persepsi buruk apabila total nilai $<$ nilai rata-rata keseluruhan.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Studi ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan pembatasan sosial dan pembelajaran jarak jauh selama pandemi COVID-19 dengan tingkat depresi pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020.

4.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin pada Maret 2021.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen pada penelitian ini adalah pembatasan sosial dan pembelajaran jarak jauh selama pandemi COVID-19.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen pada penelitian ini adalah tingkat depresi Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020.

4.4 Populasi dan Sampel Penelitian

4.4.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020.

4.4.2 Sampel

Sampel dari penelitian ini adalah Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020 yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

4.4.2.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Mahasiswa aktif angkatan 2020 yang terdaftar di Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
2. Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020 yang bersedia ikut serta dalam penelitian..

4.4.2.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020 yang menderita gangguan mental dan gangguan fisik berat.
2. Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020 yang mengonsumsi narkotika, alkohol, psikotropika, dan zat adiktif lainnya.

4.4.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang akan dilakukan peneliti adalah teknik *simple random sampling* dengan penentuan jumlah sampel minimal dalam jumlah populasi yang diketahui menggunakan rumus slovin (Sevilla *et al*, 1992).

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{271}{1 + (271 \times 0,05^2)}$$

$$n = \frac{271}{1 + (271 \times 0,0025)}$$

$$n = \frac{271}{1 + 0,6775}$$

$$n = 161,54 \text{ (dibulatkan ke atas)}$$

$$n = 162 \text{ sampel}$$

Keterangan :

n : ukuran sampel

N : jumlah populasi Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020

e : *margin of error* / batas taraf kesalahan

4.5 Jenis Data dan Instrumen Penelitian

4.5.1 Jenis Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer. Data primer diperoleh dari kuesioner yang diisi oleh responden.

4.5.2 Instrumen Penelitian

Kuesioner sebagai alat pengumpul data (terlampir).

4.6 Manajemen Penelitian

4.6.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan perizinan dari pihak Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Pengumpulan data dilakukan dengan membagikan kuesioner kepada seluruh Mahasiswa Program Studi

Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020.

4.6.2 Pengolahan dan Penyajian Data

Data primer yang diperoleh dari hasil kuesioner diolah dan dikelompokkan berdasarkan variabel, kemudian data diuji menggunakan uji korelasi *spearman* untuk mengidentifikasi hubungan kedua variabel independen dengan variabel dependen. Data disajikan dalam bentuk tabel yang telah dianalisis menggunakan aplikasi *Microsoft Office Excel* dan SPSS.

4.7 Etika Penelitian

4.7.1 Sebelum Pengambilan Data

Menyerahkan surat pengantar yang ditujukan kepada pihak Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin sebagai permohonan izin untuk melakukan penelitian.

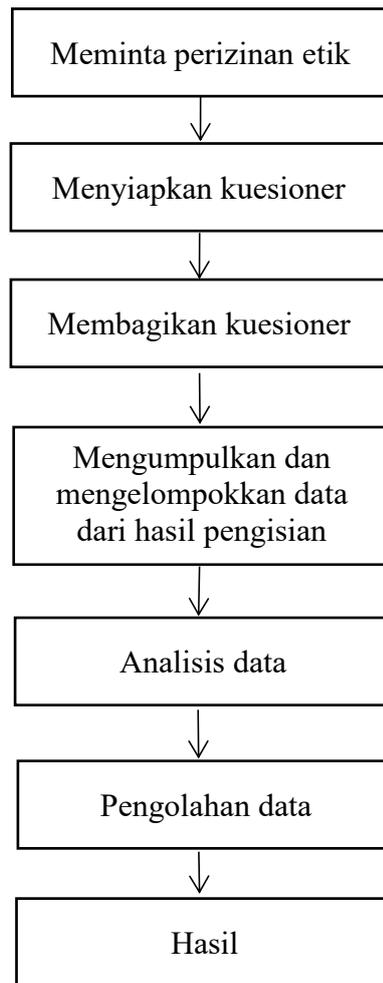
4.7.2 Saat Pengambilan Data

Memberikan *informed consent* pada responden sebelum mengisi kuesioner penelitian (terlampir).

4.7.3 Setelah Pengambilan Data

Menjaga kerahasiaan identitas pribadi sampel sehingga diharapkan tidak ada pihak yang merasa dirugikan atas penelitian yang dilakukan.

4.8 Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

4.9 Anggaran Penelitian

Tabel 4.1 Anggaran Penelitian

No.	Jenis Pengeluaran	Jumlah	Biaya (Rp)	Subtotal (Rp)
1.	Perizinan penelitian di Komisi etik	1 kali	Rp. 100.000	Rp. 100.000
2.	Pencetakan proposal	3 buah	Rp. 30.000	Rp. 90.000
3.	Pencetakan laporan	3 buah	Rp. 50.000	Rp. 150.000

4.	Biaya lain-lain		Rp. 100.000	Rp. 100.000
Total				Rp. 440.000

4.10 Jadwal Penelitian

Tabel 4.2 Jadwal Penelitian

Kegiatan	Semester VI					
	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Penyusunan Proposal Penelitian						
Ujian proposal						
Pengumpulan dan Pengolahan Data						
Ujian Hasil Skripsi						
Ujian Akhir Skripsi						

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Deskripsi Umum

Penelitian ini telah dilakukan pada Mahasiswa Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020 di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin pada bulan Maret hingga April 2021. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *simple random sampling* yaitu dengan mengambil sampel secara acak tanpa memperhatikan tingkatan yang ada dalam populasi. Penelitian dilakukan setelah mendapatkan izin dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini berjumlah 220 orang dan responden yang memenuhi kriteria inklusi serta kriteria eksklusi berjumlah 216 orang. Data yang diperoleh merupakan data primer yang diambil dari hasil pengisian kuesioner oleh sampel. Analisis data yang terkumpul diolah menggunakan *Microsoft Excel* 2010 dan program SPSS 23. Data hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel disertai dengan penjelasan.

5.2 Karakteristik Sampel

Tabel 5.1 Karakteristik Subyek Penelitian

(sumber : data primer, 2021)

Variabel	Frekuensi (n)
Jenis Kelamin, n (%)	
Laki-Laki	78 (36,1%)
Perempuan	138 (63,9%)
Usia, n (%)	
17	15 (6,9%)
18	114 (52,8%)
19	80 (37,1%)
20	7 (3,2%)
Dampak Pembatasan Sosial, n (%)	
Terdampak	29 (13,4%)
Tidak Terdampak	187 (86,6%)
Persepsi terhadap PJJ	
Baik	138 (63,9%)
Buruk	78 (36,1%)
Tingkat Depresi	
Normal	108 (59%)
Ringan-Sedang	85 (39,3%)
Berat-Sangat Berat	23 (10,7%)

Dari 216 sampel, berdasarkan jenis kelamin didapatkan sampel perempuan berjumlah 138 orang (63,9%) dan sampel laki-laki berjumlah 78 orang (36,1%).

Karakteristik sampel berdasarkan usia terbagi atas 4 kelompok usia, yaitu sampel yang berusia 17 tahun sebanyak 15 orang (6,9%), sampel yang berusia 18 tahun sebanyak 114 orang (52,8%), sampel yang berusia 19 tahun sebanyak 80 orang (37,1%), dan sampel yang berusia 20 tahun sebanyak 7 orang (3,2%).

Berdasarkan hasil kuesioner mengenai dampak pembatasan sosial pada sampel, didapatkan sebanyak 29 orang (13,4%) dari 216 sampel yang terdampak pembatasan sosial di mana sampel mengalami keterbatasan dalam berinteraksi dengan orang-orang secara langsung, baik sekadar berbincang maupun meminta bantuan. Hasil kuesioner ini didominasi oleh orang-orang yang tidak terdampak pembatasan sosial yaitu sebanyak 187 orang (86,6%).

Berdasarkan hasil kuesioner mengenai persepsi sampel terhadap pembelajaran jarak jauh, didapatkan sebanyak 78 orang (36,1%) dari 216 sampel yang memiliki persepsi buruk terhadap pembelajaran jarak jauh. Hasil kuesioner ini didominasi oleh orang-orang yang memiliki persepsi baik terhadap pembelajaran jarak jauh yaitu sebanyak 138 orang (63,9%).

Berdasarkan hasil kuesioner mengenai tingkat depresi sampel di masa pandemi, didapatkan sebanyak 108 orang (50%) dari 216 sampel yang tidak tergolong dalam kondisi depresi. Sedangkan 108 orang lainnya tergolong depresi yang dibedakan berdasarkan tiga tingkatan. 85 orang (39,3%) mengalami depresi ringan-sedang, serta 23 orang (10,7%) mengalami depresi berat-sangat berat.

5.3 Hasil Penelitian

Tabel 5.2 Hubungan antara Dampak Pembatasan Sosial dan Pembelajaran Jarak Jauh dengan Tingkat Depresi

Dampak Pembatasan Sosial		Tingkat Depresi			
		Normal	Ringan- Sedang	Berat-Sangat Berat	
Terdampak	Persepsi	n	8	0	13
	PJJ Baik	%	3,7%	0%	6%
	Persepsi	n	0	0	0
	PJJ Buruk	%	0%	0%	0%
Tidak Terdampak	Persepsi	n	68	49	1
	PJJ Baik	%	31,5%	22,7%	0,5%
	Persepsi	n	32	36	9
	PJJ Buruk	%	14,8%	16,7%	4,2%

Berdasarkan hasil analisis dari tabel tingkat depresi dengan dampak pembatasan sosial dan pembelajaran jarak jauh, dapat diketahui bahwa kelompok subyek penelitian yang paling banyak ditemukan tergolong dalam kondisi normal, memiliki persepsi baik terhadap pembelajaran jarak jauh, dan tidak terdampak pembatasan sosial.

Tabel 5.3 Korelasi Tingkat Depresi dengan Dampak Pembatasan Sosial dan Persepsi terhadap Pembelajaran Jarak Jauh

	Dampak Pembatasan Sosial	Persepsi terhadap PJJ
Tingkat Depresi	p = 0,000	p = 0,043
	r = -0,294	r = -0,138

Berdasarkan hasil uji korelasi *spearman* untuk menganalisis hubungan antara variabel dependen dengan kedua variabel independen, didapatkan signifikansi sebesar 0,000 untuk hubungan antara dampak pembatasan sosial dengan tingkat depresi dan 0,043 untuk hubungan antara persepsi terhadap pembelajaran jarak jauh dengan tingkat depresi. Pada uji korelasi ini juga didapatkan koefisien korelasi yang menilai kekuatan hubungan antara variabel. Koefisien korelasi antara dampak pembatasan sosial dengan tingkat depresi sebesar -0,294 dan koefisien korelasi antara persepsi terhadap pembelajaran jarak jauh dengan tingkat depresi sebesar -0,138.

5.4 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian “Hubungan Pembatasan Sosial dan Pembelajaran Jarak Jauh dengan Tingkat Depresi Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020”, dari 216 sampel yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, didapatkan 108 orang mengalami depresi dan 108 orang lainnya dalam kondisi normal.

Pada tabel 5.1, disajikan frekuensi sampel berdasarkan karakteristik jenis kelamin dan usia. Usia dapat mempengaruhi kejadian depresi pada sampel. Prevalensi depresi pada remaja secara umum mencapai rentang 4-8% dan mempresentasikan gejala depresi yang mirip dengan orang dewasa seperti gejala neurovegetatif dari depresi. Iritabilitas lebih sering terjadi pada remaja yang depresi daripada orang dewasa (Friedman & Anderson, 2014). Berdasarkan WHO, rentang usia sampel 17-19 tahun termasuk dalam usia remaja, sedangkan usia 20 tahun masih termasuk dalam usia pemuda (WHO, 2021). Rentang usia sampel yang mayoritas termasuk dalam usia remaja rentan mengalami depresi jika ditambah dengan faktor-faktor lain yang meningkatkan risiko depresi. Hal ini sesuai dengan hasil dari kuesioner yang

menunjukkan 50% dari sampel masuk dalam kondisi depresi. Selain usia, karakteristik jenis kelamin juga mempengaruhi kejadian depresi pada sampel. Rasio perempuan dan laki-laki dalam kejadian depresi berulang adalah 2 : 1. Risiko terjadi depresi berulang seumur hidup pada perempuan adalah 10-25%, sedangkan pada laki-laki hanya 5-12% (Marwick & Birrel, 2013). Ini menunjukkan perempuan lebih rentan mengalami depresi daripada laki-laki. Referensi ini mendukung hasil kuesioner dari peneliti dimana jumlah sampel perempuan yang lebih banyak daripada laki-laki meningkatkan risiko kejadian depresi pada sampel.

Tabel 5.1 juga menyajikan hasil kuesioner dari sampel berupa dampak pembatasan sosial, pembelajaran jarak jauh, dan tingkat depresi. Pembatasan sosial/*social distancing* merupakan tindakan yang dilakukan untuk menghentikan atau memperlambat penularan penyakit dengan melakukan jaga jarak antar sesama, menghindari tempat-tempat yang merupakan pusat keramaian, serta menghindari kegiatan massal (Reluga,2010). Definisi ini tidak hanya mencakup tentang pembatasan interaksi secara langsung antar sesama, tetapi juga mencakup jaga jarak dan melakukan pertemuan dengan tetap menjalankan protokol kesehatan. Dengan definisi tersebut, kuesioner yang dipilih oleh peneliti hanya meliputi pembatasan interaksi langsung antar sesama tanpa memperhatikan aspek interaksi langsung menggunakan protokol kesehatan. Hal ini berpengaruh secara signifikan pada hasil dari kuesioner mengenai dampak pembatasan sosial yang disajikan pada tabel 5.3, yaitu mayoritas sampel sebanyak 187 orang (86,6%) tidak mengalami dampak dalam pembatasan sosial.

Pada tabel 5.1, penyajian hasil kuesioner mengenai persepsi mahasiswa terhadap pembelajaran jarak jauh memperoleh hasil mahasiswa yang memiliki persepsi baik sebanyak 138 orang (63,9%) dan mahasiswa yang memiliki persepsi

buruk sebanyak 78 orang (36,1%). Pembelajaran jarak jauh memiliki kelebihan dan kekurangan. Menurut University of Illinois Springfield (2021), terdapat beberapa kelebihan dari pembelajaran jarak jauh yang mendukung paradigma baru bahwa pendidikan yang dinamis dan berkualitas dapat dikembangkan. Pertama, pembelajaran jarak jauh dapat dilakukan dimana saja dan kapan saja. Kedua, pembelajaran jarak jauh memungkinkan interaksi yang dinamis antara pengajar dan pelajar serta memudahkan diskusi antara pelajar. Ketiga, pembelajaran jarak jauh memudahkan akses sumber materi yang diperlukan. Akan tetapi, kelebihan ini sangat ditunjang oleh tersedianya fasilitas yang memadai. Selain kelebihan, terdapat beberapa kekurangan dari pembelajaran jarak jauh. Pertama, kesetaraan akses fasilitas yang mendukung pembelajaran. Kurangnya akses yang disebabkan oleh aspek ekonomi ataupun logistik seperti ketersediaan *gadget* dan internet menentukan keberhasilan dari pembelajaran jarak jauh. Kedua, kemampuan pelajar dan pengajar dalam mengoperasikan perangkat elektronik dan aplikasi yang digunakan dalam pembelajaran jarak jauh. Kurangnya penguasaan dari hal tersebut dapat menghambat proses pembelajaran jarak jauh. Berdasarkan kelebihan dan kekurangan tersebut, persepsi baik dan buruk yang diiliki oleh sampel dipengaruhi oleh kondisi masing-masing sampel.

Pada tabel 5.1, penyajian hasil kuesioner mengenai tingkat depresi didapatkan hasil 108 orang (50%) dalam kondisi normal, 43 orang (19,9%) depresi ringan, 42 orang (19,4%) depresi sedang, 20 orang (9,3%) depresi berat, dan 3 orang (1,4%) depresi sangat berat. Depresi memiliki etiologi yang multifaktorial. Berbagai macam faktor seperti faktor genetik, pengalaman hidup awal, kepribadian, *distress*, neurobiologi, dan kognitif mempengaruhi risiko terjadinya depresi. Selain faktor-faktor tersebut, berdasarkan prevalensi yang ada, usia dan jenis kelamin juga turut mempengaruhi risiko depresi (Marwick & Birrel, 2013 ; Friedman & Anderson, 2014).

Faktor yang diteliti dalam penelitian ini adalah faktor *distress* yang dapat disebabkan oleh pembatasan sosial dan pembelajaran jarak jauh. Perbedaan kejadian depresi serta tingkat dari depresi ini dipengaruhi oleh ada tidaknya faktor-faktor etiologi depresi yang meningkatkan risiko depresi pada sampel.

Tabel 5.2 menyajikan hasil data hubungan antara tingkat depresi dengan dampak pembatasan sosial dan persepsi terhadap pembelajaran jarak jauh. Sebuah penelitian di Inggris melakukan analisis hubungan antara tingkat depresi dengan tingkat dukungan sosial yang didapatkan dari kontak tatap muka maupun melalui panggilan telepon atau video. Hasil yang dilaporkan adalah tingkat dukungan sosial dan frekuensi kontak tatap muka maupun melalui panggilan telepon atau video saling berhubungan dengan tingkat depresi. Orang dengan tingkat dukungan sosial yang tinggi dan sering melakukan kontak tatap muka serta panggilan telepon atau video memiliki gejala depresi yang jauh lebih rendah (Sommerlad *et al*, 2021). Penelitian di Jerman juga melaporkan hasil yang sejalan. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pembatasan kontak sosial berhubungan secara signifikan dengan kejadian depresi dan memiliki kekuatan hubungan yang sangat lemah (Benke *et al*, 2020). Kedua penelitian tersebut mendukung hasil uji *crossstabulation* yang disajikan pada tabel 5.6, yaitu 21 dari 29 orang yang terdampak pembatasan sosial mengalami depresi dan 100 dari 187 orang yang tidak terdampak pembatasan sosial termasuk dalam kondisi normal.

Sebuah penelitian di *Lebanese University* melakukan evaluasi tingkat depresi pada mahasiswa di universitas tersebut selama pembelajaran jarak jauh saat pandemi COVID-19. Pada penelitian tersebut, dilakukan analisis hubungan antara tingkat depresi dengan kepuasan mahasiswa terhadap pembelajaran jarak jauh. Hasil penelitian tersebut menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kedua

variabel dengan kekuatan hubungan yang cukup (Fawaz & Samaha, 2020). Penelitian ini juga sejalan dengan salah satu penelitian di Indonesia yaitu dari Politeknik Negeri Bengkalis yang melaporkan dampak psikologis mahasiswa akibat pembelajaran jarak jauh dan hasil yang didapatkan adalah 29% mahasiswa memiliki tingkat depresi di atas normal (Maulana, 2021). Alat ukur depresi yang digunakan pada kedua penelitian ini sama dengan alat ukur yang digunakan oleh peneliti, sehingga hasil dari kedua penelitian tersebut ikut mendukung hasil data yang didapatkan dalam penelitian ini. Berdasarkan data yang disajikan dalam tabel 5.7, 76 dari 138 sampel yang memiliki persepsi baik termasuk dalam kondisi normal, sedangkan 46 dari 78 sampel yang memiliki persepsi buruk termasuk dalam kondisi depresi.

Berdasarkan hasil uji korelasi *spearman* untuk menganalisis hubungan antara variabel dependen dan kedua variabel independen yang disajikan pada tabel 5.8, didapatkan signifikansi sebesar 0,000 untuk hubungan antara dampak pembatasan sosial dengan tingkat depresi dan 0,043 untuk hubungan antara persepsi terhadap pembelajaran jarak jauh dengan tingkat depresi. Menurut Sarwono (2015), signifikansi memberikan gambaran mengenai kemungkinan dari hasil riset dalam mempunyai kesempatan untuk benar. Batas signifikansi ditentukan oleh peneliti sesuai dengan tingkat kepercayaan yang diinginkan oleh peneliti. Pada penelitian ini, peneliti menentukan angka signifikansi sebesar 0,05 yang berarti tingkat kepercayaan penelitian adalah 95%. Jika angka signifikansi hasil penelitian $< 0,050$, maka hubungan antara variabel signifikan. Jika angka signifikansi hasil penelitian $> 0,050$, maka hubungan antara variabel tidak signifikan (Sarwono, 2015). Besar signifikansi $< 0,050$ pada kedua hubungan menandakan adanya hubungan antara dampak pembatasan sosial dan persepsi terhadap pembelajaran jarak jauh dengan tingkat

depresi pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020.

Pada uji korelasi ini didapatkan koefisien korelasi antara dampak pembatasan sosial dengan tingkat depresi sebesar $-0,294$ dan koefisien korelasi antara persepsi terhadap pembelajaran jarak jauh dengan tingkat depresi sebesar $-0,138$. Koefisien korelasi yang bernilai negatif menandakan hubungan terbalik, yaitu jika nilai variabel X tinggi, maka nilai variabel Y menjadi rendah. Koefisien korelasi yang bernilai positif menandakan hubungan searah, yaitu jika nilai variabel X tinggi, maka nilai variabel Y juga menjadi tinggi (Sarwono, 2015). Koefisien korelasi pada hasil penelitian ini bernilai negatif, yaitu semakin kecil nilai hasil kuesioner dampak pembatasan sosial dan persepsi terhadap pembelajaran jarak jauh, semakin besar nilai hasil kuesioner yang menunjukkan tingkat depresi. Besarnya koefisien korelasi menunjukkan kekuatan hubungan antara variabel dependen dan variabel independen. Menurut Sarwono (2015), terdapat 6 interpretasi dari hubungan antara variabel yaitu tidak ada korelasi antar variabel (0), korelasi sangat lemah ($>0 - 0,25$), korelasi cukup ($>0,25 - 0,50$), korelasi kuat ($>0,50 - 0,75$), korelasi sangat kuat ($>0,75 - 0,99$), dan korelasi sempurna (1). Berdasarkan interpretasi tersebut, dapat diketahui bahwa koefisien korelasi antara dampak pembatasan sosial dengan tingkat depresi sebesar $-0,294$ menunjukkan hubungan yang lemah dan koefisien korelasi antara persepsi terhadap pembelajaran jarak jauh dengan tingkat depresi sebesar $-0,138$ menunjukkan hubungan yang sangat lemah.

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional* yang mengamati variabel dependen dan variabel independen dalam waktu yang sama, sehingga terdapat beberapa aspek yang tidak tercakup dalam penelitian. Etiologi depresi multifaktorial yang tidak semua tercakup dalam penelitian turut

mempengaruhi hasil penelitian. Penggunaan alat ukur berupa kuesioner yang tidak mencakup keseluruhan aspek dalam variabel yang dinilai juga merupakan kelemahan dari penelitian ini.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Terdapat hubungan antara pembatasan sosial dan pembelajaran jarak jauh selama pandemi COVID-19 dengan tingkat depresi pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020.

6.2 Saran

Sebagai upaya untuk mencegah terjadinya depresi akibat pembatasan sosial, masyarakat disarankan untuk tetap melakukan kontak sosial melalui panggilan telepon maupun video atau kontak tatap muka dengan tetap menaati protokol kesehatan.

Selain itu, peneliti menyarankan setiap lembaga pendidikan untuk melakukan evaluasi pada pelajar mengenai pembelajaran jarak jauh secara rutin agar dapat meminimalisir persepsi buruk terhadap pembelajaran jarak jauh yang dapat mempengaruhi kondisi psikologis pelajar.

Untuk penelitian selanjutnya, disarankan untuk menggunakan kuesioner yang lebih merepresentasikan aspek yang dinilai. Peneliti juga menyarankan agar penelitian selanjutnya dapat mencakup keseluruhan multifaktorial etiologi dari depresi sehingga dapat diidentifikasi segala aspek yang mempengaruhi terjadinya depresi pada sampel penelitian dan hasil penelitian dapat menjadi lebih akurat.

DAFTAR PUSTAKA

Ahmad, I. F. (2020). *Alternative Assessment in Distance Learning in Emergencies Spread of Coronavirus Disease (covid-19) in Indonesia*. Jurnal Pedagogik, 07.

American Psychiatric Association. (2017). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Argaheni, N. B. (2020). Sistematis Review: Dampak Perkuliahan Daring Saat Pandemi COVID-19 Terhadap Mahasiswa Indonesia. *PLACENTUM: Jurnal Ilmiah Kesehatan Dan Aplikasinya*, 8(2), 99. doi:10.20961/placentum.v8i2.43008

Basar, A. M. (2021). Problematika Pembelajaran Jarak Jauh Pada Masa Pandemi Covid-19. *Edunesia : Jurnal Ilmiah Pendidikan*, 2(1), 208-218. doi:10.51276/edu.v2i1.112

Beck, A. T. (2003). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Benke, C., Autenrieth, L. K., Asselmann, E., & Pané-Farré, C. A. (2020). Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry research*, 293, 113462. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113462>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. The Lancet. doi:10.1016/s0140-6736(20)30460-8

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). *The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Research*, 112934. doi:10.1016/j.psychres.2020.112934

Davison, G. C., Neale, J. M., & Kring, A. M. (2006). *Psikologi Abnormal* (9th ed.) (1175736833 881046433 N. Fajar, Trans.). Jakarta, Indonesia: PT. Raja Grafindo Persada.

Departemen Kesehatan RI. (1993). *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ-III)* (III ed.). Jakarta: Dirjen Pelayanan Medis RI.

Fawaz, M., & Samaha, A. (2020). E-learning: Depression, anxiety, and stress symptomatology among Lebanese university students during COVID-19 quarantine. *Nursing Forum*, 56(1), 52–57. <https://doi.org/10.1111/nuf.12521>

Friedman, E. S., & Anderson, I. (2014). *Handbook of Depression Second Edition*. Dordrecht: Springer.

Gandasari, D., & Dwidienawati, D. (2020). *Content analysis of social and economic issues in Indonesia during the COVID-19 pandemic. Heliyon*, 6.

Golden, R. N., & Janowsky, D. S. (2015). *Biological Theories of Depression*. United States of America: International Psychotherapy Institute.

Indrayani, Y. A., & Wahyudi, T. (2019). Pusat Data dan Informasi - Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (1154193685 867457264 W. Widiyanti, Ed.). Retrieved January 16, 2021, from <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/InfoDatin-Kesehatan-Jiwa.pdf>

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1989). *Mood Disorder. In Comprehensive textbook of psychiatry/ V* (10th ed., Vol. I/II). Baltimore: Williams & Wilkins.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 : Kemenkes RI. Retrieved January 16, 2021, from <https://archive.org/details/LaporanRiskesdas2018NasionalPromkes.net>

Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi. (2016). Kebijakan Pendidikan Jarak Jauh dan E-Learning di Indonesia. Retrieved January 31, 2021, from <http://www.kopertis3.or.id/v2/wp-content/uploads/Paulina-Pannen-Kebijakan-PJJ-dan-E-Learning.pdf>

Lassoued, Z., Alhendawi, M., & Bashitialshaaer, R. (2020). *An Exploratory Study of the Obstacles for Achieving Quality in Distance Learning during the COVID-19 Pandemic*. Education Sciences.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1996). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychology Foundation of Australia.

Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., Kruse, W. V., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. *The Gerontologist*, 46.

Marwick, K., Birrell, S., & Bourke, J. (2013). *The mood (affective) disorder. In Psychiatry*. Edinburgh: Elsevier.

Maulana, H. A. (2021). Psychological Impact of Online Learning during the COVID-19 Pandemic: A Case Study on Vocational Higher Education. *Indonesian Journal of*

Learning Education and Counseling, 3(2), 130–139.

<https://doi.org/10.31960/ijolec.v3i2.833>

Nevid, J.S., Rathus, S.A., Greene, B. (2005). Psikologi abnormal edisi ke-5. Penerjemah: Tim Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Jakarta: Penerbit Erlangga.

Newbold, S. C., Finnoff, D., Thunström, L., Ashworth, M., & Shogren, J. F. (2020). Effects of Physical Distancing to Control COVID-19 on Public Health, the Economy, and the Environment. *Environmental and Resource Economics*. doi:10.1007/s10640-020-00440-1

Purandina, I. Y., & Winaya, I. A. (2020). Pendidikan Karakter di Lingkungan Keluarga Selama Pembelajaran Jarak Jauh pada Masa Pandemi COVID-19. *Cetta : Jurnal Ilmu Pendidikan*, 3. doi:10.37329/cetta.v3i2.454

Reluga, T. C. (2010). Game Theory of Social Distancing in Response to an Epidemic. *PLoS Computational Biology*, 6(5).

Ristyawati, A. (2020). Efektifitas Kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Masa Pandemi Corona Virus 2019 oleh Pemerintah Sesuai Amanat UUD NRI Tahun 1945. *Administrative Law & Governance Journal*, 3(2).

Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Kaplan, H. I. (2017). Mood Disorder. In *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed., Vol. I/II). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Sari, W., Rifki, A., & Karmila, M. (2020). Analisis Kebijakan Pendidikan Terkait Implementasi Pembelajaran Jarak Jauh pada Masa Darurat COVID 19. Retrieved January 31, 2021, from <https://jurnal.iain-bone.ac.id/index.php/mappesona/article/view/830>

Sarwono, J. 2015. Membuat Skripsi, Tesis, dan Disertasi dengan Partial Least Square SEM (PLS-SEM). Yogyakarta: ANDI. 226

Setyorini, I. (2020). Pandemi covid-19 dan online learning : Apakah berpengaruh terhadap proses pembelajaran pada kurikulum 13? *Journal of Industrial Engineering & Management Research (JIEMAR)*, 1. doi:10.7777/jiemar.v1i1

Sevilla, C. G. (1992). *Research methods*. Manila: Rex Book Store.

Siste, K., Hanafi, E., Sen, L. T., Christian, H., Adrian, Siswidiani, L. P., Limawan, A. P., Murtani, B. J., & Suwartono, C. (2020). The Impact of Physical Distancing and Associated Factors Towards Internet Addiction Among Adults in Indonesia During COVID-19 Pandemic: A Nationwide Web-Based Study. *Frontiers in psychiatry*, 11, 580977. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580977>

Stanković, A., Petrović, B., & Milosević, Z. (2015). Attitudes and Knowledge of Medical Students about Distance Learning. *Acta Facultatis Medicae Naissensis*, 32, 199-207. doi:10.1515/afmnai-2015-0020

Solomou, I., & Constantinidou, F. (2020). Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Symptoms during the COVID-19 Pandemic and Compliance with Precautionary Measures: Age and Sex Matter. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 4924. doi:10.3390/ijerph17144924

Sommerlad, A., Marston, L., Huntley, J., Livingston, G., Lewis, G., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2021). Social relationships and depression during the COVID-19 lockdown: longitudinal analysis of the COVID-19 Social Study. *Psychological medicine*, 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000039>

Thorik, S. (2020). Efektivitas Pembatasan Sosial Berskala Besar di Indonesia Dalam Penanggulangan Pandemi Covid-19. Retrieved January 21, 2021, from <http://journal.uinjkt.ac.id/index.php/adalah/article/view/15506>

Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*. doi:10.1016/s0140-6736(20)30185-9

World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders. Retrieved January 16, 2021, from <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>

World Health Organization. (2020). Depression. Retrieved January 16, 2021, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization. (2021). *Adolescent health*. Retrieved June 4, 2021, from <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>

LAMPIRAN 1**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

NIM :

Kelas :

Menyatakan **bersedia/tidak bersedia** untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Pembatasan Sosial dan Pembelajaran Jarak Jauh selama Pandemi COVID-19 dengan Tingkat Depresi pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Angkatan 2020” yang dilakukan oleh Annisa Sri Wulandari Putri (Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin).

Saya telah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan dari kuesioner ini dan penjelasan bahwa hasil kuesioner ini hanya digunakan untuk keperluan penelitian.

Makassar,2021

Yang Menyatakan,

(.....)

LAMPIRAN 2**KUESIONER PENELITIAN**

Nama :

NIM :

Kelas :

Umur :

Jenis Kelamin :

1. Apakah anda pernah terdiagnosis gangguan mental oleh dokter?
2. Apakah anda mengonsumsi obat-obatan terlarang, alkohol, ataupun obat-obat penenang dari golongan barbiturat dan benzodiazepin?
3. Apakah anda sedang dalam pengobatan kanker, hipertensi, parkinson, ataupun tuberkulosis?

Lubben Social Network Scale (LSNS-6)

Keterangan :

0 : tidak ada

1 : satu

2 : dua

3 : tiga atau empat

4 : lima sampai delapan

5 : sembilan atau lebih

Keluarga : orang-orang yang berhubungan dengan anda baik melalui kelahiran ataupun pernikahan.

Teman : orang-orang yang merupakan teman anda termasuk tetangga yang tinggal di lingkungan anda

Pertanyaan	0	1	2	3	4	5
Berapa banyak keluarga yang anda temui minimal sekali dalam setiap bulan?						
Berapa banyak keluarga yang dekat dan bisa anda mintai pertolongan?						
Berapa banyak keluarga yang dapat diajak berbicara mengenai privasi anda?						
Berapa banyak teman yang anda temui minimal sekali dalam setiap bulan?						
Berapa banyak teman yang dekat dan bisa anda mintai pertolongan?						
Berapa banyak teman yang dapat diajak berbicara mengenai privasi anda?						

Pembelajaran Jarak Jauh

Keterangan :

1 : Sangat tidak setuju

2 : Tidak setuju

3 : Kurang setuju

4 : Setuju

5 : Sangat Setuju

Pernyataan	1	2	3	4	5
Pembelajaran jarak jauh memberikan motivasi lebih untuk menambah atau mengambil pengetahuan					
Kualitas perolehan pengetahuan dari pembelajaran jarak jauh lebih baik daripada pembelajaran tatap muka					
Pembelajaran jarak jauh memberikan kemungkinan untuk melakukan evaluasi dan latihan secara mandiri					
Pembelajaran jarak jauh memberikan kemandirian waktu dan tempat dalam pelaksanaan instruksi					

Kontak tatap muka antara pengajar dan pelajar tidak diperlukan untuk memperoleh dan menguasai pelajaran					
Pembelajaran jarak jauh menyediakan cara yang lebih cepat dan mudah untuk memahami materi					
Pembelajaran jarak jauh memungkinkan Pertukaran informasi yang lebih cepat dengan sesama pelajar ataupun dengan pengajar					

Depression Anxiety Stress Scales (DASS-42)

Keterangan :

0 : Tidak ada atau tidak pernah

1 : Sesuai dengan yang dialami sampai tingkat tertentu atau kadang-kadang

2 : Sering

3 : Sangat sesuai dengan yang dialami atau hampir setiap saat

Diisi sesuai dengan keadaan 1 minggu terakhir.

No.	Aspek Penilaian	0	1	2	3
1.	Menjadi marah karena hal-hal kecil/sepele				
2.	Mulut terasa kering				
3.	Tidak dapat melihat hal positif dalam suatu kejadian				
4.	Merasakan gangguan dalam bernapas (napas cepat, sulit bernapas)				
5.	Merasa seperti tidak kuat untuk melakukan suatu kegiatan				
6.	Cenderung bereaksi berlebihan pada situasi				
7.	Kelemahan pada anggota tubuh				
8.	Kesulitan untuk relaksasi/bersantai				
9.	Cemas yang berlebihan dalam suatu situasi namun bisa lega jika hal/situasi itu berakhir				
10.	Pesimis				
11.	Mudah merasa kesal				
12.	Merasa banyak menghabiskan energi karena cemas				
13.	Merasa sedih dan depresi				
14.	Tidak sabaran				
15.	Kelelahan				
16.	Kehilangan minat pada banyak hal (contoh : minat makan, minat bersosialisasi, dsb)				
17.	Merasa diri tidak layak				

18.	Mudah tersinggung				
19.	Berkeringat (contoh : tangan atau wajah berkeringat) tanpa stimulasi oleh cuaca maupun latihan fisik				
20.	Ketakutan tanpa alasan jelas				
21.	Merasa hidup tidak berharga				
22.	Sulit beristirahat				
23.	Kesulitan dalam menelan				
24.	Tidak dapat menikmati hal-hal yang dilakukan				
25.	Perubahan aktivitas jantung dan denyut nadi tanpa stimulasi oleh latihan fisik				
26.	Merasa hilang harapan dan putus asa				
27.	Mudah marah				
28.	Mudah panik				
29.	Kesulitan untuk tenang setelah sesuatu yang mengganggu				
30.	Takut diri terhambat oleh tugas-tugas yang tidak biasa dilakukan				
31.	Sulit untuk antusias pada banyak hal				
32.	Sulit mentoleransi gangguan-gangguan terhadap hal yang sedang dilakukan				
33.	Berada pada keadaan tegang				
34.	Merasa tidak berharga				
35.	Tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi untuk menyelesaikan sesuatu yang sedang dilakukan				
36.	Ketakutan				
37.	Tidak ada harapan untuk masa depan				
38.	Merasa hidup tidak berarti				
39.	Mudah gelisah				
40.	Khawatir dengan situasi saat menjadi panik dan memermalukan diri sendiri				
41.	Gemetar				
42.	Sulit untuk meningkatkan inisiatif dalam melakukan sesuatu				

LAMPIRAN 3

DATA PENELITIAN

Nama	Umur	Jenis Kelamin	Dampak Pembatasan Sosial	Persepsi terhadap PJJ	Tingkat Depresi
RSS	17	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
RPS	20	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
LP	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
ABP	18	Laki-laki	Terdampak	buruk	sedang
KARL	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
NM	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
IAA	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
SEM	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	sedang
AMD	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	sedang
AMA	18	Laki-laki	Terdampak	buruk	sedang
MSR	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	sedang
MFIY	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	berat
DS	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
CNT	19	Laki-laki	Terdampak	baik	sedang
AAK	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
LMS	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	normal
AFA	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
AS	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	sedang
NP	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	normal
MJNWA	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal

NAR	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	berat
M	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
MSAA	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	berat
MRH	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	ringan
AAW	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
YG	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
IMB	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
DKM	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	sedang
ACPMK	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	sedang
FM	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	sedang
NHAZ	19	Laki-laki	Terdampak	buruk	berat
AAR	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	berat
AFN	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
SS	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
MKKA	19	Laki-laki	Terdampak	baik	berat
MA	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
VK	20	Perempuan	Terdampak	baik	sedang
JSS	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	sedang
AS	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
LT	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	sedang
RAB	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	sedang
JJ	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
YPP	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	normal
ANRQ	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	ringan

NAF	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
MFB	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
APP	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	ringan
WS	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	normal
AMNI	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
TU	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
ANAN	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
MSA	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
TPDT	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	sedang
AFR	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	ringan
AYJ	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
ATM	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
NS	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
EN	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
MRHS	17	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
NKU	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	sedang
FFR	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
NWN	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	berat
AMB	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
NF	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
MR	20	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	sedang
MK	17	Laki-laki	Terdampak	baik	berat
AN	18	Perempuan	Terdampak	buruk	normal
SBPR	17	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal

NAN	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	sedang
MWK	17	Laki-laki	Terdampak	buruk	sedang
NP	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	sedang
MAAH	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	normal
NNA	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
AAA	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
DR	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	ringan
AFM	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	ringan
RPA	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	ringan
WP	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
NNR	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
Arianti	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
CRT	18	Perempuan	Terdampak	baik	berat
ADR	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	ringan
ADE	20	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
MEC	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
AMB	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	ringan
AS	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
NS	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
RAR	19	Perempuan	Terdampak	baik	berat
MDKR	20	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	ringan
MAAR	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	sedang
NA	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	ringan
JSP	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	ringan

PJ	18	Perempuan	Terdampak	baik	berat
SANQA	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	ringan
RM	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
NNM	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
CM	18	Perempuan	Terdampak	buruk	ringan
ASI	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
CA	20	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	berat
DNA	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
FAR	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
H	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	sedang
NAN	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	berat
AAAE	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
RSR	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	sedang
DSS	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
MAAA	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	ringan
MRJ	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	sedang
I	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
FARI	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
NH	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
AP	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	sedang
LJ	17	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
WR	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
MID	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	ringan
EPT	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal

MAA	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	sedang
DFL	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
AN	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	berat
TNB	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	sedang
MHHP	17	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	berat
JAATS	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
MF	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	ringan
M	18	Perempuan	Terdampak	baik	berat
ARM	19	Laki-laki	Terdampak	baik	normal
RJ	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	sedang
WL	17	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
CDW	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	sedang
MS	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	sangat berat
MMK	17	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	ringan
QT	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
AAUP	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	normal
FR	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
AMNM	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
AR	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	sangat berat
VPDHS	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	sangat berat
AM	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	normal
MRFS	17	Laki-laki	Terdampak	baik	sedang
EM	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
ABS	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	ringan

AIA	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	normal
B	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
MRK	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
ASITBP	17	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	sedang
RH	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
NPL	19	Perempuan	Terdampak	baik	sedang
MYRH.	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	sedang
SRRR	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
ANA	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
MAG	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	ringan
SRN	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	sedang
NFS	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	sedang
AZ	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
NT	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
VJM	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
SFAH	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
JMAM	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
RRT	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
RSE	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	ringan
MNI	18	Laki-laki	Terdampak	buruk	berat
MNFR	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	ringan
MAAM	17	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
MZF	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
KA	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	berat

DDK	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
MY	17	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
IS	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
PMAS	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
AL	17	Perempuan	Terdampak	baik	normal
CSM	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
PAS	19	Perempuan	Terdampak	buruk	sedang
NH	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
NRS	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
MZ	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
NS	18	Perempuan	Terdampak	baik	normal
MH	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	ringan
ARNA	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
ANQ	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
SM	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	ringan
MR	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
IK	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
MMP	17	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	ringan
GPJ	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
IAPN	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
RA	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	sedang
MAFPM	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
GF	20	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	berat
EIP	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal

DRA	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
MAWi	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
ARAZ	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
AAFAM	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	normal
ADN	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	sedang
NP	19	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
AFKK	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
FH	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	ringan
C	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
JR	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
NRS	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
ASM	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	berat
MN	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	ringan
KAS	18	Perempuan	Tidak Terdampak	buruk	normal
HNA	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
RA	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
MAZ	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	sedang
DP	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	ringan
ARG	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
RAU	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal
DWP	18	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	sedang
AW	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	sedang
MPI	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	normal
FFJ	19	Perempuan	Tidak Terdampak	baik	normal

MFG	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	normal
FH	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	sedang
MRB	18	Laki-laki	Tidak Terdampak	baik	ringan
A	19	Laki-laki	Tidak Terdampak	buruk	normal