

**GAMBARAN PENGETAHUAN MURID KELAS XII SMA NEGERI 3
MAKASSAR MENGENAI GANGGUAN DEPRESI TAHUN 2019**

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

**Monica Ridwan Syahputri
C11116315**

**Pembimbing:
Dr. dr. Sonny T Lisal, Sp.KJ**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN MAKASSAR**

2019

HALAMAN PENGESAHAN

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

“GAMBARAN PENGETAHUAN MURID KELAS XII SMA NEGERI 3 MAKASSAR MENGENAI GANGGUAN DEPRESI TAHUN 2019”



Hari, Tanggal : **Senin, 23 Desember 2019**

Waktu : **11.00 WITA**

Tempat : **Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa Rumah
Sakit Pendidikan UNHAS**

Makassar, 23 Desember 2019

(Dr. dr. Sonny T Lisal, Sp.KJ)
NIP 1967061619 950310 01

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Monica Ridwan Syahputri

NIM : C111 16 315

Fakultas/Program Studi : Kedokteran/Pendidikan Dokter

Judul Skripsi : Gambaran Pengetahuan Murid SMA Negeri 3
Makassar kelas XII Mengenai Gangguan Depresi Tahun
2019

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. dr. Sonny T Lisal, Sp.KJ



(.....)

Penguji 1 : dr. Andi Suheyra Syauki, M.Kes, Sp.KJ



(.....)

Penguji 2 : Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp. KJ



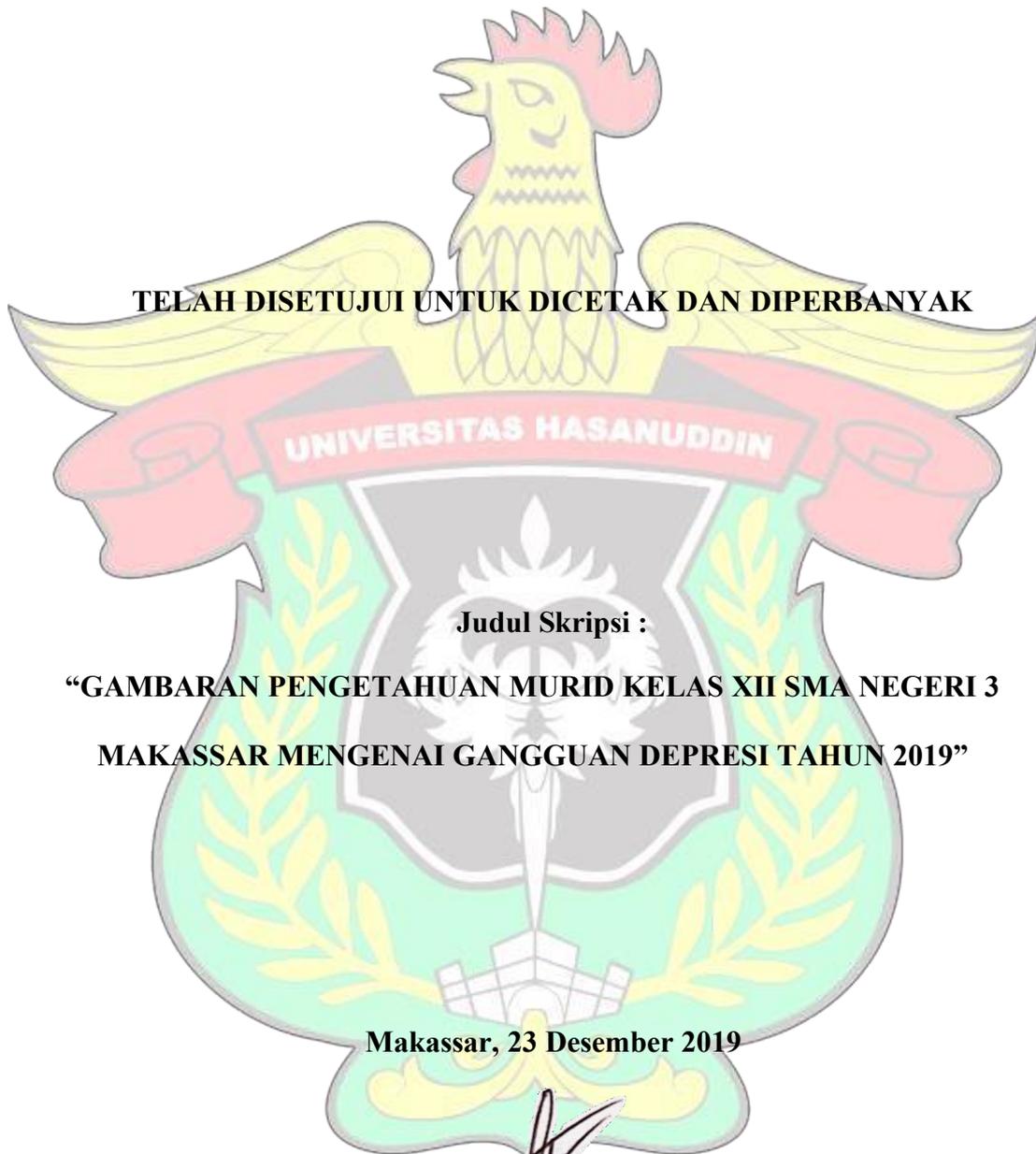
(.....)

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 23 Desember 2019

**DEPARTEMEN ILMU KEDOKTERAN JIWA
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

2019



TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi :

**“GAMBARAN PENGETAHUAN MURID KELAS XII SMA NEGERI 3
MAKASSAR MENGENAI GANGGUAN DEPRESI TAHUN 2019”**

Makassar, 23 Desember 2019

**(Dr. dr. Sonny T Lisal, Sp.KJ)
NIP. 1967061619 950310 01**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Monica Ridwan Syahputri
NIM : C11116315
Tempat & tanggal lahir : Jakarta, 27 Agustus 1998
Alamat Tempat Tinggal : Jl. Hati Gembira No. 17
Alamat email : monica.ridwan@gmail.com
Nomor HP : 081355191328

Dengan ini menyatakan bahwa Skripsi dengan judul: “Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Gangguan Depresi Tahun 2019” adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain baik 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 lainnya. Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Makassar, 23 Desember 2019

Yang Menyatakan,



Monica Ridwan Syahputri
C11116315

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Subhanahu wa ta'ala karena atas rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Gangguan Depresi Tahun 2019”. Skripsi ini dibuat sebagai salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Kedokteran.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak dapat terselesaikan dengan baik tanpa adanya doa, bantuan, dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih banyak kepada:

1. Allah Subhanahu wa ta'ala, atas rahmat dan ridho-Nya lah skripsi ini dapat terselesaikan.
2. Nabi Muhammad Shallallahu 'alaihi wasallam, sebaik-baik panutan yang selalu mendoakan kebaikan atas umatnya.
3. Kedua Orangtua, Ridwan Amin dan Sumarsih Sarto Sarimin dan juga adik yang sangat joja Ryandi Ridwan Syahputra yang tak pernah henti mendoakan, membantu, memotivasi penulis untuk menjadi manusia yang bermanfaat bagi sesama serta sukses dunia dan akhirat.
4. Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar, meningkatkan ilmu pengetahuan, dan keahlian.
5. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan keahlian.
6. Dr. dr. Sonny T Lisal, Sp.KJ selaku pembimbing skripsi atas kesediaan, keikhlasan, dan kesabaran meluangkan waktunya memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis mulai dari penyusunan proposal sampai pada penyusunan skripsi ini
7. dr. Andi Suheyra Syauki, M.Kes, Sp.KJ dan Dr. dr. Saidah Syamsuddin, Sp. KJ, selaku penguji atas kesediaannya meluangkan waktu memberi masukan untuk skripsi ini.
8. Vito Nadhirwan yang selalu menemani, mendoakan, membantu dalam 24 jam selama pembuatan skripsi ini hingga selesai dan membuat masa pre-klinik apik tenan.

9. Jurnal Risa (Nabila dan Tia), admin taichan Arum, Mba Rika, Mba Heny, Driver Gilang, Kak Awa, Mba Pute, Kak Tama, Ibu Ithol, Tante intan, Om sada yang telah membantu segala sesuatu di masa pre-klinik dan telah memotivasi sehingga skripsi ini terselesaikan.
10. Kak Uni yang senantiasa membantu, mengajari, memberikan semangat dan mendoakan dalam penyelesaian skripsi ini.
11. Seyeng (Tasya, Ica, Dhea, Yumn, Inyol, Sukma, Amma) dan No Name Group (Uci, Fajus, Icaelisa, Gege, Koko, Sapir, Kendal, Dayah, Indah, Ayi, Oppa, Zahra) yang setia menemani menghabiskan masa pre-klinik tak pernah berhenti untuk saling mendoakan, menyemangati, dan mengingatkan untuk bahagia dalam menjalani kehidupan, termasuk dalam penyelesaian skripsi ini.
12. BEBET (Ashila, Sri, Rizqah, Febi, Jihan, Faiz, Pute, Cengil), MNFTN (Tari, Fani, Namirah, Neysa), POPCORN (Tita, Aul, Dede, Lola, Sarah, Mutia, Caca, Tiwi) yang senantiasa memberikan semangat dan doanya dalam penyelesaian skripsi ini.
13. Teman-teman Immunoglobulin A dan Angkatan 2016 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang selalu mendukung dan memotivasi penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
14. Teman-teman Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar yang telah membantu penulis dalam kesediannya menjadi responden dan berkontribusi dalam penyelesaian skripsi ini
15. Terakhir semua pihak yang membantu dalam penyelesaian proposal ini namun tidak dapat saya sebutkan satu per satu.

Akhirnya, penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun dari semua pihak demi penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini bisa berkontribusi dalam perbaikan upaya kesehatan dan bermanfaat bagi semua pihak.

Makassar, 23 Desember 2019



Monica Ridwan Syahputri

SKRIPSI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
DESEMBER 2019

Monica Ridwan Syahputri (C11116315)
Dr.dr. Sonny T Lisal, Sp.KJ

**GAMBARAN PENGETAHUAN MURID KELAS XII SMA NEGERI 3 MAKASSAR
MENGENAI GANGGUAN DEPRESI TAHUN 2019**

ABSTRAK

Latar belakang : Gangguan Depresi merupakan salah satu dari gangguan mood yang ditandai perasaan murung atau sedih yang menetap dan kehilangan minat. Di Indonesia menunjukkan prevalensi gangguan mood seperti gangguan kecemasan dan depresi sebesar 11,6% dari populasi orang dewasa (Depkes, 2010). Survei terbaru didapatkan bahwa depresi memiliki prevalensi paling tinggi (hampir 17%) dibandingkan gangguan jiwa lainnya. National Institute of Mental Health mendapatkan prevalensi depresi pada anak usia 9-18 tahun adalah lebih dari 6% dimana 4,9% diantaranya mengalami depresi mayor. Depresi pada remaja terkait erat dengan resiko bunuh diri. Sehingga, sangat penting untuk kita mengenali dan menangani gangguan ini.

Tujuan penelitian: Untuk mengetahui Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar tentang Gangguan Depresi Tahun 2019

Metode: Penelitian ini bersifat observasional deskriptif. Subjek penelitian adalah murid kelas XII SMA Negeri 3 Makassar dengan metode *total sampling*. Data yang di kumpulkan adalah data primer yang diperoleh dari hasil kuesioner.

Sampel: Sampel dalam penelitian ini adalah Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar yang memenuhi syarat untuk dijadikan sampel penelitian.

Hasil penelitian : Diperoleh dari 80 responden, ada 10 orang dengan nilai rata-rata (12,5%) yang berpengetahuan baik mengenai gejala dan komplikasi gangguan depresi, 40 orang dengan nilai rata-rata (50%) berpengetahuan cukup mengenai pengetahuan, penanganan, dan pencegahan, dan 30 orang dengan nilai rata-rata (37,5%) yang berpengetahuan kurang mengenai faktor resiko gangguan depresi.

Kesimpulan: Disimpulkan bahwa pengetahuan murid kelas XII SMA Negeri 3 Makassar mengenai gangguan depresi tahun 2019 digolongkan pada kategori cukup yaitu dengan nilai rata-rata (50%).

Kata Kunci: *Pengetahuan, Gangguan Depresi, Murid SMA Negeri 3 Makassar*

Monica Ridwan Syahputri (C11116315)
Dr.dr. Sonny T Lisal, Sp.KJ

**DESCRIPTION OF STUDENTS KNOWLEDGE OF GRADE XII SMA 3
MAKASSAR ABOUT DEPRESSION DISORDER IN 2019**

ABSTRACT

Background: Depression disorder is one of mood disorder that is characterized by feelings of sadness or sadness that persists and loses interest. In Indonesia, the prevalence of mood disorders such as anxiety disorders and depression is 11.6% of the adult population (MOH, 2010). A recent survey found that depression has the highest prevalence (almost 17%) compared to other mental disorders. The National Institute of Mental Health found the prevalence of depression in children aged 9-18 years is more than 6% of which 4.9% of them experience major depression. Depression in adolescents is closely related to the risk of suicide. So, it is very important for us to recognize and deal with this disorder.

The purpose of this research: To find out the Description of Students Knowledge of Grade XII SMA Negeri 3 Makassar about Depression Disorder in 2019

Method: This research is descriptive observational. The research subjects were students of grade XII SMA 3 Makassar with a total sampling method. The collected data is primary data obtained from the results of the questionnaire.

Sample: The sample in this study was Grade XII Students of SMA Negeri 3 Makassar who met the requirements to be made as research samples.

Results: Obtained from 80 respondents, there are 10 people with an average value (12.5%) who are well-informed about symptoms and complications of depressive disorders, 40 people with an average value (50%) have sufficient knowledge about typing, handling, and prevention, and 30 people with an average value (37.5%) who lack knowledge about risk factors for depressive disorders.

Conclusion: It was concluded that the knowledge of grade XII students of SMA Negeri 3 Makassar regarding depressive disorders in 2019 were classified in the moderate category with an average value (50%).

Keywords: Knowledge, Depression Disorders, High School Students 3 Makassar

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL/JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
ABSTRACK	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan Penelitian	2
1.3.1 Tujuan Umum	2
1.3.2 Tujuan Khusus	2
1.4 Manfaat Penelitian	3
1.4.1 Manfaat Teoritis	3
1.4.2 Manfaat Metodologis	3
1.4.3 Manfaat Aplikatif	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Definisi	4
2.2 Epidemiologi	5
2.3 Klasifikasi	5
2.4 Patofisiologi	7

2.4.1 Gejala	12
2.5 Diagnosis	13
2.6 Diagnosis Banding	16
2.6.1 Prognosis	18
2.7 Terapi	18
2.8 Pencegahan	26
2.9 Definisi Pengetahuan	26
 BAB III KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN	
3.1 Kerangka teori	30
3.2 kerangka konsep	30
3.3 Definisi operasional	31
3.4 hipotesis	31
 BAB IV METODE PENELITIAN	
4.1 Jenis Penelitian	32
4.2 Waktu dan Lokasi	32
4.2.1 Waktu Penelitian	32
4.2.2 Lokasi Penelitian	32
4.3 Identifikasi variable	32
4.3.1 Variable Dependen	32
4.3.2 Variabel Independen	32
4.4 Populasi dan Sampel	32
4.4.1 Populasi	32
4.4.2 Sampel	33
4.5 Cara pengambilan sampel	33
4.6 Jenis Data dan Instrument Penelitian	33

4.6.1 Jenis Data	33
4.6.2 Instrumen Penelitian	34
4.7 Manajemen data	34
4.7.1 pengumpulan data	34
4.7.2 Pengolahan Data	34
4.7.3 Analisis Data dan Penyajian Data	35
4.8 alur penelitian	36
4.9 etika penelitian	36
 BAB V HASIL PENELITIAN	
5.1 gambaran lokasi dan subjek penelitian	37
5.2 Hasil Penelitian	37
 BAB VI PEMBAHASAN	
6.1 Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Gangguan Depresi Tahun 2019	46
6.2 Rekapitulasi Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Gejala Depresi	48
6.3 Rekapitulasi Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Penanganan Depresi	49
6.4 Rekapitulasi Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Faktor Resiko Depresi	50
6.5 Rekapitulasi Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Penyebab Depresi	52
6.6 Rekapitulasi Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Pengetahuan Depresi	52

6.7 Rekapitulasi Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Pencegahan Depresi	54
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan	56
7.2 Saran	56
DAFTAR PUSTAKA	58
LAMPIRAN	61

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Abnormalitas Tidur Polisomnografi Pada Gangguan Depresi Mayor	10
Table 2.2 Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder, Fifth Edition (DSM-5)	
Kriteria	15
Table 2.3 Obat Yang Umum Disalahgunakan Dan Menyebabkan Gangguan Mood Yang Dipengaruhi Zat	17
Table 5.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Gangguan Depresi tahun 2019	37
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Gangguan Depresi tahun 2019	38
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Gangguan Depresi Tahun 2019	41
Tabel 5.4 Rekapitulasi Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Gangguan Depresi Tahun 2019	42
Tabel 5.5 Rekapitulasi Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Gangguan Depresi Tahun 2019 Berdasarkan Gejala	43
Tabel 5.6 Rekapitulasi Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Gangguan Depresi Tahun 2019 Berdasarkan Penanganan	43
Tabel 5.7 Rekapitulasi Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Gangguan Depresi Tahun 2019 Berdasarkan Faktor Resiko	44
Tabel 5.8 Rekapitulasi Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Gangguan Depresi Tahun 2019 Berdasarkan Penyebab	44
Tabel 5.9 Rekapitulasi Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar Mengenai Gangguan Depresi Tahun 2019 Berdasarkan Pengertian	44

Tabel 5.10 Rekapitulasi Gambaran Pengetahuan Murid Kelas XII SMA Negeri 3 Makassar
Mengenai Gangguan Depresi Tahun 2019 Berdasarkan Pencegahan 45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Penjelasan Penelitian	61
Lampiran 2 Lembar Inform Consent	62
Lampiran 3 Kuisisioner Penelitian	63
Lampiran 4 Permohonan Izin Penelitian PTSP	65
Lmpiran 5 Permohonan Izin Penelitian Dinas Pendidikan	66
Lampiran 6 Persetujuan Izin Penelitian Dinas Pendidikan	67
Lampiran 7 Persetujuan Rekomendasi Etik	68
Lampiran 8 Surat Keterangan Penelitian	69
Lampiran 9 Hasil Data Responden	70
Lampiran 10 Hasil Analisis Data	72
Lampiran 11 Biodata Penulis	79

BAB I PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Gangguan Depresi merupakan salah satu dari gangguan *mood* yang ditandai perasaan murung atau sedih yang menetap dan kehilangan minat (Rosenbaum 2000). Survei terbaru didapatkan bahwa depresi memiliki prevalensi paling tinggi (hampir 17%) dibandingkan gangguan jiwa lainnya (Sadock & Sadock, 2007). Di Indonesia menunjukkan prevalensi gangguan mood seperti gangguan kecemasan dan depresi sebesar 11,6% dari populasi orang dewasa (Depkes, 2010). Sekitar 10% pada perawatan primer dan 15% dirawat di rumah sakit. Pada anak sekolah didapatkan prevalensi sekitar 2%. Pada usia remaja didapatkan prevalensi 5% dari komunitas memiliki gangguan depresif berat (Ismail dan Siste, 2010).

National Institute of Mental Health mendapatkan prevalensi depresi pada anak usia 9-18 tahun adalah lebih dari 6% dimana 4,9% diantaranya mengalami depresi mayor. Depresi pada remaja terkait erat dengan resiko bunuh diri. Di tahun 1997, bunuh diri adalah penyebab kematian nomor tiga pada populasi usia 10 sampai 24 tahun. Resiko ini meningkat pada penderita depresi yang menggunakan narkotik dan alkohol. (NIMH, 2000). Sehingga, sangat penting untuk kita mengenali dan menangani gangguan ini.

Gangguan depresi sendiri dapat diartikan sebagai gangguan alam perasaan yang ditandai oleh penurunan afek (*mood*), gangguan psikomotor, dan gangguan somatic. Gangguan psikomotor ditandai perlambatan gerakan, lesu, letih, pembicaraan menurun, mudah lupa, tidak mampu mengambil keputusan, rendah diri. Gangguan somatic ditandai dengan gangguan tidur dan nafsu makan menurun (Rosenbaum, 2000).

Berdasarkan salah satu hasil studi, disebutkan bahwa Sebelum pubertas, anak-anak berisiko sama untuk depresi, sedangkan setelah masa pubertas tingkat depresi adalah

sekitar dua kali lebih tinggi pada anak perempuan (Brant & Birmaher, 2002). Sepanjang proses pertumbuhan depresi disebabkan oleh kombinasi banyak faktor. Karena pada masa remaja banyak terjadi perubahan aspek biologis, psikologis, maupun sosial tetapi umumnya proses pematangan fisik terjadi lebih cepat dari proses pematangan kejiwaan (psikososial) (Depkes, 2004). Sehingga, sangat penting untuk kita mengenali dan menangani gangguan ini.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang pemikiran diatas adapun rumusan masalah yang ingin diangkat oleh penulis yaitu “Belum diketahuinya tingkat pengetahuan murid kelas XII SMA Negeri 3 Makassar mengenai gangguan depresi tahun 2019”

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui tingkat pengetahuan murid kelas XII SMA Negeri 3 Makassar tentang gangguan depresi tahun 2019.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan murid kelas XII SMA Negeri 3 Makassar berdasarkan gejala gangguan depresi.
- b. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan murid kelas XII SMA Negeri 3 Makassar berdasarkan penanganan gangguan depresi.
- c. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan murid kelas XII SMA Negeri 3 Makassar berdasarkan faktor resiko gangguan depresi.
- d. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan murid kelas XII SMA Negeri 3 Makassar berdasarkan penyebab gangguan depresi.
- e. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan murid kelas XII SMA Negeri 3 Makassar berdasarkan pengertian gangguan depresi.

- f. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan murid kelas XII SMA Negeri 3 Makassar berdasarkan pencegahan gangguan depresi.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Manfaat Teoritis

- a. Hasil Penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan ilmu pengetahuan khususnya dibidang kedokteran.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dan bahan acuan bagi peneliti selanjutnya
- c. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai aplikasi ilmu dan pengetahuan penulis tentang pendidikan kesehatan.

1.4.2 Manfaat Metodologis

Hasil penelitian dapat menjadi acuan lebih lanjut untuk mengetahui pengetahuan murid kelas XII SMA Negeri 3 Makassar mengenai depresi.

1.4.3 Manfaat Aplikatif

- a. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi masukan kepada instansi yang terkait tentang pengetahuan murid kelas XII SMA Negeri 3 Makassar mengenai depresi.
- b. Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat khususnya murid kelas XII SMA Negeri 3 Makassar mengenai pencegahan gangguan depresi sehingga insidensi dapat berkurang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 DEFINISI

Depresi merupakan salah satu diantara bentuk sindrom gangguan- gangguan keseimbangan *mood* (suasana perasaan). *Mood* adalah kondisi perasaan yang terus ada yang mewarnai kehidupan psikologis kita (Semiun, 2006). Orang yang mengalami depresi umumnya mengalami gangguan yang meliputi keadaan emosi, motivasi, fungsional, dan gerakan tingkah laku serta kognisi (lubis, 2009).

Depresi merupakan gangguan mental yang serius yang ditandai dengan perasaan sedih dan cemas. Gangguan ini biasanya akan menghilang dalam beberapa hari tetapi dapat juga berkelanjutan yang dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari (*National Institute of Mental Health*, 2010).

Depresi mayor merupakan gangguan yang lebih berat, terjadi paling tidak selama 2 minggu dan secara tipikal seorang pasien mengalami depresi dan atau kehilangan minat dalam kebanyakan aktifitas. Seseorang dengan diagnosis episode depresi mayor harus juga mengalami paling beberapa simtom yaitu: *mood* depresi, kehilangan kesenangan, penurunan berat badan, gangguan tidur, kelelahan, merasa tidak berharga dan bersalah, gangguan konsentrasi, dan muncul keinginan untuk bunuh diri (APA, 2013).

Gangguan depresi umumnya terjadi bersamaan dengan gangguan cemas. Bedanya, gangguan cemas merupakan masalah psikologis yang sering dialami pada usia remaja dan merupakan suatu respons fisiologis otak terhadap suatu ancaman yang berusaha dihindari oleh setiap orang. Biasanya hal ini terjadi dalam menghadapi sesuatu yang baru/belum pernah dicoba dan saat dalam pencarian identitas diri. Gangguan cemas ditandai dengan perasaan ketakutan disertai tanda somatik berupa sistem saraf otonom yang hiperaktif seperti sakit kepala, keringat, jantung berdebar, dan sesak ringan di dada dan perut.

(Chandratika dan Purnawati 2014). Sedangkan, depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan mood, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi (*World Health Organization*, 2010).

2.2 EPIDEMIOLOGI

Berdasarkan jenis kelamin Sebesar 70% wanita memiliki kecenderungan mengalami depresi dibanding pria sepanjang hidupnya. Perbandingan pria dan wanita untuk mengalami depresi adalah 1:2-3. (NIMH, 2011).

Depresi pada remaja terkait erat dengan resiko bunuh diri. Resiko ini meningkat pada penderita depresi yang terkait *substance abuse* atau menggunakan narkotik dan alkohol, terutama pada remaja laki-laki. Semula, alkohol dan narkotika menjadi jalan pintas bagi individu depresif untuk melupakan stresor pemicu depresi, namun pada gilirannya justru memperburuk depresi dan mendorong perilaku bunuh diri. (NIMH, 2000). Pada remaja yang menderita gangguan depresi mayor, ada 7 persen yang bunuh diri di usia dewasa muda, bahkan ada 10 persen remaja Amerika yang pernah mencoba bunuh diri setidaknya sekali dalam hidup mereka Steinberg (2002).

Depresi biasanya disebabkan oleh tiga faktor, yakni faktor biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial (Kaplan, 2010).

Berdasarkan Usia, populasi dunia 18-29 tahun memiliki kecenderungan 95% mengalami depresi dibanding dengan usia >60 tahun. Usia 30-44 tahun memiliki kecenderungan 80% mengalami depresi. Usia rata-rata kejadian depresi ini, yaitu 32 tahun (NIMH, 2011).

2.3 KLASIFIKASI

1. F32 Episode Depresif
 - F32.0 Episode depresif ringan

- F32.1 Episode depresif sedang
 - F32.2 Episode depresif berat tanpa gejala psikotik
 - F32.3 Episode depresif berat dengan gejala psikotik
 - F32.8 Episode depresif lainnya
 - F32.9 Episode depresif YTT
2. F33 Gangguan Depresif Berulang
- F33.0 Gangguan depresif berulang, episode kini ringan
 - F33.1 Gangguan depresif berulang, episode kini sedang
 - F33.2 Gangguan depresif berulang, episode kini berat tanpa gejala psikotik
 - F33.3 Gangguan depresif berulang, episode kini berat dengan gejala psikotik
 - F33.4 Gangguan depresif berulang, kini dalam remisi
 - F33.8 Gangguan depresif berulang lainnya
 - F33.9 Gangguan depresif berulang YTT
3. F34 Gangguan Suasana Perasaan (Mood/Afektif) Menetap
- F34.0 Siklotimia
 - F34.1 Distimia
 - F34.8 Gangguan suasana perasaan (mood/afektif) menetap lainnya
 - F34.9 Gangguan suasana perasaan (mood/afektif) menetap YTT
4. F38 Gangguan Suasana Perasaan (Mood/Afektif) Lainnya

- F38.0 Gangguan suasana perasaan (mood/afektif) tunggal lainnya
 - F38. Gangguan suasana perasaan (mood/afektif) berulang lainnya
 - Gangguan depresif singkat berulang
 - F38.8 Gangguan suasana perasaan (mood/afektif) lainnya YDT
5. F39 Gangguan Suasana Perasaan (Mood/Afektif) YTT
- Semua klasifikasi diatas terbagi atas dua gejala, yaitu:
- Tanpa Gejala Somatik
 - Dengan Gejala Somatik (PPDGJ-III).

2.4 PATOFISIOLOGI

- **Faktor Genetik**

Penelitian genetik dan keluarga menunjukkan bahwa angka resiko di antara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat (*unipolar*) diperkirakan 2 sampai 3 kali dibandingkan dengan populasi umum. Angka keselarasan sekitar 11% pada kembar dizigot dan 40% pada kembar monozigot (Davies, 1999).

Oleh Lesler (2001), Pengaruh genetik terhadap depresi tidak disebutkan secara khusus, hanya disebutkan bahwa terdapat penurunan dalam ketahanan dan kemampuan dalam menanggapi stres. Proses menua bersifat individual, sehingga dipikirkan kepekaan seseorang terhadap penyakit adalah genetik.

- **Faktor Biologi**

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan pada amin biogenik, seperti: 5 HIAA (*5-Hidroksi indol asetic acid*), HVA (*Homovanilic acid*), MPGH (*5 methoxy-0-hidroksi phenil glikol*), di dalam darah, urin dan cairan serebrospinal pada pasien gangguan *mood*. Neurotransmitter yang terkait dengan patologi depresi adalah serotonin dan epineprin. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi, dan pada pasien bunuh

diri, beberapa pasien memiliki serotonin yang rendah. Pada terapi despiran mendukung teori bahwa norepineprin berperan dalam patofisiologi depresi.

Selain itu aktivitas dopamin pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti Respirin, dan penyakit dimana konsentrasi dopamin menurun seperti parkinson, adalah disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi dopamin, seperti tyrosin, amphetamine, dan bupropion, menurunkan gejala depresi (Kaplan, 2010).

Disregulasi neuroendokrin. Hipotalamus merupakan pusat pengaturan aksis neuroendokrin, menerima input neuron yang mengandung neurotransmitter amin biogenik. Pada pasien depresi ditemukan adanya disregulasi neuroendokrin. Disregulasi ini terjadi akibat kelainan fungsi neuron yang mengandung amin biogenik. Sebaliknya, stres kronik yang mengaktifasi aksis *Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA)* dapat menimbulkan perubahan pada amin biogenik sentral. Aksis neuroendokrin yang paling sering terganggu yaitu adrenal, tiroid, dan aksis hormon pertumbuhan. Aksis HPA merupakan aksis yang paling banyak diteliti (Landefeld et al, 2004). Hipersekresi CRH merupakan gangguan aksis HPA yang sangat fundamental pada pasien depresi. Hipersekresi yang terjadi diduga akibat adanya defek pada sistem umpan balik kortisol di sistem limbik atau adanya kelainan pada sistem monoaminogenik dan neuromodulator yang mengatur CRH (Kaplan, 2010). Sekresi CRH dipengaruhi oleh emosi. Emosi seperti perasaan takut dan marah berhubungan dengan *Paraventricular nucleus (PVN)*, yang merupakan organ utama pada sistem endokrin dan fungsinya diatur oleh sistem limbik. Emosi mempengaruhi CRH di PVN, yang menyebabkan peningkatan sekresi CRH (Landefeld, 2004). Pada orang lanjut usia terjadi penurunan produksi hormon estrogen. Estrogen berfungsi melindungi sistem dopaminergik nigrostriatal terhadap

neurotoksin seperti MPTP, 6 OHDA dan methamphetamin. Estrogen bersama dengan antioksidan juga merusak *monoamine oxidase* (Unutzer dkk, 2002).

Kehilangan saraf atau penurunan neurotransmitter. Sistem saraf pusat mengalami kehilangan secara selektif pada sel – sel saraf selama proses menua. Walaupun ada kehilangan sel saraf yang konstan pada seluruh otak selama rentang hidup, degenerasi neuronal korteks dan kehilangan yang lebih besar pada sel-sel di dalam lokus seroleus, substansia nigra, serebelum dan bulbus olfaktorius (Lesler, 2001). Bukti menunjukkan bahwa ada ketergantungan dengan umur tentang penurunan aktivitas dari noradrenergik, serotonergik, dan dopaminergik di dalam otak. Khususnya untuk fungsi aktivitas menurun menjadi setengah pada umur 80-an tahun dibandingkan dengan umur 60-an tahun (Kane dkk, 1999)

- **Tidur**

Keluhan tidur (*insomnia, hipersomnia*) telah lama dianggap sebagai fitur utama dari depresi klinis sehingga tidak mengherankan bahwa studi biologi telah difokuskan pada disregulasi tidur pada MDD. *polysomnography* digunakan untuk mendeteksi gangguan tidur di MDD, dan memperlihatkan beberapa dari tanda-tanda biologis yang paling kuat di depresi. Masih ada kontroversi tentang apakah depresi menyebabkan perubahan dalam tidur adalah penanda karakteristik, mendahului onset depresi, dan memprediksi relaps pada pasien yang dilaporkan, sehingga menunjukkan peran pathoogenetic untuk gangguan tidur. (W. Lam R, 2000) (Landefeld,2004)

Tabel 2.1 Abnormalitas Tidur Polisomnografi pada gangguan depresi mayor
1. Onset awal REM (<i>Rapid Eye Movement</i>)
2. Peningkatan tidur REM
3. Peningkatan lamanya REM
4. Penurunan tidur gelombang lambat/ <i>slow wave sleep</i> (SWS)
5. Perubahan SWS yang terjadi pada awal saat malam
6. Gangguan pada <i>slow wave activity</i> (SWA)

- **Faktor Psikososial**

Menurut Freud dalam teori psikodinamikanya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai. Ada sejumlah faktor psikososial yang diprediksi sebagai penyebab gangguan mental pada lanjut usia yang pada umumnya berhubungan dengan kehilangan. Faktor psikososial tersebut adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya otonomi, kematian teman atau sanak saudara, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial, dan penurunan fungsi kognitif (Kaplan, 2010) Sedangkan menurut Kane, faktor psikososial meliputi penurunan percaya diri, kemampuan untuk mengadakan hubungan intim, penurunan jaringan sosial, kesepian, perpisahan, kemiskinan dan penyakit fisik (Kane, 1999). Faktor psikososial yang mempengaruhi

depresi meliputi: peristiwa kehidupan dan stressor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif dan dukungan sosial (Kaplan, 2010).

Peristiwa kehidupan dan stresor lingkungan. Peristiwa kehidupan yang menyebabkan stres, lebih sering mendahului episode pertama gangguan mood dari episode selanjutnya. Para klinisi mempercayai bahwa peristiwa kehidupan memegang peranan utama dalam depresi, klinisi lain menyatakan bahwa peristiwa kehidupan hanya memiliki peranan terbatas dalam onset depresi. Stressor lingkungan yang paling berhubungan dengan onset suatu episode depresi adalah kehilangan pasangan (Kaplan, 2010). Stressor psikososial yang bersifat akut, seperti kehilangan orang yang dicintai, atau stressor kronis misalnya kekurangan finansial yang berlangsung lama, kesulitan hubungan interpersonal, ancaman keamanan dapat menimbulkan depresi (Hardywinoto, 1999).

- **Faktor Kepribadian**

Beberapa ciri kepribadian tertentu yang terdapat pada individu, seperti kepribadian dependen, anankastik, histrionik, diduga mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya depresi. Sedangkan kepribadian antisosial dan paranoid (kepribadian yang memakai proyeksi sebagai mekanisme defensif) mempunyai resiko yang rendah (Kaplan, 2010).

- **Faktor Kognitif**

Adanya interpretasi yang keliru terhadap sesuatu, menyebabkan distorsi pikiran menjadi negatif tentang pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimisme dan keputusasaan. Pandangan yang negatif tersebut menyebabkan perasaan depresi (Kaplan, 2010).

2.4.1 GEJALA

Gejala-gejala dari gangguan depresi sangat bervariasi, gejala-gejala tersebut adalah:

1. Merasa sedih&bersalah
2. Merasa cemas&kosong
3. Merasa tidak ada harapan
4. Merasa tidak berguna dan gelisah
5. Merasa mudah tersinggung
6. Merasa tidak ada yang peduli

Selain gejala-gejala diatas, gejala-gejala lain yang dikeluhkan adalah:

1. Hilangnya ketertarikan terhadap sesuatu atau aktivitas yang dijalani
2. Kekurangan energi dan adanya pikiran untuk bunuh diri
3. Gangguan berkonsentrasi, mengingat informasi, dan membuat keputusan
4. Gangguan tidur, tidak dapat tidur atau tidur terlalu sering
5. Kehilangan nafsu makan atau makan terlalu banyak
6. Nyeri kepala, sakit kepala, kram perut, dan gangguan pencernaan

(NIMH, 2010)

Menurut Nevid dkk, (2003) gejala umum dari depresi adalah:

a. Perubahan Pada Kondisi Emosional

Perubahan pada kondisi *mood* (periode terus menerus dari perasaan terpuruk, depresi, sedih atau muram). Penuh dengan air mata atau menangis serta meningkatnya iritabilitas (mudah tersinggung), kegelisahan atau kehilangan kesadaran.

b. Perubahan dalam Motivasi

Perasaan tidak termotivasi atau memiliki kesulitan untuk memulai (kegiatan) di pagi hari atau bahkan sulit bangun dari tempat tidur. Menurunnya tingkat partisipasi

sosial atau minat pada aktivitas sosial. Kehilangan kenikmatan atau minat dalam aktivitas yang menyenangkan. Menurunnya minat pada seks serta gagal untuk berespon pada pujian atau *reward*.

c. Perubahan dalam Fungsi dan Perilaku Motorik

Gejala-gejala motorik yang dominan dan penting dalam depresi adalah retardasi motor yakni tingkah laku motorik yang berkurang atau lambat, bergerak atau berbicara dengan lebih perlahan dari biasanya. Perubahan dalam kebiasaan tidur (tidur terlalu banyak atau terlalu sedikit, bangun lebih awal dari biasanya dan merasa kesulitan untuk tidur kembali). Perubahan dalam selera makan (makan terlalu banyak atau terlalu sedikit). Perubahan dalam berat badan (bertambah atau kehilangan berat badan). Beraktivitas kurang efektif atau energik dari pada biasanya, orang-orang yang menderita depresi sering duduk dengan sikap yang terkulai dan tatapan yang kosong tanpa ekspresi.

d. Perubahan Kognitif

Kesulitan berkonsentrasi atau berpikir jernih. Berpikir negatif mengenai diri sendiri dan masa depan. Perasaan bersalah atau menyesal mengenai kesalahan dimasa lalu. Kurangnya *self-esteem* atau merasa tidak adekuat. Berpikir kematian atau bunuh diri.

2.5 DIAGNOSIS

Episode depresif diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakkan diagnosis, tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.

PPDGJ III (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa)

a) Episode Depresif Ringan Pedoman diagnostic

sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut di atas ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya, tidak boleh adanya gejala yang berat diantaranya, lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu dan hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukan.

b) Episode Depresif Sedang Pedoman diagnostic

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

c) Episode Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik Pedoman diagnostic

semua 3 gejala utama depresi harus ada, ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat, bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci, penilaian 12 secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapat dibenarkan dan episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, tetapi jika gejalanya amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu, sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

d) Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik

Episode depresif berat yang memenuhi kriteria di atas, disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal

itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor. Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (*mood congruent*). (Maslim, R. 2013)

Tabel 2.2 *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder, Fifth Edition (DSM-5) kriteria*

A. Lima atau lebih dari gejala dibawah ini yang sudah ada bersama-sama selama 2 minggu dan memperlihatkan perubahan fungsi dari sebelumnya; minimal terdapat 1 gejala dari (1) mood yang depresi atau (2) hilangnya minat. Catatan: Jangan memasukkan gejala yang merupakan bagian dari gangguan kondisi medis lainnya.

1. Mood depresi sepanjang hari, hampir setiap hari, yang ditunjukkan oleh baik laporan subyektif (misalnya perasaan sedih, kosong, tidak ada harapan) atau observasi orang lain (misalnya terlihat menangis). (Catatan: pada anak-anak dan remaja, bisa *mood* yang iritabel).
2. Secara nyata terdapat penurunan minat atas seluruh rasa senang, aktifitas harian, hampir setiap hari (yang ditandai oleh perasaan subyektif atau objektif).
3. Kehilangan atau peningkatan berat badan yang nyata tanpa usaha khusus (contoh: perubahan 5% atau lebih berat badan dalam 1 bulan terakhir), atau penurunan dan peningkatan nafsu makan yang hampir terjadi setiap hari. (catatan: Pada anak-anak, perhatikan kegagalan mencapai berat badan yang diharapkan).
4. Sulit tidur atau tidur berlebih hampir setiap hari.
5. Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari (teramati oleh orang lain, bukan semata-mata perasaan gelisah atau perlambatan yang subyektif).

6. Kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap hari.
7. Perasaan tidak berguna atau rasa bersalah yang mencolok (bisa bersifat waham) hampir setiap hari (bukan semata-mata menyalahkan diri atau rasa bersalah karena menderita sakit).
8. Penurunan kemampuan untuk berpikir atau konsentrasi, atau penuh keragu-raguan hampir setiap hari (baik sebagai hal yang dirasakan secara subyektif atau teramati oleh orang lain).
9. Pikiran berulang tentang kematian (bukan sekedar takut mati), pikiran berulang tentang ide bunuh diri dengan atau tanpa rencana yang jelas, atau ada usaha bunuh diri atau rencana bunuh diri yang jelas.

B. Gejala-gejala ini secara klinis nyata menyebabkan distress atau hendaya dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau area penting kehidupannya.

C. Episodenya tidak terkait dengan efek fisiologis zat atau kondisi medis lainnya.

Catatan: Kriteria A-C menggambarkan episode depresi. Respon kehilangan yang bermakna (misalnya berduka, masalah financial, lolos dari bencana, penyakit berat atau disabilitas) termasuk perasaan sedih yang berat, pemikiran tentang kehilangan, sulit tidur, kehilangan nafsu makan, dan penurunan berat badan seperti yang terdapat di kriteri A, mungkin menyerupai depresi. Walaupun gejala-gejala tersebut mungkin dapat dipahami atau dipertimbangkan sebagai respon normal terhadap kehilangan yang bermakna, harus secara hati-hati tetap dipertimbangkan. Keputusan ini tidak dapat dipungkiri membutuhkan pelatihan keterampilan klinis berdasarkan riwayat hidup individu dan norma budaya dalam menentukan distress akibat kehilangan.

D. Keberadaan episode depresi tidak dapat dijelaskan pada gangguan skizoafektif, skizofrenia, skizofreniform, gangguan waham, atau spektrum skizofrenia lainnya yang tidak spesifik.

E. Tidak pernah dijumpai episode manik atau hipomanik.

(APA, 2013) (Sadock, 2017) (Marwick K., 2013) (Friedman, 2014)

2.5 DIAGNOSIS BANDING

1. Bereavement (Kehilangan teman atau keluarga karena kematian)

Bereavement atau rasa kesedihan yang berlebihan karena putusny suatu hubungan dapat memperlihatkan gejala yang sama dengan episode depresi mayor. Tingkat keparahan

dan durasi dari gejala dan dampaknya pada fungsi sosial dapat membantu dalam menyingkirkan antara kesedihan yang mendalam.

2. Gangguan Afektif Disebabkan Karena Kondisi Medis Umum

Gejala depresi dapat diperlihatkan dari efek fisiologis suatu kondisi medis khusus yang terjadi sebelumnya. Sebaliknya, gejala fisik suatu penyakit medis utama sulit untuk dapat didiagnosis yang berkormorbid dengan MDD.

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) sangat berguna untuk alat deteksi pasien dengan penyakit medis dimana digunakan pertanyaan yang memfokuskan pada gejala kognitif dibandingkan dengan gejala somatiknya.

MDD sama banyaknya dengan penyakit kronis, tetapi lebih umum diabetes, penyakit tiroid, dan gangguan neurologis (penyakit Parkinson, multiple sklerosis).

3. Gangguan Afektif Disebabkan Karena Zat

Efek samping obat (baik yang diresepkan atau tidak) dapat memperlihatkan gejala depresi, jadi suatu zat yang dapat mempengaruhi gangguan mood harus dapat dipertimbangkan dalam mendiagnosis banding MDD. (Bukti dari riwayat, pemeriksaan fisik, atau temuan laboratories digunakan untuk dapat menentukan adanya suatu pengalahgunaan, ketergantungan, intoksikasi/keracunan, atau kondisi putus obat yang secara fisiologisakan menyebabkan suatu episode depresi. Selama gejala depresi karena pengaruh obat dapat disembuhkan dengan menghentikan penggunaan obat tersebut, gejala putus obat dapat berlangsung selama beberapa bulan.

Tabel 2.3 Obat yang umum disalahgunakan dan menyebabkan gangguan mood yang dipengaruhi zat

- Alcohol
- Amfetamin
- Anxiolitik
- Kokain
- Zat-zat halusinogen
- Hipnotik
- Inhalant
- Opioid
- Phencycline
- Sedative

(W. Lam R,2000)

2.6.1 PROGNOSIS

Ketika seseorang mengalami gangguan *mood* atau lebih khususnya mengalami gangguan depresi yang mana terjadi perubahan dalam kondisi emosional, fungsi motorik, kognitif serta motivasinya dan jika tidak segera diberi penanganan maka akan memicu timbulnya gangguan depresi mayor satu episode dan depresi mayor berulang. Apabila hal tersebut terjadi maka itu akan lebih susah untuk ditangani dan akan berujung pada bunuh diri.

2.7 TERAPI

Tujuan terapi depresi adalah untuk mengurangi gejala depresi akut, meminimalkan efek samping, memastikan kepatuhan pengobatan, membantu 6 pengembalian ketinggian fungsi sebelum depresi, dan mencegah episode lebih lanjut (Sukandar dkk., 2008).

Banyaknya jenis terapi pengobatan, keefektifan pengobatan juga akan berbeda – beda antara orang yang satu dengan orang yang lain. Psikater biasanya memberikan medikasi dengan menggunakan antidepresan untuk menyeimbangkan kimiawi otak penderita. Terapi yang digunakan untuk pasien dipengaruhi oleh hasil evaluasi riwayat kesehatan serta mental pasien (Depkes, 2007)

Untuk melakukan pengobatan pada pasien dengan gangguan depresi mayor, ada 3 tahapan yang harus dipertimbangkan antara lain:

- a. Fase akut, fase ini berlangsung 6 sampai 10 minggu. pada fase ini bertujuan untuk mencapai masa remisi (tidak ada gejala).
- b. Fase lanjutan, fase ini berlangsung selama 4 sampai 9 bulan setelah mencapai remisi. pada fase ini bertujuan untuk menghilangkan gejala sisa atau mencegah kekambuhan kembali.
- c. Fase pemeliharaan, fase ini berlangsung 12 sampai 36 bulan. Pada fase ini tujuannya untuk mencegah kekambuhan kembali.

A. Terapi non farmakologi

1) Psikoterapi

Psikoterapi adalah terapi pengembangan yang digunakan untuk menghilangkan atau mengurangi keluhan – keluhan serta mencegah kambuhnya gangguan pola perilaku maladaptif (Depkes, 2007). Teknik psikoterapi tersusun seperti teori terapi tingkah laku, terapi interpersonal, dan terapi untuk pemecahan sebuah masalah. Dalam fase akut terapi efektif dan dapat menunda terjadinya kekambuhan selama menjalani terapi lanjutan pada depresi ringan atau sedang. Pasien dengan menderita depresi mayor parah dan atau dengan psikotik tidak direkomendasikan untuk menggunakan psikoterapi. Psikoterapi merupakan terapi pilihan utama untuk pasien dengan menderita depresi ringan atau sedang (Teter et al.,2007)

2) Electro Convulsive Therapy (ECT)

Electro Convulsive Therapy adalah terapi dengan mengalirkan arus listrik ke otak. Terapi menggunakan ECT biasa digunakan untuk kasus depresi berat yang mempunyai resiko untuk bunuh diri (Depkes, 2007). ECT juga diindikasikan untuk pasien depresi yang tidak merespon terhadap obat antidepresan (Lisanby, 2007).

Terapi ECT terdiri dari 6 – 12 treatment dan tergantung dengan tingkat keparahan pasien. Terapi ini dilakukan 2 atau 3 kali seminggu, dan sebaiknya terapi ECT dilakukan oleh psikiater yang berpengalaman (Mann, 2005). *Electro Convulsive Therapy* akan kontraindikasi pada pasien yang menderita epilepsi, TBC miller, gangguan infark jantung, dan tekanan tinggi intra karsial (Depkes, 2007).

3) **Cognitive Behavior Theraphy (CBT)**

Cognitive Behavior Therapy adalah terapi modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak, dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memusatkan, bertanya, berbuat, dan memutuskan kembali. Dengan merubah status pikiran dan perasaannya, klien diharapkan dapat mengubah tingkah lakunya dari yang negatif menjadi positif. (Kasandra, Oemardi, 2003).

Teknik yang biasa dipergunakan oleh para ahli dalam *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) yaitu:

- 1) Menata keyakinan irasional.
- 2) Bibliotherapy, menerima kondisi emosional internal sebagai sesuatu yang menarik ketimbang sesuatu yang menakutkan.
- 3) Mengulang kembali penggunaan beragam pernyataan diri dalam role play dengan konselor.
- 4) Mencoba berbagai penggunaan pernyataan diri yang berbeda dalam situasi riil.
- 5) Mengukur perasaan, misalnya mengukur perasaan cemas yang dialami pada saat ini dengan skala 0-100.
- 6) Menghentikan pikiran. Konseli belajar untuk menghentikan pikiran negatif dan mengubahnya menjadi pikiran positif.
- 7) *Desensitization systematic*. Digantinya respon takut dan cemas dengan respon relaksasi dengan cara mengemukakan permasalahan secara berulang-ulang dan berurutan dari

respon takut terberat sampai yang teringan untuk mengurangi intensitas emosional konseli.

- 8) Pelatihan keterampilan sosial. Melatih konseli untuk dapat menyesuaikan dirinya dengan lingkungan sosialnya.
- 9) Assertiveness skill training atau pelatihan keterampilan supaya bisa bertindak tegas.
- 10) Penugasan rumah. Mempraktikan perilaku baru dan strategi kognitif antara sesi konseling.
- 11) In vivo exposure. Mengatasi situasi yang menyebabkan masalah dengan memasuki situasi tersebut.
- 12), upaya pengkondisian tersembunyi dengan menekankan kepada proses psikologis yang terjadi didalam diri individu. Peranannya didalam mengontrol perilaku berdasarkan kepada imajinasi dan persepsi.

B. Terapi Farmakologi

1. Antidepresan Klasik (Trisiklik & Tetrasiklik)

Mekanisme kerja: Obat-obat ini menghambat resorpsi dari serotonin dan noradrenalin dari sela sinaps di ujung-ujung saraf. Obat-obat yang termasuk antidepresan klasik:

a. Imipramin

Dosis lazim: 25-50 mg 3 kali sehari bila perlu dinaikkan sampai maksimum 250-300 mg sehari. Kontraindikasi: Infark miokard akut interaksi obat: antihipertensi, obat simpatomimetik, alkohol, obat penekan SSP. Perhatian: kombinasi dengan MAOI, gangguan kardiovaskular, hipotensi, gangguan untuk mengemudi, ibu hamil dan menyusui (Depkes, 2007).

b. Klomipramin

Dosis lazim: 10 mg dapat ditingkatkan sampai dengan maksimum dosis 250 mg sehari. Kontraindikasi: Infark miokard, pemberian bersamaan dengan MAOI, gagal

jantung, kerusakan hati yang berat, glaukoma sudut sempit. Interaksi Obat: dapat menurunkan efek antihipertensi penghambat neuro adrenergik, dapat meningkatkan efek kardiovaskular dari noradrenalin atau adrenalin, meningkatkan aktivitas dari obat penekan SSP, alkohol. Perhatian: terapi bersama dengan preparat tiroid, konstipasi kronik, kombinasi dengan beberapa obat antihipertensi, simpatomimetik, penekan SSP, antikolinergik, penghambat reseptor serotonin selektif, antikoagulan, simetidin. Monitoring hitung darah dan fungsi hati, gangguan untuk mengemudi (Depkes, 2007).

c. Amitriptilin

Dosis lazim: 25 mg dapat dinaikan secara bertahap sampai dosis maksimum 150-300 mg sehari. Kontraindikasi: penderita koma, diskrasia darah, gangguan depresi sumsum tulang, kerusakan hati, penggunaan bersama dengan MAOI. Interaksi Obat: bersama guanetidin meniadakan efek antihipertensi, bersama depresan SSP seperti alkohol, barbiturat, hipnotik atau analgetik opiat mempotensiasi efek gangguan depresi SSP termasuk gangguan depresi saluran napas, bersama reserpin meniadakan efek antihipertensi. Perhatian: gangguan kardiovaskular, kanker payudara, fungsi ginjal menurun, glaukoma, kecenderungan untuk bunuh diri, kehamilan, menyusui, epilepsi (Depkes, 2007).

d. Lithium karbonat

Dosis lazim: 400-1200 mg dosis tunggal pada pagi hari atau sebelum tidur malam. Kontraindikasi: kehamilan, laktasi, gagal ginjal, hati dan jantung. Interaksi Obat: diuretik, steroid, psikotropik, AINS, diazepam, metildopa, tetrasiklin, fenitoin, carbamazepin, indometasin. Perhatian: Monitor asupan diet dan cairan, penyakit infeksi, demam, influenza, gastroenteritis (Depkes, 2007)

2. Anti depresan Generasi ke-2

Mekanisme kerja: SSRI (*Selective Serotonin Re-Uptake Inhibitor*) obat-obat ini menghambat resorpsi dari serotonin. NaSA (*Noradrenalin and Serotonin Antidepressants*) obat-obat ini tidak berkhasiat selektif, menghambat re-uptake dari serotonin dan noradrenalin. Terdapat beberapa indikasi bahwa obat-obat ini lebih efektif daripada SSRI. Obat-obat yang termasuk antidepresan generasi ke-2:

a. Fluoksetin

Dosis lazim: 20 mg sehari pada pagi hari, maksimum 80 mg/hari dalam dosis tunggal atau terbagi. Kontraindikasi: hipersensitif terhadap Fuoksetin, gagal ginjal yang berat, penggunaan bersama MAOI. Interaksi Obat: MAOI, litium, obat yang merangsang aktivitas SSP, anti depresan, triptofan, karbamazepin, obat yang terkait dengan protein plasma. Perhatian: penderita epilepsi yang terkontrol, penderita kerusakan hati dan ginjal, gagal jantung, jangan mengemudi atau menjalankan mesin (Depkes, 2007).

b. Sertralin

Dosis lazim: 50 mg/hari bila perlu dinaikkan maksimum 200 mg/hr. Kontraindikasi: Hipersensitif terhadap sertralin. Interaksi Obat: MAOI, alkohol, litium, obat seretogenik. Perhatian: pada gangguan hati, terapi elektrokonvulsi, hamil, menyusui, mengurangi kemampuan mengemudi dan mengoperasikan mesin (Depkes, 2007).

c. Citalopram

Dosis lazim: 20 mg/hari, maksimum 60 mg /hari. Kontraindikasi: hipersensitif terhadap obat ini. Interaksi Obat: MAOI, sumatripan, simetidin. Perhatian: kehamilan, menyusui, gangguan mania, kecenderungan bunuh diri (Depkes, 2007).

d. Fluvoxamine

Dosis lazim: 50mg dapat diberikan 1x/hari sebaiknya pada malam hari, maksimum dosis 300 mg. Interaksi Obat: warfarin, fenitoin, teofilin, propranolol, litium. Perhatian: Tidak untuk digunakan dalam 2 minggu penghentian terapi MAOI, insufisiensi hati, tidak direkomendasikan untuk anak dan epilepsi, hamil dan laktasi (Depkes, 2007).

e. Mianserin

Dosis lazim: 30-40 mg malam hari, dosis maksimum 90 mg/ hari Kontraindikasi: mania, gangguan fungsi hati. Interaksi Obat: mempotensiasi aksi depresan SSP, tidak boleh diberikan dengan atau dalam 2 minggu penghentian terapi. Perhatian: dapat mengganggu psikomotor selama hari pertama terapi, diabetes, insufisiensi hati, ginjal, jantung (Depkes, 2007).

f. Mirtazapin

Dosis lazim: 15-45 mg / hari menjelang tidur. Kontraindikasi: Hipersensitif terhadap mirtazapin. Interaksi Obat: dapat memperkuat aksi pengurangan SSP dari alkohol, memperkuat efek sedatif dari benzodiazepin, MAOI. Perhatian: pada epilepsi sindroma otak organik, insufisiensi hati, ginjal, jantung, tekanan darah rendah, penderita skizofrenia atau gangguan psikotik lain, penghentian terapi secara mendadak, lansia, hamil, laktasi, mengganggu kemampuan mengemudi atau menjalankan mesin (Depkes, 2007).

g. Venlafaxine

Dosis lazim: 75 mg/hari bila perlu dapat ditingkatkan menjadi 150-250 mg 1x/hari. Kontraindikasi: penggunaan bersama MAOI, hamil dan laktasi, anak < 18 tahun. Interaksi Obat: MAOI, obat yang mengaktivasi SSP lain. Perhatian: riwayat kejang dan penyalahgunaan obat, gangguan ginjal atau sirosis hati, penyakit jantung tidak

stabil, monitor tekanan darah jika penderita mendapat dosis harian > 200 mg (Depkes, 2007).

3. Antidepresan MAOI.

Obat yang termasuk dalam antidepresan MAOI adalah fenelzin dengan dosis lazim 30-90 mg/hari, tranilsipromin 20-60 mg/hari, isokarboksazid 20-60 mg/hari, dan seleginin 20-40 mg/hari. Obat-obat tersebut merupakan agen *irreversibel*, sedangkan obat yang termasuk agen *reversible* contohnya adalah moklobemid dengan dosis lazim 300-400 mg/hari (Mann, 2005).

4. Terapi Tambahan

Digunakannya terapi tambahan yang untuk meningkatkan efek antidepresan serta mencegah terjadinya mania.

1) Mood Stabilizer

Lithium dan Lomotrigin biasa digunakan sebagai mood stabilizer. Litium adalah suatu terapi tambahan yang efektif pada pasien yang tidak memberikan respon terhadap pemberian monoterapi antidepresan. Lomotrigin adalah antikonvulsan yang mereduksi glutamateric dan juga digunakan sebagai agen terapi tambahan pada depresi mayor (Barbosa et al., 2003) dan juga digunakan untuk terapi dan pencegahan relapse pada depresi bipolar (Yatham, 2004).

Beberapa *mood stabilizer* yang lain yaitu Valproic acid, divalproex dan Carbamazepin ini semua digunakan untuk terapi mania pada bipolar disorder. Divalproex dan Valproate digunakan untuk mencegah kekambuhan kembali (Mann, 2005).

2) Antipsikotik

Antipsikotik digunakan untuk meningkatkan efek antidepresan. Ada 2 macam antipsikotik yaitu typical antipsikotik dan atypical antipsikotik. Obat – obat yang

termasuk typical antipsikotik yaitu Chlorpromazine, Fluphenazine, dan Haloperidol. Antipsikotik typical bekerja memblokir dopamin D2 reseptor. Atypical antipsikotik hanya digunakan untuk terapi pada depresi mayor resisten (Kennedy, 2003) dan bipolar depresi (Keck, 2005). Obat – obat yang termasuk 12 dalam Atypical antipsikotik clozapine, olanzapine, dan aripipazole (Mann, 2005).

2.8 PENCEGAHAN DEPRESI

1. Cobalah lebih aktif bergerak dan berlatihlah secara fisik.
2. Tentukan tujuan yang realistis untuk diri Anda sendiri.
3. Pecahlah tugas-tugas yang lebih besar menjadi tugas yang kecil-kecil, tentukanlah sejumlah prioritas, dan lakukanlah sebisa Anda.
4. Pergilah bioskop, permainan bola, atau ke aktivitas lainnya yang anda rasakan sebagai aktivitas yang menyenangkan
5. Cobalah untuk melewati waktu bersama anggota keluarga atau orang lain yang dipercaya untuk berbagi perasaan dan kebersamaan dengan mereka.
6. Cobalah untuk tidak mengisolasi diri Anda sendiri dan biarkan diri Anda dibantu oleh oranglain (NIMH,2015).

2.9 PENGETAHUAN

2.9.1 Definisi pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) (Notoatmodjo,2005, p: 50).

Pengetahuan adalah kesan dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya dan berbeda dengan kepercayaan (*believes*), takhayul (*superstition*), dan penerangan – penerangan yang keliru (*misinformation*). Pengetahuan juga diartikan sebagai hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang

dimilikinya (mata, hidung, telinga, mulut, dan kulit) dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan. Hal tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, terjadi proses berurutan di dalam diri orang tersebut, yakni:

- a. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus / objek terlebih dahulu.
- b. *Interest*, yakni orang yang mulai tertarik pada stimulus.
- c. *Evaluation*, menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.
- d. *Trial*, orang yang telah mencoba perilaku baru.
- e. *Adaption*, yakni subjek telah berperilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Dewi, M., 2010).

2.9.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkatan yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan:

- a. Tahu (*know*), diartikan sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Oleh sebab itu tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.
- b. Memahami (*comprehension*), bukan hanya sekedar tahu dan dapat menyebutkan objek namun juga dapat memahami dan menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.
- c. Aplikasi (*aplication*), diartikan apabila seseorang yang telah memahami objek tersebut dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang telah diketahui tersebut pada situasi yang lain.

- d. Analisis (*analysis*), merupakan kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan memisahkan, dan mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang telah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut dapat membedakan, atau mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.
- e. Sintesis (*synthesis*), menunjukkan kepada suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.
- f. Evaluasi (*evaluation*), berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri (Budiman dan Riyanto, 2013).

2.2.4 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang menurut Mubarak dibagi menjadi tujuh, yaitu:

- a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai baru yang diperkenalkan.

- b. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

c. Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek psikis dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis dan mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa.

d. Minat

Sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih dalam.

e. Pengalaman

Merupakan suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang membekas dalam emosi sehingga menimbulkan sikap positif.

f. Kebudayaan

Terutama kebudayaan lingkungan sekitarnya, apabila dalam suatu wilayah memiliki budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan.

g. Informasi

Akses yang mudah untuk memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru (Budiman, Riyanto, A., 2013).