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 ANGKATAN 2020"

Hari/Tanggal : **Rabu, 9 Juni 2021**

Waktu : **14.00 WITA**

Tempat : ***Zoom Meeting***

Makassar, 9 Juni 2021

Mengetahui,

Dr. dr. Saidah Syamsuddin, 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. Erlyn 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. Irfan Idris, M.Kes

NIP. 19671103 199802 1 001

Ketua Program Studi Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

Dr. dr. Sitti Ratiah, M.Si

NIP. 19680530 199703 2 001

DEPARTEMEN ILMU KEDOKTERAN JIWA

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2021

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

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 Syamsuddin, 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 Daenunu, Alifya Kasih, Salwaa Ardhiah, dan Ridzky Farah Salsabila yang selalu memberikan dukungan dan kebersamaan kepada penulis sampai saat ini, serta Asty Suci Ramadani yang selalu membersamai 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 membersamai 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 *Disabilty 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 menunjukan 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 pertambahan 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, frustasi, 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 pengetahun mengenai faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tingkat depresi di masa pandemi COVID-19.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Menambah pengetahuan masyarakat dalam mengidentifikasi gelaja-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, frustasi, 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 pengatuh 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 kesehataan 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 cmeas, 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 pengaturn 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 neurotransmiter, 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 neurotransmiter 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 neurotransmiter tersebut yang menghasilkan karakteristik gejala psikologis dan somatik pada penderita depresi (Friedman & Anderson, 2014).

Norepinefrin dianggap sebagai neurotransmiter 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 neurotransmiter 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 keputusasaan, 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 fakor 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 alfatorik biasanya berupa suara yangmenghina atau menuduh, atau bau kotoron 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 kehilangat 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

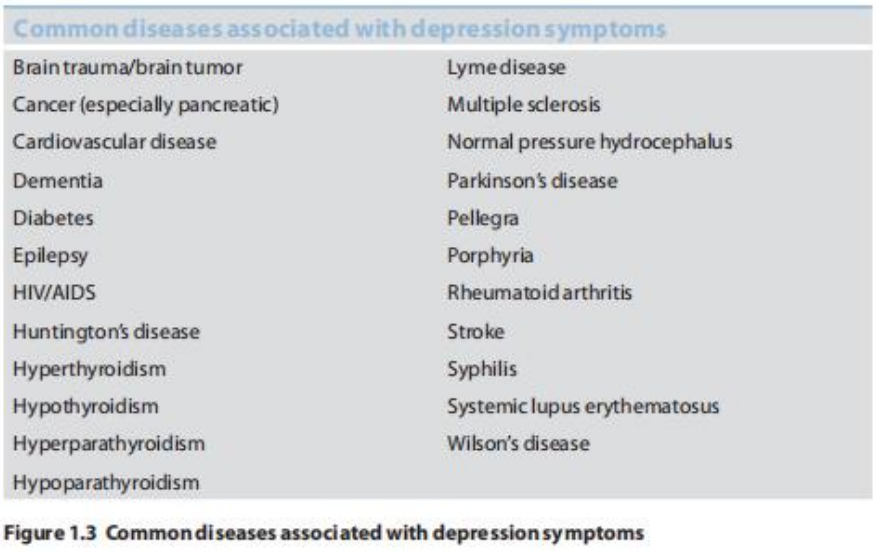
tidak spesifik skizofrenia lainnya, serta gangguan psikotik ` lainnya.

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

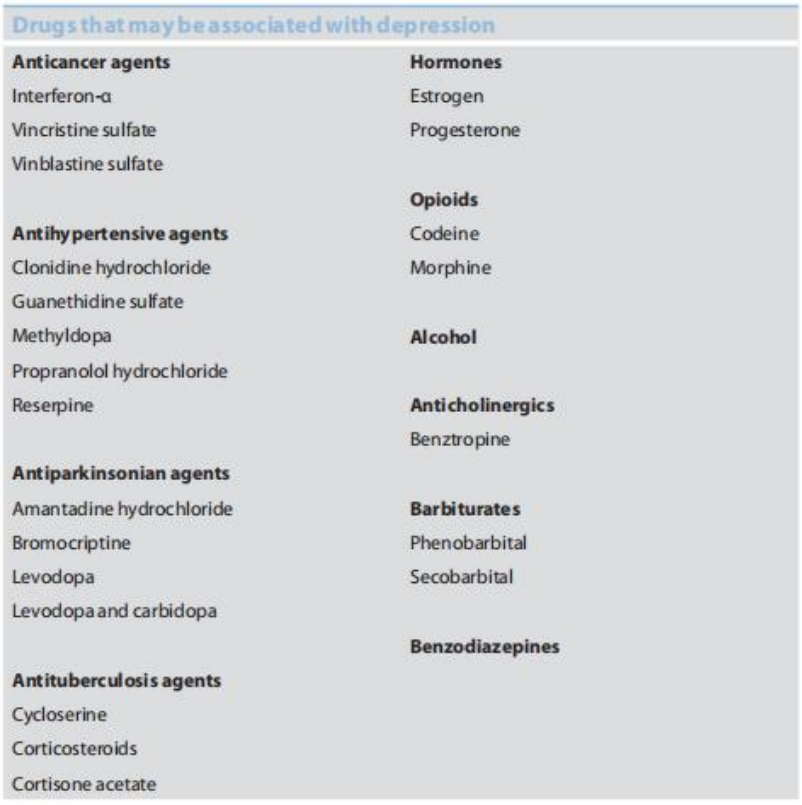
Gambar 2.1 Penyakit Umum yang Berhubungan dengan Gejala Depresi

(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 menentukkan 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 dipertimbangakan (Friedman & Anderson, 2014).



Drugs that may be associated with depression

Anticancer agents
Interferon-α
Vincristine sulfate
Vinblastine sulfate

Antihypertensive agents
Clonidine hydrochloride
Guanethidine sulfate
Methyldopa
Propranolol hydrochloride
Reserpine

Antiparkinsonian agents
Amantadine hydrochloride
Bromocriptine
Levodopa
Levodopa and carbidopa

Antituberculosis agents
Cycloserine
Corticosteroids
Cortisone acetate

Hormones
Estrogen
Progesterone

Opioids
Codeine
Morphine

Alcohol

Anticholinergics
Benztropine

Barbiturates
Phenobarbital
Secobarbital

Benzodiazepines

Figure 1.4 Drugs that may be assocated 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 pengembaliaan 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 pemlihan 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

	Assessment		
Outcomes	**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.

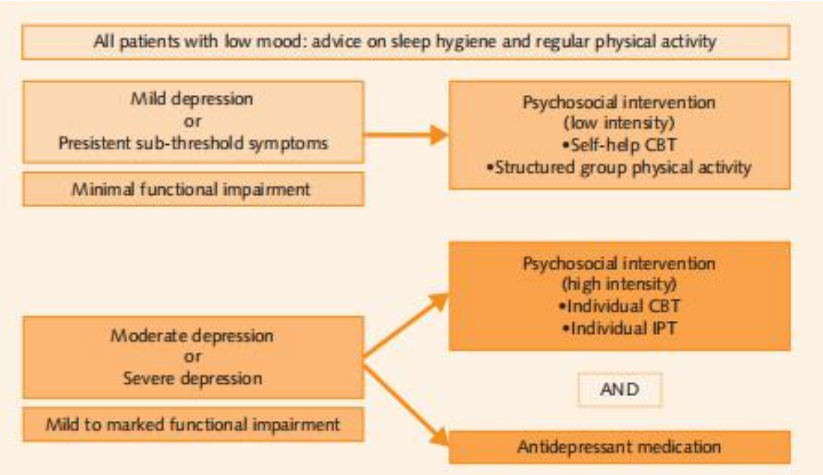
Gambar 2.3 Fase Tujuan Tatalaksana (Friedman & Anderson, 2014)

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 ataua 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 penunmpang 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 keefektivan 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).

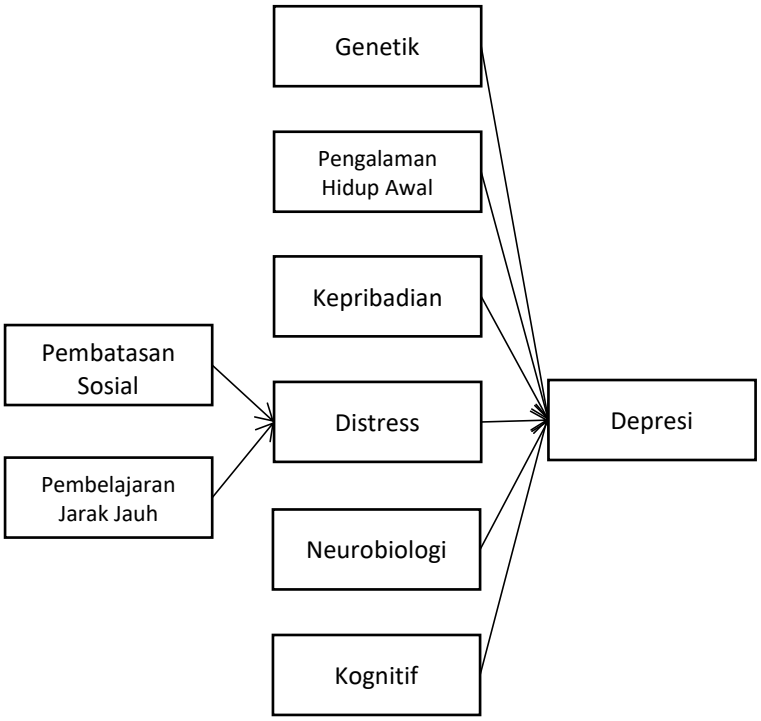
2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Pembelajaran Jarak Jauh

Dalam merealisasikan pembelajaran jarak jauh, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan proses pembelajaran. Pertama, koneksi inernet 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

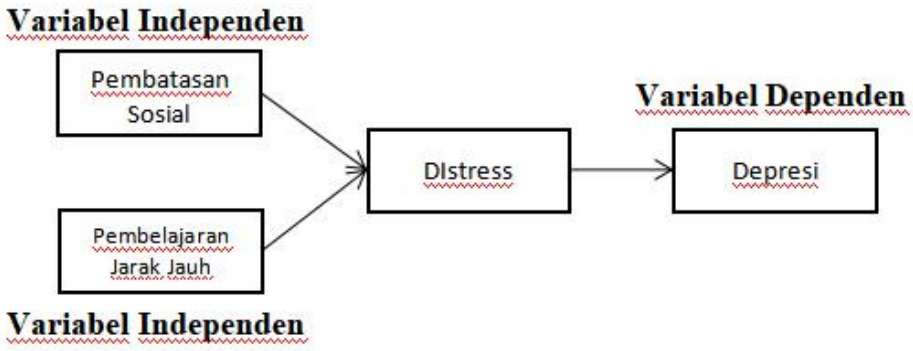
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

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 ≥ nilai rata-rata keseluruhan.
2. Persepsi buruk apabila total nilai < nilai rata-rata keseluruhan.