

**HUBUNGAN FAKTOR STRESOR PSIKOSOSIAL TERHADAP
KEJADIAN DEPRESI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
SUKAMERANG KABUPATEN GARUT
TAHUN 2021**

LAPORAN HASIL PENELITIAN

**Dilakukan Dalam Rangka Pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi Bagi Dosen
STIKes Karsa Husada Garut**

Peneliti :

Taufik Huda, S.Th.I., M.Pd.I.

Herlin Rusyani, SH., M.Pd.

Wahyudin, S. Kp., M. Kes



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
KARSA HUSADA GARUT
2021**

ABSTRAK

HUBUNGAN FAKTOR STRESOR PSIKOSOSIAL TERHADAP KEJADIAN DEPRESI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUKAMERANG TAHUN 2021

Herlin Rusyani/D3 Keperawatan/STIKes Karsa Husada Garut

Email: herlin1506@gmail.com

Taufik Huda/D3 Keperawatan/STIKes Karsa Husada Garut

Email: shiopikhuda@gmail.com

Wahyudin/Profesi Ners/STIKes Karsa Husada Garut

Email: wahyudin.1363@gmail.com

Psikologis merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan gangguan jiwa, didukung dengan adanya stresor psikososial, dimana faktor psikologis berperan penting dalam perkembangan mental. Secara umum gangguan jiwa disebabkan karena adanya tekanan psikologis yang disebabkan oleh adanya tekanan dari luar individu maupun tekanan dari dalam individu baik itu stresor psikososial, insidensi penyakit mental dipengaruhi oleh status ekonomi rendah. Tujuan umum dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan faktor stressor psikososial terhadap kejadian depresi di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang Kersamanah tahun 2021. Metode penelitian yang digunakan adalah survei analitik dengan pendekatan case control. Hasil penelitian diperoleh 61.2% responden mengalami stresor pada pasien depresi dan terdapat 33.3% yang tidak mengalami stresor psikososial. Sedangkan pasien tidak depresi yang mengalami stresor psikososial 38.8% dan responden tidak depresi 66.7% tidak mengalami stresor. Stresor psikososial mempunyai hubungan yang signifikan antara yang mengalami stresor psikososial dengan kejadian depresi dan yang tidak mengalami stressor psikososial dengan kejadian depresi yaitu diperoleh P-value = 0.012. karena P-value < 0.5 maka Ho ditolak, sehingga dapat kesimpulan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara faktor psikososial dengan kejadian depresi. Dan berdasarkan analisis tersebut, diperoleh OR = 3.158 artinya bahwa responden yang mengalami stresor psikososial lebih tinggi memiliki potensi 3.158 kali mengalami gangguan jiwa depresi.

Kata Kunci: *Depresi, Stresor Psikososial*

ABSTRACT

PSYCHOSOCIAL FACTORS RELATED TO THE EVENT DEPRESSION WORKING IN THE HEALTH DISTRICT SUKAMERANG GARUT 2021

Herlin Rusyani/D3 Keperawatan/STIKes Karsa Husada Garut

Email: herlin1506@gmail.com

Taufik Huda/D3 Keperawatan/STIKes Karsa Husada Garut

Email: shiopikhuda@gmail.com

Wahyudin/Profesi Ners/STIKes Karsa Husada Garut

Email: wahyudin.1363@gmail.com

Psychological is one factor that can cause mental disturbance, supported with psychosocial stressors, in which psychological factors play an important role in the development of public mental. Secara mental disorders due to the psychological pressure caused by the pressure of outside individuals and pressure from within the individual either psychosocial stressors, the incidence of mental illness is influenced by low economic status. The general objective of the study is to examine the relationship between psychosocial stressors on the incidence of depression in Puskesmas Sukamerang Kersamanah 2021. The method used is the analytic survey with case control approach. The results were obtained 61.2% of respondents experienced a stressor in depressed patients and 33.3% who are not experiencing psychosocial stressors. While non-depressed patients experiencing psychosocial stressors 38.8% and 66.7% of respondents did not depression do not experience psychosocial stresor. Stresor had a significant relationship between experiencing psychosocial stressors with the incidence of depression and are not experiencing psychosocial stressors with the incidence of depression is obtained $P\text{-value} = 0.012$, because the $P\text{-value} < 0.5$, then H_0 is rejected, so it can be concluded that there is a significant relationship between psychosocial factors with the incidence of depression. And based on the analysis, obtained $OR = 3,158$ means that the respondents had higher psychosocial stressors have a potential 3,158 times experience a mental disorder of depression.

Keywords: Depression, Psychosocial

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa (Mental Disorder) merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan di negara-negara maju, modern dan industri. Keempat masalah kesehatan utama adalah penyakit degeneratif, kanker, gangguan jiwa dan kecelakaan (Hawari, 2006). Meskipun gangguan jiwa tersebut tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan tersebut dalam arti ketidaktahuan serta invaliditas baik secara individu maupun kelompok menghambat pembangunan, karena mereka tidak produktif dan tidak efisien (Hawari, 2006).

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat mendalam, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan (Davison dkk,2006). Faktor - faktor yang dihubungkan dengan penyebab depresi antara lain faktor biologi, faktor genetik dan faktor psikosial. Dimana ketiga faktor tersebut juga dapat saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya (Sadock & Sadock, 2010).

Menurut *World Health Organization (WHO)* yang dikutip dari Yosep (2008) masalah gangguan kesehatan jiwa diseluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius, paling tidak ada satu dari empat orang di dunia

mengalami masalah jiwa WHO menyebutkan “tidak kurang dari 450 juta penderita gangguan jiwa” ditemukan di dunia. Departemen kesehatan menyebutkan jumlah penderita gangguan jiwa berat sebesar 2,5 juta, yang diambil dari data rumah sakit se Indonesia (Depkes RI, 2008). Jumlah penderita gangguan jiwa di masyarakat sangat tinggi, yaitu satu dari empat penduduk Indonesia menderita kelainan jiwa berupa cemas, depresi, stres, penyalahgunaan obat, kenakalan remaja sampai skizoprenia.

Jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia saat ini, menurut data Departemen Kesehatan tahun 2013, mencapai lebih dari 28 juta orang, dengan kategori gangguan jiwa ringan 11,6 persen dari populasi dan 0,46 persen menderita gangguan jiwa berat (Kompas.com, 2014). Diperkirakan sekitar 2,5 juta jiwa atau 1% lebih dari keseluruhan jumlah penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa yang sampai sekarang belum diketahui secara pasti penyebabnya. Berdasarkan survey Kesehatan Rumah Tangga di 11 kota pada tahun 2013, ditemukan 185 penderita gangguan jiwa dalam populasi 1000 penduduk Indonesia (Hamid, 2014).

Menurut Dinkes Provinsi Jawa Barat pada tahun 2013 jumlah angka kejadian gangguan jiwa masih tertinggi secara nasional. Di Indonesia DI Yogyakarta menduduki peringkat pertama sebagai jumlah penderita gangguan jiwa terbanyak disusul dengan peringkat kedua oleh Aceh, dan Jawa Barat menduduki peringkat ketiga, dibawahnya terdapat Gorontalo dan Sulawesi Selatan. Angkanya mencapai 20% atau lebih besar dari angka rata-rata nasional 11,6% atau sekitar 19 juta orang mengalami gangguan jiwa. Data yang didapat dari Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat menunjukkan mayoritas pasien-pasien yang berkunjung adalah gangguan jiwa (Kompas.com 2013).

Berdasarkan hasil study pendahuluan data Dinas Kesehatan Kabupaten Garut tahun 2016 jumlah angka kejadian gangguan jiwa diperkirakan untuk klien data rawat jalan dan pengobatan 1.6382 jiwa, untuk klien yang rujukan dan konsultasi 958 jiwa, untuk klien

husus penyuluhan kesehatan warga 1.323 dan klien yang melakukan kunjungan 3.721 jiwa. Usaha kesehatan jiwa masyarakat di Kabupaten Garut kini perlu di perhatikan yang mana banyaknya masyarakat yang mengidap penyakit jiwa, dari jumlah 65 Puskesmas dan 104 Puskesmas Pembantu yang mengembangkan balai pengobatan jiwa, salah satunya puskesmas Bayongbong dengan jumlah penderita gangguan jiwa 62 orang, Cilawu dengan jumlah penderita gangguan jiwa 79 orang, Siliwangi dengan jumlah penderita 99 orang, Sukamerang dengan jumlah 142 orang dan Wanaraja dengan jumlah penderita sebanyak 142 orang namun untuk jumlah data penderita gangguan jiwa dari Puskesmas Wanaraja tersebut baru sementara dengan jumlah kunjungan pasti sebanyak 69 orang.

Dari studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Sukamerang Kecamatan Kersamanah dengan wilayah kerja meliputi 6 desa yaitu desa Sukamerang, Nanjungjaya, Girijaya, Kersamanah, Sukamaju dan desa Mekar Raya diperoleh 10 gangguan jiwa, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1.1
Kejadian Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Sukamerang
Kecamatan Kersamanah 2015/2016

No	Jenis Penyakit	2015	2016	Persentase
1.	Skizoprenia	96	98	64%
2.	Depresi	33	42	28%
3.	Baby Bloos	3	3	2%
4.	Paranoid	1	1	0.5%
5.	Stomofom	2	2	1%
6.	Pobia	1	1	0.5%
7.	Epilepsi	1	1	0.5%
8.	Psikotik	2	2	1%
9.	BPSD	1	1	0.5%
10.	RM Berat	3	3	2%
Jumlah		142	154	100%

Sumber : RM Puskesmas Sukamerang 2015/2016

Berdasarkan tabel 1.1 dapat dilihat bahwa kasus gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang Kecamatan Kersamanah dari tahun 2014 sebanyak 142 orang warga

menderita gangguan jiwa dan pada tahun 2015 terjadi peningkatan sebanyak 12 orang atau sekitar 8% menjadi 152 orang. Sedangkan pasien depresi bertambah 9 orang atau 6,3%.

Pasien gangguan jiwa di Kecamatan Kersamanah, kebanyakan pasien dirawat oleh keluarga dengan bantuan serta pengontrolan dari puskesmas, pasien mendapatkan obat secara rutin dan bantuan sosial dari berbagai pihak untuk melakukan berbagai usaha. Dari desa yang ada di Kecamatan Kersamanah pasien yang masih melakukan terapi sebanyak 84 orang, yang tidak melakukan pengobatan atau drop out sebanyak 68 orang dan sebanyak 11 orang meninggal dunia pada tahun 2014 serta 2015.

Depresi adalah gangguan mental umum yang menyajikan dengan mood depresi, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, tidur terganggu atau nafsu makan, energi rendah, dan hilang konsentrasi. Masalah ini dapat menjadi kronis atau berulang dan menyebabkan gangguan besar dalam kemampuan individu untuk mengurus tanggung jawab sehari-hari - harinya baik fungsi sosial, pekerjaan, dan perawatan diri (WHO, 2011).

Depresi menyebabkan penurunan status kesehatan seseorang, disamping itu berkurangnya, motivasi, emosi, dan kemampuan kognitif menyebabkan individu dengan depresi menjadi tidak dapat berfungsi secara efektif sehingga terdapat ketergantungan, kehilangan percaya diri, termasuk penurunan kemampuan berkomunikasi hingga terjadi gangguan sosial yang dapat memperburuk kondisi kesehatannya, terutama bagi penderita penyakit kronis dan berulang. Depresi juga dapat memperparah penyakit, distress, dan meningkatkan disabilitas. Depresi yang dikombinasikan dengan penyakit kronik akan memperburuk kondisi kesehatan dan meningkatkan risiko kematian. Penderita sukar untuk bersosialisasi, dan tidak dapat bekerja seperti sebelumnya karena sifat regresif serta kemunduran dalam perawatan diri (Ibrahim, 2011).

Faktor kepribadian *premorbid* menunjukkan tidak ada satu kepribadian atau bentuk kepribadian yang khusus sebagai predisposisi terhadap depresi. Semua orang dengan ciri kepribadian manapun dapat mengalami depresi, walaupun tipe kepribadian seperti dependen, obsesi kompulsif, histionik mempunyai risiko yang besar mengalami depresi dibandingkan dengan lainnya (Sadock & Sadock, 2010). Secara umum gangguan jiwa disebabkan karena adanya tekanan psikologis yang disebabkan oleh adanya tekanan dari luar individu maupun tekanan dari dalam individu baik itu stresor psikososial. Insidensi penyakit mental dipengaruhi oleh status ekonomi rendah. (Kaplan & Sadock 2008)

Psikologis merupakan analisis mengenai proses mental dan struktur daya ingat untuk memahami manusia, psikologi bertugas menyelidiki apa yang disebut pengalaman bagian dalam sensasi dan perasaan kita sendiri, pikiran serta kehendak kita yang bertolak belakang dengan pengalaman setiap objek pengalaman luar yang melahirkan pokok permasalahan (Shaleh, 2005). Psikologis abnormal berkaitan dengan kelainan atau hambatan kepribadian, yang menyangkut proses dan isi kejiwaan.

Menurut penelitian Yanuar (2008), menunjukkan adanya hubungan yang erat antara faktor genetik dengan kejadian gangguan jiwa, individu yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa memiliki kecenderungan lebih tinggi dibanding dengan orang yang tidak memiliki faktor herediter. Individu yang memiliki hubungan ayah, ibu, saudara atau anak dari pasien yang mengalami gangguan jiwa memiliki kecenderungan 10%, sedangkan keponakan atau cucu kejadiannya 2-4%. Individu yang memiliki hubungan sebagai kembar identik dengan pasien yang mengalami gangguan jiwa memiliki kecenderungan 46-48%, sedangkan kembar dizygot memiliki kecenderungan 14-17%.

Berdasarkan data yang dihimpun CDC pada tahun 2007-2010, prevalensi depresi paling tinggi diderita oleh kelompok usia 40-59 tahun, yakni sebesar 9,45%. Angka tertinggi kedua diperoleh oleh kelompok usia 18-39 tahun, yakni sebesar 8%, disusul dengan kelompok usia

12-17 tahun sebesar 6,3%. Dua kelompok terakhir merupakan kelompok usia ideal seseorang memasuki masa pendidikan di universitas, atau lebih tepatnya menjadi mahasiswa.

Dalam studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti terhadap 9 keluarga yang salah satu anggota keluarga mengalami depresi, didapatkan informasi bahwa orang yang mengalami depresi memiliki riwayat pengalaman yang tidak menyenangkan baik itu berupa kehilangan, kegagalan mencapai cita-cita sebanyak 1 orang (11%), perceraian, persaingan sebanyak 1 orang (11%) dan kesepian sebanyak 5 orang (56%) serta latar belakang keluarga yang mengalami kesulitan dalam masalah ekonomi keluarga baik kesulitan dari sandang, pangan ataupun papan dengan penghasilan sangat minim sebanyak 2 orang (22%). Psikologis merupakan faktor yang berperan penting dalam pengembangan terjadinya seseorang mengalami gangguan jiwa didukung dengan adanya stresor psikososial, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan berdasarkan latar belakang diatas tentang hubungan faktor stressor psikososial terhadap kejadian depresi di Wilayah Kerja Puskesmas Sukamerang Kabupaten Garut tahun 2021.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian “Adakah Hubungan Faktor Stresor Psikososial Terhadap Kejadian Depresi Di Wilayah Kerja Sukamerang Kecamatan Kersamanah Kabupaten Garut Tahun 2021”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum penelitian bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor stressor psikososial terhadap kejadian depresi di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang Kersamanah tahun 2021.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi faktor stresor psikososial kelompok kontrol dan kelompok kasus di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang Kecamatan Kersamanah tahun 2021.
2. Mengidentifikasi hubungan faktor stresor psikososial terhadap kejadian depresi di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang tahun 2021.

1.4 Kegunaan Penelitian

1.4.1 Kegunaan Praktis

1. Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, khususnya dalam memberikan pendidikan kesehatan serta menjalankan program kesehatan jiwa masyarakat guna mengurangi kejadian depresi yang kian meningkat.

2. Bagi Perawat

Penelitian ini dapat dijadikan data dasar dalam melakukan intervensi pada klien dan berkolaborasi dengan keluarga guna peningkatan kesembuhan klien.

1.4.2 Kegunaan Teoritis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi yang berguna untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan jiwa komunitas dalam hal pemberian asuhan keperawatan pada klien dan keluarga dengan gangguan kesehatan jiwa.

2. Bagi Peneliti

Penelitian ini dijadikan sebagai hasil pembelajaran tentang keperawatan jiwa komunitas serta menambah wawasan bagi peneliti selama dilapangan dan bisa dilakukan untuk penelitian selanjutnya mengenai faktor-faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya depresi selain faktor psikologis.

BAB II

TINJAUAN TEORI, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Depresi

2.1.1.1 Pengertian Depresi

Depresi adalah perasaan sedih, ketidakberdayaan dan pesimis yang berhubungan dengan suatu penderitaan. Dapat berupa serangan yang ditujukan kepada diri sendiri atau perasaan marah yang dalam (Nugroho, 2012). Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat mendalam, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan (Davison dkk, 2006).

Depresi merupakan gangguan suasana hati atau mood yang dalam edisi DMS (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yang dikenal sebagai gangguan afektif (Kaplan & Sadock, 2010). Depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (affective/mood disorder), yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketidakgairahan hidup, perasaan tidak berguna, dan putus asa (Hawari, 2010). Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa depresi merupakan gangguan suasana hati atau mood ditandai dengan kesedihan yang amat sangat mendalam, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan.

2.1.1.2 Penyebab Depresi

Dasar penyebab depresi yang pasti tidak diketahui, banyak usaha untuk mengetahui penyebab dari gangguan ini. Menurut Kaplan, faktor-faktor yang dihubungkan dengan penyebab depresi dapat dibagi atas: faktor biologis, faktor genetik dan faktor psikososial. Dimana ketiga faktor tersebut juga dapat saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya (Kaplan & Sadock, 2010). Dalam Kaplan & Sadock, 2010 penyebab terjadinya depresi adalah :

1. Faktor Biologis

Faktor neurotransmitter : Dari biogenik amin, norepinefrin dan serotonin merupakan dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan mood. Norepinefrin hubungan yang dinyatakan oleh penelitian ilmiah dasar antara turunnyaregulasi reseptor B-adrenergik dan respon antidepresan secara klinis memungkinkan indikasi peran sistem noradrenergik dalam depresi.

Bukti-bukti lainnya yang juga melibatkan presinaptik reseptor adrenergik dalam depresi, sejak reseptor - reseptor tersebut diaktifkan mengakibatkan penurunan jumlah norepinefrin yang dilepaskan. Presinaptik reseptor adrenergik juga berlokasi di neuron serotoninergik dan mengatur jumlah serotonin yang dilepaskan. Dopamin juga sering berhubungan dengan patofisiologi depresi. Faktor neurokimia lainnya seperti gammaaminobutyric acid (GABA) dan neuroaktif peptida (vasopressin dan opiate endogen) telah dilibatkan dalam patofisiologi gangguan Mood. (Rush et al., 1998)

2. Faktor Genetik

Data genetik dengan kuat menunjukkan bahwa faktor genetik yang signifikan terlibat dalam timbulnya gangguan mood tetapi pola pewarisan genetik terjadi melalui mekanisme yang kompleks. Tidak hanya menyingkirkan pengaruh psikososial tetapi faktor nongenetik mungkin memiliki peranan kausatif didalam

timbulnya gangguan mood pada beberapa orang. Komponen Genetic memiliki peranan yang bermakna didalam gangguan bipolar I daripada gangguan depresi berat. (Kaplan & Sadock, 2010)

3. Sebab Psikososial

Peristiwa kehidupan dan stres lingkungan dimana suatu pengamatan klinik menyatakan bahwa peristiwa atau kejadian dalam kehidupan yang penuh ketegangan sering mendahului episode gangguan mood. Suatu teori menjelaskan bahwa stres yang menyertai episode pertama akan menyebabkan perubahan fungsional neurotransmitter dan sistem pemberi tanda intra neuronal yang akhirnya perubahan tersebut menyebabkan seseorang mempunyai resiko yang tinggi untuk menderita gangguan mood selanjutnya (Sadock & Sadock, 2010).

Faktor kepribadian premorbid menunjukkan tidak ada satu kepribadian atau bentuk kepribadian yang khusus sebagai predisposisi terhadap depresi. Semua orang dengan ciri kepribadian manapun dapat mengalami depresi, walaupun tipe kepribadian seperti dependen, obsesi kompulsif, histironik mempunyai risiko yang besar mengalami depresi dibandingkan dengan lainnya (Sadock & Sadock, 2010).
Faktor Psikoanalitik dan Psikodinamik : Freud (1917) menyatakan suatu hubungan antara kehilangan objek dan melankoli. Ia menyatakan bahwa kemarahan pasien depresi diarahkan kepada diri sendiri karena mengidentifikasikan terhadap objek yang hilang. Freud percaya bahwa introjeksi merupakan suatu cara ego untuk melepaskan diri terhadap objek yang hilang (Sadock & Sadock, 2010).

Menurut penelitian Bibring mengatakan depresi sebagai suatu efek yang dapat melakukan sesuatu terhadap agresi yang diarahkan kedalam dirinya. Apabila pasien depresi menyadari bahwa mereka tidak hidup sesuai dengan yang dicita - citakannya, akan mengakibatkan mereka putus asa (Tasman, 2008). Faktor

ketidakberdayaan yang dipelajari dimana ditunjukkan dalam hewan percobaan, dimana binatang secara berulang - ulang dihadapkan dengan kejutan listrik yang tidak dapat dihindarinya, binatang tersebut akhirnya menyerah dan tidak mencoba sama sekali untuk menghindari kejutan selanjutnya. Mereka belajar bahwa mereka tidak berdaya. Pada penderita depresi, dapat menemukan hal yang sama dari keadaan ketidakberdayaan tersebut. (Sadock & Sadock, 2010).

Pada teori kognitif, Beck menunjukkan perhatian gangguan kognitif pada depresi. Dia mengidentifikasi 3 pola kognitif utama pada depresi yang disebut sebagai triad kognitif, yaitu pandangan negatif terhadap masa depan, pandangan negatif terhadap diri sendiri, individu menganggap dirinya tak mampu, bodoh, pemalas, tidak berharga, dan pandangan negatif terhadap pengalaman hidup (Sadock & Sadock, 2010).

2.1.1.3 Tanda Gejala Depresi

Gejala depresi pada setiap orang berbeda – beda, hal ini tergantung pada berat atau ringannya gejala (Depkes, 2007). Gejala yang ditemui pada pasien depresi yaitu gejala emosional, gejala fisik, gejala intelektual atau kognitif dan gangguan psikomotor. Gejala emosi ditandai dengan berkurangnya kemauan untuk menikmati kesenangan, kehilangan minat, kegiatan, hobi yang biasa dikerjakan, tampak sedih, pesimis, tidak ada rasa percaya diri, merasa tidak berharga, perasaan cemas yang berlebihan, merasa bersalah yang tidak realistis, dan berhalusinasi. (Teter et al., 2007). Menurut Hawari, 2011, secara lengkap gejala depresi adalah sebagai berikut :

1. Afek disforik, yaitu perasaan murung, sedih, gairah hidup menurun, tidak semangat dan merasa tidak berdaya.
2. Perasaan bersalah, berdosa, penyesalan.
3. Nafsu makan menurun.

4. Konsentrasi dan daya ingat menurun.
5. Gangguan tidur : insomnia (sukar/tidak dapat tidur) atau sebaliknya hipersomnia (terlalu banyak tidur). Gangguan ini sering kali disertai dengan mimpi – mimpi yang tidak menyenangkan, misalnya mimpi orang yang meninggal.
6. Agitasi atau retardasi
7. Psikomotor (gaduh gelisah atau lemah tak berdaya).
8. Hilangnya rasa senang, semangat dan minat, tidak suka lagi melakukan hobi, kreatifitas menurun, produktivitas juga menurun.
9. Gangguan seksual (libido menurun).
10. Pikiran – pikiran tentang kematian, bunuh diri.

Sedangkan menurut National Institute of Mental Health, 2008. Gejala-gejala depresi antara lain:

1. Perasaan sedih yang menetap, khawatir atau perasaan kosong
2. Perasaan putus asa dan atau pesimisme
3. Perasaan bersalah, perasaan tidak berharga dan atau putus asa
4. Cepat marah, tidak dapat istirahat
5. Insomnia, terjaga dipagi buta, atau tidur yang berlebihan
6. Pikiran untuk bunuh diri, usaha bunuh diri
7. Perasaan sakit yang menetap, sakit kepala, kram atau gangguan pencernaan yang tidak mudah disembuhkan walaupun dengan perawatan.

2.1.1.4 Penatalaksanaan Terapi Depresi

Tujuan terapi depresi adalah untuk mengurangi gejala depresi akut, meminimalkan efek samping, memastikan kepatuhan pengobatan, membantu pengembalian ketinggian fungsi sebelum depresi, dan mencegah episode lebih lanjut (Sukandar dkk., 2008). Banyaknya jenis terapi pengobatan, keefektivitan 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). Terapi depresi yang dapat dilakukan diantaranya :

1. Terapi non farmakologi

- a. 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)

- b. Electro Convulsive Therapy (ECT)

Electro Convulsive Therapy adalah terapi dengan mengalirkan arus listrik ke otak (Depkes, 2007). 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).

2. Terapi Farmakologi

Antidepresan adalah obat yang dapat digunakan untuk memperbaiki perasaan (mood) yaitu dengan meringankan atau menghilangkan gejala keadaan murung yang disebabkan oleh keadaan sosial – ekonomi, penyakit atau obat – obatan (Tjay & Rahardja, 2007). Antidepresan adalah obat yang digunakan untuk mengobati kondisi serius yang dikarenakan depresi berat. Kadar NT (nontransmitter) terutama NE (norepinefrin) dan serotonin dalam otak sangat berpengaruh terhadap depresi dan gangguan SSP. Rendahnya kadar NE dan serotonin di dalam otak inilah yang menyebabkan gangguan depresi, dan apabila kadarnya terlalu tinggi menyebabkan mania. Oleh karena itu antideresan adalah obat yang mampu meningkatkan kadar NE dan serotonin di dalam otak (Prayitno,2008).

Selective Serotonin Reuptake Inhibitor(SSRI) merupakan obat terbaru dengan batas keamanan yang lebar dan memiliki spektrum efek samping obat yang berbeda – beda. SSRI diduga dapat meningkatkan serotonin ekstraseluler yang semula mengaktifkan autoreseptor, aktivitas penghambat pelepasan serotonin dan menurunkan serotonin ekstraseluler ke kadar sebelumnya. Untuk saat ini SSRI secara umum dapat diterima sebagai obat lini pertama (Neal, 2006).

3. Terapi Tambahan

Digunakannya terapi tambahan yang untuk meningkatkan efek antidepresan serta mencegah terjadinya mania. Terapi tambahan yang biasa digunakan adalah :

a. 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 glutamatericdan juga digunakan sebagai agen terapi tambahan pada depresi mayor (Barbosaet 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).

b. Antipsikotik

Antipsikotik digunakan untuk meningkatkan efek antidepresan. Ada 2 macam antipsikotik yaitu typical antipsikotik dan atypical antipsikotik. Obat – obat yang termasuk typical antipsikotik yaitu Chorpromazine, Fluphenazine, dan Haloperidol. Antipsikotiktypical bekerja memblok dopamine 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 aripripazole (Mann, 2005).

2.1.2 Konsep Psikologis

2.1.2.1 Pengertian Psikologis

Menurut Wilhelm Wundt dalam Karnoto (2008) psikologis merupakan ilmu pengetahuan yang mempelajari pengalaman-pengalaman yang timbul dalam diri

manusia, seperti perasaan panca indera, pikiran, merasa (feeling) dan kehendak. Psikologi adalah ilmu pengetahuan yang mempelajari tingkah laku manusia pada hubungan dengan lingkungannya, baik mengenai gejala, proses, maupun latar belakangnya. Psikologi merupakan ilmu yang berkaitan dengan proses mental, baik normal maupun abnormal, dan pengaruhnya terhadap perilaku atau ilmu pengetahuan mengenai gejala dan kegiatan jiwa yang dipelajari oleh filsafat serta ilmu fisiologi (Dahro, 2012). Psikologi adalah ilmu pengetahuan tentang tingkah laku dan kehidupan psikis (jiwani) manusia (Kartono, 2007).

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa psikologi merupakan ilmu pengetahuan yang mempelajari tingkah laku manusia baik sebagai individu dengan lingkungannya serta proses mental yang dialami dari pengalamannya.

2.1.2.2 Psikodinamik

Teori psikodinamik adalah teori yang berupaya menjelaskan hakikat dan perkembangan kepribadian. Teori ini mengasumsikan bahwa kepribadian berkembang ketika terjadi konflik-konflik dari aspek-aspek psikologis tersebut yang umumnya terjadi selama masa kanak-kanak dini. (Mar'at, 2005)

Menurut Sigmund Frued adanya gangguan tugas perkembangan pada masa anak terutama dalam hal berhubungan dengan orang lain sering menyebabkan frustrasi, konflik, dan perasaan takut, respon orang tua yang maladaptif pada anak akan meningkatkan stress, sedangkan frustrasi dan rasa tidak percaya yang berlangsung terus-menerus dapat menyebabkan regresi dan *withdral*. Disamping hal tersebut di atas banyak faktor yang mendukung timbulnya gangguan jiwa yang merupakan perpaduan dari beberapa aspek yang saling mendukung yang meliputi biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan. Tidak seperti pada penyakit jasmaniah, sebab-sebab gangguan jiwa adalah kompleks. (Kaplan & Sadock, 2008).

2.1.2.3 Teori Struktural Dari Pikiran

Model struktural dari aparatus psikis adalah inti dari psikologi ego. Ketiga bidang id, ego dan superego dibedakan oleh fungsinya yang berbeda. (Kaplan & Sadock, 2008). Menurut Freud dalam Mar'at (2005) yakin bahwa kepribadian manusia memiliki tiga struktur penting, yaitu *id*, *ego* dan *superego*.

1. Id.

Id merupakan struktur kepribadian yang asli, yang berisi segala sesuatu yang secara psikologis telah ada sejak lahir, termasuk insting-insting. Id merupakan *reservoir* (gudang) energi psikis dan menyediakan seluruh daya untuk menggerakkan kedua struktur kepribadian lainnya. (Mar'at, 2005).

Freud menggunakan istilah id untuk menamakan suatu penampungan dorongan instinktual yang tidak tersusun. Dengan kerja dibawah dominasi proses primer, id tidak mempunyai kemampuan untuk memperlambat atau memodifikasi dorongan instinktual dengan mana bayi dilahirkan, tetapi id tidak boleh dianggap sebagai sinonim dengan bawah sadar, karena baik ego dan superego mempunyai komponen bawah sadar. (Kaplan & Sadock, 2008).

2. Ego.

Ego adalah struktur kepribadian yang berurusan dengan tuntutan realitas. Ego disebut sebagai "*executif branch*" (badan pelaksana) kepribadian, karena ego membuat keputusan-keputusan rasional. Menurut Baldwin (1967), fungsi ego adalah menahan penyaluran dorongan, mengatur desakan dorongan-dorongan yang sampai pada kesadaran, mengarahkan suatu perbuatan agar mencapai tujuan-tujuan yang dapat diterima, berfikir logis, dan mempergunakan pengalaman emosi-emosi kecewa atau kesal sebagai tanda adanya sesuatu yang salah, yang tidak benar, sehingga dapat

dikategorikan dengan hal-hal lain untuk memutuskan apa yang akan dilakukan sebaik-baiknya. Perbedaan pokok antara id dan ego adalah ialah bahwa id hanya mengenal realitas subjektif-jiwa, sedangkan ego membedakan antara hal-hal yang terdapat dalam batin dan hal-hal yang terdapat dalam dunia luar. (Mar'at, 2005).

3. Superego.

Superego adalah struktur kepribadian yang merupakan badan moral kepribadian. Perhatian utamanya adalah memutuskan apakah sesuatu itu benar atau salah, sehingga ia dapat bertindak sesuai dengan norma-norma moral yang diakui oleh masyarakat. Menurut Hall dan Lindzey (1993), fungsi pokok superego adalah merintangi impuls-impuls id, terutama impuls-impuls seksual dan agresif, mendorong ego untuk menggantikan tujuan-tujuan realitas dengan tujuan-tujuan moralitas dan mengajar kesempurnaan. Jadi superego cenderung untuk menentang, baik id maupun ego dan membuat dunia menurut gambarannya sendiri. Tetapi superego sama seperti id bersifat tidak rasional, dan sama seperti ego, melaksanakan insting-insting. Berbeda dengan ego superego tidak hanya menunda pemuasan instin, tetapi tetap berusaha untuk merintanginya. (Mar'at, 2005).

2.1.2.4 Psikososial

Stres psikososial dan stres perkembangan yang terjadi secara terus menerus dengan koping yang tidak efektif akan mendukung timbulnya gejala psikotik dengan manifestasi kemiskinan, kebodohan, pengangguran, isolasi sosial, dan perasaan kehilangan. (Yosep, 2011)

Menurut Hawari, 2011 stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi atau penyesuaian diri untuk menanggulangnya.

Tidak semua orang mampu melakukan adaptasi dan mengatasi stresor tersebut, sehingga timbulah keluhan-keluhan antara lain berupa stres, cemas, dan depresi. Dari sekian banyak jenis stresor psikososial yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari para pakar memberikan beberapa contoh antara lain:

1. Perkawinan

Dalam masyarakat modern dan industri seperti sekarang ini, lembaga perkawinan adalah lembaga atau institusi yang paling banyak menderita. Salah satu faktor yang menyebabkan krisis perkawinan adalah tidak diamalkannya kehidupan religius dalam rumah tangga, yang mana perkawinan tersebut dapat berakhir dengan perselingkuhan.

2. Problem orangtua

Menjadi orangtua pada zaman sekarang ini tidak semudah seperti pada zaman dahulu, hal ini disebabkan karena kondisi tatanan sosial dan ekonomi sudah jauh berbeda. Orang tua zaman dahulu mempunyai banyak anak tidak menjadi masalah, tidak demikian halnya sekarang banyak anak dianggap merepotkan. Oleh karena itu problem orangtua zaman sekarang adalah bahwa yang penting bukan berapa banyak jumlah anak (kuantitas), melainkan yang utama adalah kualitas dari anak yang diasuhnya. Meskipun demikian jumlah anak 2-3 orang, orangtua akan mengalami problem manakala anak terlibat kenakalan remaja, pergaulan bebas, kehamilan diluar nikah, aborsi, atau penyalahgunaan NAZA (Narkotika, Alkohol, dan Zat Adiktif).

3. Hubungan Interpersonal (Antar Pribadi)

Hubungan antar sesama (perorangan/individual) yang tidak baik dapat merupakan sumber stres. Misalnya hubungan yang tidak serasi, tidak baik atau buruk dengan kawan dekat atau kekasih, antara sesama rekan, antara atasan dan bawahan, dan pengkhianatan.

4. Pekerjaan

Kehilangan pekerjaan (PHK, Pensiun) yang berakibat pada pengangguran akan berdampak pada gangguan kesehatan bahkan bisa sampai pada kematian, dengan pengangguran maka terlalu banyak beban pekerjaan sementara waktu tersedia sangat sempit dapat menyebabkan stres pula.

5. Lingkungan Hidup

Kondisi lingkungan hidup yang buruk besar pengaruhnya bagi kesehatan seseorang. Misalnya masalah perumahan, polusi, penghijauan, dan lain-lain yang merupakan sarana dan prasarana pemukiman hendaknya memenuhi syarat kesehatan lingkungan. Selain dari pada itu yang tidak kalah pentingnya adalah suasana kehidupan yang bebas dari gangguan kriminalitas yaitu keamanan dan ketertiban masyarakat.

6. Keuangan

Masalah keuangan dalam kehidupan sehari-hari ternyata merupakan salah satu stresor utama. Misalnya pendapatan lebih kecil dari pengeluaran, terlibat hutang, kebangkrutan usaha, soal warisan dan lain sebagainya.

7. Hukum

Keterlibatan seseorang dalam masalah hukum dapat merupakan sumber stres. Misalnya, tuntutan hukum, pengadilan, penjara dan lain sebagainya. Selain dari pada itu tidak ditegakannya supremasi hukum yang berdampak pada ketidakadilan dapat pula merupakan sumber stres.

8. Perkembangan

Perkembangan yang dimaksud disini adalah tahapan perkembangan baik fisik maupun mental seseorang (siklus kehidupan). Misalnya masa remaja, masa dewasa, menopause, usia lanjut dan lain sebagainya yang secara alamiah akan dialami oleh setiap orang, dan apabila tahapan perkembangan tersebut tidak dapat dilampaui dengan baik (tidak mampu beradaptasi), yang bersangkutan dapat mengalami stres.

9. Penyakit Fisik atau Cidera

Berbagai penyakit fisik terutama yang kronis dan atau cidera yang mengakibatkan invaliditas dapat menyebabkan stres pada diri seseorang.

10. Faktor Keluarga

Anak dan remaja dapat pula mengalami stres yang disebabkan karena kondisi keluarga yang tidak harmonis. Sikap orang tua terhadap anak yang dapat menimbulkan stres antara lain:

- a) Hubungan kedua orangtua yang dingin, atau penuh ketegangan, atau acuh tak acuh.
- b) Kedua orangtua jarang dirumah dan tidak ada waktu untuk bersama dengan anak-anak.
- c) Komunikasi antara orangtua dan anak yang tidak serasi (*communication gap*) .
- d) Kedua orangtua berpisah (*separate*) atau bercerai (*divorce*).
- e) Salah satu orang tua menderita gangguan jiwa atau kelainan kepribadian
- f) Orangtua dalam mendidik anak kurang sabar, pemaarah, keras, otoriter, dan lain sebagainya.

11. Trauma

Seseorang yang mengalami bencana alam, kecelakaan transportasi (darat, laut, udara) kebakaran, kerusuhan, peperangan, kekerasan, penculikan, perampokan, perkosaan, kehamilan diluar dan lain sebagainya, merupakan pengalaman yang traumatis yang pada gilirannya yang bersangkutan dapat mengalami stres (stres pasca trauma) (Hawari, 2011).

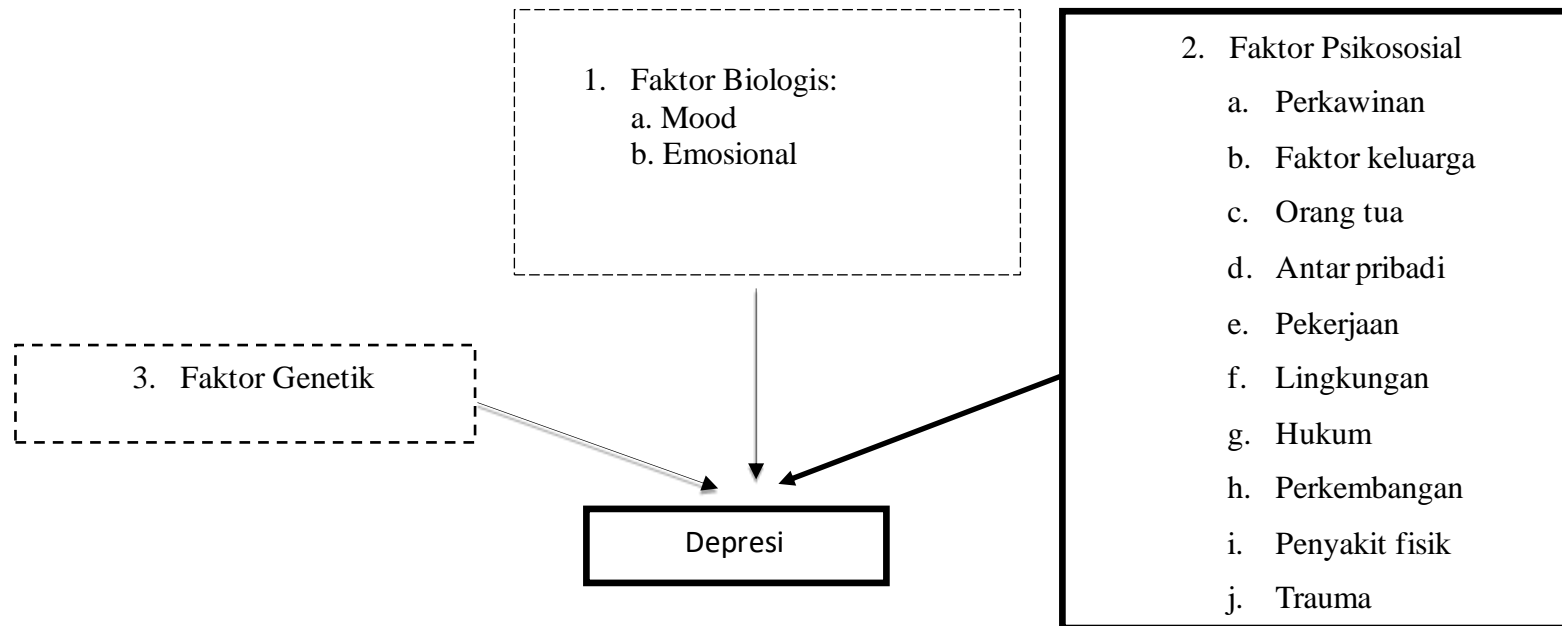
2.1 Kerangka Pemikiran

Kerangka pemikiran penelitian ini pada dasarnya adalah hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmojo, 2010). Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah hubungan faktor stresor psikososial terhadap kejadian depresi.

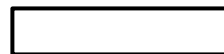
Berdasarkan tinjauan pustaka sebelumnya, maka peneliti membuat kerangka pemikiran berupa konsep yang didasarkan pada teori-teori tentang faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya Depresi. Berdasarkan uraian diatas yang menggambarkan spesifikasi penelitian yang akan penulis lakukan, maka penulis dapat menggambarkan kerangka pemikiran dari penelitian ini sebagai berikut:

Gambar 2.1

Kerangka konsep
Hubungan faktor stressor psikososial dengan kejadian skizoprenia



Keterangan :



Diteliti



Tidak Diteliti

(Sumber: Hawari,2011 yang telah dimodifikakasi)

2.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis di dalam suatu penelitian berarti jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. Setelah melalui pembuktian dari hasil penelitian maka hipotesis ini dapat benar atau salah, dapat diterima atau ditolak (Arikunto, 2010). Dalam penelitian tentang hubungan faktor stresor psikososial terhadap kejadian depresi ditentukan hipotesis sebagai berikut:

1. H_0 : Tidak ada hubungan antara faktor stresor psikososial terhadap kejadian depresi, bila $p \text{ value} > 0,05$ maka kesimpulan H_0 ditolak.
2. H_1 : Ada hubungan antara faktor stresor psikososial terhadap kejadian depresi, bila $p \text{ value} < 0,05$ maka kesimpulan H_1 gagal ditolak.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Rancangan penelitian yang digunakan untuk mengetahui “Hubungan Faktor Stresor Psikososial Terhadap Kejadian Depresi di Wilayah Kerja Puskesmas Sukamerang Kecamatan Kersamanah Tahun 2021”. metode penelitian yang digunakan dalam rancangan peneliti adalah survei analitik dengan pendekatan *case control* atau kasus kontrol adalah suatu penelitian analitik yang menyangkut bagaimana faktor-faktor risiko dipelajari dengan menggunakan pendekatan retrospective (melihat ke belakang) (Notoatmodjo, 2010). Penelitian dimulai dengan mengukur variabel dependen, kemudian membagi subjek penelitian menjadi 2 kelompok yaitu kelompok kasus (subjek yang mengalami masalah) dan kelompok kontrol (subjek tanpa masalah kesehatan) selanjutnya peneliti mengukur variabel independen (faktor resiko) yang terjadi pada responden di masa lalu secara retrospektif.

3.2 Variabel Penelitian

Variabel adalah objek penelitian atau apa yang menjadi titik perhatian suatu penelitian (Arikunto,2010). Variabel dalam penelitian ini adalah:

3.2.1 Variabel bebas

Variabel bebas (independent) adalah yang mempengaruhi objek lain (Notoatmojo, 2010). Variabel independen dalam penelitian ini adalah faktor stresor psikososial.

3.2.2 Variabel terikat

Variabel terikat (dependent) adalah variabel respon atau output sebagai variabel respon berarti variabel ini akan muncul sebagai akibat dari manipulasi suatu variabel independen. Variabel tergantung atas variabel yang dipengaruhi

oleh variabel bebas atau sering disebut variabel akibat (Notoatmojo, 2010).

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kejadian depresi.

3.3 Definisi Operasional Variabel

Menurut Notoatmojo (2010), definisi operasional sangat diperlukan untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diamati atau diteliti.

Definisi operasional sebagai berikut :

Tabel 3.1
Definisi Operasional

Hubungan Faktor Stresor Psikososial Terhadap Kejadian Depresi Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukamerang Kecamatan Kersamanah Tahun 2021

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel independent					
Stresor Psikososial	Suatu keadaan dan perubahan mental seseorang yang di pengaruhi dengan stres psikososial dan pengalaman yang dialami mulai sejak lahir sampai dengan masa tua sehingga menimbulkan permasalahan.	Kuesioner	Wawancara	0= mengalami stresor bila nilai stres >300 1= tidak mengalami stresor bila nilai stres <300 (sumber: diadopsi dari Dadang Hawari,2011)	Nominal
Variabel dependent					
Depresi	Gangguan suasana hati atau mood ditandai dengan kesedihan yang amat sangat mendalam, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain dan tidak dapat tidur,	Data Sekunder (Rekam medik Puskesmas Sukamerang)	Observasi	0= ya 1= tidak	Nominal

	kehilangan selera makan, hasrat seksual dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan				
--	---	--	--	--	--

3.4 Populasi Dan Sampel Penelitian

3.4.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. (Notoatmojo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien gangguan jiwa dengan depresi. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien gangguan jiwa dengan depresi dan warga yang tidak depresi di wilayah kerja puskesmas Sukamerang Kecamatan Kersamanah Kabupaten Garut.

3.4.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmojo, 2010). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang mengalami gangguan jiwa dengan depresi di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang Kecamatan Kersamanah Kabupaten Garut tahun 2021. Besarnya sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini dihitung berdasarkan analitik kategorik tidak berpasangan, dengan rumus sebagai berikut:

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_\alpha \sqrt{2PQ} + Z_\beta \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)}$$

Keterangan:

Z_α = Deviat baku alpha

Z_β = Deviat baku beta

P2= Proporsi pada kelompok yang diketahui nilainya

$$Q2 = 1 - P2$$

P1 = Proporsi pada kelompok yang nilainya merupakan *judgement* peneliti

$$Q1 = 1 - P1$$

P1 - P2 = Selisih proporsi minimal yang dianggap bermakna

$$P = \text{Proporsi total} = (P1 + P2)/2$$

$$Q = 1 - P$$

(Dahlan, 2013)

Diketahui:

$$Z\alpha = \text{Deviat baku alpha } 95\% (1,96)$$

$$Z\beta = \text{Deviat baku beta power test } 80\% (0,84)$$

$$P2 = 0,86 \text{ (Erlina, 2011)}$$

$$Q2 = 1 - P2 = 1 - 0,86 = 0,14$$

$$P1 - P2 = 0,20 \text{ (kepuustakaan)}$$

$$P1 = P2 + 0,20 = 0,86 + 0,20 = 1,06$$

$$Q1 = 1 - P1 = 1 - 1,06 = 0,06$$

$$P = (P1 + P2)/2 = 1,06 + 0,86/2 = 0,96$$

$$Q = 1 - P = 1 - 0,96 = 0,04$$

Bila dimasukkan ke dalam rumus analitik tidak berpasangan maka didapatkan nilai sebagai berikut:

$$n1 = n2 = \frac{Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P1Q1 + P2Q2}}{(P1 - P2)^2}$$

$$n1 = n2 = \frac{(1,96\sqrt{(2 \times 0,96 \times 0,04)} + 0,84\sqrt{1,06 \times 0,06 + 0,86 \times 0,14})}{(0,2)^2}$$

$$n1 = n2 = \frac{((1,96 \times 0,68) + (0,84 \times 0,42))^2}{(0,2)^2}$$

$$n1 = n2 = \frac{(1,33 + 0,35)^2}{(0,2)^2}$$

$$n1 = n2 = \frac{(1,6)^2}{(0,2)^2}$$

$$n1 = n2 = (6,4)^2$$

$$n1 = n2 = 40,96 \text{ dibulatkan menjadi } 41$$

Berdasarkan rumus tersebut diperoleh sampel adalah 41 dari masing-masing kelompok (kelompok kasus 41 dan kelompok kontrol 41).

Pada pengambilan sampel ini dilakukan *matching* (keserasian) yaitu memilih kontrol dengan karakteristik yang sama dalam semua variabel yang mungkin berperan sebagai faktor resiko kecuali variabel yang diteliti. Pada penelitian ini dilakukan *matching* antara kelompok kasus dengan kelompok kontrol yaitu pada karakteristik usia dan jenis kelamin responden. Sampel dalam penelitian ini adalah jumlah sampel yang telah dihitung yang ditujukan kepada pasien yang mengalami Depresi di Wilayah kerja Puskesmas Sukamerang Kecamatan Kersamanah Kabupaten Garut Tahun 2021. Metode pengambilan sampelnya secara acak sederhana atau *Simple Random Sampling* yaitu pengambilan sampel dilakukan dengan cara acak dengan mengundi anggota populasi (*lottery technique*) atau teknik undian. (Notoatmojo, 2010), dengan kriteria:

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman saat menentukan kriteria inklusi. Kriteria inklusi sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Sampel Kasus

- a) Responden yang berdomisili di Kecamatan kersamanah Kabupaten Garut.

- b) Responden yang mengalami depresi \pm selama 1 tahun.
 - c) Responden depresi yang kooperatif serta dalam keadaan tenang.
 - d) Mau berpartisipasi menjadi responden.
- b. Sampel Kontrol
- a) Bersedia menjadi responden
 - b) Responden tidak mengalami depresi.
 - c) Responden berdomisili di Kecamatan Kersamanah Kabupaten Garut.
 - d) Responden dalam keadaan sadar penuh.
- 2) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab, antara lain:

- a) Responden yang berada di tempat penelitian Kecamatan kersamanah Kabupaten Garut namun tidak bersedia menjadi responden.
- b) Responden depresi tidak dalam keadaan tenang .
- c) Responden yang mengalami depresi $>$ 5 bulan.
- d) Responden yang mengalami kekambuhan jika dalam mengajukan pertanyaan penelitian.

3.5 Teknik Pengumpulan Data Penelitian

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah berupa data primer dan data sekunder. Data primer yaitu data yang diperoleh melalui penyebaran kuesioner dengan membuat daftar pertanyaan yang disampaikan kepada responden untuk mendapatkan jawaban sehubungan dengan masalah yang diteliti agar diperoleh gambaran untuk memadai yang akan digunakan dengan analisa selanjutnya. Dalam penelitian ini menggunakan data kuesioner tertutup yang mana kuesioner tertutup merupakan suatu pertanyaan dengan

jawaban yang sudah tersedia yang ditujukan pada responden penelitian berupa pertanyaan tentang yaitu faktor stressor psikososialserta depresi (Arikunto, 2010). Sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari studi pustaka (Library Research) yaitu mempelajari artikel-artikel serta mengumpulkan data menyeleksi teori-teori yang berkaitan dengan masalah-masalah penelitian.

Dalam melakukan pengumpulan data peneliti terlebih dahulu melakukan pendekatan dengan responden dan keluarga pasien, yang menjadi responden adalah pasien yang mengalami gangguan kesehatan jiwa atau depresi. Kemudian peneliti menjelaskan maksud penelitian, bila keluarga pasien telah memahami dan bersedia menjadi responden, responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden namun pengumpulan data tersebut peneliti meminta bantuan keluarga atau yang mendampingi pasien depresi guna mendapatkan data. Sebelum kuesioner dibagikan, terlebih dahulu peneliti menjelaskan cara menjawab kuesioner, peneliti mendampingi responden dan pendamping pasien sampai selesai untuk membantu menjelaskan bila ada hal-hal yang belum dipahami.

3.5.1 Instrumen Penelitian

Untuk mendapatkan data yang relevan dengan masalah yang diteliti, maka diperlukan alat pengumpul data atau instrumen yang tepat. Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan oleh peneliti untuk mengobservasi, mengukur atau menilai suatu fenomena (Dharma, 2011). Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah kuesioner dan wawancara serta observasi.

3.6 Uji Validitas Dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

Kuesioner sebagai instrumen pengumpulan data merupakan penjabaran dari indikator variabel. Untuk pengujian kuesioner mengenai stresor psikososial tidak dilakukan

karena menggunakan pengukuran stresor dengan Skala Holmes yang telah dibakukan yang terdapat dalam Dadang Hawari (2011).

3.7 Pengolahan Data

1. Editing

Upaya untuk memeriksa upaya kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

2. Coding

Kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri tas beberapa kategorik. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer.

3. Entry

Jawaban-jawaban dari masing-masing responden dalam bentuk “kode” dimasukan ke dalam master tabel atau data base berupa program atau *software* komputer. Software komputer yang digunakan adalah paket program SPSS 16.

4. Tabulating

Setelah data dilakukan pengkodean selanjutnya peneliti melakukan tabulsi data yaitu melakukan pemindahan data ke tabel.

5. Cleaning

Tahap selanjutnya setelah melakukan analisis data, selajutnya peneliti melakukan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* apakah ada kesalahan atau

tidak. Kemudian dilakukan *cleaning* untuk membersihkan kesalahan pengisian data, hal ini dilakukan untuk menghindari terjadinya kesalahan dalam memasukan data dalam komputer sebelum dianalisis data.

3.8 Analisis Data

3.8.1 Analisis Univariat

Analisa ini dilakukan untuk mendeskripsikan variabel dan sub variabel dari hasil penelitian yang menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel (Arikunto, 2010). Pada penelitian ini variabel yang dideskripsikan melalui analisis univariat adalah variabel independen yaitu stressor psikososial dan variabel dependen yaitu depresi. Untuk mengetahui antara stressor psikososial dengan kejadian depresi distribusi frekuensinya yaitu menggunakan tabel dan prosentase. Sebagai langkah awal akan mengkategorikan dari hasil-hasil observasi yang telah dilakukan sebagai berikut :

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan : P = presentase

f = jumlah jawaban yang benar

n = jumlah skor maksimal

Data yang dipresentasikan tersebut kemudian diinterpretasikan menggunakan skala sebagai berikut :

- | | | |
|--------------|---|-------------------------------|
| 1) 0% | : | Tidak seorang pun responden |
| 2) 1% - 19% | : | Sangat sedikit dari responden |
| 3) 20% - 39% | : | Sebagian kecil dari responden |

- 4) 40% - 59% : Sebagian responden
- 5) 60% - 79% : Sebagian besar responden
- 6) 80% - 99% : Hampir seluruh dari responden
- 7) 100% : Seluruh responden

(Arikunto, 2010)

3.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mencari hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Uji statistik yang dilakukan dalam analisis bivariat dalam penelitian ini yaitu uji *Chi-square* (Arikunto, 2010). Uji Chi-square adalah uji statistik yang digunakan untuk menguji signifikansi dua variabel dengan rumus sebagai berikut :

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fh)}{Fh}$$

Keterangan :

X^2 = Chi-square

fo = frekuensi observasi

fh = frekuensi harapan

Untuk melihat hasil kemaknaan hasil perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan sebesar 0,05. Jika nilai p value < 0,05 maka H_0 di tolak, artinya ada hubungan faktor stresor psikososial terhadap kejadian depresi, sedangkan jika nilai p value > 0,05 maka H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan factor stressor psikososial terhadap kejadian depresi.

3.9 Langkah-Langkah Penelitian

Langkah-langkah penelitian merupakan tahapan-tahapan penelitian yang dilaksanakan oleh peneliti dalam proses penelitian, adapun langkah-langkah penelitian sebagai berikut :

1. Tahap persiapan
 - a) Memilih topik dan lahan penelitian
 - b) Melakukan study pendahuluan untuk menentukan masalah penelitian
 - c) Melakukan study kajian kepustakaan
 - d) Menyusun proposal penelitian
 - e) Seminar proposal
 - f) Perbaikan proposal penelitian dan instrumen penelitian
 - g) Penggandaan instrumen
2. Tahap pelaksanaan
 - a) Mengurus surat izin penelitian
 - b) Mendapatkan persetujuan dari responden
 - c) Peneliti telah melakukan uji coba instrumen
 - d) Penyebaran angket dan pengumpulan angket
 - e) Pengecekan kelengkapan angket
 - f) Pengolahan data dan analisis data yang dituangkan ke dalam pembahasan hasil penelitian
3. Tahapan akhir
 - a) Penyusunan laporan penelitian
 - b) Sidang laporan hasil penelitian
 - c) Pendokumentasian atau penggandaan hasil penelitian

3.10 Waktu dan Tempat Penelitian

Tempat penelitian ini akan dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang Kecamatan Kersamanah Kabupaten Garut yang akan dilakukan pada bulan Juli sampai bulan Agustus 2021.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Penelitian

Penelitian yang dimulai tanggal 01 Januari 2021 sampai 1 Agustus 2021 di Puskesmas Sukamerang. Telah didapat data dari hasil penelitian di lapangan kemudian data yang telah didapat ditabulasi serta di analisis dengan menggunakan program aplikasi SPSS 16,0. Penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara dan observasi. Responden dalam penelitian ini adalah pasien yang mengalami depresi dan bukan depresi dengan jumlah responden 41 kasus dan 41 kontrol.

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini berdasarkan jenis kelamin responden. Hasil penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.1
Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin, Umur Dan Pekerjaan Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Sukamerang Tahun 2021

Karakteristik		Frekuensi	%
Jenis Kelamin	Laki-laki	42	51.2
	Perempuan	40	48.8
Jumlah		82	100
Kelompok Umur	Remaja Akhir	30	36.6
	Dewasa Awal	28	34.1
	Dewasa Akhir	14	17.1
	Lansia	10	12.2
Jumlah		82	100
Pekerjaan	Bekerja	38	46.3
	Tidak bekerja	44	53.7
Jumlah		82	100

Dari tabel 4.1 diketahui hasil distribusi frekuensi pada kelompok jenis kelamin sebagian didominasi oleh laki-laki dengan 51.2%. Karakteristik lain yang ditambahkan

sebagai data tambahan selain jenis kelamin yaitu karakteristik berdasarkan umur serta pekerjaan responden. Adapun karakteristik responden berdasarkan umur dibagi menjadi 4 yaitu menurut Depkes RI 2009 yaitu dikatakan remaja antara umur 17-25 tahun dikatakan dewasa awal antara umur 26-35 tahun dikatakan dewasa akhir antara umur 36-45 dan dikatakan lansia awal antara umur 46 sampai 55. Dimana distribusi frekuensi pada kelompok umur didapatkan sebagian kecil dari responden yang berusia remaja lebih banyak 36.6% dibandingkan dengan kelompok umur lainnya.

Karakteristik lain yang ditambahkan sebagai data peneliti juga memasukan karakteristik responden berdasarkan pekerjaan yang mana karakteristik pekerjaan tersebut peneliti membagi menjadi dua yaitu bekerja dan tidak bekerja. Dimana diketahui hasil distribusi frekuensi pada karakteristik responden berdasarkan pekerjaan didapatkan sebagian responden yang tidak bekerja lebih tinggi 53.7% dibandingkan dengan responden yang bekerja.

4.2.2 Analisis Univariat

Analisis univariat dimaksudkan untuk mengetahui proporsi masing-masing variabel, sehingga diketahui variabel yang dominan atau tidak.

4.2.2.1 Distribusi Faktor Stresor Psikososial Pada Kelompok Kontrol dan Kasus

Gambaran faktor stresor psikososial pada kelompok kontrol dan kasus di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang tahun 2021 yang mana responden dikatakan mengalami stressor psikososial bila memenuhi jumlah nilai yang ditentukan dengan cut of point >300. Hasil penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.2
Distribusi Frekuensi Faktor Stresor Psikososial Pada Kelompok Kontrol dan Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Sukamerang Tahun 2021

Kejadian Faktor Stresor Psikososial		Frekuensi	%
Stresor	Mengalami Stresor	49	59.8
	Tidak Mengalami Stresor	33	40.2
Jumlah		82	100

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui hasil bahwa proporsi responden yang mengalami stresor psikososial lebih tinggi yaitu 59.8% daripada responden yang tidak mengalami stresor psikososial yaitu 40.2%.

4.2.3 Analisis Bivariat

4.2.3.1 Hubungan Faktor Stresor Psikososial Terhadap Kejadian Depresi

Hasil analisis antara faktor stressor psikososial terhadap kejadian depresi terlihat pada tabel berikut:

Tabel 4.3
Hubungan Faktor Stresor Psikososial Terhadap Kejadian Depresi di Wilayah Kerja Puskesmas Sukamerang Tahun 2021

Kondisi Psikososial	Kejadian Depresi				OR CI 95%	P- Value
	Depresi		Bukan Depresi			
	N	%	N	%		
Mengalami Stresor	30	61.2	19	38.8	3.158 1.253 - 7.957	0.012
Tidak Mengalami Stresor	11	33.3	22	66.7		

Hasil analisis hubungan antara faktor stresor psikososial dengan kejadian depresi diperoleh bahwa sebagian besar responden atau 30 orang (61.2%) mengalami stresor psikososial pada pasien depresi dan terdapat sebagian kecil responden atau 19 orang (38.8%) tidak depresi mengalami stresor psikososial. Sedangkan sebagian kecil pasien depresi yang tidak mengalami stresor psikososial sebanyak 11 orang (33.3%) dan sebagian besar responden tidak depresi atau 22 orang (66.7%) yang tidak mengalami stresor.

Berdasarkan hasil uji statistik, membuktikan ada perbedaan proporsi yang signifikan antara yang mengalami stressor psikososial dengan kejadian depresi dan yang tidak mengalami stressor psikososial dengan kejadian depresi yaitu diperoleh P-value = 0.012. karena P-value < 0.5 maka Ho ditolak, sehingga dapat kesimpulan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara faktor psikososial dengan kejadian depresi. Dan berdasarkan analisis tersebut, diperoleh OR = 3.158 artinya bahwa responden yang mengalami stresor psikososial lebih tinggi memiliki potensi 3.158 kali mengalami gangguan jiwa depresi.

4.3 Pembahasan

4.3.1 Karakteristik Umur Jenis Kelamin dan Pekerjaan Responden

Penelitian ini menambahkan karakteristik hanya sebagai data tambahan tidak di jadikan dalam penelitian yakni karakteristik umur, jenis kelamin dan pekerjaan responden. Adapun hasil penelitian mengenai karakteristik tersebut yaitu dari tabel 4.1 diketahui hasil distribusi frekuensi pada kelompok jenis kelamin sebagian didominasi oleh laki-laki dengan jumlah 51.2%. Hal tersebut menunjukkan bahwa memang jenis kelamin berperan penting dalam proses pengembangan stresor yang mana yang telah di ungkapkan menurut (Kaplan & Sadock, 2008) bahwa laki-laki memang mudah dalam mengalami stres.

Dari tabel 4.1 juga diketahui hasil distribusi frekuensi pada kelompok umur didapatkan sebagian kecil responden yang berusia remaja akhir lebih banyak 36.6% dibandingkan dengan kelompok umur lainnya. Hal tersebut menunjukkan bahwa memang kejadian depresi terjadi pada masa usia yang produktif yang mana seperti yang telah di ungkapkan menurut (Ibrahim, 2011) bahwa depresi mempunyai dampak sangat menyusahkan bagi penderita maupun keluarganya karena onset terjadinya pada saat dewasa muda produktif yaitu dibawah 45 tahun.

Serta dari tabel 4.1 diketahui hasil distribusi frekuensi pada karakteristik responden berdasarkan pekerjaan didapatkan sebagian responden yang tidak bekerja lebih tinggi 53.7% dibandingkan dengan responden yang bekerja. Hal tersebut berpengaruh terhadap pendapatan (sosial ekonomi) yang mana sosial ekonomi merupakan salah satu faktor pendukung seseorang mengalami gangguan jiwa.

4.3.2 Faktor Stresor Psikososial

Hasil penelitian yang telah dilakukan yang telah dijelaskan pada tabel 4.2 bahwa sebagian besar pasien yang depresi sebelumnya memiliki latar belakang dengan kondisi psikologis atau mengalami stresor yang cukup tinggi yaitu 59.8% dari jumlah responden kasus sebanyak 41 responden, sedangkan untuk pasien yang bukan depresi mengalami stresor yang cukup rendah yaitu 40.2% dari jumlah responden kontrol sebanyak 41 responden.

Bila dilihat dari hasil penelitian yang telah dilakukan bahwa seseorang apabila telah mengalami stresor khususnya stresor psikososial maka memicu seseorang beresiko mengalami gangguan jiwa yang mana dibuktikan dari hasil penelitian bahwa responden yang mengalami depresi mempunyai latar belakang keadaan psikologis yang kurang baik dengan stresor yang tinggi didukung dengan keadaan mekanisme koping yang tidak efektif.

Bila dilihat secara teori mengapa seseorang bisa mengalami gangguan jiwa khususnya yang telah mengalami stresor psikososial padahal orang lain tidak mengalami gangguan jiwa, disebutkan bahwa menurut (Kaplan & Sadock, 2008) Secara umum gangguan jiwa disebabkan karena adanya tekanan psikologis yang disebabkan oleh adanya tekanan dari luar individu maupun tekanan dari dalam individu baik itu stresor psikososial.

Bisa diartikan bahwa psikologis merupakan ilmu yang mempelajari tingkah laku manusia baik sebagai individu dengan lingkungannya serta proses mental yang dialami dari pengalamannya. Sebab psikologis merupakan awal dari seseorang untuk bisa mengalami

perubahan-perubahan kepribadian dan didukung dengan bermacam pengalaman frustrasi, kegagalan, dan keberhasilan yang dialami akan mewarnai sikap, kebiasaan, dan sifatnya di kemudian hari.

Perubahan seseorang dari masa ke masa khususnya dari mulai kanak-kanak hingga dewasa banyak hal yang dilewati baik itu berupa perkembangan yang dialami dari diri sendiri dan lingkungan, seperti halnya pada usia anak-anak ataupun remaja, yang mana pada fase ini beberapa hal yang perlu diperhatikan antara hubungan orang tua dengan anak atau ketidakharmonisan keluarga menyebabkan anak tidak mendapat kasih sayang, tidak dapat menghayati disiplin, tidak ada panutan, pertengkaran dan keributan yang terjadi membingungkan dan menimbulkan rasa cemas serta rasa tidak aman pada anak. Hal tersebut merupakan dasar yang kuat untuk timbulnya tuntutan tingkah laku dan gangguan kepribadian pada anak di kemudian hari.

Dalam model konseptual keperawatan kesehatan jiwa menurut (Frued, Erickson) yang dikutip dalam (Yosep,2011) bahwa gangguan jiwa dapat terjadi pada seseorang apabila *ego* (akal) tidak berfungsi dalam mengontrol *id* (kehendak nafsu atau insting). Ketidakmampuan seorang dalam menggunakan akal nya (*ego*) untuk mematuhi tata tertib, peraturan, norma, agama (*super ego/ das uber ich*), akan mendorong terjadinya penyimpangan perilaku (*deviation of Behavioral*).

Menurut (Prabowo, 2014) penyebab dari gangguan jiwa dapat diatribusikan pada pengalaman-pengalaman psikologis dan pengalaman tersebut bersifat unik pada masing-masing individu yakni berupa peristiwa kehidupan yang *stressful* yakni peristiwa hidup yang penuh dengan tekanan seperti kehilangan orang-orang yang dicintai, putusnya hubungan romantik, lamanya hidup menganggur, sakit fisik, masalah dalam pernikahan dan hubungan, kesulitan ekonomi dan lain sebagainya hal tersebut dapat meningkatkan resiko berkembangnya gangguan mood berupa stresor dengan beban yang dialaminya.

Sumber stres sendiri bersifat perubahan-perubahan domestik yang berjalan secara perlahan-lahan, hal tersebut lambat laun membahayakan kesehatan individu yang bersangkutan (Yosep, 2011) seperti yang telah dijelaskan bahwa kekecewaan dan pengalaman yang menyakitkan baik berupa kematian, kecelakaan, sakit berat, perceraian, perpindahan yang mendadak, kekecewaan yang berlarut-larut, dan sebagainya, akan mempengaruhi perkembangan kepribadian, tapi juga tergantung pada keadaan sekitarnya (orang, lingkungan, atau suasana saat itu) apakah mendukung atau mendorong dan juga tergantung pada pengalamannya dalam menghadapi masalah tersebut (Yosep, 2014).

4.3.3 Depresi

Depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (affective/mood disorder), yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketidak gairahan hidup, perasaan tidak berguna, dan putus asa (Hawari, 2010). Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat mendalam, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan (Davison dkk,2006).

Penyebab terjadinya depresi faktor neurotransmitter, dari biogenik amin, norepinefrin dan serotonin merupakan dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan mood. Norepinefrin hubungan yang dinyatakan oleh penelitian ilmiah dasar antara turunnyaregulasi reseptor B-adrenergik dan respon antidepresan secara klinis memungkinkan indikasi peran sistem noradrenergik dalam depresi. (Kaplan & Sadock, 2010)

Disamping hal tersebut di atas banyak faktor yang mendukung timbulnya gangguan jiwa yang merupakan perpaduan dari beberapa aspek yang saling mendukung yang meliputi

biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan. Tidak seperti pada penyakit jasmaniah, sebab-sebab gangguan jiwa adalah kompleks. (Kaplan & Sadock, 2008).

4.3.4 Hubungan Faktor stressor Psikososial Terhadap Kejadian Depresi

Hasil penelitian pada tabel 4.2 diperoleh hasil bahwa sebanyak 30 orang (61.2%) responden yang mengalami stresor psikososial pada pasien yang depresi dan terdapat 19 orang (38.8%) responden yang bukan depresi yang mengalami stressor psikososial. Sedangkan pada pasien yang tidak mengalami stresor pada pasien depresi terdapat 11 orang (33.3%) dan yang bukan depresi terdapat 22 orang (66.7%).

Berdasarkan hasil uji statistik, membuktikan ada perbedaan proporsi yang signifikan antara faktor stressor psikososial dengan yang mengalami stressor dan yang tidak mengalami stressor dengan kejadian depresi yaitu diperoleh P-value = 0.012. karena P-value < 0.5 maka H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara factor stressor psikososial dengan kejadian depresi. Dan berdasarkan analisis tersebut, diperoleh OR = 3.158 artinya bahwa responden yang mengalami stresor lebih tinggi memiliki potensi 3 kali mengalami gangguan jiwa depresi.

Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian Iyus,dkk (2009) bahwa salah satu penyebab seseorang mengalami gangguan jiwa atau depresi karena sebelumnya pasien mempunyai pengalaman traumatik yang dialaminya baik itu kegagalan dalam pencapaian cita-cita dan perasaan sakit hati yang sulit untuk dilupakan dan kehilangan.

Data dari hasil penelitian yang telah dilakukan tentang hubungan faktor stressor psikososial terhadap kejadian skizoprenia bahwa banyak pasien depresi disebabkan adanya tekanan psikologis khususnya telah mengalami stresor yang cukup tinggi didukung dengan adanya pengalaman yang tidak menyenangkan yang telah dialami seperti kegagalan dalam pencapaian cita-cita, perceraian, kehilangan, kematian dan persaingan membuktikan bahwa hal tersebut mempengaruhi seseorang untuk mengalami stres yang mana stres tersebut

menjadi sebuah stimulus yang lama kelamaan seseorang akan merasa terbebani dengan suatu permasalahan yang dialami.

Stimulus atau rangsangan psikososial tadi pada mulanya merupakan gangguan fungsional atau faal organ tubuh, namun bila berkelanjutan akan menyebabkan kelainan pada organ tubuh itu sendiri. Tahap awal adalah gangguan pada neuro-kimiawi sel dari organ tubuh, kemudian sel, dan bila hal ini berlanjut menjadi kelainan jaringan dari organ tubuh yang bersangkutan atau dengan kata lain organ tubuh itu sakit. (Hawari, 2011).

Gangguan jiwa khususnya depresi merupakan suatu penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, dan sulit dalam memproses informasi, hubungan interpersonal serta memecahkan masalah. (Stuart, 2007). Secara umum gangguan jiwa disebabkan karena adanya tekanan psikologis yang disebabkan oleh adanya tekanan dari luar individu maupun tekanan dari dalam individu baik itu stresor psikososial. (Kaplan & Sadock 2008).

Psikologis merupakan analisis mengenai proses mental dan struktur daya ingat untuk memahami manusia, psikologi bertugas menyelidiki apa yang disebut pengalaman bagian dalam sensasi dan perasaan kita sendiri, pikiran serta kehendak kita yang bertolak belakang dengan pengalaman setiap objek pengalaman luar yang melahirkan pokok permasalahan (Shaleh, 2005).

Gangguan psikologis berupa stres psikososial yang dialami dapat mempengaruhi seseorang untuk berpotensi mengalami gangguan mental seperti halnya yang telah diungkapkan menurut (Yosep, 2011) Stres psikososial dan stres perkembangan yang terjadi secara terus menerus dengan coping yang tidak efektif akan mendukung timbulnya gejala psikotik dengan manifestasi kemiskinan, kebodohan, pengangguran, isolasi sosial, dan perasaan kehilangan. Mengacu pada hasil penelitian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa

stresor yang dialami dengan mekanisme koping tidak efektif mendukung seseorang untuk mengalami gangguan jiwa.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai hubungan faktor psikososial terhadap kejadian depresi di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang Kecamatan Kersamanah tahun 2021, dapat disimpulkan bahwa:

1. Sebagian besar responden depresi telah mengalami stresor psikososial tinggi sebelumnya dibandingkan dengan pasien yang tidak depresi.
2. Ada hubungan antara faktor stressor psikososial terhadap kejadian depresi di wilayah kerja Puskesmas Sukamerang tahun 2021.

5.2 Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini hendaknya dijadikan sebagai bahan pengetahuan dalam kepustakaan khususnya tentang faktor stresor psikososial terhadap kejadian depresi.

2. Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini terbukti bahwa terdapat hubungan antara faktor stressor psikososial terhadap kejadian depresi. Oleh karena itu penelitian ini dapat dijadikan intervensi keperawatan kembali pada peran perawat sendiri baik sebagai *care giver* atau *advokat* serta *fasilitator* dengan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat dan kader tentang cara mekanisme coping atau manajemen stres yang baik, baik berupa mengadakan pertemuan atau kunjungan di setiap akhir bulan guna untuk mengurangi stresor psikososial yang tinggi dan terjadinya peningkatan gangguan jiwa depresi khususnya.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Pada peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan penelitian faktor lainnya yang bisa menyebabkan depresi dan bisa dilakukan penelitian lanjutan pula bagi peneliti selanjutnya yaitu tentang faktor jenis kelamin ataupun letak demografi.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto dan Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta
- Black, J.M. & Hawks, J.H.. 2005. *Medical-surgical nursing. Clinical management for positive outcomes*. 7th Edition. St. Louis. Missouri. Elsevier Saunders.
- Callaghan,C., 2007, *at a Galance Sistem Ginjal*, Edisi Kedua, Erlangga, Jakarta.
- Dahlan, M.S. 2013 *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Daugirdas, J.T., Blake, P.G., Ing, T.S. 2007. *Handbook of Dialysis*. 4th ed. Phildelphia. Lipincott William & Wilkins.
- Dharma, Kelana K. 2011. *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Dinas Kesehatan 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Garut 2014*. Garut : Tim Program Pembangunan Kesehatan.
- Dinas Kesehatan. 2016. *Profil Puskesmas Sukahurip*
- Guyton, A. C. & Hall, J. E., 2008, *Buku ajar: Fisiologi kedokteran*. Edisi 11. EGC, Jakarta.
- Hidayat, A Aziz Alimul & Musrifatul Hidayat. 2008. *Kebutuhan Dasar Manusia Praktik Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Junadi., 2009 , *Kapita Selekta Kedokteran*. EGC, Jakarta.
- Kozier, B., Erb G., Berman A., & Snyder S. J. 2004. *Fundamental of Nursing. (Ed.7) Vol 2*. Jakarta: EGC.
- Lewis, S.M., Heitkemper, M.M, Dirksen, S.R. 2007. *Medical Surgical Nursing : Assesment and Management of Clinical Problem*. Pennsylvania: W.B Saunders.
- Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta..

Perry & Potter. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta : EGC

Price,S.A.& Wilson L.M., 2006, *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*, Edisi 4, Jakarta, EGC.