

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Gangguan Depresi

2.1.1 Definisi Depresi

Depresi adalah suatu gangguan mental yang ditandai dengan suasana hati yang tertekan atau berkurangnya minat dan kesenangan yang berlangsung setidaknya 2 minggu dan disertai dengan gejala yang khas seperti perubahan dalam tidur, nafsu makan berkurang, penurunan tingkat aktivitas, mudah lelah, sulit berkonsentrasi, perasaan tidak berharga, rasa bersalah yang berlebihan, dan keinginan bunuh diri.²⁰

Menurut WHO (2021), prevalensi yang mengalami depresi secara global diperkirakan 264 juta orang. Depresi adalah kontributor utama yang menyebabkan kecacatan mental dan fisik secara global.²¹

2.1.2 Faktor yang Memengaruhi Depresi

Depresi disebabkan oleh kombinasi beberapa faktor. Kaplan dan Nolen mengemukakan bahwa penyebab depresi dapat dikategorikan ke dalam faktor biologis, psikologis, dan sosial, di mana ketiganya saling berinteraksi dan memengaruhi.²²

a) Faktor Biologi

Banyak faktor biologis yang dapat menyebabkan depresi. Jenis kelamin merupakan salah satu faktor penting yang berperan dalam perbedaan prevalensi, gejala klinis, serta mekanisme biologis gangguan depresi. Berbagai studi

menunjukkan bahwa perempuan memiliki risiko hampir dua kali lebih tinggi untuk mengalami *Major Depressive Disorder* (MDD) dibandingkan laki-laki, dengan perbedaan ini mulai tampak sejak masa pubertas dan bertahan hingga dewasa (Thomas et al., 2025).²³

Selain perbedaan prevalensi, terdapat pula variasi dalam manifestasi klinis. Perempuan cenderung mengalami bentuk depresi atipikal, yang ditandai oleh peningkatan nafsu makan, kenaikan berat badan, hipersomnia, serta gejala *immunometabolic depression* yang berkaitan dengan disfungsi metabolik dan proses inflamasi. Sebaliknya, laki-laki dengan depresi lebih sering menunjukkan gejala berupa kemarahan, perilaku agresif, pengambilan risiko yang tinggi, serta penyalahgunaan zat (Thomas et al., 2025).²³

Perbedaan tersebut disebabkan oleh kombinasi faktor sosial, biologis, dan genetik. Secara sosial, perempuan lebih rentan terhadap kekerasan seksual, kekerasan interpersonal, serta diskriminasi struktural seperti ketimpangan ekonomi dan gender gap, yang semuanya meningkatkan risiko depresi. Sementara itu, secara biologis, perbedaan regulasi hormonal yang melibatkan *Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis* (HPA axis) dan *Hypothalamic–Pituitary–Gonadal Axis* (HPG axis), aktivitas sistem imun, serta perbedaan struktur dan fungsi otak turut berperan dalam meningkatkan kerentanan depresi pada perempuan.²³

Pada wanita, perubahan hormonal yang terjadi selama fase kehidupan, seperti pubertas, siklus menstruasi, kehamilan, menopause, berpengaruh terhadap fluktuasi hormon ekstrogen dan progesteron, yang dapat memengaruhi sistem

neurotransmitter di otak yang berperan dalam mengatur emosi dan suasana hati. Hal ini menjelaskan korelasi wanita lebih rentan terhadap gangguan depresi.²⁴

b) Faktor Psikologis

Kecemasan (*anxiety*) dan depresi (*depression*) merupakan dua gangguan afektif yang sering muncul secara bersamaan dan memiliki keterkaitan yang kompleks baik dari aspek psikologis maupun biologis. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa kecemasan tidak hanya berasosiasi dengan depresi, tetapi juga dapat berperan sebagai prediktor munculnya gejala depresi di masa mendatang. Hubungan ini bersifat dinamis, di mana kecemasan yang menetap dapat menurunkan kemampuan individu untuk mengelola stres dan akhirnya berkembang menjadi depresi.²⁵

Kecemasan yang kronik meningkatkan kepekaan terhadap stres dan menurunkan kemampuan individu dalam melakukan *coping*, sehingga rentan menimbulkan perasaan tidak berdaya (*hopelessness*) dan suasana hati yang depresif. Aktivasi sistem saraf otonom yang berlebihan akibat kecemasan menimbulkan kondisi *over-arousal* dan kelelahan emosional yang dapat berujung pada hilangnya motivasi dan munculnya gejala depresi. Kecemasan sosial yang berkepanjangan sering menyebabkan isolasi sosial dan berkurangnya dukungan sosial, yang merupakan faktor penting dalam timbulnya depresi (Ladouceur et al., 2025).²⁵

Faktor psikologi lain yang dapat memengaruhi depresi adalah stres. Secara fisiologis, stres berkepanjangan mengaktifasi sumbu hipotalamus–pituitari–adrenal (HPA) yang mengatur pelepasan hormon kortisol. Aktivasi sumbu HPA yang

kronik dapat menyebabkan hiperkortisolisme, yang berdampak pada penurunan fungsi neurotransmitter seperti serotonin, dopamin, dan noradrenalin, yaitu zat kimia otak yang berperan penting dalam pengaturan suasana hati. Gangguan pada sistem ini dapat menimbulkan perasaan sedih berkepanjangan, kelelahan, anhedonia (hilangnya rasa senang), serta gangguan tidur, yang merupakan gejala khas dari depresi (Piao et al., 2024).²⁶

Selain mekanisme biologis, terdapat pula faktor psikososial yang memperkuat hubungan antara stres dan depresi. Menurut Piao et al. (2024), masalah ekonomi, rasa keterasingan sosial, masalah kesehatan kronik, serta kurangnya dukungan sosial merupakan stresor utama yang berkontribusi terhadap meningkatnya risiko depresi. Selain itu, keterbatasan akses terhadap pendidikan dan layanan kesehatan mental turut memperparah dampak stres terhadap kesejahteraan psikologis. Sehingga dapat disimpulkan bahwa stres emosional berperan sebagai prediktor kuat bagi munculnya depresi. Hubungan tersebut bersifat kausal dan jangka panjang, di mana stres kronik menyebabkan perubahan biologis dan psikososial yang menurunkan keseimbangan emosional individu.²⁶

c) Faktor Sosial

Status sosial ekonomi (*socioeconomic status/SES*) merupakan salah satu faktor sosial yang memiliki pengaruh signifikan terhadap kesehatan mental, termasuk gangguan depresi. SES mencakup beberapa indikator seperti pendapatan, tingkat pendidikan, dan pekerjaan, yang secara langsung maupun tidak langsung menentukan kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhan hidup, mengakses layanan kesehatan, serta beradaptasi terhadap tekanan sosial dan lingkungan.

Individu dengan status sosial ekonomi rendah umumnya memiliki tingkat stres yang lebih tinggi dan akses yang lebih terbatas terhadap sumber daya pendukung kesehatan mental, sehingga berisiko lebih besar mengalami depresi.

Selain itu, SES rendah juga berkaitan dengan rendahnya rasa memiliki komunitas (*sense of belonging*), isolasi sosial, dan penurunan kualitas hidup, yang semakin memperburuk kesejahteraan psikologis individu. Faktor-faktor tersebut berinteraksi dengan kondisi biologis dan lingkungan, membentuk siklus negatif yang berujung pada depresi.

Faktor sosial lain yang berkaitan dengan depresi adalah pola asuh orang tua. Pola asuh orang tua adalah cara atau strategi pengasuhan yang diterapkan oleh orang tua dengan tujuan membentuk anak menjadi pribadi yang dewasa dalam aspek sosial.²⁷

Baumrind menetapkan jenis pola asuh orang tua sebagai berikut: *Authoritarian style* (gaya otoriter), *Permissive style* (gaya membolehkan), dan *Authoritative style* (gaya demokratis).¹⁹ Setiap pola asuh memiliki pengaruh yang berbeda, baik positif maupun negatif. Orang tua dapat memilih dan menentukan pola asuh yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik anak. Setiap dukungan dan motivasi orang tua dalam mengasuh anak akan menentukan kehidupan anak di masa mendatang.²⁸

Pola asuh otoriter yaitu pola asuh orang tua yang berupaya mengevaluasi, membentuk dan mengendalikan sikap serta tingkah laku anak agar sejalan dengan standar perilaku-nya, yang dikenal sebagai standar absolut.²⁹ Kedua, pola pengasuhan permisif, merupakan gaya pengasuhan di mana orang tua bersikap

menerima, tidak memberikan sanksi, dan membiarkan impuls, keinginan, maupun tindakan anak. Pola ini dapat pula diartikan sebagai perilaku memanjakan, karena orang tua tetap terlibat dengan anak tetapi tanpa memberikan tuntutan atau pengendalian. Ketiga, pola asuh demokratis, yaitu pola asuh yang memberikan cinta, dukungan, dan disiplin yang konsisten kepada anak. Orang tua mendorong anak supaya mandiri dengan menetapkan batasan dan pengendalian atas tindakan mereka. Pola pengasuhan ini ditandai dengan tuntutan yang masuk akal dan sikap responsif yang tinggi. Dengan memadukan antara pemberian tuntutan dan responsivitas, pola asuh demokratis dipandang sebagai salah satu bentuk pengasuhan yang ideal, karena berkontribusi baik terhadap perkembangan anak.³⁰

Dari uraian teori di atas dapat disimpulkan bahwa pola asuh terdiri dari berbagai komponen, namun dalam praktik sehari-hari orang tua kerap menerapkannya secara variatif dan multidimensi. Hal tersebut dipengaruhi oleh kondisi serta situasi yang dihadapi. Misalnya, orang tua dengan gaya demokratis dapat pula menunjukkan emosi atau memberikan hukuman, orang tua permisif kadang bersikap restriktif, menolak, memberikan izin, atau sebaliknya membiarkan anak bebas menentukan pilihannya, sedangkan orang tua otoriter dapat pula memperlihatkan sikap yang lembut, ramah, hangat, bahkan memberi kebebasan. Walaupun demikian, pada pola asuh yang multidimensi tetap terdapat kecenderungan pada salah satu dimensi yang dominan, tergantung pada persepsi anak melalui pengalaman yang diperoleh selama diasuh.³¹

Keterlibatan emosional dan dukungan positif dari orang tua membentuk rasa aman, kompetensi, dan penerimaan diri pada anak, sehingga menurunkan

kerentanan terhadap depresi. Sebaliknya, kontrol berlebihan dan kurangnya kehangatan pada pola asuh menimbulkan perasaan tidak berharga, rendah diri, dan ketidakmampuan mengelola stress, yang pada akhirnya meningkatkan risiko depresi pada anak.¹⁴

2.1.3 Gejala Depresi

1. Gejala utama depresi
 - a. Afek depresi (seperti kesedihan mendalam, dan putus asa)
 - b. Kehilangan minat dan kegembiraan
 - c. Berkurangnya energi yang akan meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit) dan menurunnya aktivitas.³²
2. Gejala lainnya :
 - a. Konsentrasi dan perhatian berkurang
 - b. Rasa bersalah berlebih dan merasa tidak berguna
 - c. Pandangan masa depan yang suram dan pesimis
 - d. Berpikir untuk menyakiti atau bunuh diri.
 - e. Tidur terganggu
 - f. Nafsu makan berkurang.³²

2.1.4 Episode Depresi

Episode depresi adalah periode waktu dimana seseorang mengalami gejala depresi yang signifikan dan berlangsung setidaknya dalam 2 minggu untuk penegakan diagnosis, tetapi periode lebih pendek dapat ditegakan jika gejala luar biasa beratnya dan berlangsung secara cepat. Episode depresi dibagi menjadi tiga

tingkat keparahan, yaitu derajat ringan, sedang, dan berat.³²

1. Episode depresi ringan
 - a) Sekurang kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi diatas
 - b) Ditambah sekurang kurangnya 2 dari gejala lainnya
 - c) Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya
 - d) Lamanya episode sekurang kurangnya sekitar 2 minggu
 - e) Sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan social yang biasanya dilakukan.³²
2. Episode depresi sedang
 - a) Sekurang kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi diatas
 - b) Ditambah sekurang kurangnya 3 (sebaiknya 4) dari gejala lainnya
 - c) Lamanya episode sekurang kurangnya sekitar 2 minggu
 - d) Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan social, pekerjaan, dan urusan rumah tangga.³²
3. Episode depresi berat tanpa gejala psikotik
 - a) Semua 3 gejala utama depresi harus ada
 - b) Ditambah sekurang kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya berintensitas berat
 - c) Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mampu untuk menjelaskan banyak gejala secara rinci
 - d) Lamanya episode sekurang kurangnya sekitar 2 minggu

e) Sangat sulit untuk mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, dan urusan rumah tangga.³²

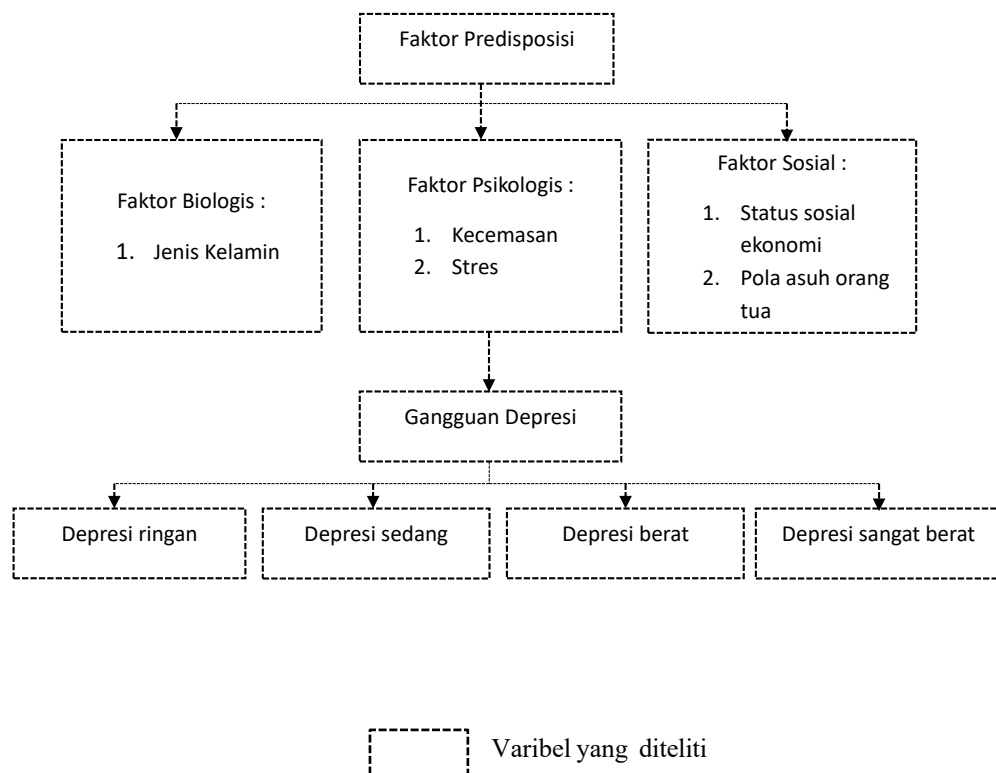
4. Episode depresi berat dengan gejala psikotik

a) Episode depresi berat yang sama seperti kriteria diatas.

b) Disertai waham, halusinasi atau stupor depresi. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan, atau bahaya yang mengancam. Halusinasi auditoria tau olfaktori berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran yang membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor.³

2.3. Kerangka Pemikiran

Kerangka konsep berfungsi untuk mengidentifikasi hubungan antara faktor-faktor gangguan depresi pada mahasiswa preklinik FK Unpas.



2.4 Hipotesis Karya Tulis

H0 :

1. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan tingkat depresi pada mahasiswa preklinik FK Unpas.
2. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara status sosial ekonomi dengan tingkat depresi pada mahasiswa preklinik FK Unpas.
3. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pola asuh orang tua dengan tingkat depresi pada mahasiswa preklinik FK Unpas.
4. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kecemasan dengan tingkat depresi pada mahasiswa preklinik FK Unpas.
5. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat stres dengan tingkat depresi pada mahasiswa preklinik FK Unpas.

H1 :

1. Terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan gangguan depresi pada mahasiswa preklinik FK Unpas.
2. Terdapat hubungan antara status sosial ekonomi dengan gangguan depresi pada mahasiswa preklinik FK Unpas.
3. Terdapat hubungan antara pola asuh orang tua dengan gangguan depresi pada mahasiswa preklinik FK Unpas.
4. Terdapat hubungan antara kecemasan dengan gangguan depresi pada mahasiswa preklinik FK Unpas.

5. Terdapat hubungan antara tingkat stres dengan gangguan depresi pada mahasiswa preklinik FK Unpas.