

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori

2.1.1 Kesehatan Mental

WHO menyatakan sehat mencakup kesehatan jasmani, kejiwaan, dan sosial. Sehat sebagai tujuan pengobatan, tidak hanya menyembuhkan atau menurunkan gejala atau penyakit, tetapi meningkatkan kualitas hidup semaksimal mungkin meskipun ada keterbatasan yang disebabkan oleh kecacatan atau disabilitas. Kesehatan mental menurut WHO adalah keadaan bahagia. Dalam keadaan ini, individu dapat menyadari kemampuannya, bisa mengatasi kondisi normal, tekanan hidup, serta melakukan pekerjaan yang produktif dan menguntungkan, serta dapat berkontribusi pada masyarakat.⁽¹⁾ UU No 18 tahun 2014 kesehatan mental ialah kondisi dimana seseorang dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan social sehingga dapat menyadari kemampuannya, mengatasi tekanan, bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi pada komunitasnya.⁽⁹⁾ Kesehatan mental termasuk dalam artian kesehatan, maka tujuan serta tradisi kesehatan masyarakat dan promosi kesehatan bisa juga berlaku pada kesehatan mental. Begitu pentingnya kesehatan mental untuk seseorang, keluarga, dan masyarakat tidak. Pendekatan multidisiplin untuk kesehatan mental mencakup promosi kesejahteraan, kesehatan mental, dan mencegah penyakit.⁽¹⁰⁾

2.1.2 Stres

Stres adalah situasi yang dihasilkan oleh ketidaksesuaian antar kondisi apa yang diharapkan oleh sistem biologis, psikologis, atau sosial seseorang. ⁽¹⁴⁾ *Acute Stress Disorder* (ASD) didefinisikan sebagai gangguan adaptasi. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-5) tidak lagi perlu mengisolasi gejala untuk mendiagnosis

ASD, tetapi masih menggunakannya sebagai kriteria diagnostik. ASD menjelaskan reaksi stres akut (ASR) yang terjadi tidak kurang dari tiga hari dan tidak lebih dari empat minggu. Sebaliknya, ASR yang terus berlanjut jangka waktu lebih dari empat minggu dapat memenuhi kriteria untuk gangguan stres pasca-trauma ⁽¹¹⁾

A. Etiologi

Menurut penelitian berbasis survei, 20% hingga 90% dari total populasi menderita satu atau lebih peristiwa stres ekstrem dalam hidup mereka. Meskipun resiko besar, hanya 1,3% hingga 11,2% ASD akan berkembang menjadi penyakit simptomatik jangka Panjang ⁽¹¹⁾

B. Faktor Risiko

Ada bukti terbatas tentang faktor risiko untuk mengembangkan ASD setelah peristiwa traumatis. Berdasarkan dua analisis oleh *Ozer et al.* Dan *Brewin et al.* *Sareen J.* membagi faktor risiko menjadi tiga kelompok ⁽¹¹⁾

1. Faktor Pretraumatik

Jenis kelamin wanita, cacat intelektual, pendidikan yang kurang, sejarah peristiwa traumatis, sejarah gangguan kejiwaan, gangguan kepribadian, genetika

2. Faktor Peritrauma

Keparahan trauma, serangan, memperkosa, cedera fisik

3. Faktor Pascatrauma

Gangguan stres akut (ASD), takikardia, status sosial ekonomi yang buruk, tingkat keparahan nyeri fisik, kerusakan otak, gejala disosiatif, disabilitas, stres hidup selanjutnya

C. Epidemiologi

Dalam sebuah penelitian terhadap 62.728 mahasiswa kedokteran, prevalensi depresi secara keseluruhan dilaporkan menjadi 28,0%.

Mahasiswa kedokteran dari Asia, Amerika Utara, negara-negara berbahasa Inggris di luar Amerika Utara, dan banyak negara di dunia sudah meninjau sistematis dan metaanalisis terkait masalah ini. ⁽¹¹⁾

D. Patofisiologi

Bentuk pembelajaran dari *Ivan Petrovich Pavlov* adalah ketika rangsangan traumatis (seperti ledakan) dan rangsangan netral (seperti bau) atau situasional (seperti malam) terjadi pada saat yang sama, ketika menghadapi rangsangan netral atau situasi otak dan tubuh akan menunjukkan perasaan yang sama. Respon ketakutan (bahkan tanpa stimulasi traumatis). Kebanyakan orang sehat menyesuaikan kondisinya secara bertahap berkurang sebagai respons terhadap rangsangan traumatis. Jika mekanisme ini gagal, pasien akan terus mengalami kembali gejala menakutkan dari peristiwa traumatis awal ⁽¹¹⁾

E. Gejala Klinik

DSM-5 mengartikan kriteria Gangguan Stres Akut (ASD) berupa terekspos pada peristiwa traumatis (baik secara fisik, seksual atau mental) dan memiliki lebih dari delapan gejala berikut yang dikelompokkan pada lima kategori:

1. Gejala Intrusi

- a. Kenangan sedih tentang peristiwa traumatis yang berulang
- b. Mimpi berulang yang terkait dengan peristiwa traumatis
- c. Merumuskan peristiwa traumatis berulang
- d. Reaksi kuat terhadap peristiwa, subjek, gangguan mental atau fisik berkepanjangan yang mengingatkan pasien pada peristiwa traumatis yang sebenarnya.

2. Perasaan negatif

Ketidakmampuan untuk bahagia, merasa sukses atau merasakan cinta

3. Gejala Disosiatif

Memiliki perasaan terlepas dari diri dan emosi, amnesia disosiatif

4. Gejala Penghindaran

Menghindari pikiran, ingatan, dan perasaan tentang peristiwa traumatis, menghindari pemicu eksternal dari peristiwa traumatis (seperti orang dan tempat)

5. Gejala bangun

a. Masalah tidur (seperti kesulitan memulai dan menjaga kualitas tidur)

b. Lekas marah dan serangan marah dengan sedikit atau tanpa iritasi

c. Sangat waspada dan tidak normal terhadap lingkungan sekitarnya

d. Bingung

e. Sangat refleksif dan merespon keadaan darurat di lingkungan

(11)

2.1.3 Depresi

Depresi merupakan gangguan perasaan yang ditandai dengan kesedihan dan hilangnya minat yang terus-menerus. Depresi memanifestasikan dirinya dalam beberapa perilaku, termasuk kurangnya semangat di sekolah, keengganan untuk bersosialisasi dengan rekannya, menangis tanpa sebab, atau sensitif dan lekas marah.⁽¹²⁾ DSM-5 mengelompokkan gangguan depresi menjadi:⁽¹³⁾

1. Gangguan disregulasi suasana hati yang mengganggu

2. Gangguan depresi mayor

3. Gangguan depresi persisten (dysthymia)
4. Gangguan disforia pramenstruasi
5. Gangguan depresi akibat kondisi medis lain

Ciri umum dari semua depresi adalah kesedihan, kekosongan emosi atau mudahnya tersinggung, ditambah dengan perubahan fisik dan kognitif yang sangat mengganggu fungsi individu. Hampir 60% penderita depresi tidak mencari pertolongan medis. Banyak orang percaya bahwa stigma gangguan kesehatan mental tidak dapat diterima di masyarakat dan akan menghambat kehidupan pribadi dan profesional mereka. Ada banyak bukti bahwa sebagian besar antidepresan dapat bekerja, tetapi tanggapan individu terhadap pengobatan dapat bervariasi.⁽¹³⁾

A. Etiologi depresi

Penyebab depresi berat bersifat multifaktorial, dan faktor genetik serta lingkungan berperan. Kerabat tingkat pertama dari pasien dengan depresi sekitar tiga kali akan menderita depresi daripada populasi umum, tetapi mereka yang tidak memiliki riwayat keluarga depresi dapat mengalami depresi. Faktor risiko biologis potensial untuk depresi pada lansia telah diidentifikasi. Penyakit neurodegeneratif (terutama penyakit Alzheimer dan Parkinson), stroke, multiple sclerosis, kejang, kanker, degenerasi makula, dan nyeri kronis berhubungan dengan tingkat depresi yang tinggi. Peristiwa dan masalah hidup adalah pemicu depresi. Peristiwa traumatis, seperti kematian atau kehilangan orang yang dicintai, kurangnya atau pengurangan dukungan sosial, beban pengasuh, masalah keuangan, kesulitan dan konflik interpersonal, semuanya merupakan pemicu stres yang memicu depresi.⁽¹³⁾

1) Faktor organobiologik

Adanya kelainan pada metabolit amin. Biogenic seperti *5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA)*, *bomovanilic acid (HVA)* dan *3-methoxy-4-hydroxyphenyl-glycol (MHPG)* didalam darah, urin, cairan serebrospinal pasien dengan gangguan perasaan.

2) Amin Biogenic

Norepinefrin dan serotonin ialah dua neurotransmitter yang terlibat patofisiologi gangguan perasaan.

3) Norepinefrin

Penurunan regulasi reseptor beta adrenergic dan reseptor klinis anti depresan yang berperan langsung ada system noradrenergic pada depresi. Reseptor b2 presinaptik terdapat di neuron seretonergik dan mengatur pelepasan serotonin.

4) Dopamine

Berkurangnya aktivitas dopamin adalah ciri depresi. Menurut pandangan baru-baru ini tentang dopamin dan depresi, jalur dopamin mesolimbik dan reseptor dopamin D1 akan mengalami hipoaktif pada individu yang depresi.

5) Serotonin

Mengontrol regulasi emosi, agresivitas, tidur, dan nafsu makan. Aktivitas serotonin akan berkurang dicelah sinap dan menyebabkan terjadinya depresi.

B. Epidemiologi depresi

Dalam setahun terakhir, prevalensi depresi berat sekitar 7%, dan terdapat perbedaan yang signifikan antar kelompok umur. Prevalensi pada kelompok usia 18-29 tiga kali lipat prevalensi kelompok usia di atas 60 tahun. Insiden pubertas pada wanita 1,5 sampai 3 kali lipat pada pria. Di Amerika Serikat, depresi

mempengaruhi hampir 17 juta orang dewasa, tetapi angka ini terlalu rendah karena banyak orang tidak menerima perawatan medis.⁽¹³⁾

C. Patofisiologi depresi

Patofisiologi di balik gangguan depresi mayor tidak dipahami dengan baik. Bukti terbaru mengungkapkan bahwa pasokan neurotransmitter, modulasi reseptor, dan kepekaan terhadap gejala afektif berinteraksi dengan kompleks. Uji klinis dan preklinis telah menunjukkan bahwa penghancuran fungsi serotonin di sistem saraf pusat merupakan aspek yang signifikan. Norepinefrin, dopamin, glutamat, dan faktor neurotropik yang diturunkan dari otak adalah neurotransmitter lain yang terlibat. Kemanjuran terapeutik *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRIs) menunjukkan peran aktivitas system saraf pusat serotonin dalam patofisiologi depresi mayor. Temuan penelitian menyiratkan regulasi neuroreceptor, perubahan transduksi sinyal intraseluler dan ekspresi gen dari waktu ke waktu, dan peningkatan ketersediaan neurotransmitter.⁽¹³⁾

Gangguan afektif musiman ialah kondisi depresi berat yang sering bermanifestasi pada musim gugur dan musim dingin, kemudian menghilang pada musim semi dan musim panas. Menurut penelitian, gangguan afektif musiman juga dimediasi oleh variasi kadar serotonin di sistem saraf pusat dan tampaknya disebabkan oleh ritme sirkadian dan sinar matahari. Penyakit vaskular bisa mengakibatkan depresi dengan mengganggu jaringan saraf yang terlibat pada regulasi emosi. Jaringan ini menghubungkan korteks prefrontal dorsolateral, korteks orbitofrontal, cingulate anterior, dan cingulate dorsolateral. Komponen sirkuit limbik lainnya, terutama hipokampus dan amigdala, berhubungan dengan depresi.⁽¹³⁾

D. Gejala klinis

Penyelidikan gejala depresi dimulai dengan pertanyaan tentang gejala neurotropik, seperti berubahnya pola tidur, nafsu makan, dan tingkat energi. Jawaban positif seharusnya menimbulkan lebih banyak pertanyaan, dengan fokus pada penilaian keberadaan gejala yang didiagnosis sebagai depresi berat. Menurut DSM-5, ini mengandung 9 gejala⁽¹³⁾

1. Gangguan tidur
2. Mengurangi minat atau kesenangan
3. Perasaan bersalah atau pikiran tidak berharga
4. Perubahan energi atau kelelahan
5. Gangguan perhatian atau perhatian
6. Nafsu makan atau perubahan berat badan
7. Gangguan psikomotor
8. Pikiran untuk bunuh diri
9. Suasana hati yang rendah

Semua pasien dengan depresi harus dinilai risiko bunuh diri. Setiap risiko bunuh diri harus segera ditanggapi dengan serius, termasuk rawat inap atau pemantauan ketat dan sering. Bidang investigasi lainnya meliputi:

1. Riwayat kesehatan sebelumnya dan keluarga, dan pengobatan terkini
2. Riwayat sosial, dengan fokus pada penyebab stres dan penyalahgunaan narkoba dan alkohol
3. Riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik dapat menyingkirkan penyebab organik depresi. Gejala depresi dan tingkat keparahannya juga dapat dinilai dengan kuesioner seperti *Beck Depression Inventory* (BDI),

Hamilton Depression Inventory (Ham-D) dan Zung Self-Rating Depression Inventory.⁽¹³⁾

2.1.4 Ansietas

Ansietas adalah fenomena normal terjadi dalam kehidupan, namun ansietas dapat menjadi abnormal jika respons terhadap stimulus berlebih. Ansietas adalah keadaan neurofisiologis otomatis dari alarm yang ditandai dengan respons pertarungan atau lari terhadap penilaian kognitif dari bahaya yang ada atau yang akan segera terjadi (nyata atau yang dirasakan). Ansietas terkait dengan rasa takut dan bermanifestasi sebagai keadaan suasana hati yang berorientasi pada masa depan yang terdiri dari sistem respons kognitif, afektif, fisiologis, dan perilaku yang kompleks yang terkait dengan persiapan untuk peristiwa atau keadaan yang diantisipasi yang dianggap mengancam. Ansietas patologis dipicu ketika ada perkiraan berlebihan dari ancaman yang dirasakan atau penilaian bahaya yang keliru dari suatu situasi yang mengarah pada respons yang berlebihan dan tidak tepat. Ansietas adalah salah satu gangguan kejiwaan yang paling umum tetapi prevalensi yang sebenarnya tidak diketahui karena banyak orang tidak mencari pertolongan atau dokter gagal membuat diagnosis.⁽¹⁴⁾

A. Etiologi kegelisahan

Gangguan ansietas tampaknya disebabkan oleh interaksi faktor biopsikososial. Kerentanan genetik berinteraksi dengan situasi yang membuat stres atau traumatis untuk menghasilkan sindrom yang signifikan secara klinis. Kecemasan dapat disebabkan oleh pengobatan, pengobatan herbal, penyalahgunaan zat, trauma, pengalaman masa kecil, gangguan panik.⁽¹⁴⁾

1) Teori Biologi

Area otak yang terlibat pada gangguan kecemasan adalah lobus oksipitalis yang mempunyai reseptor benzodiazepine tertinggi di otak. Basal ganglia, sistem limbik dan korteks frontal juga terlibat pada etiologi timbulnya ini. Ditemukan juga system serotonergic yang abnormal, neurotransmitter yang berkaitan dengan gangguan kecemasan adalah GABA, serotonin, norepinefrin, glutamate dan kolesistokinin.

2) Teori Genetik

Sekitar 25% dari keluarga yang penderita gangguan kecemasan juga menderita gangguan yang sama. Sedangkan penelitian pada pasangan yang kembar didapatkan 50% pada kembar monozigotik dan 15% pada kembar dizigotik.

3) Teori kognitif perilaku

Orang yang menderita gangguan kecemasan akan berespon secara salah dan tidak tepat terhadap ancaman yang disebabkan oleh perhatian yang selektif terhadap hal-hal negatif pada lingkungan dan negatif pada kemampuan diri sendiri.

B. Epidemiologi kegelisahan

Anxietas adalah salah satu gangguan kejiwaan yang paling umum pada populasi umum. Fobia spesifik adalah yang paling umum dengan tingkat prevalensi 12 bulan sebesar 12,1%. Gangguan anxietas sosial adalah yang paling umum berikutnya, dengan tingkat prevalensi selama 12 bulan sebesar 7,4%. Gangguan anxietas yang paling tidak umum adalah agorafobia dengan tingkat prevalensi selama 12 bulan sebesar 2,5%. Gangguan anxietas lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pria dengan perkiraan rasio 2:1⁽¹⁴⁾

C. Patofisiologi kecemasan

Mediator anxietas penting dalam sistem saraf pusat dianggap norepinefrin, serotonin, dopamin dan *asam gamma-aminobutyric* (GABA). Sistem saraf otonom, terutama sistem saraf simpatis, menjadi perantara sebagian besar gejala. Amigdala memainkan peran penting dalam mengurangi ketakutan dan kecemasan. Telah ditemukan bahwa pasien dengan gangguan anxietas menunjukkan respon amigdala yang meningkat terhadap isyarat anxietas. Struktur sistem amigdala dan limbik terhubung ke area korteks prefrontal, dan aktivasi abnormal prefrontal-limbik dapat dibalik melalui intervensi psikologis atau obat. ⁽¹⁴⁾

D. Gejala klinis

1. Gejala kognitif, takut kehilangan kendali, cedera fisik atau kematian, takut kegilaan, evaluasi negatif, gambaran psikologis atau ingatan orang lain, membuat orang merasa takut tidak nyata atau kurang perhatian, kebingungan, pemahaman yang berlebihan tentang ancaman; ingatan yang buruk, kesulitan berbicara.
2. Gejala fisiologis, termasuk detak jantung cepat, jantung, sesak napas, sesak napas, nyeri dada atau mati lemas, pusing, pusing, perasaan tertekan; berkeringat, hot flashes, menggigil; mual, sakit perut, diare gemetar, berjabat tangan dan kaki, mati rasa, lemah, tidak stabil, pingsan; otot tegang, kaku; mulut kering.
3. Hindari ancaman sugestif atau pelarian, mengejar pelarian yang aman, anxietas, agitasi, mondar-mandir, hiperventilasi, kedinginan, tidak bergerak dan kesulitan berbicara.
4. Gejala afektif gugup, tegang, luka, ketakutan, ketakutan, gelisah, dan tidak sabar, frustrasi. ⁽¹⁴⁾

2.1.5 Resiliensi

Resiliensi berasal dari bahasa latin *resilire* yang berarti memantul. ⁽¹⁵⁾ Resiliensi adalah suatu kemampuan untuk mengatasi stres dan berkembang dalam menghadapi kesulitan. Membangun ketahanan adalah cara yang menjanjikan untuk mengurangi efek negatif dari stres, mencegah kelelahan, dan membantu dalam keberhasilan setelah mengalami kesulitan. Menurut *Grotberg (2003)* dalam *Resilience for Today Gaining strength from adversity*, resiliensi didefinisikan sebagai fenomena atau proses yang relatif mencerminkan adaptasi aktif bahkan ketika mengalami ancaman atau trauma besar. Resiliensi berkaitan dengan harapan masa depan dan kemampuan beradaptasi untuk bangkit dari kesulitan (*reaching out*). Menurut *Grotberg (1999)*, tingkat resiliensi sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti lingkungan sosial, keluarga, sekolah dan teman sebaya. Menurut *Reivich dan Shatte (2002)*, terdiri tujuh faktor yang mempengaruhi resiliensi meliputi regulasi emosi, pengendalian impuls, empati, optimisme, analisis kausal, menjangkau, efikasi diri. ⁽¹⁶⁾

Resiliensi menggambarkan tiga fenomena, antara lain:

- 1) Perkembangan positif dari anak-anak yang tinggal di lingkungan berisiko tinggi seperti anak - anak yang hidup dalam kemiskinan atau orang tua yang kasar.
- 2) Kemampuan yang mungkin timbul di bawah tekanan jangka Panjang seperti insiden perceraian orang tua.
- 3) Sembuh dari trauma seperti ketakutan akan peristiwa perang saudara. ⁽¹⁶⁾

Resiliensi dapat dilihat sebagai suatu sifat atau proses. Sebagai sifat resiliensi adalah karakteristik yang memungkinkan individu untuk beradaptasi dengan situasi yang dihadapi. Sebagai sebuah proses,

resiliensi adalah proses yang dinamis mengandung adaptasi aktif dalam situasi sulit. Resiliensi mencakup karakter pribadi dan keterampilan pribadi, dan perlindungan seperti dari keluarga, lingkungan sosial dan keyakinan agama (*Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen & Stiles, dalam Ziaan et al., 2012*). *Catalano, Chan, Wilson, Chiu, dan Muller (2011)* percaya bahwa resiliensi terbentuk tidak hanya dari faktor pribadi atau ciri kepribadian tunggal, tetapi juga dari faktor lain seperti lingkungan, dalam hal ini dapat berupa komunitas atau masyarakat. *Ungar (2011)* juga menyarankan bahwa masyarakat dapat meningkatkan resiliensi individu, yaitu dengan membantu individu untuk membimbing dan menegosiasikan sumber daya yang tersedia. ⁽¹⁶⁾

2.1.6 Mahasiswa kedokteran

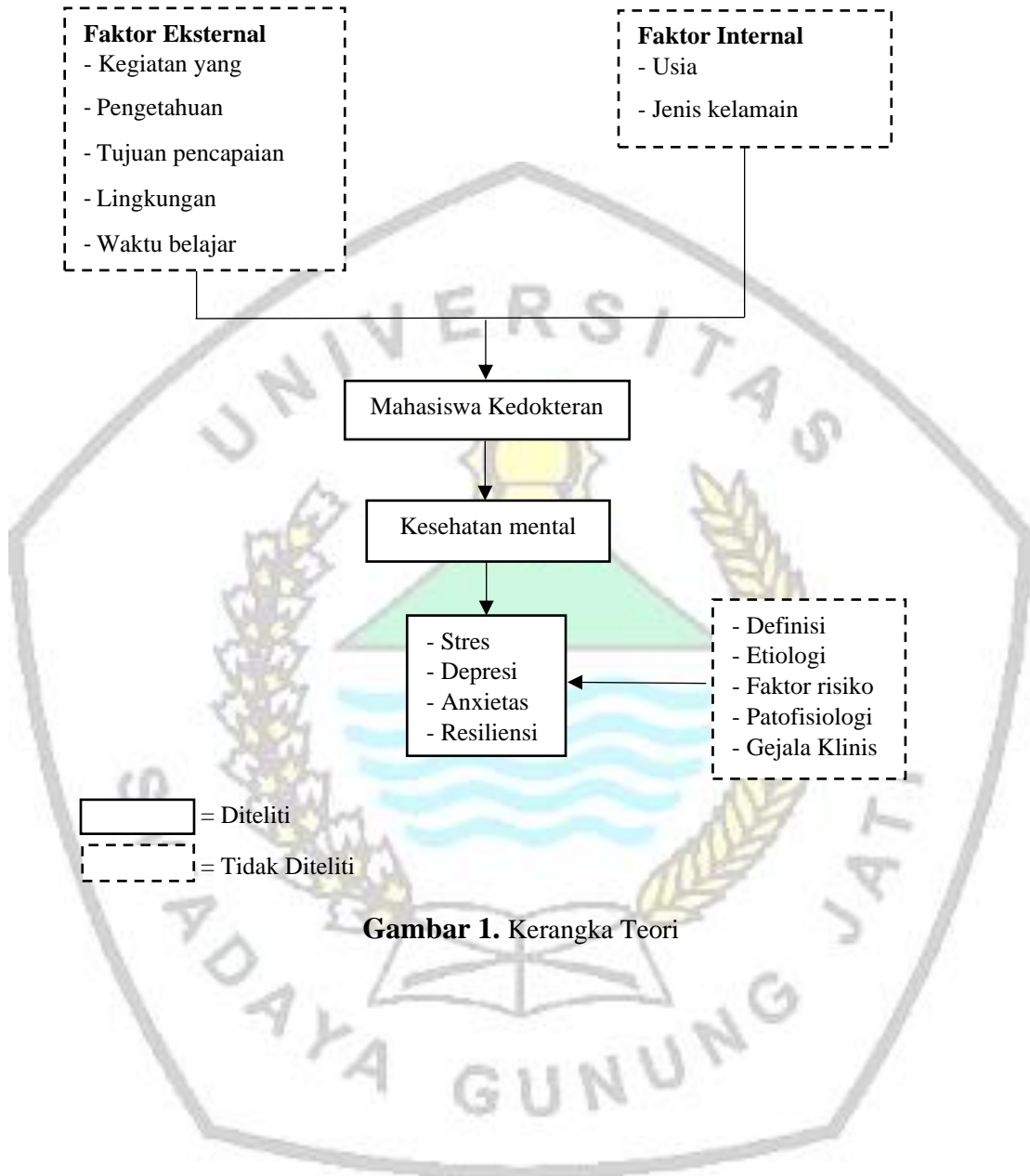
Menurut data Konsil Kedokteran Indonesia pada tahun 2020, terdapat 89 departemen medis di Indonesia, baik yang baru berdiri atau mencapai puluhan tahun. ⁽¹⁷⁾ Mahasiswa baru merupakan status yang disandang oleh seseorang di tahun pertama kuliahnya. Pada awal menempuh pendidikan di perguruan tinggi mahasiswa dihadapkan dengan berbagai tantangan dan perubahan kehidupan. Ini karena perbedaannya sifat pendidikan sekolah menengah atas (SMA) dan universitas, meliputi perbedaan antara kursus, sistem pembelajaran, mata pelajaran, siswa dan dosen. ⁽¹⁸⁾

Mahasiswa adalah anggota lembaga pendidikan tinggi dan mereka harus memiliki tanggung jawab untuk menyelesaikan tugas akademik secara mandiri untuk memenuhi kemampuan lulusan yang diharapkan oleh universitas. Mahasiswa kedokteran adalah mahasiswa yang ikuti proses kualifikasi akademik, profesi, residensi, dan magang untuk mencapai kompetensi yang dibutuhkan oleh dokter, spesialis dan sub spesialis. Mahasiswa kedokteran harus melakukan masa belajar

preklinik di universitas sebelum menjadi dokter muda di rumah sakit. Program pendidikan profesi dokter dapat diikuti apabila telah dinyatakan lulus pendidikan tahap akademik dan telah menjadi sarjana kedokteran. Preklinik mahasiswa kedokteran yang relevan lebih stagnan daripada belajar di rumah sakit, karena mahasiswa berhadapan langsung dengan pasien juga memiliki kesempatan untuk melakukan tindakan medis. Dokter muda juga harus bertanggung jawab atas semua yang di pelajari sebagai mahasiswa preklinik. Pada saat yang sama, siswa preklinik tidak akan terbebani dengan hal-hal ini. Stres dan kecemasan mahasiswa kedokteran dapat disebabkan oleh beban dan kejenuhan akademik yang tinggi. Penelitiannya tentang kecemasan mahasiswa kedokteran menunjukkan banyak stres dibandingkan dengan pelayanan atau profesi kesehatan lain yang melakukan tindakan medis.⁽¹⁹⁾



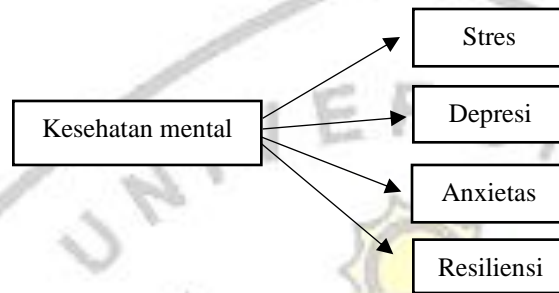
2.2 Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

2.3 Kerangka Konsep

Dalam penelitian ini variabel hanya satu atau variabel tunggal yaitu kesehatan mental mahasiswa kedokteran Universitas Swadaya Gunung Jati, dengan sub variabel yaitu stres, depresi, anxietas, resiliensi.



Gambar 2. Kerangka Konsep

