

**DIFFERENCE OF STUDENT DEPRESSION LEVEL BEFORE
AND AFTER LEARNING PROBLEM BASED LEARNING
(PBL) IN FACULTY OF MEDICINE UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

**PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI MAHASISWA SEBELUM
DAN SETELAH PEMBELAJARAN PROBLEM BASED
LEARNING (PBL) DI FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**



RASDIANA FB. MATONG

10542062415

*Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar sarja kedokteran*

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

2019

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

**PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI MAHASISWA SEBELUM DAN
SETELAH PEMBELAJARAN *PROBLEM BASED LEARNING* (PBL)
DI FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

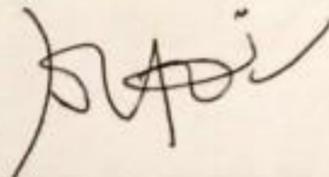
RASDIANA FB. MATONG

10542 0624 15

Usulan penelitian ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan tim penguji
Skripsi penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar

Makassar, 06 Maret 2019

Menyetujui Pembimbing,



dr. Dito Anurogo, M.Sc.



FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

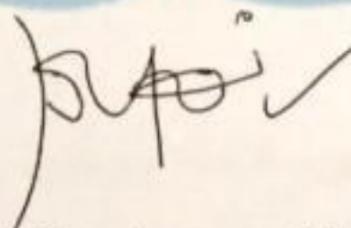
TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi :

PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI MAHASISWA SEBELUM DAN
SETELAH PEMBELAJARAN *PROBLEM BASED LEARNING* (PBL) DI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
MAKASSAR

Makassar, 6 Maret 2019

Pembimbing,



dr. Dito Anurogo, M.Sc

PANITIA SIDANG UJIAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

Skripsi dengan judul “**PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI MAHASISWA SEBELUM DAN SETELAH PEMBELAJARAN *PROBLEM BASED LEARNING* (PBL) DI FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**” telah diperiksa, disetujui, serta dipertahankan, di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar pada:

Hari/Tanggal : Rabu/ 06 Maret 2019

Waktu : 13.00 WITA

Tempat : Hall Lantai 3 Fakultas Kedokteran

Universitas Muhammadiyah Makassar

Menyetujui Ketua Tim Penguji,

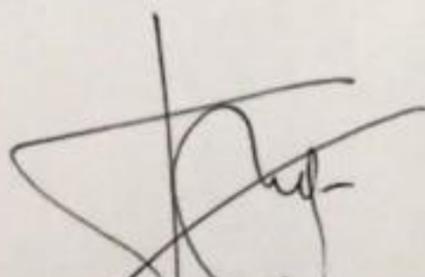

(dr. Dito Anurogo, M.Sc)

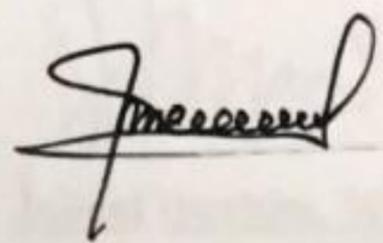


Anggota Tim Penguji

Anggota I

Anggota II


(dr. Dara Ugi, M.Kes)


(Dr. Drs. H. Darwis Muhdina, M.Ag)

DATA MAHASISWA :

Nama Lengkap : Rasdiana FB. Matong

Tanggal Lahir : 16 Juni 1997

Tahun Masuk : 2015

Peminatan : Kedokteran Klinis

Nama Pembimbing Akademik : dr. Ami Febriza, M.Kes

Nama Pembimbing Skripsi : dr. Dito Anurogo, M.Sc

JUDUL PENELITIAN :

PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI MAHASISWA SEBELUM DAN SETELAH PEMBELAJARAN PROBLEM BASED LEARNING (PBL) DI FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

Menyatakan bahwa yang bersangkutan telah melaksanakan tahap ujian usulan skripsi, penelitian skripsi dan ujian akhir skripsi untuk memenuhi persyaratan akademik dan administrasi untuk mendapatkan Gelar Sarjana Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

Makassar, 6 Maret 2019

Mengesahkan,

Kordinator Skripsi

Juliani Ibrahim, M.Sc. Ph.D

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya

Nama Lengkap : RASDIANA FB. MATONG
Tempat, Tanggal Lahir : Makassar, 16 Juni 1997
Tahun Masuk : 2015
Peminatan : Kedokteran Klinis
Nama Pembimbing Akademik : dr. Ami Febriza, M.Kes
Nama Pembimbing Skripsi : dr. Dito Anurogo, M.Sc

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam **penulisan skripsi** saya yang berjudul :

PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI MAHASISWA SEBELUM DAN SETELAH PEMBELAJARAN *PROBLEM BASED LEARNING* (PBL) DI FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 06 Maret 2019

RASDIANA FB. MATONG
NIM. 10542 0624 15

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
SKRIPSI, 6 MARET 2019**

“PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI MAHASISWA SEBELUM DAN SETELAH PEMBELAJARAN PROBLEM BASED LEARNING (PBL) DI FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR”

**RASDIANA FB. MATONG (10542 0624 15)
DITO ANUROGO**

(xi + 59 halaman, 6 tabel, 4 gambar, lampiran)

ABSTRAK

LATAR BELAKANG : Depresi merupakan gangguan suasana perasaan yang berhubungan dengan perasaan sedih dimana terdapat tiga gejala utama, yaitu afek depresif, anergi, dan anhedonia. Pada penelitian yang dilakukan oleh Henry Hadiano (2014), ditemukan bahwa mahasiswa kedokteran memiliki prevalensi depresi yang lebih tinggi. Faktor penyebab depresi mahasiswa kedokteran adalah faktor sosial-ekonomi, budaya, jenis kelamin dan kurikulum pendidikan dokter (*Problem Based Learning*), yang membuat mahasiswa memiliki pemadatan waktu belajar dan mereka dituntut untuk mampu belajar mandiri.

TUJUAN : Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengetahui tingkat depresi mahasiswa pada pembelajaran PBL di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

METODE : Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian eksperimen yang akan memberi perlakuan kepada sekelompok responden. Perlakuan yang diberikan adalah penerapan pembelajaran *Problem Based Learning* yang diadakan pada suatu blok. Desain penelitian ini akan menggunakan desain pra eksperimen dengan model desain *one group pretest and posttest design*.

HASIL : Distribusi hasil sampel tingkat depresi mahasiswa sebelum PBL adalah mahasiswa yang tidak depresi atau normal sebanyak 35 orang (87,5%), mahasiswa dengan tingkat depresi ringan sebanyak satu orang (2,5%), mahasiswa dengan tingkat depresi sedang sebanyak empat orang (10%) dan tidak ada mahasiswa dengan tingkat depresi berat. Distribusi hasil sampel tingkat depresi mahasiswa setelah PBL adalah mahasiswa yang tidak depresi atau normal sebanyak 39 orang (97,5%), mahasiswa dengan tingkat depresi ringan sebanyak satu orang (2,5%), dan tidak ada mahasiswa dengan tingkat depresi sedang dan depresi berat.

KESIMPULAN : Tingkat depresi mahasiswa yang diukur sebelum dan setelah mengikuti PBL di blok Indra Khusus memperlihatkan tingkat depresi mahasiswa cenderung menurun.

KATA KUNCI : Depresi, *Problem Based Learning* (PBL), Mahasiswa Kedokteran

REFERENSI : 18 (2003-2018)

**MEDICAL FACULTY
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
UNDERGRADUATE THESIS, MARCH 6th 2019**

“DIFFERENCE OF STUDENT DEPRESSION LEVEL BEFORE AND AFTER LEARNING PROBLEM BASED LEARNING (PBL) IN FACULTY OF MEDICINE UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR”

**RASDIANA FB. MATONG (10542 0624 15)
DITO ANUROGO**

(xi + 59 pages, 6 tables, 4 images, attachments)

ABSTRACT

BACKGROUND : Depression is a mood disorder that is associated with feelings of sadness where there are three main symptoms namely depressive, anergy, and anhedonia. In a study conducted by Henry Hadiano (2014), it was found that medical students had a higher prevalence of depression. There are several factors that cause depression in medical students. These factors are socio-economic, cultural, gender and medical education curriculum. Competency Based Curriculum with Problem Based Learning methods, which makes students have a compaction of study time and they are required to be able to learn independently.

OBJECTIVE : This study generally aims to determine the level of depression of students in PBL learning at the Faculty of Medicine, Universitas Muhammadiyah Makassar.

METHOD : The research method used in this research is experimental research that will give treatment to a group of respondents. The treatment given is the application of Problem Based Learning learning held on a block. The design of this study will use a pre-experimental design with a design model of one group pretest and posttest design.

RESULTS : Distribution of the results of the student depression level before PBL were 35 students who were not depressed or normal (87.5%), one student with mild depression (2.5%), students with moderate depression levels were four (10%) and no students with severe depression. The distribution of the results of the student depression level after PBL is 39 students who are not depressed or normal (97.5%), one student with mild depression (2.5%), and no student with moderate depression and severe depression

CONCLUSIONS : The level of student depression measured before and after joining PBL in the Special Sense block shows the level of depression of students tends to decline.

KEYWORDS : Depression , Problem Based Learning (PBL), Medical Student

REFERENCE : 18 (2003-2018)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Perbedaan Tingkat Depresi Mahasiswa Sebelum dan Setelah Pembelajaran *Problem Based Learning* (PBL) di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar” Penulisan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan studi dan memperoleh gelar Sarjana Kedokteran dari Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

Penulisan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, baik moril maupun materil. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Rasulullah SAW. Yang telah menunjukkan jalan kebenaran bagi umat Islam dan tak pernah berhenti memikirkan ummatnya hingga di akhir hidupnya
2. Kepada kedua orang tua saya, ibu saya DR. Sukmawati, S.Pd., M.Pd dan ayah saya DR. Firman Basir., M.Pd (Alm.) dan saudara saya Ahmad Tolib FB. Matong yang telah memberikan doa, dukungan dan semangatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan tepat waktu.
3. Dosen Pembimbing Skripsi, dr. Dito Anurogo, M.Sc, Dosen Penguji skripsi dr. Dara Ugi, M.Kes, dan Dosen penguji AIK Dr.H.Darwis Muhdina, M.Ag yang telah meluangkan banyak waktu dan wawasannya dalam membantu serta memberikan pengarahan dan koreksi hingga skripsi ini dapat selesai.

4. Rektor Universitas Muhammadiyah Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk memperoleh ilmu pengetahuan di Universitas Muhammadiyah Makassar.
5. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar, Ayahanda dr. Machmud Gasnawi, Sp.PA(K) yang telah memberikan sarana dan prasarana sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan ini dengan baik.
6. dr. Ami Febriza, M.Kes selaku pembimbing akademik saya yang telah memberikan semangat dan motivasi agar penulis dapat menyelesaikan skripsi ini tepat waktu.
7. Seluruh dosen dan staf di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.
8. Kepada Kerukunan Keluarga Mahasiswa (KKM) FK Unismuh khususnya kepada teman-teman Sinoatrial (2015) yang telah banyak membuka pandangan dan pemikiran saya dalam membuat skripsi ini.
9. Kepada adik-adik Rauvolfia (2016) yang sudah bersedia meluangkan waktunya untuk menjadi responden skripsi ini.
10. Kepada teman-teman kelompok skripsi saya Amelia Astrid dan Wahyudi Yucan yang telah setia menemani dan membantu saya selama pembuatan skripsi ini.
11. Kepada saudari-saudari saya GURLS (Hani, Novi, Arni, Nisa, Nela, Aul, Dinda) yang selalu bisa membuat saya tersenyum dan juga selalu menemani saya disaat duka maupun suka.

12. Kepada semua pihak yang terlibat baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah memberikan semangat dan dukungan.

Penulis menyadari Skripsi ini masih jauh dari sempurna. Namun penulis berharap semoga tetap dapat memberikan manfaat pada pembaca, masyarakat dan penulis lain. Akhir kata, saya berharap Allah SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Makassar, 6 Maret 2019

Penulis



DAFTAR ISI

PERNYATAAN PERSETJUAN PEMBIMBING

PERNYATAAN PERSETUJUAN PENGUJI

PERNYATAAN PENGESAHAN

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

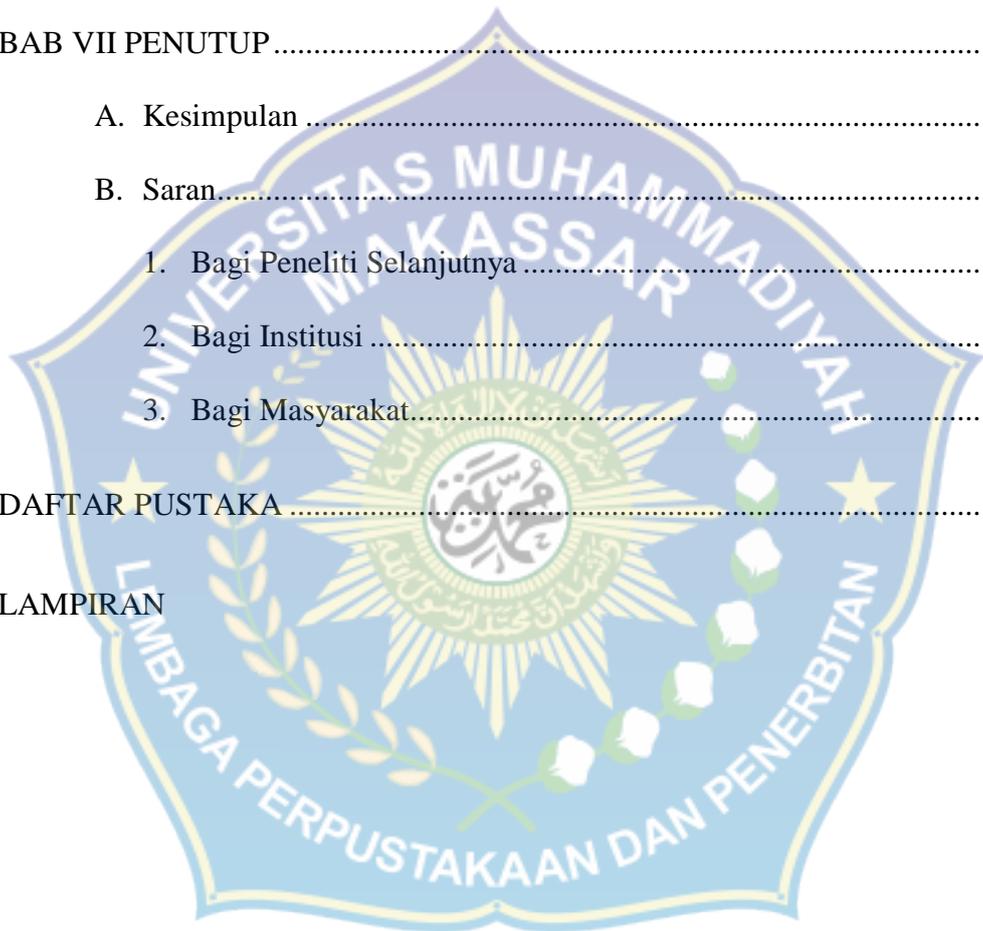
RIWAYAT HIDUP PENULIS

| | |
|------------------------------|-----|
| ABSTRAK..... | i |
| ABSTRACT..... | ii |
| KATA PENGANTAR..... | iii |
| DAFTAR ISI..... | vi |
| DAFTAR TABEL..... | x |
| DAFTAR GAMBAR..... | xi |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah..... | 4 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 4 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 5 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 6 |

| | |
|--|----|
| A. Depresi | 6 |
| 1. Defenisi | 6 |
| 2. Epidemiologi..... | 8 |
| 3. Etiologi..... | 9 |
| 4. Faktor Resiko | 12 |
| 5. Gejala Klinis..... | 12 |
| 6. Klasifikasi Depresi | 16 |
| 7. Diagnosis dan Skrining | 19 |
| B. <i>Problem Based Learning</i> (PBL)..... | 21 |
| 1. Defenisi | 21 |
| 2. Sejarah PBL | 22 |
| 3. Prinsip PBL | 23 |
| 4. Karakteristik PBL..... | 24 |
| 5. Tujuh Langkah dalam Tutorial..... | 25 |
| 6. Keuntungan dan Kerugian PBL | 27 |
| C. Hubungan Antara Tingkat Depresi dengan Pembelajaran Metode PBL | 29 |
| D. Depresi dalam Pandangan Islam | 29 |
| E. Kerangka Teori..... | 36 |
| BAB III KERANGKA KONSEP..... | 37 |
| A. Kerangka Pemikiran..... | 37 |
| B. Defenisi Operasional..... | 37 |
| C. Hipotesis Penelitian..... | 39 |

| | |
|--|----|
| BAB IV METODE PENELITIAN | 40 |
| A. Desain Penelitian..... | 40 |
| B. Tempat dan Waktu Penelitian | 40 |
| C. Populasi dan Sampel | 41 |
| D. Instrumen Penelitian..... | 42 |
| E. Teknik Pengumpulan Data..... | 43 |
| F. Teknik Analisis Data..... | 43 |
| G. Alur Penelitian | 45 |
| H. Etika Penelitian | 45 |
| BAB V HASIL PENELITIAN..... | 46 |
| A. Gambaran Umum Populasi/Sampel | 46 |
| B. Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 46 |
| C. Deskripsi Karakteristik Responden..... | 47 |
| D. Hasil Analisis | 47 |
| 1. Analisis Univariat..... | 47 |
| 2. Hasil Pengujian Hipotesis | 50 |
| BAB VI PEMBAHASAN..... | 52 |
| A. Tingkat Depresi Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar Sebelum Pembelajaran <i>Problem Based Learning</i> (PBL)..... | 52 |
| B. Tingkat Depresi Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar Setelah | |

| | |
|---|----|
| Pembelajaran <i>Problem Based Learning</i> (PBL)..... | 52 |
| C. Peningkatan Depresi Mahasiswa Fakultas Kedokteran | |
| Universitas Muhammadiyah Makassar pada | |
| Pembelajaran <i>Problem Based Learning</i> (PBL)..... | 53 |
| D. Keterbatasan Penelitian..... | 54 |
| BAB VII PENUTUP | 55 |
| A. Kesimpulan | 55 |
| B. Saran..... | 55 |
| 1. Bagi Peneliti Selanjutnya | 55 |
| 2. Bagi Institusi | 55 |
| 3. Bagi Masyarakat..... | 56 |
| DAFTAR PUSTAKA | 57 |
| LAMPIRAN | |



DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 5.1 Distribusi Hasil Penilaian Tingkat Depresi Sebelum PBL | 48 |
| Tabel 5.2 Pengkategorian Tingkat Depresi Sebelum PBL..... | 49 |
| Tabel 5.3 Distribusi Hasil Penilaian Tingkat Depresi Setelah PBL | 49 |
| Tabel 5.4 Pengkategorian Tingkat Depresi Setelah PBL..... | 50 |
| Tabel 5.5 Hasil Analisis SPSS | 51 |
| Tabel 6.1 Pengkategorian Tingkat Depresi Sebelum dan Setelah PBL..... | 53 |



DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 2.1 Kerangka Teori..... | 36 |
| Gambar 3.1 Kerangka Konsep | 37 |
| Gambar 4.1 Skema Desain Penelitian..... | 40 |
| Gambar 4.2 Alur Penelitian..... | 45 |



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Problem Based Learning (PBL) merupakan salah satu metode pembelajaran yang diselenggarakan oleh setiap perguruan tinggi yang menyelenggarakan pendidikan profesi dokter. Pada pembelajaran metode ini, para mahasiswa diberi skenario tentang berbagai permasalahan klinis yang sering terjadi di masyarakat¹. Mahasiswa diharapkan untuk mampu menganalisis dan membahas berbagai aspek yang terkait dengan skenario tersebut, seperti aspek pengetahuan dasar, aspek klinis, dan juga aspek sosial. *Problem Based Learning* merupakan metode pembelajaran yang sesuai untuk mencapai tujuan pendidikan kedokteran di Indonesia².

Ada empat prinsip dasar yang membangun metode PBL menurut Sari, Anggia Rohdila dkk 2015, yaitu pembelajaran konstruktif, mandiri, kolaboratif, dan kontekstual. Pembelajaran konstruktif adalah suatu teori belajar dimana mahasiswa harus membangun pengetahuannya sendiri. Pembelajaran mandiri adalah proses belajar yang terjadi atas keinginan mahasiswa itu sendiri. Pembelajaran kolaboratif adalah suatu proses pembelajaran dimana pembelajaran tersebut mampu memfasilitasi terjadinya proses pertukaran informasi antar mahasiswa. Pembelajaran kontekstual adalah suatu proses pembelajaran yang harus mampu menggambarkan situasi dan kondisi lingkungan, tempat pengetahuan tersebut digunakan³.

Menurut WHO, depresi adalah salah satu penyebab beban sosial terbesar ke-4. Depresi merupakan gangguan suasana perasaan yang berhubungan dengan perasaan sedih dimana terdapat tiga gejala utama, yaitu afek depresif, anergi, dan anhedonia. Pada penelitian yang dilakukan oleh Henry Hadiano (2014), ditemukan bahwa mahasiswa kedokteran memiliki prevalensi depresi yang lebih tinggi. Ada beberapa faktor yang menyebabkan depresi pada mahasiswa kedokteran. Faktor-faktor tersebut adalah faktor sosial-ekonomi, budaya, jenis kelamin dan kurikulum pendidikan dokter. Kurikulum Berbasis Kompetensi dengan metode pembelajaran *Problem Based Learning*, yang membuat mahasiswa memiliki pemadatan waktu belajar dan mereka dituntut untuk mampu belajar mandiri¹⁷.

Depresi seringkali dapat menyebabkan seseorang merasa putus asa. Dan di dalam Alquran menjelaskan tentang tabiat manusia yang suka berputus asa, dan kufur terhadap nikmat Allah seperti yang tertuang dalam Firman Allah *Azza Wa Jalla* di Q.S Huud (11): 9-11

وَلَيْنَ آذَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنَّا رَحْمَةً ثُمَّ نَزَعْنَاهَا مِنْهُ إِنَّهُ لَيَكْفُرُ (9)

وَلَيْنَ آذَقْنَاهُ نِعْمَاءَ بَعْدَ ضَرَاءٍ مَسَّتْهُ لَيَقُولَنَّ ذَهَبَ السَّيِّئَاتُ عَنِّي إِنَّهُ

لَفَرِحَ فَخُورٌ^{لَا} (10)

إِلَّا الَّذِينَ صَبَرُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ أُولَٰئِكَ لَهُمْ مَغْفِرَةٌ وَأَجْرٌ كَبِيرٌ (11)

Terjemahnya:

“Dan jika Kami rasakan kepada manusia suatu rahmat (nikmat) dari Kami, kemudian rahmat itu Kami cabut darinya, pastilah dia menjadi putus asa lagi tidak berterima kasih Dan jika Kami rasakan kepadanya kebahagiaan sesudah bencana yang menimpanya, niscaya dia akan berkata, "Telah hilang bencana-bencana itu dariku," sesungguhnya dia sangat gembira lagi bangga, kecuali orang-orang yang sabar (terhadap bencana), dan mengerjakan amal-amal saleh; mereka itu beroleh ampunan dan pahala yang besar”

Menurut Tafsir Ibnu Katsir, dari arti surat di atas beliau berpendapat bahwa Allah *Azza Wa Jalla* menceritakan manusia jika mendapatkan musibah sesudah mendapatkan nikmat, maka dia akan merasa putus asa, serta ingkar terhadap keadaan yang sebelumnya. Seakan-akan dia tidak pernah mengalami suatu kebaikan pun, dan sesudah itu dia tidak mengharapkan suatu jalan keluar pun. Demikian pula keadaannya jika ia mendapat nikmat sesudah sengsara⁵

Oleh karena latar belakang inilah maka diperlukan penelitian-penelitian tentang “Perbedaan Tingkat Depresi Mahasiswa Sebelum dan Setelah Pembelajaran *Problem Based Learning* (PBL) di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar”

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana tingkat depresi mahasiswa sebelum mengikuti pembelajaran PBL di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar?
2. Bagaimana tingkat depresi mahasiswa setelah mengikuti pembelajaran PBL di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar?
3. Apakah ada peningkatan depresi mahasiswa pada pembelajaran PBL di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengetahui tingkat depresi mahasiswa pada pembelajaran PBL di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a) Untuk mendeskripsikan tingkat depresi mahasiswa sebelum mengikuti pembelajaran PBL di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.
- b) Untuk mendeskripsikan tingkat depresi mahasiswa setelah mengikuti pembelajaran PBL di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.
- c) Untuk mengetahui apakah ada peningkatan depresi mahasiswa setelah mengikuti pembelajaran PBL di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan mampu untuk mengembangkan keterampilan dan ilmu pengetahuan peneliti mengenai hal-hal yang berhubungan dengan tingkat depresi dan PBL.

2. Bagi Universitas

Penelitian ini diharapkan mampu untuk digunakan oleh pengambil kebijakan di universitas sebagai salah satu acuan untuk memberikan metode pembelajaran terbaik bagi mahasiswanya.

3. Bagi Sosial

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran kepada masyarakat tentang salah satu metode pembelajaran yang ada di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Depresi

1. Definisi

Menurut Beck (1967) yang dikutip oleh Sorayah (2015) depresi merupakan seperangkat kognisi negatif dimana terdiri dari keyakinan-keyakinan dan perilaku-perilaku negatif mengenai diri pribadi, dunia dan masa depan. Menurut Emery dan Oltmanns (2000) mereka berpendapat bahwa depresi dapat mengacu pada gejala perasaan subjektif mengenai putus asa, kesedihan, perasaan kehilangan harapan yang terus-menerus atau sindrom klinis munculnya *mood* depresi disertai dengan adanya beberapa gejala tambahan seperti keletihan, kesulitan tidur, kehilangan energi, dan perubahan pola makan⁶.

Kaplan berpendapat bahwa depresi adalah gangguan mood yang ditandai dengan hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif dikarenakan adanya penderitaan yang berat. CDC berpendapat bahwa depresi adalah gangguan mental yang biasanya ditandai dengan adanya penurunan mood, hilangnya minat, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, perasaan bersalah, sulit konsentrasi dan rasa tidak berdaya. Sedangkan Hawari berpendapat, depresi adalah gangguan mood yang ditandai dengan adanya kesedihan yang mendalam sehingga harapan untuk hidup hilang tetapi tidak terjadi gangguan dalam menilai kepribadian dan realita⁴. Sedangkan menurut Papalia dkk (2009), bentuk depresin pada

remaja tidak selalu ditunjukkan dengan rasa sedih, tetapi dapat juga berupa perasaan mudah bosan, ketidakmampuan untuk mengalami rasa senang dan mudah terganggu⁷.

Menurut Maramis, depresi dimasukkan sebagai gangguan afek dan emosi. Afek adalah nada perasaan yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan yang menyertai suatu pikiran dan biasanya berlangsung lama serta kurang disertai oleh komponen fisiologi seperti kekecewaan dan kebanggaan. Sedangkan emosi merupakan manifestasi dari afek yang keluar dan disertai oleh banyak komponen fisiologis, biasanya berlangsung relatif tidak lama, misalnya kecemasan, ketakutan, depresi dan kegembiraan⁸.

Depresi adalah gangguan alam perasaan yang sedih disertai gejala penyerta meliputi perubahan pola tidur, psikomotor, kelelahan, nafsu makan, konsentrasi, rasa putus asa dan keinginan bunuh diri⁹.

Depresi dapat terjadi pada keadaan normal sebagai bagian dalam perjalanan proses kematangan dari emosi sehingga definisi depresi adalah sebagai berikut: (1) pada keadaan normal depresi merupakan gangguan kemurungan (patah semangat, kesedihan) yang ditandai dengan perasaan, menurunnya kegiatan, tidak pas, dan pesimisme menghadapi masa yang akan datang, (2) pada kasus patologis, merupakan ketidakmauan ekstrim untuk bereaksi terhadap rangsangan disertai menurunnya nilai diri, delusi ketidakpuasan, putus asa dan tidak mampu¹⁰.

2. Epidemiologi

Depresi terjadi pada 350 juta orang dan merupakan penyakit ke-4 terbesar yang menyebabkan beban sosial, ini berdasarkan data dari WHO. WHO juga memperkirakan bahwa pada tahun 2020 depresi akan menjadi penyakit dengan beban sosial terbesar ke-2 di dunia. Pada tahun 2007-2010, CDC menemukan bahwa prevalensi depresi tertinggi terjadi pada kelompok usia 40-59 tahun (9,45%), diikuti oleh kelompok usia 18-39 tahun (8%), dan kelompok usia 12-17 tahun (6,3%). Sedangkan di Indonesia, prevalensi depresinya cukup tinggi, yaitu sekitar 17,8%. Berdasarkan penelitian Henry Hadianto, prevalensi depresi mahasiswa kedokteran di Universitas Tanjungpura yaitu 30,8%. Pada usia remaja, tampak perbandingan yang signifikan antara wanita dan pria dengan perbandingan (2:1)⁴.

WHO mencatat, pada tahun 2010 mencapai 1,8 per 100.000 jiwa atau sekitar 5.000 orang per tahun. Kemudian pada tahun 2012, estimasinya meningkat menjadi 4,3 per 100.000 jiwa atau sekitar 10.000 per tahun. Di Indonesia, bunuh diri masih saja menjadi penyebab utama tingginya tingkat kematian di usia lanjut¹¹.

Di Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya (FKUAJ) pernah melakukan penelitian perihal prevalensi gangguan depresi pada mahasiswa kedokteran angkatan 2007. Hasilnya adalah 34,9% mahasiswa kedokteran memiliki gangguan depresi¹².

Prevalensi depresi pada mahasiswa klinik di Universitas Udayana dan Universitas Warmadewa masing-masing sebesar 35% dan 32%. Prevalensi gejala depresi, khususnya depresi ringan mencapai 30% pada mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura. Hasil ini didukung oleh penelitian Savitri yang menunjukkan bahwa mahasiswa klinik lebih cemas dan depresif daripada mahasiswa preklinik⁹.

3. Etiologi

Ada tiga faktor penyebab depresi, yaitu faktor biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial.

a. Faktor Biologi

Terdapat abnormalitas kadar monoamine neurotransmitter (norepinefrin, dopamine, histamine, dan serotonin) pada pasien dengan gangguan mood. Di dalam gangguan mood (depresi), neurotransmitter yang sangat berperan adalah norepinefrin dan serotonin. Kadar norepinefrin dan serotonin pada pasien depresi rendah, ini didasari oleh beberapa penelitian terakhir. Hal ini disebabkan karena turunnya regulasi dan sensitivitas dari reseptor α_2 -adrenergik serta uptake serotonin yang rendah oleh platelet. Asetilkolin juga merupakan neurotransmitter yang berpengaruh, pada pasien depresi kadar choline (precursor asetilkolin) mengalami abnormalitas. Selain neurotransmitter, yang juga berperan dalam gangguan mood adalah neuroendokrin karena sistem tersebut merupakan sistem yang

meregulasi hormon-hormon yang berperan dalam fungsi dasar seperti makan, perasaan, tidur, dan seksual. Fungsi dasar tersebut mengalami gangguan pada pasien depresi dan tidak mampu mengutarakan perasaan senang. Komponen penting yang ada di dalam sistem neuroendokrin adalah hipotalamus, hipofisis, dan korteks adrenal yang saling memberi umpan balik dengan sistem limbik dan korteks serebral. Abnormalitas pada otak juga mampu menyebabkan seseorang menjadi depresi. Berdasarkan pemeriksaan radiologi seperti CT-Scan, MRI dan PET menunjukkan bahwa ada 4 bagian dari otak yang mengalami kelainan yaitu pada area prefrontal, hippocampus, korteks cingulate anterior, dan amigdala. Terdapat penurunan sistem metabolik dan penurunan *gray matter* pada area prefrontal pada individu dengan keadaan depresi berat⁴.

b. Faktor Genetik

Pada depresi terdapat faktor turunan. Pada sepasang orang kembar, jika salah satu dari mereka mengalami depresi maka 70% kemungkinan saudara kembarnya akan mengalami depresi. Untuk individu dengan riwayat keluarga depresi (orangtua, saudara, atau kakek dan nenek) akan memiliki kemungkinan terkena depresi. Pada anak yang diadopsi dari keluarga yang memiliki riwayat depresi ada kemungkinan terkena depresi tiga kali lebih besar dibandingkan anak kandung dari keluarga yang mengadopsi⁴.

c. Faktor Psikososial

Manusia adalah makhluk sosial, jika manusia mengalami kerusakan di dalam sebuah hubungan dengan sesama ataupun masalah seperti ditinggalkan oleh keluarganya, kekerasan di dalam keluarganya dan penyalahgunaan oleh teman dapat menyebabkan orang tersebut untuk terkena depresi⁴.

Depresi adalah salah satu gangguan mental yang berkaitan dengan gangguan di neurotransmitter sistem limbik. (Sebagai perbedaan, kelainan psikiatrik melibatkan aktivitas yang abnormal pada jalur neurotransmitter spesifik tanpa adanya lesi di otak, sedangkan kelainan neurologik berkaitan dengan lesi spesifik di otak dan mungkin disertai oleh kelainan neurotransmisi. Contoh kelainan neurologik antara lain adalah PP dan penyakit Alzheimer.)¹³

Defisiensi fungsional serotonin, norepinefrin, atau keduanya diperkirakan berperan dalam depresi, suatu penyakit yang ditandai oleh suasana hati yang negatif disertai oleh hilangnya minat, ketidakmampuan merasakan kesenangan, dan kecenderungan bunuh diri. Serotonin dan norepinefrin adalah caraka sinaps di daerah limbik otak yang terlibat dalam kesenangan dan motivasi, yang mengisyaratkan bahwa kesedihan yang berlebihan dan hilangnya minat pada pasien depresi berkaitan paling sedikit dengan gangguan daerah ini oleh defisiensi atau penurunan efektivitas neurotransmitter ini. Peristiwa-peristiwa yang dirasakan penuh stres dapat memicu depresi, tetapi hubungan yang mendasarinya belum diketahui¹³.

4. Faktor Resiko

Ada beberapa faktor risiko yang bisa meningkat kemungkinan seseorang untuk menjadi depresi, yaitu :

a. Jenis Kelamin

Wanita lebih sering mengalami depresi dibandingkan dengan pria. Ini dikarenakan oleh beberapa hal, yaitu karena pengaruh kadar hormonal pada wanita dan pria yang berbeda. Menurut APA (*American Psychological Association*) depresi pada wanita lebih sering karena banyaknya jumlah stres yang dihadapi oleh wanita⁴.

b. Usia

Pada usia remaja, onset depresi lebih sering terjadi diusia 20 tahun⁴.

c. Faktor Sosial Ekonomi dan Budaya

Perubahan sosial ekonomi dan budaya seperti perang, konflik internal, kekerasan dan meningkatnya angka kriminalitas, tidak mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari dapat meningkatkan risiko seseorang terkena depresi⁴.

5. Gejala Klinis

Tidak semua gejala dapat ditemukan pada penderita depresi, namun pada penderita depresi biasanya ditemukan gejala yang bisa menyebabkan aktivitas sehari-hari terganggu, tetapi pada beberapa orang akan merasa tidak senang tanpa tahu penyebabnya. Gejala-gejala depresi yaitu:

- a. Kesedihan, tidak memiliki harapan dan perasaan yang hampa,
- b. Mudah marah dan meledak-ledak, mudah frustrasi akibat permasalahan kecil,
- c. Kehilangan rasa ketertarikan terhadap hampir semua kegiatan seperti olahraga, hobi, dan kegiatan seksual,
- d. Gangguan tidur seperti insomnia dan hipersomnia,
- e. Merasa lelah dan tidak memiliki energi untuk melakukan aktivitas,
- f. Gangguan nafsu makan yang ditandai dengan penurunan berat badan. Tetapi beberapa orang dapat terjadi kebalikannya,
- g. Kecemasan yang berlebihan
- h. Menurunnya kecepatan berpikir, berbicara, dan gerak tubuh,
- i. Memiliki rasa bersalah atas kesalahan yang bukan tanggung jawabnya dan merasa dirinya tidak berarti.
- j. Sulit berkonsentrasi, membuat keputusan, dan mengingat sesuatu.
- k. Cenderung melakukan percobaan bunuh diri, bahkan hingga bunuh diri
- l. Mengalami kelainan fisik yang tidak bisa dijelaskan, seperti nyeri kepala atau sakit punggung.

Gejala yang paling sering terjadi pada remaja depresi adalah kesedihan, mudah marah, berpikir negatif, merasa tidak berguna, presensi kuliah atau sekolah yang buruk, sering salah paham atau terlalu sensitif, menggunakan narkoba dan alkohol, makan atau tidur yang berlebih, melukai diri sendiri, penurunan ketertarikan dengan aktivitas hobi dan olahraga, menjauhkan diri dari lingkungan sosial⁴.

Gejala depresi dapat dibagi menjadi beberapa garis besar yaitu¹⁰:

- a. Gangguan emosi: Perasaan sedih atau murung, ansietas, ikatan emosi berkurang, iritabilitas, menarik diri dari hubungan interpersonal, preokupasi dengan kematian.
- b. Gangguan kognitif: Distorsi kognitif seperti mengeritik diri sendiri, rasa bersalah, kepercayaan diri turun, pesimis, perasaan tak berharga, dan putus asa. Penurunan fungsi kognitif seperti bingung, konsentrasi buruk, perhatian kurang, daya ingat menurun, dan sering ragu-ragu. Keluhan somatik: Sakit kepala, keluhan saluran pencernaan, keluhan haid, dan lain-lain.
- c. Gangguan psikomotor: Retardasi psikomotor, gerakan lambat, pembicaraan lambat, malas, dan merasa tidak bertenaga atau lesu.
- d. Gangguan vegetatif: Tidak bisa tidur atau terlalu banyak tidur, tidak ada nafsu makan atau terlalu banyak makan, penurunan berat badan atau penambahan berat badan, gangguan fungsi seksual.
- e. Jika depresi memburuk akan mengarah ke bunuh diri, dengan tingkat kematian mencapai 850.000 jiwa tiap tahun

Dalam DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder fourth edition Text Revision*) (American Psychiatric Association, 2000) menyebutkan kriteria depresi mayor yang ditetapkan apabila sedikitnya lima dari gejala di bawah ini telah ditemukan dalam jangka waktu dua minggu yang sama dan merupakan satu perubahan pola fungsi dari sebelumnya, paling tidak satu gejalanya ialah salah satu dari *mood*

tertekan atau hilangnya minat atau kesenangan (tidak termasuk gejala-gejala yang jelas yang disebabkan kondisi medis umum atau *mood* delusi atau halusinasi yang tidak kongruen);¹¹

- a. *Mood* tertekan hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, sebagaimana ditunjukkan oleh laporan subjektif atau pengamatan dari orang lain.
- b. Ditandai dengan berkurangnya minat dan kesenangan dalam semua, atau hampir semua aktivitas hampir sepanjang hari, hampir setiap hari (ditunjukkan oleh pertimbangan subjektif atau pengamatan dari orang lain).
- c. Berkurangnya berat badan secara signifikan tanpa diet atau bertambahnya berat badan (seperti perubahan lebih dari 5% berat badan dalam sebulan), atau berkurangnya atau bertambahnya nafsu makan hampir setiap hari (pada kanak-kanak, pertimbangkan juga kegagalan untuk mendapatkan penambahan berat badan)
- d. Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari
- e. Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari (dapat diamati oleh orang lain, tidak hanya perasaan subjektif tentang kegelisahan atau rasa terhambat)
- f. Lelah atau kehilangan tenaga hampir setiap hari
- g. Perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan atau tidak sesuai (yang mencapai taraf delusional) hampir setiap hari (tidak hanya menyalahkan diri sendiri atau rasa bersalah karena sakitnya).

- h. Menurunnya kemampuan berpikir atau konsentrasi, atau ragu-ragu hampir setiap hari (baik atas pertimbangan subjektif atau pengamatan dari orang lain)
- i. Pikiran tentang kematian yang berulang (tidak hanya takut akan kematian), atau usaha bunuh diri atau adanya suatu rencana spesifik untuk bunuh diri.

6. Klasifikasi Depresi

Berikut ini klasifikasi depresi yaitu⁴:

a. Gangguan Depresi Mayor

Gangguan ini adalah depresi yang paling sering terjadi tanpa episode manik dan/atau hipomanik, namun memiliki gejala-gejala seperti perubahan nafsu makan, berat badan, anergi, pola tidur, perasaan bersalah dan pikiran untuk mati atau bunuh diri. Lama gejala yang dialami paling tidak sudah berlangsung 2 minggu.

b. Gangguan Depresi Minor

Gangguan ini biasanya disebut dengan istilah “*blue days*”, dimana terdapat episode mood depresi tapi intensitasnya rendah dan terjadi paling tidak selama 2 minggu dan ada minimal satu gejala namun kurang dari lima gejala berikut yaitu gangguan tidur, perubahan nafsu makan, agitasi, kesulitan dalam berkonsentrasi, kelelahan, kurang energi, kurang percaya diri, dan merasa bersalah.

c. Gangguan Distimia

Depresi ini adalah depresi yang ringan tetapi terjadi dalam jangka waktu yang lama (kronik). Seseorang bisa dikatakan memiliki distimia bila telah memiliki gejala yang sama dengan depresi mayor. Terjadi paling tidak selama 2 tahun atau lebih. Jika dibandingkan dengan depresi mayor, distimia ini lebih berat akan tetapi individu dengan gangguan ini masih bisa berinteraksi dan beraktivitas sehari-hari.

d. Gangguan Depresi Psikotik

Gangguan ini adalah gangguan depresi berat yang telah ditandai dengan adanya gejala-gejala seperti halusinasi dan delusi (gangguan menilai realita)

e. Gangguan Depresi Musiman

Disebut sebagai depresi musiman dikarenakan hanya muncul disaat musim dingin.

Pada sebuah penelitian mengenai depresi pada remaja telah dilakukan perbedaan yang semakin meningkat antara suasana hati yang tertekan, sindroma depresif, dan depresi klinis (Petersen dkk, 1993). Suasana hati yang tertekan (*depressed mood*) mengacu pada periode kesedihan atau suasana hati yang tidak gembira yang dapat berlangsung singkat atau selama jangka waktu yang lebih panjang. Hal ini dapat muncul sebagai akibat dari kehilangan suatu hubungan yang berarti atau kegagalan melakukan suatu tugas yang penting. Sindroma depresif (*depressive syndromes*) mengacu pada suatu kelompok tingkah laku dan

emosi, yang meliputi kecemasan dan depresi gejalanya antara lain meliputi perasaan kesepian, menangis, takut melakukan hal-hal yang buruk, perasaan ingin menjadi sempurna, perasaan tidak dicintai, perasaan tidak berharga, gugup, perasaan bersalah atau sedih, dan rasa cemas. Depresi klinis (*clinical depression*) adalah bila individu didiagnosa mengalami gangguan depresi mayor atau gangguan distimik¹⁴.

Gangguan depresi Mayor terjadi ketika remaja telah mengalami 5 atau lebih gejala yang akan diuraikan berikut ini selama paling tidak dua minggu pada tahap yang membedakan dirinya dengan fungsi sebelumnya: (a) suasana hati yang tertekan atau mudah marah sepanjang hari; (b) minat yang menurun terhadap terhadap aktivitas yang menyenangkan; (c) perubahan berat badan atau kegagalan meningkatkan berat badan yang diperlukan pada masa remaja; (d) masalah tidur gangguan kemunduran psychomotor; (f) rasa lelah atau kehilangan energi; (g) perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah yang sangat berlebihan; (h) konsentrasi dalam kemampuan pengambilan keputusan menurun dan (i) munculnya gagasan-gagasan yang berkaitan dengan bunuh diri, percobaan bunuh diri, atau rencana untuk melakukan bunuh diri¹⁴.

Gangguan distimik terjadi bila remaja mengalami masa, paling tidak selama 1 tahun, di mana ia menunjukkan suasana hati yang tertekan atau mudah marah setiap harinya tanpa adanya masa bebas dari gejala ini selama 2 bulan atau lebih. Lebih jauh lagi seseorang yang mengalami gangguan distimik harus menampilkan Sedikitnya dua dari gejala berikut

ini: (a) masalah makan; (b) masalah tidur (c) hilangnya energi; (d) harga diri yang rendah; (e) kemampuan konsentrasi dan pengambilan keputusan menurun; dan (f) perasaan putus asa¹⁴.

7. Diagnosis dan Skrining

DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi ke 5) dan PPDGJ-III (Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa edisi ke-3) dapat digunakan untuk mendiagnosis depresi. Tetapi untuk alat diagnosis di Indonesia menggunakan PPDGJ-III yang mengacu pada ICD-10 (*International Classification Diagnostic 10*).

Kriteria dan derajat depresi berdasarkan PPDGJ-III, yaitu¹⁶:

- a. Gejala utama (Derajat ringan, sedang dan berat):
 - (1) Afek depresi
 - (2) Anhedonia (kehilangan minat dan kebahagiaan)
 - (3) Anergik (kurangnya energi dalam melakukan segala aktivitas)
- b. Gejala lainnya:
 - (1) Kurangnya perhatian dan konsentrasi
 - (2) Kurangnya kepercayaan diri dan harga diri
 - (3) Merasa bersalah dan tidak berguna
 - (4) Pesimis dan memandang masa depan dengan suram
 - (5) Nafsu makan berkurang atau bertambah
 - (6) Berpikiran tentang bunuh diri bahkan sampai memiliki gagasan untuk membahayakan diri sendiri

Episode depresi bisa didiagnosis depresi apabila sudah mengalami hal tersebut minimal selama 2 minggu, tapi dalam waktu kurang dari 2 minggu dapat ditegakkan apabila muncul manifestasi gejala yang cepat dan berat. Episode depresi ringan terdiagnosis jika terdapat 2 dari gejala utama, minimal 2 gejala dari gejala lainnya, serta tidak ada gejala yang berat dan berlangsung minimal 2 minggu. Sedangkan episode depresi sedang terdiagnosis jika terdapat 2 dari gejala utama, minimal 3-4 dari gejala lainnya, telah berlangsung minimal selama 2 minggu, dan terdapat kesulitan dalam kegiatan sosial, pekerjaan, dan urusan rumah tangga. Sedangkan episode depresi berat terdiagnosis jika terdapat 3 gejala utama, ditambah minimal 4 gejala lainnya dengan intensitas berat dan telah berlangsung minimal 2 minggu atau kurang apabila gejala berat dan berlangsung cepat. Pada episode ini penderita tidak mampu untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga, selain itu ada kemungkinan gejala depresi berat diikuti dengan adanya gejala psikotik seperti waham, halusinasi, atau stupor depresi⁴.

Selain instrumen untuk diagnosis, terdapat juga instrumen untuk skrining depresi salah satunya adalah BDI-II (*Beck Depression Inventory II*). BDI-II ini telah valid dan reliable untuk digunakan skrining depresi pada masyarakat. Usia 13 tahun adalah batas minimal untuk dilakukan tes ini. Pada BDI-II terdapat 21 item pertanyaan untuk mengidentifikasi tingka depresi, dimana 15 poin diantaranya menilai tentang emosi, 4 poin menilai perubahan sikap, dan 6 poin untuk menilai gejala somatik. Setiap

pertanyaan memiliki skor 0 sampai 3 sehingga skor maksimal adalah 63 dan skor minimal adalah 0. Berikut ini adalah nilai untuk klasifikasi tingkat depresi⁴:

0-13 = depresi minimal / normal

14-19 = depresi ringan

20-28 = depresi sedang

29-63 = depresi berat

B. Problem Based Learning (PBL)

1. Definisi

Problem Based Learning adalah suatu metode pembelajaran yang mendorong mahasiswa untuk mengenal cara belajar dan kerjasama di dalam sebuah kelompok untuk menyelesaikan masalah-masalah yang terjadi di dunia nyata. Dengan metode PBL, mahasiswa diharapkan untuk mampu berpikir secara kritis dan analitis. PBL merupakan sebuah kurikulum yang menuntut kemahiran mahasiswa dalam pengetahuan yang kritis, keahlian dalam memecahkan masalah, pembelajaran mandiri, dan kemampuan bekerjasama tim. PBL juga merupakan sebuah proses yang merupakan tiruan dari pendekatan sistemik yang biasa digunakan untuk memecahkan masalah atau menjawab tantangan dalam kehidupan dan karier profesi¹.

Problem Based Learning menggunakan skenario yang disusun dengan mengintegrasikan berbagai disiplin ilmu berdasarkan tema pembelajaran tertentu guna menstimulasi pembelajaran mahasiswa melalui

diskusi dalam sebuah kelompok kecil yang difasilitasi oleh seorang tutor. Metode ini dikenal sebagai diskusi tutorial².

Pada diskusi tutorial ini, sebuah skenario diberikan kepada mahasiswa yang berisi tentang permasalahan klinis yang sering ditemukan di dalam masyarakat. Mahasiswa diharapkan untuk mampu menganalisis dan membahas berbagai aspek yang terkait dengan skenario tersebut, seperti aspek pengetahuan dasar, aspek klinis, dan juga aspek sosial. *Problem Based Learning* merupakan metode pembelajaran yang sesuai untuk mencapai tujuan pendidikan kedokteran di Indonesia. Penggunaan metode PBL ini diharapkan mampu melatih mahasiswa kedokteran untuk memiliki kemampuan interpersonal dan profesionalisme sebagai seorang dokter².

2. Sejarah PBL

Istilah PBL pertama kali diperkenalkan oleh Donald Woods McMaster, dan metode ini pertama kali digunakan pada tahun 1969 di institusi kedokteran Universitas McMaster. Barrows dan Tamblyn adalah staf pengajar di sana yang mengenalkan metode pembelajaran dengan menggunakan pasien simulasi. Mereka juga mengarahkan mahasiswa untuk melakukan diskusi didalam kelompok kecil yang difasilitasi oleh seorang tutor. Perbandingan antara kelompok mahasiswa yang mengikuti metode PBL ternyata memiliki peningkatan kemampuan menyelesaikan masalah dan juga memiliki motivasi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok mahasiswa yang mengikuti metode pembelajaran kuliah tradisional.

Penerapan kurikulum PBL di Universitas McMaster bertujuan untuk membangun kemampuan mahasiswa kedokteran untuk menerapkan ilmu pengetahuan yang mereka miliki sejak mereka berada pada masa preklinik. Pada tahun 1975, Universitas Limburg (yang kini dikenal dengan Maastricht) ikut menerapkan metode pembelajaran ini. Metode ini juga digunakan oleh Universitas Newcastle, Australia pada tahun 1978 guna menjadi solusi untuk memperbaiki citra institusi kedokteran di Australia yang dikenal teralalu berorientasi pada ilmu pengetahuan dan menelantarkan kemampuan praktis dan perawatan primer. Pada tahun 1979, Universitas New Mexico mulai menerapkan PBL namun tidak mengadopsi penuh model McMaster, mereka menerapkan kurikulum yang mirip dengan PBL namun tetap berjalan paralel dengan kurikulum tradisional. Hingga kini, kurikulum PBL telah digunakan di berbagai Fakultas Kedokteran di dunia seperti negara-negara di Eropa, Amerika, Afrika dan Asia².

3. Prinsip PBL

Pada pembelajaran metode PBL, terdapat empat prinsip dasar di dalamnya, yaitu:

1) Pembelajaran Konstruktif

Pembelajaran adalah sebuah proses di mana membuat mahasiswa mampu membangun pengetahuan mereka sendiri, mereka tidak lagi mendapatkan pengetahuan melalui perkuliahan satu arah oleh dosen tetapi mereka diharapkan untuk mampu memahami suatu teori berdasarkan pengalaman mereka sendiri².

2) Mandiri

Mahasiswa harus mampu menentukan tujuan belajar mereka sendiri dan mencari cara agar mampu menggapai tujuan tersebut².

3) Kolaboratif

Mahasiswa di minta untuk mealkukan interaksi dengan sesama anggota kelompoknya sehingga mampu membetuk sebuah pemahaman baru tentang suatu permasalahan².

4) Kontekstual

Metode PBL akan memfasilitasi mahasiswa untuk mampu belajar dengan permasalahan-permasalahan yang nantinya akan sering mereka jumpai pada saat pendidikan klinik dan pada saat mereka menjadi dokter².

4. Karakteristik PBL

Menurut Wood (2003) di dalam PBL mahasiswa menggunakan masalah dari skenario sebagai pemicu untuk menentukan tujuan pembelajaran. Lalu mahasiswa melakukan belajar mandiri dan diarahkan sendiri, sebelum dia kembali ke dalam kelompoknya untuk membahas dan menyempurnakan pengetahuan yang ia peroleh. Wood juga berpendapat bahwa terdapat perbedaan konsep antara PBL (*Problem Based Learning*) dan pemecahan masalah (*problem solving*). PBL menggunakan masalah yang tepat sebagai pemicu untuk meningkatkan pemahaman dan pengetahuan, sedangkan pemecahan masalah menggunakan masalah sebagai target untuk dipecahkan. Namun bisa saja masalah yang digunakan

sebagai pemicu pada PBL merupakan suatu masalah yang harus dipecahkan oleh mahasiswa. Walaupun hanya menjadi sebuah pemicu, masalah yang digunakan dalam PBL sebaiknya bersifat realistis, sering dijumpai, membumi, sesuai dengan konteks masalah sesungguhnya yang akan dihadapi oleh mahasiswa jika ketika menjadi dokter praktik. Menurut Halonen (2010) masalah yang dikemukakan di dalam PBL sebaiknya tidak bersifat monolitik yang hanya memicu hadirnya pengetahuan tunggal, melainkan masalah yang terbuka yang dapat memicu mahasiswa untuk mengeksplorasi pengetahuan transdisipliner.

5. Tujuh Langkah Dalam Tutorial

Di dalam PBL, ada tujuh langkah yang disusun secara sistematis yang dikenal dengan istilah *seven jumps tutorial*. Tujuh langkah tersebut adalah:

1) Klarifikasi Istilah

Pada langkah ini, mahasiswa bersama dengan anggota kelompoknya melakukan klarifikasi istilah-istilah yang belum mereka kenal dan memastikan mereka memahami pemahaman yang sama tentang istilah-istilah tersebut².

2) Mendefinisikan Masalah

Mahasiswa memperoleh kesempatan untuk mengajukan pertanyaan yang berkaitan dengan scenario. Di dalam langkah ini, mahasiswa memiliki hak untuk mengajukan pertanyaan tanpa adanya interupsi dari tutor maupun dari anggota kelompok yang lain².

3) Curah Pendapat

Pada tahap ini, mahasiswa menyampaikan jawaban sementara (hipotesis), pendapat dan pengetahuan mereka tentang pertanyaan-pertanyaan yang di kumpulkan. Setelah itu, mereka berdiskusi tentang hipotesis-hipotesis tersebut sehingga mencapai kesepakatan bersama².

4) Mahasiswa Membuat Kesimpulan Secara Terstruktur

Mahasiswa membuat tinjauan terhadap hasil pada langkah kedua dan ketiga, kemudian membuat penjelasan sementara².

5) Mahasiswa Membuat Formulasi Tujuan Belajar

Kelompok merencanakan tujuan belajar mereka; tutor memastikan bahwa tujuan belajar telah terfokus, tercapai, bersifat komprehensif dan tepat².

6) Mahasiswa Bekerja Secara Mandiri Untuk Mencapai Tujuan Pembelajaran

Setiap mahasiswa belajar secara mandiri untuk mengumpulkan informasi yang berkaitan dengan masing-masing tujuan belajar, mereka dapat menggunakan berbagai sumber pembelajaran yang tersedia, baik berupa buku pelajaran, artikel dan jurnal ilmiah maupun melalui konsultasi dengan ahli².

7) Pelaporan

Pada langkah ini, Mahasiswa kembali bertemu untuk mendiskusikan informasi yang telah didapat, masing-masing mahasiswa menyampaikan hasil belajar mandiri mereka dan mendiskusikan dengan

mahasiswa lain dalam kelompok. Mahasiswa kemudian dapat membuat suatu kesimpulan atau sintesis berdasarkan kesepakatan bersama. Pada langkah ini tutor memperhatikan diskusi dan hasil temuan mahasiswa dan dapat membuat penilaian terhadap kinerja kelompok².

6. Keuntungan dan Kerugian PBL

Keuntungan dari metode pembelajaran PBL adalah sebagai berikut¹⁵:

- a. Kemampuan recall dan retensi pengetahuan lebih besar
- b. Mampu mengembangkan keterampilan interdisipliner:
 - 1) Menggunakan dan mengakses informasi dari aneka ranah subjek
 - 2) Mampu mengintegrasikan pengetahuan menjadi lebih baik
 - 3) Mampu mengintegrasikan belajar di lapangan dan di kelas.
- c. Mampu mengembangkan keterampilan belajar seumur hidup:
 - 1) Cara meneliti
 - 2) Cara mengatasi masalah
 - 3) Cara berkomunikasi di dalam kelompok
- d. Menciptakan lingkungan belajar yang kooperatif, aktif, penilaian diri dan kelompok, efektivitas tinggi, dan berpusat pada mahasiswa.
- e. Mampu menciptakan lingkungan belajar yang memberikan:
 - 1) Umpan balik segera
 - 2) Kesempatan untuk bisa mempelajari aneka sasaran belajar yang disenangi
 - 3) Kesempatan untuk belajar pada berbagai macam tingkat pembelajaran (Taksonomi Bloom)

- f. Menciptakan lingkungan belajar yang mampu meningkatkan keterampilan pemecahan masalah dan berpikir kritis
- g. Mampu meningkatkan kepuasan dan motivasi siswa, interaksi mahasiswa-mahasiswa, dan interaksi mahasiswa-instruktur/dosen.

Kerugian dari metode pembelajaran PBL adalah (Polii, 2016):

- a. Membutuhkan sebuah perencanaan dan sumberdaya yang besar:
 - 1) Pembuatan skenario, meliputi kasus, masalah dan situasi
 - 2) Penyediaan sumberdaya untuk mahasiswa, misalnya, ruang untuk berdiskusi, literature, perpustakaan, narasumber, dan tenaga professional di bidangnya.
- b. Membutuhkan komitmen untuk mampu menjalankan metode ini, dan kesediaan dari para dosen untuk menghargai pengetahuan, pengalaman, dan keterampilan yang diperoleh mahasiswa selama proses pembelajaran.
- c. Memerlukan perubahan paradigma:
 - 1) Pergeseran fokus dari “apa yang diajarkan oleh dosen” (*teacher-centered*) menjadi “apa yang dipelajari oleh mahasiswa” (*student-centered*)
 - 2) Perubahan pandangan para dosen sebagai “pakar” yang berperan sebagai “bank pengetahuan” melalui kuliah dan peragaan di kelas, menjadi dosen sebagai “tutor” atau “fasilitator” pembelajaran.

C. Hubungan Antara Tingkat Depresi dengan Pembelajaran Metode PBL

Pada penelitian yang dilakukan oleh Henry Hadianto, 2014, ditemukan bahwa mahasiswa kedokteran memiliki prevalensi depresi yang lebih tinggi¹⁸. Ada beberapa faktor yang menyebabkan depresi pada mahasiswa kedokteran. Faktor-faktor tersebut adalah faktor sosial-ekonomi, budaya, jenis kelamin dan kurikulum pendidikan dokter¹⁸. Kurikulum Berbasis Kompetensi dengan metode pembelajaran Problem Base Learning, yang membuat mahasiswa memiliki pemadatan waktu belajar dan mereka dituntut untuk mampu belajar mandiri¹⁷.

D. Tinjauan Keislaman

Dalam dunia Islam, salah satu nikmat Allah SWT yang sangat berharga adalah kesehatan, nilainya tiada tara dan tidak ada seorang pun yang ingin dirinya dalam keadaan sakit ataupun menderita suatu penyakit. Saat seseorang dalam keadaan sakit ia biasanya mengeluhkan penderitaan baik fisiknya maupun gangguan atau guncangan jiwa. Putus asa adalah salah satu gangguan psikis yang sering dialami oleh seseorang yang terutama sedang menderita penyakit kronis yang sulit untuk disembuhkan. Aqidah (keimanan) yang tipis bisa menyebabkan munculnya keinginan dari pada diri seseorang yang sedang sakit untuk mengakhiri hidupnya dengan jalan yang tidak diridhai oleh Allah *Azza Wa Jalla*. Di mana putus asa adalah salah satu gejala depresi. Selain putus asa, depresi juga ditandai dengan rasa sedih. Di dalam Bahasa Arab, makna sedih terkandung di dalam beberapa kata, yaitu *huzn*, *iktiyab*, *jaz'*, kata-kata tersebut mengandung makna sedih yang bervariasi

berdasarkan tingkat berat dan ringannya. *Huzn* adalah kesedihan, *Iktiyyab* adalah kesedihan yang berat dan mendalam, dan *jaz'* adalah sedih berkeluh kesah. Sebanyak 42 kali kata *huzn* digunakan di dalam Al-Qur'an.

Seperti di dalam Firman Allah *Azza Wa Jalla* dalam Q.S. AL-Baqarah

(2) : 38

قُلْنَا أَهْبَطُوا مِنْهَا جَمِيعًا ۖ فَإِمَّا يَأْتِيَنَّكُمْ مِنِّي هُدًى فَمَنْ تَبِعَ هُدَايَ فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ

Terjemahnya :

“Kami berfirman: "Turunlah kamu semua dari surga itu! Kemudian jika datang petunjuk-Ku kepadamu, maka barang siapa yang mengikuti petunjuk-Ku, niscaya tidak ada kekhawatiran atas mereka, dan tidak (pula) mereka bersedih hati".

Di dalam Firman Allah *Azza Wa Jalla* Q.S. Al-A`raf (7) : 35

يُنَبِّئُ آدَمَ إِمَّا يَأْتِيَنَّكُمْ رُسُلٌ مِّنكُمْ يَقُصُّونَ عَلَيْكُمْ آيَاتِي ۖ فَمَنْ اتَّقَىٰ وَأَصْلَحَ فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ

Terjemahnya:

“Hai anak-anak Adam, jika datang kepadamu rasul-rasul daripada kamu yang menceritakan kepadamu ayat-ayat-Ku, maka barangsiapa yang bertakwa dan mengadakan perbaikan, tidaklah ada kekhawatiran terhadap mereka dan tidak (pula) mereka bersedih hati.”

Keterkaitan antara kedua ayat ini dengan penelitian ini adalah bahwa depresi tidak akan dirasakan jikalau seseorang itu mampu melaksanakan perintah dan menjauhi larangan Allah SWT.

Firman Allah dalam Q.S Ali Imran (3) : 139-140

وَلَا تَهِنُوا وَلَا تَحْزَنُوا وَأَنْتُمْ الْأَعْلَوْنَ إِنْ كُنْتُمْ مُؤْمِنِينَ (139)
إِنْ يَمَسُّكُمْ قَرْحٌ فَقَدْ مَسَّ الْقَوْمَ قَرْحٌ مِّثْلَهُ وَتِلْكَ الْآيَاتُ نُدَاوِلُهَا
بَيْنَ النَّاسِ وَلِيَعْلَمَ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا وَيَتَّخِذَ مِنْكُمْ شُهَدَاءَ وَاللَّهُ لَا
يُحِبُّ الظَّالِمِينَ (140)

Terjemahnya:

“Janganlah kamu bersikap lemah, dan janganlah (pula) kamu bersedih hati, padahal kamulah orang-orang yang paling tinggi (derajatnya), jika kamu orang-orang yang beriman. Jika kamu (pada Perang Uhud) mendapat luka, maka sesungguhnya kaum (kafir) itupun (pada Perang Badar) mendapat luka yang serupa. Dan masa (kejayaan dan kehancuran) itu, Kami pergilirkan di antara manusia (agar mereka mendapat pelajaran), dan supaya Allah membedakan orang-orang yang beriman (dengan orang-orang kafir) dan supaya sebagian kamu dijadikan-Nya (gugur sebagai) syuhada. Dan Allah tidak menyukai orang-orang yang zalim”

Diriwayatkan oleh Ibnu Abi Hatim yang bersumber dari

‘Ikrimah: Ketika terlambat berita dari medan jihad, wanita-wanita berusaha

mencari berita itu. Tiba-tiba datanglah dua orang laki-laki naik unta. Seorang wanita bertanya kepadanya tentang keadaan Rasulullah. Laki-laki itu menjawab: “Beliau dalam keadaan sehat wal’afiat”. Si wanita tadi berkata: “Kami tidak berduka cita kalau Allah menjadikan hamba-hamba-Nya menjadi syuhada”. Maka turunlah ayat tersebut di atas (Ali-Imran ayat 140) berkenaan dengan wanita tadi.

Keterkaitan antara ayat ini dengan penelitian ini adalah di dalam keadaan perang Allah akan menghibur hati kaumnya yang mukmin bahwa semua usaha di jalan Allah yang di Ridhoi-Nya akan dibalas dengan kemenangan, begitupula ketika seorang mukmin belajar.

Seseorang yang depresi akan mengalami perasaan yang menurun seperti sedih, muram dan perasaan tertekan lainnya. Sedih bisa ringan, berat dan berat sekali sampai tak tertahankan. Di dalam Al-Qur’an dijelaskan bahwa tabiat manusia yang suka berputus asa dan juga kufur terhadap nikmat Allah *Azza Wa Jalla* seperti di dalam Q.S. Huud (11) : 9-11

وَلَيْنَ آذَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنَّا رَحْمَةً ثُمَّ نَزَعْنَاهَا مِنْهُ إِنَّهُ لَكَفُورٌ (9)

وَلَيْنَ آذَقْنَاهُ نِعْمَاءَ بَعْدَ ضِرَاءٍ مَسَّتْهُ لَيَقُولَنَّ ذَهَبَ السَّيِّئَاتُ عَنِّي إِنَّهُ

لَفَرِحٌ فَخُورٌ (10)

إِلَّا الَّذِينَ صَبَرُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ أُولَٰئِكَ لَهُمْ مَغْفِرَةٌ وَأَجْرٌ كَبِيرٌ (11)

Terjemahnya:

“Dan jika Kami rasakan kepada manusia suatu rahmat (nikmat) dari Kami, kemudian rahmat itu Kami cabut daripadanya, pastilah dia menjadi putus asa lagi tidak berterima kasih. Dan jika Kami rasakan kepadanya kebahagiaan sesudah bencana yang menyimpannya, niscaya dia akan berkata: "Telah hilang bencana-bencana itu daripadaku"; sesungguhnya dia sangat gembira lagi bangga, kecuali orang-orang yang sabar (terhadap bencana), dan mengerjakan amal-amal saleh; mereka itu beroleh ampunan dan pahala yang besar.”

Menurut Tafsir Ibnu Katsir, dari arti surat di atas beliau berpendapat bahwa Allah *Azza Wa Jalla* menceritakan manusia jika mendapatkan musibah sesudah mendapatkan nikmat, maka dia akan merasa putus asa, serta ingkar terhadap keadaan yang sebelumnya. Seakan-akan dia tidak pernah mengalami suatu kebaikan pun, dan sesudah itu dia tidak mengharapkan suatu jalan keluar pun. Demikian pula keadaannya jika ia mendapat nikmat sesudah sengsara, dia akan mengatakan bahwa tidak akan ada lagi kesengsaraan yang akan menyimpannya dan dia akan merasa sangat bergembira dengan nikmat

yang ada padanya dan mereka akan bersikap sombong terhadap orang lain. Kecuali bagi orang-orang yang sabar dan mengerjakan amal-amal shalih, merekalah yang memperoleh ampunan dan pahala yang besar.

Di dalam Al-Qur'an juga dijelaskan salah satu sifat manusia adalah berkeluh kesah, yang tertera di dalam Q.S. al-Ma'arij (70) :19-21

إِنَّ الْإِنْسَانَ خُلِقَ هَلُوعًا 19 إِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ جَزُوعًا 20
وَإِذَا مَسَّهُ الْخَيْرُ مَنُوعًا 21

Terjemahnya:

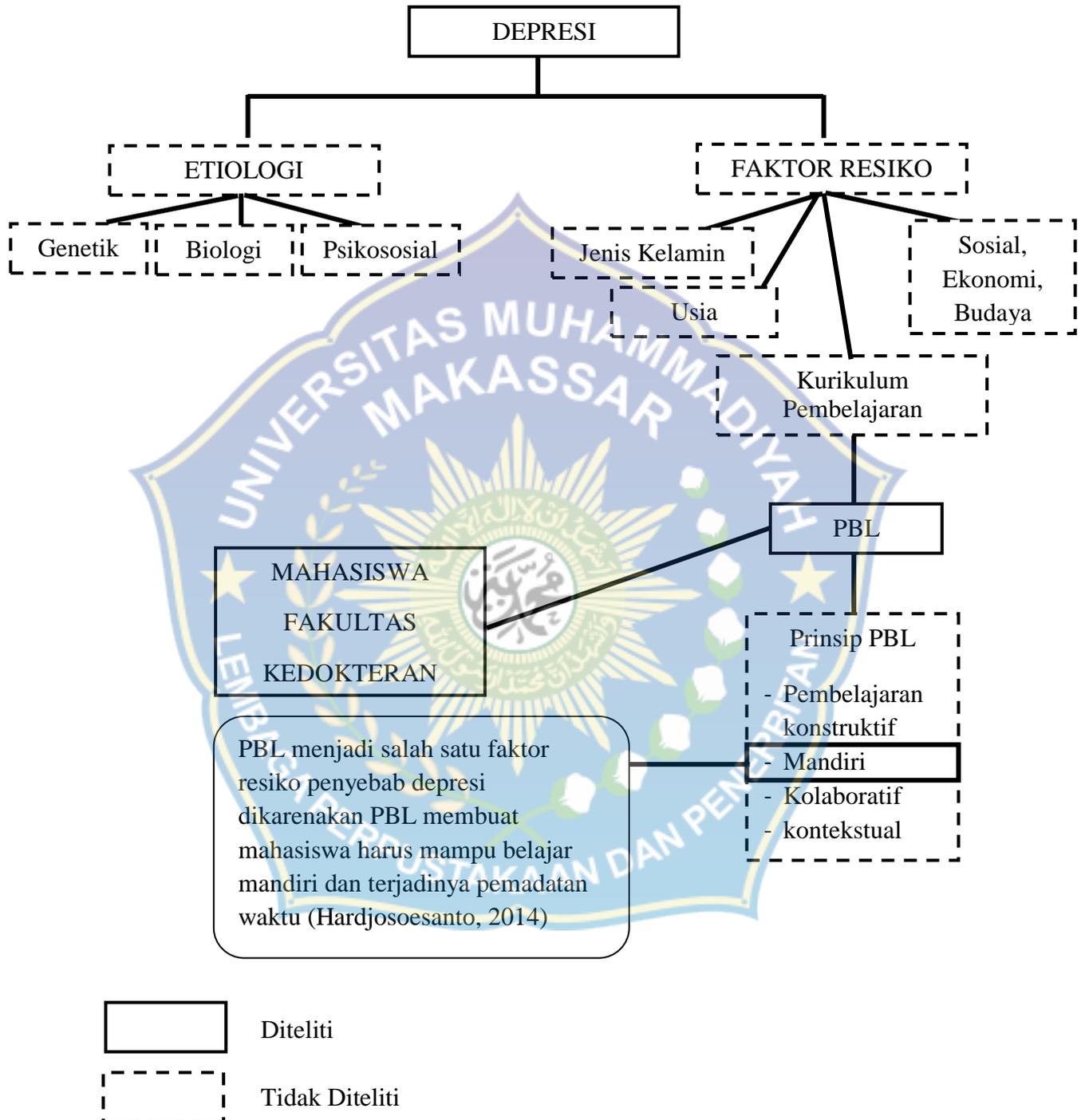
“Sesungguhnya manusia diciptakan bersifat keluh kesah lagi kikir. Apabila ia ditimpa kesusahan ia berkeluh kesah, dan apabila ia mendapat kebaikan ia amat kikir”

Surah Al-Ma'arij ayat 19-21 di atas diterangkan di dalam Tafsir Al-Azhar bahwa “Sesungguhnya manusia diciptakan bersifat keluh kesah lagi kikir”, yang artinya tidak mempunyai ketenangan hati, selalu cemas, dan gelisah. Dan juga beberapa penyakit jiwa menyertainya. “Apabila ia ditimpa kesusahan ia berkeluh kesah” artinya bila ditimpa kesusahan ia tidak mampu mengendalikan dirinya, ia menjadi sangat menyesali atau bahkan menyalahkan orang lain. Dan di ayat “dan apabila ia mendapat kebaikan ia amat kikir” yang berarti ia sangat kikir tidak mau dihubungi orang lain, dia akan mencaai berbagai macam akal untuk mengelak jikalau ada yang meminta pertolongan.

Depresi sangat berakibat buruk terhadap kehidupan manusia. Depresi tidak hanya berarti kehilangan keseimbangan jiwa, lesu, sedih, muram, cemas, gelisah dan juga kapal yang semuanya ini akan membawa ke kehidupan yang suram, tetapi bisa membawa sampai kepada tindakan bunuh diri.



E. Kerangka Teori



Sumber: Hardjoesanto (2017), Hadianto (2014)

Gambar 2.1: Skema Kerangka Teori

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Pemikiran

Berdasarkan tujuan penelitian yang telah dipaparkan sebelumnya, maka kerangka konsep penelitian ini adalah :



Gambar 3.1: Skema Kerangka Pemikiran

B. Definisi Operasional

1. Problem Based Learning:

Problem Based Learning adalah suatu metode pembelajaran yang mendorong mahasiswa untuk mengenal cara belajar dan kerjasama di dalam sebuah kelompok untuk menyelesaikan masalah-masalah yang terjadi di dunia nyata dengan langkah penerapannya sebagai berikut: (1) Klarifikasi istilah (2) Mengidentifikasi masalah (3) Curah pendapat (4) Mahasiswa membuat kesimpulan secara terstruktur (5) Mahasiswa membuat formulasi tujuan belajar (6) Mahasiswa bekerja secara mandiri untuk mencapai tujuan pembelajaran (7) pelaporan.

2. Depresi:

a. Definisi

Depresi adalah seperangkat kognisi negatif dimana terdiri dari keyakinan-keyakinan dan perilaku-perilaku negatif mengenai diri pribadi, dunia dan masa depan. Depresi dapat mengacu pada gejala perasaan subjektif mengenai putus asa, kesedihan, perasaan kehilangan harapan yang terus-menerus atau sindrom klinis munculnya *mood* depresi disertai dengan adanya beberapa gejala tambahan seperti keletihan, kesulitan tidur, kehilangan energi, dan perubahan pola makan.

b. Alat ukur: Kuisisioner *Beck Depression Inventory* (BDI-II)

Pada penelitian ini, kuisisioner yang digunakan adalah modifikasi instrumen *Beck Depression Inventory II* (1996). Skala BDI yang digunakan telah diadaptasi ke dalam Bahasa Indonesia. Pada penelitian ini, peneliti tidak melakukan validasi karena kuisisioner BDI II telah banyak digunakan oleh peneliti sebelumnya dan BDI II merupakan tes standar yang telah diuji dan diterima baik di Internasional maupun di Indonesia dengan hasil validitas yang baik.

c. Cara ukur: Pengisian kuisisioner *Beck Depression Inventory* (BDI-II)

d. Skala ukur: Ordinal

e. Kriteria objektif:

0 – 13 Memiliki derajat depresi **MINIMAL (tidak ada depresi)**

14 – 19 Memiliki derajat depresi **RINGAN**

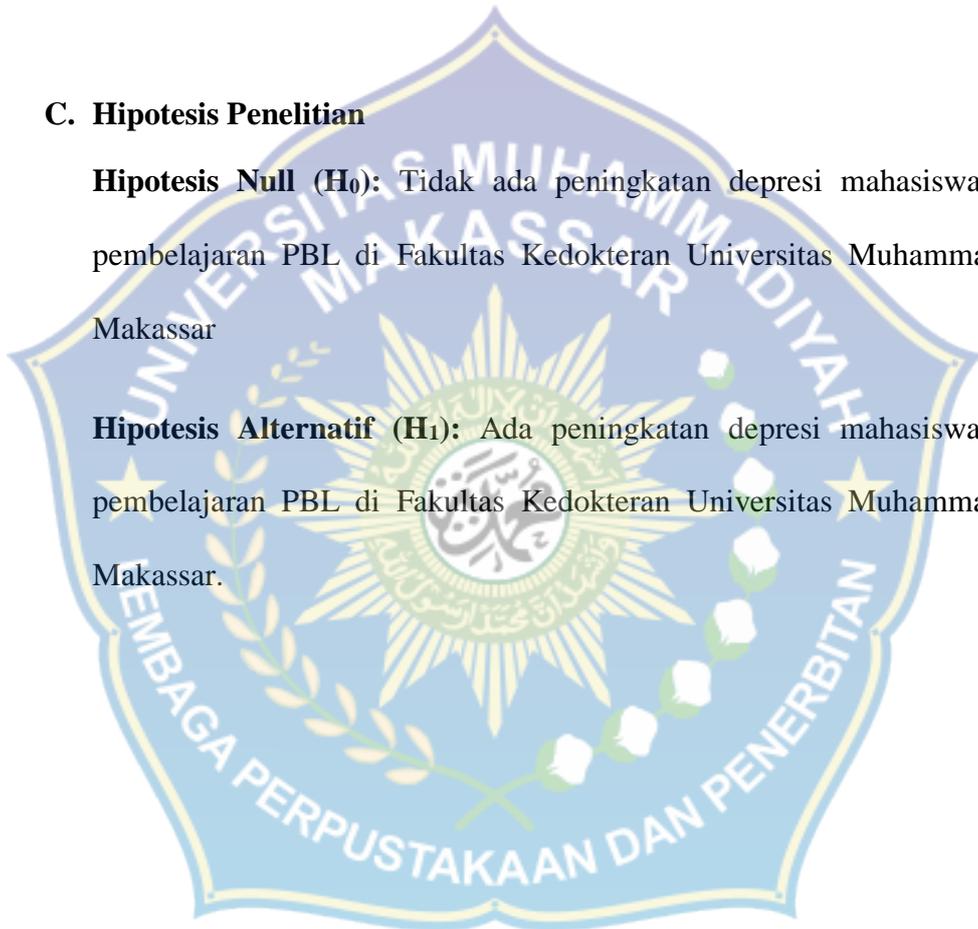
20 – 28 Memiliki derajat depresi **SEDANG**

29 – 63 Memiliki derajat depresi **BERAT**

C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis Null (H_0): Tidak ada peningkatan depresi mahasiswa pada pembelajaran PBL di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar

Hipotesis Alternatif (H_1): Ada peningkatan depresi mahasiswa pada pembelajaran PBL di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.



BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian eksperimen yang akan memberi perlakuan kepada sekelompok responden. Perlakuan yang diberikan adalah penerapan pembelajaran *Problem Based Learning*. Desain penelitian ini akan menggunakan desain pra eksperimen dengan model desain *one group pretest and posttest design*. Desain penelitian ini menggunakan satu kelompok responden yang diberi tes sebelum perlakuan (*pretest*) dan setelah perlakuan (*posttest*). Skema desain tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 4.1: Skema Desain Penelitian

Keterangan:

O₁: Tingkat depresi mahasiswa sebelum mengikuti pembelajaran PBL

O₂: Tingkat depresi mahasiswa setelah mengikuti pembelajaran PBL

X: Penerapan PBL

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang kelas di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar. Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Oktober 2018 yang bertepatan dengan blok Indra Khusus.

C. Populasi dan Sampel

Populasi penelitian ini adalah mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar yang aktif pada tahun akademik 2018/2019.

Teknik sampling dilakukan dua tahap (*multistage*). Tahap pertama dilakukan dengan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel dengan alasan tertentu. Menurut pertimbangan peneliti bahwa mahasiswa angkatan 2018 adalah mahasiswa baru yang baru mau memulai perkuliahan dan belum dilaksanakannya PBL pada semester satu. Mahasiswa angkatan 2017 masih semangat-semangatnya mengikuti perkuliahan karena baru memasuki perkuliahan semester tiga. Mahasiswa angkatan 2016 adalah mahasiswa yang sudah perjalanan perkuliahannya ada dipertengahan sehingga mereka sudah stabil menjalani perkuliahan, mahasiswa semester ini masih akan mengikuti beberapa blok perkuliahan dengan metode pembelajaran PBL. Mahasiswa Angkatan 2015 mahasiswa yang sudah berada ditingkat akhir yang mempersiapkan diri bagaimana dapat menyelesaikan perkuliahan tepat waktu. Mahasiswa angkatan 2012-2014 adalah mahasiswa yang mengikuti perkuliahan pada mata kuliah yang belum lulus. Pada tahap pertama, sampel yang akan dipilih adalah mahasiswa angkatan 2016 dengan jumlah mahasiswa 51 orang. Tahap kedua pengambilan sampel dilakukan dengan *simple random* akan mengambil secara acak 40 responden dari 51 mahasiswa.

D. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) untuk pengukuran tingkat depresi mahasiswa. BDI-II adalah alat ukur yang sangat populer untuk menggambarkan depresi seseorang. Instrumen ini dikembangkan oleh Beck pada tahun 1976 yang disebut dengan BDI kemudian direvisi menjadi BDI-II oleh Beck, Steer dan Brown (1996) dengan tujuan untuk lebih konsisten dengan kriteria DSM-IV. BDI-II terdiri dari 21 item yang terdiri dari empat pernyataan yang mengindikasikan gejala-gejala depresi yaitu mengenai kesedihan, pesimisme, kegagalan masa lalu, kehilangan kesenangan, perasaan bersalah, perasaan hukuman, tidak menyukai diri sendiri, kegawatan diri, pikiran atau keinginan untuk bunuh diri, menangis, agitasi, kehilangan minat, tidak berharga, keraguan, kehilangan energi, lekas marah, perubahan pola tidur, perubahan nafsu makan, kesulitan konsentrasi, kelelahan, dan kehilangan ketertarikan untuk melakukan hubungan seksual. BDI-II yang terdiri dari 21 item tersebut digunakan untuk menaksir intensitas depresi pada orang sehat maupun orang sakit.

Instrumen BDI –II telah diuji validitas dan reliabilitasnya oleh beberapa peneliti. Segal dkk (2008) menguji reliabilitas dan validitas instrumen BDI-II ini kelompok orang dewasa baik laki-laki maupun perempuan. Hasil penelitiannya menunjukkan pada usia dewasa awal dan menengah BDI-II memiliki reliabilitas internal yang cukup tinggi yaitu 0,90. Tiga item terbaik adalah item yang mengukur kehilangan ketertarikan,

kehilangan energi, dan kehilangan kesenangan. Sorayah (2015), melakukan penelitian untuk mengkaji validitas konstruk BDI-II, hasil penelitiannya disimpulkan bahwa, dalam mendeteksi depresi, penggunaan instrumen BDI-II adalah pilihan yang tepat diantara alat-alat ukur depresi yang lainnya karena selain efektif dalam mendeteksi depresi dan bermanfaat dalam penanganannya, seluruh item BDI-II dalam penelitian tersebut juga terbukti signifikan dan tidak memiliki factor yang bermuatan negatif. Penskoran instrumen BDI-II menggunakan skala likert antara 0-3 untuk masing-masing pernyataan. Pernyataan yang paling sesuai dengan kriteria atau indicator depresi memiliki skor paling tinggi.

Skor depresi berdasarkan manual BDI-II dikategorikan menjadi empat yaitu skor 0-13 yang mengindikasikan depresi minimal, skor 14-19 mengindikasikan depresi ringan, skor 20-28 yang mengindikasikan depresi sedang, dan skor 29-63 mengindikasikan depresi berat. (Beck, Steer & Brown, 1996).

E. Teknik Pengumpulan Data

Menggunakan angket *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) sebelum dan setelah diberi perlakuan.

F. Teknik Analisis Data

Analisis data yang digunakan adalah statistik deskriptif. Data skor depresi dikategorikan menjadi empat kelompok sesuai pengkategorian yang dikemukakan oleh Beck, Steer dan Brown (1996), yang dikutip oleh Sorayah (2015). 0 – 13 Memiliki derajat depresi **MINIMAL (tidak ada depresi)** ; 14

– 19 Memiliki derajat depresi **RINGAN** ; 20 – 28 Memiliki derajat depresi **SEDANG** ; 29 – 63 Memiliki derajat depresi **BERAT**

Untuk mengetahui adanya peningkatan depresi mahasiswa sebelum dan setelah pada penerapan PBL, akan dilakukan uji perbedaan antara tingkat depresi mahasiwa sebelum dan setelah penerapan PBL. Analisia data yang digunakan adalah adalah uji-t dengan Rumus:

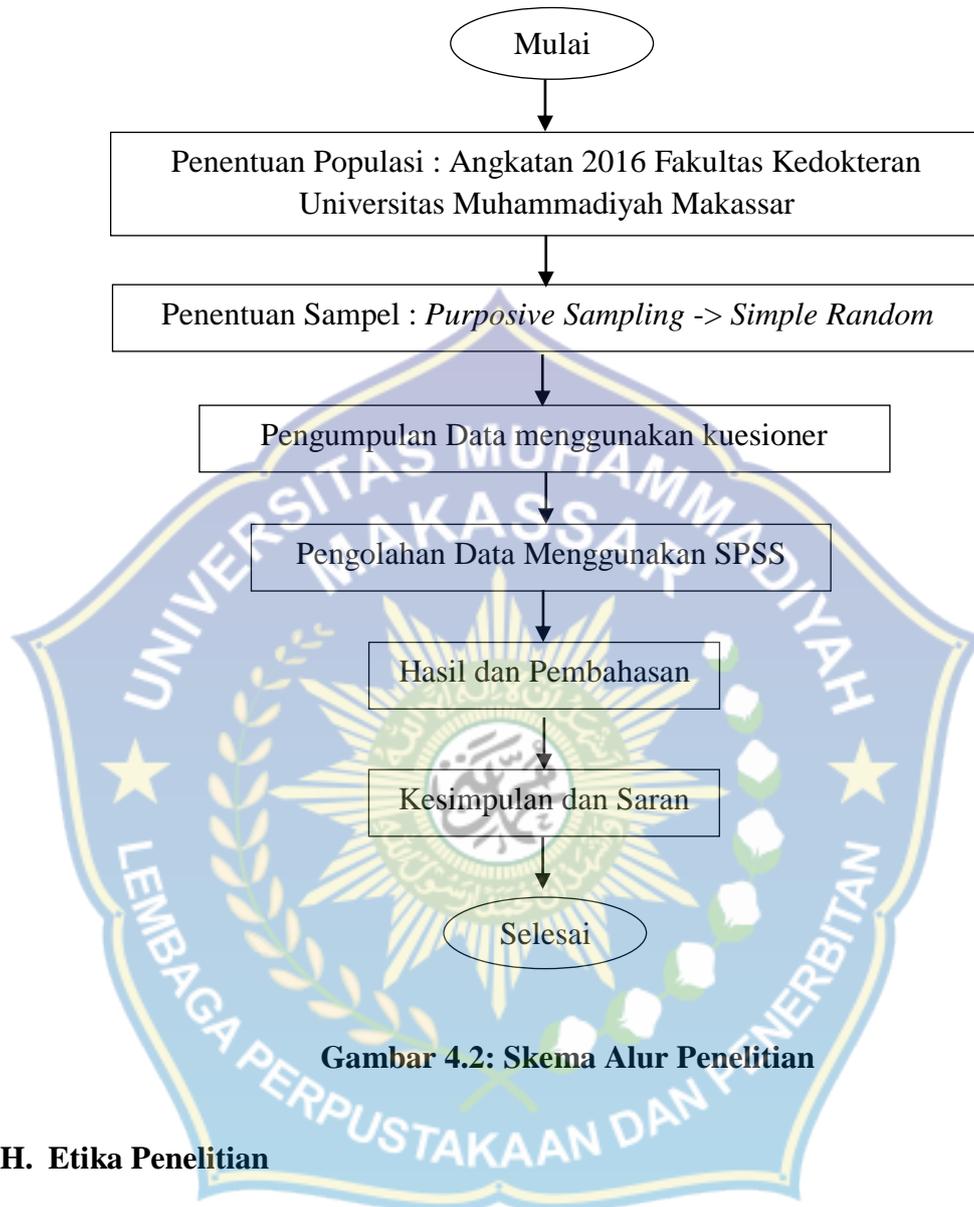
$$t = \frac{M_d}{\frac{\sqrt{\sum x^2 d}}{\sqrt{N(N-1)}}} \dots\dots\dots 1) \text{ (Purwanto dan Adwi Suparman, 1999)}$$

Dengan langkah-langkah analisis sebagai berikut:

1. Menghitung total gain dari seluruh mahasiswa (gain adalah selisih tingkat depresi sebelum dan sesudah penerapan PBL)
2. Menghitung rata-rata gain per mahasiswa (Md) dengan rumus: $Md = \frac{\sum d}{N}$
(N adalah banyaknya responden)
3. Menghitung $\sum x^2 d$ dengan rumus: $\sum x^2 d = \sum d^2 - \left(\frac{(\sum d)^2}{N}\right)$
4. Menentukan nilai t hitung dengan menggunakan rumus 1.
5. Menentukan derajat bebas (db) dengan rumus db=N-1
6. Mengecek nilai t table untuk taraf signifikansi tertentu.
7. Kesimpulan pengujian hipotesis.

Pengujian hipotesis penelitian ini menggunakan uji-t dengan bantuan program SPSS.

G. Alur Penelitian



H. Etika Penelitian

1. Menyertakan surat pengantar yang ditujukan ke Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.
2. Menjaga kerahasiaan identitas responden, sehingga tidak ada pihak yang merasa dirugikan dalam penelitian yang dilakukan.
3. Diharapkan penelitian ini dapat memberikan manfaat kepada semua pihak yang terkait sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya.

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Populasi/Sampel

Telah dilakukan penelitian tentang tingkat depresi mahasiswa akibat pembelajaran *Problem Based Learning* (PBL) di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar. Pengambilan data untuk penelitian ini telah dilakukan pada bulan Oktober 2018 di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar. Penelitian ini dilakukan dengan cara pengisian kuisioner oleh responden. Sebanyak 40 mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar angkatan 2016 telah bersedia menjadi responden.

B. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Terdapat kurang lebih 123 Universitas di Provinsi Sulawesi Selatan yang tersebar di setiap kabupaten/kota. Satu diantara yang dijadikan sebagai tempat lokasi penelitian ini yaitu Universitas Muhammadiyah (Unismuh) Makassar.

Unismuh Makassar di Provinsi Sulawesi Selatan memiliki tiga cabang yaitu Kampus II Unismuh Makassar yang beralamat di jalan Letjen Andi Mappaoddang No.17 Makassar, Kampus III Unismuh Makassar yang beralamat di jalan Ranggong Dg. Romo No. 21 Makassar, dan Kampus Pusat Unismuh Makassar yang beralamat di jalan Sultan Alauddin No.259

Makassar. Adapun yang dijadikan lokasi penelitian ini adalah Kampus Pusat Makassar yang beralamat di jalan Sultan Alauddin No.259 Makassar.

Unismuh Makassar memiliki 8 Fakultas dan program pasca sarjana yang terdiri dari 27 program studi. Satu diantaranya yang dijadikan tempat pengambilan sampel penelitian ini yaitu Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar yang terletak di Gedung F. Program studi strata S-1 Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Unismuh ini berdiri pada sejak tahun 2008, yang dirancang melalui pemikiran yang sangat cermat untuk dapat menghasilkan para dokter yang berkualitas dan berdedikasi tinggi, beriman dan bertakwa kepada Allah SWT.

C. Deskripsi Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini dipilih melalui teknik sampling dua tahap (*multistage*). Tahap pertama dilakukan dengan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel dengan alasan tertentu. Pada tahap pertama, sampel yang akan dipilih adalah mahasiswa angkatan 2016 dengan jumlah mahasiswa 51 orang. Tahap kedua pengambilan sampel dilakukan dengan *simple random* akan mengambil secara acak 40 responden dari 51 mahasiswa.

D. Hasil Analisis

1. Analisis Univariat

Analisis univariat berfungsi untuk mengetahui gambaran data yang dikumpulkan dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

a. Tingkat Depresi Sebelum Perlakuan

Berdasarkan hasil pengumpulan data dari 40 orang responden yang dikumpulkan dengan kuesioner penilaian, peneliti memperoleh gambaran mengenai tingkat depresi sebelum perlakuan sebagai berikut:

Tabel 5.1 Distribusi Hasil Penilaian Tingkat Depresi Sebelum PBL

| Skor | Jumlah (orang) | Presentse (%) |
|--------------|-----------------------|----------------------|
| 0 | 16 | 40% |
| 1 | 1 | 3% |
| 2 | 3 | 8% |
| 3 | 3 | 8% |
| 4 | 2 | 5% |
| 5 | 4 | 10% |
| 6 | 2 | 5% |
| 7 | 2 | 5% |
| 11 | 1 | 3% |
| 12 | 1 | 3% |
| 17 | 1 | 3% |
| 20 | 1 | 3% |
| 21 | 1 | 3% |
| 23 | 1 | 3% |
| 25 | 1 | 3% |
| Total | 40 | 100% |

Berdasarkan hasil penilaian tingkat depresi sebelum PBL sesuai dengan tabel V.1 pada mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar tingkat depresi yang rendah adalah 0 (minimal/tidak ada depresi) dan paling tinggi adalah 25 (sedang). Berdasarkan tabel di atas dapat dikategorikan berdasarkan tingkat depresi oleh Beck (1996).

Tabel 5.2 Pengkategorian tingkat depresi sebelum PBL

| Interval Skor | Kategori | Frekuensi | Presentase |
|----------------------|-----------------|------------------|-------------------|
| 0-13 | Normal | 35 | 87,50% |
| 14-19 | Depresi Ringan | 1 | 2,50% |
| 20-28 | Depresi Sedang | 4 | 10% |
| 29-63 | Depresi Berat | 0 | 0 |

Distribusi hasil sampel tingkat depresi mahasiswa sebelum PBL adalah mahasiswa yang tidak depresi atau normal adalah sebanyak 35 orang (87,5%), mahasiswa dengan tingkat depresi ringan sebanyak satu orang (2,5%), mahasiswa dengan tingkat depresi sedang sebanyak empat orang (10%) dan tidak ada mahasiswa dengan tingkat depresi berat.

b. Tingkat Depresi Setelah PBL

Berdasarkan hasil pengumpulan data dari 40 orang responden yang dikumpulkan dengan kuesioner penilaian, maka peneliti memperoleh gambaran mengenai tingkat depresi setelah PBL:

Tabel 5.3 Distribusi Hasil Penilaian Tingkat Depresi Setelah PBL

| Skor | Jumlah (orang) | Presentse (%) |
|--------------|-----------------------|----------------------|
| 0 | 9 | 23% |
| 1 | 1 | 3% |
| 2 | 14 | 35% |
| 3 | 4 | 10% |
| 4 | 3 | 8% |
| 5 | 5 | 13% |
| 6 | 1 | 3% |
| 12 | 1 | 3% |
| 13 | 1 | 3% |
| 18 | 1 | 3% |
| Total | 40 | 100% |

Berdasarkan hasil penilaian tingkat depresi setelah PBL sesuai dengan tabel V.2 pada mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar tingkat depresi yang rendah adalah 0 (minimal/tidak ada depresi) dan paling tinggi adalah 18 (ringan).

Berdasarkan tabel di atas dapat dikategorikan berdasarkan tingkat depresi oleh Beck (1996).

Tabel 5.4 Pengkategorian tingkat depresi setelah PBL

| Interval Skor | Kategori | Frekuensi | Presentase |
|---------------|----------------|-----------|------------|
| 0-13 | Normal | 39 | 97,50% |
| 14-19 | Depresi Ringan | 1 | 2,50% |
| 20-28 | Depresi Sedang | 0 | 0% |
| 29-63 | Depresi Berat | 0 | 0 |

Distribusi hasil sampel tingkat depresi mahasiswa setelah PBL adalah mahasiswa yang tidak depresi atau normal adalah sebanyak 39 orang (97,5%), mahasiswa dengan tingkat depresi ringan sebanyak satu orang (2,5%), dan tidak ada mahasiswa dengan tingkat depresi sedang dan depresi berat.

2. Hasil Pengujian Hipotesis

Hipotesis yang diuji pada penelitian ini adalah

Hipotesis Null (H₀): Tidak ada peningkatan depresi mahasiswa pada pembelajaran PBL di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar

Hipotesis Alternatif (H₁): Ada peningkatan depresi mahasiswa pada pembelajaran PBL di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

Hipotesis statistiknya dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$H_0 : \mu_2 \leq \mu_1$$

$$H_1 : \mu_2 > \mu_1$$

Keterangan:

μ_2 : rerata depresi setelah PBL

μ_1 : rerata depresi sebelum PBL

Berdasarkan hasil analisis data dengan menggunakan program SPSS diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,107 (lihat tabel V.5) yang lebih besar dari $\alpha = 0,05$ berarti H₀ yang diterima, dari hasil ini terlihat bahwa tidak ada peningkatan depresi mahasiswa pada pembelajaran PBL di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

Tabel 5.5 Hasil analisis SPSS

| | | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|--------|-------------------|--------------------|----------------|-----------------|---|-------|-------|----|-----------------|
| | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| Pair 1 | PRETEST - POSTEST | 1,800 | 6,892 | 1,090 | -,404 | 4,004 | 1,652 | 39 | 0,107 |

BAB VI

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pengumpulan dan pengolahan data yang telah dilakukan pada mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar maka berikut merupakan pembahasan tentang hasil penelitian yang didapatkan.

A. Tingkat Depresi Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar Sebelum Pembelajaran *Problem Based Learning* (PBL)

Dari hasil penelitian yang telah uraikan pada bab sebelumnya terlihat bahwa tingkat depresi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar sebelum pembelajaran *Problem Based Learning* (PBL) menurut pengkategorian yang dilakukan oleh Beck yaitu 87,5% mahasiswa berada pada kategori normal, 2,5% mahasiswa yang berada pada kategori depresi ringan, 10% mahasiswa yang berada pada kategori depresi sedang, dan tidak ada mahasiswa yang berada pada kategori depresi berat.

B. Tingkat Depresi Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar Setelah Pembelajaran *Problem Based Learning* (PBL)

Dari hasil penelitian yang telah uraikan pada bab sebelumnya terlihat bahwa tingkat depresi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar sebelum pembelajaran *Problem Based Learning* (PBL) menurut pengkategorian yang dilakukan oleh Beck yaitu 97,5%

mahasiswa berada pada kategori normal, 2,5% mahasiswa yang berada pada kategori depresi ringan, tidak ada mahasiswa yang berada pada kategori depresi sedang, dan tidak ada mahasiswa yang berada pada kategori depresi berat.

C. Peningkatan Depresi Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar pada Pembelajaran *Problem Based Learning* (PBL)

Berdasarkan hasil analisis data dengan menggunakan program SPSS diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,107 (lihat tabel V.5) yang lebih besar dari $\alpha = 0,05$ berarti H_0 yang diterima, dari hasil ini terlihat bahwa tidak ada peningkatan depresi mahasiswa pada pembelajaran PBL di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

Tingkat depresi mahasiswa yang diukur sebelum dan setelah mengikuti PBL di blok Indra Khusus memperlihatkan tingkat depresi mahasiswa cenderung menurun.

Tabel. 6.1 Pengkategorian Tingkat Depresi Sebelum dan Setelah PBL

| Interval Skor | Kategori | Presentase Sebelum PBL | Presentase Setelah PBL |
|---------------|----------------|------------------------|------------------------|
| 0-13 | Normal | 87,50% | 97,50% |
| 14-19 | Depresi Ringan | 2,50% | 2,50% |
| 20-28 | Depresi Sedang | 10% | 0% |
| 29-63 | Depresi Berat | 0 | 0 |

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Henry Hadianto pada tahun 2014, yang menemukan bahwa mahasiswa

kedokteran memiliki prevalensi depresi yang lebih tinggi. Ada beberapa faktor yang menyebabkan depresi pada mahasiswa kedokteran. Faktor-faktor tersebut adalah faktor sosial-ekonomi, budaya, jenis kelamin dan kurikulum pendidikan dokter. Kurikulum Berbasis Kompetensi dengan metode pembelajaran Problem Base Learning, yang membuat mahasiswa memiliki pemadatan waktu belajar dan mereka dituntut untuk mampu belajar mandiri⁴. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan teori dan hasil-hasil penelitian yang sebelumnya hal tersebut disebabkan dengan adanya beberapa keterbatasan penelitian ini.

D. Keterbatasan Penelitian

- Perlakuannya (PBL) tidak dilakukan sendiri oleh peneliti tetapi hanya mengikut pada kegiatan pembelajaran PBL di blok yang sedang berlangsung.
- Desain penelitian yang digunakan tidak menggunakan kelas kontrol sehingga tidak dapat mengkaji apakah depresi itu akibat dari PBL.
- Waktu pengumpulan datanya hanya diambil dua kali, sebaiknya melakukan dari waktu ke waktu (setiap dua pekan sebaiknya diukur kembali).
- Teknik pengumpulan data depresi hanya menggunakan angket, tidak dilakukan triangulasi data dengan menggunakan metode yang lain seperti wawancara.
- Penelitian ini hanya mengambil responden dari satu angkatan saja.

BAB VII

PENUTUP

A. Kesimpulan

Tingkat depresi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar yang diukur sebelum dan setelah mengikuti PBL di blok Indra Khusus memperlihatkan tingkat depresi mahasiswa cenderung menurun atau tidak ada peningkatan.

B. Saran

1. Bagi Peneliti Selanjutnya

- a) Mencari tahu faktor penyebab depresi lainnya selain PBL.
- b) Melakukan penelitian yang bisa memperlihatkan adanya hubungan antara depresi dan PBL.
- c) Melakukan penelitian pada mahasiswa tingkat awal dan akhir serta lakukan perbandingan antara keduanya.

2. Bagi Institusi

- a) Memberikan informasi atau penyuluhan kepada mahasiswa mengenai pencegahan depresi.
- b) Memberikan informasi atau penyuluhan kepada mahasiswa mengenai penyebab terjadinya depresi dan cara mengatasinya.
- c) Memberikan informasi kepada mahasiswa baru tentang kurikulum kedokteran agar mereka mendapatkan gambaran tentang pembelajaran yang akan mereka dapatkan
- d) Menambahkan referensi buku di perpustakaan mengenai depresi.

3. Bagi Masyarakat

- a) Mencari tahu informasi mengenai pencegahan depresi
- b) Mencari tahu informasi mengenai penyebab terjadinya depresi.
- c) Mencari tahu informasi mengenai pembelajaran metode PBL.



DAFTAR PUSTAKA

1. Liansyah, Tita Menawati. (2015). Problem Based Learning Sebagai Metode Perkuliahan Kedokteran Yang Efektif. *Pedagogik*, Volume 8, Nomor 1,. Hal. 55-63
2. Fitri, Amelia Dwi. (2016). Penerapan Problem Based Learning (PBL) dalam Kurikulum Berbasis Kompetensi. *JMJ*, Volume 4, Nomor 1, Hal: 95 –100
3. Sari, Anggia Rohdila dkk (2015). Gambaran Pelaksanaan Problem-Based Learning Pada Mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi. *JMJ*, Volume 3, Nomor 2, Hal: 99 – 110
4. Hardjosoesto, Andreas Yohan. (2017). Hubungan Antara Tingkat Depresi Dengan Tingkat Sugestibilitas Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Tahun Pertama. *Jurnal Kedokteran Diponegoro* Volume 6, Nomor 2, April 2017 Hal. 288-296
5. Uprianingsih, Ayudia. (2013). *Pengaruh Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia Di Kelurahan Batua Kecamatan Manggala Kota Makassar*. Skripsi. UIN Alauddin Makassar
6. Sorayah, (2015). Uji Validitas Konstruk Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *Jurnal JP3I* Vol. IV No. 1 Hal. 29-45
7. Papalia, Diane E., Sally Wendkos Olds, Ruth Duskin Feldmand. 2009. *Human Development: Perkembangan Manusia, Edisi 10, Buku 2*. Jakarta: Salemba Humanika.

8. Rahmawati, Adelita Tri. 2012. *Perbedaan Derajat Depresi Antara Mahasiswa Kedokteran Preklinik Dengan Klinik Di Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta Tahun 2012*. Skripsi. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta
9. Sari, Andria Novita. 2017. Masalah Kesehatan Jiwa Pada Mahasiswa Kedokteran. *Medula*. Vol. 7 No. 4 Hal. 82-87
10. Radityo, Wayan Eko. 2012. Depresi Dan Gangguan Tidur. *E-Jurnal Medika Udayana* Vol 1, No 1
11. Santoso, Meilanny Budiarti dkk. 2018. Bunuh Diri dan Depresi dalam Perspektif Pekerjaan Sosial diakses 23 Agustus 2018 <http://jurnal.unpad.ac.id/prosiding/article/viewFile/15713/7396>
12. Chou, Yoan. 2017. Perbedaan Proporsi Gangguan Depresi Dan Gangguan Cemas Antara Mahasiswa Preklinik Dan Klinik. *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia*. Vol. 6 No. 3 Hal. 146-152
13. Sherwood, L. 2014. *Fisiologi manusia : dari sel ke sistem*. Edisi 8. Jakarta: EGC
14. Santrock, John W. 2003. *Adolescence, Perkembangan Remaja*. Alih bahasa, Shinto B. Adelar dan Sheryl Saragih. Jakarta: Erlangga
15. Polii, Hendra (2016). Problem Based Learning sebagai Metode Pembelajaran yang Kontekstual. *Zenit* Volume 4 Nomor 2 Agustus 2015. Hal. 129-132
16. Maslim, Rusdi. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-V*. Cetakan 2 – Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya. Jakarta: PT Nuh Jaya.

17. Rahmat RA. Kurikulum berbasis kompetensi. [Internet] 2013. Dapat diakses di <http://ilmupendidikankedokteran.com/2013/kurikulum/kurikulumberbasis-kompetensi-kbk/>
18. Hadianto H. Prevalensi dan faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan tingkat gejala depresi pada mahasiswa program studi pendidikan dokter fakultas kedokteran Universitas Tanjungpura. Pontianak: Universitas Tanjungpura; 2014



LAMPIRAN

LAMPIRAN UJI STATISTIK SPSS

Descriptives

| | | Statistic | Std. Error |
|---------|----------------------------------|-----------|------------|
| PRETEST | Mean | 4,98 | 1,104 |
| | 95% Confidence Interval for Mean | | |
| | Lower Bound | 2,74 | |
| | Upper Bound | 7,21 | |
| | 5% Trimmed Mean | 4,19 | |
| | Median | 2,50 | |
| | Variance | 48,743 | |
| | Std. Deviation | 6,982 | |
| | Minimum | 0 | |
| | Maximum | 25 | |
| | Range | 25 | |
| | Interquartile Range | 6 | |
| | Skewness | 1,712 | ,374 |
| | Kurtosis | 2,020 | ,733 |
| | Mean | 3,18 | ,586 |
| POSTEST | 95% Confidence Interval for Mean | | |
| | Lower Bound | 1,99 | |
| | Upper Bound | 4,36 | |
| | 5% Trimmed Mean | 2,67 | |
| | Median | 2,00 | |
| | Variance | 13,738 | |
| | Std. Deviation | 3,706 | |
| | Minimum | 0 | |
| | Maximum | 18 | |
| | Range | 18 | |
| | Interquartile Range | 3 | |
| | Skewness | 2,453 | ,374 |
| | Kurtosis | 7,019 | ,733 |

Paired Samples Statistics

| | | Mean | N | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--------|---------|------|----|----------------|-----------------|
| Pair 1 | PRETEST | 4,98 | 40 | 6,982 | 1,104 |
| | POSTEST | 3,18 | 40 | 3,706 | ,586 |

Paired Samples Correlations

| | | N | Correlation | Sig. |
|--------|-------------------|----|-------------|------|
| Pair 1 | PRETEST & POSTEST | 40 | ,290 | ,070 |

Paired Samples Test

| | | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|--------|-------------------|--------------------|----------------|-----------------|---|-------|-------|----|-----------------|
| | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| Pair 1 | PRETEST - POSTEST | 1,800 | 6,892 | 1,090 | -,404 | 4,004 | 1,652 | 39 | ,107 |

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul Penelitian : Perbedaan Tingkat Depresi Mahasiswa Sebelum dan Setelah Pembelajaran *Problem Based Learning* di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

Oleh : Rasdiana FB. Matong

Kami adalah mahasiswa Program Studi S1 Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir S1 Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

Kami berharap tanggapan yang anda berikan sesuai dengan pendapat anda sendiri tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Kami menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas anda. Informasi yang anda berikan hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan tidak akan dipergunakan untuk maksud-maksud lain. Partisipasi anda dalam penelitian ini bersifat “volunter” (bebas), anda bebas untuk ikut atau tanpa adanya sanksi apapun. Jika anda bersedia menjadi peserta penelitian ini silahkan anda menandatangani kolom.

Tanda tangan

Beck Depression Inventory II (BDI-II)

Kuisisioner ini terdiri dari 21 kelompok pernyataan. Silahkan membaca masing-masing kelompok pernyataan dengan seksama, dan pilih satu pernyataan yang terbaik pada masing-masing kelompok yang menggambarkan dengan baik bagaimana perasaan anda.

1. 0. Saya tidak merasa sedih
 1. Saya merasa sedih
 2. Saya merasa sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat menghilangkannya
 3. Saya begitu sedih sehingga saya merasa tidak tahan lagi
2. 0. Saya tidak merasa berkecil hati terhadap masa depan
 1. Saya merasa berkecil hati terhadap masa depan
 2. Saya merasa tidak ada sesuatu yang saya nantikan
 3. Saya merasa bahwa tidak ada harapan di masa depan dan segala sesuatunya tidak dapat diperbaiki
3. 0. Saya tidak merasa gagal
 1. Saya merasa lebih banyak mengalami kegagalan daripada rata – rata orang
 2. Kalau saya meninjau kembali hidup saya, yang dapat saya lihat hanyalah banyak kegagalan
 3. Saya merasa sebagai seorang pribadi yang gagal total

4. 0. Saya memperoleh kepuasan atas segala sesuatu seperti biasanya
 1. Saya tidak dapat menikmati segala sesuatu seperti biasanya
 2. Saya tidak lagi memperoleh kepuasan yang nyata dari segala sesuatu
 3. Saya merasa tidak puas atau bosan terhadap apa saja

5. 0. Saya tidak merasa bersalah
 1. Saya cukup sering merasa bersalah
 2. Saya sering merasa sangat bersalah
 3. Saya merasa bersalah sepanjang waktu

6. 0. Saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum
 1. Saya merasa bahwa saya mungkin dihukum
 2. Saya mengharapkan agar dihukum
 3. Saya merasa bahwa saya sedang dihukum

7. 0. Saya tidak merasa kecewa terhadap diri saya sendiri
 1. Saya merasa kecewa terhadap diri saya sendiri
 2. Saya merasa jijik terhadap diri saya sendiri
 3. Saya membenci diri saya sendiri

8. 0. Saya tidak merasa bahwa saya lebih buruk daripada orang lain
 1. Saya selalu mencela diri saya sendiri karena kelemahan atau kekeliruan saya

2. Saya menyalahkan diri saya sendiri sepanjang waktu atas kesalahan – kesalahan saya
 3. Saya menyalahkan diri saya sendiri atas semua hal buruk yang terjadi
-
9. 0. Saya tidak mempunyai pikiran untuk bunuh diri
 1. Saya mempunyai pikiran – pikiran untuk bunuh diri, tetapi saya tidak akan melaksanakannya
 2. Saya ingin bunuh diri
 3. Saya akan bunuh diri kalau ada kesempatan
 10. 0. Saya tidak menangis lebih dari biasanya
 1. Sekarang saya lebih banyak menangis daripada biasanya
 2. Sekarang saya menangis sepanjang waktu
 3. Saya biasanya dapat menangis, tetapi sekarang saya tidak dapat menangis meskipun saya ingin menangis
 11. 0. Sekarang saya tidak merasa lebih jengkel daripada sebelumnya
 1. Saya lebih mudah jengkel atau marah daripada biasanya
 2. Saya sekarang merasa jengkel sepanjang waktu
 3. Saya tidak dibuat jengkel oleh hal – hal yang biasanya menjengkelkan saya
 12. 0. Saya masih tetap senang bergaul dengan orang lain

1. Saya kurang berminat pada orang lain dibandingkan dengan biasanya
2. Saya tak kehilangan sebagian besar minat saya terhadap orang lain
3. Saya telah kehilangan seluruh minat saya terhadap orang lain

13. 0. Saya mengambil keputusan – keputusan sama baiknya dengan sebelumnya

1. Saya lebih banyak menunda keputusan daripada biasanya
2. Saya mempunyai kesulitan yang lebih besar dalam mengambil keputusan daripada sebelumnya
3. Saya sama sekali tidak dapat mengambil keputusan apa pun

14. 0. Saya tidak merasa bahwa saya kelihatan lebih jelek daripada sebelumnya

1. Saya merasa cemas jangan – jangan saya tua atau tidak menarik
2. Saya merasa bahwa ada perubahan – perubahan tetap pada penampilan saya yang membuat saya kelihatan tidak menarik
3. Saya yakin bahwa saya kelihatan jelek

15. 0. Saya dapat bekerja dengan baik seperti sebelumnya

1. Saya membutuhkan usaha istimewa untuk mulai mengerjakan sesuatu
2. Saya harus memaksa diri saya untuk mengerjakan sesuatu
3. Saya sama sekali tidak dapat mengerjakan apa – apa

16. 0. Saya dapat tidur nyenyak seperti biasanya

1. Saya tidak dapat tidur nyenyak seperti biasanya
2. Saya bangun 2-3 jam lebih awal dari biasanya dan sukar tidur kembali
3. Saya bangun beberapa jam lebih awal daripada biasanya dan tidak dapat tidur kembali

17. 0. Saya tidak lebih lelah dari biasanya

1. Saya lebih mudah lelah dari biasanya
2. Saya hampir selalu merasa lelah dalam mengerjakan segala sesuatu
3. Saya merasa terlalu lelah untuk mengerjakan apa saja

18. 0. Nafsu makan saya masih seperti biasanya

1. Nafsu makan saya tidak sebesar biasanya
2. Sekarang nafsu makan saya jauh lebih berkurang
3. Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali

19. 0. Saya tidak banyak kehilangan berat badan akhir - akhir ini

1. Saya telah kehilangan berat badan 2,5 kg lebih
2. Saya telah kehilangan berat badan 5 kg lebih
3. Saya telah kehilangan berat badan 7,5 kg lebih.

20. 0. Saya tidak mencemaskan kesehatan saya melebihi biasanya

1. Saya cemas akan masalah kesehatan fisik saya, seperti sakit dan rasa nyeri; sakit perut; ataupun sembelit

2. Saya sangat cemas akan masalah kesehatan fisik saya dan sulit memikirkan hal – hal lainnya

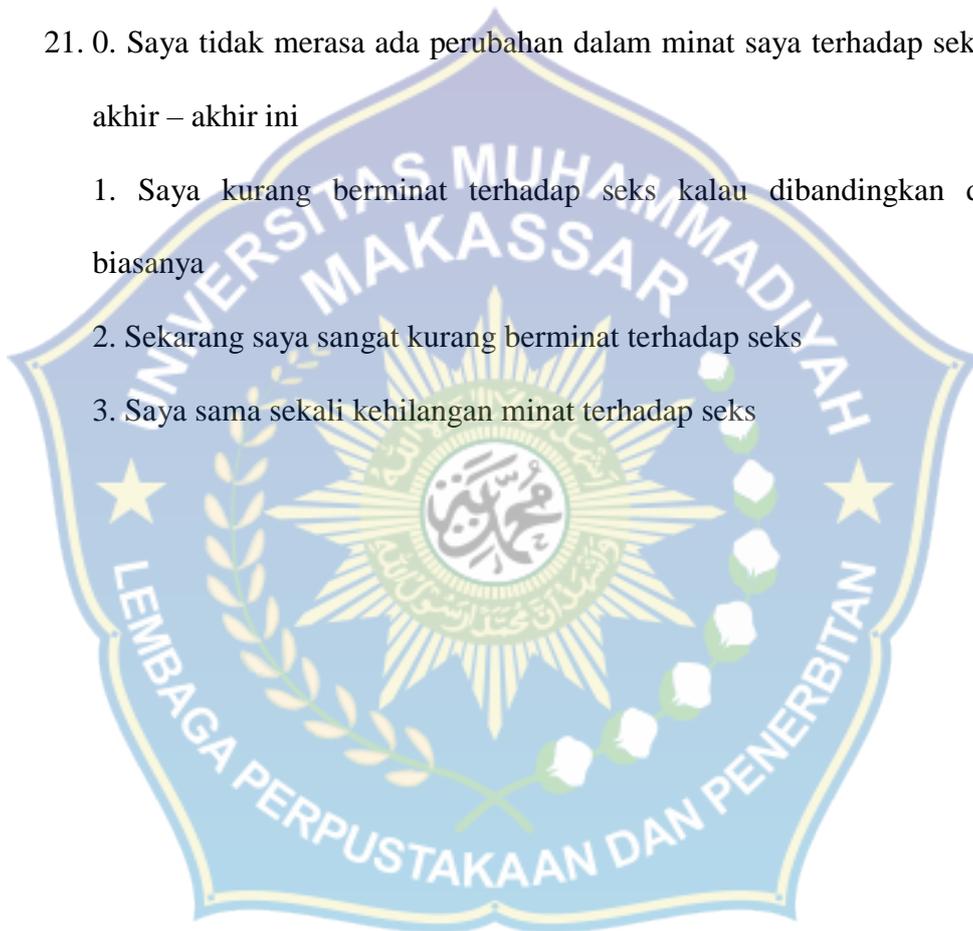
3. Saya begitu cemas akan kesehatan fisik saya sehingga saya tidak dapat berpikir mengenai hal – hal lainnya

21. 0. Saya tidak merasa ada perubahan dalam minat saya terhadap seks pada akhir – akhir ini

1. Saya kurang berminat terhadap seks kalau dibandingkan dengan biasanya

2. Sekarang saya sangat kurang berminat terhadap seks

3. Saya sama sekali kehilangan minat terhadap seks



DOKUMENTASI LOKASI PENELITIAN



RIWAYAT HIDUP PENULIS



Nama Lengkap : Rasdiana FB. Matong
Ayah : DR. Firman Basir, M.Pd (Alm.)
Ibu : DR. Sukmawati, S.Pd., M.Pd
Tempat, Tanggal Lahir : Makassar, 16 Juni 1997
Agama : Islam
Alamat : Kompleks Anggrek AM. 12 No. 19
Nomor Telepon/Hp : 081354159396
Email : rasdiana@live.com

RIWAYAT PENDIDIKAN

- TK IAIN Alauddin Makassar (2001 – 2002)
- SD Inpres Kampus Ikip, Makassar (2003 - 2009)
- MTsN. Model Makassar (2009 - 2012)
- SMA Negeri 2 Makassar (2012 - 2015)