BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. STRESOR PSIKOSOSIAL

1. Pengertian

Stres adalah respons tubuh yang tidak spesifik terhadap setiap kebutuhan tubuh yang terganggu, suatu fenomena universal kehidupan sehari – hari dan tidak dapat dihindari yang dialami setiap orang dan memberi dampak secara total bagi individu baik secara fisik, psikologis, intelektual, social, dan spiritual. Stress dapat mengancam keseimbangan psikologis (Rasmun, 2004)

Stressor dapat berbentuk stressor fisik (panas, dingin, rasa sakit), stressor psikis (kekecewaan, kehilangan), dan stressor sosial (banjir, kemiskinan). Bahar (1995) menggolongkan stressor secara umum menjadi tiga golongan besar, yaitu :

a. Stressor fisik – biologic : panas, dingin, suara bising, infeksi, rasa nyeri, pukulan, luka.
b. Stressor psikologik : takut, situasi bahaya, kesepian, kecewa, marah, jatuh cinta, cemburu, iri hati.
c. Stressor sosial budaya : menganggur, kondisi lingkungan buruk, bercerai, pensiun, berhutang, PHK, perselisihan, perkara hukum.

Stressor psikososial yaitu keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang tersebut harus mengadakan adaptasi (Sumarni, 1999)

2. Jenis - jenis stresor psikososial yaitu :

a. Perkawinan : perceraian, ketidaksesuaian, pertunangan, kawin paksa, kawin lari,kawin gantung, kematian pasangan, dan sebagainya.

b. Problem orang tua : mempunyai anak, anak yang sakit, persoalan dengan anak,mertua, besan, dll.

c. Hubungan interpersonal : kawan dekat atau kekasih yang sakit, pertengkarandengan kawan dekat atau kekasih, atasan-bawahan, dll.

d. Pekerjaan : mulai bekerja, masuk sekolah, pindah kerja, persiapan masukpensiun, pensiun, berhenti bekerja, problem di sekolah, problem jabatan dankenaikan pangkat, dsb.

e. Lingkungan hidup : pindah rumah, kota, transmigrasi, pencurian, penodongan,atau ancaman, dll

f. Keuangan : keadaan ekonomi yang kurang, hutang, bangkrut, warisan, ,dsb.

g. Perkembangan : pubertas, memasuki usia dewasa, menopouse.

h. Hukum : tuntutan hukum, penjara, pengadilan.

i. Penyakit fisik atau cedera : penyakit, kecelakaan, pembedahan, abortus, dll.

j. Lain-lain : bencana alam, amuk massa, diskriminasi, perkosaan, tugas-tugasmiliter, dll.

Tingkat ketergantungan sebagai akibat adanya stressor psikososial tersebut berbeda antara satu dengan yang lain, tergantung kepada ketahanan mental masing – masing individu, jenis stressor psikososial yang dihadapi dan lamanya stressor psikososial tersebut berlangsung (Soewadi, 1999)

Kondisi yang dapat mempengaruhi timbulnya symtom gangguan mental seseorang (Soewadi, 1999), antara lain :

a . Potensi stressor

Sesuai dengan berat ringan stressot, dibagi menjadi tingkat stressor ringan sampai malapetaka yaitu tidak ditentukan, tidak ada, ringan, sedang, berat, dan malapetaka.

b. Edukasional

Prawirohardjo (1985) mengemukakan bahwa menurutMc. Farlane, status pendidikan dan status ekonomi yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami stress.

c. Maturitas

Individu yang matur lebih sukar mengalami gangguan akibat stress, sebab mempunyai ada asi yang besar terhadap stressor yang timbul.

d. Kondisi fisik

Individu yang mengalami gangguan fisik seperti cedera, penyakit badan, operasi, abortus, dan cacat badan akan mudah mengalami stress.

e. Tipe kepribadian

Orang yang memiliki tipe kepribadian A lebih mudah stress daripada yang bertipe kepribadian B.

f. Sosio budaya

Individu yang mempunyai cara hidup yang teratur dan mempunyai falsafah hidup yang jelas umunya akan lebih sukar mengalami stress.

g. Lingkungan dan situasi

Orang yang berada di daerah yang baginya masih asing ternyata lebih mudah mengalami stress jika dibandingkan dengan berada pada tempat yang sudah biasa.

3. Stress di Tempat Kerja

Hampir di setiap kondisi pekerjaan bisa menyebabkan stress, pekerjaan sebagai pekerja pabrik yang setiap hari bekerja monoton dan disiplin berpotensi menimbulkan stress kerja jika tidak diantisipasi. Dalam menjalankan tugasnya, pekerja pabrik tidak saja menghadapi pekerjaan yang monoton, tetapi juga berbagai masalah diantaranya dengan keluarganya, peraturan, prosedur, birokrasi, dan lainnya yang semua itu memerlukan ketahanan fisik dan mental sehingga pekerja pabrik dapat mengurangi atau menghindari efek stress yang ditimbulkan.

Beberapa kondisi kerja yang dapat menimbulkan stress di tempat kerja adalah ;

a. Pekerjaan yang monoton dan membosankan
b. Beban kerja yang berlebihan
c. Tekanan atau desakan waktu untuk menyelesaikan tugas
d. Pengawas / supervisi yang buruk

e. Persaingan yang tidak sehat

f. Umpan balik tentang pelaksanaan pekerjaan yang tidak memadai

g. Iklim kerja yang tidak kondusif

h. Konflik antarpribadi dan antarkelompok

Dilain pihak terdapat pula faktor luar dari tempat kerja yang dapat mempengaruhi munculnya stress kerja yaitu;

a. Kekurangan finansial

b. Masalah dengan keluarga, misalnya; perkawinan, perceraian, dsb.

c. Masalah kesehatan fisik

Stress di tempat kerja terkadang berguna untuk menimbulkan persaingan yang dinamis untuk meningkatkan kinerja, tapi jika tidak dikelola dengan baik, stress di tempat kerja dapat menjadi penghalang prestasi, bahkan sampai menurunkan produktivitas kerja. Kondisi ini terjadi karena orang akan lebih banyak menggunakan waktunya untuk melawan stress daripada melaksanakan tugasnya.

B. DEPRESI

1. Pengertian

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah ; menarik diri dari orang lain; dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan (Davidson

Gerald C, dkk , 2004)Depresi pada umumnya timbul sebagai respon kesedihan yang mendalam, kegagalan atau kekecewaan.

Menurut Kaplan dan Sadock, Depresi merupakan suatu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dengan gejala penyerta, termasuk perubahan pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta gagasan bunuh diri (Kaplan & Sadock, 2010).

Perasaan sedih dan murung dalam jangka waktu cukup lama menyebabkan gangguan-gangguan seperti berubahnya pola tidur, mempengaruhi pola makan, cara seseorang merasakan dirinya, berpikir tentang dirinya dan berpikir tentang dunia sekitarnya. Depresi membuat seluruh tubuh, perasaan, dan pikiran sakit.Depresi dapat dicirikan sebagai rasa tak ada harapan dan patah hati, ketidakberdayaan yang berlebihan, tidak mampu mengambil keputusan untuk memulai suatu kegiatan, tidak mampu konsentrasi, tidak bersemangat, selalu tegang, dan mencoba bunuh diri. (Gerrard, 2007)

2. Epidemiologi

Gangguan depresi adalah suatu gangguan dengan prevalensi seumur hidup kira-kira 15%, pada perempuan mungkin sampai 25%. Perempuan mempunyai kecenderungan dua kali lebih besar mengalami gangguan depresif daripada laki-laki. Alasan dalam penelitian di negara barat dikatakan karena masalah hormonal, dampak melahirkan, stressor dan pola perilaku yang

dipelajari. Gangguan depresif sangat umum terjadi, setiap tahun lebih dari 17 juta orang Amerika mengalaminya (Muchid, dkk., 2007).

Prevalensi gangguan depresif pada populasi dunia adalah 3–8 % dengan 50 % kasus terjadi pada usia produktif yaitu 20 – 50 tahun .*World Health Organization* menyatakan bahwa gangguan depresif berada pada urutan ke-empat penyakit di dunia (Ismail & Sinte, 2010).

Menurut Ismail dan Sinte (2010), insidensi dan epidemiologi terjadinya depresi antara lain :

a. Jenis Kelamin

Secara epidemiologic, wanita 2 x lebih sering daripada laki – laki, dengan angka prevalensi seumur hidup 15 %. Prevalensi depresi meningkat secara stabil selama pertengahan hingga akhir abad ke-20 dan pada saat yang sama usia onset depresi menjadi semakin muda (umumnya pertengahan hingga akhir usia 20an). Diduga adanya perbedaan hormon, pengaruh melahirkan, perbedaan stresor psikososial antara laki-laki dan perempuan, serta model perilaku yang dipelajari tentang ketidakberdayaan.

b. Usia

Pada umumnya, rata-rata usia onset untuk gangguan depresif berat adalah kira-kira 40 tahun; 50% dari semua pasien mempunyai onset antara usia 20-50 tahun. Gangguan depresif berat dapat timbul pada masa anak-anak atau pada lanjut usia. Data terkini menunjukkan bahwa insidensi gangguan depresif meningkat pada orang-orang yang berusia kurang dari 20

tahun. Jika pengamatan tersebut benar, hal tersebut mungkin berhubungan dengan meningkatnya penggunaan alkohol dan zat lain pada kelompok usia tersebut.

c. Ras

Prevalensi gangguan mood tidak berbeda dari satu ras ke ras lain. Akan tetapi, klinisi jarang mendiagnosis hal tersebut pada ras kulit hitam dan Hispanik (Kaplan & Sadock, 2010).

d. Status Perkawinan

Pada umumnya, gangguan depresif berat terjadi paling sering pada orang yang tidak memiliki hubungan interpersonal yang erat atau yang berpisah (cerai). Wanita yang tidak menikah memiliki kecenderungan lebih rendah untuk menderita depresi dibandingkan dengan orang menikah namun hal ini berbanding terbalik untuk laki-laki.

e. Faktor Sosioekonomi dan Budaya

Tidak ditemukan korelasi antara status sosioekonomi dan gangguan depresi berat. Depresi lebih sering terjadi di daerah pedesaan dibanding daerah perkotaan. Pada umumnya gangguan depresi dapat terjadi pada orang yang tidak punya hubungan interpersonal yang erat pada tingkat social ekonomi yang rendah (First, et, al., 2004)

3. Etiologi

Secara umum depresi dibagi menjadi dua yaitu depresi endogen dan eksogen. Disebut depresi endogen karena kausanya berasal dari dirinya sendiri, sedangkan depresi eksogen kausanya berasal dari faktor luar atau lingkungan.

Menurut Kaplan dan Sadock (2003) beberapa faktor yang diduga sebagai penyebab depresi adalah faktor biologi, faktor genetika, dan faktor psikososial.

1. Faktor genetic

a. Keluarga

Kemungkinan terjadi depresi diantara orang tua, saudara kandung dan anak- anak penderita adalah 40x lebih besar dibandingkan dengan populasi pada umumnya.

b. Anak Kembar

Karena kembar identik (monozigot) berbagi 100% dari gen mereka, mereka mengekspresikan kelainan (kesesuaian) yang lebih menyerupai satu sama lain dalam dibanding kembar yang tidak identik (dizigot) yang berbagi rata-rata 50% dari gen mereka. Memang, studi kembar terdahulu secara umum mengindikasikan bahwa tingkat kesesuaian pada kembar monozigot 4 kali lebih tinggi dibanding kembar dizigot (Hammen, 1997). Pada studi kembar, tingkat kesesuaian (kemungkinan untuk memiliki suatu kondisi yang identik) pada kembar monozigot (identik) adalah 70% sampai 90% dan untuk kembar dizigot

(tidak identik) adalah 16% sampai 35%. Kembar monozigot diperoleh dari pembuahan yang berasal dari telur dan sperma yang sama, dengan demikian berbagi bahan genetik yang identik. Sedangkan kembar dizigotik diperoleh dari pembuahan yang berasal dari telur dan sperma yang berbeda.Jadi kemungkinan sepasang kembar terdiagnosis depresi terjadi lebih besar pada kembar monozigot dibanding kembar dizigot (Lim, 2008).

c. Anak Adopsi

Dua dari tiga studi menemukan gangguan depresi berat diturunkan secara genetik.Studi menunjukkan, anak biologis dari dari orang tua yang terkena gangguan mood berisiko untuk mengalami gangguan mood walaupun anak tersebut dibesarkan oleh keluarga angkat.

Hipotesisnya adalah jika tingkat depresi pada anak adopsi lebih tinggi jika dekat kepada sanak saudara biologis mereka daripada tingkat depresi pada anggota keluarga adopsi mereka, akan menunjukkan bahwa faktor genetik bertanggung jawab untuk kecenderungan ke arah depresi

2. Faktor biologi

Pada depresi ditemukan peningkatan aktivitas hipotalamus, hipofisis, adrenal (Kaplan dan Sadock, 2003).

1) Norepinefrin

Korelasi yang dinyatakan oleh penelitian ilmiah dasar antara regulasi turun (*down-regulation*) rese or β-adrenergik dan respon antidepresan klinik kemungkinan merupakan bagian data yang paling memaksa yang menyatakan adanya peranan langsung sistem noradrenergik dalam depresi. Bukti lain juga telah melibatkan rese or α_2-adrenergik dalam depresi, karena aktivasi rese or tersebut menyebabkan penurunan jumlah norepinefrin yang dilepaskan. Rese or α_2-adrenergik berlokasi pada neuron serotonergikdan mengatur jumlah serotonin yang dilepaskan. Adanya noradrenergik yang hampir murni, obat antidepresan yang efektif secara klinis, contoh desipramine (Norpramine) mendukung lebih lanjut peranan norepinefrin didalam patofisiologi sekurangnya gejala depresi.

2) Dopamine

Walaupun norepinefrin dan serotonin adalah amin biogenik yang paling sering dihubungkan dengan patofisiologi depresi, dopamin juga telah diperkirakan memiliki peranan dalam depresi. Aktivitas dopamin mungkin berkurang pada depresi. Penemuan subtipe baru rese or dopamin dan meningkatnya pengertian fungsi regulasi presipnatik dan pascasipnatik dopamin memperkaya hubungan antara dopamin dan gangguan mood. Obat yang menurunkan konsentrasi dopamin, contoh

reserpine (serpasil) dan penyakit yang menurunkan konsentrasi dopamin (contoh penyakit Parkinson) adalah disertai dengan gejala depresi. Selain itu, obat yang meningkatkan konsentrasi dopamin sebagai contoh tirosin, amfetamin dan bupropion (Welbutrin) menurunkan gejala depresi. Dua teori terakhir tentang dopamin dan depresi adalah bahwa jalur dopamin mesolimbik mungkin mengalami disfungsi pada depresi dan bahwa rese or dopamin tipe 1 (D_1) mungkin hipoaktif pada depresi.

3) Serotonin

Efek besar yang telah diberikan oleh serotonin-specific reuptake inhibitors (SSRIs), contoh fluoxetine (Prozac) dalam pengobatan depresi, serotonin telah menjadi neurotransmiter amin biogenik yang paling sering dihubungkan dengan depresi. Diidentifikasinya subtipe reseptor serotonin multipel juga telah meningkatkan kegairahan dalam penelitian komunitas untuk mengembangkan terapi yang lebih spesifik untuk depresi. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi dan beberapa pasien yang bunuh diri memiliki konsentrasi metabolit serotonin di dalam cairan serebrospinalis yang rendah dan konsentrasi tempat ambilan serotonin yang rendah di trombosit, seperti yang diukur oleh imipramin (Tofranil) yang berikatan dengan trombosit. Beberapa pasien depresi juga memiliki respon neuroendokrin yang abnormal, contoh hormon pertumbuhan, prolaktin dan hormon hormon adrenokortikotropik (ACTH) terhadap

provokasi dengan agen serotonergik. Walaupun antidepresan aktif, serotonin sekarang ini bekerja terutama melalui penghambatan ambilan serotonin, generasi antidepresan di masa depan mungkin memiliki efek lain pada sistem serotonin, termasuk antagonisme rese or serotonin tipe 2 (5-HT2) (sebagai contoh nefazodone) dan agonisme rese or serotonin tipe 1A (5-HT1A) (contoh ipsapirone).

Hal ini kemungkinan konsisten dengan penurunan reseptor serotonin setelah pemaparan jangka panjang dengan antidepresan yang menurunkan jumlah tempat ambil kembali serotonin (dinilai dengan mengukur pengikatan H3-imipramine) dan suatu peningkatan konsentrasi serotonin telah ditemukan postmortem pada otak korban bunuh diri. Penurunan ikatan tritiated-imipramine pada trombosit darah juga telah ditemukan dari beberapa pasien yang mengalami depresi.

3. Faktor psikososial

Beberapa faktor psikososial diduga menyebabkan depresi antara lain, faktor peristiwa kehidupan, stressor lingkungan, faktor kepribadian premorbid, faktor psikoanalitik, psikodinamika, dan faktor kognitif (Kaplan dan Sadock, 2003) Faktor kepribadian premorbid diduga berperan terhadap kejadian depresi. Tipe kepribadian dependen, obsesif kompulsif dan histerikal diperkirakan berada pada resiko yang lebih besar mengalami depresi (Kaplan dan Sadock, 2003).

a) Peristiwa Kehidupan dan Stress Lingkungan

Suatu pengamatan klinis menyatakan bahwa peristiwa kehidupan yang menyebabkan stres lebih sering mendahului episode pertama gangguan mood daripada episode selanjutnya. Satu teori yang yang diajukan untuk menjelaskan pengamatan tersebut adalah bahwa stres yang menyertai episode pertama menyebabkan perubahan biologi otak yang bertahan lama. Perubahan bertahan lama tersebut dapat menyebabkan perubahan keadaan fungsional berbagai neurotransmiter dan sistem pemberian signal intraneural. Hasil akhir dari perubahan tersebut menyebabkan seseorang berada pada resiko yang lebih tinggi untuk menderita episode gangguan mood selanjutnya, bahkan tanpa adanya stresor eksternal.

b) Faktor Kepribadian

Semua orang, apapun pola kepribadiannya dapat mengalami depresi sesuai dengan situasinya. Orang dengan gangguan kepribadian obsesi-kompulsi, histrionik dan ambang, berisiko tingi utnuk mengalami depresi dibandingkan dengan gangguan kepribadian paranoid atau antisosial. Pasien dengan gangguan distimik dan siklotimik berisiko menjadi gangguan depresi berat.

Peristiwa stressful merupakan prediktor terkuat untuk kejadian episode depresi. Riset menunjukkan bahwa pasien yang mengalami

stresor akibat tidak adanya kepercayaan diri lebih sering mengalami depresi.

c) Teori Psikoanalisis Depresi

Teori ini dikemukakan oleh Simund Freud, dalam teorinya Freud berpendapat bahwa setelah kehilangan sesuatu atau seseorang yang dicintai, apakah karena kematian atau perpisahan, orang yang bersangkutan pertama meleburkan diri dengan orang yang meninggalkannya, mungkin sebagai upaya untuk mengembalikan kehilangannya tersebut. Kemarahan terhadap orang yang meninggalkan terus menerus dipendam, berkembang menjadi proses menyalahkan diri sendiri, menyiksa diri sendiri, dan depresi yang berkelanjutan. Orang – orang yang tidak mandiri diyakini sangat rentan terhadap proses tersebut. Teori tersebut termasuk empat hal utama :

(1) Gangguan hubungan ibu-anak selama fase oral (0-18 bulan) menjadi faktor predisposisi untuk rentan terhadap episode depresi berulang.
(2) Gangguan dapat dihubungkan dengan kenyataan atau bayangan kehilangan obyek.
(3) Introjeksi merupakan terbangkitnya mekanisme pertahanan untuk mengatasi penderitaan yang berkaitan dengan kehilangan obyek.
(4) Akibat kehilangan obyek tercinta, diperlihatkan dalam bentuk campuran antara benci dan cinta, perasaan marah yang diarahkan pada dirinya sendiri.

d) Teori Kognitif

Interpretasi yang keliru yang sering adalah melibatkan distorsi negative. Pengalaman hidup, penilaian diri yang negative, pesimistis, dan kegalauan, pandangan negative yang dipelajari tersebut selanjutnya menyebabkan perasaan depresi (Kaplan dan Sadock, 2003)

Postulat Aaron Beck menyatakan trias kognitif dari depresi mencangkup :

a) Pandangan terhadap diri sendiri serupa persepsi negatif terhadap dirinya Tentang lingkungan yakni kecenderungan menganggap dunia bermusuhan terhadapnya.
b) Tentang masa depan yakni bayangan penderitaan dan kegagalan.

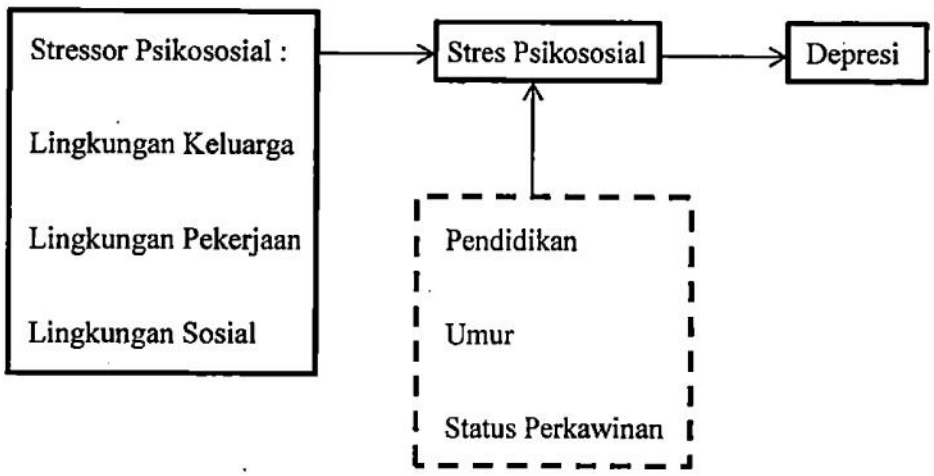
4. Kriteria depresi dalam DSM IV

Mood sedih dan tertekan hampir sepanjang hari, hampir setiap hari selama dua minggu atau kehilangan minat dan kesenagan dalam aktivitas yang biasa dilakukan, ditambah sekurang – kurangnya empat gejala berikut ;

1. Sulit tidur (insomnia) ; pada awalnya tidak dapat tidur, tidak dapat kembali tidur bila terbangun di tengah malam, dan bangun pada dini hari; atau pada beberapa orang, keinginan tidur selama mungkin
2. Perubahan kadar aktivitas, menjadi lemas (retardasi psikomotorik) atau terlalu bersemangat

3. Nafsu makan sangat berkurang dan berat badan turun, atau nafsu makan meningkat dan berat badan bertambah
4. Konsep diri negative, menuding dan menyalahkan diri sendiri; merasa tidak berarti dan bersalah
5. Mengeluh sulit berkonsentrasi atau terlihat sulit berkonsentrasi, seperti lambat berpikir dan tidak dapat mengambil keputusan
6. Pikiran tentang kematian atau bunuh diri yang terus menerus timbul.

C. KERANGKA PENELITIAN



D. HIPOTESIS

Stressor psikososial menyebabkan depresi pada pekerja pabrik wanita PT. Ameya Livingstyle Indonesia di Kabupaten Bantul.