

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Landasan Teori

##### 1. Status Bekerja Ibu

###### a. Pengertian Ibu Bekerja

Ibu bekerja adalah seorang ibu yang selain menjalankan fungsinya sebagai ibu rumah tangga yaitu dengan memberikan kasih sayang dan membimbing anak-anaknya, juga sebagai ibu yang bekerja di kantor selama 6-8 jam maupun yang berwiraswasta. Ibu bekerja sampai batas kemampuan di dalam meningkatkan keterampilan serta mengorbankan diri dan waktu lebih banyak untuk mencapai kesuksesan (Idris, 2013).

Santrock (2007) menyatakan bahwa salah satu tujuan ibu bekerja adalah suatu bentuk aktualisasi diri guna menerapkan ilmu yang telah dimiliki ibu dan menjalin hubungan sosial dengan orang lain dalam bidang pekerjaan yang dipilihnya. Bekerja mempunyai dampak positif bagi seseorang maupun keluarganya, yaitu mendukung ekonomi rumah tangga, meningkatnya harga diri dan pementapan identitas, relasi yang positif dan sehat dengan keluarga, pemenuhan kebutuhan sosial, dan peningkatan *skill* dan kompetensi (Lugina, 2015)

Azizah dan Elis (2012) mengungkapkan bahwa ada beberapa alasan ibu bekerja yaitu untuk menopang kebutuhan pribadi maupun keluarga, agar dapat membeli perlengkapan rumah tangga, rekreasi bersama keluarga, memberi kesempatan pada suami untuk melanjutkan pendidikan, untuk biaya pendidikan anak, serta untuk tabungan di hari tua.

b. Pengertian Ibu Tidak Bekerja

Prasastawi (2009) mengatakan bahwa ibu yang tidak bekerja adalah ibu yang tidak mempunyai aktivitas atau kegiatan untuk memperoleh penghasilan sebagai pencari tetap disamping sebagai ibu rumah tangga dan hanya berperan sebagai ibu rumah tangga saja. Menurut Santrock (2007), ibu yang tidak bekerja memiliki tanggung jawab untuk mengatur rumah tangga. Peran seorang ibu yaitu mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosial serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

Ibu tidak bekerja adalah sosok wanita yang ikut serta dalam suatu tanggung jawab menjaga kelangsungan rumah tangganya dan berusaha menjadi sosok istri dan ibu yang baik tanpa ada ikatan tanggung jawab di kantor maupun usaha rumahannya ataupun berwiraswasta (Gunarsa dan Yulia, 2004).

Tugas ibu menurut Azizah & Elis (2012) adalah sebagai pemberi rasa aman, tempat mencurahkan isi hati, pengatur kehidupan rumah tangga, dan pembimbing serta pendidik kehidupan rumah tangga.

## 2. Depresi

### a. Pengertian Depresi

Depresi adalah suatu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, *anhedonia*, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta bunuh diri (Kaplan, dkk., 2010).

Depresi adalah gangguan mood atau perasaan yang disertai komponen psikologi berupa sedih, tidak ada harapan, susah dan putus asa disertai komponen biologis atau somatik misalnya konstipasi, anoreksia dan keringat dingin (Atkinson, 2010)

### b. Etiologi

Faktor yang berpengaruh terhadap etiologi depresi, yaitu:

#### 1) Faktor Biologis

Istilah *biogenic amin* umumnya digunakan untuk komponen katekolamin, norepinefrin, epinefrin, dopamin dan serotonin. Sistem neuron menggunakan *biogenic amin* relatif kecil dalam sekelompok sel yang berada di batang otak. *Biogenic amin* ini dilepaskan dalam

ruang sinaps sebagai neurotransmitter. Neurotransmitter yang banyak berperan pada depresi adalah norepinefrin dan serotonin yang apabila kadarnya menurun dapat menyebabkan depresi. Aktivitas dopamin yang menurun dapat menjadi kausa depresi (Kaplan, dkk., 2010)

## 2) Faktor Genetik

Depresi dapat disebabkan oleh faktor keturunan. Resiko terjadinya depresi meningkat antara 20-40% untuk keluarga keturunan pertama. Anak-anak dari orang tua yang depresi psikotik dan depresi non-psikotik terdapat insiden yang tinggi dari gejala depresi ini. Memiliki satu orang tua yang mengalami depresi dapat meningkatkan resiko dua kali pada keturunannya. Resiko tersebut dapat meningkat empat kali lebih besar bila kedua orang tuanya sama-sama mengalami depresi (Mardiya, 2011).

## 3) Faktor Psikososial

Data menunjukkan bahwa peristiwa hidup yang paling sering menyebabkan timbulnya depresi pada seseorang adalah kehilangan orang tua sebelum usia 11 tahun. Seseorang yang keluar dari pekerjaan sebanyak tiga kali atau lebih cenderung memberikan laporan gejala episode depresi berat daripada orang yang bekerja (Kaplan, dkk., 2010).

Anak remaja dalam lingkungan keluarga yang *broken home*, jumlah saudara yang banyak, status ekonomi orangtua rendah, pemisahan orang tua karena meninggal dunia atau perceraian, serta buruknya fungsi keluarga, merupakan faktor psikososial yang dapat menyebabkan remaja mengalami depresi (Mardiya, 2011).

#### c. Gejala Depresi

Menurut Maslim (2013), depresi dapat ditegakkan atas dasar adanya:

- 1) Gejala utama
  - a) Suasana perasaan yang sedih dan murung
  - b) Kehilangan minat dan kegembiraan
  - c) Berkurangnya energi ditandai dengan keadaan mudah lelah
- 2) Gejala tambahan
  - a) Konsentrasi dan perhatian berkurang
  - b) Harga diri dan kepercayaan diri berkurang
  - c) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
  - d) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
  - e) Gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri
  - f) Tidur terganggu
  - g) Nafsu makan berkurang

#### d. Tingkat Depresi

Depresi dapat dibagi menjadi tiga tingkatan (Maslim, 2013), yaitu:

- 1) Depresi ringan, jika terdapat sekurang-kurangnya dua dari tiga gejala utama ditambah sekurang-kurangnya dua dari gejala tambahan dan tidak boleh ada gejala yang berat di antaranya.
- 2) Depresi sedang, jika terdapat sekurang-kurangnya dua dari tiga gejala utama ditambah sekurang-kurangnya tiga (sebaiknya empat) gejala tambahan.
- 3) Depresi berat, jika terdapat tiga gejala utama ditambah sekurang-kurangnya empat gejala tambahan, beberapa di antaranya harus berintensitas berat.

#### e. Depresi pada Remaja

Depresi banyak dialami remaja karena remaja cenderung memperhatikan citra tubuhnya, rentan mengalami peristiwa yang penuh stres, mengalami tekanan dalam penyesuaian diri dalam berinteraksi dengan orang lain. Banyak masalah yang terjadi pada masa remaja yang akan menyebabkan depresi yang berkepanjangan. Remaja yang depresi akan menjadi apatis dan menyalahkan diri sendiri sehingga enggan mencari pertolongan (Saftari, 2012).

Remaja yang mengalami depresi akan menunjukkan gejala

seperti perasaan sedih yang berkepanjangan, suka menyendiri, sering melamun, kurang nafsu makan atau makan berlebih, merasa lesu, merasa rendah diri, sulit berkonsentrasi dan mengambil keputusan, putus asa, gairah belajar berkurang, hipo atau hiperaktif, dan tidak ada inisiatif. Remaja dengan gejala depresi juga akan memperlihatkan motivasi belajar yang menurun, sehingga akan menimbulkan kesulitan belajar dan membuat prestasi menurun dari hari ke hari (Mardiya, 2011).

f. Skala Depresi

Ada beberapa skala yang dapat digunakan untuk mendeteksi depresi, yaitu

1) *Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)*

Merupakan suatu alat ukur untuk mengetahui derajat depresi seseorang apakah ringan, sedang, berat atau berat sekali. Alat ukur ini terdiri dari 21 kelompok gejala, masing-masing gejala diberi penilaian angka 0-4 derajat nilai terdiri dari total nilai < 17= tidak ada depresi, 18-24= depresi ringan, 25-34= depresi sedang, 35-51= depresi berat, 52-68= depresi berat sekali. Perlu diketahui alat ukur ini tidak dapat digunakan untuk mendiagnosa depresi akan tetapi alat ini sebagai acuan derajat depresi ringan, sedang berat karena diagnosis depresi hanya dilakukan oleh dokter spesialis jiwa dengan pemeriksaan klinis (Hawari, 2009).

2) *Bech–Rafaelsen Melancholia Scale (MES)*

Dibuat untuk memeriksa dan menetapkan derajat keparahan dari gejala depresi, termasuk depresi pada pasien dengan kondisi kesehatan komorbid dan perubahan status depresi selama pengobatan. Ada 11 item yang diperiksa yaitu aktivitas sosial dan ketertarikan, mood yang rendah, gangguan tidur, kecemasan, introversi, kesusahan berfikir, kelelahan, kesalahan, berkurangnya aktivitas verbal, keinginan bunuh diri dan berkurangnya aktivitas motorik. Setiap item dinilai menggunakan skala dari 0 sampai 4. Skor total yang sudah distandarisasi di mana skor 6-9 mengindikasikan depresi ringan dan skor >15 mengindikasikan depresi mayor (Nurawalin, 2014).

3) *Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*

Skala berdasarkan klinis dengan indikasi utama pada pasien depresi mayor dan untuk menentukan derajat keparahan dari gejala depresi serta sebagai pengukur sensitif perubahan dari keparahan gejala selama pengobatan deperesi. Terdapat 10 item di dalam ceklis dan digunakan pada percobaan terapi obat-obatan. Adanya kekurangan perbandingan dari tekanan dari gejala somatik, skala ini berguna untuk menilai depresi pada orang dengan penyakit fisik. Skor utama berhubungan dengan pengukuran keparahan global sesuai dengan penelitian tersebut terbagi menjadi, sangat parah 44, parah 31, sedang 25, ringan 15, dan perbaiki 7 (Nurawalin, 2014).



4) *Beck Depression Inventory (BDI)*

Merupakan skala simptomatik dengan indikasi utama untuk mengukur sikap dan gejala dari karakteristik depresi. Penilaian diisi oleh tenaga kesehatan profesional atau diisi sendiri. Usia 10 tahun merupakan usia minimal untuk melakukan penilaian terhadap diri sendiri. Waktu yang digunakan untuk mengisi penilaian sekitar 5-10 menit. Penilaian berisi 21 item dengan setiap pertanyaan ada empat kategori respon sesuai dengan keparahan. Setiap item dinilai dengan skor 0 (tidak ada masalah) - 3 (berat). Skor total dengan menjumlahkan 21 skor item. Skor 0-9 mengindikasikan tidak ada atau depresi minimal, 10-16 menunjukkan gejala minor/depresi ringan, 17-29 menunjukkan depresi sedang, dan 30-63 menunjukkan depresi berat (Nurawalin, 2014).

5) *Hospital Anxiety Depression Scale (HAD)*

Merupakan skala penilaian gejala dan fungsional diri sendiri. Indikasi utama digunakan HAD adalah untuk menilai ada atau keparahan dari ansietas dan depresi pada pasien non-psikiatri di rumah sakit. Hal ini bisa juga digunakan pada perawatan primer di masyarakat. Penilaian dilakukan oleh pasien sendiri dengan periode waktu yang mencakup dalam pertanyaan beberapa hari terakhir. Waktu pengisian kuesioner ini sekitar 5-10 menit. HAD bisa digunakan oleh pasien yang dirawat atau rawat jalan. Ansietas dan depresi dinilai dengan

komponen terpisah dengan masing-masing tujuh item terpisah yang dinilai dari 0 (tidak ada masalah) – 3; skor total untuk setiap komponen. Jika skor <7 didalam komponen didapatkan hasil normal, skor 8-10 mengindikasikan gejala ringan, 11-14 menunjukkan gejala sedang dan >15 merupakan insdikasi derajat keparahan. Skor dari kedua komponen bisa juga ditambahkan bersama untuk memberikan skor gabungan antara ansietas dan depresi (Nurawalin, 2014).

### **3. Remaja**

#### **a. Pengertian remaja**

Remaja merupakan masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju dewasa. Menurut WHO (2007), batasan usia remaja yaitu 12 sampai 24 tahun. Secara psikologis, remaja adalah suatu usia di mana seseorang berpaling ke dalam masyarakat dewasa, suatu usia di mana anak tidak merasa bahwa dirinya berada di bawah tingkat orang yang lebih tua melainkan sama atau paling tidak sejajar (Zanden, dkk., 2007).

Fase remaja merupakan fase perkembangan yang tengah berada pada masa amat potensial, baik dalam aspek kognitif, fisik maupun emosi. Dalam perkembangannya menuju dewasa akan banyak terjadi perubahan-perubahan yang diakibatkan kematangan seksual dan tuntutan-tuntutan psikososial. Hal tersebut menempatkan remaja pada suatu keadaan yang disebut krisis identitas (Marheni, 2007).

## b. Klasifikasi Remaja

Menurut Rosdahl dan Kowalski (2014) terdapat tiga tahap proses perkembangan remaja sesuai dengan pembagian usia remaja, yaitu:

### 1) Masa remaja awal (usia 11-14 tahun)

Pada periode ini individu sering kali terombang-ambing di antara hasrat untuk mandiri dan kepercayaan dari keluarga. Remaja di masa ini senang mencoba hal baru untuk menguji kemandirian dan kepercayaan diri sendiri sehingga membutuhkan dukungan dan bimbingan kuat dari keluarga. Saat bertambah besar, remaja lebih mampu mengendalikan emosi dan lebih mampu memandang situasi dalam perspektif.

Remaja menjadi lebih menerima individu lain ketika menginjak usia 14 tahun dan mereka akan lebih menyadari apa yang membuat kepribadian mereka unik dan berbeda dari orang lain. Mereka tidak lagi frustrasi karena tidak mampu mengungkapkan gagasan, mereka dapat mengatakan apa yang mereka pikirkan.

### 2) Masa remaja pertengahan (usia 15-17 tahun)

Masa remaja pertengahan ditandai dengan introspeksi dan fluktuasi dalam kepercayaan diri remaja tersebut. Perubahan fisik, aspirasi yang lantang diucapkan, memikirkan diri sendiri, pergeseran cepat dari sikap mandiri dan bergantung, semangat

gembira, dan fluktuasi alam perasaan merupakan tantangan bagi keluarga. Karena mereka mencari keseimbangan, imaturasi sering mengakibatkan remaja menarik diri, bersikap agresif, atau membangkang. Mereka dapat mulai percaya bahwa semua saran dari pemberi asuhan keluarga merupakan upaya untuk mengendalikan mereka sepenuhnya.

Menginjak usia 15 atau 16 tahun, sebagian remaja akan mulai membentuk beberapa gagasan mengenai masa depan. Gagasan samar mengenai hubungan dekat dengan lawan jenis, pernikahan, karier, dan keluarga mereka sendiri mengakibatkan penelitian cermat terhadap keluarga asal mereka. Peningkatan kemandirian dan minat terhadap lawan jenis menyebabkan banyak remaja mengemban tanggung jawab lebih besar terhadap perawatan diri dan kebersihan personal. Mereka senang memilih pakaian mereka sendiri dan banyak remaja yang mencari pekerjaan paruh waktu demi mendapatkan bayaran.

### 3) Masa remaja akhir (usia 18-20 tahun)

Pada masa remaja akhir ini, remaja mulai menghadapi isu maturasi setiap hari. Beberapa remaja di masa remaja akhir mulai memasuki dunia kerja setelah lulus SMA. Memasuki dunia tersebut mengharuskan peningkatan keterampilan sosial dan profesional.

Pertanyaan dan isu moral yang melibatkan pembuatan keputusan etik mulai terkait selama masa ini. Peningkatan pengetahuan dan kesadaran dapat menimbulkan refleksi dan re-evaluasi internal.

Hubungan biasanya penting selama periode ini. Pria dan wanita muda dapat menikmati mengencani berbagai individu. Hubungan cinta jangka panjang dan persahabatan yang berlangsung selama masa SMA dapat diuji atau bahkan berakhir saat lingkaran sosial meluas dan minat berubah. Saat remaja memasuki dunia orang dewasa dan diharapkan berperilaku secara matur, remaja yang dahulu bersifat kritis dapat menghargai dan membina hubungan yang lebih baik dengan orang tua dan anggota keluarga lain.

c. Aspek Perkembangan Remaja

1) Perkembangan fisik

Tanda maturitas remaja sangat beragam. Pada usia 13 tahun sebagian remaja mencapai 90% tinggi dewasa mereka dan memiliki semua gigi permanen kecuali geraham ketiga. Selama masa remaja, ekstremitas semakin panjang, tangan dan kaki tumbuh, dan pinggul, dada, serta bahu semakin lebar. Remaja putra biasanya bertambah tinggi antara 10-30 cm, sementara remaja putri bertambah tinggi 5-20 cm (Rosdahl dan Kowalski, 2014).

Perubahan hormon mengendalikan pertumbuhan dan banyak

aspek fisik lain. Peningkatan aktivitas kelenjar menyebabkan peningkatan keringat dan menimbulkan bau badan serta dapat menyebabkan timbulnya jerawat pada beberapa remaja. Rambut tumbuh pada area pubis, di bawah ketiak, dan untuk remaja putra, pada wajah dan dada. Rambut pada daerah lain, seperti lengan dan tungkai menjadi lebih tebal dan kasar (Rosdahl dan Kowalski, 2014).

## 2) Perkembangan kognitif

Masa remaja merupakan masa peningkatan dalam pengambilan keputusan. Remaja yang lebih tua membuat keputusan yang lebih baik daripada remaja yang lebih muda dan tentunya lebih baik daripada anak-anak. Terjadi transisi yang penting dalam berpikir kritis karena perubahan-perubahan kognitif, seperti isi pengetahuan yang lebih luas, peningkatan kemampuan menyusun kombinasi pengetahuan, kecepatan yang meningkat, otomatisasi, dan kapasitas pemrosesan informasi (Santrock, 2009).

## 3) Perkembangan sosio-emosional

Remaja memiliki emosi yang lebih ekstrem dan cepat berlalu daripada orangtua mereka. Remaja cenderung tidak melaporkan bahwa mereka sangat bahagia ketika melalui masa remaja awal. Namun sangat penting untuk melihat perubahan *mood*

sebagai aspek normal dari masa remaja awal. Meskipun perubahan pubertas dikaitkan dengan meningkatnya emosi negatif, pengaruh hormonal sering kali kecil dan pengalaman-pengalaman lingkungan dapat lebih berkontribusi pada masa remaja dibandingkan perubahan-perubahan hormonal (Santrock, 2009).

d. Karakteristik

Sikap-sikap yang sering ditunjukkan oleh remaja menurut Ali dan Asrori (2006), yaitu:

1) Pertentangan

Remaja yang sedang mencari jati diri sering menimbulkan pertentangan, remaja berada pada situasi psikologis antara ingin melepaskan diri dari orang tua dan perasaan masih belum mampu mandiri. Remaja sebenarnya belum begitu berani mengambil resiko dari tindakan meninggalkan lingkungan keluarganya yang aman bagi dirinya.

2) Kegelisahan

Remaja mempunyai banyak idealisme, angan-angan, atau keinginan yang hendak diwujudkan di masa depan. Seringkali keinginannya lebih besar daripada kemampuannya sehingga terjadi tarik menarik antara angan-angan dengan kemampuan yang masih belum memadai mengakibatkan mereka diliputi rasa gelisah.

3) Mengkhayal

Remaja putra biasanya memiliki khayalan soal prestasi dan jenjang karier, sedangkan remaja putri lebih mengkhayalkan romantika hidup. Khayalan ini tidak selamanya bersifat negatif sebab khayalan ini terkadang menghasilkan sesuatu yang bersifat konstruktif, misalnya timbul ide-ide tertentu yang direalisasikan.

4) Keinginan mencoba segala sesuatu

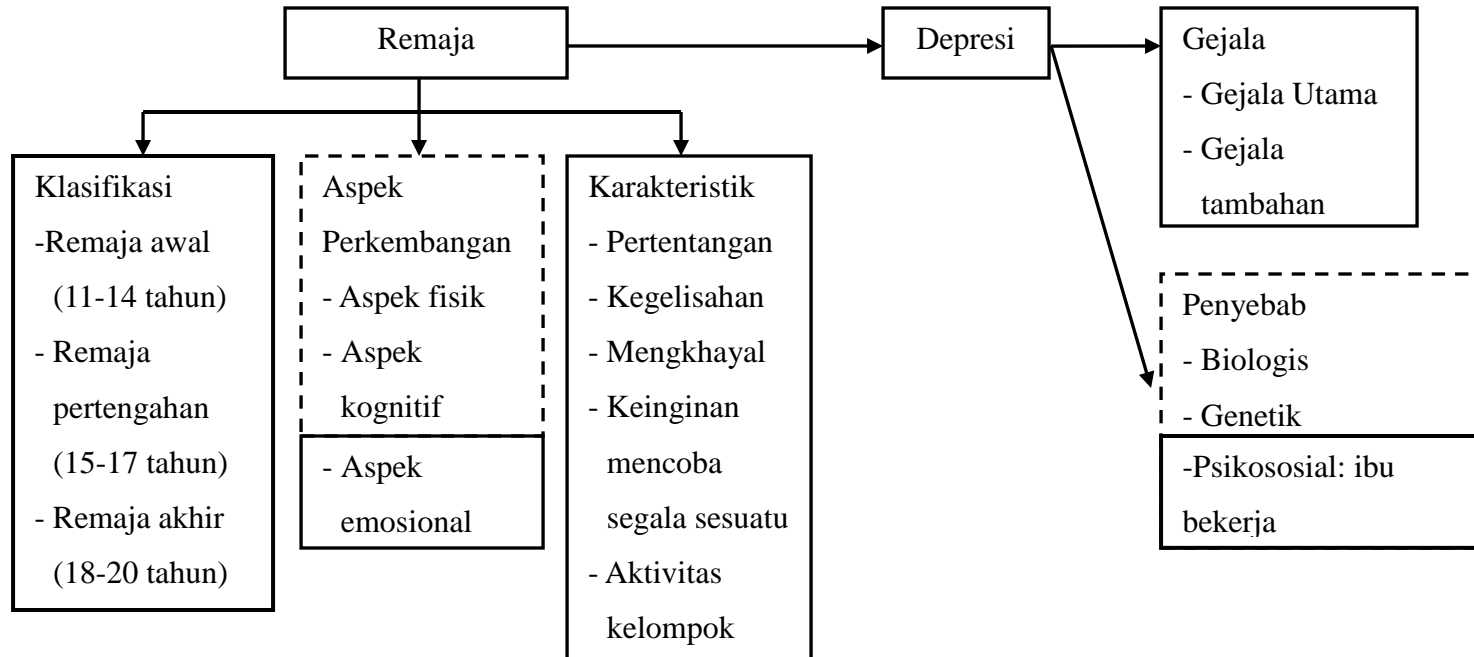
Pada umumnya, remaja memiliki rasa ingin tahu yang tinggi sehingga remaja cenderung mencoba segala sesuatu yang belum pernah dialaminya. Selain itu, remaja juga sering mencoba melakukan apa yang dilakukan oleh orang dewasa karena didorong oleh keingintahuan tersebut.

5) Aktivitas berkelompok

Berbagai macam keinginan remaja seringkali tidak dapat terpenuhi dikarenakan adanya keterbatasan biaya ataupun berbagai larangan dari orang tua. Kebanyakan remaja berkumpul dengan teman sebaya untuk menemukan jalan keluar dari kesulitannya dan melakukan kegiatan bersama.



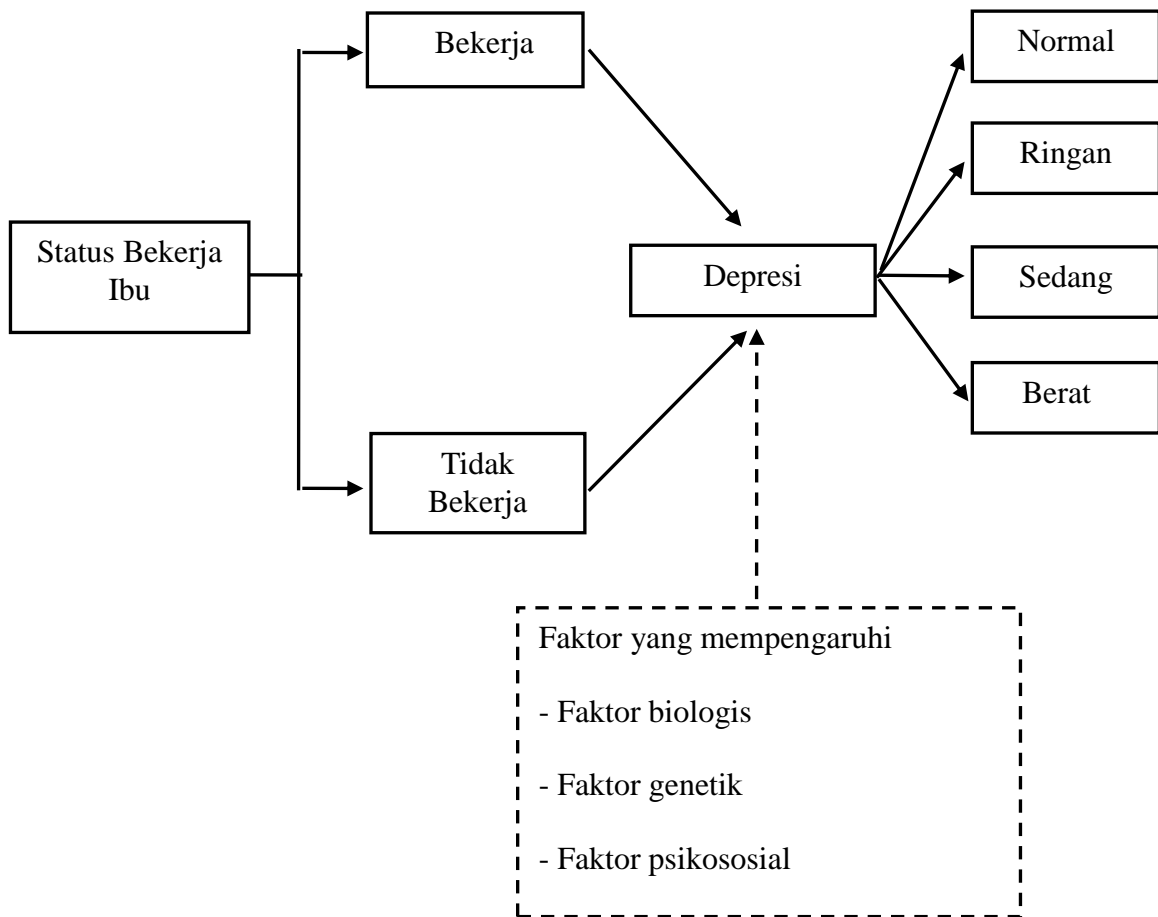
## B. Kerangka Teori



Bagan 1. Kerangka Teori

Sumber: Rosdahl dan Kowalski (2014), Santrock (2009), Ali dan Asrori (2006), Maslim (2013), Kaplan, dkk. (2010), Mardiyah (2011),

### C. Kerangka Konsep



**Bagan 2. Kerangka Konsep**

Keterangan :



: variabel yang diteliti



: variabel yang tidak diteliti

**D. Hipotesis**

$H_0$ : Tidak terdapat hubungan status bekerja ibu dengan tingkat depresi pada remaja di SMA Muhammadiyah 7 Yogyakarta

$H_1$ : Terdapat Hubungan status bekerja ibu dengan tingkat depresi pada remaja di SMA Muhammadiyah 7 Yogyakarta