

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Depresi

Penjelasan mengenai depresi dapat dilihat dari berbagai sudut pandang dan kepentingan penelitian. Pada tinjauan pustaka ini, pembahasan mengenai depresi hanya dibatasi pada pengertian depresi, kriteria depresi, faktor Predisposisi dan Presipitasi Depresi, serta Etiologi Depresi saja.

1. Pengertian Depresi

Istilah depresi pertama kali dikenalkan oleh Meyer (Mardiya, 2011) untuk menggambarkan suatu penyakit jiwa dengan gejala utama sedih, yang disertai gejala-gejala psikologis lainnya, gangguan somatik (fisik) maupun gangguan psikomotor dalam kurun waktu tertentu dan digolongkan ke dalam gangguan afektif. Menurut *American Psychiatric Association*, depresi merupakan suatu gangguan mental yang spesifik yang ditandai dengan adanya perasaan sedih, putus asa, kehilangan semangat, merasa bersalah, lambat dalam berpikir, menurunnya motivasi untuk melakukan aktivitas dan lain-lain. Mengapa depresi lebih banyak dialami oleh remaja? Hal ini disebabkan remaja cenderung memperhatikan citra tubuhnya, rentan mengalami peristiwa yang penuh stres, mengalami tekanan dalam penyesuaian diri dalam berinteraksi dengan orang lain. Hinton (Soesilowati, 2008) mengatakan bahwa masa remaja merupakan masa perubahan hormonal, perubahan tingkat dan

pola hubungan social sehingga remaja cenderung mempersepsikan orang tua secara berbeda. Selain itu, masa pertumbuhan remaja, jarang yang berlangsung dengan lancar. Banyak masalah yang terjadi dan bisa makin serius hingga menyebabkan depresi yang berkepanjangan. Remaja yang mengalami depresi akan menjadi apatis dan menyalahkan dirinya sendiri sehingga merasa enggan untuk mencari pertolongan.

Anak remaja yang mengalami gangguan depresi akan menunjukkan gejala-gejala seperti perasaan sedih yang berkepanjangan, suka menyendiri, sering melamun di dalam kelas/di rumah, kurang nafsu makan atau makan berlebihan, sulit tidur atau tidur berlebihan, merasa lelah, lesu atau kurang bertenaga, serasa rendah diri, sulit konsentrasi dan sulit mengambil keputusan. Selain itu merasa putus asa, gairah belajar berkurang, tidak ada inisiatif, hipo atau hiperaktif. Anak remaja dengan gejala-gejala depresi akan memperlihatkan kreativitas, inisiatif dan motivasi belajar yang menurun, sehingga akan menimbulkan kesulitan belajar sehingga membuat prestasi belajar anak menurun dari hari ke hari (Mardiya, 2011).

Dengan demikian, depresi harus dibedakan dengan kesedihan biasa, karena depresi adalah salah satu gangguan jiwa sedangkan kesedihan adalah fenomena sosial yang dapat dialami oleh setiap manusia. Dua hal itu dapat dibedakan secara kuantitatif. Pada depresi, episode lebih lama, gejala lebih

tidak sejelas pada kesedihan biasa dan kualitas gejala depresi ada yang khusus seperti halusinasi dan pikiran bunuh diri yang tidak terdapat pada kesedihan biasa. Depresi sering diidentikkan dengan kesedihan yang biasaterjadi dalam kehidupan sehari-hari dan tidak dianggap sebagai penyakit, apalagi gangguan jiwa, bahkan dilingkungan tertentu, depresi dianggap sebagai kelemahan kepribadian atau karakter (Lur, 2010). Depresi tidak mengenal batas usia, jenis kelamin, kedudukan, suku maupun ras.

Phillip L. Rice (Lur, 2010) memberikan definisi depresi sebagai gangguan *mood*, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (berfikir, berperasaan dan berperilaku). Depresi merupakan gangguan mental yang sering terjadi di tengah masyarakat, berawal dari stres yang tidak diatasi, maka seseorang bisa jatuh ke fase depresi. Penyakit ini kerap diabaikan karena dianggap bisa hilang sendiri tanpa pengobatan. Padahal, depresi yang tidak diterapi dengan baik bisa berakhir dengan bunuh diri.

2. Kriteria Depresi

Menurut PPDGJ-III (Maslim, 2003), gejala utama (pada derajat ringan, sedang dan berat depresi) meliputi :

- a) afek depresif

- c) berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

Gejala lainnya :

- a) konsentrasi dan perhatian berkurang
- b) harga diri dan kepercayaan diri berkurang
- c) gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- d) pandangan masa depan suram dan pesimistis
- e) gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri
- f) tidur terganggu
- g) nafsu makan berkurang.

Untuk episode depresif dari ketiga tingkat keparahan tersebut diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakkan diagnosis, akan tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.

Kategori diagnosis episode depresif ringan (F32.0), sedang (F32.1), dan berat (F32.2) hanya digunakan untuk episode depresi tunggal (yang pertama). Episode depresif berikutnya harus diklasifikasi di bawah salah satu diagnosis gangguan depresif berulang (F33.-)

a) Episode Depresif Ringan (F32.0)

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut di atas.
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya : a) sampai dengan g).
- 3) Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya.
- 4) Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
- 5) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.

b) Episode Depresif Sedang (F32.1)

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan (F32.0).
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya.
- 3) Lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu.
- 4) Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, dan urusan rumah tangga.

c) Episode Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik (F32.2)

- 1) Semua 3 gejala utama depresi harus ada.
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa di

3) Bila ada gejala yang penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci.

Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapat dibenarkan.

4) Episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu.

5) Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

d) Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik (F32.3)

1) Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut Episode Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik (F32.2) seperti tersebut di atas.

2) Disertai waham, halusinasi, atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan, atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu.

Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk.

diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (*mood-congruent*).

Menurut Frank J. Bruno (Lur, 2010), terdapat beberapa tanda atau gejala depresi yang meliputi :

- a) secara umum tidak pernah merasa senang dengan hidup ini.
- b) distorsi dalam perilaku makan.
- c) gangguan tidur.
- d) gangguan dalam aktivitas normal seseorang.
- e) kurang energi
- f) keyakinan bahwa seseorang mempunyai hidup yang tidak berguna, tidak efektif.
- g) kapasitas menurun untuk bisa berfikir dengan jernih dan untuk memecahkan masalah secara efektif.
- h) perilaku merusak diri tidak langsung
- i) mempunyai pemikiran ingin bunuh diri.

Kriteria diagnostik untuk gangguan depresif berat berdasarkan DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). (4th ed.). Kaplan dan Sadock, 1997), adalah sebagai berikut :

- a) Lima (atau lebih) gejala berikut telah ditemukan selama periode 2 minggu

1 dari gejala adalah salah satu dari (a) mood terdepresi atau (b) hilangnya minat atau kesenangan.

- 1) Mood terdepresi hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, seperti yang ditunjukkan oleh laporan subjektif (misalnya, merasa sedih atau kosong) atau pengamatan yang dilakukan orang lain (misalnya, tampak sedih)
- 2) Hilangnya minat atau kesenangan secara jelas dalam semua, atau hampir semua, aktivitas sepanjang hari, hampir setiap hari (seperti yang ditunjukkan oleh keterangan subjektif atau pengamatan yang dilakukan orang lain).
- 3) Penurunan berat badan yang bermakna jika tidak melakukan diet atau penambahan berat badan (misalnya, perubahan berat badan lebih dari 5% dalam satu bulan) atau penurunan atau peningkatan nafsu makan hampir setiap hari.
- 4) Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari.
- 5) Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari (dapat dilihat oleh orang lain, tidak semata-mata perasaan subjektif adanya kegelisahan atau menjadi lamban).

- 7) Perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan atau tidak tepat (mungkin bersifat waham) hampir setiap hari (tidak semata-mata mencela diri sendiri atau menyalahkan karena sakit).
 - 8) Hilangnya kemampuan untuk berpikir atau memusatkan perhatian, atau tidak dapat mengambil keputusan, hampir setiap hari (baik oleh keterangan subjektif atau seperti yang dilihat orang lain).
 - 9) Pikiran akan kematian yang rekuren (bukan hanya takut mati). Ide bunuh diri yang rekuren tanpa rencana spesifik atau usaha bunuh diri atau rencana khusus untuk melakukan bunuh diri.
- b) gejala tidak memenuhi kriteria untuk episode campuran.
 - c) gejala menyebabkan penderitaan yang bermakna secara klinis atau gangguan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.
 - d) gejala bukan karena efek fisiologis langsung dari suatu zat (misalnya, obat yang disalahgunakan, suatu medikasi) atau suatu kondisi medis umum (misalnya, hipotiroidisme).

Gejala tidak lebih baik diterangkan oleh dukacita, yaitu setelah kehilangan orang yang dicintai, gejala menetap lebih dari 2 bulan atau ditandai oleh gangguan fungsional yang jelas, perokupasi morbid dengan rasa tidak berharga, ide bunuh diri, gejala psikotik, atau retardasi.

Dengan demikian, remaja yang mengalami depresi akan cenderung

nafsu makan, muncul ide bunuh diri, mengalami gangguan fungsi sosial, lebih mudah tersinggung, mengalami kesulitan untuk mengekspresikan emosinya, dan lain sebagainya.

3. Faktor Predisposisi dan Presipitasi Depresi

Menurut (Susilowati, 2008), depresi pada remaja disebabkan oleh kombinasi antara faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Adapun yang termasuk faktor predisposisi adalah:

a) Genetik

Menurut Birmaher (1998), mengatakan bahwa anak-anak yang memiliki orangtua depresi maka akan memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami depresi pada usia remaja. Dengan demikian, faktor genetik akan meningkatkan risiko seseorang untuk mengalami depresi.

b) Pengalaman masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan

Jika seorang anak mengalami perlakuan yang tidak adil dari orangtuanya, hidup dalam keluarga yang tidak harmonis maka akan menyebabkan guncangan emosi yang memicu respon fisiologis dan psikologis yang mengakibatkan depresi.

Sedangkan yang termasuk faktor presipitasi adalah peristiwa-peristiwa hidup yang penuh stres seperti sekolah, relasi dengan teman atau orangtua, pekerjaan, cinta, kematian orangtua, perselisihan dengan orangtua,

kemarahan, mengalami kekerasan dalam keluarga, dan lain-lain dapat menyebabkan depresi pada remaja.

4. Etiologi Depresi

(Shreeve, 1991) mengemukakan bahwa seseorang dengan IQ normal atau tinggi tetapi hidup dikelilingi situasi yang penuh stres tetapi dirinya juga tidak dapat menghilangkan penyebab stres tersebut maka hal ini dapat menyebabkan depresi.

Sedangkan (Luh 2010) menyebutkan bahwa faktor penyebab depresi meliputi kurangnya berfikir positif, kurangnya rasa percaya diri, lebih memperhatikan kesalahan, merasa tertekan karena berbagai kewajiban dalam hidup dan merasa lemah. Menurut (Hadi, 2004), untuk menemukan penyebab depresi kadang menemui kesulitan karena ada sejumlah penyebab dan mungkin beberapa diantaranya bekerja pada saat yang sama. Namun secara umum penyebab depresi meliputi empat faktor, pertama, kehilangan, yang meliputi kehilangan abstrak, kehilangan sesuatu yang kongkrit, kehilangan yang bersifat khayal, kehilangan sesuatu yang belum tentu hilang. Kedua, reaksi terhadap stres. Ketiga terlalu lelah atau capek karena terjadi pengurangan tenaga baik secara fisik maupun emosional. Keempat, reaksi terhadap obat.

Pengukuran faktor resiko dan prediksi depresi dilakukan dengan menggunakan instrumen baku dari *Beck Depression Inventory* (BDI) dan

Holmes and Rahe Stressor Scale for Youth (HRSSY) yang diterjemahkan dalam bahasa Indonesia. BDI adalah instrumen uji yang berisi 21 pertanyaan yang diisi sendiri oleh subjek untuk mengukur adanya depresi. Interpretasi dari BDI dikelompokkan sebagai berikut :

1 – 9	= Normal
10 – 15	= Depresi Ringan
16 – 23	= Depresi Sedang
24 – 63	= Depresi Berat

B. Sikap *Over protective*

Kajian dan pemaparan mengenai teori sikap khususnya sikap *over protective* dimulai dari penjelasan mengenai pengertian sikap, komponen – komponen sikap serta penjelasan mengenai sikap *over protective*.

1. Pengertian Sikap

Dalam studi kepustakaan mengenai sikap diuraikan bahwa sikap merupakan produk dari proses sosialisasi dimana seseorang bereaksi sesuai dengan rangsang yang diterimanya. Jika sikap mengarah pada obyek tertentu,, berarti bahwa penyesuaian diri terhadap obyek tersebut dipengaruhi oleh lingkungan sosial dan keadaan untuk bereaksi dari orang tersebut terhadap

Menurut Louis Thurstone, rensis Likert dan Charles Osgood (Azwar, 2010) menjelaskan bahwa sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tersebut. Secara spesifik, Thrustone (Azwar, 2010) memformulasikan sikap sebagai derajat efek positif atau efek negatif terhadap suatu objek psikologis.

Selain itu, sehubungan dengan psikologi sosial dan psikologi kepribadian, beberapa tokoh seperti Chave, Bogardus, LaPierre, Mead dan Gordon Allport (Azwar, 2010) menyatakan bahwa sikap merupakan semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu. dapat dikatakan bahwa kesiapan yang dimaksudkan merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara-cara tertentu apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respon. Adapun Second dan Backman (Azwar, 2010) mendefinisikan sikap sebagai keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi) dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya. Jadi pada dasarnya, sikap merupakan kecenderungan untuk bertindak untuk bereaksi terhadap rangsang. Pada dasarnya sikap bukan merupakan suatu pembawaan, melainkan hasil interaksi antara individu

pengalaman besar peranannya dalam pembentukan sikap. Menurut Hurlock (1993), sikap dan tingkah laku seseorang banyak dipengaruhi oleh keluarganya, adalah tempat pertama-tama bagi anak yang meletakkan dasar pola-pola sikap terhadap orang lain, terhadap suatu permasalahan dan kehidupan secara umum.

2. Komponen Sikap

Pada hakekatnya sikap adalah merupakan suatu interelasi dari berbagai komponen, dimana komponen-komponen tersebut menurut Allport (Azwar, 2010) ada tiga yaitu :

a) Komponen Kognisi

Yaitu komponen yang tersusun atas dasar pengetahuan atau informasi yang dimiliki seseorang tentang obyek sikapnya. Dari pengetahuan ini kemudian akan terbentuk suatu keyakinan tertentu tentang obyek sikap tersebut.

b) Komponen Afeksi

Yaitu yang berhubungan dengan rasa senang dan tidak senang. Jadi sifatnya evaluatif yang berhubungan erat dengan nilai-nilai kebudayaan atau sistem nilai yang dimilikinya.

c) Komponen Konasi

Yaitu merupakan kesiapan seseorang untuk bertingkah laku yang

Dengan demikian sikap seseorang pada suatu obyek sikap merupakan manifestasi dari konstelasi ketiga komponen tersebut yang saling berinteraksi untuk memahami, merasakan dan berperilaku terhadap satu dengan lainnya. Jadi terdapat pengorganisasian secara internal diantara komponen tersebut.

3. Pengertian Sikap *Over protective*

Protektif sebagai kata sifat berasal dari kata dasar *protect* yang dalam kamus Inggris-Indonesia mempunyai arti melindungi atau menjaga, yang kemudian diberi akhiran *if* yang menunjukkan kata sifat. Terkait dengan sikap protektif, maka sikap protektif dapat diartikan sebagai suatu keinginan untuk terlalu melindungi, terlalu mengatur, dan terlalu mengarahkan baik terhadap dirinya sendiri maupun kepada orang lain. Sikap protektif di satu sisi memiliki dampak positif, namun jika dilakukan dengan penuh kesombongan justru akan berakibat pada kebalikkannya.

Menurut Azwar (2010), sikap orang tua terhadap anak dapat mempengaruhi sikap anak terhadap orang tua dan perilaku anak, karena sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Dengan demikian, kedudukan orang tua sangat fundamental dan mempunyai pengaruh yang besar bagi perkembangan seorang anak. Sikap orang tua yang kurang menguntungkan dalam perkembangan anak, seperti halnya orang tua yang selalu memaniakan dan memenuhi segala keinginan anaknya serta

memberikan perlindungan yang berlebihan menyebabkan anak kurang dapat mempersiapkan diri menuju kedewasaannya.

Mappiere (1992) menyatakan bahwa orang tua yang terlalu melindungi dan memanjakan anak, akan menjadikan anak tidak dapat mengurus keperluannya, membuat rencana, menyusun alternatif, mengambil keputusan dan bertanggungjawab terhadap keputusan yang diambilnya.

Sikap orang tua yang *over protective* memberikan perhatian dan dukungan yang berlebihan pada anaknya, misalnya membatasi kegiatan anak, sehingga anak tidak dapat berbuat sesuai keinginannya. Menurut Zabda (dalam Martalina), sikap protektif adalah sikap memberikan perlindungan yang berlebihan terhadap anak dan adanya rasa khawatir orang tua terhadap anak jika mendapatkan hal yang tidak menyenangkan. Menurut (Kartono, 2000) menyatakan bahwa orang tua yang *over protective* cenderung akan memberikan kasih sayang yang melimpah ruah kepada anaknya. Disamping itu, anak terlalu banyak dilindungi dan dihindarkan dari bermacam-macam kesulitan hidup sehari-hari dengan jalan selalu menolongnya.

Mappiere (1992) menyatakan bahwa jika anak mempersepsikan sikap orang tua yang *over protective* dalam memberikan pola asuh, maka anak merasa ruang lingkungnya terbatas, merasa terkekang, tidak boleh mengambil keputusan sendiri atau tidak dapat berinisiatif dalam mengatur diri dan tidak

uraian di atas dapat disimpulkan bahwa sikap *over protective* orang tua adalah memiliki kecenderungan memberikan dukungan, perhatian dan perlindungan kepada anak karena adanya rasa cemas yang berlebihan akan keselamatan anak yang menyebabkan anak menjadi tidak mandiri dan tergantung kepada orang tuanya.

Menurut Wicaksono *cit* Martalina (2004) menyebutkan ciri-ciri orang tua yang *over protektif* yaitu :

- a) adanya kontak baik secara fisik maupun psikologis yang berlebihan.
Hubungan yang tercapai antara anak dan orang tua dekat sekali, sehingga segala sesuatu yang hendak dilakukan oleh anak haruslah sepengetahuan orang tua.
- b) memberikan perlindungan yang berlebihan. Orang tua beranggapan bahwa mereka harus menjaga keselamatan anak-anaknya sehingga dapat terhindar dari bahaya apapun juga.
- c) menghambat kemandirian anak. Anak tidak diberi cukup kesempatan untuk melakukan sesuatu sesuai dengan gagasan atau keinginan sendiri dan untuk mengambil tanggung jawab karena pendapat mereka dianggap cukup berharga untuk dipertimbangkan.
- d) memberikan kontrol yang berlebihan pada anak. Orang tua bersikeras mengawasi anak-anaknya secara ketat karena mereka memandang kepatuhan mutlak sebagai kebaikan.

Menurut Hurlock, Scheneiders dan Lore (Yusuf, 2001), ciri-ciri perilaku orang tua yang *over protective* adalah :

- a) Kontak yang berlebihan dengan anak. Apabila anak berada di luar rumah maka orang tua merasa anak harus memberitahukan keberadaan anak dimanapun anak berada.
- b) Perawatan atau pemberian bantuan kepada anak yang terus menerus meskipun anak sudah mampu merawat dirinya sendiri. terjadi karena orang tua selalu merasa was-was terhadap terhadap tindakan anak sehingga meskipun anaknya sudah cukup besar, anak kurang di beri kebebasan bergerak dan selalu memberikan pertolongan.
- c) Mengawasi kegiatan anak secara berlebihan. Orang tua selalu mengawasi anak-anaknya secara ketat. Orang tua membuat peraturan yang mengharuskan anak mentaati peraturan yang ada sehingga anak tidak dapat mengekspresikan dengan bebas kreativitasnya.
- d) Memecahkan masalah anak. Orang tua tidak dapat melihat anaknya sedikitpun mengalami masalah sehingga orang tua selalu ikut campur dengan persoalan yang dihadapi anaknya tanpa memberikan kesempatan kepada anaknya untuk mencari jalan keluarnya sendiri terlebih dahulu.

Berpedoman pada pendapat di atas, dapat disimpulkan bahwa ciri-

yang berlebihan, memberikan perlindungan yang berlebihan, menghambat kemandirian anak dan memberikan kontrol yang berlebihan pada anak.

C. Remaja

1. Pengertian Remaja

Remaja didefinisikan sebagai masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. Batasan usia remaja berbeda-beda sesuai dengan sosial budaya setempat. Remaja berasal dari kata latin *adolescere* (kata bendanya *adolescetra* yang berarti remaja) yang berarti “tumbuh” atau tumbuh menjadi dewasa. Istilah *adolescence*, seperti yang dipergunakan saat ini mempunyai arti yang lebih luas mencakup kematangan mental, emosional, sosial dan fisik. (Hurlock, 1993). Secara psikologis masa remaja adalah usia dimana individu berintegrasi dengan masyarakat dewasa, usia dimana anak tidak lagi merasa di bawah tingkat orang-orang yang lebih tua melainkan dalam tingkatan yang sama. (Hurlock, 1993).

Masa adolesen dapat dipandang sebagai suatu masa di mana individu dalam proses pertumbuhannya (terutama fisik) telah mencamai kematangan (Sulaeman, 1995). Periode ini menunjukkan suatu masa kehidupan, dimana sulit untuk memandang remaja itu sebagai kanak-kanak, tapi tidak juga sebagai orang dewasa. Mereka tidak dapat dan tidak mau lagi diperlakukan sebagai kanak-kanak. Sementara mereka belum mencapai kematangan yang

penuh dan tidak dapat dimasukkan ke dalam kategori orang dewasa. Dengan kata lain, periode ini merupakan periode transisi atau peralihan dari kehidupan masa kanak-kanak (*childhood*) ke masa dewasa (*adulthood*). Secara negatif, periode ini disebut juga periode “serba tidak” (*the “un” stage*), yaitu “*unbalanced*=tidak/belum seimbang, *unstable*=tidak/belum stabil dan *unpredictable*=tidak dapat diramalkan. Pada periode ini terjadi perubahan-perubahan yang sangat berarti dalam segi-segi psikologis, emosional sosial dan intelektual.

2. Batasan-batasan Remaja

Menurut WHO (badan PBB untuk kesehatan dunia) batasan usia remaja adalah 12 sampai 24 tahun. Sedangkan dari segi program pelayanan, definisi remaja yang digunakan oleh Departemen Kesehatan adalah mereka yang berusia 10 sampai 19 tahun dan belum kawin. Sementara itu, menurut BKKBN (Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak Reproduksi) batasan usia remaja adalah 10 sampai 21 tahun. Awal masa remaja berlangsung kira-kira dari 13 tahun sampai 16 atau 17 tahun, dan akhir masa remaja bermula dari usia 16 atau 17 tahun sampai 18 tahun, yaitu usia matang secara hukum. Dengan demikian akhir masa remaja merupakan periode yang sangat singkat. (Hurlock, 1993). Pada masa adolesensi ini terjadi proses kematangan yang berlangsung secara lambat dan teratur. Masa ini merupakan kunci dari

ialah 17-19 tahun atau 17-21 tahun. (Kartono, Kartini, 1992). Sedangkan menurut WHO batasan usia remaja adalah 12-24 tahun. Namun jika pada usia remaja seseorang sudah menikah, maka ia tergolong dalam dewasa, atau bukan lagi remaja. Sebaliknya, jika usia sudah bukan lagi remaja tetapi masih tergantung pada orang tua (tidak mandiri), maka dimasukkan dalam kelompok remaja.

Witherington (Sulaeman, 1995) membagi masa adolesensi menjadi dua fase yaitu yang disebut "masa remaja awal" atau "*pre adolescence*", yang berkisar antara usia 12 – 15 tahun dan "masa remaja akhir" atau "*Late adilesence*", yaitu antara usia 15 – 18 tahun. Pembagian lain dikemukakan oleh Gilmer (Sulaeman, 1995) sebagai berikut :

- a) untuk laki – laki (biasanya laki-laki mencapai kematangan lebih lambat daripada gadis-gadis) :
 - 1) pre adolesen, yaitu antara usia 10 – 13 tahun.
 - 2) masa adolesen awal, yaitu antara usia 13 – 17 tahun.
 - 3) masa adolesen akhir, dari usia 18 – 21 tahun.
- b) untuk wanita (biasanya matang lebih cepat) :
 - 1) pre adolesen, yaitu antara usia 10 – 11 tahun
 - 2) masa adolesen awal, yaitu antara usia 12 – 16 tahun.

Remaja juga sedang mengalami perkembangan pesat dalam aspek intelektual. Transformasi intelektual dari cara berfikir remaja ini memungkinkan mereka tidak hanya mampu mengintegrasikan dirinya ke dalam masyarakat dewasa, tetapi juga merupakan karakteristik yang paling menonjol dalam semua periode perkembangan. remaja sebetulnya tidak mempunyai tempat yang jelas. Mereka sudah tidak termasuk golongan anak-anak, tetapi belum juga diterima secara penuh untuk masuk golongan orang dewasa. Remaja ada di antara anak dan orang dewasa. Oleh karena itu, remaja seringkali dikenal dengan fase "mencari jati diri". Remaja masih belum mampu menguasai dan memfungsikan secara maksimal fungsi fisik maupun psikisnya. Namun yang perlu ditekankan adalah bahwa fase remaja merupakan fase perkembangan yang tengah berada pada masa amat potensial, baik dilihat dari aspek kognitif, emosi maupun fisik (Sulaeman, 1995).

Perkembangan intelektual yang terus menerus menyebabkan remaja mencapai tahap berfikir operasional formal. Tahap ini memungkinkan remaja mampu berfikir secara lebih abstrak, menguji hipotesis dan mempertimbangkan apa saja peluang yang ada pada dirinya daripada sekedar melihat apa adanya. Kemampuan intelektual seperti inilah yang membedakan fase remaja dari fase-fase sebelumnya (Sulaeman, 1995).

D. Stresor Psikososial

Yang dimaksud dengan stres (Hans Selye, 1950) dalam Hawari (2007) adalah respons tubuh yang sifatnya non spesifik terhadap setiap tuntutan beban atasnya. Misalnya bagaimana respons tubuh seseorang manakala yang bersangkutan mengalami beban pekerjaan yang berlebihan.

Sedangkan yang dimaksud dengan stresor adalah faktor-faktor dalam kehidupan yang mengakibatkan terjadinya respon stres. Stresor dapat berasal dari berbagai sumber, baik dari kondisi fisik, psikologis, maupun sosial. Secara garis besar, dapat dikelompokkan menjadi 2, yaitu (Nasir & Muhith, 2011) :

a. Stresor mayor

Stresor mayor berupa *major life events* yang meliputi peristiwa kematian orang yang disayangi, pertama kali masuk sekolah, dan perpisahan.

b. Stresor minor

Stresor minor biasanya berawal dari stimulus tentang masalah hidup sehari-hari, misalnya ketidaksenangan emosional terhadap hal-hal tertentu.

Menurut Hawari (2007), stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga timbul adaptasi/penyesuaian diri untuk menanggulangnya. Namun tidak semua orang mampu melakukan adaptasi dan mengatasi stresor tersebut sehingga timbul

stresor psikososial yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari, para pakar memberikan beberapa contoh antara lain sebagai berikut :

a. Masalah perkawinan

Dalam masyarakat moderen dan industri seperti sekarang ini, lembaga perkawinan adalah lembaga atau institusi yang paling banyak menderita. Salah satu faktor yang menyebabkan krisis perkawinan adalah tidak diamlkannya kehidupan religious dalam rumah tangga. Berbagai masalah yang mungkin timbul dapat berupa : pertengkaran, perpisahan, perceraian, kematian salah satu pasangan, ketidaksetiaan, dan lain sebagainya.

b. Masalah orangtua

Permasalahan yang dihadapi orangtua, misalnya: tidak punya anak, kebanyakan anak, kenakalan anak, pergaulan bebas anak, anak sakit, dan lain sebagainya dapat menjadi stresor tersendiri bagi seseorang.

c. Masalah hubungan interpersonal (antar pribadi)

Hubungan antar sesama(perorangan/individual) yang tidak baik dapat merupakan sumber stres. Gangguan ini dapat berupa hubungan dengan kawan dekat yang mengalami konflik, konflik dengan kekasih, antara atasan dan bawahan, dan lain sebagainya.

d. Masalah pekerjaan

Masalah pekerjaan merupakan sumber stres kedua setelah masalah

pekerjaan ini, misalnya : pekerjaan terlalu banyak, pekerjaan tidak cocok, mutasi jabatan, kenaikan pangkat, pensiun, kehilangan pekerjaan, dan lain sebagainya.

e. Masalah lingkungan hidup

Kondisi lingkungan yang buruk mempunyai pengaruh yang besar bagi kesehatan seseorang, misalnya: masalah perumahan, polusi, penghijauan dan lain-lain yang meruakan sarana dan prasarana pemukiman hendaknya memnuhi syarat kesehatan lingkungan. Masalah keuangan

f. Masalah keuangan

Masalah keuangan dalam kehidupan sehari-hari ternyata merupakan salah satu stresor utama.

g. Masalah hukum

Keterlibatan seseorang dalam masalah hukum dapat menjadi sumber stres, misalnya: tuntutan hukum, pengadilan penjara, dan lain sebagainya.

h. Masalah perkembangan

Masalah perkembangan yang dimaksud di sini adalah masalah perkembangan baik fisik maupun mental seseorang, misalnya: masa remaja, masa dewasa, menopause, usia lanjut, dan lain sebagainya. Kondisi di setiap perubahan fase-fase tersebut pada beberapa individu dapat menyebabkan depresi dan

i. Masalah penyakit fisik atau cidera

Berbagai penyakit fisik terutama yang kronis dan atau cidera yang mengakibatkan ketidakmampuan dapat menyebabkan stres atau depresi pada diri seseorang, diantaranya: stroke, penyakit jantung, kecelakaan, dan lain sebagainya.

j. Masalah keluarga

Orangtua dapat pula mengalami stres, cemas, dan depresi yang disebabkan kondisi keluarga yang tidak harmonis, seperti: kekerasan dalam rumah tangga, perpisahan atau bahkan perceraian, dan lain sebagainya.

E. Landasan Teori

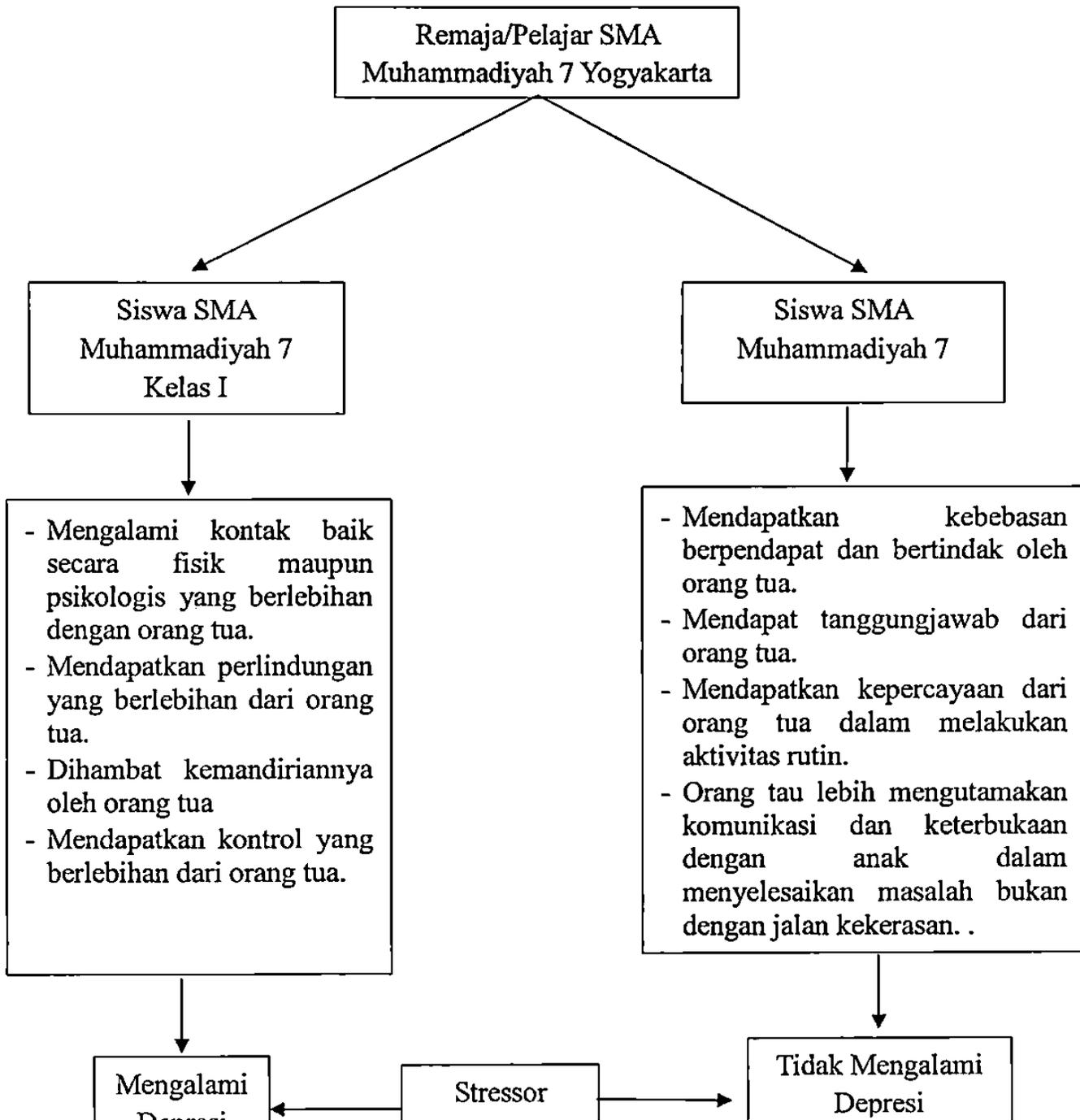
Menurut *American Psychiatric Association*, depresi merupakan suatu gangguan mental yang spesifik yang ditandai dengan adanya perasaan sedih, putus asa, kehilangan semangat, merasa bersalah, lambat dalam berpikir, menurunnya motivasi untuk melakukan aktivitas dan lain-lain.

Sikap *over protective* adalah sikap orang tua yang terlalu melindungi dan memanjakan anak, akan menjadikan anak tidak dapat mengurus kebutuhannya, membuat rencana, menyusun alternatif, mengambil keputusan dan bertanggungjawab terhadap keputusan yang diambilnya (Mappiere, 1992). Sikap orang tua yang *over protective* memberikan perhatian dan dukungan yang berlebihan pada anaknya, misalnya membatasi kegiatan anak sehingga anak tidak

dapat berbuat sesuai keinginannya sehingga ia tidak dapat mengendalikan dirinya sendiri (Martalina, 2004). Seligman (Mardiya, 2011) yang menyebutkan bahwa depresi terjadi bila seorang individu termasuk remaja mengalami suatu peristiwa yang tidak dapat dikendalikannya, kemudian merasa tidak mampu pula menguasai masa depan.

Anak remaja yang mengalami gangguan depresi akan menunjukkan gejala-gejala seperti perasaan sedih yang berkepanjangan, suka menyendiri, sering melamun di dalam kelas/di rumah, kurang nafsu makan atau makan berlebihan, sulit tidur atau tidur berlebihan, merasa lelah, lesu atau kurang bertenaga, serasa rendah diri, sulit konsentrasi dan sulit mengambil keputusan. Selain itu merasa putus asa, gairah belajar berkurang, tidak ada inisiatif, hipo atau hiperaktif. Anak remaja dengan gejala-gejala depresi akan memperlihatkan kreativitas, inisiatif dan motivasi belajar yang menurun, sehingga akan menimbulkan kesulitan belajar sehingga membuat prestasi belajar anak menurun dari hari ke hari (Mardiya, 2011).

F. Kerangka Konsep



G. Hipotesis

Berdasarkan tinjauan pustaka dan landasan teori diatas, dapat diajukan hipotesis sebagai berikut:

Ada hubungan antara sikap *over protective* orang tua terhadap anak dengan tingkat depresi yang dialami oleh remaja