

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Depresi

1. Definisi

Depresi adalah perubahan suasana perasaan (*mood*) atau afek *Mood* adalah keadaan emosional internal yang meresap pada seseorang. Afek adalah ekspresi eksternal dari emosional saat itu (Kaplan *et al.*, 2010; PPDGJ, 2013). Menurut Sylvia & Gitayanti (2015), penderita yang sedang mengalami depresi memperlihatkan tidak bertenaga dan kehilangan minat, merasa bersalah, sulit untuk berkonsentrasi, kurangnya nafsu makan, berpikir mati, atau tindakan bunuh diri. Orang yang sedang mengalami episode akut dengan prevalensi sekitar 12-20% berkembang menjadi sindrom depresi kronis, sedangkan mereka di atas 15% yang mengalami depresi lebih dari 1 bulan dapat melakukan tindakan bunuh diri (Goldman Howard. *Review of General Psychiatry*, 2000).

Berberapa macam pengertian depresi yang bisa di temukan dari sumber-sumber berbeda, diantaranya:

- a. Depresi pertama kali dikenalkan oleh Meyer (dalam Namora: 1905) yaitu untuk menggambarkan suatu gejala-gejala penyakit atau gangguan jiwa dengan gejala utama berupa sedih, yang disertai dengan gejala-gejala psikologis lainnya, gangguan somatik (fisik) maupun gangguan psikomotor dengan waktu tertentu dan digolongkan ke dalam gangguan afektif.

- b. Yosep (2007) menyatakan bahwa Depresi merupakan salah satu bentuk gangguan jiwa terutama pada perubahan suasana perasaan (*affective/mood disorder*) yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan yang tidak berguna, putusasa dan lain sebagainya.
- c. Rathus (dalam Namora: 1991) menyatakan pada umumnya orang yang sedang mengalami depresi akan memiliki gangguan yang meliputi keadaan emosi, motivasi, fungsional, gerakan tingkah laku, dan kognisi.
- d. Atkinson (1991) menyatakan bahwa depresi merupakan suatu gangguan *mood* penderita biasanya merasa bahwa dirinya tidak mempunyai harapan dan patah hati, tidak berdaya, sulit untuk berkonsentrasi, pesimis, selalu tegang, dan melakukan tindakan yang melukai diri sendiri atau mencoba bunuh diri.

2. Epidemiologi

Kaplan *et al.*, (2010) menyatakan gangguan depresi berat paling sering terjadi, dengan prevalensi seumur hidup sekitar 15 persen. Penderita perempuan dapat mencapai 25 persen, sekitar 10 persen di perawatan primer dan 15 persen di rawat di rumah sakit sedangkan pada anak sekolah didapatkan prevalensi sekitar 2 persen, dan pada usia remaja 5 persen. Goldman Howard. *Review of General Psychiatry* prevalensi seumur hidup menunjukkan sebanyak 9-20% pada penderita yang mengalami gejala depresi berupa perasaan sedih atau kecewa yang tidak teratasi dan

mempengaruhi aktivitas normal. Kejadian depresi berdasarkan berbagai faktor adalah sebagai berikut:

a. Jenis kelamin.

Perempuan dua kali lipat lebih besar dibandingkan laki-laki. Diduga adanya perbedaan hormone, pengaruh melahirkan, dan perbedaan stressor psikososial antara laki-laki dan perempuan. Epidemiologi depresi seumur hidup menunjukkan prevalensi pada perempuan lebih besar di bandingkan pada laki-laki yaitu 7-12% untuk laki-laki dan 20-25% untuk perempuan Mayasari(2013). Kriteria depresi berat di dapatkan prevalensi lebih besar pada wanita yaitu 4-9% dan 3% pada pria. Resiko seumur hidup menunjukkan prevalensi 8-12% untuk pria dan 20-28% untuk wanita. Wanita lebih cenderung mengalami depresi di sebabkan oleh faktor biologis dan sosial. Depresi biasanya terjadi pada wanita berusia 25 sampai 44 tahun faktor sosial seperti masalah dalam keluarga yang dapat mengakibatkan stres dan jugamasalah dalam pekerjaandapat meningkatkan risiko terjadinya depresi pada wanita. Kehilangan atau kematian orang yang dicintai juga dapat meningkatkan resiko yang lebih tinggi untuk terjadinya depresi pada wanita lanjut usia yaitu berupa pasangan hidup (*Depression a treatable disease in National Academy on an Aging Society, 2000*).

b. Usia.

Rata-rata usia sekitar 40 tahunan. Hampir 50 persen awitan di antara usia 20-50 tahun. Gangguan depresi berat dapat timbul pada

masa anak atau lanjut usia. Data terkini menunjukkan, gangguan depresi berat di usia kurang dari 20 tahun mungkin berhubungan dengan meningkatnya pengguna *alcohol* dan penyalahgunaan zat dalam kelompok usia tersebut. Attwood, P, et al., (2005) Pada beberapa hasil penelitian, kejadian depresi menunjukkan sekitar 1% pada masa anak-anak pra pubertas dan sekitar 3% pada masa remaja pasca pubertas.

c. Status perkawinan.

Paling sering terjadi pada orang yang tidak mempunyai hubungan interpersonal yang erat atau pada mereka yang bercerai atau terpisah. Perempuan yang tidak menikah memiliki kecenderungan lebih rendah untuk menderita depresi dibandingkan dengan yang menikah namun hal ini berbanding terbalik untuk laki-laki.

d. Faktor Sosioekonomi dan Budaya.

Tidak ditemukan korelasi antara status sosioekonomi dan gangguan depresi berat. Depresi lebih sering terjadi di daerah pedesaan dibanding daerah perkotaan.

3. Kriteria diagnosis

Kriteria diagnosis Depresi terdapat dalam PPDGJ (2013) yaitu adanya gejala gejala sebagai berikut:

Gejala utama (pada derajat ringan, sedang, dan berat):

- a. Sedih/murung/disforik.
- b. Kehilangan minat dan kegembiraan.
- c. Tidak bertenaga/mudah lelah.

Gejala tambahan/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 yang suram dan pesimis.
- e. Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri.
- f. Tidur terganggu.
- g. Nafsu makan berkurang.

Untuk episode depresif dari ketiga tingkatan di perlukan waktu sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakan diagnosis. PPDGJ (2013) Depresi biasanya di klasifikasikan menjadi 3 yaitu ringan, sedang, dan berat:

- a. Depresi ringan: 2 gejala utama, 2 gejala tambahan/lainnya, berlangsung 2 minggu. Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.
- b. Depresi sedang: 2 gejala utama, 3-4 gejala tambahan/lainnya, Berlangsung 2 minggu. Mengalami kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.
- c. Depresi berat tanpa gejala psikotik: 3 gejala utama, 4 gejala tambahan/lainnya, berlangsung 2 minggu akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat maka masih dibenarkan untuk menegakan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial,

pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

- d. Depresi berat dengan gejala psikotik: 3 gejala utama, 4 gejala tambahan/lainnya, berlangsung 2 minggu akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat maka masih dibenarkan untuk menegakan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu. Disertai waham, halusinasi atau *stupor depresif*.

1) Waham: biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu.

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

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

4. Etiologi

Beberapa faktor penyebab depresi, secara pasti belum dapat di ketahui, tetapi secara umum dapat di bagi diantaranya (Sylvia & Gitayanti, 2015; Kaplan, *et al.*,2010)

- a. Faktor Biologis:

Amine biogenic (terjadi penurunan *neurotransmitters norepinephrine dan serotonin*)

- b. Faktor Genetik :

Genetik merupakan faktor penting dalam perkembangan gangguan *mood*, tetapi jalur penurunan sangat kompleks. Sulit untuk mengabaikan efek psikososial, dan juga, faktor nongenetik kemungkinan berperan sebagai penyebab berkembangannya gangguan *mood*, setidaknya pada beberapa orang.

c. Faktor Psikososial

Peristiwa kehidupan dan stress lingkungan membuat seseorang merasa tertekan (stress) dapat mencetuskan depresi.

Data paling mendukung sehubungan dengan peristiwa kehidupan atau stresor lingkungan yang sering berkaitan dengan depresi adalah:

- 1) Kehilangan orang tua sebelum berusia 11 tahun dan kehilangan pasangan.
- 2) Kehilangan pekerjaan, orang yang keluar dari pekerjaannya beresiko tiga kali lebih besar untuk timbulnya gejala.
- 3) Kehilangan objek cinta pada masa perkembangan walaupun tidak secara langsung dapat mencetuskan gangguan depresi, namun berpengaruh pada ekspresi penyakit, misalnya awitan timbulnya gangguan, episode yang lebih parah, adanya gangguan kepribadian dan keinginan untuk bunuh diri.

Sochib (2008) mengatakan kejadian depresi pada remaja dapat disebabkan oleh faktor genetik, faktor biologis serta faktor sosial seperti masalah dalam keluarga baik itu dengan orang tua, hubungan interpersonal maupun dengan teman sebaya, keuangan, penyakit fisik, dan lain-lain.

5. Faktor resiko

Mayo Clinic (2016) mengatakan depresi sering dimulai pada remaja, tetapi bisa terjadi pada usia berapapun. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi antara lain:

- a. Sifat kepribadian tertentu, seperti rendahnya harga diri dan pesimis.
- b. Kejadian traumatik atau stres, seperti pelecehan seksual, kematian atau kehilangan orang yang dicintai atau masalah keuangan.
- c. Trauma atau depresi masa kecil yang dimulai saat masih remaja atau anak.
- d. Kerabat darah dengan riwayat depresi, gangguan bipolar, *alkoholisme* atau bunuh diri.
- e. Menjadi lesbian, gay, biseksual atau transgender karena terpaksa.
- f. Sejarah gangguan kesehatan mental lainnya, seperti gangguan kecemasan atau gangguan stres pasca trauma.
- g. Penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan terlarang.
- h. Penyakit serius atau kronis, termasuk kanker, stroke, sakit kronis.
- i. Pengobatan tertentu, seperti beberapa obat tekanan darah tinggi atau pil tidur.

Kartini (2000) mengatakan stres yang kronis dapat berlanjut menjadi depresi jika emosi tidak bisa ditangani dengan tepat.

6. Terapi dan prognosis

Kaplan, *et al.*, (2010) menjelaskan terapi dan prognosis pada orang yang mengalami depresi dapat berupa:

a. Terapi

Penatalaksanaan pasien gangguan *mood* harus di arahkan kepada beberapa tujuan. Pertama, keselamatan pasien harus terjamin. Kedua, kelengkapan evaluasi diagnostic pasien harus di laksanakan. Ketiga, rencana terapi bukan hanya untuk gejala, tetapi kesehatan jiwa pasien ke depan juga harus di pertahatkan. Selanjutnya melalui terapi harus dapat menurunkan banyaknya stressor berat dalam kehidupan pasien. Secara keseluruhan, penatalaksanaan gangguan *mood* harus di serahkan kepada psikiater. Remisi penuh akan dialami pasien dalam waktu 4 bulan dengan pengobatan yang adekuat.

Gangguan depresi berat. Penanganan efektif dan spesifik, seperti obat trisiklik, untuk gangguan depresi berat telah di gunakan selama 40 tahun. Penggunaan secara spesifik farmakoterapi di perkirakan kemungkinan sembuh dua kali lipat dalam waktu satu bulan. Meskipun penanganan gangguan depresi berat beberapa pasien tidak berespons dengan terapi pertama. *Antidepresan* membutuhkan waktu 3 sampai 4 minggu untuk memberikan efek terapi yang bermakna, dan secara *relative*, semua *antidepresan* yang tersedia menjadi toksik pada dosis yang kelebihan dan menunjukkan efek samping.

Antidepresan lainnya adalah *Selective Serotonine Reuptake Inhibitor (SSRI)*, seperti *fluoxetine*, *paroxetine (paxil)*, dan *sertraline (Zoloft)*. *Antidepresan* golongan lain misalnya *bupropion*, *venlafaxine*, *nefazodone (Serzone)* dan *mirtazapine (Remeron)*, menunjukkan secara

klinis hasil yang sama efektif dengan obat terdahulu tetapi lebih aman dan toleransinya lebih baik.

b. Prognosis

Gangguan depresi berat biasanya cenderung untuk menjadi kronik dan kambuh. Episode pertama gangguan depresi berat yang dirawat di rumah sakit sekitar 50 persen angka kesembuhannya pada tahun pertama. Presentasi pasien untuk sembuh setelah perawatan berulang berkurang seiring berjalannya waktu. Banyak pasien yang tidak pulih akan menderita gangguan *distimik*.

Kekambuhan depresi berat juga sering terjadi, sekitar 25 persen pada 6 bulan setelah keluar dari rumah sakit, sekitar 30 sampai 50 persen dalam 2 tahun pertama, dan sekitar 50 sampai 75 persen dalam periode 5 tahun. Insiden relaps berkurang pada pasien yang melanjutkan terapi psikofarmaka profilaksis. Secara umum, semakin sering pasien mengalami episode depresi, semakin memperburuk keadaannya.

Kemungkinan prognosis baik: episode ringan, tidak ada gejala psikotik, waktu rawat inap singkat, indicator psikososial meliputi mempunyai teman akrab selama masa remaja, fungsi keluarga stabil. Sebagai tambahan, tidak ada komorbiditas dengan gangguan psikiatri lain, onset awal pada usia lanjut.

Kemungkinan prognosis buruk: depresi berat bersamaan dengan distimik, penyalahgunaan alkohol dan zat lain, ada riwayat lebih dari sekali episode depresi sebelumnya.

7. Dampak

Mayo Clinic (2016) Menyatakan bahwa depresi yang tidak diobati dapat mengakibatkan masalah emosional, perilaku dan kesehatan yang mempengaruhi setiap area kehidupan.

Dampak-dampak yang terkait dengan depresi meliputi:

- a. Kelebihan berat badan atau obesitas, yang bisa menyebabkan penyakit jantung dan diabetes.
- b. Sakit dan sakit fisik.
- c. Alkohol atau penyalahgunaan zat.
- d. Kecemasan, gangguan panik atau fobia sosial.
- e. Konflik keluarga, kesulitan hubungan, dan masalah kerja atau sekolah.
- f. Isolasi sosial.
- g. Perasaan bunuh diri, usaha bunuh diri atau bunuh diri.
- h. Mutasi diri, seperti pematangan.
- i. Kematian dini dari kondisi medis lainnya.

B. Permainan Monopoli

1. Pengertian permainan monopoli

Menurut beberapa sumber:

- a. Monopoli adalah permainan papan, bertujuan untuk menguasai semua petak di atas papan melalui pembelian, penyewaan dan pertukaran

properti dalam sistem ekonomi yang disederhanakan. Setiap pemain melemparkan dadu secara bergiliran untuk memindahkan bidaknya sesuai dengan angka yang di dapatkan dari lemparan dadu, dan apabila dia mendarat di petak yang belum dimiliki oleh pemain lain, maka dia dapat membeli petak itu sesuai harga yang tertera, namun bila petak itu sudah dibeli pemain lain maka ia harus membayar uang sewa yang jumlahnya sudah ditetapkan(Siskawati, 2016;Susilo, 2015).

- b. Permainan Monopoli dapat dimainkan oleh beberapa orang. Pemain Monopoli harus melakukan transaksi kombinasi berupa menyewakan, membeli dan menjawab pertanyaan (Vikagustanti, et al., 2014).

2. Sejarah monopoli

Sebelum permainan monopoli sudah ada permainan serupa, diantaranya adalah *The Landord's Games* yang diciptakan oleh Elizabeth Magie untuk mempermudah orang dapat mengerti bagaimana aturan tuan tanah untuk memperkaya dirinya dan mempermiskin para penyewa. Magie memperkenalkan permainan ini pada tahun 1904. Walaupun permainan ini dipatenkan, belum ada produsen yang memproduksi secara luas sampai pada tahun 1910 oleh *The Economic Game Company di New York*. Di Britania Raya pemain ini diterbitkan pada tahun 1913 oleh *The Newbie Games Company di London* dengan nama *Brear an' Brear Rabbit*.

Permainan ini selain tersebar dari penjualan juga mulai tersebar dari mulut ke mulut dan mulai muncul beragam variasi lokal yang berkembang. Salah satunya adalah yang disebut *Auction Monopoly* atau

kemudian disingkat menjadi monopoli Kemudian dipelajari oleh Charles Darrow dan dipatenkan lalu dijual olehnya kepada Parker Brothers sebagai penemuannya sendiri. Parker mulai memproduksi permainan ini secara luas pada tanggal 5 November 1935 (Siskawati, 2016).

C. Perkembangan Anak

1. Pengertian anak

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, pasal 1 Ayat 1, Anak adalah seseorang yang belum berumur 18 tahun, termasuk anak yang masih bayi. Menurut WHO, usia anak adalah sejak anak di dalam kandungan sampai anak tersebut berusia 19 tahun. Masa hidup seseorang dibagi dalam beberapa kategori sesuai dengan perkembangandan tingkat kematangan yaitu masa bayi (0 -2 tahun); masa anak yang terdiri dari masa balita, pra-sekolah (2 –5 tahun), masa anak sekolah (6 –12 tahun), dan masa pra-remaja (10 –12 tahun); masa remaja; dan masa dewasa yang terdiri dari dewasa muda, dewasa madya, dan dewasa lanjut (Gunarsa, 2008).

2. Perkembangan sosial anak-anak

Hurlock(1990) mengatakan perkembangan sosial pada masa kanak-kanak di tandai dengan:

a. Sosialisasi dengan kelompok teman sebaya:

1) *Solitary Play*

Setelah masa bayi biasanya cenderung melakukan permainan yang bersifat sendiri (*solitary play*). Merupakan masa awal seorang anak mulai tertarik untuk berinteraksi serta mengadakan kontak sosial dengan teman-temannya.

2) *Parallel play (2-3 tahun)*

Bersama-sama dengan anak yang lain tetapi bermain sendiri-sendiri.

3) *Assosiative play*

Anak mulai meniru kegiatan yang menyerupai kegiatan anak lain.

4) *Make believe play*

Ketika usia 3 tahun, anak mulai bermain pura-pura (*Make believe play*), misalnya seorang anak bersama teman-temannya sedang bermain menjadi seorang polisi yang sedang melawan perampok.

5) *Cooperative play*

Pada akhir tahun ke-3, sejalan dengan meningkatnya hubungan kontak sosial anak dengan teman-temannya, anak menjadi anggota kelompok dan saling berinteraksi satu dan lainnya.

- b. Pada masa kanak-kanak akhir, perkembangan sosial ditandai dengan (Hurlock, 1990):

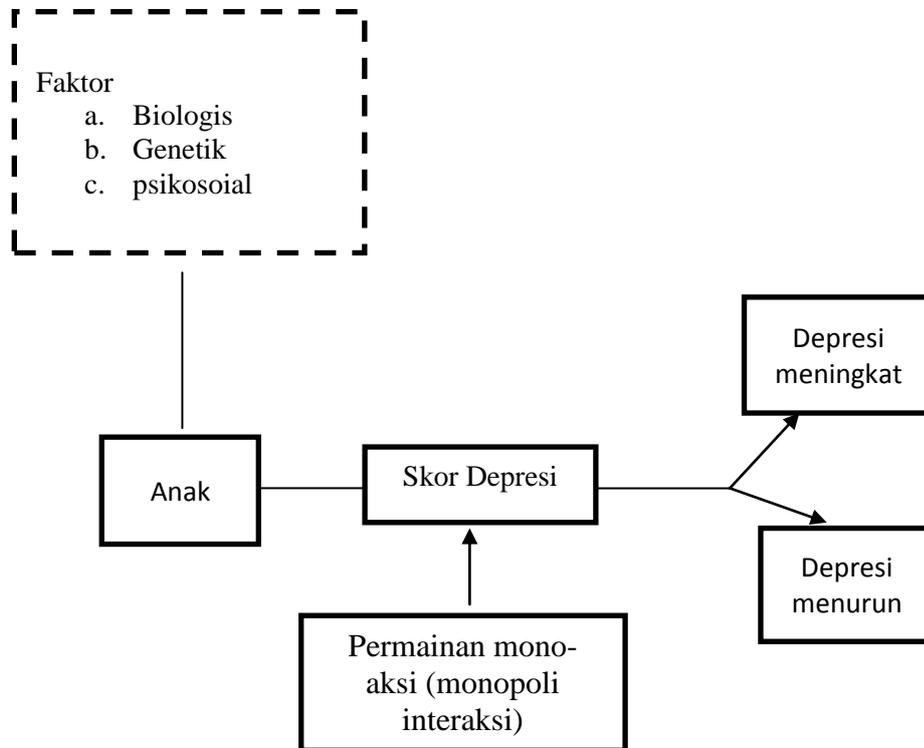
- 1) Di masa sekolah anak mulai untuk mempelajari bermacam keterampilan dan bagaimana cara untuk melakukannya. Bila anak tersebut berhasil melakukannya, maka timbul rasa mampu dan bergairah. Tetapi bila anak tersebut tidak dapat melakukannya dan menemui kegagalan, maka akan menimbulkan rasa rendah diri pada anak.
- 2) Keterampilan masa kanak-kanak akhir terdiri atas:
 - a) Keterampilan menolong diri sendiri.
 - b) Keterampilan menolong orang lain.
 - c) Keterampilan sekolah.
 - d) Keterampilan bermain.
- 3) Anak mulai tertarik dan ingin menjadi bagian dari kelompok teman-teman disekitarnya dan berusaha menjalin kontak sosial.
- 4) Terlibat dalam suatu kegiatan yang menyerupai kegiatan anak-anak lain.
- 5) Menjadi anggota kelompok dan saling berinteraksi satu dan lainnya (Hurlock, 1990).

D. *Children Depression Inventory (CDI)*

Children Depression Inventory (CDI). *CDI* merupakan suatu pengukuran untuk mengungkap *symptom* depresi termasuk dalam sistem diagnostik populer seperti DSM pada anak dan remaja, pengukuran *CDI* digunakan dengan rentang usia 7 hingga 19 tahun, yang terdiri atas kesedihan, *anhedonia*, ide bunuh diri, gangguan nafsu makan, masalah

social, harga diri negatif. Pengukuran *CDI* terdiri dari 27 item, yang digunakan untuk anak berusia 7 sampai dengan 19/20 tahun. Skalanya tersedia dalam bentuk panjang dan pendek yang terdiri atas 12 pertanyaan (Carlson & Cantwell, dalam Matson, 1989; Paul., *et al* 2010).

E. KERANGKA KONSEP



Gambar 1. Kerangka konsep penelitian



: variabel yang di teliti



: variabel-variabel yang tidak di teliti

F. HIPOTESIS

H₀ : Permainan mono-aksi (monopoli interaksi) tidak dapat menurunkan skor depresi pada anak sekolah dasar.

H₁ : Permainan mono-aksi (monopoli interaksi) dapat menurunkan skor depresi pada anak sekolah dasar.