

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. TINJAUAN PUSTAKA**

##### **1. Depresi**

###### **a. Pengertian Depresi**

Depresi adalah gangguan *mood* yang diidentikkan dengan kesedihan yang berlangsung lama dan terus menerus dalam waktu yang lama dan mengganggu kehidupan normal. Orang yang depresi menjadi putus asa, hilang minat dan adakalanya muncul pikiran untuk mengakhiri hidupnya (Radityo, 2012).

Dalam buku *Synopsis of Psychiatry* termasuk dalam gangguan *mood* dan berhubungan dengan emosi. Emosi merupakan kompleksitas perasaan yang meliputi psikis, somatik dan perilaku yang berhubungan dengan afek dan *mood*. Dalam sumber lain disebutkan emosi memiliki kesamaan arti dengan afek, yaitu suasana perasaan hati seorang individu. Sedangkan *mood* merupakan subjektivitas peresapan emosi yang dialami dan dapat diutarakan oleh penderita dan terpantau oleh orang lain. Pasien dalam *mood* terdepresi memperlihatkan kehilangan energi dan minat, merasa bersalah, sulit berkonsentrasi, mengalami hilangnya nafsu makan, berpikir mati atau bunuh diri (Kaplan & Saddock, 1997).

Dalam ilmu kedokteran jiwa disebutkan depresi dengan komponen psikologik, misalnya : rasa sedih, susah, rasa tak berguna,

gagal, kehilangan, tidak ada harapan, putus asa, penyesalan yang patologis; komponen somatik misalnya: *anorexia*, konstipasi, kulit lembab (rasa dingin), tekanan darah dan nadi menurun sedikit. Bila gangguan tidur, *anorexia* atau berkurangnya semangat kerja/bergaul dan nafsu seksual timbul bersamaan, maka ingatlah akan adanya depresi (Maramis & Maramis, 2009).

#### **b. Etiologi dan Patofisiologi**

Depresi pada remaja disebutkan tidak hanya terdiri dari satu faktor, tetapi multifaktoral diantaranya. Faktor penyebab dapat secara buatan dibagi menjadi faktor biologis, faktor genetika, dan faktor psikososial. Perbedaan tersebut adalah buatan karena kemungkinan bahwa ketiga bidang tersebut berinteraksi di antara mereka sendiri. Sebagai contohnya, faktor psikososial dan faktor genetika dapat mempengaruhi faktor biologis (sebagai contohnya konsentrasi neurotransmitter tertentu). Faktor biologis dan psikososial juga dapat mempengaruhi ekspresi gen. Dan faktor biologis dan genetika dapat mempengaruhi respon seseorang terhadap stresor psikososial. (Kaplan & Saddock, 1997)

##### 1) Faktor biologis

Berbagai penelitian melaporkan adanya kelainan metabolit amin biogenik seperti asam *5-hydroxyindolaecetic* (5-HIAA), asam *homovanilic* (HVA), dan *3-methoxy-4-hydroxyphenyl-glycol* (MHPG) di dalam darah, urin dan cairan serebrospinal pasien

gangguan depresi (Kaplan & Sadock, 1997). Norepinefrin dan serotonin juga berperan dalam proses patofisiologi depresi. Penurunan serotonin dapat mengakibatkan terjadinya depresi (Yuniar, 2013).

## 2) Faktor neurokimia

Diyakini bahwa *neurotransmitter* asam amino dan peptide neuroaktif terlibat dalam patofisiologi gangguan depresi meskipun belum banyak data yang membuktikan hal tersebut. Sejumlah peneliti mengatakan bahwa sistem messenger kedua seperti regulasi kalsium, adenilat siklase, dan fosfatidilinositol dapat menjadi penyebab. Glutamat dan glisin berikatan dengan reseptor *N-Metil-D-Aspartat (NMDA)*, jika hal itu berlebihan dapat menyebabkan efek neurotoksik. Terdapat pula bukti baru bahwa efek antidepresan dapat dihasilkan oleh antagonis reseptor NMDA (Kaplan & Sadock, 1997).

## 3) Faktor genetik

Genetik memiliki pengaruh terhadap depresi yaitu dapat mengakibatkan adanya penurunan ketahanan dan kemampuan dalam menghadapi stres (Harisa, 2015). Faktor genetik merupakan faktor penting dalam munculnya gangguan depresi, tetapi pola penurunan genetik ini sangatlah kompleks. Sulit untuk menyingkirkan efek psikososial dan juga faktor nongenetik yang berperan pula sebagai penyebab berkembangnya gangguan depresi

pada beberapa orang. Adanya penelitian yaitu penelitian dalam keluarga menyebutkan bahwa generasi pertama, dua sampai 10 kali lebih sering mengalami depresi. Penelitian yang berkaitan dengan adopsi menyebutkan bahwa gangguan depresi berat diturunkan secara genetik, anak biologis dari orang tua yang memiliki gangguan depresi berisiko untuk mengalami gangguan depresi walaupun anak tersebut besar di keluarga angkat. Selain itu ada pula penelitian yang berhubungan dengan anak kembar yang menyatakan bahwa pada anak kembar *dizigotik* 13-12% dapat mengalami gangguan depresi berat, sedangkan 53-69% terjadi pada kembar *monozigotik* (Kaplan & Sadock).

#### 4) Faktor psikososial

Peristiwa dalam hidup yang memicu adanya tekanan atau membuat seseorang merasa tertekan dapat menjadi penyebab terjadinya depresi. Terdapat teori yang mengatakan bahwa adanya suatu tekanan sebelum episode pertama menyebabkan adanya perubahan biologi pada otak yang bertahan lama. Hal ini berpengaruh pula pada neurotransmitter dan sistem intraneuron dimana kedua hal tersebut mengalami perubahan termasuk pula hilangnya beberapa neuron dan penurunan kontak sinaps. Akibatnya seseorang berisiko tinggi mengalami episode berulang gangguan depresi meskipun tanpa adanya tekanan dari luar. Adapun faktor lain yaitu kehilangan pekerjaan dan

kehilangan objek cinta pada masa remaja dimana masa remaja ini adalah masa perkembangan maka hal itu dapat mempengaruhi perkembangan emosi remaja yang sebagian besar belum stabil (Kaplan & Sadock, 1997). Hardywinoto mengatakan bahwa terdapat stresor psikososial yang bersifat akut, meliputi penurunan finansial yang mengakibatkan kurangnya finansial dalam waktu yang lama, sulit dalam hubungan interpersonal, terancam keamanannya dapat mengakibatkan depresi (Lailil M, 2012).

#### 5) Faktor kepribadian

Setiap orang seperti apapun pola kepribadiannya dapat mengalami depresi. Orang dengan gangguan kepribadian seperti obsesi-kompulsi, histrionik dan ambang, berisiko tinggi untuk mengalami depresi dibandingkan orang yang memiliki gangguan kepribadian *paranoid* atau antisosial. Penelitian menunjukkan orang yang mengalami tekanan karena tidak adanya kepercayaan diri lebih sering mengalami depresi (Kaplan & Sadock, 1997). Seseorang yang rentan terkena depresi adalah yang memiliki memiliki pemikiran negatif, pesimis dan kepribadian *introvert* (Lailil M, 2012).

#### 6) Faktor psikodinamik

Perilaku yang menunjukkan seseorang selalu merasa bersalah dan tidak berdaya akan menimbulkan perilaku negatif yang muncul dari ketahanan seseorang dalam menghadapi *stresor* yang tidak

dapat dihindari (Sari dkk., 2013). Sigmund Freud dan dilanjutkan oleh Karl Abraham memiliki suatu pandangan yang disebut sebagai pandangan klasik depresi. Teori tersebut mencakup empat hal utama:

- a) Gangguan hubungan ibu-anak selama fase oral (10-18 bulan) menjadi faktor predisposisi untuk rentan terhadap episode depresi berulang.
- b) Depresi dapat dihubungkan dengan cinta yang nyata maupun fantasi kehilangan suatu objek.
- c) Introjeksi merupakan terbangkitnya mekanisme pertahanan untuk mengatasi penderitaan akibat kehilangan objek cinta. Kehilangan objek cinta, diperlihatkan dalam bentuk campuran antara benci dan cinta, serta perasaan marah yang diarahkan pada diri sendiri.

**c. Tanda dan gejala**

Dalam PPDGJ-III dan DSM-5 disebutkan mengenai gejala depresi yang dibagi menjadi gejala utama dan gejala lainnya/tambahan.

- 1) Gejala utama (pada derajat ringan, sedang, dan berat) :
  - a) Afek depresif dan sedih yang terus-menerus
  - b) Kehilangan minat dan kegembiraan
  - c) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah

2) Gejala lainnya/tambahan

- a) Berkurangnya konsentrasi perhatian
- 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 membahayakan diri sendiri atau bunuh diri
- f) Tidur terganggu
- g) Nafsu makan berkurang

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

**d. Klasifikasi**

PPDGJ-III dan DSM-5 mengklasifikasikan gangguan depresi menjadi empat macam yaitu,

1) Depresi ringan

Dengan pedoman diagnostiknya yaitu sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi dan juga sekurang-kurangnya 2 dari gejala tambahan tanpa ada gejala yang berat diantaranya. Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu dan hanya sedikit mengganggu pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukan.

## 2) Depresi sedang

Dengan pedoman diagnostiknya yaitu sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi dan juga sekurang-kurangnya 3 – 4 gejala tambahan. Lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu dan mengganggu kehidupan untuk meneruskan kehidupan sosial, pekerjaan dan pendidikan.

## 3) Depresi berat tanpa gejala psikotik

Dengan pedoman diagnostiknya yaitu 3 gejala utama depresi harus ada dan juga sekurang-kurangnya 4 dari gejala tambahan yang beberapa diantaranya harus berintensitas berat. Lamanya episode sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala sangat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu. Pada episode ini penderita sangat tidak mungkin mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

## 4) Depresi berat dengan gejala psikotik

Dengan pedoman diagnostiknya memenuhi kriteria depresi berat tanpa gejala psikotik yaitu 3 gejala utama depresi harus ada dan juga sekurang-kurangnya 4 dari gejala tambahan yang beberapa diantaranya harus berintensitas berat. Lamanya episode sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala sangat berat



dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu. Pada episode ini penderita sangat tidak mungkin mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas. Dengan tambahan adanya waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien yang merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau bau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor. Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek.

**e. Gambaran klinis**

Dalam buku Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat menyebutkan episode depresif dapat berada sendiri atau bersama dengan gangguan depresif atau bipolar yang berulang. Diagnosis lain yang dicurigai adalah gangguan organik; intoksikasi zat, ketergantungan dan abstinensi; distimia; siklotimia; gangguan kepribadian; berkabung; dan gangguan penyesuaian. Berkabung merupakan suatu respon normal yang hebat dan menyakitkan karena kehilangan; tetapi responsif terhadap dukungan dan empati serta dapat sembuh selama berjalannya waktu. Masalah penting pada pasien berkabung adalah mencari adanya hebat,

bila gangguan itu tidak mereda setelah berjalannya waktu (Roan, 2004).

Pasien depresif tidak selalu mengeluh adanya kesedihan. Mereka mungkin mudah tersinggung atau banyak keluhan fisik. Evaluasi pasien untuk tanda dan gejala yang terkait depresi, walau tidak ada tanda yang jelas dari depresi. Tiap pasien yang mengeluh mengenai daya ingat yang buruk dan depresi wajib diperiksa untuk pseudodemensia (Roan, 1998).

#### **f. Penatalaksanaan**

Pengobatan pasien dengan gangguan mood harus diarahkan pada sejumlah tujuan. Pertama, keamanan pasien. Kedua, pemeriksaan diagnostik yang lengkap harus dilakukan. Ketiga, suatu rencana pengobatan harus dimulai yang menjawab bukan hanya gejala segera tetapi juga memperhatikan kesehatan pasien selanjutnya (Kaplan & Sadock, 1997).

##### 1) Perawatan di Rumah Sakit

Indikasi untuk dilakukannya perawatan di rumah sakit adalah perlunya prosedur diagnostik, risiko bunuh diri atau membunuh, dan penurunan jelas kemampuan pasien untuk mendapatkan makanan atau tempat berlindung (Kaplan & Sadock, 1997)

##### 2) Terapi psikososial

Terdapat tiga jenis psikoterapi jangka pendek yaitu terapi kognitif, terapi interpersonal, dan terapi perilaku. Terapi kognitif

dikembangkan oleh Aaron Beck bertujuan untuk menghilangkan episode depresif dan mencegah rekurensinya dengan membantu pasien mengidentifikasi dan uji kognitif negatif, mengembangkan cara berpikir alternatif dan positif, serta melatih kembali respon kognitif dan perilaku yang baru. Terapi interpersonal dikembangkan oleh Gerald Klerman yaitu dengan memusatkan pada satu atau dua masalah interpersonal pasien yang sedang dialami sekarang dengan menggunakan dua anggapan: pertama, masalah interpersonal sekarang ini kemungkinan memiliki akar pada hubungan awal yang disfungsional. Kedua, masalah interpersonal sekarang kemungkinan terlibat di dalam mencetuskan atau memperberat gejala depresif sekarang. Yang terakhir terapi perilaku yaitu dengan memusatkan pada perilaku maladaptif di dalam terapi, pasien belajar untuk berfungsi di dunia dengan cara tertentu dimana mereka mendapat dorongan positif (Kaplan & Sadock, 1997). Teknik terapi ini dapat mencegah terjadinya relaps selama pasien menjalani terapi lanjutan pada depresi ringan hingga sedang (Lukluyyati, 2010).

### 3) Terapi obat

Antidepresan merupakan obat yang dapat memperbaiki jiwa dan menurunkan gejala dari gangguan depresi (Lukluyyati, 2010). Terapi antidepresan yang pasti dengan obat atau terapi kejang listrik membutuhkan beberapa minggu atau lebih lama dan tidak

dilakukan dalam UGD. Namun demikian, agitasi, ansietas dan insomnia dapat diobati dengan memperhatikan: (1) apakah pasien psikotik, (2) apakah pasien telah minum obat atau alkohol, (3) adakah gangguan medik yang ditemukan. Kecuali pada pasien yang mengidap gangguan organik, agitasi, ansietas, dan insomnia akut dapat diatasi dengan pemberian benzodiazepin seperti lorazepam 1-2 mg per oral atau IM, alprazolam 0,5-1 mg per oral atau oksazepam 10-30 mg per oral, semuanya diberikan 4 jam dan seperlunya. Dosis ini masih bisa ditingkatkan, seperlunya kecuali telah timbul toksisitas seperti ataksia, disartria, dan nistagmus. Biasanya sedasi dapat dimulai dengan pemberian benzodiazepin.

Bila timbul gejala psikotik benzodiazepin dapat digunakan, tetapi antipsikotik perlu dipertimbangkan contohnya, haloperidol 2-5 mg per oral atau IM, flufenazin 2-5 mg per oral atau IM, atau tiotiksen 2-5 mg per oral atau IM semua diberikan tiap 4 jam seperlunya.

Bila terdapat kondisi organik, pilihan obat bergantung pada kondisi pasien. Antipsikotik menurunkan ambang terhadap kejang, dan harus digunakan dengan hati-hati pada pasien epilepsi. Benzodiazepin meningkatkan ambang kejang juga, tetapi juga mudah menyebabkan amnesia, masalah kognitif lainnya, atau agitasi pada pasien yang sebelumnya memang menderita delirium, bingung, atau demensia. Pasien harus dirujuk demi terapi psikiatrik

yang mencakup psikoterapi, farmakoterapi dan keduanya (Roan, 1998).

**g. Alat ukur depresi**

Terdapat beberapa alat ukur untuk mengetahui seberapa besar tingkat depresi pada seseorang dan untuk mengkategorikan kondisi seseorang tersebut.

1) *Beck Depression Inventory* (BDI)

Kuesioner ini terdiri dari 21 pertanyaan yang masing-masing menggambarkan manifestasi dari depresi. Dan 4 pernyataan yang menggambarkan intensitasnya. Kriteria yang digunakan adalah diagnosis psikiatrik. Skor yang digunakan pada kuesioner untuk menilai masing-masing gejala memiliki tingkat intensitas yaitu: 0 : tidak ada gejala ; 1 : ada gejala ringan ; 2 : ada gejala sedang ; 3 : ada gejala berat. Penilaian jawaban dari responden dilakukan dengan menjumlah seluruh skor yang diperoleh. Total nilai yang diperoleh responden menunjukkan tingkat depresi yang dimiliki oleh responden 0-13 = normal ; 14-19 = depresi ringan ; 20-28 = depresi sedang ; 29-63 : depresi berat(Widyarsono, 2013).

2) *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRS-D)

Merupakan kuesioner untuk mengetahui tingkat depresi seseorang dari ringan hingga berat. Alat ukur ini terdiri dari 21 kelompok gejala yang setiap kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik dan diberi skor 0-4. Penilaian dilakukan

dengan menjumlah skor yang diperoleh lalu diinterpretasikan yaitu, kurang dari 17 = normal ; 18-24 = depresi ringan ; 25-34 = depresi sedang ; 35-51 = depresi berat ; 52-68 = depresi berat sekali (Hawari, 2001).

### 3) *Children Depression Inventory (CDI)*

Kuesioner yang digunakan untuk menilai tingkat depresi pada anak usia 7-17 tahun yang terdiri dari 27 pertanyaan yang mencerminkan perasaan anak sejak 2 minggu yang lalu. Penilaiannya berupa skor yang terdiri dari, 0 = tidak terdapat gejala ; 1 = gejala sedang ; 2 = gejala berat. Rentang nilai dalam alat ukur ini adalah 0 – 54 yaitu dari 0-12 = tidak depresi ; di atas 13 = kecenderungan depresi (Suryandari, 2012).

## 2. Remaja

### a. Pengertian remaja

Monks dan kawan-kawan mengatakan bahwa remaja berasal dari kata latin yaitu *adolecer* yang berarti tumbuh dewasa. Remaja menunjukkan dengan jelas sifat transisi tersebut karena remaja belum mendapatkan statusnya sebagai seorang dewasa namun telah meninggalkan statusnya sebagai anak-anak. (Ruswahyuningsih & Afiatin, 2013)

Masa remaja dianggap masa yang belum mencapai tingkat stabil yaitu masa dimana individu berusaha mencari jati diri dan sangat mudah menerima informasi dari luar tanpa pemikiran yang matang.

(Hurlock, 1980). Remaja yang memasuki masa dimana pencarian jati dirinya dimulai terkadang dihadapkan pada situasi yang menuntunya harus mampu beradaptasi bukan hanya dengan dirinya sendiri tetapi juga dengan lingkungannya, sehingga remaja dapat berinteraksi dan berkomunikasi dengan seimbang antara dirinya sendiri dan lingkungan sekitar. (Kumalasari & Ahyani, 2012).

Papalia dan kawan-kawan mengatakan masa remaja merupakan masa peralihan perkembangan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa yang rata-rata dimulai pada usia 12 sampai 13 tahun dan berakhir pada usia akhir belasan tahun atau awal usia dua puluhan tahun. (Ruswahyuningsih & Afiatin, 2013)

*Departmen of Child ad Adolescent Health and Development* menyebutkan anak-anak atau remaja awal sebagai seseorang yang berusia di bawah 20 tahun. Namun menurut *The Convention on the Rights of the Child* menyebutkan anak atau remaja awal sebagai seseorang yang berusia di bawah 18 tahun. WHO (2003) Menyebutkan anak-anak atau remaja awal antara usia 0-14 tahun karena pada usia inilah terjadi pertumbuhan dan perkembangan (Haryanto dkk, 2016).

#### **b. Perkembangan remaja**

Masa remaja diawali dengan adanya pubertas yaitu suatu proses yang terjadi secara bertahap yang mengubah kondisi seorang anak baik fisik maupun psikis menjadi dewasa. Onset pubertas dipicu oleh maturasi hipotalamus-hipofise-adrenal-gonad. Aktivitas tersebut

menyebabkan manifestasi pubertas, yang biasanya dikategorikan sebagai karakteristik seks primer dan sekunder. Masa remaja ini terdiri dari masa remaja awal usia antara 11-14 tahun dimana tanda-tanda seksual sekunder mulai tampak, masa remaja pertengahan usia antara 14-17 tahun yaitu masa dimana remaja mulai mencari identitas dan tujuan hidupnya serta terjadi peningkatan yang besar dari kadar testosteron yang selanjutnya turun dan stabil pada kadar dewasa, masa remaja akhir usia antara 17-20 tahun masa dimana remaja mulai mempunyai identitas dan tahu tujuan hidup serta meningkatnya kadar LH yang menjadi pertanda dimulainya fungsi dewasa pada akhir masa remaja. Konflik sering muncul pada masa ini karena remaja ingin mulai bebas dengan pencarian jati diri dan identitas dirinya (Kaplan & Sadock, 1997). Masa ini remaja sudah tidak ingin lagi dianggap sebagai anak-anak karena dirinya merasa telah memasuki fase menuju kematangan meskipun belum matang sepenuhnya (Fitria, 2014).

### **3. Stres dan manajemen stres**

#### **a. Pengertian stres**

Stres adalah suatu upaya penyesuaian diri. Bila seseorang tidak dapat mengatasinya dengan baik maka akan muncul gangguan badani, perilaku tidak sehat sampai muncul adanya gangguan jiwa. Bila bicara stres tidak lepas dengan hal yang disebut stresor, yaitu penghalang, kesukaran dan aral melintang. (Maramis, 2009).



Semua organisme termasuk manusia dipicu oleh stres untuk berusaha lebih keras tetapi pada semua ada batasnya. Tergantung pada kekuatan atau daya tahan stres yang dimiliki, cepat atau lambat pada suatu saat kita tidak dapat berfungsi lagi apabila stres tersebut menjadi besar, berlangsung lama atau spesifik. Ada dua macam stres yaitu stres yang baik dan yang buruk. Stres yang baik disebut *eustres* yang memacu kita untuk berusaha lebih keras mencapai kebutuhan atau tujuan. Stres yang buruk yaitu stres patologis adalah bila dalam usaha mengatasinya kita sudah tidak dapat berfungsi dengan baik lagi, mungkin sampai dengan timbul gangguan jiwa atau pun badan (Maramis, 2009).

#### **b. Etiologi**

Stresor dapat mengakibatkan beberapa keadaan yang dapat menjadi sumber stres, diantaranya frustrasi, konflik, tekanan dan krisis. (Maramis, 2009).

##### 1) Frustrasi

Timbul bila ada stresor antara kita dan tujuan kita. Individu sedang berusaha mencapai kebutuhan atau tujuannya, tetapi mendadak timbul halangan (stresor) yang mengakibatkan keadaan frustrasi bagi individu tersebut dan menimbulkan stres padanya.

##### 2) Konflik

Terjadi bila kita tidak dapat memilih antara dua atau lebih macam kebutuhan atau tujuan. Memilih yang satu berarti tidak

tercapainya yang lain atau bisa juga disebut dengan keragu-raguan akan pilihan, keragu-raguan inilah yang merupakan konflik baginya yang menimbulkan kecemasan atau ketegangan dan stres padanya.

3) Tekanan

Tekanan dapat menimbulkan masalah penyesuaian. Tekanan sehari-hari walaupun kecil tetapi bila bertumpuk-tumpuk dan berlangsung lama dapat menimbulkan stres yang hebat. Tekanan dapat berasal dari luar maupun dalam diri seseorang.

4) Krisis

Keadaan karena stresor yang mendadak dan besar yang menimbulkan stres pada seorang individu ataupun suatu kelompok, misalnya: kematian, kecelakaan, penyakit yang memerlukan operasi, masuk sekolah untuk pertama kali. Krisis tidak hanya datang dari hal yang merugikan namun krisis juga dapat diperoleh dari suatu hal yang menguntungkan seperti mendapat hadiah yang sangat besar, masyarakat yang menderita mendapat banyak bantuan dan usaha yang maju terlalu cepat)

**c. Jenis-jenis stres**

Sri Kusmiatai dan Desminiarti menggolongkan stres berdasarkan penyebabnya menjadi tiga. (Musradinur, 2016).

1) Stres fisik

Timbul karena suhu atau temperatur yang terlalu tinggi atau terlalu rendah, suara yang bising, sinar yang terlalu terang atau terkena sengatan listrik.

2) Stres kimiawi

Timbul karena adanya asam-basa kuat, obat-obatan, zat yang beracun, hormon atau gas. Adapun stres mikrobiologik yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti virus, bakteri, dan juga parasit yang menimbulkan parasit.

3) Stres fisiologik

Timbul karena adanya gangguan struktur, fungsi jaringan, organ atau sistemik sehingga fungsi tubuh menjadi tidak normal. Stres pertumbuhan dan perkembangan yang disebabkan oleh gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa bayi hingga tua.

**d. Manajemen stres**

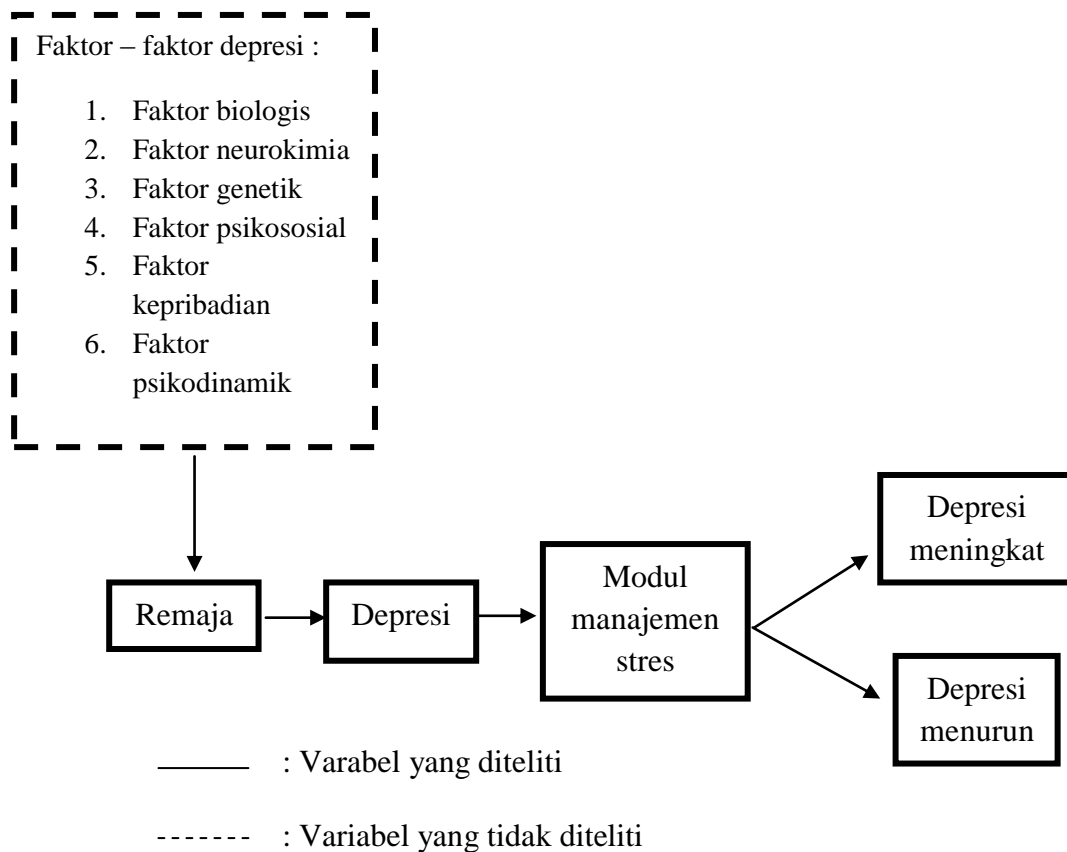
Menurut Matheny dan kawan-kawan manajemen stres merupakan sebuah usaha apapun itu, sehat atau tidak sehat, sadar atau tidak sadar, untuk mencegah, menghilangkan, atau melemahkan stresor, atau untuk mentolerir efeknya paling tidak menyakitkan. (Baqutayan, 2015).

Langkah pertama dalam mengatasi dan menghadapi stres adalah dengan mengakui bahwa sedang mengalami stres. Harus menyadari apa yang sedang terjadi dengan diri kita sendiri, yaitu memperhatikan gejala-gejala dalam diri dan menyadari adanya organ

yang terganggu karena organ yang terganggu menimbulkan gejala-gejala yang dapat memberikan petunjuk akan adanya gangguan emosional. Hal lain yang perlu diperhatikan dalam manajemen stres yang paling baik adalah mengubah sikap terhadap stresor. Makin penting stresor dianggap, makin besar stres yang timbul sebagai akibatnya. Makin santai stresor itu dihadapi, makin banyak alternatif penyelesaian yang dilihat, makin ringan pula stres itu. Berusaha melihat peran dan proporsi kita dalam suatu keadaan secara realistis, belajar mendelegasikan pekerjaan kepada orang lain dan mencoba mempercayai orang itu. Melakukan relaksasi dapat membantu mengurangi stres ataupun dapat mencegah timbulnya stres patologis (Maramis & Maramis, 2009).

## B. KERANGKA KONSEP

Masa remaja adalah masa transisi dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. Masa inilah dimana seseorang mendapat banyak tekanan/stresor dan tuntutan baik dari dalam maupun dari luar. Oleh karena itu pada masa inilah seseorang sangat rentan untuk mengalami gangguan emosi. Maka dari itu sangatlah perlu bagi seseorang untuk mengetahui dan dapat melakukan manajemen stres agar dapat mengelola stres pada dirinya.



Gambar 1 Kerangka konsep penelitian

### **C. HIPOTESIS**

Rumusan hipotesis untuk menjawab sementara rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

$H_0$  : Tidak ada pengaruh pelatihan modul manajemen stres untuk menurunkan tingkat depresi pada remaja awal.

$H_1$  : Terdapat pengaruh pelatihan modul manajemen stres untuk menurunkan tingkat depresi pada remaja awal.