

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Depresi

1. Pengertian Depresi

Depresi merupakan bentuk keadaan psikotik yang termasuk dalam gangguan afektif berat (PPDGJ III 64) yang memiliki gejala utama : afek depresi,kehilangan minat dan kegembiraan,dan berkurangnya energy yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktifitas serta gejala lainnya harga diri dan kepercayaan berkurang,nafsu makan berkurang,dan tidur terganggu.

Sedangkan menurut ilmuan yang bernama Rice, P.L (1992) dalam Sabilla (2010), menurutnya depresi adalah gangguan mood, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (berpikir, berperasaan dan berperilaku) seseorang. Pada umumnya mood yang secara dominan muncul adalah perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan. Depresi ditandai dengan perasaan sedih yang psikopatologis, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju kepada meningkatnya keadaan mudah lelah yang sangat nyata sesudah bekerja sedikit saja, dan berkurangnya aktivitas.

Menurut Kaplan dan Sadock (1998) dalam sabilla (2010), depresi merupakan 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 gagasan bunuh diri.

Menurut Kusumanto (1981) depresi adalah suatu perasaan kesedihan yang psikopatologis, yang disertai perasaan sedih, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju kepada meningkatnya keadaan mudah lelah yang sangat nyata sesudah bekerja sedikit saja, dan berkurangnya aktivitas. Depresi dapat merupakan suatu gejala, atau kumpulan gejala (sindroma).

Menurut Kartono (2002) depresi adalah kemuraman hati (kepedihan, kesenduan, keburaman perasaan) yang patologis sifatnya. Biasanya timbul oleh; rasa inferior, sakit hati yang dalam, penyalahan diri sendiri dan trauma psikis. Jika depresi itu psikotis sifatnya, maka ia disebut melankholi. Berdasarkan beberapa pendapat diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa depresi adalah gangguan mood, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (berpikir, berperasaan dan berperilaku) seseorang, muncul perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan, yang disertai perasaan sedih, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju kepada meningkatnya keadaan mudah lelah yang sangat nyata dan berkurangnya aktivitas.

2. Etiologi depresi

Secara umum depresi dibagi menjadi dua yaitu depresi dengan endogen dan depresi eksogen atau reaktif. Disebut endogen karena kausanya ada didalam tubuh manusia itu sendiri, atau berhubungan dengan

factor internal manusia. Sedangkan depresi eksogen atau reaktif karena kausanya berhubungan dengan factor luar atau lingkungan.

Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap etiologi depresi, khususnya pada anak dan remaja adalah :

a. faktor biologis

Meskipun penyebab depresi secara pasti tidak dapat ditentukan, pada masa pubertas, hormon seseorang menjadi aktif dalam memproduksi dua jenis hormon (*gonadotrophins* atau *gonadotrophic hormones*) yang berhubungan dengan pertumbuhan, yaitu: 1) *Follicle-Stimulating Hormone* (FSH) dan 2) *Luteinizing Hormone* (LH). Pada anak perempuan, kedua hormon tersebut merangsang pertumbuhan *estrogen* dan *progesterone*: dua jenis hormon kewanitaan.

Pada anak lelaki, *Luteinizing Hormone* yang juga dinamakan *Interstitial-Cell Stimulating Hormone* (ICSH) merangsang pertumbuhan *testosterone*.

Pertumbuhan secara cepat dari hormon-hormon tersebut di atas merubah sistem biologis seorang anak. Anak perempuan akan mendapat menstruasi, sebagai pertanda bahwa sistem reproduksinya sudah aktif. Selain itu terjadi juga perubahan fisik seperti payudara mulai berkembang, dll. Anak lelaki mulai memperlihatkan perubahan dalam suara, otot, dan fisik lainnya yang berhubungan dengan tumbuhnya *hormontestosterone*. Bentuk fisik mereka akan berubah

secara cepat sejak awalpubertas dan akan membawa mereka pada dunia remaja.

b. Faktor sosial

Dilaporkan bahwa orangtua dengan gangguan afektif cenderung akan selalu menganiaya atau menelantarkan anaknya dan tidak mengetahui bahwa anaknya menderita depresi sehingga tidak berusaha untuk mengobatinya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa status perkawinan orangtua, jumlah sanak saudara, status social keluarga, perpisahan orangtua, perceraian, fungsi perkawinan, atau struktur keluarga banyak berperan dalam terjadinya gangguan depresi pada anak. Ibu yang menderita depresi lebih besar pengaruhnya terhadap kemungkinan gangguan psikologi anak dibandingkan ayah yang mengalami depresi. Levitan et al (1998) dan weiss et all (1999) melaporkan adanya hubungan yang signifikan antara riwayat penganiayaan fisik atau seksual dengan depresi, tetapi mekanismenya belum diketahui secara pasti. faktor non-genetik seperti fisik maupun lingkungan merupakan pencetus kemungkinan terjadinya depresi pada anak dengan riwayat genetic.

c. Faktor neurotransmitter

Dua hipotesis yang menonjol mengenai mekanisme gangguan alam perasaan terfokus pada; terganggunya regulator sistem monoamin neurotransmiter, termasuk norepinefrin dan serotonin (5-hidroxytryptamine). Hipotesis lain menyatakan bahwa depresi yang

terjadi erat hubungannya dengan perubahan keseimbangan adrenergik-asetilkolin yang ditandai dengan meningkatnya kolnergik, sementara dopamine secara fungsional menurun. (Resus VI, 1995)

3. Gejala dan tanda depresi.

Perlu ditekankan bahwa dalam psikiatri dan dalam ilmu kedokteran secara umum terdapat perbedaan formal antara gejala dan tanda. Gejala merupakan pengalaman sedangkan tanda merupakan indikasi objektif. Dalam praktek, kadang-kadang perbedaan antara gejala dan tanda itu tidak jelas, terutama dalam kasus masalah-masalah emosional. Akibatnya perbedaan tersebut secara khusus tidak ditekankan. Namun demikian, penting sekali mempunyai latar belakang pengetahuan mengenai perbedaan diantara keduanya.

Menurut dr. Rebecca Fox-Spencer & Profesor Allan Young, gejala dan tanda depresi adalah :

- a) Dipenuhi oleh pikiran negatif, khususnya pada pagi hari.
- b) Merasa memiliki masa depan suram.
- c) Merasa tidak tenang dan mudah terganggu.
- d) Tidur tidak tenang, terlalu sering bermimpi.
- e) Kelelahan.
- f) Pola makan tidak normal yang mengarah ke bertambah atau berkurangnya berat badan.
- g) Menjadi sangat perasa dan sering menangis.
- h) Sulit berkonsentrasi, mengambil keputusan, dan mengingat sesuatu.
- i) Motivasi rendah.
- j) Hilangnya keinginan melakukan hal yang biasanya disukai.
- k) Rasa bersalah dan tidak berharga.
- l) Gelisah gejala jiwa dan fisik sebagai antisipasi terhadap bahaya yang nyata atau hanya dalam bayangan.
- m)

Merasa tidak mampu atau tidak berdaya. n) Merasa suasana hati tidak akan pulih kembali. o) Rasa sakit dan nyeri fisik tanpa penyebab yang jelas. p) Rasa ingin mencelakakan diri sendiri, rasa ingin atau berusaha bunuh diri.

Penderita depresi biasanya menunjukkan disforia atau anhedonia, yaitu kebingungan perhatian atau kehilangan rasa senang dalam hal-hal yang secara normal menyenangkan. Suasana hatinya sedih, susah, murung, cemas, atau tertekan, sehingga kehilangan minat atau gairah dalam berbagai aktivitas. Pikiran mengenai dirinya, keadanya masa kini ataupun keadaan masa depan sering bersifat negatif.

4. Klasifikasi depresi

Klasifikasi gangguan depresi sangat bervariasi. Dahl dan Brent (1996) membagi gangguan depresi dalam 3 kategori, yaitu :

- a. Gangguan depresi berat (*Major depressive disorder*) Perasaan sedih selama 2 minggu, jemu, atau lekas marah (*irritable*) disertai 4 gejala lain menurut criteria DSM-IV.
- b. Gangguan distimik (*Dysthymic disorder*) suatu bentuk depresi yang lebih kronis (paling tidak 1 tahun) tanpa ada bukti suatu episode depresi berat. Dahulu disebut depresi neurosis. (3) Gangguan afektif bipolar atau siklotimik (*Bipolar affective illness or cyclothymic disorder*).

Beberapa gejala dari depresi adalah, konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang rasa

bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan yang pesimistis, gagasan atau perbuatan membahayakan diri sendiri atau bunuh diri, tidur terganggu, dan nafsu makan terganggu.

Adapun tahap-tahap atau episode depresi adalah :

- a. Episode depresi ringan : sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut diatas, ditambah sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu, hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan social yang biasa dilakukan.
- b. Episode-episode depresi sedang : sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan, ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya, lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu, menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan social, pekerjaan, dan urusan rumah tangga.
- c. Episode depresi berat : semua gejala depresi utama harus ada. Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episodik depresi berat harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beromset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnostik dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu, sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan social, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

5. Terapi

Perawatan di rumah sakit perlu dipertimbangkan sesuai dengan indikasi, misalnya penderita cenderung mau bunuh diri, atau adanya penyalahgunaan atau ketergantungan obat. Pada umumnya, penderita berhasil ditangani dengan rawat jalan. Sekali diagnosis depresi berat ditegakkan pada anak dan keluarganya, termasuk kombinasi terapi individual, terapi keluarga, serta konsultasi dengan pihak sekolah (Kaplan, 1997)

Tujuan dari terapi yang ingin dicapai adalah menghilangkan atau mengoreksi penyakit yang mendasari timbulnya sindrom depresi (faktor penyebab), mengurangi faktor-faktor yang dapat mencetuskan sindrom depresi yang menyebabkan penderitaan (faktor klinis), serta mengembalikan pasien secepat mungkin kedalam kehidupan yang biasa dijalani (faktor rehabilitasi). Tujuan tersebut akan tercapai bila ada landasan yang baik antara dokter dan pasien (*Doctor-Patient Relationship*). Dengan prinsip umum, tujuan dan pendekatan tersebut diatas, untuk sindrom depresi dapat dirumuskan 4 jenis terapi yang harus dilaksanakan bersama dan terpadu secara proporsional.

a. Pendekatan psikoterapi (Muslim, 1992 dan humris, 1995)

Pendekatan psikoterapi, untuk menciptakan hubungan kerja sama yang baik antara dokter-pasien dan timbulnya motivasi pasien untuk berpartisipasi aktif dalam proses penyembuhan (*Therapeutic Situation*).

b. Farmakoterapi

Therapi obat antidepresan untuk mengendalikan/supresi gejala-gejala sindrom depresi sehingga memungkinkan penderita berpartisipasi dalam therapi khusus yang berupaya menanggulangi penyakit yang mendasari timbulnya sindrom depresi (Menkes, 1992)

c. Terapi Simptomatik (Muslim, 1992 dan Budiman, 1995)

Terapi simptomatik, untuk ,mengurangi penderitaan pasien dari berbagai gejala yang mengganggu kualitas hidupnya dan memutus rantai (*vicious circle*) yang menghambat proses penyembuhan.

B. Remaja

1. Pengertian

Kata remaja berasal dari bahasa latin yaitu *adolescere* yang berarti *to grow* atau *to grow maturity*(Golinko, 1984 dalam Rice, 1990). Banyak tokoh yang memberikan definisi tentang remaja, seperti DeBrun (dalam Rice, 1990) mendefinisikan remaja sebagai periode pertumbuhan antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa. Papalia dan Olds (2001) tidak memberikan pengertian remaja (*adolescent*) secara eksplisit melainkan secara implisit melalui pengertian masa remaja (*adolescence*). Menurut Papalia dan Olds (2001), masa remaja adalah masa transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa yang pada umumnya dimulai pada usia 12 atau 13 tahun dan berakhir pada usia akhir belasan tahun atau awal dua puluhan tahun.

Menurut Adams & Gullota masa remaja meliputi usia antara 11 hingga 20 tahun. Membagi masa remaja menjadi masa remaja awal (13 hingga 16 atau 17

tahun) dan masa remaja akhir (16 atau 17 tahun hingga 18 tahun). Masa remaja awal dan akhir dibedakan oleh Hurlock karena pada masa remaja akhir individu telah mencapai transisi perkembangan yang lebih mendekati masa dewasa (Hurlock, 1990). Papalia & Olds (2001) berpendapat bahwa masa remaja merupakan masa antara kanak-kanak dan dewasa. Sedangkan Anna Freud (dalam Hurlock, 1990) berpendapat bahwa pada masa remaja terjadi proses perkembangan meliputi perubahan-perubahan perkembangan psikoseksual, dan juga terjadi perubahan dalam hubungan dengan orangtua dan cita-cita mereka, dimana pembentukan cita-cita merupakan proses pembentukan orientasi masa depan.

2. Ciri-Ciri Remaja

Secara teoritis beberapa tokoh psikologi mengemukakan tentang batas-batas umur remaja, tetapi dari sekian banyak tokoh yang mengemukakan tidak dapat menjelaskan secara pasti tentang batasan usiaremaja karena masa remaja ini adalah masa peralihan. Dari kesimpulan yang diperoleh maka masa remaja dapat dibagi dalam 2 periode yaitu:

a. Periode Masa Puber usia 12-18 tahun

- 1) Masa Pra Pubertas usia 12-13 tahun, peralihan dari akhir masa kanak-kanak ke masa awal pubertas, cirinya: Anak tidak suka diperlakukan seperti anak kecil lagi dan anak mulai bersikap kritis.
- 2) Masa Pubertas usia 14-16 tahun: masa remaja awal, cirinya :Mulai cemas dan bingung tentang perubahan fisiknya, memperhatikan penampilan, sikapnya tidak menentu/plin-plan, suka berkelompok dengan teman sebaya dan senasib.

3) Masa Akhir Pubertas usia 17-18 tahun: peralihan dari masa pubertas ke masa adolesen, cirinya: Pertumbuhan fisik sudah mulai matang tetapi kedewasaan psikologisnya belum tercapai sepenuhnya, proses kedewasaan jasmaniah pada remaja putri lebih awal dari remaja pria.

b. Periode Remaja Adolesen usia 19-21 tahun

Merupakan masa akhir remaja, beberapa sifat penting pada masa ini adalah: Perhatiannya tertutup pada hal-hal realistis, mulai menyadari akan realitas, sikapnya mulai jelas tentang hidup, mulai nampak bakat dan minatnya.

3. Perkembangan Fisik Remaja

Pesatnya pertumbuhan fisik pada masa remaja seringkali menimbulkan kejutan pada diri remaja. Pakaian yang dimilikinya seringkali menjadi cepat tidak muat dan harus membeli lagi. Terkadang remaja dikejutkan dengan perasaan bahwa tangan dan kakinya terlalu panjang sehingga tidak seimbang dengan besar tubuhnya. Pada remaja putri ada perasaan seolah bahwa tanpa dibayangkan sebelumnya kini buah dadanya membesar. Oleh karena itu, seringkali gerak-gerik remaja menjadi canggung dan tidak bebas.

Pada remaja pria, pertumbuhan jakun menyebabkan suara remaja menjadi parau atau membesar untuk beberapa waktu. Pertumbuhan kelenjar yang mencapai kematangan mulai memproduksi menghasilkan hormon. Akibatnya, remaja mulai merasa tertarik kepada lawan jenisnya. Ketertarikannya yang disebabkan oleh berkembangnya hormon menyebabkan remaja pria mengalami mimpi basah. Pada remaja putri,

perkembangan hormon menyebabkan mereka mulai mengalami menstruasi yang seringkali pada pertama kali mengalaminya, menimbulkan kegelisahan. Memang banyak perubahan pada diri seseorang sebagai tanda keremajaan, namun seringkali perubahan itu hanya merupakan suatu tanda-tanda fisik dan bukan sebagai pengesahan akan keremajaan seseorang. Untuk dapat memahami remaja, maka perlu dilihat berdasarkan perubahan pada dimensi-dimensi tersebut, yaitu :

a. Dimensi Biologis

Pada saat seorang anak memasuki masa pubertas yang ditandai dengan menstruasi pertama pada remaja putri atau pun perubahan suara pada remaja putra, secara biologis dia mengalami perubahan yang sangat besar. Pubertas menjadikan seorang anak tiba-tiba memiliki kemampuan untuk ber-reproduksi.

Pada masa pubertas, hormon seseorang menjadi aktif dalam memproduksi dua jenis hormon (*gonadotrophins* atau *gonadotrophic hormones*) yang berhubungan dengan pertumbuhan, yaitu: 1) *Follicle-Stimulating Hormone* (FSH) dan 2) *Luteinizing Hormone* (LH). Pada anak perempuan, kedua hormon tersebut merangsang pertumbuhan *estrogen* dan progesterone sedangkan pada anak lelaki *Luteinizing Hormone* yang juga dinamakan *Interstitial-Cell Stimulating Hormone* (ICSH) merangsang pertumbuhan *testosterone*. Pertumbuhan secara cepat dari hormon-hormon tersebut di atas merubah sistem biologis seorang anak. Anak perempuan akan mendapat menstruasi,

sebagai pertanda bahwa sistem reproduksinya sudah aktif. Selain itu terjadi juga perubahan fisik seperti payudara mulai berkembang, dll.

Anak lelaki mulai memperlihatkan perubahan dalam suara, otot, dan fisik lainnya yang berhubungan dengan tumbuhnya *hormontestosterone*. Bentuk fisik mereka akan berubah secara cepat sejak awal pubertas dan akan membawa mereka pada dunia remaja.

b. Demensi Kognitif

Perkembangan kognitif remaja, dalam pandangan Jean Piaget (seorang ahli perkembangan kognitif) merupakan periode terakhir dan tertinggi dalam tahap pertumbuhan operasiformal (*period of formaloperations*). Pada periode ini, idealnya para remaja sudah memiliki pola pikir sendiri dalam usaha memecahkan masalah-masalah yang kompleks dan abstrak. Kemampuan berpikir para remaja berkembang sedemikian rupa sehingga mereka dengan mudah dapat membayangkan banyak alternatif pemecahan masalah beserta kemungkinan akibat atau hasilnya. Kapasitas berpikir secara logis dan abstrak mereka berkembang sehingga mereka mampu berpikir multi-dimensi seperti ilmuwan. Para remaja tidak lagi menerima informasi apa adanya, tetapi mereka akan memproses informasi itu serta mengadaptasikannya dengan pemikiran mereka sendiri. Mereka juga mampu mengintegrasikan pengalaman masa lalu dan sekarang untuk ditransformasikan menjadi konklusi, prediksi, dan rencana untuk masa

depan. Dengan kemampuan operasional formal ini, para remaja mampu mengadaptasikan diri dengan lingkungan sekitar mereka.

Pada kenyataan, di negara-negara berkembang (termasuk Indonesia) masih sangat banyak remaja (bahkan orang dewasa) yang belum mampu sepenuhnya mencapai tahap perkembangan kognitif operasional formal ini. Sebagian masih tertinggal pada tahap perkembangan sebelumnya, yaitu operasional konkrit, dimana pola pikir yang digunakan masih sangat sederhana dan belum mampu melihat masalah dari berbagai dimensi. Hal ini bisa saja diakibatkan sistem pendidikan di Indonesia yang tidak banyak menggunakan metode belajar-mengajar satu arah (ceramah) dan kurangnya perhatian pada pengembangan cara berpikir anak. penyebab lainnya bisa juga diakibatkan oleh pola asuh orangtua yang cenderung masih memperlakukan remaja sebagai anak-anak, sehingga anak tidak memiliki keleluasan dalam memenuhi tugas perkembangan sesuai dengan usia dan mentalnya. Semestinya, seorang remaja sudah harus mampu mencapai tahap pemikiran abstrak supaya saat mereka lulus sekolah menengah, sudah terbiasa berpikir kritis dan mampu untuk menganalisis masalah dan mencari solusi terbaik.

c. Dimensi Moral

Masa remaja adalah periode dimana seseorang mulai bertanya-tanya mengenai berbagai fenomena yang terjadi di lingkungan sekitarnya sebagai dasar bagi pembentukan nilai diri mereka. Elliot

Turiel (1978) menyatakan bahwa para remaja mulai membuat penilaian tersendiri dalam menghadapi masalah-masalah populer yang berkenaan dengan lingkungan mereka, misalnya: politik, kemanusiaan, perang, keadaan sosial, dsb. Remaja tidak lagi menerima hasil pemikiran yang kaku, sederhana, dan absolut yang diberikan pada mereka selama ini tanpa bantahan. Remaja mulai mempertanyakan keabsahan pemikiran yang ada dan mempertimbangan lebih banyak alternatif lainnya. Secara kritis, remaja akan lebih banyak melakukan pengamatan keluar dan membandingkannya dengan hal-hal yang selama ini diajarkan dan ditanamkan kepadanya. Sebagian besar para remaja mulai melihat adanya kenyataan lain di luar dari yang selama ini diketahui dan dipercayainya. Ia akan melihat bahwa ada banyak aspek dalam melihat hidup dan beragam jenis pemikiran yang lain. Baginya dunia menjadi lebih luas dan seringkali membingungkan, terutama jika ia terbiasa dididik dalam suatu lingkungan tertentu saja selama masa kanak-kanak.

Kemampuan berpikir dalam dimensi moral (*moral reasoning*) pada remaja berkembang karena mereka mulai melihat adanya kejanggalan dan ketidakseimbangan antara yang mereka percayai dahulu dengan kenyataan yang ada di sekitarnya. Mereka lalu merasa perlu mempertanyakan dan merekonstruksi pola pikir dengan kenyataan yang baru. Perubahan inilah yang seringkali mendasari sikap pemberontakan remaja terhadap peraturan atau otoritas yang

selama ini diterima bulat-bulat. Misalnya, jika sejak kecil pada seorang anak diterapkan sebuah nilai moral yang mengatakan bahwa korupsi itu tidak baik. Pada masa remaja ia akan mempertanyakan mengapa dunia sekelilingnya membiarkan korupsi itu tumbuh subur bahkan sangat mungkin korupsi itu dinilai baik dalam suatu kondisi tertentu. Hal ini tentu saja akan menimbulkan konflik nilai bagi sang remaja. Konflik nilai dalam diri remaja ini lambat laun akan menjadi sebuah masalah besar, jika remaja tidak menemukan jalan keluarnya. Kemungkinan remaja untuk tidak lagi mempercayai nilai-nilai yang ditanamkan oleh orangtua atau pendidik sejak masa kanak-kanak akan sangat besar jika orangtua atau pendidik tidak mampu memberikan penjelasan yang logis, apalagi jika lingkungan sekitarnya tidak mendukung penerapan nilai-nilai tersebut.

Peranan orangtua atau pendidik amatlah besar dalam memberikan alternatif jawaban dari hal-hal yang dipertanyakan oleh putra-putri remajanya. Orangtua yang bijak akan memberikan lebih dari satu jawaban dan alternatif supaya remaja itu bisa berpikir lebih jauh dan memilih yang terbaik. Orangtua yang tidak mampu memberikan penjelasan dengan bijak dan bersikap kaku akan membuat sang remaja tambah bingung. Remajatersebut akan mencari jawaban di luar lingkaran orangtua dan nilai yang dianutnya. Ini bisa menjadiberbahayajika lingkungan baru memberi jawaban yang tidak

diinginkan atau bertentangan dengan yang diberikan oleh orangtua. Konflik dengan orangtua mungkin akan mulai menajam.

d. Demensi Psikologis

Masa remaja merupakan masa yang penuh gejolak. Pada masa ini *mood* (suasana hati) bisa berubah dengan sangat cepat. Hasil penelitian di Chicago oleh Mihalyi Csikszentmihalyi dan Reed Larson (1984) menemukan bahwa remaja rata-rata memerlukan hanya 45 menit untuk berubah dari *mood* senang luar biasa ke sedih luar biasa, sementara orang dewasa memerlukan beberapa jam untuk hal yang sama. Perubahan *mood* (*swing*) yang drastis pada para remaja ini seringkali dikarenakan beban pekerjaan rumah, pekerjaan sekolah, atau kegiatan sehari-hari di rumah. Meski *mood* remaja yang mudah berubah-ubah dengan cepat, hal tersebut belum tentu merupakan gejala atau masalah psikologis.

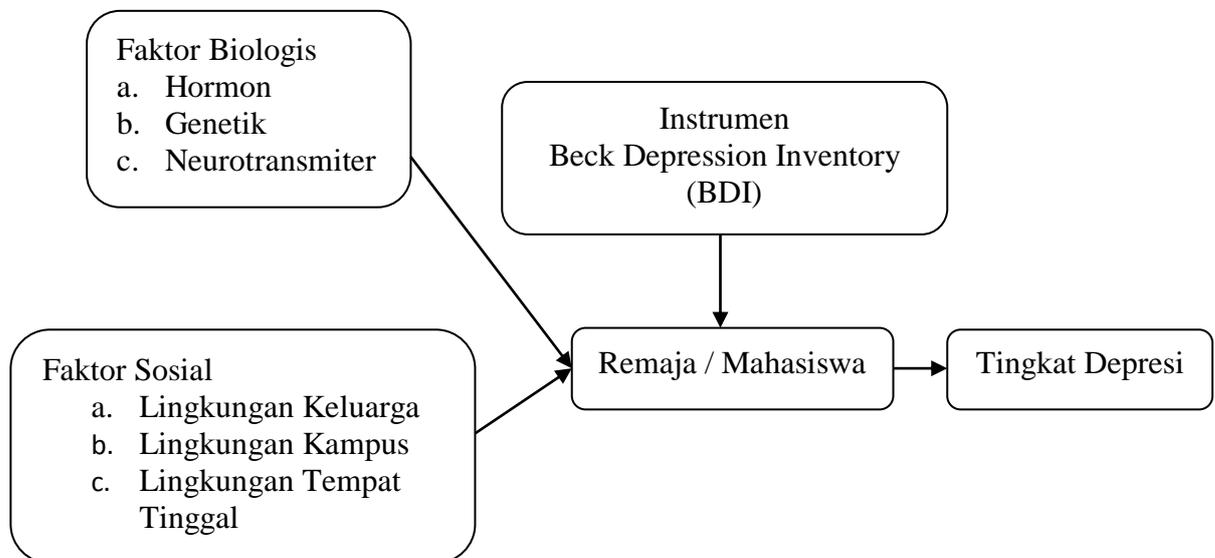
Dalam hal kesadaran diri, pada masa remaja para remaja mengalami perubahan yang dramatis dalam kesadaran diri mereka (*self-awareness*). Mereka sangat rentan terhadap pendapat orang lain karena mereka menganggap bahwa orang lain sangat mengagumi atau selalu mengkritik mereka seperti mereka mengagumi atau mengkritik diri mereka sendiri. Anggapan itu membuat remaja sangat memperhatikan diri mereka dan citra yang direfleksikan (*self-image*). Remaja cenderung untuk menganggap diri mereka sangat unik dan bahkan percaya keunikan mereka akan berakhir dengan kesuksesan

dan ketenaran. Remaja putri akan bersolek berjam-jam di hadapan cermin karena ia percaya orang akan melirik dan tertarik pada kecantikannya, sedang remaja putra akan membayangkan dirinya dikagumi lawan jenisnya jika ia terlihat unik.

Pada usia 16 tahun ke atas, keeksentrikan remaja akan berkurang dengan sendirinya jika ia sering dihadapkan dengan dunia nyata. Pada saat itu, Remaja akan mulai sadar bahwa orang lain ternyata memiliki dunia tersendiri dan tidak selalu sama dengan yang dihadapi atau pun dipikirkannya. Anggapan remaja bahwa mereka selalu diperhatikan oleh orang lain kemudian menjadi tidak berdasar. Pada saat inilah, remaja mulai dihadapkan dengan realita dan tantangan untuk menyesuaikan impian dan angan-angan mereka dengan kenyataan.

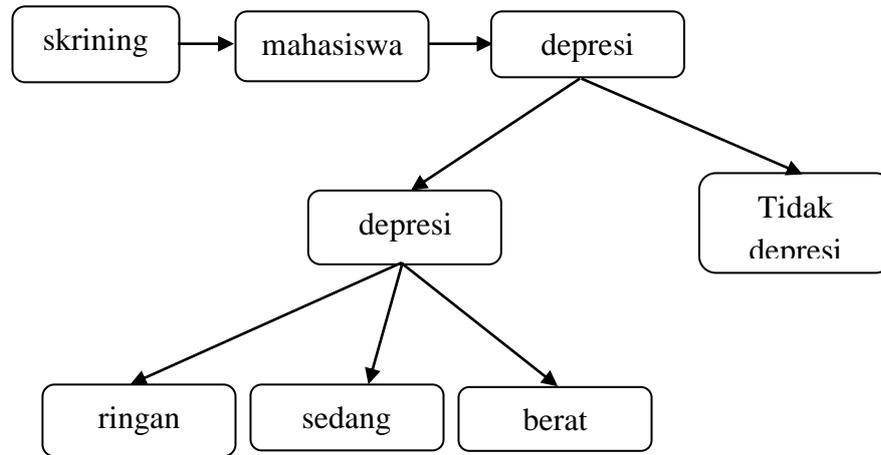
Para remaja juga sering menganggap diri mereka serba mampu, sehingga seringkali mereka terlihat tidak memikirkan akibat dari perbuatan mereka. Tindakan impulsif sering dilakukan; sebagian karena mereka tidak sadar dan belum biasa memperhitungkan akibat jangka pendek atau jangka panjang. Remaja yang diberi kesempatan untuk mempertanggung-jawabkan perbuatan mereka, akan tumbuh menjadi orang dewasa yang lebih berhati-hati, lebih percaya-diri, dan mampu bertanggung-jawab. Bimbingan orang yang lebih tua sangat dibutuhkan oleh remaja sebagai acuan bagaimana menghadapi masalah itu sebagai seseorang yang baru, berbagai nasihat dan berbagai cara akan dicari untuk dicobanya.

C. Kerangka Teori



Gambar 1 : Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep



Gambar 2 : Kerangka konsep

E. Hipotesis

Berdasarkan uraian diatas maka hipotesis yang dapat dirumuskan dalam penelitian ini adalah : terdapat perbedaan tingkat depresi mahasiswa semester VII Fakultas Kedokteran Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2015 yang tinggal dipondokan (kos) dan yang tinggal dengan orangtua (keluarga).