

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Depresi

1. Pengertian Depresi

Depresi merupakan gangguan mental yang umum, ditandai oleh kesedihan, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, terganggu tidur atau nafsu makan, perasaan capek, dan konsentrasi yang buruk (World Health Organization, 2017). Selain itu, World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa banyak masalah kesehatan mental yang muncul pada remaja . Studi terbaru menunjukkan bahwa masalah kesehatan mental, khususnya depresi, merupakan penyebab terbesar dari beban penyakit di antara individu pada usia awal (WHO ,2016). Data dari who juga menunjukkan bahwa depresi merupakan penyebab utama dari penyakit dan kecacatan yang dialami remaja ,dengan tindakan bunuh diri sebagai penyebab tiga kematian terbesar (WHO, 2014). Hampir semua individu pernah mengalami depresi, yang ditandai dengan perasaan sedih, perasaan duka dan tidak tertarik pada aktivitas menyenangkan. Depresi merupakan respon terhadap stres kehidupan. Diantara situasi yang sering mencetuskan depresi adalah kegagalan di sekolah atau pekerjaan, dan kehilangan orang yang dicintai dan

disayanginya. Depresi dianggap abnormal hanya jika berlangsung dalam kurun waktu yang lama (Atkinson, 1993).

Menurut Supratiknya dalam (Oktarini,2014). menyebutkan bahwa depresi merupakan reaksi terhadap situasi yang menekan dengan kesedihan dan kepatahan hati yang luar biasa dan (sering) tidak dapat dipulihkan sesudah sekian lama. Orang-orang yang terkena gangguan depresi akan mengalami perubahan mood yang amat dramatis dari hari ke hari, minggu ke minggu. Sedangkan menurut (Hadi, 2014). depresi adalah suatu pengalaman yang menyakitkan, atau suatu perasaan tidak ada harapan lagi. Bila seorang terus merasa tidak berguna atau depresi selama hidupnya mungkin ada kaitannya dengan pengalaman masa kecilnya yang membuat memiliki self esteem yang rendah. Misalnya terjadi pada orang-orang yang pada masa kanak-kanaknya pernah mengalami child abuse, diacuhkan, direndahkan oleh anggota keluarga atau teman-temannya. Menurut ahli lain seperti Staab & Fieldman (Oktarini, 2014). mengatakan bahwa depresi sebagai suatu penyakit yang menyebabkan gangguan perasaan dan emosi yang dimiliki oleh penderita. Penderita mengalami suasana perasaan yang "Jatuh" dari waktu ke waktu dalam kehidupan mereka. Namun depresi terjadi bila orang secara konsisten menemukan diri mereka dalam

suasana tertekan setiap hari melebihi periode dua minggu.
(Rahmawati *et al.*, 2015)

2. Aspek-Aspek Depresi

Beck (Burns, 1998) menjelaskan depresi memiliki beberapa aspek yaitu :

a. Aspek yang dimanifestasikan secara emosional

- 1) Perasaan kesal atau patah hati (*dejected mood*) yaitu perasaan ini menggambarkan keadaan sedih, bosan dan kesepian yang dialami individu. Keadaan ini bervariasi dari kesedihan sesaat hingga kesedihan yang terus - menerus.
- 2) Perasaan negatif terhadap diri sendiri yaitu perasaan ini mungkin berhubungan dengan perasaan sedih yang dijelaskan di atas, hanya bedanya perasaan ini khusus ditujukan kepada diri sendiri.
- 3) Hilangnya rasa puas yaitu kehilangan kepuasan atas apa yang dilakukan. Perasaan ini dapat terjadi pada setiap kegiatan yang dilakukan termasuk hubungan psikososial, seperti aktivitas yang menuntut adanya suatu tanggung jawab.
- 4) Hilangnya keterlibatan emosional dalam melakukan pekerjaan atau hubungan dengan orang lain. Keadaan ini biasanya disertai dengan hilangnya kepuasan di atas. Hal ini dimanifestasikan dalam aktivitas tertentu, kurangnya

perhatian atau rasa keterlibatan emosi terhadap orang lain.

- 5) Kecenderungan untuk menangis diluar kemauan, gejala ini banyak dialami oleh penderita depresi, khususnya wanita. Bahkan wanita yang tidak pernah menangis selama bertahun-tahun dapat bercucuran air mata atau merasa ingin menangis tetapi tidak dapat menangis.
 - 6) Hilangnya respon terhadap humor, dalam hal ini penderita tidak kehilangan kemampuan untuk mempersepsi lelucon, namun kesulitannya terletak pada kemampuan penderita untuk merespon humor tersebut dengan cara yang wajar. Penderita tidak terhibur, tertawa atau puas apabila mendengar lelucon.
- b. Aspek depresi yang di manifestasikan secara kognitif, yaitu:
- a. Rendahnya evaluasi diri, hal ini tampak dari bagaimana penderita memandang dirinya. Biasanya mereka menganggap rendah ciri - ciri yang sebenarnya penting, seperti kemampuan prestasi, intelegensi, kesehatan, kekuatan, daya tarik, popularitas, dan sumber keuangannya.
 - b. Citra tubuh yang terdistorsi, hal ini lebih sering terjadi pada wanita. Mereka merasa dirinya jelek dan tidak menarik.

- c. Harapan yang negatif, penderita mengharapkan hal - hal yang terburuk dan menolak usaha terapi yang dilakukan.
 - d. Menyalahkan dan mengkritik diri sendiri, hal ini muncul dalam bentuk anggapan penderita bahwa dirinya sebagai penyebab segala kesalahan dan cenderung mengkritik dirinya untuk segala kekurangannya.
 - e. Keragu-raguan dalam mengambil keputusan, ini merupakan karakteristik depresi yang biasanya menjengkelkan orang lain ataupun diri penderita Penderita sulit untuk mengambil keputusan, memilih alternatif yang ada, dan mengubah keputusan.
- c. Aspek yang dimanifestasikan secara motivasional meliputi pengalaman yang disadari penderita, yaitu tentang usaha, dorongan, dan keinginan. Ciri utamanya adalah sifat regresif motivasi penderita, penderita tampaknya menarik diri dari aktifitas yang menuntut adanya suatu tanggung jawab, inisiatif bertindak atau adanya energi yang kuat.
 - d. Aspek depresi yang muncul sebagai gangguan fisik dan vegetative meliputi kehilangan nafsu makan, gangguan tidur, kehilangan libido, dan kelelahan yang sangat.

Berdasarkan penjelasan diatas, Beck (Burns, 1998) menyatakan ada beberapa aspek depresi, yaitu aspek yang dimanifestasikan secara emosional, aspek yang

dimanifestasikan secara kognitif, aspek yang dimanifestasikan secara motivasional dan aspek yang muncul sebagai gangguan fisik.

Penyebab Depresi Gangguan depresi umumnya dicetuskan oleh peristiwa hidup tertentu. Seperti halnya penyakit lain, penyebab depresi yang sesungguhnya tidak dapat diketahui secara pasti namun telah ditemukan sejumlah faktor yang dapat mempengaruhi. Seperti halnya dengan gangguan lain, ada penyebab biogenetis dan sosial lingkungan yang diajukan (Santrock, 2003).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi depresi

Nurmiati (2005) menyebutkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi depresi adalah sebagai berikut:

a. Jenis kelamin

Depresi lebih sering terjadi pada wanita. Terdapat perkiraan bahwa wanita lebih sering mencari pengobatan sehingga depresi lebih sering terdiagnosis.. Adanya depresi berkaitan dengan ketidakseimbangan hormon pada wanita menambah tingginya prevalensi depresi pada wanita, misalnya adanya depresi pra-menstruasi, postpartum, dan postmenopause.

b. Kepribadian

Seseorang dengan kepribadian tertutup (introvert), mudah cemas, hipersensitif, dan lebih bergantung pada orang lain

lebih rentan terhadap depresi.

c. Usia

Depresi lebih sering terjadi pada usia muda yang berumur rata-rata 17- 40 tahun. Faktor sosial sering menempatkan seseorang yang berusia muda dengan resiko lebih tinggi untuk depresi.

d. Geografis

Keadaan geografis kota yang padat dan kurangnya ruang terbuka hijau menyebabkan banyak penduduk kota lebih sering menderita depresi dibandingkan dengan penduduk desa.

e. Riwayat keluarga

Riwayat keluarga yang menderita depresi lebih tinggi risikonya dengan kata lain, resiko depresi semakin tinggi bila terdapat riwayat genetik dalam keluarga.

f. Stresor sosial

Suatu keadaan yang dirasakan sangat menekan sehingga seseorang tidak dapat beradaptasi dan bertahan. Peristiwa-peristiwa dalam kehidupan baik yang akut maupun kronik dapat menimbulkan depresi.

g. Dukungan sosial

Seseorang yang tidak berintegrasi atau berbaur ke dalam lingkungan sosial cenderung akan menderita depresi. Meyerowitz (1980) mengatakan bahwa dukungan sosial dapat

berasal dari berbagai sumber antara lain, dukungan keluarga, dukungan pasangan (suami, isteri, atau pacar), dukungan teman atau sahabat.

h. Tidak bekerja

Suatu survei yang dilakukan terhadap wanita dan pria dibawah umur 65 tahun yang tidak bekerja sekitar enam bulan melaporkan bahwa depresi tiga kali lebih sering pada pengganguran daripada yang bekerja.

Nurmiati (2005) menyatakan bahwa depresi dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti jenis kelamin, kepribadian, usia, geografis, riwayat keluarga, stressor sosial, dukungan sosial, dan tidak bekerja.

4. Gejala-gejala depresi

Menurut Beck (dalam Ginting, 2013) secara garis besar simtom-simtom yang nampak pada penderita depresi dapat diklasifikasikan menjadi empat yaitu :

- a. Simtom afektif meliputi; kesedihan, hilangnya kesenangan, apatis, hilangnya perasaan cinta terhadap orang lain, hilangnya respon terhadap kegembiraan dan kecemasan
- b. Simtom motivasional; adanya harapan untuk melarikan diri dari kehidupan, (biasanya adanya keinginan untuk bunuh diri) keinginan untuk menghindari dari masalah, meskipun hanya masalah kehidupan sehari- hari.

- c. Simtom kognitif meliputi; kesulitan konsentrasi, perhatian terhadap masalah sempit, kesulitan mengingat, adanya pola pikir yang menyimpang (cognitive distortion) yang meliputi pandangan negatif terhadap dirinya sendiri, dunia dan masa depannya, persepsi keputusasaan, hilangnya harga diri, rasa bersalah dan penyesalan terhadap dirinyasendiri.
- d. Simtom perilaku, merupakan refleksi simtom-simtom meliputi kepasifan, menarik diri dari hubungan dengan orang lain. Simtom fisik atau vegetatif meliputi; gangguan tidur, gangguan nafsu makan (meningkat atau bahkan nafsu makan menurun).

Dari penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa ada beberapa gejala- gejala depresi pada individu yang dapat dikenali yaitu; simtom afektif, simtom motivasional, simtom kognitif, dan simtom perilaku.

5. Pengukuran Depresi

Banyak instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur depresi, berikut adalah beberapa diantaranya:

1. Beck Depression Inventory I1 (BDI-II)

Depresi dapat diukur derajat keparahannya dengan alat ukur depresi salah satunya seperti Beck Depression Inventory I1. Beck Depression Inventory I1 (BDI II) merupakan instrumen skrining yang sering digunakan untuk mengukur depresi pada kelompok usia remaja sampai dewasa, alat ukur

ini dibuat untuk digunakan di kelompok usia di atas 13 tahun. BD1 II merupakan perbaikan dari BDI asli yang memang dikembangkan oleh Beck dan kawan-kawan Segal et al, 2008). Alat ukur ini terdiri dari 21 kelompok gejala yang menggambarkan kesedihan, pesimistik, perasaan gagal, ketidakpuasan, rasa bersalah, harapan akan hukuman, membenci diri sendiri, menuduh diri sendiri, keinginan bunuh diri, menangis, iritabilitas, penarikan diri dari masyarakat, tidak dapat mengambil keputusan, perubahan bentuk tubuh, masalah bekerja, insomnia, kelelahan, anoreksia, konsentrasi, preokupasi somatik dan penurunan libido. BD1 merupakan behavioral assessment dalam bentuk self report rating inventory yang kriteria sikap dan simptom-simptom depresi, isi dari alat ukur ini merupakan gambaran 6 karakteristik depresi dari 9 karakteristik yang disebut dalam DSM IV, dengan nilai alpha cronbach's 0,93 (Arnau *et al*, 2001).

2. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

PHQ-9 adalah instrument diagnosis berdasarkan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edisi keempat (DSM-IV) yang spesifik pada kelainan primer seperti depresi, ansietas, alkohol, dan gangguan somatoform yang memiliki skor 0-30 dengan 9 pertanyaan

3. Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)

CES-D adalah skala pengukuran depresi yang terdiri dari 9 domain (kesedihan, kehilangan minat, nafsu makan, tidur, konsentrasi, rasa bersalah, lelah, gerakan, keinginan bunuh diri) yang terbagi menjadi 20 pertanyaan yang bersandar pada kriteria diagnosis dari DSM-IV.

4. Skala Depresi Geriatri

Skala pengukur depresi yang khusus diperuntukan bagi lanjut usia dengan usia 60 tahun ke atas. Mudah digunakan bagi lansia yang memiliki penyakit fisik yang hanya bertahan jangka waktu pendek karena format skalanya hanya "Ya" dan "tidak" sehingga penggunaannya sederhana dibanding dengan pilihan berganda. Koefisien reliabilitas 0,81 dan variabilitas pengamatnya 0,85. Banyak digunakan di komunitas, perawatan fase akut dan perawatan jangka panjang. Skala Depresi Geriatri sesuai untuk target populasi yang sedang berada dalam perawatan gawat darurat, pasien akut yang baru masuk, pasien sub-akut, atau pasien ambulatori. Skala Depresi Geriatri terdiri dari 15 pertanyaan yang terdiri dari komponen psikometri yang menanyakan keadaan partisipan pada hari itu dimana wawancara berlangsung. Bila didapati skor 0-4 menandakan normal, 5-9 kecenderungan depresi, >9 indikasi depresi. Memiliki

sensitivitas yang tinggi yaitu 92% dan spesifisitas 89% bila dibandingkan dengan kriteria diagnosis.

Pada penelitian ini peneliti menggunakan alat ukur BDI-II. Selain karena BDI-II memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang cukup tinggi, tetapi juga karena hasil penilaian kuesioner menggunakan cut of point dari penelitian sebelumnya yaitu ≥ 17 (Ginting dkk., 2013) yaitu kuesioner Beck Depression Inventory (BDI) II ini telah digunakan dan telah dilakukan uji validitas serta reliabilitas di beberapa negara. Hasil uji validitas dan reliabilitas menunjukkan BDI II valid dan reliabel untuk digunakan. Kuesioner Beck Depression Inventory (BDI) II telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas di Indonesia.

6. Tingkatan Depresi

Ada beberapa tingkatan depresi menurut Kusumanto (2010) diantaranya:

1. Depresi Ringan Sementara, alamiah, adanya rasa sedih perubahan proses pikir komunikasi sosial dan rasa tidak nyaman.
2. Depresi Sedang
 - 1) Afek : murung,cemas,kesal,marah,menangis.
 - 2) Proses piker : perasaan sempit, berfikir lambat, kurang komunikasi verbal komunikasi non verbal meningkat
 - 3) Pola komunikasi : bicara lambat, kurang komunikasi

verbal, komunikasi non verbal meningkat.

- 4) Partisipasi sosial : menarik diri tak mau melakukan kegiatan, mudah tersinggung.

3. Depresi Berat

- 1) Gangguan afek : pandangan kosong, perasaan hampa, murung, inisiatif berkurang
- 2) Gangguan proses piker
- 3) Sensasi somatik dan aktivitas motorik : diam [SEP] dalam waktu lama, tiba-tiba hiperaktif, kurang merawat diri, tak mau makan dan minum, menarik diri, tidak peduli dengan lingkungan.

7. Gangguan Depresi terdiri dari beberapa jenis yaitu :

1. Gangguan Depresi Mayor

Gejala-gejala dari gangguan depresi mayor berupa perubahan dari nafsu makan dari nafsu makan dan berat badan, perubahan pola tidur dan aktivitas, kekurangan energy, perasaan bersalah, dan pikiran untuk bunuh diri yang berlangsung setidaknya kurang dari 2 minggu (Kaplan *et al*, 2010).

2. Gangguan Dysthymic

Dysthymia bersifat ringan tetapi kronis (berlangsung lama). Gejala-gejala Dysthymia berlangsung lama dari gangguan depresi mayor yaitu selama 2 tahun atau lebih, Dysthymia

bersifat lebih berat dibandingkan dengan gangguan depresi mayor, tetapi individu dengan gangguan ini masih dapat berinteraksi dengan aktivitas sehari-harinya (*National institute of Mental Health, 2010*).

3. Gangguan Depresi Minor

Gejala-gejala dari depresi minor mirip dengan gangguan depresi mayor dan Dysthymia, tetapi gangguan ini bersifat lebih ringan atau berlangsung lebih singkat (*National institute of Mental Health , 2010*)

4. Gangguan Depresi Psikotik

Gangguan depresi berat yang ditandai dengan gejala-gejala, seperti halusinasi dan delusi (*National institute of Mental Health, 2010*).

5. Gangguan Depresi Musiman

Gangguan depresi yang muncul pada saat musim dingin dan menghilang pada musim semi dan musim panas (*National institute of Mental Health, 2010*).

B. Dukungan Keluarga (*Family Support*)

1. Pengertian Dukungan Keluarga (*Family Support*)

Friedman (1998) menyatakan bahwa keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan

didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan. Dukungan keluarga merupakan suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya yang dapat diakses oleh keluarga yang dapat bersifat mendukung dan memberikan pertolongan kepada anggota keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2010).

Sedangkan menurut Thompson (2006), dukungan keluarga adalah suatu kewajiban untuk membantu anggota keluarga yang mengalami suatu masalah yang bersifat sukarela dan sosial. Hartati (2016) menjelaskan bahwa dukungan keluarga merupakan seperangkat keyakinan dan pendekatan untuk penguatan dan pemberdayaan keluarga, yang akan mempengaruhi perkembangan dan belajar anak-anak.

Selain itu, menurut Arifin, Kundre & Rompas (2015) dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang lainnya. Dukungan keluarga diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain sehingga akan memberikan kenyamanan fisik dan psikologis pada orang yang dihadapkan pada situasi stres (Taylor, 2006).

Berdasarkan pemaparan beberapa tokoh di atas, dukungan keluarga adalah suatu sikap atau perilaku antar anggota keluarga terhadap anggota keluarga yang lain yang bersifat sukarela dan

sosial.

2. Aspek-aspek dukungan keluarga (*family support*)

Menurut Friedman, Bowden & Jones (2010) menyatakan beberapa aspek dukungan keluarga, sebagai berikut :

a. Dukungan Emosional

Dukungan emosional memberikan individu perasaan yang nyaman, merasa dicintai, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya diri, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional, keluarga memberikan semangat secara psikologis.

b. Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan merupakan suatu dukungan atau bantuan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan dengan menunjukkan respon positif yaitu dorongan atau persetujuan dengan gagasan atau ide. Dukungan penghargaan yang diberikan oleh keluarga dapat meningkatkan status psikososial, semangat, motivasi, dan peningkatan harga diri.

c. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material yang dapat membantu memecahkan masalah praktis. Dukungan instrumental meliputi, memberi atau meminjamkan

uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit.

d. Dukungan Informasi

Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan dokter, terapi yang baik dan tindakan yang spesifik. Selain itu, keluarga juga dapat memberikan solusi dari masalah, memberikan nasihat, pengarahan, saran atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang.

Berdasarkan pemaparan diatas, Friedman, Bowden & Jones (2010) menyebutkan beberapa aspek dukungan keluarga yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan Informasi. Pada penelitian ini menggunakan aspek dukungan keluarga yang dikemukakan oleh Friedman, Bowden & Jones (2010) yang mampu menggambarkan tingkat dukungan keluarga dengan depresi pada siswa SMA.

3. Jenis Dukungan keluarga

Menurut Friedman (2013) sumber dukungan keluarga terdapat berbagai macam bentuk seperti :

a. Dukungan informasional

Dukungan informasional adalah keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, dimana keluarga menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah.

b. Dukungan penilaian atau penghargaan

Dukungan penilaian adalah keluarga yang bertindak membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, perhatian.

c. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental adalah keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya adalah dalam hal kebutuhan keuangan, makan, minum dan istirahat.

d. Dukungan emosional

Dukungan emosional adalah keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat serta pemulihan dan membantu penguasaan terhadap emosi. Dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk adanya kepercayaan dan perhatian.

4. Fungsi keluarga

Menurut Friedman (2013), fungsi keluarga dibagi menjadi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi ekonomi, dan fungsi kesehatan. Fungsi afektif adalah gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lain, saling menghargai dan kehangatan di dalam keluarga. Anggota keluarga mengembangkan konsep diri yang positif, saling mengasuh, dan

menerima, cinta kasih, mendukung, menghargai sehingga kebutuhan psikososial keluarga terpenuhi.

Fungsi sosialisasi adalah interaksi atau hubungan dalam keluarga, bagaimana keluarga belajar disiplin, norma, budaya, dan perilaku berhubungan dengan interaksi. Fungsi ekonomi adalah keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, papan.

Fungsi kesehatan adalah kemampuan keluarga untuk bertanggung jawab merawat anggota keluarga dengan penuh kasih sayang serta kemauan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan yang sedang dihadapi.

5. Manfaat Dukungan Keluarga

Menurut Setiadi (2008), dukungan sosial keluarga memiliki efek terhadap kesehatan dan kesejahteraan yang berfungsi secara bersamaan. Adanya dukungan yang kuat berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi. Selain itu, dukungan keluarga memiliki pengaruh yang positif pada penyesuaian kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress.

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial keluarga berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu

berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2013).

Sedangkan Smet (2000) mengungkapkan bahwa dukungan keluarga akan meningkatkan :

- a. Kesehatan fisik, individu yang mempunyai hubungan dekat dengan orang lain jarang terkena penyakit dan lebih cepat sembuh jika terkena penyakit dibanding individu yang terisolasi.
- b. Manajemen reaksi stres, melalui perhatian, informasi, dan umpan balik yang diperlukan untuk melakukan koping terhadap stres.
- c. Produktivitas, melalui peningkatan motivasi, kualitas penalaran, kepuasan kerja dan mengurangi dampak stres kerja.
- d. Kesejahteraan psikologis dan kemampuan penyesuaian diri melalui perasaan memiliki, kejelasan identifikasi diri, peningkatan harga diri, pencegahan neurotisme dan psikopatologi, pengurangan distres dan penyediaan sumber yang dibutuhkan.

Berdasarkan penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga dapat meningkatkan kesehatan fisik, manajemen, reaksi stres, produktivitas, dan kesejahteraan

psikologis dan kemampuan penyesuaian diri.

C. Konsep Remaja

1. Pengertian Remaja

Remaja atau adolescence berasal dari kata latin yaitu adolescence yang berarti tumbuh kearah kematangan fisik, sosial, dan psikologis (Sarwono, 2012). Pada umumnya remaja didefinisikan sebagai masa peralihan dari masa anak-anak menuju ke masa dewasa yang terjadi pada usia 12 tahun hingga 21 tahun (Dewi, 2012).

Menurut Piaget, secara psikologis masa remaja merupakan masa individu tidak lagi merasa berada di bawah tingkat orang-orang yang lebih tua melainkan masa remaja merupakan masa individu berintegrasi dengan masyarakat dewasa dan berada pada tingkatan yang sama (Hanifah, 2013).

Berdasarkan teori tahapan perkembangan individu menurut Erickson dari masa bayi hingga masa tua, masa remaja dibagi menjadi tiga tahapan yaitu remaja awal, remaja pertengahan, serta remaja akhir. Rentang usia remaja awal pada perempuan yaitu 13-15 tahun dan pada laki-laki yaitu 15-17 tahun. Rentang usia remaja pertengahan pada perempuan yaitu 15-18 tahun dan pada laki-laki yaitu 17-19 tahun. Sedangkan rentang usia remaja akhir pada perempuan yaitu 18-21 tahun dan pada laki-laki 19-21 tahun (Thalib, 2010).

Berdasarkan survei tahun 2002 mengenai perilaku berisiko yang memiliki dampak pada kesehatan reproduksi remaja terdapat bahwa remaja yang tercakup adalah mereka yang berusia 10-24 tahun (Maryatun, 2013).

Dapat disimpulkan bahwa remaja merupakan masa peralihan atau masa transisi dari masa anak-anak menuju ke masa dewasa yang berlangsung pada usia 12 tahun hingga 21 tahun dengan adanya perubahan fisik, sosial, dan psikologis, dimana secara psikologis remaja mulai berintegrasi dengan masyarakat dewasa dan berada pada tingkatan yang sama.

2. klasifikasi dan pembagian usia remaja

Pembagian dan batasan usia remaja di kemukakan oleh para ahli untuk memudahkan pengklasifikasian usia perkembangan dan pertumbuhan dilihat dari umur kronologis seseorang. Anggapan bahwa, semakin bertambah umur, semakin terjadi differensiasi dalam usia perkembangan. Batasan usia perkembangan oleh para ahli sangat beragam dalam membagi usia remaja.

Santrock (2003) membagi masa remaja menjadi dua fase yaitu yang disebut “masa remaja awal” atau “pre adolence” yang berkisar antara 12-15 tahun dan “masa remaja akhir” atau “late adolensence” antara usia 15-18 tahun.

Pembagian dan batasan usia remaja di kemukakan Gilmer

dalam Sulaeman (1995) sebagai berikut:

- a. Pre adolesen, yaitu antara usia 10-13 tahun
- b. Masa adolesen akhir, dari usia 18-21 tahun

Ini berlaku untuk laki-laki yang biasanya mencapai kematangan yang lebih lambat dari pada gadis-gadis, sedangkan untuk wanita yang biasanya matang lebih cepat pembagiannya adalah:

- a. Pre adolesen datang pada usia 10 dan 11 tahun
- b. Masa adolesen awal antara usia 12-16 tahun
- c. Masa adolosen akhir antara 17-21 tahun

Sementara itu pendapat Konopka dan Ingersoll dalam Hurlock (2004) mengatakan bahwa secara umum masa remaja dibagi menjadi tiga bagian yaitu sebagai berikut :

- a. Masa remaja awal (12-15 tahun) Pada masa ini mulai meninggalkan perannya sebagai anak-anak dan berusaha mengembangkan diri sebagai individu yang unik dan tidak tergantung pada orang tua.
- b. Masa remaja pertengahan (15-18 tahun) Masa ini ditandai dengan berkembangnya kemampuan berfikir yang baru. Teman sebaya memiliki peran yang penting. Pada masa ini remaja juga mengembangkan kematangan tingkah laku, belajar membuat keputusan sendiri dan selain itu penerimaan dari lawan jenis menjadi penting bagi individu.

- c. Masa remaja akhir (19-21 tahun) Masa ini ditandai oleh persiapan akhir untuk memasuki peran-peran orang dewasa. Keinginan yang kuat untuk menjadi matang dan diterima dalam kelompok teman sebaya dan diterima orang dewasa.

3. Perubahan pada masa remaja

Remaja sendiri juga memiliki ciri-ciri tersendiri. Ciri utama pada masa remaja ditandai dengan adanya berbagai perubahan. Perubahan-perubahan tersebut antara lain:

- a. Perubahan fisik Pada masa remaja terjadi pertumbuhan fisik yang cepat dan proses kematangan seksual. Beberapa kelenjar yang mengatur fungsi seksualitas pada masa ini telah mulai matang dan berfungsi. Disamping itu tanda-tanda seksualitas sekunder juga mulai nampak pada diri remaja.
- b. Perubahan intelek Menurut perkembangan kognitif yang dibuat oleh Jean Piaget, seorang remaja telah beralih dari masa konkrit-operasional ke masa formal-operasional. Pada masa konkrit-operasional, seseorang mampu berpikir sistematis terhadap hal-hal atau obyek-obyek yang bersifat konkrit, sedang pada masa formal operasional ia sudah mampu berpikir se-cara sistematis terhadap hal-hal yang bersifat abstrak dan hipotetis. Pada masa remaja, seseorang juga sudah dapat berpikir secara kritis.

c. Perubahan emosi

Pada umumnya remaja bersifat emosional. Emosinya berubah menjadi labil. Menurut aliran tradisional yang dipelopori oleh G. Stanley Hall, perubahan ini terutama disebabkan oleh perubahan yang terjadi pada kelenjar-kelenjar hormonal. Namun penelitian-penelitian ilmiah selanjutnya menolak pendapat ini. Sebagai contoh, Elizabeth B. Hurlock menyatakan bahwa pengaruh lingkungan sosial terhadap perubahan emosi pada masa remaja lebih besar artinya bila dibandingkan dengan pengaruh hormonal.

d. Perubahan sosial

Pada masa remaja, seseorang memasuki status sosial yang baru. Ia dianggap bukan lagi anak-anak. Karena pada masa remaja terjadi perubahan fisik yang sangat cepat sehingga menyerupai orang dewasa, maka seorang remaja juga sering diharapkan bersikap dan bertingkah laku seperti orang dewasa. Pada masa remaja, seseorang cenderung untuk menggabungkan diri dalam 'kelompok teman sebaya'. Kelompok sosial yang baru ini merupakan tempat yang aman bagi remaja. Pengaruh kelompok ini bagi kehidupan mereka juga sangat kuat, bahkan seringkali melebihi pengaruh keluarga. Menurut Y. Singgih D. Gunarsa & Singgih D. Gunarsa, kelompok remaja bersifat positif dalam hal

memberikan kesempatan yang luas bagi remaja untuk melatih cara mereka bersikap, bertingkah laku dan melakukan hubungan sosial. Namun kelompok ini juga dapat bersifat negatif bila ikatan antar mereka menjadi sangat kuat sehingga kelakuan mereka menjadi 'overacting' dan energi mereka disalurkan ke tujuan yang bersifat merusak.

e. Perubahan moral

Pada masa remaja terjadi perubahan kontrol tingkah laku moral: dari luar menjadi dari dalam. Pada masa ini terjadi juga perubahan dari konsep moral khusus menjadi prinsip moral umum pada remaja. Karena itu pada masa ini seorang remaja sudah dapat diharapkan untuk mempunyai nilai-nilai moral yang dapat melandasi tingkah laku moralnya. Walaupun demikian, pada masa remaja, seseorang juga mengalami kegoyahan tingkah laku moral. Hal ini dapat dikatakan wajar, sejauh kegoyahan ini tidak terlalu menyimpang dari moralitas yang berlaku, tidak terlalu merugikan masyarakat, serta tidak berkelanjutan setelah masa remaja berakhir.

D. Konsep Corona virus disease 2019 (Covid-19)

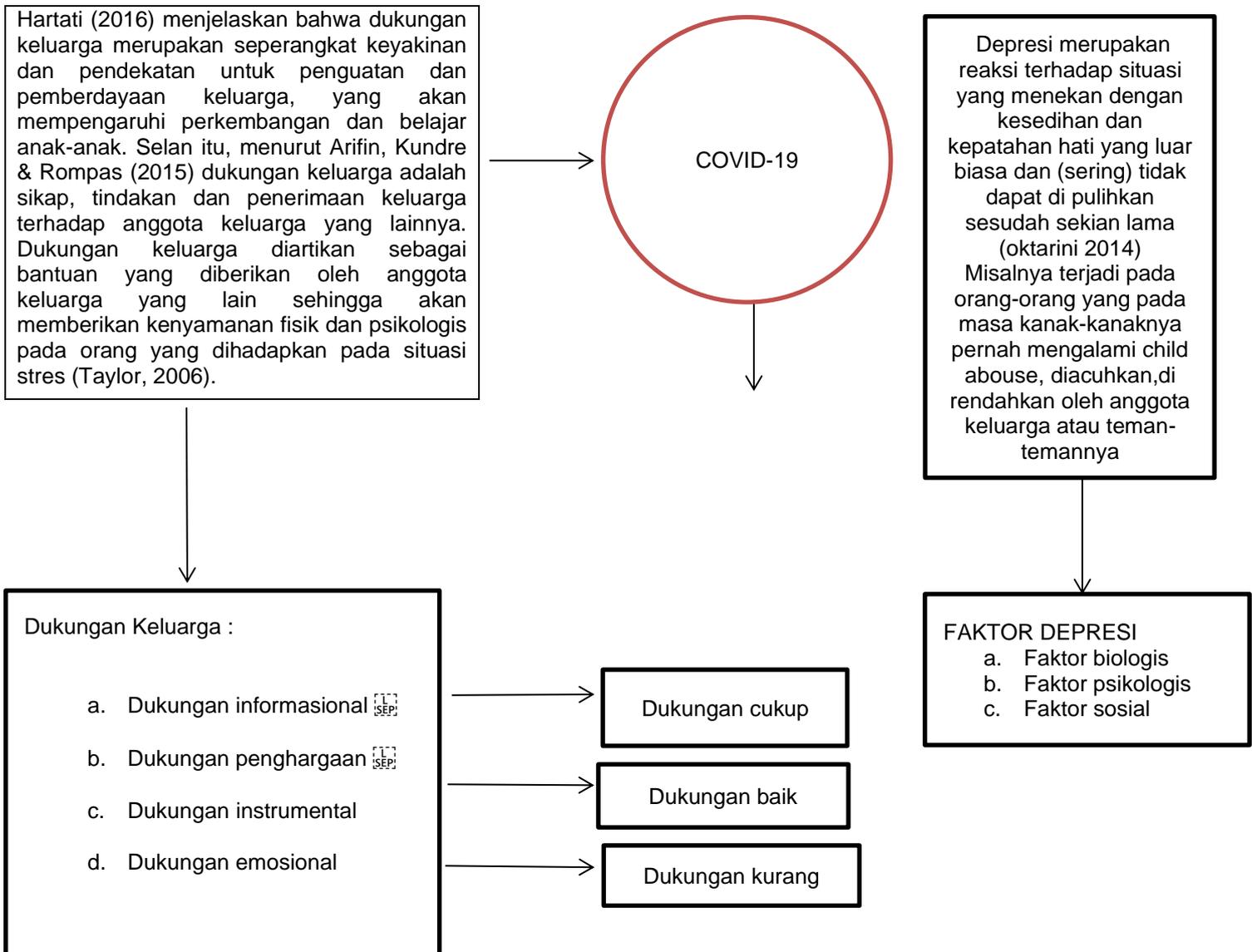
1. Pengertian Covid-19

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh coronavirus yang saat ini baru ditemukan. Coronavirus merupakan virus dengan komponen

utama RNA polymerase (Gao *et al.*, 2020) dimana sebagian besar orang yang terinfeksi virus ini akan mengalami gangguan pernapasan ringan hingga sedang. Namun, apabila penyakit ini terjadi pada mereka yang berusia tua dan memiliki riwayat penyakit tertentu dapat menyebabkan perkembangannya menjadi lebih serius dan membutuhkan penanganan khusus (WHO, 2019). Kasus pertama ditemukan di Wuhan, Cina pada bulan Desember 2019 dan WHO secara resmi menamakan penyakit ini coronavirus 2019 (COVID-19) pada 11 Februari 2020 (Guo *et al.*, 2020).

Menurut Centers for Disease Control and Prevention (CDC) pada tahun 2019, penularan COVID-19 terjadi melalui respiratory droplet yang dihasilkan dari mulut ataupun hidung melalui batuk, bersin maupun droplet yang keluar saat berbicara yang kemungkinan terinhalasi ke dalam paru-paru ataupun mengenai permukaan suatu objek yang tersentuh oleh seseorang yang kemudian menyentuh mulut, hidung maupun matanya. Masa inkubasi COVID-19 berlangsung selama 3-14 hari. Tanda dan gejala yang terjadi pada COVID-19 adalah demam, batuk, myalgia, dyspnea dengan atau tanpa disertai diare dan pada minggu kedua infeksi akan terjadi hipoksemia dan kesulitan untuk bernapas serta Acute Respiratory Distres Syndrome (ARDS) (Kannan *et al.*, 2019).

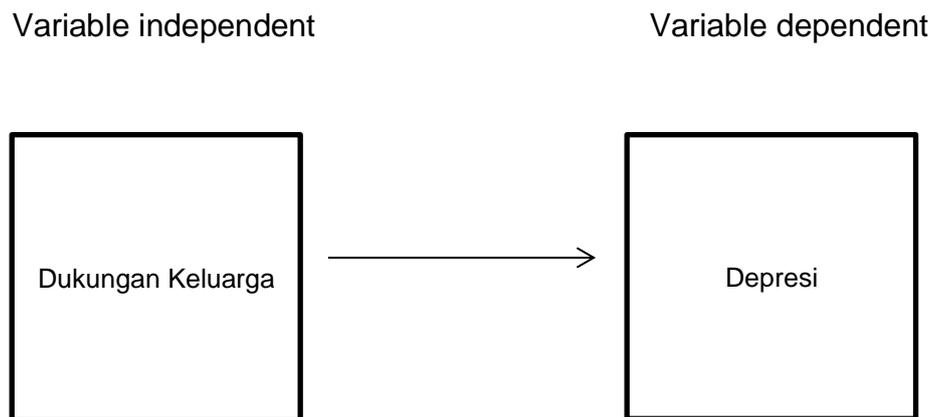
2. Kerangka Teori



Gambar 2. 1. Kerangka Teori

E. Kerangka Konsep

Kerangka Konsep Menurut Notoatmodjo (2012) kerangka konsep adalah merupakan formulasi atau simplikasi dari kerangka teori atau teori-teori yang mendukung penelitian tersebut. Kerangka konsep dalam penelitian sebagai berikut:



Gambar 2. 2. Kerangka Konsep

F. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep yang telah diajukann diatas, maka hipotesa penelitian ini adalah:

1. Hipotesa Alternatif (Ha)

Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan dengan depresi pada siswa SMA selama pandemi covid-19 di Samarinda.

2. Hipotesa Nol (Ho)

Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan dengan depresi pada siswa SMA selama pandemi covid-19 di Samarinda.