

616.852

FIT

↓

er



DETERMINAN DEPRESI PADA ANAK DAN REMAJA
Studi pada panti asuhan SOS Desa Taruna Semarang

ALIFIATI FITRIKASARI

TESIS

**BAGIAN PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
RUMAH SAKIT DOKTER KARIADI
2003**

DETERMINAN DEPRESI PADA ANAK DAN REMAJA
Studi pada panti asuhan SOS Desa Taruna Semarang

Diajukan kepada Bagian Psikiatri
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Sebagai syarat untuk memperoleh gelar dokter spesialis
Dalam bidang Psikiatri

Oleh :
Alifiati Fitrikasari

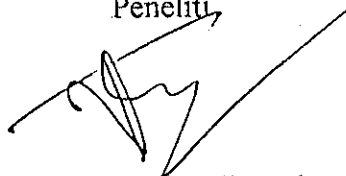
BAGIAN PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
RUMAH SAKIT DOKTER KARIADI
2003

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : DETERMINAN DEPRESI PADA ANAK DAN REMAJA
Ruang lingkup : Psikiatri (Ilmu Kedokteran Jiwa)
Nama Peneliti : dr. Alifiati Fitrikasari
NIM : G3G099050
Bagian : Psikiatri
Pembimbing : Dr. Ismed Yusuf, SpKJ

Semarang, Oktober 2003

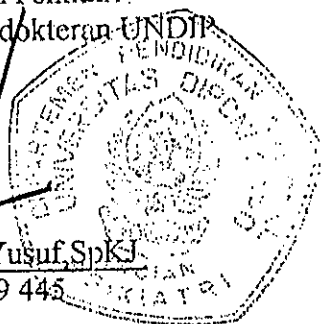
Peneliti



Dr. Alifiati Fitrikasari

Disetujui oleh :

Ketua Program Studi PPDS I
Bagian Psikiatri
Fakultas Kedokteran UNDIP



Dr. Ismed Yusuf, SpKJ
NIP. 130 529 445

Pembimbing



Dr. Ismed Yusuf SpKJ
NIP. 130 529 445

Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar
Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa (Psikiatri)

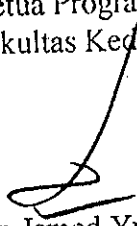
Hasil penelitian ini merupakan milik
Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro / Rumah Sakit Dr Kariadi

Telah diajukan dan disetujui
Semarang, Oktober 2003

Ketua Bagian Psikiatri
Fakultas Kedokteran UNDIP


Dr. Ismed Yusuf, SpKJ
NIP 130 529 445

Ketua Program Studi PPDS I
Fakultas Kedokteran UNDIP


Dr. Ismed Yusuf, SpKJ
NIP 130 529 445

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Allah swt, atas berkat dan rahmatNya sehingga saya dapat menyelesaikan tesis dengan judul "Determinan Depresi pada Anak dan Remaja". Tesis ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis I bidang Psikiatri pada Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Dengan segenap kerendahan hati saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya terutama kepada :

1. Dr. Ismed Yusuf, SpKJ sebagai Ketua Bagian / kepala SMF Psikiatri merangkap Ketua Program Studi Program Pendidikan Dokter Spesialis I Psikiatri, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro / Rumah Sakit Dr Kariadi Semarang yang telah memberikan kesempatan dan membimbing saya selama mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I psikiatri.
2. DR Dr Hertanto W Subagio MS yang membantu dalam memberikan bimbingan mengenai metodologi dan analisis data tesis ini.
3. Dr MS Hartono, SpKJ, Dr Nana Lestari, SpKJ, Dr Anggraini Noviasuti, SpKJ, Dr Achmad Alaydrus, SpKJ sebagai staf pengajar Bagian psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang telah memberikan bimbingan dan mengarahkan saya selama mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I Psikiatri.
4. Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Am'no Gondohutomo Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada saya selama pendidikan Program Dokter Spesialis I Psikiatri.

5. Seluruh psikiater di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang yang turut membimbing, mengarahkan saya selama pendidikan Dokter Spesialis ini.
6. Sejawat peserta Program Pendidikan dokter Spesialis I Psikiatri dan Paramedis bagian Psikiatri Rumah Sakit Dr Kariadi dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang yang ikut membantu dan memberikan kerjasama yang baik selama saya menempuh pendidikan.

Saya mengharapkan agar tesis ini dapat menjadi sumbangan dalam pengembangan ilmu, khususnya bidang Psikiatri (Ilmu Kedokteran Jiwa) serta dapat memberikan manfaat kepada masyarakat luas. Saya tetap mengharapkan saran serta kritik yang membangun untuk kesempurnaan tesis ini.

Semarang, Oktober 2003

Alifiati Fitrikasari.

ABSTRAK

DETERMINAN DEPRESI PADA ANAK DAN REMAJA

Alifiati Fitrikasari, Ismed Yusuf

Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Latar belakang dan tujuan: Depresi merupakan gangguan yang banyak dijumpai di masyarakat dan dapat mengenai baik anak, remaja maupun dewasa. Anak dan remaja yang mengalami depresi biasanya adalah mereka yang berada dalam kondisi khusus misal ketidakharmonisan orangtua, masalah ekonomi orang tua dan mereka yang dititipkan di panti asuhan. Kenyataan hampir semua anak di panti asuhan sebagian akan mengalami gangguan psikiatri termasuk depresi. Di Semarang ada panti asuhan yang berusaha meminimalkan gangguan psikiatri yang terjadi dengan sistem yang digunakannya yaitu konsep rumah dan keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi depresi anak dan remaja di panti tersebut dan hubungan antara depresi yang terjadi dengan status marital orang tua, alasan masuk ke panti, umur anak saat ini, umur anak saat masuk panti dan lama anak tinggal di panti.

Metode: subyek penelitian ada 103 anak dan remaja, usia 0-19 tahun yang tinggal di panti asuhan SOS Desa taruna Semarang. Bentuk penelitian adalah non eksperimental dengan pendekatan belah lintang. Disamping data demografi, digunakan kriteria diagnostik depresi mayor DSM IVTM untuk menegakkan diagnostik depresi pada anak dan remaja di panti tersebut. Data diolah dengan *chi square test* dan *t-test*.

Hasil : prevalensi depresi pada anak dan remaja di panti asuhan SOS Desa Taruna adalah 36,9%. Hubungan antara status marital orang tua dengan depresi adalah $X^2 = 1,230$; $p > 0,05$. Hubungan antara status ekonomi orang tua dengan depresi adalah $X^2 = 1,584$; $p > 0,05$. Rerata umur anak saat masuk panti dengan depresi adalah $t = 0,799$; $p > 0,05$. Rerata lama anak tinggal di panti dengan Depresi adalah $t = 1,171$; $p > 0,05$. Rerata umur anak saat ini dengan depresi adalah $t = 2,032$; $p < 0,05$.

Simpulan: Prevalensi depresi pada anak dan remaja di panti asuhan SOS Desa Taruna sebesar 36,9%. Tidak ada hubungan antara depresi dengan status ekonomi dan marital orang tua, umur anak saat masuk dan lama anak tinggal di panti. Ada hubungan antara depresi dengan umur anak saat ini, dimana semakin tua umur anak kemungkinan terjadi depresi semakin besar.

Kata Kunci : *depresi , anak dan remaja*

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul	i
Halaman Pengesahan	ii
Kata Pengantar	iii
Abstrak	vii
Daftar isi	viii
Daftar Tabel	xi
Bab I Pendahuluan	1
A. Latar Belakang	1
B. Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
C1. Tujuan umum	4
C2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat penelitian	5
Bab II Tinjauan Pustaka	6
A. Depresi pada anak dan remaja	6
A.1. Angka Kejadian	6
A.2. Etiologi	7
A.3. Psikodinamika	8
A.4. Gambaran klinis	9
A.5. Diagnosis	14
A.6. Diagnosis banding	16
A.7. Tatalaksana depresi pada anak dan remaja	16
A.8. Prognosis	17
B. Pokok – pokok psikodinamika keluarga	17
C. Stresor Psikososial	20
Bab III Panti Asuhan SOS Desa Taruna	22
A. Ibu Asuh	24

B. Kakak Adik	24
C. Rumah	24
D. Desa	25
Bab IV Kerangka Teori dan Kerangka Konsep	
A. Kerangka teori	26
B. Kerangka konsep	26
Bab V Hipotesis	27
Bab VI Metoda Penelitian	28
A. Rancangan penelitian	28
B. Tempat penelitian	28
C. Waktu penelitian	28
D. Populasi dan sampel penelitian	28
E. Kriteria inklusi	28
F. Besar sampel	29
G. Cara pengambilan sampel	29
H. Alat ukur	29
I. Variabel penelitian	30
J. Analisis data	30
K. Alur penelitian	30
L. Definisi operasional	30
M. Keterbatasan penelitian	31
Bab VII Hasil Penelitian	32
A. Karakteristik subyek penelitian	32
A.1. Karakteristik anak	32
A.2. Alasan anak dimasukkan ke panti asuhan	33
B. Hubungan depresi dengan karakteristik subyek	34
B.1. Hubungan status marital orang tua dengan depresi	34
B.2. Hubungan status ekonomi dengan depresi	34
B.3. Hubungan uji beda rerata	35

Bab VIII Pembahasan	36
A. Hipotesis	36
A.1. Hipotesis 1	36
A.2. Hipotesis 2 dan 5	37
A.3. Hipotesis 3	38
A.4. Hipotesis 4	38
B. Keterbatasan hasil penelitian	39
Bab IX Simpulan	40
Bab X Saran	41
Daftar Pustaka	
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Hal

Tabel 1. Kriteria diagnostik Episode Depresi Berat	14
Tabel 2. Contoh pemakaian dan penilaian stressor psikososial	21
Tabel 3. Karakteristik umum responden	33
Tabel 4. Alasan anak dimasukkan ke panti asuhan (status marital)	33
Tabel 5. Alasan anak dimasukkan ke panti asuhan (ekonomi)	34
Tabel 6. Hubungan status marital orang tua dengan depresi pada anak dan remaja ..	34
Tabel 7. Hubungan status ekonomi dengan depresi pada anak dan remaja	34
Tabel 8. Rerata umur anak saat masuk panti asuhan dengan depresi	35
Tabel 9. Rerata lama tinggal anak di panti asuhan dengan depresi	35
Tabel 10. Rerata umur anak saat ini dengan depresi	35

BAB I.

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Masyarakat awam selama ini menganggap gangguan depresi sebagai suatu kelainan yang terjadi pada orang dewasa saja dengan prevalensi cukup tinggi. Pendapat bahwa anak dan remaja juga dapat merasakan dan mengalami gangguan depresi baru diterima sejak dua puluh tahun terakhir ini ¹.

Beban anak sebenarnya cukup berat yaitu tumbuh kembang, belajar, dan memenuhi tuntutan orang tua dan pendidik yang menginginkan supaya anak senantiasa pandai dan berperilaku baik. Pada umumnya beban tersebut tidak dirasakan anak karena sifat dasar anak yang ceria dan cenderung untuk bermain-main. Tuntutan yang berlebihan tersebut betul-betul menjadi beban jika ternyata tuntutan tersebut lebih besar dari kemampuan yang mereka miliki ¹.

Angka prevalensi gangguan depresi pada anak dan remaja sangat bervariasi, dimana pada anak 18 tahun ke atas adalah 5,7%. Prevalensi gangguan depresi pada bayi, balita dan anak-anak sampai saat ini belum ada data yang pasti, namun tidak berarti bahwa gangguan depresi tidak terjadi pada golongan usia tersebut. Diduga dengan meningkatnya umur anak, prevalensi depresinya juga akan meningkat ^{1,2}.

Angka depresi yang tinggi pada umumnya ditemukan pada anak-anak atau remaja yang tinggal di institusi-institusi, misalnya panti asuhan, anak-anak yang di rawat di rumah sakit, anak-anak dengan penyakit fisik yang kronis atau remaja dimana terjadi perubahan-perubahan baik secara fisik maupun psikis. Dengan demikian meskipun pada anak-anak gangguan depresi tidak banyak ditemukan, namun gangguan tersebut dapat

terjadi pada anak-anak dengan keadaan khusus. Sedangkan depresi pada remaja sering terlambat diketahui karena gejalanya yang bertolak belakang dengan gejala depresi pada umumnya. Oleh karena depresi pada anak akan berdampak buruk pada proses tumbuh kembang mereka sedang depresi pada remaja juga akan berdampak buruk pada masa depan mereka, maka akan lebih baik jika dapat dilakukan deteksi dini terhadap gangguan ini dan diupayakan pencegahannya^{1,2,3}.

Anak menggunakan suatu pola pertahanan tertentu untuk menghindari atau supaya tidak merasakan gejala depresi. Oleh karena itu untuk menegakkan diagnosis depresi pada anak lebih sulit dibanding orang dewasa. Sedang pada remaja pola pertahanan yang digunakan hampir sama dengan orang dewasa, tergantung dari kematangan kepribadiannya. Cara penegakan diagnosis depresi pada anak dan remaja sama dengan penegakan diagnosis psikiatri pada umumnya yaitu dengan wawancara terhadap orang lain misalnya keluarga, pengasuh, guru atau orang yang paling dekat dengan penderita (alloanamnesis) dan pemeriksaan klinis langsung pada penderita untuk mencari gejala (autoanamnesis). Tentu saja hal ini terutama autoanamnesis pada anak lebih sulit dibanding pada remaja atau orang dewasa. Anak disini harus cukup kooperatif. Salah satu cara untuk membantu menegakkan diagnosis adalah dengan bantuan suatu kuesener yang telah distandarisasi, tetapi ini juga membutuhkan sikap anak yang kooperatif.

Dengan cara seperti tersebut diatas pemeriksa dapat memperoleh suatu diagnosis depresi pada anak baik yang nyata maupun yang terselubung yang dapat juga disebut sebagai deteksi dini depresi pada anak. Hal ini akan sangat membantu karena anak dapat segera diterapi sebelum terlambat. Sedang pada remaja, penegakan diagnosis sama

dengan dewasa, secara garis besar dapat dibantu dengan kuesener dan secara klinik dengan kriteria diagnostik depresi yang ada ^{2,4}.

Keluarga merupakan kunci utama dalam pertumbuhan dan perkembangan seorang anak. Keluarga menentukan apakah tumbuh kembang seorang anak akan baik secara fisik dan mental atau akan mengalami gangguan. Keluarga dan lingkungan juga menentukan apakah seorang anak akan tumbuh menjadi remaja yang matang kepribadiannya atau tidak, Shirley (1948) mengatakan bahwa kematian orang tua, penyakit kronis pada orang tua, perpisahan dan perceraian akan mengakibatkan gangguan terhadap lingkungan rumah yang tadinya menyenangkan bagi anak-anak atau remaja dalam keluarga tersebut. Keadaan seperti ini akan menyebabkan memburuknya ekonomi keluarga dalam jangka waktu yang lebih panjang, kemudian dapat juga menimbulkan gangguan psikiatri pada anak-anak atau remaja dalam keluarga tersebut., lebih-lebih bila ternyata kemudian individu-individu yang akan menjadi pengganti orang tua tidak berperan sebagaimana mestinya ^{5,6,7}.

Sebagian besar anak-anak atau remaja dengan keadaan seperti tersebut diatas, kemudian dititipkan pada keluarga atau institusi-institusi swasta antara lain panti asuhan. Durfee dan Wolf menyebutkan bahwa anak-anak yang diasuh di panti asuhan sejak lahir sampai sedikit-sedikitnya 8 bulan akan menunjukkan kelainan psikiatri yang hebat ⁶.

Bowlby menyatakan apabila anak-anak dimasukkan dalam panti asuhan pada umur tertentu, mereka akan mengalami perubahan tingkah laku yang permanen ⁶.

Bender, Goldfast dan Lowrey menyatakan bahwa kelainan psikiatri banyak didapat dan bersifat permanen bila anak-anak diasuh di panti asuhan lebih dari 3 tahun. Makin muda anak dimasukkan ke panti asuhan, makin banyak didapat kelainan psikiatri ⁶.

Di kodya Semarang ada beberapa jenis panti asuhan, satu diantaranya yaitu panti asuhan dengan konsep rumah dan keluarga, dimana maksimal 9 anak dalam satu rumah diasuh dengan satu ibu asuh yang bersifat sebagai ibu substitusi dan kebutuhan sehari-hari tercukupi (di tanggung yayasan). Model panti asuhan ini dianggap lebih baik daripada panti asuhan yang konvensional dimana hanya ada beberapa orang pengurus bagi puluhan anak. Selain itu, pada panti asuhan konvensional tidak dikenalkan konsep rumah dan keluarga serta peran seorang ibu substitusi.

B. Masalah

Mengacu pada uraian diatas, maka masalah yang ingin diajukan pada penelitian ini adalah mencari angka kejadian atau prevalensi depresi pada anak dan remaja dan determinan depresi pada anak dan remaja yang terjadi di panti asuhan yang dikelola dengan konsep rumah dan keluarga.

C. Tujuan penelitian

C.1. Tujuan umum :

Mengetahui profil (prevalensi dan determinan) kejadian depresi pada anak dan remaja di panti asuhan dengan konsep rumah dan keluarga.

C.2. Tujuan khusus :

- Mendiskripsikan prevalensi depresi pada anak dan remaja yang hidup di panti asuhan dengan konsep rumah dan keluarga

- Mendeskripsikan karakteristik anak dan remaja dengan depresi meliputi umur anak saat ini, umur anak saat masuk panti asuhan dan lama anak berada di panti asuhan.
- Mendeskripsikan alasan keberadaan anak dan remaja di panti asuhan
- Menganalisis hubungan antara status marital orang tua kandung anak dengan depresi pada anak dan remaja di panti asuhan.
- Menganalisis hubungan antara usia masuk panti asuhan dengan terjadinya depresi pada anak dan remaja di panti asuhan.
- Menganalisis hubungan antara usia anak saat ini dengan terjadinya depresi pada anak dan remaja di panti asuhan.
- Menganalisis hubungan antara lama tinggal di panti asuhan dengan terjadinya depresi pada anak dan remaja di panti asuhan.

D. Manfaat penelitian

1. Memperoleh data angka kejadian depresi pada anak dan remaja di panti asuhan dengan konsep rumah dan keluarga.
2. Membantu mendiagnosis dini adanya depresi pada anak dan remaja di panti asuhan dengan konsep rumah dan keluarga.
3. Membantu terapi bagi anak dan remaja di panti asuhan yang mengalami depresi.

BAB II.

TINJAUAN PUSTAKA

A. Depresi pada anak dan remaja

Seperti halnya yang terjadi pada orang dewasa, anak dan remaja juga dapat mengalami peristiwa kehilangan obyek yang dicintai. Sehingga mereka dapat juga mengalami kesedihan sampai perasaan duka cita yang mendalam. Oleh karena adanya perbedaan maturitas kepribadian dan keterbatasan-keterbatasan tertentu yang ada pada anak dan remaja, maka proses terjadinya depresi dan penampilan depresi itu sendiri berbeda jika dibandingkan dengan yang ada pada orang dewasa².

Pada umumnya reaksi seorang anak terhadap peristiwa kehilangan obyek yang dicintai dibandingkan dengan orang dewasa, berbeda dalam hal :

1. Waktu yang dibutuhkan

Anak memberikan reaksi lebih cepat, demikian pula proses reaksinya berlangsung lebih pendek

2. Bentuk kesedihan

Perasaan rindu yang kuat dan mengharap obyek itu datang kembali dan perasaan marah karena obyek tersebut meninggalkan dirinya. Kedua perasaan itu berganti-ganti setiap saat².

A.1. Angka kejadian

Angka kejadian depresi pada anak dan remaja sangat bervariasi, dimana pada anak usia 18 tahun ke atas adalah 5,7%. Angka kejadian gangguan depresi pada bayi, balita dan anak-anak sampai saat ini belum ada data yang pasti, namun tidak berarti bahwa

gangguan depresi tidak terjadi pada golongan usia tersebut. Gangguan depresi mayor pada anak prasekolah diperkirakan hanya 0,3% di masyarakat, dibandingkan 0,9% di fasilitas klinik. Anak laki-laki lebih banyak dibanding anak perempuan. Depresi pada anak usia sekolah sekitar 1% dan remaja sekitar 2-5%. Di duga dengan meningkatnya umur anak, prevalensi depresinya juga akan meningkat. Sedang angka kejadian yang pasti sampai saat ini tidak ada data yang pasti ^{1,2,8}.

A.2. Etiologi

Penelitian mengenai etiologi dari depresi pada anak dan remaja masih sangat kurang dilakukan karena diperlukan persyaratan khusus untuk melakukannya. Pada umumnya dianggap bahwa etiologi dari depresi pada anak dan remaja juga bersifat multifaktorial yaitu faktor biologis, psikologis dan sosio-budaya.

A.2.1. Yang termasuk faktor biologis adalah :

1. Faktor neurokimia, yaitu mono-amine neuro-transmitter (nor epinefrin dan serotonin). Depresi timbul jika kekurangan zat-zat tersebut.
3. Faktor neuro-endokrin, disini menyangkut sistim hipotalamus, korteks serebri dan sistim limbik. Pada depresi sistim ini mengalami gangguan.
4. Faktor neuro-imunologis. Pada depresi faktor ini juga terganggu.
5. Krono-biologi, yaitu suatu ritme biologis dari organisme hidup. Pada depresi ritme ini juga mengalami gangguan.
6. Faktor genetik ^{1,9}.

A.2.2. Yang termasuk faktor psikologis :

1. Teori psiko-analitik : depresi karena kehilangan obyek cinta sehingga individu mengadakan introjeksi yang ambivalen terhadap obyek cinta tersebut.

2. Teori cognitive-behavioral, depresi terjadi karena pandangan negatif terhadap diri sendiri.
3. Teori *learned helplessness* model, depresi terjadi karena trauma sehingga tidak berdaya menghadapi masa depan.
4. Teori sistem keluarga, depresi terjadi karena interaksi dalam keluarga.
5. Teori *self control model*, depresi terjadi karena tidak mempunyai kemampuan dalam salah satu dari pemantauan diri sendiri, penilaian diri sendiri atau menguatkan diri sendiri¹.

A.2.3. Yang termasuk faktor sosial :

1. Anak yang mengalami depresi lebih sering mengalami peristiwa yang negatif dibandingkan kelompok pembanding.
2. Anak dengan gangguan depresi sering mempunyai defisit dalam ketrampilan sosial. Terapi untuk memperbaiki kekurangan tersebut membawa hasil yang cukup memuaskan¹.

A. 3. Psikodinamika

Menurut Abraham 1927, Bowlby 1960, depresi pada masa anak dini ini berhubungan erat dengan kehilangan *love object* oleh karena anak belum mengadakan internalisasi daripada *maternal image* yang dikenal sebagai *object constant*. Sebagai akibat dari kehilangan ini, anak berduka dengan cara patologis. Duka cita yang dialami anak menyerupai rasa duka cita kronis pada orang dewasa yang tidak terselesaikan dan bermanifestasi dengan gejala klinis depresi. Menurut Bowlby, berduka baik pada anak maupun dewasa akan melewati fase-fase protes, putus asa dan melepaskan. Gejala dari fase protes adalah marah-marah, rasa bermusuhan dan menangis. Gejala dari fase putus

asa adalah kesedihan dan regresi yang bersifat sementara. Pada fase melepaskan anak tidak lagi menaruh perhatian pada obyek cintanya. Proses ini terjadi bersamaan dan menolong individu untuk mengatasi kehilangan. Anak yang berumur di bawah 6 tahun biasanya tidak mampu untuk mengatasi kehilangan secara efektif¹.

Menurut teori psikodinamika, kehilangan yang dialami oleh anak atau remaja berupa kehilangan obyek cinta, rasa harga diri atau rasa aman sejahtera. Bila depresi tidak dapat diatasi dengan baik dengan suatu obyek pengganti, yang meskipun bersifat tidak sepenuhnya, maka dalam diri anak akan sulit timbul perasaan empati terhadap orang lain. Anak mungkin juga bersikap kejam terhadap binatang dan anak lain. Pada masa dewasa ia mungkin akan menjadi orang yang sadistik, destruktif dan adakalanya perilaku membunuh orang lain dapat timbul¹.

Bila terjadi gangguan depresi pada tiga tahun pertama kehidupan, ada kemungkinan timbulnya pelbagai macam psikopatologi pada usia selanjutnya yaitu masa remaja dan dewasa seperti misalnya gangguan depresi berat, gangguan kepribadian narsistik, kenakalan remaja, penyalahgunaan zat, gangguan psiko-fisiologik dan psikosis¹.

A. 4. Gambaran klinis

Penelitian mengenai gambaran depresi pada anak sudah cukup banyak dilakukan. Hasil penelitian itu menunjukkan bahwa antara gambaran depresi yang terjadi baik pada bayi, anak dan remaja terdapat suatu kesamaan, tetapi faktor perkembangan seringkali mengaburkan gambaran klinis¹.

Manifestasi dari proses depresi pada anak ada 3 cara yaitu :

1. Fantasi yang muncul dalam mimpi, khayalan, cita-cita dan permainan anak serta dapat diperiksa dengan tes obyektif

2. Ekspresi verbal baik yang spontan maupun saat diwawancarai. Tema pembicaraan adalah rasa tidak berdaya dan putus asa, kematian atau bunuh diri, merasa diri bodoh, tidak berguna dan tidak menarik
3. Perasaan dan perilaku yang dapat diobservasi tanpa wawancara yaitu antara lain : retardasi psikomotor, kesedihan yang tampak dari sikap badan dan ekspresi wajah, menangis, gangguan nafsu makan dan tidur.

Disamping gejala depresi yang nyata seperti tersebut diatas, ada juga gejala yang disebut *gejala depresi terselubung* yaitu hiperaktivitas, agresivitas, gairah untuk belajar berkurang, kenakalan remaja dan keluhan psikosomatik. Perlu ditambahkan pula bahwa dalam pembahasan umum mengenai depresi pada anak, faktor regresi misalnya *ngompol* memainkan suatu peranan yang penting ^{1,4}.

Anak menggunakan pola pertahanan yang sama khusus untuk menghindari atau supaya tidak merasakan depresi. Pada tingkat pertama adalah fantasi yaitu bila depresi masih bersifat terselubung. Bila usaha ini tidak berhasil akan timbul pola pertahanan tingkat ke dua yaitu dengan ekspresi verbal, anak akan bercerita atau berkhayal dengan tema yang sedih. Perasaan sedih belum tampak secara nyata. Baru pada pola pertahanan tingkat ke tiga perasaan yang depresif akan menjadi nyata ^{1,8}.

Gambaran umum depresi pada anak dan remaja dibagi menjadi beberapa bagian, dibagi menurut umur, yaitu depresi pada usia 0-1 tahun, 2-3 tahun, 4-5 tahun, 6-12 tahun dan 13-18 tahun ^{1,8}.

A.4.1. Depresi pada usia 0-1 tahun.

Depresi dalam tahun pertama kehidupan berhubungan erat dengan kelekatan antara seorang bayi dan ibunya. Gangguan kelekatan itu dapat terjadi sebagai akibat tidak terdapatnya tokoh ibu atau penelantaran bayi oleh ibunya. Gejala ini sering terjadi pada bayi-bayi yang dirawat dalam panti asuhan. Gejala depresi pada usia ini antara lain banyak menangis dan menarik diri, berat badan tidak bertambah bahkan berkurang, sulit tidur, lebih rentan terhadap infeksi dan masuk angin, kelambatan perkembangan, ekspresi wajah lama-lama menjadi kaku dan tidak menunjukkan suatu perasaan tertentu sampai akhirnya kontak dengan manusia menjadi sulit dan tidak mungkin. Adapun prognosisnya jika keadaan diatas dapat diatasi dalam jangka 3-5 bulan, maka bayi-bayi itu akan dapat sembuh walaupun tidak sepenuhnya. Bila berlangsung lebih dari 5 bulan, maka gejalanya akan semakin parah dan akan menetap sampai besar^{1,8}.

A.4.2. Depresi pada usia 2-3- tahun.

Sedangkan gejala depresi pada usia 2-3 tahun mempunyai gejala-gejala klinis yaitu ekspresi wajah anak sedih, atau tidak punya ekspresi, melamun, mudah tersinggung atau menghindari kontak mata. Terdapat keterlambatan atau regresi motorik, berhenti makan atau nafsu makan berkurang, bisa timbul pica bahkan koprofagi, gangguan tidur, perkembangan kognitif dan bahasa terhambat atau regresi, enuresis, encopresis serta minat untuk bermain dan ingin tahu yang berkurang. Pada awal depresi anak bersifat negatif dan melawan tetapi lama-lama anak akan menjadi acuh tak acuh pada lingkungan^{1,8}.

A.4.3. Depresi pada usia 4-5 tahun.

Gejala depresi pada usia 4-5 tahun hampir sama dengan usia sebelumnya hanya disini anak akan lebih jelas mengeluhkan adanya keluhan-keluhan somatik, kurang bergairah ke sekolah sampai fobia sekolah dan mulai ada keinginan bunuh diri atau menyakiti diri sendiri^{1,8}.

A.4.4. Depresi pada usia 6-12 tahun.

Adapun gejala depresi pada anak sekolah (6-12 tahun) mempunyai gejala yang mirip dengan depresi pada usia dewasa. Gejala klinis khusus adalah sebagai berikut:

1. Ekspresi afek yang depresif dan disforik terjadi dengan fantasi yang patologis. Tema depresi antara lain kehilangan dan penolakan, disalahkan, dihambat dan dikritik, kematian dan bunuh diri. Tema ini muncul dalam permainan anak, lamunan dan mimpinya. Fantasi ini merupakan gejala yang penting dari depresi dan mungkin tidak terdapat gejala lainnya, penampilan dan perilakunya mungkin tidak terganggu.
2. Gangguan dalam prestasi sekolah dan hubungan dengan teman mungkin merupakan gejala pertama depresi. Anak kurang berminat untuk belajar, kehilangan motivasi dan tidak gembira dengan prestasi yang dicapainya. Bila seorang anak yang pandai tiba-tiba merosot prestasinya, segera harus dicari apa yang menjadi penyebabnya. Prestasi yang pertama kali menurun adalah dalam pelajaran yang sebelumnya memang kurang dikuasai. Juga perubahan perilaku anak perlu diperhatikan, misalnya dari periang jadi pendiam dan sebaliknya.
3. Pada sebagian besar anak terjadi hipomotilitas motorik, merasa gelisah, perilakunya canggung/kagok, menunjukkan agitasi dan bersifat *accident-prone*. Sebagian lagi karena temperamennya berbeda justru menunjukkan hiperaktivitas dan agresivitas.

4. Karena perkembangan super-ego dan perkembangan kognitif dari moralitas maka anak menunjukkan rasa bersalah yang cukup bermakna. Anak merasa rendah diri dan bersalah terhadap apapun yang dilakukannya sehingga sering minta maaf dan ketentraman dari orang lain. Bila dorongan agresif dan bermusuhan dalam diri anak direpresi, maka dorongan tersebut akan ditujukan terhadap dirinya sendiri, anak akan mempunyai kecenderungan untuk melukai diri sendiri dan juga untuk bunuh diri ^{1,8}.

A.4.5. Depresi pada usia 12-18 tahun.

Depresi pada remaja (12-18 tahun), agak berbeda dengan usia-usia sebelumnya karena sesuai dengan perkembangannya, seorang remaja normal mempunyai kecenderungan untuk depresi sehingga sulit untuk membedakannya dengan yang patologis. Gejala depresi pada remaja sangat menyerupai yang terdapat pada usia dewasa. Gejala lainnya mirip dengan yang telah dibicarakan pada fase anak sekolah. Beberapa perbedaannya adalah :

1. Timbulnya pubertas (kematangan seksual) pada remaja dapat terlambat bila ada gejala anoreksia dan penurunan berat badan. Hal ini terutama terjadi bila depresi yang diderita oleh remaja sudah bersifat kronis. Remaja dengan gejala depresi acapkali sulit untuk menerima perubahan yang terjadi karena pubertas. Sekresi hormonal dan stresor lingkungan dapat mendorong remaja dalam depresi yang cukup mendalam dan keinginan untuk bunuh diri.
2. Perkembangan kognitif mengalami hambatan yaitu dalam kemampuan untuk berpikir secara abstrak. Pada remaja bila cara berpikir masih konkrit, juga terdapat gejala menarik diri, isolasi dan *low energy level* maka akan menimbulkan kesan seolah-olah menderita gangguan kepribadian skizoid atau awal skizofrenia.

3. Harga diri yang rendah, perasaan tidak berdaya dan tidak ada harapan merupakan gejala yang menyolok. Adakalanya remaja mengatasi perasaan ini dengan menyangkal atau dengan menyalah-gunakan obat dan alkohol.
4. Perilaku antisosial acapkali juga merupakan gejala depresi pada remaja ^{1,8}.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan gambaran klinik depresi pada umur-umur yang berbeda adalah :

1. Faktor kematangan dan pertumbuhan anak
2. Faktor ingatan terhadap suatu obyek
3. Faktor ketidakmampuan anak untuk menilai realitas secara tepat
4. Faktor belum berkembangnya perasaan hati nurani ².

A. 5. Diagnosis

Menurut DSM IV TM, gejala inti dari episode depresi mayor pada anak-anak dan dewasa adalah sama, meskipun beberapa data menyebutkan beberapa karakteristik gejala dapat berubah sesuai umur. Beberapa gejala seperti keluhan somatik, iritabilitas dan adaptasi sosial yang buruk adalah gejala yang paling sering pada anak-anak, sedangkan kemunduran psikomotor, banyak tidur dan waham lebih sering pada anak-anak pra-pubertas dibandingkan remaja dan dewasa. Adapun kriteria diagnostik episode depresi berat dapat dilihat dalam tabel di bawah ini ^{10,11}.

Tabel 1. Kriteria diagnostik Episode Depresi Berat

-
- A. Lima atau lebih gejala berikut ditemukan selama periode dua minggu yang sama dan mewakili perubahan dari fungsi sebelumnya; sekurangnya satu dari gejala adalah salah satu dari (1) mood terdepresi atau (2) hilangnya minat atau kesenangan.
- Catatan :** jangan memasukkan gejala yang jelas karena suatu kondisi medis umum, atau waham atau halusinasi yang tidak sesuai dengan mood.
1. mood terdepresi sepanjang hari, hampir setiap hari, seperti yang ditunjukkan oleh laporan subyektif (misalnya merasa sedih atau kosong) atau pengamatan yang dilakukan orang lain (misalnya tampak sedih). **Catatan:** pada anak-anak dan remaja, dapat berupa mood yang mudah tersinggung.

2. Hilangnya minat atau kesenangan secara jelas dalam semua, atau hampir semua, aktivitas sepanjang hari, hampir setiap hari (seperti yang ditunjukkan oleh keterangan subyektif atau pengamatan orang lain)
3. Penurunan berat badan yang bermakna jika tidak melakukan diet atau penambahan berat badan (misalnya, perubahan berat badan lebih dari 5% dalam satu bulan), atau penurunan atau peningkatan nafsu makan hampir setiap hari. **Catatan:** pada anak-anak pertimbangkan kegagalan untuk mencapai penambahan berat badan yang diharapkan.
4. Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari.

Sambungan tabel kriteria diagnostik...

5. Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari (dapat dilihat oleh orang lain, tidak semata-mata perasaan subyektif adanya kegelisahan atau menjadi lamban)
 6. Kelelahan atau hilangnya energi hampir setiap hari
 7. Perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan atau tidak tepat (mungkin bersifat waham) hampir setiap hari (tidak semata-mata mencela diri sendiri atau menyalahkan karena sakit)
 8. Hilangnya kemampuan untuk berpikir atau memusatkan perhatian, atau tidak dapat mengambil keputusan, hampir setiap hari (baik oleh keterangan subyektif atau seperti dilihat orang lain)
 9. Pikiran akan kematian yang rekuren (bukan hanya takut mati), ide bunuh diri yang rekuren tanpa rencana spesifik, atau usaha bunuh diri atau rencana khusus untuk melakukan bunuh diri.
- B. Gejala tidak memenuhi kriteria untuk episode campuran
- C. Gejala menyebabkan penderitaan yang bermakna secara klinis atau gangguan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lain.
- D. Gejala bukan karena efek fisiologis langsung dari suatu zat (misalnya obat yang disalahgunakan, suatu medikasi) atau suatu kondisi medis umum misalnya hipotiroidisme
- E. Gejala tidak lebih baik diterangkan oleh duka cita, yaitu setelah kehilangan orang yang dicintai, gejala menetap lebih dari 2 bulan atau ditandai oleh gangguan fungsional yang jelas, preokupasi morbid dengan rasa tidak berharga, ide bunuh diri, gejala psikotik atau retardasi psikomotor.

Tabel dari DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, ed 4. Hak cipta American Psychiatric Association, Washington, 1994. Digunakan dengan ijin

Selain dari DSM IV TM, Poznanski (1985) juga membuat kriteria diagnostik depresi

pada anak, dengan kriteria diagnostik sebagai berikut:

- A. Gejala utama : isi pembicaraan yang tidak menyenangkan, perasaan yang tidak menyenangkan, raut muka, sikap dan tingkah laku yang tidak menyenangkan dan estimasi diri yang rendah.
- B. Gejala tambahan: sulit tidur, keluhan lelah yang menyolok, gangguan psikomotor yaitu agitasi atau terhambat, pikiran bunuh diri, kurang interest, perasaan berdosa, menurunnya nafsu makan, penarikan diri secara sosial, keluhan-keluhan somatik, gangguan fungsi kognitif, perubahan sikap terhadap sekolah ².

Sedangkan PPDGJ III memasukkan gangguan ini pada gangguan campuran tingkah laku dan mental dengan kode F.92.¹²

A. 6. Diagnosis banding

Karena sering ditemukan bentuk depresi terselubung pada anak, yang gejalanya dapat berbentuk gangguan tingkah laku, keluhan somatik, berkurangnya nafsu makan, turunnya berat badan, maka depresi pada anak sering dikacaukan dengan gangguan tingkah laku dan penyakit-penyakit fisik. Sedang pada remaja selain penyakit fisik juga sering dikacaukan dengan kenakalan remaja bahkan sampai penyalahgunaan alkohol atau zat terlarang lainnya².

A. 7. Tatalaksana depresi pada anak dan remaja

Tatalaksana depresi pada anak dan remaja meliputi psikoterapi, terapi lingkungan dan farmakoterapi. Ketiga jenis terapi tersebut biasanya digunakan secara bersamaan.

A.7.1. Psikoterapi.

Terapi yang pertama-tama harus diberikan adalah terapi keluarga. Jenis terapi yang digunakan tergantung daripada derajat depresi dan umur anak serta intelegensi, motivasi dan kemampuan adaptasi dari orang tua.

Tujuan dari terapi keluarga adalah untuk menghilangkan deprivasi maternal, mengurangi penolakan dan celaan terhadap anak serta meningkatkan kesadaran mengenai kebutuhan anak. Bila dengan terapi keluarga saja anak belum menunjukkan kemajuan, biasanya dibutuhkan psikoterapi individual untuk anak sendiri¹.

Terapi individual yang dapat dipertimbangkan adalah terapi bermain yang biasanya berdasarkan prinsip psikodinamik¹.

A.7.2. Terapi lingkungan.

Gangguan jiwa pada anak dan remaja pada umumnya disebabkan oleh faktor lingkungan sehingga penanganan lingkungan juga harus diperhatikan selain psikoterapi dan obat-obatan. Disini yang dilakukan adalah *family therapy* ¹.

A.7.3. Farmakoterapi.

Terapi obat-obatan pada anak harus dilakukan dengan hati-hati karena terdapat perbedaan dalam aspek farmakokenetik dan farmakodinamik.. Obat hanya diberikan bila evaluasi dan koreksi keluaran telah dilakukan. Antidepresan yang sering digunakan adalah golongan Trisiklik dan *Serotonin Selectif Reuptake Inhibitor* (SSRI) ^{1,2}.

A. 8. Prognosis

Prognosis depresi pada anak dan remaja tergantung dari :

1. penyebabnya : dapat dikoreksi atau tidak
2. bentuk klinis : akut, kronik atau tersamar
3. ada atau tidaknya tindakan bunuh diri
4. keadaan pramorbid : sesuai tidak dengan umur anak
5. ada tidaknya keluarga yang menderita penyakit serupa ².

B. Pokok-pokok psikodinamika keluarga

Keluarga sudah ada sejak zaman prasejarah dan kemungkinan akan tetap ada sampai akhir jaman. Keluarga merupakan unit sosial yang terkecil dan terpenting untuk perkembangan psikologis, interaksi emosional dan mempertahankan harga diri. Keluarga harus dianggap sebagai suatu sistem yang mempunyai fungsi dan tujuan tertentu. Fungsi itu dijalankan oleh anggotanya yang masing-masing mempunyai peranan dan fungsi yang

berbeda. Disamping itu keluarga juga mempunyai norma-norma yang hanya berlaku dalam keluarga tertentu saja. Dalam keluarga terdapat suatu keseimbangan yang dinamis, secara terus menerus terjadi interaksi dan transaksi sehingga perilaku seorang anggota keluarga akan berpengaruh terhadap seluruh keluarga⁴.

Keluarga mempunyai dua fungsi yaitu kedalam dan keluar. Fungsi kedalam adalah perlindungan sosial dari anggotanya dan fungsi keluar adalah untuk menyesuaikan diri dengan kebudayaan. Disamping itu keluarga juga menyalurkan kebudayaan kepada anggotanya⁴.

Tugas keluarga adalah sebagai berikut :

1. Menyediakan kebutuhan dasar fisik yaitu : makanan, pakaian dan perumahan
2. Mengembangkan koalisi perkawinan
3. Membina proses tumbuh kembang anak yang dilahirkan dalam keluarga dengan :
 - a. menggunakan cara pengasuhan anak yang sesuai dengan usianya
 - b. mempertahankan koalisi orang tua
 - c. mempertahankan batas antar generasi
 - d. membina peranan laki-laki dan wanita secara wajar
 - e. meneruskan kebudayaan kepada keturunannya.
4. Mengembangkan koalisi antar saudara kandung

Keluarga yang normal tidak dapat dibedakan dari keluarga yang “ terganggu “ dengan hanya melihat banyaknya masalah yang dihadapi. Jika suatu keluarga berfungsi dengan baik, maka masalah yang banyak tidak akan menjadi persoalan dan sebaliknya.

Ciri-ciri dari keluarga yang berfungsi dengan baik adalah :

1. Setiap anggota keluarga mempunyai peranan yang jelas yang diikuti dengan tugas dan kewajiban
2. Hubungan antara anggota keluarga hangat dan mesra tetapi pada waktu yang bersamaan menghormati keterpisahan dari setiap anggota keluarga.
3. Menerima dan menghormati bersama peraturan-peraturan yang mengatur sikap dan perilaku keluarga.
4. Mampu untuk menghadapi tantangan dan perubahan keadaan yang dapat diperkirakan sebelumnya maupun yang tidak terduga dan tidak didominasi oleh mitos atau kebiasaan pada masa lalu
5. Komunikasi yang jelas, terbuka dan langsung antara anggota keluarga termasuk toleransi untuk konflik dan kesiapan untuk menghadapi perbedaan pendapat yang terjadi
6. Keluarga inti mampu untuk berhubungan langsung dengan kelompok sosial yang bermakna misalnya sekolah, teman, rekan kerja, tetangga serta lainnya.

Dikatakan keluarga-keluarga yang berfungsi dengan baik mempunyai beberapa ketrampilan dasar yaitu ketrampilan untuk mengadakan komunikasi dan mengatasi konflik, ketrampilan untuk mengadakan komunikasi dan mengatasi konflik, ketrampilan untuk menghadapi kemarahan dan mengadakan negosiasi bila terjadi perbedaan pendapat. Juga ditambahkan bahwa dalam keluarga yang berfungsi dengan baik biasanya tidak ada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa⁴.

Yang dimaksud fungsi keluarga di sini adalah fungsi afeksi, fungsi perlindungan, fungsi sosialisasi, fungsi seksual, fungsi reproduksi, fungsi ekonomis dan fungsi

penentuan status. Jika salah satu fungsi terganggu dapat menimbulkan ketidakseimbangan dalam keluarga tersebut, dan keadaan ini dapat menimbulkan krisis⁴.

C. Stresor Psikososial

Stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang (anak, remaja, atau dewasa) sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi atau menanggulangi stresor yang timbul¹³.

Penilaian berat ringan faktor stresor didasarkan atas penentuan seberapa berat hal yang sama akan diderita oleh individu pada umumnya yang mempunyai latar belakang sosio-budaya yang sama dan bukan atas dasar seberapa berat stresor itu dihayati secara subyektif, atau kepekaan individu itu, meskipun suatu stresor spesifik dapat memberi dampak lebih besar terhadap seseorang yang lebih rentan atau menderita konflik batin tertentu¹³.

Stresor psikososial harus ditentukan jenisnya dan taraf berat ringannya agar memudahkan formulasi terapi di dalam upaya menghilangkan stresor tersebut atau membantu individu menanggulangnya. Pada umumnya jenis stresor digolongkan sebagai berikut, yaitu perkawinan, problem orang tua, hubungan interpersonal, pekerjaan, lingkungan hidup, keuangan, hukum, perkembangan dan penyakit fisik atau cedera¹³.

Faktor keluarga bagi anak dan remaja terutama adalah hubungan buruk atau dingin antar orang tua, terdapat gangguan fisik atau mental dalam anggota keluarga, cara pendidikan anak yang berbeda oleh kedua orang tua atau oleh kakek nenek, sikap orang tua yang dingin atau acuh tak acuh terhadap anak, sikap orang tua yang keras atau kasar pada anak, campur tangan atau perhatian berlebihan dari orang tua terhadap anak, orang tua

jarang di rumah atau terdapatnya istri lain, sikap atau kontrol yang tidak konsisten, kontrol yang tidak cukup, kurang stimulasi kognitif atau sosial, menjadi anak angkat, yatim piatu, dirawat di rumah sakit dan kemiskinan ¹³

Penilaian berat ringannya stresor dapat di lihat pada tabel di bawah ini

Tabel 2. Contoh pemakaian dan penilaian stresor psikososial

Kode	Istilah	Contoh pada anak/remaja
0	tak ditentukan	tidak ada / tak dapat diterapkan
1	tidak ada	tidak ada stresor psikososial yang berarti
2	sedikit	berlibur dengan keluarga, ulangan rutin di sekolah
3	ringan	memasuki tahunajaran baru, pengawasan orang tua yang kurang efektif, mendapat guru baru, ulangan umum
4	sedang	pindah rumah, pindah sekolah, pertengkaran yang berlarut antar orang tua, kelahiran adik, saudara menderita sakit, ujian akhir, poligami orang tua, mencari nafkah tambahan untuk membantu ongkos sekolah
5	berat	perceraian orang tua, perawatan di rumah sakit, kematian kawan dekat, disiplin orang tua yang terlalu keras dan ketat secara terus menerus, penangkapan, penyakit berat pada anggota keluarga, diskriminasi di sekolah atau lingkungan, putus sekolah karena ekonomi orang tua, disiplin yang tidak menentu.
6	sangat berat	kematian orang tua / saudara, penganiayaan, perkosaan berulang, penyakit atau cedera berat sehingga menyebabkan kelumpuhan
7	malapetaka	kematian beberapa anggota keluarga

Tabel dikutip dari PPDGJ II

Perlu dicatat, bahwa contoh diatas menunjukkan berat ringan masing-masing stresor secara relatif dan bukan merupakan kumulatif. Penentuan berat ringannya bergantung pada penilaian klinis ¹³.

BAB III.

PANTI ASUHAN SOS DESA TARUNA

SOS Desa Taruna adalah sebuah yayasan sosial yang bertujuan untuk membantu, mengasuh dan memberi masa depan yang cerah pada anak-anak yatim piatu dan kurang beruntung. Yayasan ini berpusat di Austria, dan tersebar di seluruh dunia. Di Indonesia terdapat empat desa Taruna yaitu di Jakarta, Bandung, Semarang, dan Bali. Anak-anak yang di bantu berasal dari berbagai latar belakang, dengan tidak membedakan suku, agama dan ras dengan memberi kembali kasih sayang melalui keluarga, rumah tinggal dan dasar kehidupan yang memadai agar kelak memiliki kehidupan yang mandiri. Di utamakan adalah anak yang terbuang dari orang tua, anak yatim piatu, anak piatu, anak yatim dan anak dari keluarga miskin.

Asal nama SOS Desa Taruna sendiri berawal dari SOS yang berarti *Save Our Soul*, kemudian karena panti asuhan dibentuk seperti sebuah lingkungan tersendiri atau desa dan disesuaikan dengan nama Indonesia, maka nama SOS dirubah menjadi SOS Desa Taruna.

Pendanaan Yayasan masih dipusatkan dengan Yayasan di Jakarta. Semua sumbangan dari donatur dikumpulkan di pusat untuk kemudian dikelola dan dibagi sesuai kebutuhan ke desa-desa yang ada. Satu anak dihitung Rp 300.000,-/bulan. Dan donatur diharapkan jika menyumbang menyebutkan untuk berapa anak. Donatur tidak terbatas dari dalam dan luar negeri, tetapi semua atas nama perorangan tidak berupa yayasan dan sifatnya tidak mengikat.

Prinsip dasar pendidikan dan psikologis yang jelas dan terarah dalam pengasuhan SOS Desa Taruna menghantarkan anak-anak menuju kemandirian melalui cara pengasuhan berdasarkan :

1. Kasih sayang, rasa aman dan berkesinambungan dalam keluarga SOS Desa Taruna
2. Pendidikan yang bermutu di sekolah, perguruan tinggi ataupun lembaga ketrampilan
3. Fasilitas ketrampilan yang beragam untuk kegiatan pengembanganbakat dan minat

Anak-anak SOS Desa Taruna tumbuh dan berkembang dalam lingkungan yang dinilai oleh para ahli sebagai “ terbaik setelah keluarga alami “. Mereka tinggal bersama “ ibu asuh “ dan “ kakak-adik “ dalam satu rumah.

Rumah dalam desa terdiri satu ibu asuh dan 9-12 anak, disesuaikan dengan kemampuan ibu asuh. Agama disesuaikan juga dengan ibu jadi ada rumah muslim dan rumah non muslim. Pengeluaran sebulan untuk makan ditanggung yayasan dan dikelola ibu asuh. Sekolah dan lain-lain di tangani langsung oleh yayasan.

Para pendidik dan ibu asuh membesarkan, mendidik, mengasuh dan memperhatikan kebutuhan fisik, emosional, spiritual dan kognisi anak-anak yang dipercayakan kepada mereka. Anak-anak di bantu SOS Desa Taruna sampai mereka mandiri.

Saat ini di SOS Desa Taruna terdapat 14 rumah dengan 14 ibu asuh tetap, 2 ibu asuh tidak tetap yang berfungsi membantu dan menggantikan tugas ibu asuh tetap jika mereka berhalangan atau cuti. 3 orang pembina (laki-laki) yang juga tinggal disana, yang berfungsi untuk urusan anak-anak keluar panti, 1 orang perawat yang menetap juga dan 1 orang pemimpin panti yang bertanggung jawab pada semua kegiatan dan kejadian di panti, pemimpin panti menetap disana juga.

Empat prinsip dasar dari panti asuhan SOS Desa Taruna:

A. IBU ASUH

Setiap anak memiliki seorang ibu asuh yang tetap. Seorang ibu asuh mengemban peran keibuannya dengan menyayangi, memperhatikan anak dan mendapat kebahagiaan sebagai layaknya seorang ibu kandung. Dalam keluarga, ibu asuh adalah kepala keluarga yang menjalankan kegiatan rumah tangga bersama anak-anak.

Seorang ibu asuh mempunyai persyaratan antara lain sudah pernah mempunyai anak, tetapi saat ini sudah tidak bersuami. Anak kandung tidak boleh menemui ibunya di panti, tetapi ibu mempunyai hak cuti untuk pulang ke rumahnya. Seorang calon ibu asuh dilatih selama 2 bulan, kemudian dikontrak selama dua tahun, dapat diperpanjang apabila diperlukan.

B. KAKAK-ADIK

Keluarga SOS Desa Taruna terdiri dari seorang ibu asuh dan 8 – 10 anak. Saudara sekandung tinggal bersama. Demikian pula anak laki-laki dan perempuan dengan usia yang bervariasi tinggal serumah.

C. RUMAH

Setiap keluarga SOS Desa Taruna memiliki sebuah rumah sendiri. Rumah ini merupakan tempat tinggal baru dan permanen bagi tiap anak. Rumah dirancang untuk keluarga besar, dan ada ruang keluarga atau ruang makan sebagai pusat kegiatan keluarga. Ibu asuh memiliki kamar tersendiri dan 3 sampai 4 anak tinggal dalam satu kamar.

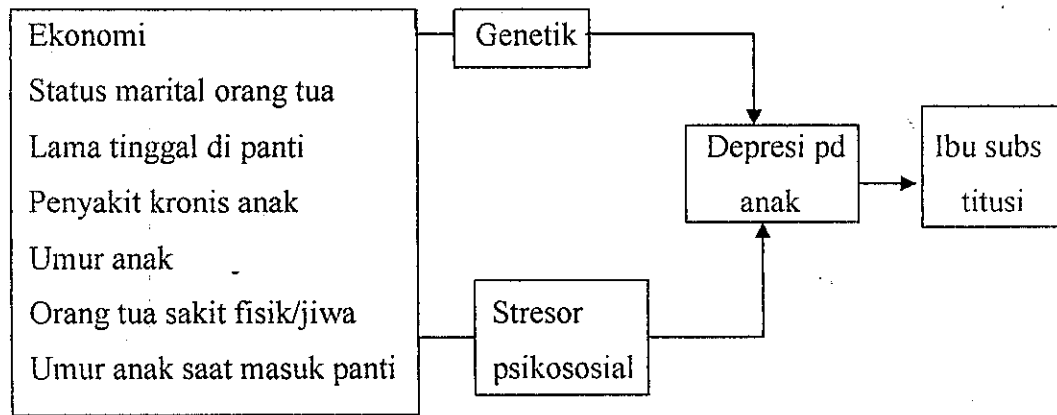
D. DESA

Sebuah SOS Desa Taruna terdiri dari 12 – 15 rumah keluarga. SOS Desa Taruna biasanya terletak di lokasi yang indah dekat sebuah kota besar. Didirikannya SOS Desa Taruna juga bertujuan sebagai jembatan bagi anak-anak untuk hidup di tengah masyarakat. Sedangkan keluarga tidak terlepas dari bagian integral dari kehidupan di sekitar Desa Taruna.

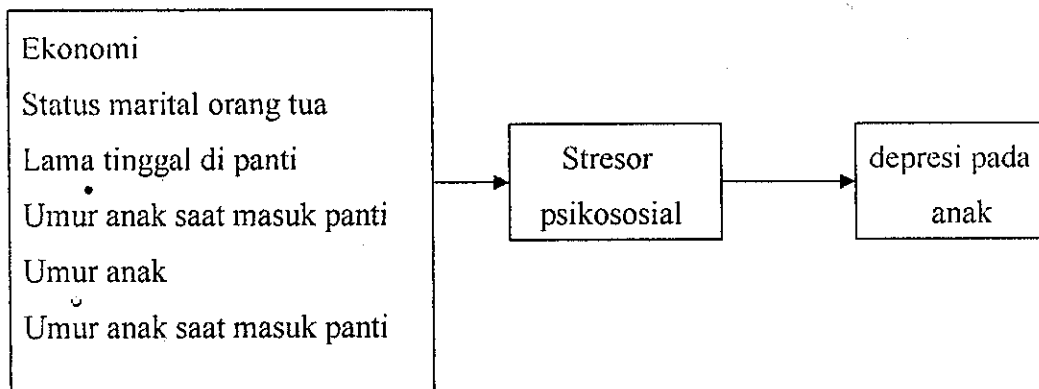
BAB IV.

KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP

A. Kerangka teori



B. Kerangka konsep



Keterangan :

1. Genetik dihilangkan karena kesulitan pemeriksaan
2. Penyakit kronis anak termasuk kriteria eksklusi
3. Ibu substitusi dihilangkan karena semua anak di panti asuhan SOS Desa Taruna mempunyai ibu substitusi
4. Depresi pada anak ditegakkan dengan alloanamnesis dari ibu substitusi dan autoanamnesis sesuai kriteria depresi menurut DSM IV TM.

BAB V.

HIPOTESIS

1. Ada hubungan antara status ekonomi orang tua dengan terjadinya depresi pada anak dan remaja di panti asuhan SOS Desa Taruna.
2. Ada hubungan antara usia anak masuk panti asuhan dengan terjadinya depresi pada anak dan remaja di panti asuhan SOS Desa Taruna
3. Ada hubungan antara usia anak saat ini dengan terjadinya depresi pada anak dan remaja di panti asuhan SOS Desa Taruna.
4. Ada hubungan antara status marital orang tua dengan terjadinya depresi pada anak dan remaja di panti asuhan SOS Desa Taruna.
5. Ada hubungan antara lama tinggal di panti asuhan SOS Desa Taruna dengan timbulnya depresi pada anak dan remaja

BAB VI.

METODA PENELITIAN

A. Rancangan penelitian

Penelitian ini merupakan suatu penelitian non eksperimental dengan pendekatan studi belah lintang (*cross sectional study*)

B. Tempat penelitian -

Penelitian ini dilaksanakan di Panti Asuhan SOS Desa Taruna Semarang, Jalan Durian KM 1 Pedalangan Banyumanik Semarang.

C. Waktu penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan mulai September 2002 – September 2003 (1 tahun)

D. Populasi dan sampel penelitian

Populasi dan sampel penelitian ini adalah sama yaitu semua anak dan remaja usia 0–19 tahun yang tinggal di Panti Asuhan SOS Desa Taruna.

E. Kriteria inklusi

Yang menjadi kriteria inklusi dari penelitian ini adalah :

- Semua anak dan remaja usia 0 – 19 tahun yang tinggal di panti asuhan SOS Desa Taruna
- Ibu asuh masing-masing anak yang dimaksud bersedia diwawancarai

- Minimal sudah tinggal 3 bulan di panti asuhan SOS Desa Taruna
- Anak tidak menderita sakit fisik yang kronis

o

F. Besar sampel

Berdasarkan variabel yang digunakan, besar sampel minimal dihitung dengan rumus

$$N = \frac{4z^2 PQ}{W^2}$$

Keterangan :

- N = jumlah-sampel
- $Z\alpha^2$ = tingkat kepercayaan 95% = 1.960
- P = perkiraan proporsi sampel = 0,35
- Q = (1-P) = 0.65
- d = tingkat ketepatan absolut = 0,10
- w = lebar ketepatan = (2xd) = 0.20

Pada perhitungan didapatkan N = 87,4 dibulatkan menjadi 88

G. Cara pengambilan sampel

Sampel pada penelitian ini adalah populasi yang memenuhi kriteria inklusi. Dimana dicari data secara umum dan ada atau tidaknya gejala-gejala yang menunjukkan adanya depresi pada anak dan remaja (kuesener terlampir). Data didapat dari data sekunder milik Panti Asuhan SOS Desa Taruna dan wawancara dengan ibu asuh dari tiap rumah.

H. Alat ukur

Kuesener yang berisi data identitas secara umum masing-masing anak, pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan variabel bebas dan pertanyaan-pertanyaan yang berhubungan dengan gejala-gejala depresi pada anak dan remaja yang sesuai dengan kriteria umum depresi menurut DSM IVTM.

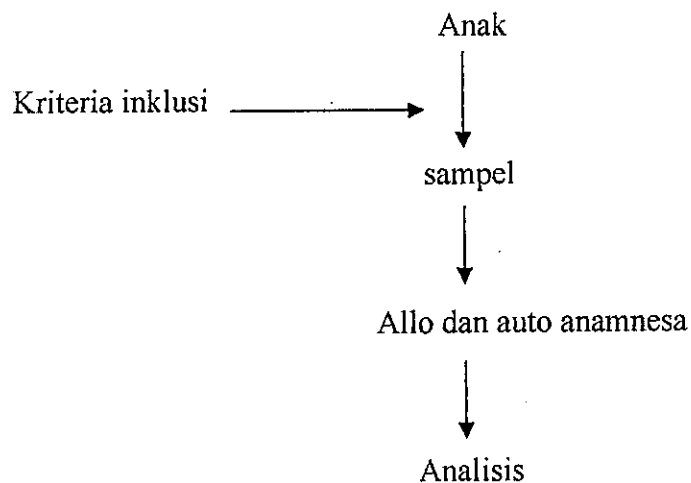
I. Variabel penelitian

Variabel bebas adalah faktor ekonomi, status marital orang tua, umur anak saat masuk panti, lama tinggal di panti dan umur anak saat ini. Variabel tergantung adalah depresi pada anak dan remaja.

J. Analisis data

Semua variabel akan diuji normalitasnya dan kemudian dideskripsikan secara univariat. Uji bivariat dilakukan dengan memakai X^2 dan t-tes untuk melihat hubungan antara variabel karakteristik anak, orang tua kandung dan dengan kejadian depresi pada anak dan remaja.

K. Alur penelitian



L. Definisi operasional

L.1. Karakteristik anak.

- Lamanya berada di panti yang dihitung dalam tahun, skala interval

- Jenis kelamin yaitu laki-laki dan perempuan, skala nominal
- Umur anak saat masuk panti asuhan yaitu umur dalam tahun saat anak diterima di dalam panti asuhan, skala interval
- Umur anak yaitu umur anak saat ini, skala interval
- Suku bangsa yaitu daerah asal anak, skala nominal
- Agama yaitu agama dipeluk anak (d disesuaikan dengan orang tua kandung), skala nominal

L.2. Alasan anak diserahkan ke panti asuhan

Meliputi alasan ekonomi (kurang) dan non ekonomi, skala nominal

L.3. Status marital

Status perkawinan orang tua, apakah orang tua cerai, berpisah atau salah satu dari orang tua tidak diketahui. Dikatakan normal jika kedua orang tua kandung masih ada dan tinggal serumah.

L.4. Depresi anak dan remaja

Ditegaskan berdasarkan alloanamnesis dengan ibu substitusi dan autoanamnesis pada anak secara langsung untuk mendapat gejala depresi sesuai dengan kriteria depresi DSM IV TM. Format wawancara dibuat berbentuk kuesener supaya lebih mudah (terlampir)

M. Keterbatasan penelitian

1. Latar belakang ibu substitusi yang berlainan, tetapi variabel ini dianggap terkontrol karena tes seleksi dan latihan yang dilakukan oleh pihak panti asuhan dalam menentukan ibu substitusi
2. Unsur genetik tidak diperiksa

BAB VII.

HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik subyek penelitian

Penelitian determinan depresi pada anak dan remaja di Panti Asuhan SOS Desa Taruna Semarang ini dilakukan selama satu tahun terhitung mulai tanggal 1 September 2002 sampai dengan 1 September 2003. Anak yang mengikuti penelitian ini sebanyak 103 orang mulai dari 0 tahun sampai 19 tahun.

A.1. Karakteristik anak

Dari 103 sampel yang dievaluasi didapatkan anak laki-laki 67 (65,0 %) dan perempuan 36 (36,0 %). Yang beragama muslim sebanyak 46 (44,7 %) dan non muslim 57 (55,3 %). Suku bangsa meliputi Jawa 71 (68,9 %), Flores 28 (27,2 %), Cina 1 (1,0 %), Sunda 1 (1,0 %) dan Melayu 2 (1,9 %). Usia rerata (Simpang Baku=SB) 10,79 (4,50) tahun, usia minimum 1 tahun dan usia maksimum 19 tahun. Usia rerata saat masuk panti adalah 4,038 (3,70) tahun, usia minimum 0 tahun dan maksimum 14 tahun. Lama tinggal di panti rerata 7,53 (4,84) tahun, lama tinggal minimum 0 tahun dan lama tinggal maksimum 19 tahun. Anak dan remaja yang mengalami depresi adalah 38 (36,9 %), sedang sisanya 65 (63,1 %) tidak memenuhi kriteria diagnostik depresi.

Tabel 3. Karakteristik umum responden

Karakteristik Umum	n(%)	Rerata (SB)
Jenis kelamin		
Laki-laki	67 (65)	
Perempuan	36 (35)	
Agama		
Muslim	46 (44,7)	
Non muslim	57 (55,3)	
Suku bangsa		
Jawa	71 (68,9)	
Flores	28 (27,2)	
Cina	1 (1)	
Sunda	1 (1)	
Melayu	2 (1,9)	
Depresi		
Ya	38 (36,9)	
Tidak	65 (63,1)	
Umur anak sekarang (tahun)		10,79 (4,50)
Umur anak saat masuk (tahun)		4,04 (3,70)
Lama tinggal di Panti (tahun)		7,53 (4,84)

A. 2. Alasan anak dimasukkan ke panti asuhan

Sedangkan beberapa alasan yang menyebabkan anak dimasukkan ke panti asuhan meliputi alasan status marital orang tua sebanyak 48 (46,6 %) dan alasan ekonomi sebanyak 54 (52,4 %)

Tabel 4. Alasan anak dimasukkan ke panti asuhan. (status marital)

Alasan	n (%)
Status marital orang tua	48 (46,6)
Bukan st marital orang tua	59 (52,4)

Tabel 5. Alasan anak dimasukkan ke panti asuhan (ekonomi)

Alasan	n (%)
Ekonomi	59 (52,4)
Non ekonomi	48 (46,6)

B Hubungan depresi dengan karakteristik subyek

B.1. Hubungan status marital orang tua dengan depresi

Tabel 6. Hubungan status marital orang tua dengan depresi pada anak dan remaja

		Depresi		
		Ya n(%)	Tidak N(%)	Total n(%)
Status marital	Diharapkan	15 (39,5)	33 (50,8)	48 (46,6)
	Tidak diharapkan	23 (60,5)	32 (49,2)	55 (53,4)
	Total	38 (100)	65 (100)	103 (100)

$$X^2 = 1,230 ; df=1 ; p=0,310$$

Dari tabel 6 terlihat bahwa tidak ada hubungan antara status marital orang tua dengan terjadinya depresi pada anak dan remaja ($p > 0,05$).

B.2. Hubungan status ekonomi dengan depresi

Tabel 7. Hubungan status ekonomi dengan depresi pada anak dan remaja

		Depresi		
		Ya n(%)	Tidak n(%)	Total n(%)
Alasan ekonomi	Ya	23 (60,5)	31 (47,7)	54 (52,4)
	Tidak	15 (39,5)	34 (52,3)	49 (47,6)
Total		38 (100)	65 (100)	103 (100)

$$X^2 = 1,584 ; df=1 ; p=0,227$$

Dari tabel 7 juga didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status ekonomi orang tua dengan terjadinya depresi pada anak dan remaja ($p > 0,05$).

B.3. Hubungan uji beda rerata beberapa variabel dengan depresi pada anak dan remaja

Tabel 8. Rerata umur anak saat masuk panti asuhan dengan depresi

Depresi	n	Rerata (SB)
Ya	38	4,4 (3,17)
Tidak	65	3,8 (3,99)
F = 3,164 t = 0,799 p = 0,426		

Tabel 9. Rerata lama tinggal anak di panti asuhan dengan depresi

Depresi	n	Rerata (SB)
Ya	38	8,3 (4,95)
Tidak	65	7,1 (4,76)
F = 0,162 t = 1,171 p = 0,244		

Tabel 10. Rerata umur anak saat ini dengan depresi

Depresi	n	Rerata (SB)
Ya	38	11,8 (3,66)
Tidak	65	10,2 (4,84)
F = 6,684 t = 2,032 p = 0,045*		

Dari tabel 8, 9 dan 10 tampak bahwa umur anak saat masuk panti dan lama tinggal anak di panti ternyata tidak berhubungan secara bermakna dengan terjadinya depresi pada anak dan remaja ($p > 0.05$). Tetapi umur anak saat ini berhubungan secara bermakna dengan terjadinya depresi pada anak dan remaja, di mana semakin tua anak kemungkinan terjadinya depresi semakin besar ($p = 0,045$).

BAB VIII.

PEMBAHASAN

Seperti yang telah dinyatakan pada awal tulisan, penelitian ini terutama bertujuan untuk mengetahui prevalensi dan determinan depresi pada anak dan remaja di panti asuhan SOS Desa Taruna di Semarang.

Prevalensi atau angka kejadian depresi anak dan remaja di panti asuhan SOS Desa Taruna adalah 36,9%.

A. Hipotesis

A.1. Hipotesis 1.

Dengan *chi-square tes*, maka terlihat bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status ekonomi orang tua dengan terjadinya depresi pada anak dan remaja.

Dalam teori mengenai keluarga dikatakan bahwa salah satu dari fungsi keluarga adalah fungsi ekonomi, dimana jika fungsi ini terganggu akan menimbulkan ketidakseimbangan dalam keluarga tersebut dan hal ini merupakan suatu stresor psikososial dengan taraf sedang sampai berat yang dapat menimbulkan suatu gangguan psikiatri pada anak dan remaja dalam keluarga tersebut, termasuk depresi.^{4,6,13}

Pada penelitian ini faktor ekonomi orang tua tidak mempengaruhi terjadinya depresi pada anak dan remaja di panti asuhan SOS Desa Taruna dikarenakan kondisi keuangan panti yang cukup baik dan kebutuhan materi dari anak dan remaja di panti tersebut sangat tercukupi sehingga walaupun anak dari keluarga dengan ekonomi kurang, saat di panti

anak tidak merasakan kekurangan tersebut karena sudah dipenuhi oleh panti asuhan. Sehingga hal ini tidak menjadi suatu stresor psikososial bagi anak dan remaja tersebut.

A.2. Hipotesis 2 dan 5

Dengan *t-test*, maka terlihat bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara usia anak masuk panti dan lama anak tinggal di panti dengan terjadinya depresi pada anak dan remaja.

Menurut teori-teori perkembangan anak, dikatakan bahwa anak yang dimasukkan dalam panti asuhan pada usia tertentu dan semakin muda anak dimasukkan ke panti asuhan akan semakin banyak kelainan psikiatri yang didapatkan. Hal ini berhubungan dengan teori kelekatan ibu dan anak saat bayi sampai usia 3 tahun. Dimana kelekatan ini sangat berpengaruh pada kematangan emosi seorang anak, dan kematangan emosi seorang anak ini akan membuat seorang anak tahan atau tidak terhadap suatu stresor psikososial. Anak dengan fase kelekatan terganggu maka emosinya akan tidak matang dan lebih tidak tahan stres dibanding yang fase kelekatan dilewati dengan baik, dan ini akan menimbulkan gangguan psikiatri termasuk depresi pada anak tersebut.^{6,14,15}

Anak yang tinggal di panti asuhan pasti akan timbul masalah pada fase kelekatanannya. Karena anak terpisah dari ibu, tempat tinggal atau obyek kelekatan lainnya. Pindah ke lingkungan baru juga merupakan suatu stresor psikososial taraf sedang, sehingga akan lebih mudah terjadi suatu gangguan psikiatri pada anak tersebut. Tetapi hal ini tidak terjadi di panti asuhan SOS Desa Taruna karena adanya fungsi ibu substitusi yang efektif. Sehingga anak tidak kehilangan obyek kelekatanannya, emosinya dapat berkembang dengan matang sehingga anak akan tahan terhadap stres dan tidak mudah mengalami suatu gangguan psikiatri.^{6,14}

A.3. Hipotesis 3

Dengan *t-tes*, maka terlihat bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara umur anak saat ini dengan terjadinya depresi, dimana semakin tua anak kemungkinan terjadinya depresi semakin besar.

Dari data yang didapat, rata-rata umur anak saat ini adalah kurang lebih 12 tahun. Dimana menurut teori Piaget, anak berada pada antara operasi konkrit dan operasi formal atau stadium *industry vs inferiority* dari Erikson. Anak dan remaja disini mulai berpikir operasional yang berupa memperhatikan dan mengatasi informasi dari luar, anak mampu berpikir abstrak, mempertimbangkan sesuatu secara deduktif dan mendefinisikan konsep-konsep. Anak dan remaja pada stadium ini mulai membandingkan dirinya dengan teman sebaya dan lingkungan, mulai berpikir tentang asal-usulnya di samping tuntutan lingkungan yang juga semakin berat baik di sekolah maupun di luar sekolah. Sehingga pada usia ini dengan kondisi yang berbeda dengan lingkungan dan teman sebaya akan memudahkan timbulnya gangguan psikiatri termasuk depresi.¹⁴

A.4. Hipotesis 4

Dengan *chi-square tes*, maka terlihat bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status marital orang tua kandung dengan terjadinya depresi pada anak-anak dan remaja.

Menurut teori, ketidaklengkapan orang tua kandung (bisa karena meninggal, atau perceraian) merupakan suatu stresor psikososial berat hingga sangat berat bagi anak dan remaja yang mengalaminya. Sehingga kondisi ini akan sangat memudahkan seorang anak dan remaja untuk mengalami suatu gangguan psikiatri termasuk depresi.¹³

Hal ini tidak terjadi pada anak dan remaja di panti asuhan SOS Desa Taruna karena konsep ibu asuh, keluarga dan rumah yang diterapkan di panti tersebut berfungsi efektif. Sehingga anak tidak merasa kehilangan salah satu atau kedua orangtuanya sehingga hal ini tidak menjadi suatu stresor psikososial bagi mereka.

B. Keterbatasan hasil penelitian.

Penelitian ini mempunyai banyak keterbatasan antara lain :

1. Faktor dari anak dan remaja yang diabaikan seperti fungsi kognitif anak, riwayat *child abuse* pada anak, faktor genetik dan mekanisme pertahanan jiwa yang dipakai.
2. Ketidakseragaman dari ibu substitusi baik dari umur, pengalaman dan lama tinggal di panti asuhan.
3. Penegakkan diagnosis depresi yang sulit karena hanya dengan kriteria diagnostik, tidak menggunakan suatu kuesener terstruktur yang sudah baku.
4. Rancangan penelitian ini adalah belah lintang sehingga memiliki beberapa kendala antara lain tidak memiliki dimensi waktu sehingga tidak dapat mengungkap hubungan sebab akibat.

BAB IX

SIMPULAN

Dari hasil penelitian ini dapat diambil simpulan :

1. Didapatkan angka kejadian depresi pada anak dan remaja di panti asuhan SOS Desa Taruna sebesar 36,9%.
2. Tidak ada hubungan antara status ekonomi orang tua, status marital orang tua, usia anak saat masuk panti, lama anak tinggal di panti dengan terjadinya depresi.
3. Ada hubungan yang antara umur anak saat ini dengan terjadinya depresi.

BAB X

SARAN

1. Prevalensi yang didapat pada penelitian ini belum dapat digeneralisasi karena hanya terbatas pada sekelompok anak dan remaja di panti asuhan tertentu yang belum mewakili sekelompok anak dan remaja di panti asuhan yang lain.
2. Diperlukan penelitian lanjutan dengan membandingkan panti asuhan konvensional dan panti asuhan dengan konsep keluarga dan rumah .

DAFTAR PUSTAKA.

1. Humris WE. Depresi pada anak dan remaja serta penatalaksanaannya. Majalah kesehatan Jiwa no. 3, 1995 : 37-50
2. Yusuf I. Depresi pada anak dan remaja. Majalah kesehatan jiwa no. 4, 1987 : 67-75
3. Warsiki EG. Aspek psikososial anak yang dirawat di rumah sakit. Majalah kesehatan jiwa no 3, 1993: 13-27
4. Humris WE. Penyakit Talasemia Mayor eebagai faktor pencetus psikopatologi pada anak dan orang tuanya (tesis). Jakarta. Lab Psikiatri FK UI / RSCM, 2001 : 49-54
5. Kaplan HD. Sadock BJ. Grebb JA. Teori tetntang kepribadian dan psikopatologi. Sinopsis psikiatri. Jilid satu. Edisi ketujuh. Binarupa Aksara, 1997 : 392-402
6. Madjah I, Soekarto A. Kecenderungan sosiopatik pada remaja di panti asuhan. Majalah kesehatan jiwa no 1, 1989 : 39-60
7. Suprihhartini. Gambaran perilaku anak penghuni pondok Hufadzz Yanbuul Qur'an di Krandon Kudus (tesis). Semarang.Lab Psikiatri FK UNDIP / RSDK, 1993.
8. Warsiki EG. Psikopatologi dan patofisiologi depresi anak dan remaja. KONAS IV Semarang, 2001
9. Amir N. Aksis Hipotalamus-Pituitari-Adrenal (HPA) pada pasien depresi; Majalah kesehatan jiwa no4,1999
10. Shaffer D, Campbell M, Bradey SJ. Mood disorder. In DSM-IV TM. 4 th ed. Washington : American psychiatric association, 1994: 320-7
11. Kaplan HD. Sadock BJ, Grebb JA. Gangguan mood. Sinopsis psikiatri. Jilid satu. Edisi ketujuh Binarupa Aksara, 1997: 790

12. Departemen Kesehatan R.I. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia. Edisi III. Jakarta : Departemen Kesehatan RI Direktorat Kesehatan Jiwa, 1993: 353
13. Departemen Kesehatan R.I. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia. Edisi II. Jakarta : Departemen Kesehatan RI Direktorat Kesehatan Jiwa, 1983: 35-9
14. Kaplan HD. Sadock BJ, Grebb JA. Perkembangan manusia sepanjang siklus hidup. Sinopsis psikiatri. Jilid satu. Edisi ketujuh. Binarupa aksara, 1997 : 55-72
15. Cytryn L, McKnew DH. In: Noshpitz JD editor. Basic handbook of child psychiatry. Volume dua, New York, 1978 : 321-36