

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

A.1. Kecemasan

a. Definisi

Kecemasan atau dalam Bahasa Inggrisnya *anxiety* berasal dari Bahasa Latin *angustus* yang berarti kaku, dan *ango, anci* yang berarti mencekik.¹⁰ Kecemasan adalah suatu keadaan patologis yang ditandai oleh perasaan ketakutan disertai tanda somatik pertanda sistem saraf otonom yang hiperaktif.¹¹

Kecemasan dan ketakutan memiliki komponen fisiologis yang sama tetapi kecemasan tidaklah sama dengan ketakutan. Penyebab kecemasan berasal dari dalam dan sumbernya sebagian besar tidak diketahui sedangkan ketakutan merupakan respon emosional terhadap ancaman atau bahaya yang sumbernya biasanya dari luar yang dihadapi secara sadar. Kecemasan dianggap patologis bilamana mengganggu fungsi sehari-hari, pencapaian tujuan, dan kepuasan atau kesenangan yang wajar.³ Walaupun merupakan hal yang normal dialami namun kecemasan tidak boleh dibiarkan karena lama kelamaan dapat menjadi neurosa cemas melalui mekanisme yang diawali dengan kecemasan akut, yang berkembang menjadi kecemasan menahun akibat represi dan konflik yang tak disadari. Adanya stres pencetus dapat menyebabkan penurunan daya tahan dan mekanisme untuk mengatasinya sehingga mengakibatkan neurosa cemas.³

b. Etiologi

Ada beberapa teori mengenai penyebab kecemasan:

1) Teori Psikologis

Dalam teori psikologis terdapat 3 bidang utama:

a) Teori psikoanalitik

Freud menyatakan bahwa kecemasan adalah suatu sinyal kepada ego yang memberitahukan adanya suatu dorongan yang tidak dapat diterima dan menyadarkan ego untuk mengambil tindakan defensive terhadap tekanan dari dalam tersebut. Idealnya, penggunaan represi sudah cukup untuk memulihkan keseimbangan psikologis tanpa menyebabkan gejala, karena represi yang efektif dapat menahan dorongan di bawah sadar. Namun jika represi tidak berhasil sebagai pertahanan, mekanisme pertahanan lain (seperti konversi, pengalihan, dan regresi) mungkin menyebabkan pembentukan gejala dan menghasilkan gambaran gangguan neurotik yang klasik (seperti histeria, fobia, neurosis obsesif-kompulsif).

b) Teori perilaku

Teori perilaku menyatakan bahwa kecemasan disebabkan oleh stimuli lingkungan spesifik. Pola berpikir yang salah, terdistorsi, atau tidak produktif dapat mendahului atau menyertai perilaku maladaptive dan gangguan emosional. Penderita gangguan cemas cenderung menilai lebih terhadap derajat bahaya dalam situasi tertentu dan menilai rendah kemampuan dirinya untuk mengatasi ancaman.

c) Teori eksistensial

Teori ini memberikan model gangguan kecemasan umum dimana tidak terdapat stimulus yang dapat diidentifikasi secara spesifik untuk suatu perasaan kecemasan yang kronis.

2) Teori Biologis

Peristiwa biologis dapat mendahului konflik psikologis namun dapat juga sebagai akibat dari suatu konflik psikologis.

a) Sistem saraf otonom

Stresor dapat menyebabkan pelepasan epinefrin dari adrenal melalui mekanisme berikut ini: Ancaman dipersepsi oleh panca indera, diteruskan ke korteks serebri, kemudian ke sistem limbik dan RAS (*Reticular Activating System*), lalu ke hipotalamus dan hipofisis. Kemudian kelenjar adrenal mensekresikan katekolamin dan terjadilah stimulasi saraf otonom.¹² Hiperaktivitas sistem saraf otonom akan mempengaruhi berbagai sistem organ dan menyebabkan gejala tertentu, misalnya: kardiovaskuler (contohnya: takikardi), muskuler (contohnya: nyeri kepala), gastrointestinal (contohnya: diare), dan pernafasan (contohnya: nafas cepat).

b) Neurotransmitter

Tiga neurotransmitter utama yang berhubungan dengan kecemasan adalah norepinefrin, serotonin, dan *gamma-aminobutyric acid* (GABA).

Norepinefrin

Pasien yang menderita gangguan kecemasan mungkin memiliki sistem noradrenergik yang teregulasi secara buruk. Badan sel system noradrenergik terutama berlokasi di lokus sereleus di pons rostral dan aksonnya keluar ke korteks serebral, sistem limbik, batang otak, dan medula spinalis. Percobaan pada primata menunjukkan bahwa stimulasi lokus sereleus menghasilkan suatu respon ketakutan dan ablasi lokus sereleus menghambat kemampuan binatang untuk membentuk respon ketakutan. Pada pasien dengan gangguan kecemasan, khususnya gangguan panik, memiliki kadar metabolit noradrenergik yaitu *3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol* (MHPG) yang meninggi dalam cairan serebrospinalis dan urin.

Serotonin

Badan sel pada sebagian besar neuron serotonergik berlokasi di nukleus raphe di batang otak rostral dan berjalan ke korteks serebral, sistem limbik, dan hipotalamus. Pemberian obat serotonergik pada binatang menyebabkan perilaku yang mengarah pada kecemasan. Beberapa laporan menyatakan obat-obatan yang

menyebabkan pelepasan serotonin, menyebabkan peningkatan kecemasan pada pasien dengan gangguan kecemasan.

Gamma-aminobutyric acid (GABA)

Peranan GABA dalam gangguan kecemasan telah dibuktikan oleh manfaat *benzodiazepine* sebagai salah satu obat beberapa jenis gangguan kecemasan. *Benzodiazepine* yang bekerja meningkatkan aktivitas GABA pada reseptor GABAA terbukti dapat mengatasi gejala gangguan kecemasan umum bahkan gangguan panik. Beberapa pasien dengan gangguan kecemasan diduga memiliki fungsi reseptor GABA yang abnormal.⁹

Faktor budaya juga merupakan salah satu penyebab kecemasan yang penting. Pekerjaan, pendidikan, institusi agama, dan social budaya semuanya dapat menjadi konflik yang menyebabkan kecemasan.¹

c. Gejala Klinis

Keluhan dan gejala umum yang berkaitan dengan kecemasan dapat dibagi menjadi gejala somatik dan psikologis.

1) Gejala somatik

- a) Keringat berlebih.
- b) Ketegangan pada otot skelet: sakit kepala, kontraksi pada bagian belakang leher atau dada, suara bergetar, nyeri punggung.
- c) Sindrom hiperventilasi: sesak nafas, pusing, parestesi.
- d) Gangguan fungsi gastrointestinal: nyeri abdomen, tidak nafsu makan, mual, diare, konstipasi.
- e) Iritabilitas kardiovaskuler: hipertensi, takikardi.
- f) Disfungsi genitourinaria: sering buang air kecil, sakit saat berkemih, impoten, sakit pelvis pada wanita, kehilangan nafsu seksual.

2) Gejala psikologis

- a) Gangguan mood: sensitif sekali, cepat marah, mudah sedih.

- b) Kesulitan tidur: insomnia, mimpi buruk, mimpi yang berulang-ulang.
- c) Kelelahan, mudah capek.
- d) Kehilangan motivasi dan minat.
- e) Perasaan-perasaan yang tidak nyata.
- f) Sangat sensitif terhadap suara: merasa tak tahan terhadap suara-suara yang sebelumnya biasa saja.
- g) Berpikiran kosong, tidak mampu berkonsentrasi, mudah lupa.
- h) Kikuk, canggung, koordinasi buruk.
- i) Tidak bisa membuat keputusan: tidak bisa menentukan pilihan bahkan untuk hal-hal kecil.
- j) Gelisah, resah, tidak bisa diam.
- k) Kehilangan kepercayaan diri.
- l) Kecenderungan untuk melakukan segala sesuatu berulang-ulang.
- m) Keraguan dan ketakutan yang mengganggu.
- n) Terus menerus memeriksa segala sesuatu yang telah dilakukan.¹³

A.2. Depresi

a. Definisi

Depresi adalah gangguan perasaan atau mood yang disertai komponen psikologi berupa sedih, susah, tidak ada harapan dan putus asa disertai komponen biologis atau somatik misalnya anoreksia, konstipasi dan keringat dingin. Depresi dikatakan normal apabila terjadi dalam situasi tertentu, bersifat ringan dan dalam waktu yang singkat. Bila depresi tersebut terjadi di luar kewajaran dan berlanjut maka depresi tersebut dianggap abnormal.¹⁴

Maramis (2005) memasukkan depresi sebagai gangguan afek dan emosi. Afek ialah "nada" perasaan, menyenangkan atau tidak (seperti kebanggaan, kekecewaan, kasih sayang), yang menyertai suatu pikiran dan biasanya berlangsung lama serta kurang disertai oleh komponen fisiologis. Sedangkan emosi merupakan manifestasi

afek keluar dan disertai oleh banyak komponen fisiologis, biasanya berlangsung relative tidak lama (misalnya ketakutan, kecemasan, depresi dan kegembiraan). Afek dan emosi dengan aspek-aspek yang lain seorang manusia (umpama proses berpikir, psikomotor, persepsi, ingatan) saling mempengaruhi dan menentukan tingkat fungsi dari manusia itu pada suatu waktu.

b. Etiologi

Kaplan & Saddock pada tahun 1997 menyatakan bahwa sebab depresi dapat ditinjau dari beberapa aspek, antara lain: aspek biologi, aspek genetik, aspek psikologi dan aspek lingkungan sosial.

1) Aspek biologi

Penyebabnya adalah gangguan neurotransmitter di otak dan gangguan hormonal. Neurotransmitter antara lain dopamin, histamin, dan noradrenalin.

a) Dopamin dan norepinefrin

Keduanya berasal dari asam amino tirosin yang terdapat pada sirkulasi darah. Pada neuron dopaminergik, tirosin diubah menjadi dopamin melalui 2 tahap: perubahan tirosin menjadi DOPA oleh tirosin hidroksilase (Tyr-OH). DOPA tersebut akan diubah lagi menjadi dopamin (DA) oleh enzim dopamin beta hidroksilase (DBH-OH). Pada jaringan interseluler, DA yang bebas yang tidak disimpan pada vesikel akan dioksidasi oleh enzim MAO menjadi DOPAC. Sedangkan pada jaringan ekstraseluler (pada celah sinap) DA akan menjadi HVA dengan enzim MAO dan COMT.

b) Serotonin

Serotonin yang terdapat pada susunan saraf pusat berasal dari asam amino triptofan, proses sintesis serotonin sama dengan katekolamin, yaitu masuknya triptofan ke neuron dari sirkulasi darah, dengan bantuan enzim triptofan hidroksilase akan membentuk 5-hidroksitriptofan dan dengan dekarboksilase akan membentuk 5-hidroksitriptamin (5-HT).

2) Aspek genetik

Pola genetik penting dalam perkembangan gangguan mood, akan tetapi pola pewarisan genetik melalui mekanisme yang sangat kompleks, didukung dengan penelitian-penelitian sebagai berikut:

a) Penelitian keluarga

Dari penelitian keluarga secara berulang ditemukan bahwa sanak keluarga turunan pertama dari penderita gangguan bipolar I berkemungkinan 8-18 kali lebih besar dari sanak keluarga turunan pertama subjek kontrol untuk menderita gangguan bipolar I dan 2-10 kali lebih mungkin untuk menderita gangguan depresi berat. Sanak keluarga turunan pertama dari seorang penderita berat berkemungkinan 1,5-2,5 kali lebih besar daripada sanak keluarga turunan pertama subjek kontrol untuk menderita gangguan bipolar I dan 2-3 kali lebih mungkin menderita depresi berat.

b) Penelitian adopsi

Penelitian ini telah mengungkapkan adanya hubungan faktor genetik dengan gangguan depresi. Dari penelitian ini ditemukan bahwa anak biologis dari orang tua yang menderita depresi tetap beresiko menderita gangguan mood, bahkan jika mereka dibesarkan oleh keluarga angkat yang tidak menderita gangguan.

c) Penelitian kembar

Penelitian terhadap anak kembar menunjukkan bahwa angka kesesuaian untuk gangguan bipolar I pada anak kembar monozigotik 33-90 persen; untuk gangguan depresi berat angka kesesuaiannya 50 persen. Sebaliknya, angka kesesuaian pada kembar dizigotik adalah kira-kira 5-25 persen untuk gangguan bipolar I dan 10-25 persen untuk gangguan depresi berat.

3) Aspek psikologi

Sampai saat ini tak ada sifat atau kepribadian tunggal yang secara unik mempredisiposikan seseorang kepada depresi. Semua manusia dapat dan memang menjadi depresi dalam keadaan tertentu. Tetapi tipe kepribadian dependen-oral, obsesif-kompulsif, histerikal, mungkin berada dalam resiko yang lebih besar untuk mengalami depresi daripada tipe kepribadian antisosial, paranoid, dan lainnya dengan menggunakan proyeksi dan mekanisme pertahanan mengeksternalisasikan yang lainnya. Tidak ada bukti hubungan gangguan kepribadian tertentu dengan gangguan bipolar I pada kemudian hari. Tetapi gangguan distimik dan gangguan siklotimik berhubungan dengan perkembangan gangguan bipolar I di kemudian harinya.

4) Aspek lingkungan sosial

Berdasarkan penelitian, depresi dapat membaik jika klinisi mengisi pada pasien yang terkena depresi suatu rasa pengendalian dan penguasaan lingkungan.

c. Gejala Klinis

Menurut Setyonegoro (1991), gejala klinis depresi terdiri dari:

1) Simptom psikologi:

- a) Berpikir: kehilangan konsentrasi, lambat dan kacau dalam berpikir, pengendalian diri, ragu-ragu, harga diri rendah.
- b) Motivasi: kurang minat bekerja dan lalai, menghindari kegiatan kerja dan sosial, ingin melarikan diri.
- c) Perilaku: lambat, mondar-mandir, menangis, mengeluh.

2) Simptom biologi:

- a) Hilang nafsu makan atau bertambah nafsu makan.
- b) Hilang libido.

- c) Tidur terganggu.
- d) Lambat atau gelisah.

A.3. Tinjauan tentang Proses Belajar

Siswa dibagi menjadi dua kelompok, yaitu siswa yang menjalani kelas akselerasi dan siswa yang menjalani kelas regular. Dengan kondisi situasi proses belajar yang berbeda baik dalam kurikulum dan waktu penyelesaian maka pola belajar yang dimiliki masing-masing kelompok berbeda. Beberapa definisi belajar adalah sebagai berikut:

a. Definisi Belajar

1) Hilgard dan Bower, dalam *Theories of Learning* (1997) mengemukakan “belajar berhubungan dengan perubahan tingkah laku seseorang terhadap suatu situasi tertentu yang disebabkan oleh pengalamannya yang berulang-ulang dalam situasi itu.” Dimana perubahan tingkah laku itu tidak dapat dijelaskan atas dasar kecenderungan respon bawaan, kematangan, atau keadaan-keadaan sesaat seseorang.¹⁵

2) Morgan, dalam *Introduction to Psychology* (1978) mengemukakan bahwa belajar adalah setiap perubahan yang relatif menetap dalam tingkah laku yang terjadi sebagai suatu hasil dari latihan atau pengalaman.¹⁶

b. Fase-Fase Belajar

1) Menurut Wiltig (1981) dalam *Psychology of Learning*, proses belajar berlangsung dalam tiga tahapan:

- a) Acquisition (perolehan atau penerimaan informasi)
- b) Storage (penyimpanan informasi)
- c) Retrieval (mendapatkan kembali informasi)¹⁷

2) Menurut Jerome S. Brunner, juga terdapat 3 fase yaitu:

- a) Fase informasi (penerimaan materi)
- b) Fase transformasi (pengubahan materi)
- c) Fase evaluasi (penilaian materi) ¹⁸

c. Faktor yang Mempengaruhi Belajar

Menurut Muhibbin Syah (1995), faktor yang mempengaruhi belajar dibedakan menjadi 2 macam:

1) Faktor internal

a) Aspek fisiologis

Kondisi umum jasmani dan torus (tegangan otot) yang menandai tingkat hubungan organ-organ tubuh dan sendi-sendinya dapat mempengaruhi semangat dan intensitas belajar.

b) Aspek psikologis

Banyak faktor psikologis yang mempengaruhi kualitas dan kuantitas belajar. Namun faktor-faktor yang esensial adalah tingkat kecerdasan, sikap, bakat, minat, dan motivasi.

2) Faktor eksternal

a) Lingkungan sosial

Lingkungan sosial siswa contohnya guru, staf TU, teman-teman sekolah, masyarakat, tetangga, serta teman-teman luar sekolah. Lingkungan sosial yang lebih banyak mempengaruhi kegiatan belajar adalah orang tua dari siswa.

b) Lingkungan non-sosial

Contoh lingkungan non-sosial adalah gedung tempat belajar dan letaknya, rumah tinggal dan letaknya, alat-alat belajar, serta keadaan cuaca dan waktu belajar yang digunakan.¹⁹

d. Faktor Pendekatan Belajar

Faktor pendekatan belajar adalah segala cara atau strategi yang digunakan dalam menunjang efektivitas dan efisiensi proses pembelajaran materi tertentu.

Strategi dalam hal ini seperangkat langkah operasional yang direkayasa sedemikian rupa untuk memecahkan masalah atau mencapai tujuan belajar tertentu.²⁰

A.4. Tes TMAS

Dalam penelitian ini digunakan instrumen pengukur kecemasan *Taylor Minnesota Anxiety Scale* (TMAS) dari Janet Taylor. Tingkat kecemasan akan diketahui dari tinggi rendahnya skor yang didapatkan.. TMAS berisi 50 butir pertanyaan dimana responden menjawab keadaan “ya” atau “tidak” sesuai dengan keadaan dirinya, dengan memberi tanda (X) pada kolom yang disediakan. TMAS terdiri dari 13 pertanyaan *unfavourable* dan 37 pertanyaan *favourable*. Setiap jawaban dari pertanyaan *favourable* bernilai 1 untuk jawaban “ya” dan 0 untuk jawaban “tidak”. Sedang pada pertanyaan *unfavourable* bernilai 1 untuk jawaban “tidak” dan 0 untuk jawaban “ya”.

Responden dinyatakan cemas jika memiliki nilai ≥ 21 dan tidak cemas jika nilai total < 21 . TMAS mempunyai derajat validitas yang cukup tinggi, akan tetapi dipengaruhi juga oleh kejujuran dan ketelitian responden dalam mengisinya.²¹

Karena itu peneliti menggunakan tes L-MMPI untuk menghindari terjadinya perhitungan hasil yang mungkin *invalid* karena kesalahan atau ketidakjujuran responden.

A.5. Tes L-MMPI (*Lie Minnesota Multiphasic Personality Inventory*)

Merupakan tes kepribadian yang terbanyak penggunaannya di dunia sejak tahun 1942. Dikembangkan oleh Hathaway (psikolog) dan Mc Kinley (psikiater) dari Universitas Minnesota, Minneapolis, USA sejak tahun 1930-an.

Dalam penelitian ini hanya dipergunakan skala L dalam keseluruhan tes MMPI. Skala L dipergunakan untuk mendeteksi ketidakjujuran subjek termasuk kesengajaan subyek dalam menjawab pertanyaan supaya dirinya terlihat baik.

Tes ini berfungsi sebagai skala validitas untuk mengidentifikasi hasil yang mungkin *invalid* karena kesalahan atau ketidakjujuran subjek penelitian. Tes terdiri dari 15 soal dengan jawaban “ya” atau “tidak” atau “tidak menjawab” dengan nilai

batas skala adalah 10, artinya apabila responden mempunyai nilai = 10 maka jawaban responden tersebut dinyatakan *invalid*.²²

A.6. Tes BDI (*Beck Depression Inventory*)

Beck Depression Inventory merupakan instrumen untuk mengukur derajat depresi dari Dr. Aaron T. Beck. Mengandung skala depresi yang terdiri dari 21 *item* yang menggambarkan 21 kategori, yaitu: (1) perasaan sedih, (2) perasaan pesimis, (3) perasaan gagal, (4) perasaan tak puas, (5) perasaan bersalah, (6) perasaan dihukum, (7) membenci diri sendiri, (8) menyalahkan diri, (9) keinginan bunuh diri, (10) mudah menangis, (11) mudah tersinggung, (12) menarik diri dari hubungan sosial, (13) tak mampu mengambil keputusan, (14) penyimpangan citra tubuh, (15) kemunduran pekerjaan, (16) gangguan tidur, (17) kelelahan, (18) kehilangan nafsu makan, (19) penurunan berat badan, (20) preokupasi somatik, (21) kehilangan libido. Klasifikasi nilainya menurut Bumbery (1978) adalah sebagai berikut:

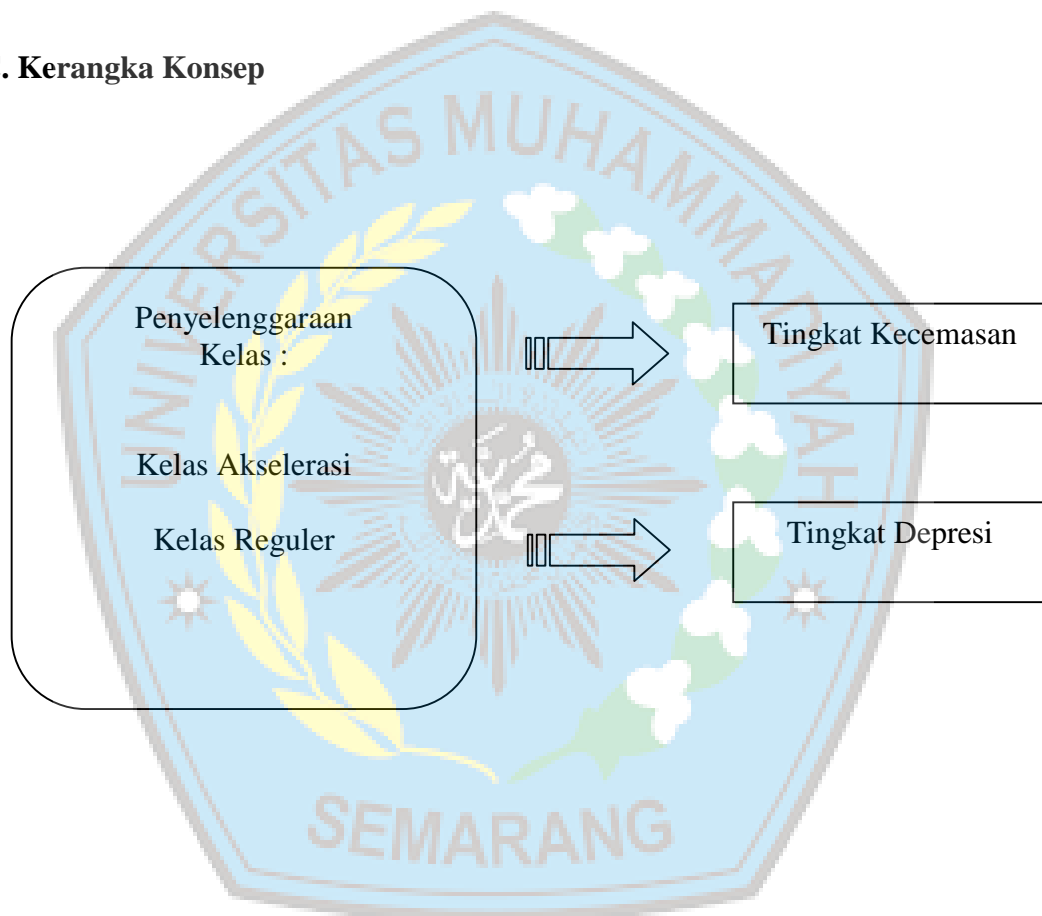
- a. Nilai 0-9 menunjukkan tidak ada gejala depresi.
- b. Nilai 10-15 menunjukkan adanya depresi ringan.
- c. Nilai 16-23 menunjukkan adanya depresi sedang.
- d. Nilai 24-63 menunjukkan adanya depresi berat.²³

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

C. Hipotesis Penelitian

Terdapat perbedaan tingkat kecemasan dan depresi yang bermakna antara siswa kelas akselerasi dengan siswa kelas reguler. Dimana tingkat kecemasan dan depresi siswa akselerasi lebih tinggi dibandingkan dengan siswa reguler.

