

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Buruh Pabrik

1. Pengertian Buruh Pabrik

Menurut Hamzah (2014), tenaga kerja adalah tenaga yang bekerja didalam maupun luar hubungan kerja dengan alat produksi utama dalam proses produksi baik fisik maupun pikiran.

Menurut alam (2014), tenaga kerja adalah penduduk dengan usia 17 tahun sampai 60 tahun yang bekerja untuk menghasilkan uang sendiri.

Menurut kamus besar bahasa Indonesia (2014), buruh adalah orang yang bekerja untuk orang lain dengan mendapatkan upah atau gaji.

2. Jenis-Jenis Buruh

Buruh dapat dibedakan menurut jenis dan pekerjaannya. Di dalam kamus Besar Bahasa Indonesia (2014), buruh dapat dibedakan menjadi:

- a. Buruh Harian yaitu buruh yang menerima upah yang berdasarkan hari masuk kerja.
- b. Buruh besar yaitu buruh yang menggunakan tenaga fisiknya karena tidak mempunyai keahlian di bidang tertentu.
- c. Buruh musiman yaitu buruh yang bekerja pada musim-musim tertentu.
- d. Buruh Pabrik yaitu buruh yang bekerja di pabrik.
- e. Buruh tambang yaitu buruh yang bekerja di pertambangan
- f. Buruh terampil yaitu buruh yang mempunyai keterampilan tertentu.
- g. Buruh tani yaitu buruh yang menerima upah dengan bekerja di kebun atau di sawah orang lain.

- h. Buruh terlatih yaitu buruh yang sudah di latih untuk keterampilan tertentu.

3. Hak-Hak Buruh Pabrik

Adapun hak-hak dari pekerja/buruh yang diatur dalam UU No. 13 tahun 2003 tentang ketenagakerjaan adalah sebagai berikut:

- a. Setiap pekerja/buruh berhak memperoleh perlakuan yang samatanpa diskriminasi dari pengusaha (pasal 6).
- b. Setiap tenaga kerja berhak untuk memperoleh dan/atau meningkatkan dan mengembangkan kompetensi kerja sesuai dengan bakat, minat, dan kemampuannya melalui pelatihan kerja (pasal 11).
- c. Tenaga kerja berhak memperoleh pengakuan kompetensi kerja setelah mengikuti pelatihan kerja yang di selenggarakan lembaga pelatihan kerja pemerintah, lembaga pelatihan kerja swasta, atau pelatihan di tempat kerja (pasal 18 ayat 1).
- d. Tenaga kerja yang telah mengikuti program pemagangan berhak atas pengakuan kualifikasi kompetensi kerja dari perusahaan atau lembaga sertifikasi (pasal 23)
- e. Setiap tenaga kerja mempunyai hak dan kesempatan yang sama untuk memilih, mendapatkan, atau pindah pekerjaan dan memperoleh penghasilan yang layak di dalam atau di luar negeri (pasal 31).
- f. Pekerja/buruh perempuan berhak memperoleh istirahat selama 1,5 (satu setengah) bulan sebelum saatnya melahirkan anak dan 1,5 (satu setengah) bulan sesudah melahirkan menurut perhitungan dokter kandungan atau bidan (pasal 82 ayat 1).
- g. Pekerja/buruh perempuan yang mengalami keguguran kandungan berhak memperoleh istirahat 1,5 (satu setengah) bulan atau sesuai dengan surat keterangan dokter kandungan atau bidan (pasal 82 ayat 2).

- h. Setiap pekerja/buruh yang menggunakan hak waktu istirahat sebagaimana di maksud dalam pasal 79 ayat (2) huruf b, c, dan d, pasal 80, dan pasal 82 berhak mendapat upah penuh.
- i. Setiap pekerja/buruh mempunyai hak untuk memperoleh perlindungan atas:
 - 1) Keselamatan dan kesehatan kerja
 - 2) Moral dan kesusilaan
 - 3) Perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia serta nilai-nilai agama (pasal 86 ayat1).
- j. Setiap pekerja/buruh berhak memperoleh penghasilan yang memenuhi penghidupan yang layak bagi kemanusiaan (pasal 88 ayat 1).
- k. Setiap pekerja/buruh dan keluarganya berhak untuk memperoleh jaminan social tenaga kerja (pasal 99 ayat 1).
- l. Setiap pekerja/buruh berhak membentuk dan menjadi anggota serikat pekerja/serikat buruh (pasal 104 ayat 1).
- m. Mogok kerja sebagai hak dasar pekerja/buruh dan serikat pekerja/serikat buruh di lakukan secara sah, tertib, dan damai sebagai akibat gagalnya perundingan (pasal 137).
- n. Dalam hal pekerja/buruh yang melakukan mogok kerja secara sah dalam melakukan tuntutan hak normatife yang sunggh-sungguh dilanggar oleh pengusaha, pekerja/buruh berhak mendapatkan upah (pasal 145).

4. Kewajiban Para Tenaga Kerja/Buruh

Adapun kewajiban dari pekerja/buruh yang diatur dalam UU No. 13 tahun 2003 tentang ketenagakerjaan adalah sebagai berikut:

- a. Pasal 102 ayat (2): Dalam melaksanakan hubungan industrial, pekerja dan serikat pekerja mempunyai fungsi menjalankan pekerjaan sesuai dengan kewajibannya, menjaga ketertiban demi kelangsungan produksi, menyalurkan aspirasi secara demokrasi, mengembangkan keterampilan

dan keahliannya serta ikut memajukan perusahaan dan memperjuangkan kesejahteraan anggota beserta keluarganya.

- b. Pasal 126 ayat (1): Pengusaha, serikat pekerja dan pekerja wajib melaksanakan ketentuan yang ada dalam perjanjian kerja sama.
- c. Pasal 126 ayat (2): Pengusaha dan serikat pekerja wajib memberitahukan isi perjanjian kerja bersama atau perubahannya kepada seluruh pekerja.
- d. Pasal 136 ayat (1): Penyelesaian perselisihan hubungan industrial wajib dilaksanakan oleh pengusaha dan pekerja atau serikat pekerja secara musyawarah untuk mufakat.
- e. Pasal 140 ayat (1): Sekurang kurangnya dalam waktu 7 (tujuh) hari kerja sebelum mogok kerja dilaksanakan, pekerja dan serikat pekerja wajib memberitahukan secara tertulis kepada pengusaha dan instansi yang bertanggung jawab dibidang ketenagakerjaan setempat.

5. Permasalahan Buruh Pabrik

Menurut Santoso (2014) permasalahan perburuhan yang ada sampai saat ini lebih di sebabkan karena faktor-faktor di luar hubungan kerja/industrial itu sendiri, misalnya: ketimpangan jumlah lapangan kerja dan jumlah tenaga kerja yang mengakibatkan posisi buruh atau tenaga kerja dalam posisi yang lemah.

Adapun hak-hak buruh yang belum bisa dipenuhi oleh Negara, antara lain:

- a. Hak-hak dasar atau hak-hak normative
 - 1) Pendidikan yang murah dan berkualitas
 - 2) Transportasi umum yang murah, layak dan aman
 - 3) Biaya kesehatan/jaminan kesehatan
 - 4) Harga-harga kebutuhan pokok
 - 5) Perumahan
 - 6) Jaminan hari tua untuk warga Negara yang sudah berusia lanjut
 - 7) Jaminan mendapatkan pekerjaan

b. Hak-hak dibidang hukum

- 1) Perlindungan hukum bagi buruh yang melakukan kegiatan serikat pekerja
- 2) Pengawasan pemerintah terhadap pelanggaran hak-hak buruh
- 3) Ketakutan akan pemutusan hubungan kerja (PHK)

6. Shift Kerja Pada Buruh

a. Pengertian

Menurut Yani (2013) shift kerja adalah bekerja diluar jam kerja normal dalam seminggu dan bekerja dimulai dari jam 07.00 sampai 19.00 atau lebih.

Menurut Suma'mur (2009) shift kerja adalah pola waktu kerja yang diberikan pada tenaga kerja untuk mengerjakan sesuatu oleh perusahaan dan biasanya dibagi atas kerja pagi, sore, dan malam.

Menurut Faiqoh dkk (2010) shift kerja pada dasarnya merupakan pola waktu kerja yang diberikan pada tenaga kerja untuk mengerjakan sesuatu oleh perusahaan dan biasanya di bagi atas kerja pagi, sore dan malam.

Menurut Lintje (2010) shift kerja adalah semua pengaturan jam kerja, sebagai pengganti atau sebagai tambahan kerja pagi dan sore hari sebagaimana yang dilakukan.

b. Klasifikasi

Ada beberapa karakteristik dalam penyusunan jadwal kerja antara lain:

1) Waktu shift

Untuk perubahan yang beroperasi 24 jam, biasanya membagi waktu shift menjadi 2 atau 3 shift sedangkan pengaturan jadwal mulai dan akhir tergantung dari lamanya shift.

2) Jadwal kerja shift permanen dan rotasi

Untuk pekerja mengalami kerja malam permanen tidak seluruhnya yang dapat beradaptasi, tetapi memang dalam beradaptasi ini pekerja yang menjalani kerja malam permanen mempunyai cara atau metode untuk melawan kelelahan pada malam hari.

3) Rasio arah rotasi

a) Rotasi maju adalah perubahan menurut arah jarum jam yaitu mulai dari shift pagi ke siang lalu ke malam.

b) Rotasi mundur adalah perubahan berlawanan arah jam yaitu mulai dari shift pagi ke malam lalu ke siang.

4) Rasio istirahat kerja

Orang yang bekerja selama 8 jam mempunyai 16 jam untuk istirahat dan melakukan aktifitas lainnya, sedangkan yang bekerja selama 12 jam hanya mempunyai waktu yang sedikit untuk istirahat sehingga mereka mengalami ketidakpuasan dengan waktu istirahat dan tidurnya.

c. Jenis-Jenis Shift Kerja

Menurut Kuswadi, 1997 dalam Eka (2011) shift kerja dapat dibagi sebagai berikut:

1) Sistem 3 shift biasa

Masing-masing pekerja akan mengalami 8 jam kerja yang sama selama 24jam: dinas pagi antara pukul 06.00-14.00 WIB, dinas sore antara pukul 14.00-22.00 WIB, dan dinas malam antara pukul 22.00-06.00 WIB.

2) Sistem Amerika

Menurut system ini dinas pagi mulai pukul 08.00-16.00 WIB, dinas sore antara pukul 16.00-24.00 WIB, dan dinas malam antara pukul 24.00-08.00 WIB. System ini memberikan keuntungan fisiologik dan

social, kesempatan tidur akan banyak terutama pada pekerja pagi dan sore, setiap shift akan mengalami makan malam bersama keluarga paling sedikit sekali dalam sehari.

3) System 12-12

Penambangan minyak lepas pantai di pakai system 12-12. Selama 12 jam dinas pagi dan selama 12 jam dinas malam. Jadwal antara 07.00-19.00 WIB dan 19.00-07.00 WIB. Satu minggu kerja sore dan satu minggu kerja malam. Bila pekerjaan shift dilakukan selama ini, masing-masing shift baik sore atau malam harus diikuti dengan istirahat dua hari.

d. Dampak Shift Kerja

1) Aspek Fisiologis

Menurut Pulat, 2002 dalam Eka (2011) menyebutkan ada beberapa efek kerja shift terhadap tubuh:

- a) Mempengaruhi kualitas tidur. Tidur siang tidaklah seefektif tidur pada malam hari karena terdapat banyak gangguan. Biasanya memakan waktu dua hari istirahat untuk menggantikan waktu tidur malam akibat kerja shift malam.
- b) Kurangnya kemampuan fisik untuk bekerja pada malam hari. Walaupun masalah penyesuaian sirkadian merupakan alasan yang utama, ada alasan lain yaitu perasaan mengantuk dan lelah.
- c) Mempengaruhi kemampuan mental. Johnson dalam Pulat melaporkan bahwa berkurangnya kapasitas mental mempengaruhi perilaku waspada terhadap pekerjaan seperti pengontrolan dan monitoring kualitas. Lebih lanjut, Kelly dan Schneider dalam Pulat menyatakan bahwa kesalahan dapat meningkat secara bermakna (80% sampai 180%) karena bertambahnya lama kerja shift.

- d) Gangguan kegelisahan juga telah dilaporkan terjadi di antara pekerja shift malam. Kehilangan waktu tidur dan efek social dari kerja shift juga merupakan alasan utama.
- e) Gangguan saluran pencernaan. This-Everson melaporkan bahwa dari 6000 pekerja Norwegia, 35% pekerja shift malam mengalami gangguan perut, 13,4% mengalami ulserasi, dan 30% mengalami gangguan usus.

2) Aspek psikologis

Depresi akibat shift kerja menyebabkan penurunan status kesehatan seseorang, disamping itu dapat membuat karyawan berkurangnya, motivasi, emosi, dan kemampuan kognitif menyebabkan individu dengan depresi menjadi tidak dapat berfungsi secara efektif sehingga terdapat ketergantungan, kehilangan percaya diri, termasuk penurunan kemampuan berkomunikasi hingga terjadi gangguan sosial yang dapat memperburuk kondisi kesehatannya, terutama bagi penderita penyakit kronis dan berulang. Depresi juga dapat memperparah penyakit, *distress*, dan meningkatkan disabilitas.

3) Aspek kinerja

Dari beberapa penelitian baik di Amerika maupun Eropa, shift kerja memiliki pengaruh pada kinerja pekerja. Kinerja pekerja, termasuk tingkat kesalahan, ketelitian dan tingkat kecelakaan, lebih baik pada waktu siang hari dari pada malam hari, sehingga dalam menentukan shift kerja harus diperhatikan kombinasi dari tipe pekerjaan, system shift dan tipe pekerja.

4) Domestik dan social

Shift kerja akan berpengaruh negative terhadap hubungan keluarga seperti tingkat berkumpulnya anggota keluarga dan sering berakibat pada konflik keluarga. Secara social, shift kerja juga akan

mempengaruhi sosialisasi pekerja karena interaksinya terhadap lingkungan menjadi terganggu. Banyak penelitian model shift kerja dilakukan untuk mengurangi pengaruh negatif dari shift kerja tersebut. Selain itu, sebuah riset terbaru menyebutkan bahwa bekerja pada shift malam memberikan peluang pada tubuh untuk memproduksi Karsinogen (zat penyebab kanker), malam hari mengalami resiko kanker payudara lebih besar. Bekerja malam tak hanya mengacaukan ritme sirkadian (jam biologis tubuh). Studi yang dilakukan International Agency for Research on Cancer (IARC), divisi kanker dari WHO, menegaskan bekerja di malam hari memicu sel kanker payudara bagi perempuan dan kanker prostat bagi pria. Karena kerja shift malam menjadi faktor karsinogen. Para peneliti menduga kerja malam mini mengganggu ritme sirkadian. Selain itu hormon melatonin yang berperan menghambat pertumbuhan tumor, normalnya diproduksi saat malam. Sehingga kurang tidur membuat sistem kekebalan tubuh mudah diserang sel kanker dan tidak memiliki kekuatan untuk menyerang balik. Para ahli memperkirakan hampir 20% dari populasi pekerja di Negara berkembang adalah pekerja malam.

B. Depresi

1. Pengertian Depresi

Depresi merupakan suatu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta bunuh diri (Kaplan, 2010).

Depresi dapat diartikan sebagai salah satu bentuk gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan sedih yang berlebihan, murung, tidak bersemangat, perasaan tidak berharga, merasa kosong, putus harapan,

selalu merasa dirinya gagal, tidak berminat pada ADL sampai ada ide bunuh diri (Yosep, 2009).

Depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (affective/ mood disorder) yang ditandai dengan kemurungan, kelesuaan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya (Hawari, 2008). Depresi merupakan perasaan sedih, ketidakberdayaan dan pesimis, yang berhubungan dengan suatu penderitaan. Keadaan ini dapat berupa serangan yang ditunjukkan kepada diri sendiri atau perasaan marah yang mendalam (Nugroho, 2008).

Depresi adalah suatu gangguan tonus perasaan yang secara umum ditandai oleh kesedihan, apatis, pesimisme dan kesepian. Keadaan ini sering disebut dengan istilah kesedihan (sadness). Murung (blue) dan kesengsaraan (Dalton dan Forman, 2007).

Depresi adalah penyakit atau gangguan mental yang sering dijumpai. Penyakit ini menyerang siapa saja tanpa memandang usia, rasa tau golongan, maupun jenis kelamin. Namun dalam kenyataannya depresi lebih banyak mengenai perempuan dari pada laki-laki dengan rasio 1:2 (Kaplan dan Sadock, 2007).

2. Etiologi Depresi

Kaplan menyatakan bahwa faktor penyebab depresi dapat secara buatan dibagi menjadi faktor biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial.

a. Faktor biologi

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan pada amin biogenik, seperti: 5 HIAA (5-Hidr oks i indol aset ic acid) , HVA (Homovanilic acid), MPGH (5 methoxy-0-hidroksi phenil glikol), di dalam darah, urin dan cairan serebrospinal pada pasien gangguan mood. Neurotransmitter yang terkait dengan patologi depresi adalah serotonin dan epineprin. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi, dan pada pasien bunuh diri, beberapa pasien memiliki serotonin yang rendah. Pada terapi despiran mendukung teori bahwa norepineprin berperan dalam

patofisiologi depresi (Kaplan, 2010). Selain itu aktivitas dopamin pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti Resperin, dan penyakit dimana konsentrasi dopamin menurun seperti parkinson, adalah disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi dopamin, seperti tyrosin, amphetamine, dan bupropion, menurunkan gejala depresi (Kaplan, 2010).

Disregulasi neuroendokrin. Hipotalamus merupakan pusat pengaturan aksis neuroendokrin, menerima input neuron yang mengandung neurotransmitter amin biogenik. Pada pasien depresi ditemukan adanya disregulasi neuroendokrin. Disregulasi ini terjadi akibat kelainan fungsi neuron yang mengandung amin biogenik. Sebaliknya, stres kronik yang mengaktifkan aksis Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) dapat menimbulkan perubahan pada amin biogenik sentral. Aksis neuroendokrin yang paling sering terganggu yaitu adrenal, tiroid, dan aksis hormon pertumbuhan. Aksis HPA merupakan aksis yang paling banyak diteliti (Landefeld et al, 2004). Hipersekresi CRH merupakan gangguan aksis HPA yang sangat fundamental pada pasien depresi. Hipersekresi yang terjadi diduga akibat adanya defek pada sistem umpan balik kortisol di sistem limbik atau adanya kelainan pada sistem monoaminogenik dan neuromodulator yang mengatur CRH (Kaplan, 2010). Sekresi CRH dipengaruhi oleh emosi. Emosi seperti perasaan takut dan marah berhubungan dengan Paraventricular nucleus (PVN), yang merupakan organ utama pada sistem endokrin dan fungsinya diatur oleh sistem limbik. Emosi mempengaruhi CRH di PVN, yang menyebabkan peningkatan sekresi CRH (Landefeld, 2004). Pada orang lanjut usia terjadi penurunan produksi hormon estrogen. Estrogen berfungsi melindungi sistem dopaminergik nigrostriatal terhadap neurotoksin seperti MPTP, 6 OHDA

dan methamphetamin. Estrogen bersama dengan antioksidan juga merusak monoamine oxidase (Unutzer dkk, 2002).

Kehilangan saraf atau penurunan neurotransmitter. Sistem saraf pusat mengalami kehilangan secara selektif pada sel – sel saraf selama proses menua. Walaupun ada kehilangan sel saraf yang konstan pada seluruh otak selama rentang hidup, degenerasi neuronal korteks dan kehilangan yang lebih besar pada sel-sel di dalam lokus seroleus, substansia nigra, serebelum dan bulbus olfaktorius (Lesler, 2001). Bukti menunjukkan bahwa ada ketergantungan dengan umur tentang penurunan aktivitas dari noradrenergik, serotonergik, dan dopaminergik di dalam otak. Khususnya untuk fungsi aktivitas menurun menjadisetengah pada umur 80-an tahun dibandingkan dengan umur 60-an tahun (Kane dkk, 1999).

b. Faktor Genetik

Penelitian genetik dan keluarga menunjukkan bahwa angka resiko di antara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat (unipolar) diperkirakan 2 sampai 3 kali dibandingkandengan populasi umum. Angka keselarasan sekitar 11% pada kembar dizigot dan 40% pada kembar monozigot (Davies, 1999).

Oleh Lesler (2001), Pengaruh genetik terhadap depresi tidak disebutkan secara khusus, hanya disebutkan bahwa terdapat penurunan dalam ketahanan dan kemampuan dalam menanggapi stres. Proses menua bersifat individual, sehingga dipikirkan kepekaan seseorang terhadap penyakit adalah genetic.

c. Faktor Psikososial

Menurut Freud dalam teori psikodinamikanya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai (Kaplan, 2010). Faktor psikososial tersebut adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya otonomi, kematian teman atau sanak saudara, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial, dan penurunan fungsi kognitif (Kaplan, 2010) Sedangkan menurut Kane, faktor psikososial meliputi penurunan percaya

diri, kemampuan untuk mengadakan hubungan intim, penurunan jaringan sosial, kesepian, perpisahan, kemiskinan dan penyakit fisik (Kane, 1999).

Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi: peristiwa kehidupan dan stressor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif dan dukungan sosial (Kaplan, 2010).

Peristiwa kehidupan dan stresor lingkungan. Peristiwa kehidupan yang menyebabkan stres, lebih sering mendahului episode pertama gangguan mood dari episode selanjutnya. Para klinisi mempercayai bahwa peristiwa kehidupan memegang peranan utama dalam depresi, klinisi lain menyatakan bahwa peristiwa kehidupan hanya memiliki peranan terbatas dalam onset depresi. Stressor lingkungan yang paling berhubungan dengan onset suatu episode depresi adalah kehilangan pasangan (Kaplan, 2010). Stressor psikososial yang bersifat akut, seperti kehilangan orang yang dicintai, atau stressor kronis misalnya kekurangan finansial yang berlangsung lama, kesulitan hubungan interpersonal, ancaman keamanan dapat menimbulkan depresi (Hardywinoto, 1999).

Faktor kepribadian. Beberapa ciri kepribadian tertentu yang terdapat pada individu, seperti kepribadian dependen, anankastik, histrionik, diduga mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya depresi. Sedangkan kepribadian antisosial dan paranoid (kepribadian yang memakai proyeksi sebagai mekanisme defensif) mempunyai resiko yang rendah (Kaplan, 2010).

Faktor psikodinamika. Berdasarkan teori psikodinamika Freud, dinyatakan bahwa kehilangan objek yang dicintai dapat menimbulkan depresi (Kaplan, 2010). Dalam upaya untuk mengerti depresi, Sigmund Freud sebagaimana dikutip Kaplan (2010) mendalilkan suatu hubungan antara kehilangan objek dan melankolia. Ia menyatakan bahwa kekerasan yang dilakukan pasien depresi diarahkan secara internal karena identifikasi dengan objek yang hilang. Freud percaya bahwa introjeksi

mungkin merupakan cara satu-satunya bagi ego untuk melepaskan suatu objek, ia membedakan melankolia atau depresi dari duka cita atas dasar bahwa pasien terdepresi merasakan penurunan harga diri yang melanda dalam hubungan dengan perasaan bersalah dan mencela diri sendiri, sedangkan orang yang berkabung tidak demikian.

Kegagalan yang berulang. Dalam percobaan binatang yang dipapari kejutan listrik yang tidak bisa dihindari, secara berulang-ulang, binatang akhirnya menyerah tidak melakukan usaha lagi untuk menghindari. Disini terjadi proses belajar bahwa mereka tidak berdaya. Pada manusia yang menderita depresi juga ditemukan ketidakberdayaan yang mirip (Kaplan, 2010).

Faktor kognitif. Adanya interpretasi yang keliru terhadap sesuatu, menyebabkan distorsi pikiran menjadi negatif tentang pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimisme dan keputusan. Pandangan yang negatif tersebut menyebabkan perasaan depresi (Kaplan, 2010).

3. Gejala-Gejala Depresi

Gejala-gejala depresi dibagi menjadi dua yaitu gejala utama serta gejala lainnya yang mendukung gejala utama dimana gejala-gejala tersebut akan menentukan berat ringannya tingkat depresi (Yosep, 2007):

- a. Gejala Utama
 - 1) Afek depresi yaitu sulit merasa bahagia dan rasa percaya diri yang rendah
 - 2) Kehilangan minat dan kegembiraan
 - 3) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja dan menurunnya aktivitas)
- b. Gejala Lainnya
 - 1) Konsentrasi dan perhatian berkurang

- 2) Harga diri dan kepercayaan diri berkurang
- 3) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- 4) Pandang masa depan yang suram dan pesimistis.
- 5) Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri
- 6) Tidur terganggu dan nafsu makan berkurang.

4. Jenis-Jenis Depresi

Penyakit depresi berkisar dari yang ringan, sedang sampai yang berat. Bentuk yang lebih ringan seringkali disebut depresi neurotik atau depresi reaktif sedangkan untuk depresi yang lebih berat disebut depresi psikotik atau endogenus. Berikut ini penggolongan berbagai macam depresi menurut penyebabnya (Yosep, 2007).

a. *Mayor depressive disorder*

Mayor depressive disorder dapat berupa episode berulang atau episode tunggal. Hal ini dapat juga memberi gambaran khusus seperti adanya diam melamun atau melankolik. Seseorang yang mengalami mayor depresi berbicara menjadi lambat, berhenti berbicara, cemas dan menjadi menyalahkan diri sendiri dan pada periode tertentu seseorang pada tahap depresi seperti ini dapat mencoba untuk bunuh diri.

b. *Dysthymic disorder*

Dalam *diagnostical and statistical manual of mental disorder*, kondisi kelompok ini dikenal dengan depresi neurosis (*deuraotic depression*). Kondisi ini ditandai dengan mood yang terdepresi dalam sebagian besar kesehariannya. Beberapa bentuk gejala depresi yang menyertai adalah menurunnya nafsu makan, kelelahan yang sangat, susah tidur atau tidur berlebihan, harga diri rendah, kesulitan berkonsentrasi atau kesulitan membuat keputusan dan perasaan putus harapan.

5. Tingkatan depresi

Depresi dapat dibagi menjadi tiga episode berdasarkan Annex 6 antara lain (Noorkasiani, 2009):

a. Depresi ringan

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama depresi seperti diatas.
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya dua dari gejala lainnya.
- 3) Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya.
- 4) Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
- 5) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan social yang biasa dilakukannya.

b. Depresi sedang

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada dua atau tiga gejala utama depresi.
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya.
- 3) Lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu
- 4) Menghapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan social, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

c. Depresi berat

- 1) Semua 3 gejala utama depresi harus ada
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas
- 3) Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok
- 4) Episode defresif biasanya berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu.
- 5) Penderita tidak mampu meneruskan kegiatan social, pekerjaan urusan rumah tangga kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

6. Skala Untuk Mengukur Tingkat Depresi

Terdapat beberapa skala atau koesioner yang digunakan untuk mengukur tingkat depresi seseorang, antara lain:

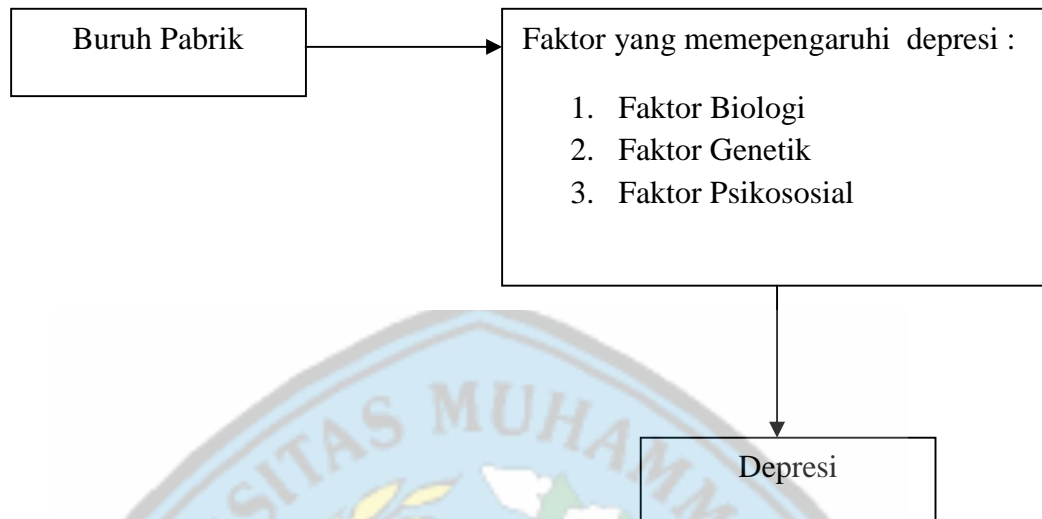
1. *Hamilton depression rating scale (HDRS)*

HDRS merupakan suatu test untuk mengukur tingkat keparahan dari gejala depresi pada individu anak-anak maupun pada orang dewasa. HDRS dikembangkan oleh Max Hamilton (1960) sebagai pengukur gejala depresi yang dapat digunakan dalam hubungannya dengan interview klinis pada pasien depresi. HDRS memiliki 2 versi yaitu 17 item dan 21 item interview yang mengandung rating. Versi 17 item lebih umum digunakan dari pada versi 21 item yang mengandung 4 item tambahan yang mengukur gejala yang berhubungan dengan depresi, seperti paranoia dan obsesi. Penilaian terhadap variable depresi dilakukan dengan scoring. Masing-masing item interview mempunyai score 0-2 atau 0-4 (Nezu, et, al, 2000). Alat ukur HDRS memiliki Alpha cronbach sebesar 0,83 (McDowell, 2005).

2. Koesioner Depresi Teddy Hidayat

Koesioner depresi ini digunakan untuk mengukur tingkat depresi. Teddy Hidayat merupakan seorang psikiater. Koesioner seorang Teddy Hidayat terdiri dari 21 item interview yang terdiri dari 4 score. Score 0 untuk tanda atau gejala depresi yang tidak pernah dirasakan, score 1 kadang-kadang, score 2 sering mengalami dan score 3 sering mengalami. Hasil penilaiannya 0 – 9 Memiliki derajat depresi minimal (tidak ada depresi), 10 – 16 Memiliki derajat depresi ringan, 17 – 29 Memiliki derajat depresi sedang, 30 – 63 Memiliki derajat depresi berat. Koesioner teddy hidayat memiliki alpha cronbach sebesar 0,86.

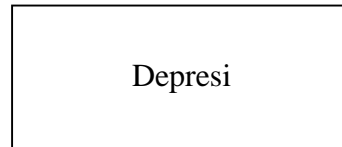
C. Kerangka Teori



Skema 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Hamzah 2014 dan Kaplan 2010

D. Kerangka Konsep



Skema 2.2 Kerangka Konsep

Sumber: Yosep (2009)

E. Variable

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah depresi

