

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1. Kajian Pustaka

2.1.1. Depresi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), depresi didefinisikan sebagai gangguan jiwa pada seseorang yang ditandai dengan perasaan yang merosot (seperti muram, sedih, perasaan tertekan). Depresi merupakan kelainan suasana hati yang dapat memengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku seseorang. Kementerian Kesehatan juga menyebutkan, mereka yang mengalami depresi dapat merasa sedih, cemas, kehilangan minat terhadap aktivitas yang biasanya mereka sukai, merasa tidak berharga, atau memiliki pemikiran negatif yang berulang tentang diri sendiri, kehidupan, bahkan kematian.

Salah satu organisasi PBB, UNICEF, menjelaskan bahwa pada sebagian anak, depresi sering diekspresikan sebagai “sedih” atau “tidak bahagia”. Bahkan ada yang mengaku ingin melukai diri dan mengakhiri hidupnya. Dan risiko menyakiti diri sendiri lebih besar pada anak dan remaja, sehingga ujaran-ujaran tersebut harus ditanggapi dengan serius.

Gangguan depresi mencakup beberapa jenis. seperti gangguan disregulasi suasana hati yang mengganggu, gangguan depresif mayor (termasuk episode depresif mayor), gangguan depresif persisten (distimia), gangguan disforik pramenstruasi, gangguan depresi yang disebabkan oleh zat/obat, gangguan

depresif akibat kondisi medis lain, gangguan depresif lainnya yang ditentukan, dan gangguan depresif yang tidak ditentukan.¹⁵

2.1.2. Populasi Depresi

Telah dinyatakan oleh WHO bahwa depresi menjadi kontributor kedua beban penyakit global pada tahun 2020. Diperkirakan 3,8% dari populasi mengalami depresi, termasuk 5% di antara orang dewasa (4% di antara pria dan 6% di antara wanita), serta 5,7% di antara orang dewasa yang berusia lebih dari 60 tahun. Jumlah yang mengalami depresi adalah sekitar 280 juta orang di dunia. Sekitar 50% depresi lebih umum di kalangan wanita dibandingkan pria. Serta pada wanita hamil dan wanita yang baru melahirkan lebih dari 10% mengalami depresi. Dan menurut WHO (2023), bunuh diri merupakan penyebab kematian keempat pada usia 15–29 tahun dan lebih dari 700.000 orang meninggal setiap tahun akibat bunuh diri.

Menurut WHO (2017), kejadian depresi tertinggi berada di wilayah Asia Tenggara, dengan Indonesia yang berada di urutan ke lima.¹⁶ Menurut Riskesdas (2018), menunjukkan hasil penduduk di Indonesia dengan usia lebih dari 15 tahun mengalami depresi, dengan prevalensi sebesar 6,1% dari total penduduk yang berada di 33 provinsi di Indonesia.¹⁷

2.1.3. Mekanisme Depresi

Banyak penelitian yang sudah menyatakan bahwa terdapat kelainan biologis pada pasien dengan gangguan mood, termasuk depresi. Depresi dapat dihubungkan dengan gangguan neurotransmitter, seperti norepinefrin, serotonin, dan dopamin. Penurunan tingkat sensitivitas reseptor β -adrenergik dan aktivasi reseptor β 2

presinaptik dapat membuat penurunan dari pelepasan norepinefrin. Pada kondisi serotonin yang menurun dapat juga membuat mood menurun. Dan pada dopamin, terdapat gangguan di jalur mesolimbic dopamin juga hipoaktivitas reseptor D1. Yang kemudian ketiga neurotransmitter tersebut akan berkontribusi pada mekanisme terjadinya depresi.¹⁸

Selain ketiga neurotransmitter tersebut juga, terdapat beberapa neurotransmitter lainnya yang berperan dalam mekanisme terjadinya depresi. Seperti Asetilkolin (Ach) yang interaktif dengan sistem monoamin, Asam γ -aminobutirat (GABA) yang memiliki efek sebagai inhibisi di jalur monoamin yang naik (terutama sistem mesokortikal dan mesolimbik), juga Glutamat dan Glisin yang merupakan neurotransmitter yang berperan sebagai eksitator dan inhibitor utama di sistem saraf pusat (SSP).¹⁸

Stres yang berat dapat menyebabkan perubahan jangka panjang dalam respon neuroendokrin. Stres kronis dapat menurunkan aktivitas dari *brain-derived neurotrophic growth factor* (BDNF) dan neurogenesis, yang kemudian akan mengakibatkan disfungsi neuron dan kematian sel.¹⁸

Mereka yang menderita depresi, mengalami trauma pada tahap awal kehidupan, dikaitkan dengan peningkatan aktivitas dari HPA dan perubahan struktural di koreks serebral. Hiperkortisolemia pada depresi terdapat kemungkinan gangguan, yaitu penurunan dari inhibitor serotonin, peningkatan stimulasi norepinefrin, Ach, atau CRH, dan gangguan *feedback* dari hippocampus.¹⁸

Pada pasien yang mengalami depresi, sekitar 20-60% pasiennya ditemukan peningkatan dari aktivitas HPA. Dan hal ini dapat dideteksi dengan pengukuran

kortisol urin, plasma, dan saliva, juga tes inhibisi *feedback* dengan dexamethasone.¹⁸

Selain itu, faktor genetik juga bisa meningkatkan resiko lebih tinggi untuk mengalami depresi. Jika di keluarga terdapat salah satu orang tua yang mengalami gangguannya, maka anaknya akan memiliki sekitar 10-25% untuk mengalami gangguan yang sama.¹⁸ Anggota keluarga dekat dari individu yang menderita gangguan depresi mayor memiliki risiko terkena gangguan yang sama dua hingga empat kali lebih tinggi dibandingkan dengan populasi umum. Heritabilitasnya diperkirakan sekitar 40%, dan sifat kepribadian neurotisme berkontribusi signifikan terhadap kerentanan genetik ini.⁴

Faktor sosial juga berpengaruh dalam mekanisme terjadinya depresi. Terdapat salah satu teori yang menyebutkan bahwa stress dapat menyebabkan perubahan jangka panjang dalam biologi otak, termasuk gangguan neurotransmitter, hilangnya neuron, dan penurunan koneksi sinaptik. Faktor yang paling sering dikaitkan dengan gangguan ini adalah kehilangan orang tua sebelum mencapai usia 11 tahun, sedangkan stress lingkungan yang banyak dijadikan sebagai pemicu gangguan ini adalah kehilangan pasangan. Perasaan bersalah juga merupakan faktor sosial lainnya yang dapat berhubungan dengan terjadinya depresi. Pasien biasanya merasa bersalah terus menerus yang kemudian nantinya dapat menjadi depresi akut.¹⁸

Terdapat juga faktor psikologis seperti yang dijelaskan pada Teori Kognitif. Menurut teori ini, depresi merupakan akibat dari disorti kognitif tertentu yang dimiliki oleh seseorang yang rentan pada depresi. Disorti yang disebut juga dengan

depressogenic schemata adalah pola pikir yang terbentuk didasarkan oleh pengalaman awal dan memengaruhi cara seseorang menafsirkan informasi baik itu internal maupun eksternal. Aaron Beck telah mengembangkan konsep triad kognitif depresi yang terdiri dari pandangan tentang diri sendiri (persepsi negative pada diri sendiri), pandangan tentang lingkungan (melihat dunia sebagai tempat yang tidak bersahabat dan penuh tuntutan), dan pandangan mengenai masa depan (ekspektasi pada penderitaan dan kegagalan).¹⁸

2.1.4. Depresi pada Anak di LPKA

Gejala depresi pada anak bermacam-macam, sehingga tiap anak menunjukkan gejala yang berbeda. Umumnya, gejala depresi tidak disadari karena dianggap sebagai perubahan emosional dan psikologis yang normal. Akibatnya, sering kali kondisi ini tidak terdiagnosis dan tidak mendapatkan penanganan yang tepat. Gejala utama depresi berkisar pada kesedihan, 15 rasa putus asa, dan perubahan suasana hati.¹⁹

Anak-anak di Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA) memiliki risiko lebih tinggi mengalami depresi karena mereka mendapatkan berbagai tekanan psikologis, seperti pengalaman traumatis, kehilangan kebebasan, dan stigma sosial. Penelitian mengungkapkan bahwa saat seorang anak masuk dalam Lembaga Pemasyarakatan, ia akan menyadari bahwa dirinya berada dalam keadaan terkekang, tidak mendapatkan kebebasan, terpisah dan jauh dari orang tua, keluarga maupun orang-orang yang dikenalnya, serta harus beradaptasi

memasuki dunia yang tertutup, sehingga cenderung membuat mereka lebih rentan untuk mengalami depresi.²⁰

Elfi Wulandari, seorang perawat muda di LPKA Bandung, dalam wawancaranya dengan *Detik.com* pada tahun 2024, mengatakan bahwa anak-anak di LPKA juga biasanya mengalami masalah psikologis atau psikologis terganggu. Hal tersebut dikarenakan mereka masih dalam tahap pertumbuhan dan perkembangan.

Banyak ANDIKPAS kerap mengalami perasaan sedih yang mendalam, merasa tidak berhasil ketika mengenang masa lalunya, sering ingin menangis tetapi tidak mampu, serta mengalami perubahan nafsu makan yang tidak seperti biasanya.²¹ Sama seperti anak-anak pada umumnya, anak di LPKA yang menjalani hukuman selama beberapa tahun juga membutuhkan bimbingan agar mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan serta menghindari depresi yang kerap muncul dalam proses penyesuaian diri.²²

Anak yang menjalani hukuman di LPKA menunjukkan tanda dan gejala depresi, seperti rasa takut tidak diterima oleh masyarakat, kekhawatiran terhadap masa depan yang tidak pasti, serta perasaan sedih karena keterbatasan dalam bertemu orang tua. Selain itu, mereka juga sering memiliki pemikiran negatif, seperti merasa dirinya menjadi beban bagi keluarga. Stigma dari masyarakat atau sosial turut memberikan dampak yang signifikan terhadap kondisi emosional mereka.²³

Sebanyak 80% remaja LPKA menunjukkan *moderate aggression, hostility* paling dominan (66,7%).³⁷ Meskipun penelitian mengenai depresi telah banyak

dilakukan di berbagai tempat, kajian yang meneliti secara khusus mengenai depresi pada ANDIKPAS di Indonesia masih tergolong jarang.

2.1.5. Lembaga Pembinaan Khusus Anak Bandung

Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA) Bandung terletak di antara Lembaga Pemasarakatan Khusus Tipikor Kelas I Sukamiskin, Lembaga Pemasarakatan Kelas II A Perempuan Bandung, dan RUPBASAN Bandung. LPKA mulai beroperasi pada 18 April 2013 dengan luas lahan mencapai 18.200 m² dan memiliki kapasitas tampung sekitar 468 penghuni.

Pada awal pendiriannya, lembaga ini dikenal sebagai Lembaga Pemasarakatan Anak Kelas III Bandung, dengan daya tampung awal hanya 48 anak. Berdasarkan Keputusan Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI Nomor M.HH-04.OT.01.01 Tahun 2013, LPKA Bandung ditetapkan sebagai bagian dari pembentukan berbagai Lembaga Pemasarakatan Kelas III di sejumlah daerah, termasuk Sarolangun, Banyuasin, Kayu Agung, Gunung Sindur, Bekasi, Banjar, Cilegon, Bontang, serta beberapa Lapas Narkotika lainnya.

Peresmian LPKA Kelas II Bandung secara nasional dilakukan oleh Menteri Hukum dan HAM pada 5 Agustus 2015. Perubahan status serta nomenklatur dari Lapas Anak menjadi LPKA ditetapkan pada 4 Agustus 2015 melalui Peraturan Menteri Hukum dan HAM RI Nomor 18 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Pembinaan Khusus Anak.

2.1.6. Perilaku Agresi

Agresi adalah cara seseorang mengekspresikan kemarahan melalui tindakan yang disengaja dengan tujuan menyakiti individu lain serta dapat menyebabkan dampak yang signifikan.²⁴ Agresi sendiri merupakan perilaku yang bertujuan untuk melukai orang lain, properti serta tidak mengakibatkan cedera fisik pada hewan atau individu lain¹⁵. Bentuk agresi dapat ditampilkan bermacam-macam, baik secara verbal maupun non-verbal. Serta, tindakan yang sering kali dilakukan adalah tindakan melawan aturan.²⁵

Terdapat dua jenis agresi menurut DSM-5 yaitu, agresi verbal dan agresi fisik. Agresi verbal misalnya, ledakan emosi, kemarahan yang meledak-ledak atau tidak terkendali, serta perdebatan atau pertengkaran verbal. Sementara itu, agresi fisik merupakan tindakan terhadap benda, hewan, atau individu lain yang terjadi rata-rata dua kali seminggu selama periode 3 bulan. Meskipun demikian, agresi fisik tersebut tidak selalu menyebabkan kerusakan atau penghancuran properti serta tidak mengakibatkan cedera fisik pada hewan atau individu lain¹⁵.

2.1.7. Mekanisme Agresi

Agresi dapat terjadi karena interaksi kompleks yang melibatkan beberapa faktor, yaitu faktor biologis, faktor psikologis, dan faktor sosial. Mekanisme dari agresi merupakan hasil dari interaksi antara faktor-faktor tersebut.

Secara biologis, terdapat faktor neurologik, yang merupakan variasi komponen sistem saraf sinaps, neurotransmitter, dendrit, dan akson terminalis yang perannya sebagai fasilitas atau pun menghambat rangsangan juga pesan-pesan yang

akan memengaruhi sifat agresi. Sistem limbik terlibat dalam stimulasi munculnya sifat tidak bersahabat dan juga respon agresi pada seseorang.

Kemudian ada juga faktor genetik yang diturunkan dari orang tua, hal tersebut dapat menjadi potensi dari perilaku agresi. Berdasarkan riset yang telah dilakukan oleh Kazuo Murokami, pada gen manusia terdapat *dormant* (potensi) agresi yang tidak aktif dan akan menjadi aktif jika terstimulasi oleh faktor eksternal. Kemudian penelitian juga menyebutkan bahwa pada waktu tertentu kortisol akan meningkat pada seseorang dan akan menyebabkan stimulasi dari agresi.

Selain itu, untuk faktor biokimia seperti neurotransmitter di otak juga memiliki peran. Jika terdapat stimulasi dari luar tubuh yang dianggap sebagai ancaman akan dihantar oleh impuls neurotransmitter ke otak, yang kemudian akan diberikan respons melalui serabut efferent. Faktor lainnya adalah peningkatan dari hormon androgen dan norepinephrine, serta penurunan serotonin dan GABA.

Kemudian dalam faktor psikologis terdapat teori psikoanalisa, yang dimana agresi dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang individu, menjelaskan bahwa terdapat perasaan ketidak puasam dan rasa aman dari seseorang yang akan membuat ego yang tidak berkembang dan juga konsep rendah diri. Yang kemudian hal ini akan diungkapkan oleh individu tersebut dengan perilaku agresi.

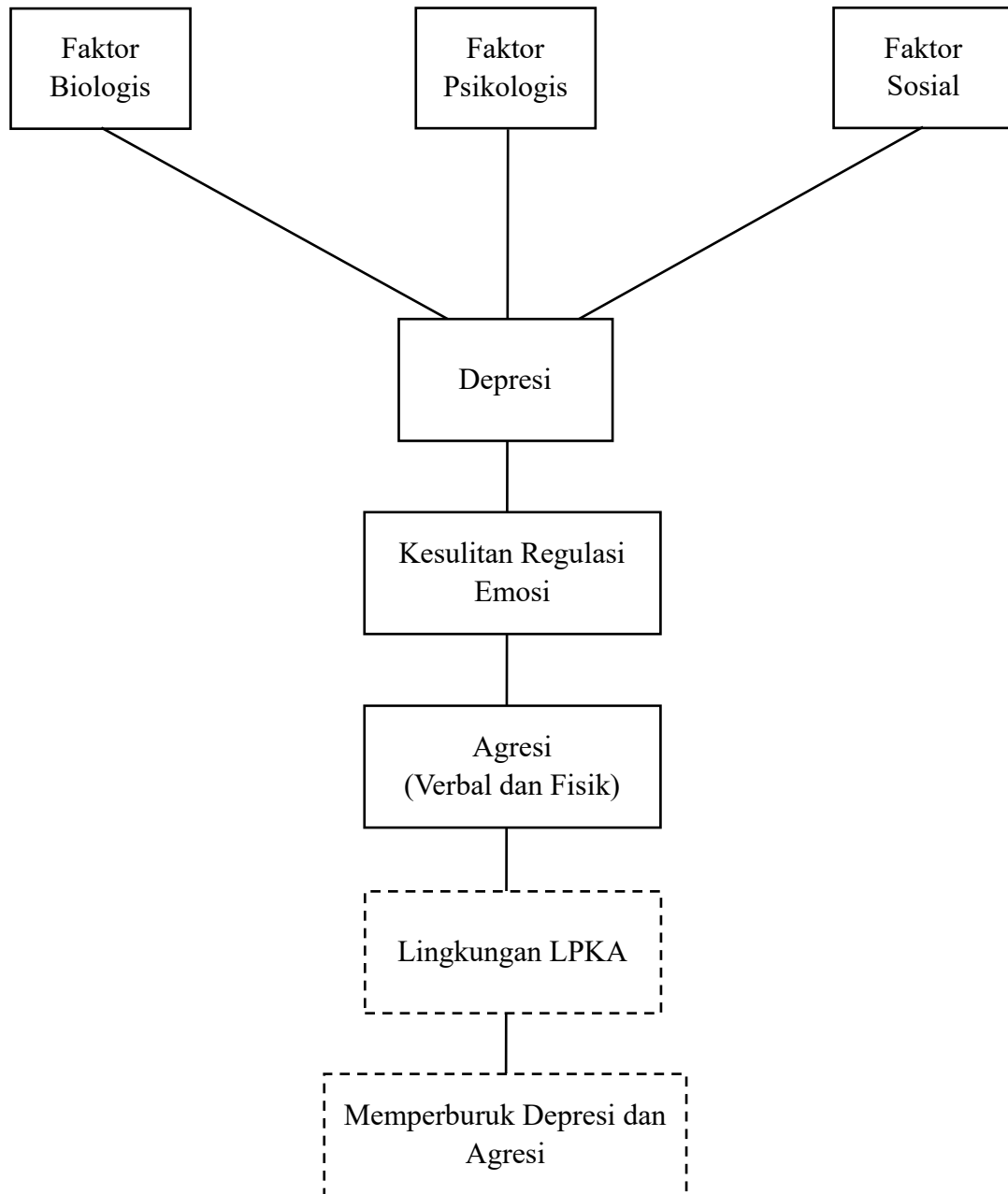
Terdapat teori *imitation, modelling, and information processing*, yang dimana perilaku agresi dapat berkembang di dalam lingkungan yang memberikan toleransi terhadapnya. Contohnya, perilaku yang ditiru merupakan yang dilihat oleh seseorang dari media atau lingkungan sekitarnya.

Selain itu, terdapat juga faktor presipitasi yang berhubungan dengan beberapa hal. Seperti ekspresi diri pada seseorang, kesulitan dalam berkomunikasi dengan baik untuk menyelesaikan masalah, ketidaksiapan seseorang untuk menempatkan diri sebagai orang dewasa, kematian anggota keluarga, dan kehilangan pekerjaan. Yang kemudian akan terjadi interaksi kompleks dan membuat seseorang menunjukkan perilaku agresi.²⁶


2.1.8. Perilaku Agresi pada Anak di LPKA

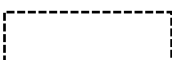
Berlandaskan penelitian sebelumnya yang dilakukan di LPKA Tangerang, dapat disimpulkan bahwa terdapat berbagai bentuk pelanggaran yang umum dilakukan oleh anak didik masyarakat (ANDIKPAS) selama berada di LPKA, bahkan dalam beberapa kasus diketahui oleh petugas. Terdapat tujuh faktor yang dapat meningkatkan risiko munculnya perilaku agresi dan pelanggaran moral di LPKA, yaitu kunjungan, provokasi, kondisi emosional atau fisik, candaan berlebihan, hambatan dalam menyelesaikan tugas, latar belakang kehidupan, serta paparan terhadap unsur seksual. Selain itu, terdapat lima faktor yang dapat memicu perilaku agresi dan pelanggaran moral, yaitu kurangnya pengawasan atau pembiaran dari petugas, contoh perilaku dari petugas, kapasitas kamar yang besar, ketersediaan bahan untuk membuat senjata tajam, serta kecenderungan meniru antar andikpas.²⁵

2.2. Kerangka Pemikiran



Keterangan :

 Variabel yang diteliti

 Variabel yang tidak diteliti

Gambar 2.1 Alur Kerangka Berpikir

2.3. Hipotesis

Berdasarkan perumusan masalah dan tujuan penelitian, hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini terdiri atas hipotesis nol (H_0) dan hipotesis alternatif (H_1). H_0 menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan perilaku agresi pada Anak Didik Pemasarakatan (ANDIKPAS) di Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA) Kelas II Bandung. Sementara itu, H_1 menyatakan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dan perilaku agresi pada ANDIKPAS di LPKA Kelas II Bandung.