

HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA DENGAN DEPRESI PADA REMAJA DI SMPN KOTA MALANG (*Relationship Between Social Support With Adolescent Depression in Junior High School at Malang*)

Yeni Fitria¹, Rahmawati Maulidia²

¹STIKes Maharani Malang, ²STIKes Maharani Malang
¹yeni.fitria040@gmail.com, ²rahmawatimaulidia61@gmail.com

Abstrak

Masa remaja merupakan masa transisi dari anak-anak menuju dewasa. Perubahan yang terjadi pada masa remaja dapat memicu munculnya gangguan kesehatan mental, salah satunya adalah depresi. Depresi yang terjadi pada masa remaja akan berpengaruh terhadap terjadinya episode depresi mayor pada masa dewasa. Keluarga merupakan support system terdekat bagi remaja. Dukungan sosial keluarga yang optimal dapat meningkatkan perilaku adaptif remaja. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasional dengan pendekatan crosssectional untuk mengetahui hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan depresi pada remaja di SMPN 11 Kota Malang. Sampel penelitian terdiri atas 94 responden dengan teknik sampling *proportionate stratified random sampling*. Pengambilan data menggunakan kuesioner dukungan sosial dan kuesioner *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS). Data dianalisis dengan uji korelasi Spearman rank. **Hasil dan analisis:** Sebagian besar responden mendapatkan dukungan sosial dari keluarga dalam kategori tinggi, yaitu sebanyak 81 responden (86,2%) dan sebagian besar responden tidak mengalami depresi, yaitu sebanyak 69 responden (73,4%). Dari uji statistik didapatkan nilai signifikansi sebesar 0,016 (<0,05), yang artinya terdapat hubungan signifikan antara dukungan sosial keluarga dengan depresi pada remaja. **Diskusi dan Kesimpulan:** Dukungan sosial yang diberikan keluarga berperan efektif dalam mengatasi tekanan psikologis yang dialami individu pada masa-masa sulit. Dukungan sosial keluarga yang tinggi diperlukan untuk mencegah timbulnya depresi pada remaja dalam menghadapi masa transisi.

Kata Kunci: Dukungan sosial keluarga; Depresi; Remaja

PENDAHULUAN

Masa remaja merupakan suatu fase perkembangan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa yang berlangsung antara usia 10 sampai 19 tahun (WHO, 2015). Salah satu gambaran dasar masa remaja adalah adanya serangkaian perubahan biologis atau dikenal sebagai masa pubertas. Masa pubertas melibatkan serangkaian kejadian biologis yang berdampak pada perubahan tubuh.

Menurut Stuart (2016) perubahan fisik, kognitif dan emosional yang dialami pada fase remaja dapat menimbulkan stress dan memicu perilaku unik pada remaja. Disamping itu, salah satu tugas perkembangan remaja yang harus dilalui adalah mengembangkan identitas diri dan mulai mengembangkan kemandirian emosional dari orangtua. Remaja memiliki keinginan alam bawah sadar untuk mempertahankan ketergantungannya, namun disisi lain remaja juga dalam proses kemandirian. Sehingga remaja mungkin akan menunjukkan sikap ambivalen yang ditunjukkan dalam emosi yang meluap – luap.

Kegagalan dalam mencapai tugas perkembangan pada masa ini dapat menyebabkan kebingungan peran (*role confusion*) (Keliat, et al, 2013; Townsend, 2014). Selain itu juga dapat menimbulkan kurangnya rasa percaya diri, yang akan diekspresikan pada perilaku kenakalan remaja (Townsend, 2014). Sehingga dampak yang muncul adalah berbagai perilaku menyimpang seperti perilaku agresif (Williford, et al, 2011). Masalah perilaku anak dan remaja seperti perilaku agresif dapat berkembang menjadi gejala positif skizotipal (Fagel, 2014).

Salah satu masalah gangguan kesehatan mental yang umum dialami oleh remaja adalah depresi. Depresi adalah perubahan mood atau afek yang diekspresikan dalam bentuk perasaan sedih, putus asa, dan pesimis. Selain itu juga terjadi penurunan minat pada aktivitas sehari – hari, perubahan nafsu makan, perubahan pola tidur, dan gejala somatic lainnya (Townsend, 2014).

Prevalensi depresi pada usia remaja menunjukkan peningkatan yang sangat tinggi

dibandingkan dengan usia kanak-kanak dan usia dewasa. Tanda gejala depresi meningkat antara usia 13 – 15 tahun dan mencapai uncaknya pada usia 17 – 18 tahun (Marcotte, 2002). Menurut Stuart (2016), depresi mayor mempengaruhi 4 – 8% pada remaja. Remaja yang mengalami depresi pada usia 14 – 16 tahun akan berisiko tinggi untuk terjadinya depresi mayor pada masa dewasa. Hasil studi longitudinal menunjukkan bahwa sekitar 20-25% remaja yang mengalami depresi akan berkembang menjadi gangguan penyalahgunaan zat. Dan sebanyak 5-10% remaja akan melakukan tindakan bunuh diri dalam rentang 15 tahun dari awal episode depresi mayor.

Di Indonesia sendiri angka prevalensi depresi remaja belum teridentifikasi secara teliti. Meski demikian, depresi terlihat manifestasinya dalam bentuk substance abuse (penyalahgunaan narkotika, obat terlarang, alkohol, dan lain-lain), perilaku merusak atau agresif (seperti tawuran pelajar dan kekerasan di sekolah), penurunan prestasi belajar, dan lain-lain. Di Indonesia, narkoba dan tawuran pelajar sudah menjadi persoalan serius.

Tren remaja yang mengalami masalah cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia pada tahun 2007 menunjukkan beberapa kenakalan remaja diantaranya adalah kasus tentang minuman keras, rokok dan narkoba. Pada masa remaja dengan perilaku penyalahgunaan zat, masalah hukum, agresi/tawuran pelajar, menjadikan risiko tinggi bunuh diri pada remaja (Brent et al, 1999, 1993e; Marttunen, Aro, Henrikson, & Lonnqvist, 1994b dalam Bridge, A et al. 2006). Banyaknya masalah dan perilaku menyimpang pada masa remaja menunjukkan bahwa remaja merupakan kelompok risiko terhadap masalah kesehatan jiwa.

Apabila berbagai perilaku menyimpang yang terjadi pada masa remaja dibiarkan terus berlanjut, maka akan semakin banyak remaja yang tidak siap untuk melaksanakan perannya sebagai generasi penerus. *National Service Framework (NSF) for Children and Young People* menyampaikan bahwa masa transisi harus dibimbing, dididik, dan merupakan proses terapeutik tidak hanya sebatas proses administratif. Transisi yang efektif juga harus memberikan kesempatan pada remaja untuk mengalami perubahan secara luas, lebih dari sekedar kebutuhan klinis remaja (RCN, 2013). Dukungan sosial baik dari keluarga, sekolah, maupun lingkungan luar merupakan hal yang

penting bagi kesehatan jiwa remaja, dalam menjalani masa transisi.

Keluarga merupakan support system terdekat bagi remaja. Orangtua mempunyai peran untuk melindungi dan mengasuh anak dalam menjalani proses tumbuh kembangnya. Pola asuh orangtua akan berpengaruh pada kematangan emosi remaja, yang pada akhirnya berdampak pada perilaku remaja (Arsyam, 2016). Selain pola asuh, dukungan keluarga juga berperan penting dalam proses tumbuh kembang remaja. Dukungan keluarga diharapkan mampu memfasilitasi remaja untuk beradaptasi dalam menjalani masa transisi. Dukungan keluarga dapat diberikan dalam bentuk informasi, instrumental, emosional, dan penghargaan.

Optimalisasi dukungan keluarga dalam menghadapi remaja pubertas dapat dilakukan dengan menggunakan modul praktis yang mudah dimengerti oleh keluarga. Optimalisasi peran keluarga tersebut dapat dilakukan melalui pelatihan, pendampingan dan konseling dalam menghadapi remaja pubertas. Aktivitas ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap orang tua dalam menghadapi dan memberikan dukungan kepada remaja, sehingga remaja mampu berperilaku adaptif (Triyanto, 2014).

Penatalaksanaan gangguan jiwa remaja diantaranya yaitu pencegahan primer melalui berbagai program sosial yang ditujukan untuk menciptakan lingkungan yang kondusif dan pencegahan sekunder dengan menemukan kasus secara dini pada remaja yang mengalami kesulitan di sekolah sehingga tindakan yang tepat dapat segera dilakukan (Kusumawati, 2010). Dengan menemukan kasus secara dini dapat meminimalkan tingkat keparahan masalah kesehatan jiwa pada remaja dan memberikan benefit secara ekonomi mengingat bahwa pengobatan gangguan jiwa memerlukan waktu dan biaya yang tidak sedikit (Aidyn, L et al., 2015).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di SMPN 11 Kota Malang, didapatkan bahwa rata-rata jumlah masalah/kasus yang ditangani guru BK 10-15 siswa/bulan. Adapun jenis permasalahan yang dihadapi antara lain siswa yang mengalami kesulitan belajar, penurunan minat belajar, perselisihan dengan teman, dan siswa dengan keluarga *broken home*. Berbagai masalah kesehatan jiwa yang kompleks pada remaja dan mengingat pentingnya dukungan sosial keluarga dalam menghadapi masa transisi, mendorong peneliti untuk

melakukan penelitian tentang hubungan dukungan social keluarga dengan depresi pada remaja.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasional dengan pendekatan *crosssectional*. Sampel penelitian berjumlah 94 siswa dari kelas VII dan VIII SMP Negeri 11 Kota Malang, yang diambil menggunakan teknik sampling *proportionate stratified random sampling*. Kriteria inklusi responden yaitu: Siswa SMPN 11 Kota Malang yang aktif pada TA 2017 – 2018, berusia 12 – 16 tahun, dan bersedia menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusinya yaitu siswa yang tidak hadir pada saat pengambilan data.

Penelitian dilakukan mulai bulan Maret - Agustus 2018. Pengambilan data menggunakan kuesioner dukungan sosial dan kuesioner *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*. Data dianalisis dengan uji korelasi Spearman rank.

Penelitian ini telah mendapatkan ijin etik penelitian dari komite etik kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang dengan no: E.5a/127/KEPK-UMM/IV/2018.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berikut ini penyajian data hasil penelitian, meliputi data umum dan data khusus:

Tabel 1. Karakteristik remaja

No	Karakteristik	f	%
1	Usia		
a.	12 – 14 tahun	82	87 %
b.	15 – 18 tahun	12	13 %
2	Jenis Kelamin		
a.	Laki - laki	46	48,9 %
b.	Perempuan	48	51,1 %

Berdasarkan hasil penelitian data umum responden didapatkan sebagian besar berusia 12-14 tahun sebanyak 82 responden (87%) dan sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 48 responden (51,1%)

Tabel 2. Karakteristik orangtua

No	Karakteristik	f	%
1	Pendidikan		
a.	SD	7	7,4 %
b.	SMP	15	15,9 %
c.	SMA	35	37,3 %
d.	Diploma/ Sarjana	37	39,4 %
2	Pekerjaan		

a.	TNI/Polri	11	11,8 %
b.	Pegawai swasta	49	52,2 %
c.	Wiraswasta	18	19,2
d.	Petani	1	1
e.	Pedagang	6	6,4
f.	Buruh	4	4,2
g.	Lain -lain	4	4,2
4	Penghasilan Keluarga		
a.	< 1,8 juta	33	77 %
b.	> 1,8 juta	10	23 %
6	Penghasilan		
a.	< UMR	64	68 %
b.	> UMR	30	32 %

Berdasarkan hasil penelitian data umum responden orangtua didapatkan bahwa sebagian besar orang tua berpendidikan perguruan tinggi (PT) sebanyak 37 responden (39,4%) dan SMA sebanyak 35 responden (37,3%), sebagian besar orang tua responden memiliki pekerjaan sebagai pegawai swasta sebanyak 49 responden (52,2%), dan sebagian besar penghasilan orang tua < 2.470.000 sebanyak 64 responden (68%).

Tabel 3. Data Khusus Penelitian

No	Karakteristik	f	%
1	Dukungan Keluarga		
a.	Tinggi	81	86,2 %
b.	Sedang	13	13,8 %
2	Tingkat Depresi		
a.	Normal	69	73,4 %
b.	Ringan	13	13,8 %
c.	Sedang	7	7,4 %
d.	Berat	4	4,3 %
e.	Sangat Berat	1	1,1 %

Sedangkan untuk data khusus penelitian didapatkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan sosial dari keluarga dalam kategori tinggi, yaitu sebanyak 81 responden (86,2%). Berdasarkan tingkat depresi didapatkan bahwa sebagian besar responden dalam kategori normal, yaitu sebanyak 69 responden (73,4%) dan sebagian kecil responden mengalami depresi sangat berat, sebanyak 1 responden (1,1%).

Tabel 4. Hasil Uji Korelasi

Variabel	r	p	Keterangan
Dukungan keluarga – depresi remaja	0,249	0,016	Signifikan

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji korelasi spearman rank dapat

diketahui bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi pada remaja ($\rho = 0,016$). Kekuatan hubungannya lemah ($r = 0,249$) dengan arah positif. Hal ini berarti bahwa semakin tinggi dukungan sosial keluarga, maka remaja semakin tidak mengalami depresi.

Masa remaja merupakan masa transisi dari anak-anak menuju dewasa. Pada fase ini salah satu stresor yang dialami remaja yaitu adanya perubahan, terutama perubahan fisik. Apabila terjadi kegagalan dalam mencapai tugas perkembangan pada masa remaja dapat menyebabkan munculnya masalah kesehatan jiwa pada remaja, salah satunya adalah depresi. Depresi adalah perubahan mood atau afek yang diekspresikan dalam bentuk perasaan sedih, putus asa, dan pesimis. Selain itu juga terjadi penurunan minat pada aktivitas sehari-hari, perubahan nafsu makan, perubahan pola tidur, dan gejala somatik lainnya (Townsend, 2014).

Banyak faktor yang dapat menimbulkan depresi pada remaja selain adanya perubahan yang terjadi pada masa transisi, antara lain hubungan interpersonal (tekanan dari teman sebaya, pasangan, maupun hubungan dengan orangtua), kehidupan dirumah, masalah finansial, ketidakpastian masa depan, dan tuntutan dari orangtua (Camara et.al, 2017).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden tidak mengalami depresi, yaitu sebanyak 69 responden (73,4%), 13 responden (13,8%) mengalami depresi ringan, 7 responden (7,4%) mengalami depresi sedang, 4 responden (4,3%) mengalami depresi berat dan hanya 1 responden mengalami depresi berat (1,1%).

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan bahwa tanda gejala depresi yang paling banyak dirasakan remaja antara lain perasaan negative terhadap diri sendiri, adanya perasaan sedih dan tertekan, perasaan tidak berharga, tidak memiliki antusias terhadap apapun, dan perasaan tidak ada inisiatif dalam melakukan sesuatu.

Berdasarkan karakteristik jenis kelamin remaja, didapatkan bahwa sebagian besar remaja yang mengalami depresi baik ringan maupun sangat berat adalah perempuan yaitu 19 orang (76%). Hal ini sesuai dengan pendapat Van Droogenbroeck et al.(2018) yang menyatakan bahwa perempuan memiliki skor lebih tinggi terhadap kejadian distress psikologis, ansietas dan depresi jika dibandingkan dengan laki-laki. Hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa insiden depresi pada perempuan lebih tinggi dari

laki-laki dengan perbandingan 2:1 (Townsend, 2014).

Ada beberapa faktor yang menyebabkan perbedaan insiden tersebut, yaitu karakteristik gender itu sendiri, dan strategi koping. Terkait perbedaan karakteristik gender hal ini dikaitkan dengan lebih tingginya kadar hormone oksitosin pada perempuan dibandingkan laki-laki. Hal ini menyebabkan remaja perempuan memiliki ketertarikan lebih tinggi pada hubungan interpersonal, sehingga remaja perempuan lebih peka terhadap penolakan orang lain, mudah merasa tidak puas. Kondisi ini diyakini sebagai risiko munculnya gejala depresi (Steiberg, 2002 dalam Darmayanti, 2016). Sedangkan menurut Townsend (2014), menyatakan bahwa gender perempuan identik dengan perasaan tidak berdaya, pasif, dan mudah emosional yang dikaitkan dengan terjadinya depresi. Sebaliknya, maskulinitas berhubungan dengan tingginya harga diri dan rendahnya kejadian depresi pada laki-laki.

Faktor kedua yaitu perbedaan strategi koping yang digunakan dalam menghadapi stressor. Perempuan lebih banyak menggunakan strategi koping yang tidak efektif, seperti internalisasi, intelektualisasi, dan rasionalisasi. Sehingga tidak mampu mempertahankan keseimbangan emosi dan lebih rentan mengalami depresi. Sedangkan laki-laki menggunakan strategi koping bersifat eksternalisasi yang diekspresikan dalam bentuk perilaku agresif, kepribadian antisosial, dan penyalahgunaan napza. (Darmayanti, 2016; Van Droogenbroeck et al.2018).

Hasil uji statistik pada penelitian ini menunjukkan adanya hubungan signifikan antara dukungan sosial keluarga dengan depresi remaja. Keluarga merupakan support system terdekat bagi remaja. Dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan. Menurut Friedman (2010), ada 4 dimensi dukungan keluarga yaitu dukungan informasional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan emosional.

Pada remaja dukungan emosional dari keluarga dan teman merupakan dukungan yang paling efektif dalam mencegah depresi. Dengan adanya perasaan diterima yang berdampak pada peningkatan harga diri. Sehingga remaja akan memberikan penilaian diri secara positif. Dukungan emosional yang diberikan dapat

berupa mendengarkan, menunjukkan perasaan kasih sayang, dan memberikan apresiasi (Camara, 2017).

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang paling banyak diberikan yaitu dukungan emosional dalam bentuk kehadiran keluarga yang dapat membuat remaja merasa nyaman ketika menghadapi masalah, yaitu sebanyak 78,7%. Selain itu bentuk dukungan emosional yang lain adalah dengan adanya perhatian keluarga terhadap pergaulan remaja, yaitu sebanyak 68%. Selain dukungan emosional bentuk dukungan keluarga yang diberikan adalah dukungan instrumental. Sebanyak 76,6% keluarga selalu memberikan kebutuhan sekolah yang diperlukan remaja.

Sedangkan bentuk dukungan keluarga yang perlu ditingkatkan yaitu dukungan informasional, dengan cara memberikan informasi terkait tumbuh kembang pada remaja, dan dukungan penghargaan dengan cara tidak membandingkan antar anak didalam keluarga.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Triyanto (2014) yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh signifikan antara dukungan keluarga yang optimal terhadap peningkatan perilaku adaptif remaja. Salah satu perkembangan pada masa remaja adalah emosi yang masih labil. Hal ini akan menjadi tantangan bagi keluarga dalam menyikapi perubahan emosional remaja. Perhatian keluarga, khususnya dari orangtua dalam menghadapi perubahan psikologis remaja akan membantu remaja mencapai kematangan emosional. Selain itu dengan memberikan perhatian terhadap pergaulan remaja, maka dapat meminimalkan remaja terjerumus dalam pergaulan yang tidak baik.

Dukungan instrumental keluarga berkaitan dengan faktor ekonomi. Menurut Yusuf (2009) rendahnya dukungan material disebabkan karena rendahnya faktor ekonomi. Dan kondisi ekonomi keluarga yang rendah berhubungan dengan depresi dan kenakalan remaja (Coley, et al., 2018). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa sebagian besar (80%) remaja yang mengalami distress psikologis dalam kategori sedang, berasal dari keluarga dengan penghasilan dibawah UMR.

Menurut Gottlieb (1983) dalam Astuti (2016) dukungan sosial yang diberikan, baik dalam bentuk informasi atau nasehat verbal maupun non verbal, bantuan nyata ataupun tindakan berperan efektif dalam mengatasi

tekanan psikologis yang dialami individu pada masa-masa sulit. Hal tersebut memungkinkan individu melakukan upaya pemecahan masalah yang dihadapinya menggunakan strategi koping berfokus masalah. Dengan demikian akan meminimalkan terjadinya depresi pada remaja.

Dukungan social diprediksi sebagai salah satu factor proteksi terhadap stressor yang ada. *The buffering hypothesis* (Cohen & Wills, 1985) menjelaskan bahwa dukungan social sebagai buffer atau melindungi dari efek distress yang terjadi. Dengan kata lain ketika menghadapi masalah, remaja dengan dukungan social tinggi lebih tidak beresiko mengalami depresi dibandingkan dengan yang dukungan sosialnya rendah. Selain itu dukungan social berhubungan langsung dengan rendahnya tingkat depresi, penyesuaian akademik yang lebih baik, dan rendahnya angka penyalahgunaan zat (Camara, 2017).

Berbeda dengan teori *The buffering hypothesis*, teori lain yaitu *the principle – effect model* (Dumont and Provost, 1999) menjelaskan bahwa dukungan social memiliki efek positif pada individu dalam menghadapi stressor dalam kehidupan. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan social keluarga yang rendah berhubungan dengan gejala depresi pada remaja usia 12-18 tahun. Selain itu penelitian secara longitudinal mengindikasikan bahwa remaja usia 11 – 15 tahun dengan dukungan keluarga yang rendah mengalami peningkatan gejala depresi (Possel et.al., 2018).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan didapatkan kesimpulan, yaitu: Sebagian besar responden mendapatkan dukungan sosial keluarga dalam kategori tinggi, yaitu sebanyak 81 orang (86,2 %). Sebagian besar responden tidak mengalami depresi, yaitu sebanyak 69 responden (73,4%). Terdapat hubungan signifikan antara dukungan sosial keluarga dengan depresi remaja, dengan kekuatan hubungan lemah ($\rho = 0,016$; $r = 0,249$).

Saran

Bagi pihak Sekolah diharapkan dapat memberikan dukungan kepada guru BK dalam menjalin kerjasama dan komunikasi dengan orangtua mengingat pentingnya dukungan sosial keluarga bagi kesehatan jiwa remaja.

Bagi keluarga diharapkan lebih meningkatkan dukungan yang diberikan pada

remaja khususnya pada aspek informasional dan penghargaan.

Bagi remaja diharapkan lebih meningkatkan coping adaptif terhadap stressor yang dialami, dengan memanfaatkan support system yang ada, khususnya dari keluarga

Bagi Peneliti selanjutnya perlu penelitian lanjutan tentang efektifitas terapi yang dapat diberikan pada remaja dengan depresi, seperti terapi perilaku kognitif. Selain itu juga memperbanyak sampel dalam lingkup yang lebih luas agar hasil penelitian dapat digeneralisasikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aidyn L. Iachini, Elizabeth Levine Brown, Annahita Ball, Jennifer E. Gibson & Steven E. Lize. 2015. *School mental health early interventions and academic outcomes for at-risk high school students: a meta-analysis*, *Advances in School Mental Health Promotion*, 8:3, 156-175, DOI: 10.1080/1754730X.2015.1044252
- Astuti, Yuli. 2016. *Hubungan dukungan sosial orangtua dengan strategi coping berfokus masalah siswa SMKN 3 Yogyakarta*. E-journal Bimbingan dan Konseling (1:5)
- Baron, Robert A. & Byrne, Donn. 2005. *Psikologi Sosial*. Edisi Kesepuluh. Jilid 2. (Penerjemah: Ratna Djuwita, dkk). Jakarta: Erlangga.
- BKKBN. 2012. *Fenomena Kenakalan Remaja*. available from: <http://ntb.bkkbn.go.id/Lists/Artikel/DispForm.aspx?ID=673&ContentTypeId=0x01003DCABABC04B7084595DA364423DE7897>
- Bridge, A.J, Goldstein, R.T, David, A.D. 2006. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:3/4 doi:10.1111/j.14697610.2006.01615.x
- Camara, Maria, Gonzalo Bacigalupe & Patricia Padilla (2017). The role of social support in adolescents: are you helping me or stressing me out?. *International Journal of Adolescence and Youth*, 22:2, 123-136, DOI: 10.1080/02673843.2013.875480
- Coombs. T. 2005. *Australian Mental Health Outcomes and Classification Network*. Available from: http://amhocn.org/static/files/assets/bae82f41/MHI_Manual.pdf
- Coley, et al. 2018. Locating economic risk for adolescent mental & behavioral health: poverty and affluence in family, neighborhoods, and school. *Child Development* (18:1).
- Davdson G C. 2006. *Psikologi Abnormal*. Jakarta: Raja Gravindo Persada.
- Department of Health and Ageing. 2003. *Mental health national outcomes and casemix collection: Overview of clinician-rated and consumer selfreport measures*. Available from: http://www.mhcc.org.au/documents/NOC_C_Measures_Overview
- Arsyam, Syurkianti; Tofan A.W; Murtiani. 2016. *Hubungan antara pola asuh orangtua dengan terjainya depresi pada remaja di SMAN 1 Sinjai Timur*. *Journal of Islamic Nursing*. Vol 1:2.
- Darmayanti. 2016. Meta-analisis: gender dan depresi pada remaja. *Jurnal Psikologi*. Vol 35:2.
- Espelage & Holt. 2012. *Suicidal ideation and School Bullying experience after controlling for depression and delliguency*. *Journal of Adolescent health*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23790197>.
- Fagel, Selene, Sonnevile, Leo de, Engeland, Herman van, & Swaab, Hanna. 2014. School-associated problem behavior in childhood and adolescence and development of adult schizotypal symmptoms:a follow-up of a clinical cohort. *Journal Abnorm child psychol*, 42, 813-823.
- Friedman. 2010. *Keperawatan Keluarga: Teori & Praktik*. Jakarta: EGC

- Gunarsa, Singgih. 2011. *Perkembangan Anak dan Remaja*. PT. BPK Gunung Mulia; Jakarta
- Keliat, Budi Anna et al. 2013. *Keperawatan kesehatan jiwa komunitas:CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Kusumawati, F. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta :Salemba Medika.
- Marcotte, D., 2002. Irrational Beliefs and Depression in Adolescence. *Journal of Adolescence*. Vol. 31, 935 – 948.
- Possel, Patrick et.al. 2018. Association between social support from family, friends, and teachers and depressive symptom in adolescents. *Journal of Youth Adolescence*. 47: 398 – 412. DOI 10.1007/s10964-017-0712-6.
- RCN (Royal College of Nursing). 2013. *Adolescent transition care: RCN guidance for nursing staff*.
- Santrock, W, J. 2003. *Adolescence: Perkembangan Remaja*. Jakarta: Erlangga.
- Soetjiningsih, 2004. *Tumbuh kembang remaja dan permasalahannya*. Jakarta: CV. Sagung seto;
- Stuart, Gail W. 2016. *Prinsip dan Praktik: Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Edisi Indonesia. Editor: Budi Anna keliat & Jessica P. Singapore: Elsevier.
- Taylor, Shelley E. (2012). *Health Psychology*.8th.ed. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Triyanto, endang. 2014. *Pengaruh dukungan keluarga dalam meningkatkan perilaku adaptif remaja pubertas*. FK & IK Universitas Jendral Sudirman. Purwokerto.
- Townsend, M. C. (2013). *Psychiatric Mental Health Nursing*. 6th Edition. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Van Droogenbroeck et al. (2018). Gender difference in mental health problems among adolescent and role of social support. *BMC Psychiatry* (18:6).
- Williford, Anne Powell, Bank, Shandra Forrest, Bender, Kimberly A., Brisson, Daniel, & Jenson, Jeffrey M. (2011). Patterns of aggressive behavior to early and peer victimization from childhood to early adolescence:A latent class analysis. *Journl youth adolescence*, 40, 644-655.
- WHO. 2015. *Mental Health Quality of suicide mortality data*. Website: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd/en/.