

DEPRESI PADA REMAJA: PERBEDAAN BERDASARKAN FAKTOR BIOMEDIS DAN PSIKOSOSIALAnnisa Axelta¹, Fitri Ariyanti Abidin²^{1,2}Fakultas Psikologi, Universitas Padjadjaran (UNPAD)

Email: annisa19052@mail.unpad.ac.id

ABSTRAK

Tidak semua remaja berhasil melewati tugas-tugas perkembangannya dengan baik, bahkan diantara mereka mulai mengalami berbagai peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan. Transisi pada masa remaja dapat meningkatkan prevalensi permasalahan kesehatan mental, salah satunya adalah mengalami depresi. Depresi secara negatif dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan remaja, kinerja sekolah, hubungan antara keluarga maupun teman sebaya hingga mengarah kepada bunuh diri. Faktor resiko meliputi faktor biomedis maupun faktor psikososial perlu dikaji mengingat banyaknya dampak buruk depresi bagi remaja. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan derajat depresi remaja berdasarkan faktor-faktor biomedis dan psikosialnya menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain survey *cross-sectional*. Partisipan dari penelitian ini didapatkan menggunakan teknik *snowball* dengan total 216 remaja dalam rentang usia 15-18 tahun (lakilaki = 50, mean = .94, sd = .44 ; perempuan = 156, mean = 1.25, sd = .56). Pengambilan data menggunakan media online *google form*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya kelompok remaja perempuan dari faktor biomedis, serta faktor psikososial meliputi remaja yang mendapatkan uang saku lebih dari 1 juta rupiah per bulan dan remaja yang hubungan dengan orangtuanya cenderung tidak baik diketahui memiliki derajat depresi yang lebih tinggi dibandingkan kelompok remaja lainnya. Derajat depresi yang lebih tinggi kemungkinan dipengaruhi adanya berbagai faktor, seperti perubahan hormonal dan fisiologis pada remaja perempuan, adanya konflik dan pola asuh yang buruk oleh orangtua, serta tekanan akademik pada remaja dengan uang saku yang lebih tinggi dari 1 juta rupiah. Implikasi dari penelitian ini yakni kelompok dengan kecenderungan derajat depresi yang lebih tinggi perlu mendapatkan prioritas intervensi untuk mencegah dialaminya permasalahan kesehatan mental.

Kata Kunci: Depresi, Remaja, Faktor Resiko, Biomedis, Psikososial

ABSTRACT

Several adolescents do not have successful attainment of their developmental tasks, causing them to begin to experience various unpleasant life events. Transition occurred in adolescence increases the prevalence of mental health issues, one of which is depression. Depression can affect negatively the adolescents' growth and development, academic performance, relationships between family and peers, which leads to suicide. The risk factors, including biomedical and psychosocial factors, require to be further studied due to the negative effects of depression for adolescents. Purpose of this study was to examine the difference in the level of depression in adolescents based on biomedical and psychosocial factors using a quantitative approach with cross-sectional design. A total of 216 adolescents aged 15-18 years (men = 50, mean = .94, sd = .44 ; female = 156, mean = 1.25, sd = .56) participated as the sample, selected using snowball technique. The adolescents completed the survey on Google Form. The results showed that the group of female adolescent from biomedical factors, psychosocial factors including adolescents who got pocket money of more than 1 million rupiah per month

and adolescents whose quality of relationship with their parents were not good had a higher degree of depression than other groups of adolescents. A higher degree of depression may be influenced by various factors, such as hormonal and physiological changes in adolescent girls, conflict and poor parenting from parents and academic pressure on adolescents with pocket money of more than 1 million rupiah per month. The implication of this study is that these groups who has a higher degree of depression need to get priority interventions to prevent from mental health problems.

Keywords: *Depression, Adolescents, Risk Factors, Biomedical, Psychosocial*

PENDAHULUAN

Masa remaja ditandai dengan adanya perubahan besar dalam aspek fisik, kognitif, emosional, psikologis, hubungan interpersonal dan minat sosial. Sejalan dengan perubahan-perubahan yang terjadi, remaja juga dihadapkan pada tugas perkembangan yang berbeda dibandingkan dengan masa kanak-kanak.¹ Tugas perkembangan tersebut di antaranya menjalin hubungan sosial yang lebih matang dengan teman sebaya, mengembangkan keterampilan komunikasi interpersonal dan mencapai kemandirian emosional dari orangtua dan figur otoritas.² Keberhasilan penyelesaian tugas-tugas perkembangan remaja akan membawa dampak positif terhadap individu, yaitu berupa kebahagiaan dan keberhasilan penyelesaian pada tugas-tugas di tahapan perkembangan berikutnya. Di sisi lain, kegagalan penyelesaian tugas perkembangan akan berdampak pada ketidakbahagiaan, gangguan psikososial, hingga ketidakstabilan emosi.³ Dapat disimpulkan bahwa berbagai perubahan kondisi psikologis maupun fisik pada periode remaja memberikan dampak signifikan bagi perkembangan individu selanjutnya. Dengan demikian, penting untuk diperhatikan dinamika transisi yang terjadi pada masa remaja dan dampaknya kepada perkembangan kesehatan fisik maupun kesehatan mental.

Persoalan transisi pada masa remaja dapat meningkatkan prevalensi permasalahan kesehatan mental. Misalnya, kesulitan beradaptasi atau kesulitan memecahkan masalah dalam menghadapi tanggung jawab sosial yang baru meningkatkan derajat stress remaja.⁴ Permasalahan kesehatan mental lain yang terlihat signifikan peningkatannya pada remaja adalah depresi. Depresi adalah gangguan suasana perasaan; dimana seseorang diliputi perasaan sedih, hampa, dan putus asa atau kehilangan minat dalam berbagai aktivitas selama dua minggu atau lebih. Gangguan depresi dinilai menjadi masalah serius pada remaja karena menurunkan fungsi sosial, hubungan keluarga dan prestasi akademis, meningkatkan resiko penggunaan obat-obatan terlarang dan perilaku menyimpang.⁵ Remaja yang mengalami depresi juga dapat mempersepsikan kondisi kesehatan yang dimilikinya tergolong buruk, serta menunjukkan performa bekerja yang lebih negatif dibandingkan dengan teman-temannya yang tidak mengalami depresi. Dalam kasus terburuk, depresi bahkan dapat menyebabkan bunuh diri pada kalangan remaja di usia 15-24 tahun.⁶

Di tataran global, perkiraan prevalensi depresi berat selama masa remaja mencapai 14-20%, dan meningkat setiap tahunnya. Kielling *et.al.*, melaporkan bahwa prevalensi depresi remaja meningkat 10-20% setiap tahunnya.⁷ Memang, depresi tergolong sebagai kasus tertinggi dalam domain kesehatan mental di dunia, dan terus meningkat setiap tahunnya dalam 10 tahun terakhir.⁸ Di Indonesia, ada sekitar 3,4 juta remaja usia 10-19 tahun mengalami gangguan mental di tahun 2013.

Depresi merupakan gangguan yang kompleks, sehingga melibatkan berbagai macam faktor resiko serta penyebab. Lebih lanjut lagi, depresi berkaitan dengan gaya hidup yang buruk

serta adanya berbagai tantangan sosial.⁹ Mengingat buruknya dampak depresi bagi remaja, identifikasi faktor-faktor resiko depresi pada remaja menjadi penting. Penelitian terdahulu telah menemukan faktor-faktor resiko yang berkaitan dengan peningkatan depresi; yaitu perubahan suasana hati atau *mood* yang dialami oleh remaja, dinamika persaingan hubungan remaja yang membawa resiko *bullying* ataupun penolakan, tekanan akademis maupun sosial, tingginya perilaku beresiko, serta meningkatnya *stress* terkait adanya perubahan dalam berbagai dinamika dan ketidakpastian dalam kehidupan. Sementara itu, faktor-faktor psikologis yang menyebabkan depresi adalah pola berfikir seperti pandangan negatif terhadap diri atau situasi, *self-consciousness*, ketidakmampuan dalam melakukan *coping*, ketergantungan emosional, mendapat tekanan dari teman sebaya ataupun lingkungan, rendahnya tingkat *self-esteem* hingga *stress* yang diakibatkan oleh akademik.¹⁰ Selain faktor psikologis individual, depresi juga dapat dipengaruhi oleh faktor biomedis dan faktor psikososial. Faktor biomedis meliputi adanya perbedaan jenis kelamin yang berpengaruh terhadap situasi hormonal, adanya riwayat penyakit kronis seperti asma, diabetes, ataupun penyakit jantung, serta peran predisposisi genetik dari orang tua ataupun keluarga. Faktor psikososial meliputi pengalaman mengalami *bullying*, baik secara fisik maupun verbal, pengalaman mengalami kekerasan seksual, merasakan peristiwa negatif seperti kehilangan orang yang dicintai, kesulitan dalam memiliki hubungan dengan orang tua yang positif, jumlah uang saku dan penilaian finansial personal dari remaja, serta pengaruh jumlah teman dekat.¹¹

Telah banyak penelitian yang mengkaji hubungan antara faktor-faktor psikologis remaja dengan depresi.^{33,34} Namun, belum ditemukan adanya penelitian yang mengkaji perbedaan derajat depresi remaja berdasarkan berbagai macam faktor biomedis dan psikososialnya. Padahal, faktor biomedis dan psikososial dapat dikategorikan sebagai faktor resiko utama yang memprediksi kecenderungan depresi remaja. Dengan demikian, tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan derajat depresi remaja berdasarkan faktor biomedisnya (jenis kelamin, riwayat penyakit, riwayat depresi keluarga) beserta faktor psikososialnya (pengalaman *bullying*, kekerasan seksual peristiwa negatif, relasi dengan orangtua, finansial, jumlah uang saku, kecukupan uang saku, jumlah teman dekat).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif tipe komparatif, dengan desain survey *cross-sectional*. Sampel diperoleh secara *online* menggunakan media *google form* yang dibagikan melalui media sosial dari akun personal peneliti. Penyebaran data ini menggunakan teknik *snowball*, yaitu meminta remaja yang telah mengisi untuk meneruskan kembali kepada teman yang sesuai dengan karakteristik penelitian. Karakteristik partisipan pada penelitian ini yaitu remaja usia 15-18 tahun. Berdasarkan karakteristik tersebut, didapatkan 216 partisipan yang terlibat dalam penelitian ini.

Pengambilan data dilakukan dalam kondisi pandemi COVID-19, yaitu di rentang bulan Oktober 2020-Januari 2021. Hingga akhir pengambilan data dilakukan, pandemi COVID-19 sudah berlangsung selama kurang lebih 8-11 bulan di Indonesia, dimana individu khususnya remaja sudah menerapkan pembelajaran jarak jauh (PJJ), melakukan pembatasan bertemu secara fisik, dan berbagai protokol kesehatan lainnya. Dengan demikian, data diambil menggunakan kuesioner daring. Prosedur pengambilan data dilakukan dengan media *google form*.

Alat ukur berupa kuesioner yang meliputi pertanyaan-pertanyaan terkait variabel demografi, variabel biomedis dan variabel psikososial. Data demografi diperoleh dari dua pertanyaan, yaitu usia dan tipe sekolah. Untuk faktor biomedis terdiri dari tiga pertanyaan, meliputi (1) jenis kelamin dengan dua pilihan jawaban, yaitu “Laki-laki” dan “Perempuan”. (2)

riwayat pengalaman penyakit serius dengan dua pilihan jawaban, yaitu “Ya dan Tidak”. (3) riwayat depresi/gangguan mental pada keluarga, dengan dua pilihan jawaban, yaitu “Ya dan Tidak”. Faktor psikososial meliputi kondisi sosial ataupun psikologis yang dimiliki oleh remaja. Terdapat 8 pertanyaan, yaitu (1) pengalaman mengalami *bullying* baik secara fisik maupun verbal, (2) pengalaman mengalami kekerasan seksual, (3) pengalaman merasakan peristiwa negatif seperti kehilangan orang yang dicintai atau perceraian orang tua, (4) kualitas hubungan dengan orang tua, serta (5) mendapat uang saku dengan dua pilihan jawaban, yaitu “Ya dan Tidak”. (6) jumlah uang saku yang tingkatannya dapat dibagi menjadi 3 bagian yakni a.) tidak diberikan, b.) Rp. 200.000 – Rp. 500.000, c.) Rp. 500.000 – Rp. 750.000, d.) Rp. 750.000 – Rp. 1.000.000, e.) Rp. 1.000.000 keatas. (7) Kecukupan uang saku dinilai dari 3 bagian, yaitu a.) cukup, b.) hampir tidak cukup, c.) tidak cukup. (8) jumlah teman dekat juga dinilai berdasarkan 3 hal, yakni 1.) 12 orang, 2.) 3-5 orang, 3.) 5-7 orang. Sementara itu, derajat depresi remaja diukur oleh *Kutcher Adolescents Depression Scale* (KADS) versi Bahasa Indonesia, yang terdiri dari 11-item. Alat ukur KADS versi Bahasa Indonesia yang digunakan dalam penelitian ini adalah hasil adaptasi oleh Rahayu (2019) dengan reliabilitas sebesar 0,78. Setiap item menggunakan 4 skala *likert* yaitu hampir tidak pernah (skor 0), sebagian kecil waktu (skor 1), sebagian besar waktu (skor 2), dan setiap waktu (skor 3) dengan total skor maksimal 44 poin. Data dianalisis secara deskriptif menggunakan uji beda. Uji normalitas dilakukan menggunakan Uji Kolmogorov-Smirnov. Untuk pengolahan data secara deskriptif, dipaparkan *mean* dan standar deviasi dari masing-masing variabel independen. Setelah persebaran data dinyatakan normal, dilakukan uji beda pada setiap faktor biomedis dan faktor psikososial. Uji independent-t test digunakan untuk melihat perbedaan pada faktor-faktor biomedis, dan sebagian faktor psikososial (jenis kelamin, tipe sekolah, pengalaman *bullying*, pengalaman kekerasan seksual, pengalaman peristiwa negatif, kualitas hubungan dengan orang tua, serta mendapat uang saku). One-way ANOVA digunakan untuk membandingkan kelompok usia, jumlah uang saku, kecukupan uang saku dan jumlah teman dekat. Analisis data dilakukan dengan menggunakan bantuan *software SPSS release 25.0*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini melibatkan 216 remaja dalam rentang usia 15-18 tahun yang telah menyetujui melakukan pengisian kuisioner secara online. Tabel 1 menunjukkan karakteristik demografi dan partisipan penelitian ini. Partisipan penelitian ini didominasi oleh perempuan (76,9%). Meskipun usianya berkisar antara 15-18 tahun, namun paling banyak adalah partisipan yang berusia 16 tahun (38%), dan paling sedikit usia 18 tahun (9,3%). Partisipan dalam penelitian ini juga mencakup dua tipe sekolah yang didominasi oleh siswa SMA Negeri (87%).

Tabel 1. Gambaran Depresi pada Remaja Berdasarkan Faktor Demografi

Karakteristik	N (%)	M (SD)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	50 (23,1)	0,94 (0,44)
Perempuan	166 (76,9)	1,25 (0,56)
Usia 15 tahun		
15 tahun	54 (25,0)	1,19 (0,55)
16 tahun	82 (38,0)	1,25 (0,55)
17 tahun	60 (27,8)	1,13 (0,53)

18 tahun	20 (9,3)	0,96 (0,52)
Tipe sekolah SMA		
Negeri	188 (87,0)	1,16 (0,55)
SMA Swasta	28 (13,0)	1,28 (0,49)

Tabel 2 menunjukkan hasil uji analisis independent-t test atau uji beda yang digunakan untuk melihat perbedaan pada faktor psikososial meliputi pengalaman *bullying*, pengalaman kekerasan seksual, pengalaman mendapatkan peristiwa negatif, kualitas hubungan dengan orang tua, serta mendapat uang saku. Sementara itu, hasil dari One-way ANOVA juga digunakan untuk membandingkan jumlah uang saku, kecukupan uang saku dan jumlah teman dekat. Hasil uji analisis independent-t test menunjukkan bahwa perbedaan skor derajat depresi yang signifikan hanya pada jumlah uang saku yang didapatkan oleh remaja antara kelompok yang memiliki uang saku diatas Rp.1.000.000 dengan kelompok yang memiliki uang saku dibawah Rp. 1.000.000. Skor depresi pada kelompok remaja yang mendapatkan uang saku diatas Rp.1.000.000 lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok remaja yang mendapat uang saku di bawah Rp. 1.000.000 dengan nilai signifikansi $p=0,024$ ($p < 0.05$). Selain itu, remaja yang memiliki kualitas hubungan yang baik dengan orang tua memiliki skor depresi yang lebih rendah jika dibandingkan dengan remaja yang memiliki kualitas hubungan dengan orang tua yang buruk. Remaja yang memiliki kualitas hubungan dengan orang tua yang buruk menunjukkan derajat depresi yang lebih tinggi dengan nilai signifikansi $p=0,041$ ($p < 0.05$). Tidak ditemukan adanya perbedaan derajat depresi berdasarkan faktor psikososial lainnya, yaitu pengalaman *bullying*, pengalaman mendapatkan kekerasan seksual, mengalami peristiwa negatif, pendapatan uang saku, kecukupan mendapatkan uang saku, serta jumlah teman dekat.

Jika dilihat secara keseluruhan pada tabel 2, sebagian besar kelompok remaja memiliki pengalaman bullying, tidak memiliki pengalaman kekerasan seksual, tidak memiliki pengalaman negatif, dan memiliki hubungan baik dengan orangtua. Sebagian besar remaja juga mendapatkan uang saku, dan merasa cukup dengan uang saku yang diberikan. Sebagian besar remaja menerima uang saku sejumlah Rp. 200.000 - Rp. 500.000 per bulan. Dalam pertemanan, sebagian besar remaja memiliki 35 teman dekat.

Tabel 2. Hasil Uji Analisis Independen T-Test Derajat Depresi dan Faktor Psikososial

Karakteristik	N (%)	M (SD)	P-Value
Pengalaman Bullying			
Ya	122 (56,5)	1,30 (0,51)	0,380
Tidak	94 (43,5)	1,02 (0,56)	
Kekerasan Seksual			
Ya	18 (8,3)	1,58 (0,52)	0,691
Tidak	198 (91,7)	1,14 (0,53)	
Pengalaman peristiwa negatif			
Ya	39 (18,1)	1,33 (0,56)	0,908
Tidak	177 (81,9)	1,14 (0,54)	

Kualitas hubungan dengan				
orang tua				
Baik	197 (91,2)	1,12 (0,53)	0,041	
Buruk	19 (8,8)	1,71 (0,41)		
Mendapat Uang Saku				
Ya	188 (87,0)	1,18 (0,53)	0,496	
Tidak	28 (13,0)	1,17 (0,62)		
Jumlah Uang Saku				
Tidak diberikan	28 (13,0)	1,19 (0,62)	0,024	
Rp. 200.000 - Rp. 500.000	119 (55,1)	1,11 (0,51)		
Rp. 500.000 - Rp. 750.000	31 (14,4)	1,19 (0,54)		
Rp. 750.000 - Rp. 1.000.000	25 (11,6)	1,24 (0,56)		
Rp. 1.000.000 keatas	12 (5,6)	1,65 (0,51)		
Kecukupan Uang Saku				
Cukup	154 (71,3)	1,14 (0,55)	0,324	
Hampir Cukup	49 (22,7)	1,22 (0,56)		
Tidak Cukup	13 (6,0)	1,36 (0,42)	0,112	
Jumlah Teman Dekat				
1-2	43 (19,9)	1,29 (0,66)		
3-5	95 (44,0)	1,20 (0,54)		
5-7	78 (36,1)	1,08 (0,47)		

Tabel 3 menunjukkan perbedaan skor depresi remaja berdasarkan faktor biomedisnya. Dari hasil uji analisis independent t-test menunjukkan bahwa kelompok remaja perempuan derajat depresinya lebih tinggi secara signifikan dibandingkan dengan kelompok remaja laki-laki dengan nilai signifikansi $p=0,011$ ($p < 0,05$). Hasil uji beda tidak menunjukkan adanya perbedaan derajat depresi pada kelompok faktor biomedis meliputi riwayat pernah mengalami penyakit serius dan riwayat depresi atau gangguan mental pada keluarga. Secara keseluruhan, terlihat bahwa sebagian besar remaja tidak pernah mengalami penyakit serius dan tidak memiliki riwayat depresi atau gangguan mental pada keluarganya.

Tabel 3. Hasil Uji Analisis Independen T-Test Derajat Depresi dan Faktor Biomedis

Karakteristik	N (%)	M (SD)	P-Value
Jenis Kelamin			
Laki-laki	50 (23,1)	0,94 (0,44)	0,011
Perempuan	166 (76,9)	1,25 (0,56)	
Riwayat pernah mengalami penyakit serius			
Ya	27 (12,5)	1.34 (0,59)	0,216
Tidak	188 (87,0)	1.15 (0,54)	
Riwayat depresi/gangguan mental pada keluarga			
Ya	53 (24,5)	1.50 (0,46)	0,266
Tidak	163 (75,5)	1.07 (0,53)	

Pembahasan

Penelitian ini menemukan jenis perundungan terbanyak yang dialami remaja adalah perundungan verbal dan perundungan fisik. Sumber kecemasan sosial dan trauma masa lalu dapat disebabkan oleh ketidakcocokan remaja dengan temannya. Namun, hasil penelitian ini sedikit berbeda dengan studi penelitian yang dilakukan oleh Hasanah di DKI Jakarta yang menyebutkan bahwa trauma masa lalu justru menjadi sumber kecemasan utama yaitu 64,43% dari 183 responden.¹¹ Faktor-faktor yang mungkin berkontribusi terhadap sumber kecemasan dapat diteliti lebih lanjut.

Rasa takut atau cemas dalam berinteraksi dominan pada kategori tahap ringan. Hasil studi penelitian yang dilakukan oleh Marcellyna menjelaskan bahwa rasa ketakutan akibat perbuatan yang tidak menyenangkan dievaluasi dalam enam bulan, sebanyak 21,2% bayangan akan rasa takut memudar dan berganti dengan antisipasi terhadap kecemasan.¹² Rasa takut akan kecemasan sosial akan dievaluasi ulang sehingga remaja dengan pengalaman perundungan memiliki alasan kuat untuk lebih peduli dengan orang lain.^{13,14} Pada akhirnya, remaja mampu memandang positif terhadap dirinya dan tidak khawatir dengan penilaian orang lain.

Respons responden terhadap penyebab kecemasan ditemukan tertinggi dengan cara kadang-kadang menghindari situasi tertentu. Hasil studi dan penelitian yang dilakukan oleh Zakiyah menjelaskan bahwa remaja yang mengalami *bullying* berupa 39,4% menghindari situasi sosial yang menekan dengan orang lain.¹⁵ Respon menghindari situasi sosial dari rasa tertekan terhadap situasi baru adalah bentuk manifestasi kecemasan sosial dimana remaja akan berusaha semaksimal mungkin menghindari situasi asing atau orang lain yang tidak dikenal agar terhindar dari perundungan. Remaja tidak ingin peristiwa yang sama di masa lalu terulang Kembali dalam hidupnya.¹⁴ Data tersebut menjelaskan bahwa dampak dari perundungan mengakibatkan remaja tidak dapat mengatasi situasi baru yang ada di depannya sehingga tanda gejala kecemasan sosial akan muncul. Situasi yang dapat memunculkan gejala kecemasan sosial seperti berada di hadapan orang banyak yang tidak dikenal, harus menyampaikan sesuatu, situasi saat ia diminta mengekspresikan pendapatnya, dan situasi ketika ia diamati oleh orang lain ketika bekerja.¹⁶

Kecemasan sosial yang dialami remaja cukup tinggi. Hasil survei ini menjadi data dasar bahwa kecemasan sosial sedang terjadi pada remaja dengan pengalaman mendapatkan perundungan meskipun nilai kecemasan sosial yang sangat tinggi terbilang rendah yaitu hanya 1,2% saja, namun tidak dapat dianggap bukan suatu masalah. Hasil penelitian sejalan dengan Kholifah menjelaskan bahwa dari 322 responden terdapat 181 siswa mengalami kecemasan sosial tinggi yaitu 56%. Data ini menunjukkan bahwa juga terjadi dampak perundungan yang cukup besar pada daerah lain di Indonesia.¹⁷ Implikasi penelitian selanjutnya sebagai perawat kesehatan jiwa di komunitas dapat bekerja sama dengan pihak sekolah dan puskesmas setempat guna melakukan langkah promotif seperti penyuluhan akan dampak perundungan dan langkah preventif seperti deteksi dini terjadinya masalah kecemasan sosial yang dialami remaja. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan derajat depresi remaja berdasarkan faktor biomedis dan faktor psikososialnya. Hasilnya menunjukkan bahwa terdapat tiga faktor yang memberikan sumbangan secara signifikan terhadap perbedaan derajat depresi pada remaja. Faktor pembeda derajat depresi yang pertama adalah faktor biomedis yaitu jenis kelamin dan faktor psikososial meliputi bagaimana kualitas hubungan dengan orang tua kepada remaja, serta jumlah uang saku yang diberikan dalam rentang jumlah diatas Rp. 1.000.000.

Hasil temuan yang pertama adalah remaja perempuan dilaporkan memiliki derajat depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan remaja laki-laki. Hasil penelitian ini didukung oleh berbagai penelitian sebelumnya, salah satunya penelitian oleh Hankin, *et al.*, yang mengungkapkan bahwa depresi pada remaja perempuan memiliki prevalensi dua kali lipat lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki.¹² Peningkatan prevalensi depresi pada perempuan salah satunya dipengaruhi oleh adanya perubahan hormonal dan fisiologis. Perempuan lebih memiliki kerentanan biologis serta kesulitan dalam menghadapi perubahan biologis maupun fisiologis selama masa transisi dari masa kanak-kanak hingga dewasa. Penelitian terdahulu juga menyatakan bahwa sejak awal dimulainya masa pubertas hingga dewasa akhir, perempuan lebih memungkinkan untuk menderita depresi klinis dibandingkan laki-laki.¹³ Resiko yang dialami pada perempuan meliputi perubahan pandangan terhadap citra tubuh, cara membangun relasi sosial, stigma “feminin” masyarakat terhadap perempuan sehingga perempuan lebih merasa tidak berdaya yang berpotensi mengarah kepada gejala depresi. Apabila mengalami tekanan atau stressor yang bersifat situasional, perempuan memiliki kecenderungan untuk menggunakan perasaan, lebih sensitif terhadap hubungan interpersonal dan cenderung menyelesaikan masalah dengan cara emosional.

Dalam relasi interpersonal, perempuan memiliki derajat depresi yang lebih tinggi dikarenakan adanya dependensi dengan orang lain, seperti membutuhkan dukungan yang lebih dari sesama. Sementara itu, laki-laki mengembangkan kemandirian tersendiri. Laki-laki dan perempuan juga memiliki perbedaan dalam merespon emosi negatif, seperti kecenderungan perempuan untuk melakukan ruminasi, merenungi situasi, dan menyalahkan diri sendiri atas situasi yang terjadi atau respon perempuan yang cenderung membesarkan situasi atas kesedihan atau perasaan yang dirasakannya.^{14,15} Berbagai perbedaan tersebut melatarbelakangi kecenderungan remaja perempuan untuk memiliki derajat depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan remaja laki-laki. Meskipun demikian, perempuan lebih berusaha untuk mencari bantuan profesional dalam menangani permasalahannya dibandingkan dengan laki-laki.¹⁶

Hasil temuan yang kedua yakni pada aspek dari faktor psikososial, ditemukan perbedaan derajat depresi bagi remaja yang mendapatkan uang saku diatas Rp. 1.000.000 dengan remaja yang mendapatkan uang saku dibawah Rp. 1.000.000. Remaja yang diberi uang saku Rp. 1.000.000 keatas memiliki derajat depresi yang lebih tinggi dibanding remaja yang

mendapatkan uang saku lebih rendah yaitu kurang dari Rp. 1.000.000 per bulan. Temuan hasil penelitian ini bertentangan dengan berbagai penelitian sebelumnya, salah satunya oleh Zhou *et al.*, yang menyatakan bahwa remaja akan memiliki derajat depresi yang lebih tinggi apabila pendapatan keluarga dirasa menurun atau ketika remaja tidak mendapatkan uang saku. Selain itu, jumlah uang saku yang sedikit juga ditemukan berkorelasi dengan stress akademik yang dapat menyebabkan remaja mengalami resiko depresi.¹⁷ Kondisi finansial yang menyebabkan remaja tidak mendapatkan uang saku atau menganggap bahwa keuangan dalam keluarga tergolong dibawah rata-rata dapat memberikan dampak stress secara finansial bagi remaja.¹⁸ Di sisi lain, hasil dari penelitian ini sejalan dengan temuan oleh Luthar & Latendresse.¹⁹ Temuan tersebut memberikan perspektif yang berbeda, yaitu remaja dengan uang saku yang tinggi kemungkinan mengalami depresi dikarenakan adanya *achievement pressures*. *Achievement pressures* tersebut seringkali dapat mengarah kepada depresi, yang berasal dari adanya berbagai tuntutan oleh orang tua. Selain itu, hasil penelitian tersebut juga memberikan pandangan bahwa pada remaja yang diberikan uang saku ataupun bisa disebut sebagai mendapatkan *privilege*, ternyata lebih sering merasa terisolasi, terutama dengan orangtuanya. Adanya rasa isolasi yang dirasakan remaja meliputi minimnya “*family time*”, kedekatan bersama keluarga, sehingga dapat mengarah kepada perasaan isolasi secara emosional, hingga kondisi yang semakin parah, yaitu depresi. Meskipun demikian, karakteristik sampel penelitian ini berbeda dengan penelitian tersebut yang mengkhususkan sampel pada keluarga *upperclass* di Amerika. Penelitian oleh Luthar & Latendresse memberikan perspektif baru, yakni fasilitas yang dimiliki oleh remaja dengan SES yang tinggi, salah satunya dengan pemberian uang saku, tidak menjamin remaja akan memiliki derajat depresi yang lebih rendah, sehingga penelitian tersebut dapat menjelaskan temuan penelitian ini.¹⁹

Hasil temuan ketiga dari faktor psikososial juga menunjukkan bahwa terdapat perbedaan derajat depresi bagi remaja yang memiliki hubungan yang baik maupun hubungan yang buruk dengan orang tua. Remaja yang mempersepsikan dirinya memiliki hubungan yang buruk dengan orang tua memiliki derajat depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan remaja yang mempersepsikan dirinya memiliki hubungan yang baik dengan orang tua. Zhou, *et al.*, mengungkapkan bahwa hubungan antara orang tua dan remaja yang kurang baik memiliki asosiasi dengan peningkatan simptom depresi.¹⁷ Sama halnya dengan penelitian oleh Morley & Moran yang mengidentifikasi bahwa kualitas hubungan orang tua dengan anak remaja memiliki pengaruh dengan resiko depresi.²⁰ Hubungan antara anak remaja dengan orang tua yang buruk biasanya meliputi konflik. Selain konflik, prediktor yang memungkinkan juga terkait pola pengasuhan atau *parenting* yang negatif, seperti adanya penolakan atau *rejection*, orang tua yang bersifat kritis, adanya pandangan yang negatif kepada anak, kurangnya rasa mencintai, kurangnya perhatian dan dukungan, kontrol yang berlebihan hingga sikap otoriter.²¹ Kurangnya dukungan sosial antar keluarga memiliki asosiasi dengan peningkatan resiko terhadap masalah kesehatan, termasuk adanya simptom depresi. Oleh sebab itu, penting bagi orang tua untuk menyediakan waktu bersama, memberikan rasa kepercayaan serta dukungan dalam menghadapi dinamika serta tugas perkembangan yang sedang dilalui remaja.²²

Jika ditinjau melalui teori sistem keluarga, hubungan yang baik antara orang tua dan anak remaja merupakan inti dari stabilitas serta keharmonisan keluarga. Komunikasi dan interaksi yang tercipta antara anak dan orang tua memberikan keseimbangan bagi emosi orang tua, mengurangi konflik dan ketegangan dalam keluarga serta membentuk sistem keluarga yang bersifat kohesif. Melalui kohesivitas, komunikasi terbuka, serta afeksi yang diciptakan oleh keluarga, maka akan terbentuk faktor protektif serta perlindungan bagi remaja yaitu resiliensi. Resiliensi bagi remaja dapat dikembangkan untuk bangkit kembali, mampu menghadapi

stressor dalam keluarga, serta mengurangi resiko remaja mengalami permasalahan kesehatan mental seperti depresi.²³ Apabila orang tua mampu membangun komunikasi yang baik dengan anak, maka hubungan tersebut dapat memberikan pengaruh pada pembentukan kemampuan sang anak dalam mengatasi stress.

Selain jenis kelamin, jumlah uang saku & kualitas hubungan orang tua dengan remaja, tidak ditemukan faktor lain yang membedakan derajat stress pada remaja. Pengalaman *bullying* yang dirasakan oleh remaja pada penelitian ini tidak membedakan derajat depresi. Temuan dari penelitian ini berbeda dengan berbagai penelitian sebelumnya yang mengungkapkan bahwa remaja yang melaporkan bahwa dirinya pernah mengalami *bullying* lebih beresiko merasakan adanya simtom-simtom depresi.²⁴ Pada penelitian ini, lebih dari 80% mahasiswa melaporkan mengalami *bullying*, namun derajat depresinya tidak berbeda dengan 20% remaja yang tidak mengalami *bullying*. Ada beberapa kemungkinan yang dapat menjelaskan temuan menarik ini. Pertama, adanya faktor protektif yang membuat *bullying* yang dialami oleh remaja tidak berdampak pada dialaminya depresi, seperti melatih remaja untuk menerapkan strategi koping dengan cara “mundur dari situasi *bullying*”, “meminta bantuan sekitar atau individu dewasa”, serta “katakan STOP kepada individu yang melakukan *bullying*”.²⁴ Penelitian oleh Khamis juga menegaskan bahwa *problem focused coping* dan mencari dukungan sosial pada situasi mencekam merupakan faktor protektif dari *bullying*.²⁵ Kedua, dalam penelitian ini tidak digali bentuk dan intensitas *bullying* yang dialami partisipan. Menesini & Salmivalli menyatakan bahwa jenis & intensitas *bullying* yang dialami oleh individu tentunya akan menentukan dampak psikologis pada remaja.²⁶

Penelitian ini juga menemukan bahwa pengalaman menjadi korban kekerasan seksual tidak membedakan derajat depresi pada remaja. Hasilnya bertolak belakang dengan penelitian sebelumnya yang mengungkapkan bahwa remaja yang memiliki pengalaman kekerasan lebih menunjukkan simtom atau kecenderungan derajat depresi yang tinggi.²⁷ Meskipun demikian, penelitian terbaru oleh Radellet *et al.*, mengungkapkan bahwa terdapat hasil yang bersifat kontroversial antara bagaimana definisi dari pengalaman pelecehan dan pengukuran terhadap pelecehan tersebut, baik dari pelecehan yang bersifat fisik, pelecehan seksual, maupun pelecehan yang bersifat psikologis.²⁸ Banyak dari penelitian sebelumnya kurang mampu mendefinisikan kondisi pelecehan tersebut, sehingga terkadang memasukkan variabel lain, termasuk penelantaran anak, ke dalam konteks pelecehan pada remaja. Oleh karena itu, dibutuhkan penelitian lanjutan yang dapat menjelaskan secara rinci berbagai macam jenis kekerasan yang dapat memberikan gambaran mengenai dampak pada resiko peningkatan simtom depresi bagi remaja.

Pengalaman negatif yang dirasakan oleh remaja juga tidak membedakan derajat depresinya. Temuan ini pun berbeda dengan berbagai penelitian sebelumnya oleh Olu *et al.*, yang menyatakan bahwa terdapat indikasi yang kuat antara pengalaman negatif dengan perkembangan simtom-simtom depresi.²⁹ Temuan dalam penelitian ini dapat dijelaskan oleh penelitian dari Thorsteinsson *et al.*, yang menyatakan bahwa dampak pengalaman negatif yang dirasakan oleh remaja terhadap simtom depresi dapat dimoderasi oleh beberapa hal diantaranya menggunakan strategi *coping*. Apabila remaja mampu menggunakan strategi *coping* adaptif, seperti bersikap optimis dan menerapkan pemecahan masalah, maka hal ini akan mengurangi resiko remaja untuk mengembangkan depresi akibat pengalaman negatif yang dirasakannya. Selain itu, remaja juga dapat mengembangkan *positive reappraisals* dan regulasi emosi menggunakan kemampuan kognitif sebagai upaya untuk menemukan makna positif dari masalah atau situasi menekan yang dialaminya.³⁰

Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa tidak terdapat perbedaan antara pemberian uang jajan dengan kecukupan uang saku pada depresi bagi remaja. Kemungkinan disebabkan adanya perbedaan kemampuan remaja dalam melakukan *money management*, serta pola pengasuhan yang berhubungan dengan kapasitas finansial, termasuk bagaimana orang tua mampu menjadi *role model* dalam menerapkan kondisi finansial.³¹ Selanjutnya, dari penelitian ini ditemukan juga bahwa jumlah teman dekat tidak membedakan derajat depresi remaja. Hal ini berbeda dengan temuan Elmer & Stadtfeld yang mengungkapkan bahwa semakin banyak jumlah teman yang dimiliki oleh remaja, maka remaja akan memiliki dukungan sosial yang baik sehingga dapat meningkatkan faktor protektif dalam menurunkan derajat depresi. Keunikan hasil penelitian ini dapat dijelaskan oleh pentingnya kualitas atau hubungan yang sehat dibangun antar remaja.³² Apabila remaja mampu mengembangkan kualitas pertemanan yang baik, maka dapat meningkatkan kondisi kesehatan mental yang positif serta melatih kesehatan emosional bagi remaja. Kualitas pertemanan yang sehat mencakup adanya keterikatan dan hubungan timbal balik secara emosional, tanpa melihat kuantitas pertemanan. Melalui kualitas pertemanan yang baik, remaja dapat meningkatkan perasaan positif terhadap dirinya pada tahap pengembangan identitas diri. Selain itu, remaja yang memiliki kualitas pertemanan dengan baik diprediksikan mampu mengembangkan *self-worth*, adaptasi secara psikososial, sensitivitas terhadap hubungan interpersonal dan dapat mengurangi simptom-simtom depresi hingga mereka berusia 25 tahun.³²

Terkait dengan faktor biologis dari penelitian ini, tidak ditemukan perbedaan antara riwayat kesehatan atau penyakit serius, serta riwayat depresi ataupun gangguan mental pada keluarga dengan derajat depresi remaja. Riwayat kesehatan remaja serta riwayat depresi yang diturunkan oleh keluarga, hanya menunjukkan kecenderungan remaja untuk beresiko mengalami depresi. Tidak semua individu dengan riwayat pengobatan medis atau orang tua yang mengalami depresi akan mendapatkan resiko yang besar untuk memiliki derajat depresi yang lebih tinggi. Oleh sebab itu, perlu dipahami bahwa masih banyak faktor-faktor eksternal, seperti kondisi faktor psikososial yang juga memiliki kontribusi untuk meningkatkan derajat depresi bagi remaja. Penjelasan tersebut didukung oleh hasil penelitian dari Sander yang menemukan bahwa hubungan orang tua atau keluarga yang mengalami depresi tidak bersifat kausal atau linier, melainkan multidimensional. Interaksi individu kepada orang tua, bagaimana individu mampu melakukan *coping* dengan lingkungan keluarga, serta lingkungan ataupun stress yang bersifat situasional merupakan faktor yang juga berkontribusi pada kemungkinan peningkatan derajat depresi bagi remaja.

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hanya faktor biomedis yakni jenis kelamin, serta faktor psikososial meliputi kualitas hubungan orang tua dan pemberian jumlah uang saku yang menjadi faktor pembeda derajat depresi pada remaja. Tidak ditemukan adanya perbedaan derajat depresi pada kelompok remaja lainnya. Kelompok remaja perempuan memiliki derajat depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Selain itu, kelompok remaja yang memiliki kualitas hubungan tidak baik dengan orang tuanya, serta kelompok remaja yang mendapatkan uang saku diatas 1 juta rupiah selama satu bulan juga menunjukkan derajat depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok lainnya. Informasi ini dapat menjadi dasar untuk memfokuskan intervensi untuk mengurangi resiko atau tingkatan depresi pada remaja perempuan, pada remaja yang memiliki hubungan yang tidak baik dengan orang tuanya dan pada kelompok remaja yang mendapatkan uang saku yang lebih tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

- Bluth K, Campo RA, Futch WS, Gaylord SA. Age and Gender Differences in the Associations of Self-Compassion and Emotional Well-being in A Large Adolescent Sample. *J Youth Adolesc* [Internet]. 2017;46(4):840–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-016-0567-2>
- Kenny R, Dooley B, Fitzgerald A. Interpersonal relationships and emotional distress in adolescence. *J Adolesc*. 2013;36(2):351–60. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.12.005>
- Arnett JJ. Adolescent storm and stress, reconsidered. *Am Psychol*. 2013;54(5):317–26. Available from: <https://doi.org/10.1037//0003-066x.54.5.317>
- Chandra A, Batada A. Exploring stress and coping among urban african american adolescents: The shifting the lens study. *Prev Chronic Dis*. 2016;3(2):1–10. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Exploring-Stress-and-Coping-Among-Urban-AfricanThe-Chandra-Batada/41ace1a01e78e5315894495a359d49368291483e>
- Bernaras E, Jaureguizar J, Garaigordobil M. Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Front Psychol*. 2019;10:543. Available from: doi:10.3389/fpsyg.2019.00543
- Shah SM, Dhaheri F Al, Albanna A, Jaber N Al, Eissae S Al, Alshehhi NA, et al. Self-esteem and other risk factors for depressive symptoms among adolescents in United Arab Emirates. *PLoS One*. 2020;15(1):1–16. Available from: DOI: 10.1371/journal.pone.0227483
- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *Lancet*. 2011;378(9801):1515–25. Available from: DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- Richards D. Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2011;31(7):1117–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004>
- 9 Bernaras E, Jaureguizar J, Garaigordobil, M. (2019). Child and Adolescent Depression: A review of theories, evaluation, instruments, prevention programs, and treatments. *Jour of Ed Psy*. 2019;543: 1-24. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Vanteemar S. Sreeraj S, Uvais2 NA, Mohanty3 S, Kumar3 S, Department. Indian nursing students' attitudes toward mental illness and persons with mental illness. *Ind Psychiatry J*. 2019;195–201. Available from: DOI:10.4103/ipj.ipj_25_16
- Bhatia S. Childhood and adolescent depression. *J Youth Adolesc*. 2017;65(9):1679–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17225707/>
- Hankin BL, Young JF, Abela JRZ, Smolen A, Jenness JL, Gulley LD, et al. Depression from childhood into late adolescence: Influence of gender, development, genetic susceptibility, and peer stress. *J Abnorm Psychol*. 2015;124(4):803–16. Available from: doi: 10.1037/abn0000089
13. Bone JK, Lewis G, Lewis G. The role of gender inequalities in adolescent depression. *J Psych*. 2020;7(6),471-476. Available from: DOI:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30081-X)
- Rey Peña L, Extremera Pacheco N. Physical-Verbal Aggression and Depression in Adolescents: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Univ Psychol*. 2012;11(4):1254. Available from: doi: 10.3390/ijerph16173142
- Naranjo CR, Cano A. Daily stress and coping styles in adolescent hopelessness depression. *J Personal and Ind Diff*. 2016;97:109-114. Available from: DOI:10.1016/j.paid.2016.03.027

- Townsend L, Musci R, Stuart E, Heley K, Beaudry MB, Schweizer B, et al. Gender Differences in Depression Literacy and Stigma After a Randomized Controlled Evaluation of a Universal Depression Education Program. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2019;64(4):472–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.298>
- Zhou Q, Fan L, Yin Z. Association between family socioeconomic status and depressive symptoms among Chinese adolescents: Evidence from a national household survey. *Psychiatry Res*. 2018;259(121):81–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.072>
- Mistry RS, Benner AD, Tan CS, Kim SY. Family Economic Stress and Academic Well-Being Among Chinese-American Youth: The Influence of Adolescents' Perceptions of Economic
- Strain NIH Public Access. *J Fam Psychol*. 2009;23(3):279–90. Available from: doi: 10.1037/a0015403
- Luthar SS, Latendresse SJ. Comparable “risks” at the socioeconomic status extremes: Preadolescents' perceptions of parenting. *HHS Public Access. Dev Psychopathology*. 2015;17(1):207-230. Available from: DOI: 10.1017/s095457940505011x
- Morley TE, Moran G. The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2011;31(7):1071–82. Available from: DOI: 10.1016/j.cpr.2011.06.006
- Schimmenti A, Bifulco A. Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: The role of attachment styles. *Child Adolesc Ment Health*. 2015;20(1):41–8. <https://doi.org/10.1111/camh.12051>
- Marshall C, Henderson J. The influence of family context on adolescent depression: A literature review. *J of fam and youth*. 2014;6(1):163-187. Available from DOI:10.29173/cjfy21488
- Washington T, Rose T, Irby SC, Patton, DU, et al. Family-level factors, depression, and anxiety among african american children: A systematic review. *Child & Youth Care Forum*. 2017;46(1):137-156. DOI:10.1007/s10566-016-9372-z
- Winding TN, Skouenborg LA, Mortensen VL, Andersen JH. Is bullying in adolescence associated with the development of depressive symptoms in adulthood?: A longitudinal cohort study. *BMC Psychol* [Internet]. 2020;8(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40359020-00491-5>
- Khamis V. Coping with war trauma and psychological distress among school-age Palestinian children. *Am J Orthopsychiatry*. 2015;85(1):72–9. DOI: 10.1037/ort0000039
- Menesini E, Salmivalli C. Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. *Psychol Heal Med* [Internet]. 2017;22:240–53. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1279740>
- Schaefer JD, Moffitt TE, Arseneault L, Danese A, Fisher HL, Houts R, et al. Adolescent Victimization and Early-Adult Psychopathology: Approaching Causal Inference Using a Longitudinal Twin Study to Rule Out Noncausal Explanations. *Clin Psychol Sci*. 2018;6(3):352–71. DOI: 10.1177/2167702617741381
- Radell ML, Abo Hamza EG, Daghestani WH, Perveen A, Moustafa AA. The Impact of Different Types of Abuse on Depression. *Depress Res Treat*. 2021;2021(April). DOI: 10.1155/2021/6654503
- Olu IF, Oluwayemisi FB, Bamidele I-OO. Influence of Negative Life Events on Depression Among In-School Adolescents In Southwest Nigeria. *Adv Soc Sci Res J*. 2020;7(5):430–9. <https://doi.org/10.14738/assrj.75.8221>

- Thorsteinsson EB, Ryan SM, Sveinbjornsdottir S. The Mediating Effects of Social Support and Coping on the Stress-Depression Relationship in Rural and Urban Adolescents. *Open J Depress*. 2013;02(01):1–6. DOI:10.4236/ojd.2013.21001
- Flouri E. The Role of Parental Involvement on Adolescents' Money Management. *Citizenship, Soc Econ Educ*. 2011;4(2):75–82. DOI:10.2304/csee.2000.4.2.75
- Elmer T, Stadtfeld C. Depressive symptoms are associated with social isolation in face-to-face interaction networks. *Sci Rep*. 2020;10(1):1–12. DOI: 10.1038/s41598-020-58297-9
- Kharimah U, Prasetyawati W, Sary M. Association between Friendship Quality and Depression among High School Students in Jakarta. *UIPSUR*. 2018;139:28–33. <https://doi.org/10.2991/uipsur-17.2018.5>
- Chorot P, Valiente, RM, Magaz AM, Santet MA., and Sadin, B. Perceived parental child rearing and attachment as predictors of anxiety and depressive disorder symptoms in children: the mediational role of attachment. *Psychiatry Res*. 2017; 253, 287–295. doi: 10.1016/j.psychres.2017.04.015
- Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. Depression in childhood and adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 22(1): 35-40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565713/>