

Bunga Rampai +

GANGGUAN JIWA PADA REMAJA DAN ANAK



Windu Astutik • Dewi Nawang Sari • Fitriani Agustina • Sahriana
Endang Mei Yunalia • Maylar Gurning • Titik Nuryanti • Zakiyah

Editor: Sri Laela

BUNGA RAMPAI

GANGGUAN JIWA PADA REMAJA DAN ANAK

Penulis:

Ns. Windu Astutik, M.Kep., Sp.Kep.J.

Bdn. Dewi Nawang Sari, SST., MTr.Keb.

Ns. Fitriani Agustina, S.Kep., M.sc.

Ns. Sahriana, M.Kep.

Endang Mei Yunalia, S.Kep., Ns., M.Kep.

Maylar Gurning, S.Kep., Ners., M.Kep.

Titik Nuryanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Zakiyah, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.

Editor:

Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J.



Bunga Rampai Gangguan Jiwa Pada Remaja dan Anak

Penulis: Ns. Windu Astutik, M.Kep., Sp.Kep.J.

Bdn. Dewi Nawang Sari, SST., MTr.Keb.

Ns. Fitriani Agustina, S.Kep., M.sc.

Ns. Sahriana, M.Kep.

Endang Mei Yunalia, S.Kep., Ns., M.Kep.

Maylar Gurning, S.Kep., Ners., M.Kep.

Titik Nuryanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Zakiyah, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.

Editor: Ns. Sri Laela, M.Kep., Sp.Kep.J.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Muhammad Ilham

ISBN: 978-634-7139-80-1

Cetakan Pertama: Maret 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)



PRAKATA



Buku **Bunga Rampai Gangguan Jiwa Pada Remaja dan Anak** ini hadir sebagai usaha untuk memperdalam pemahaman kita tentang gangguan jiwa yang sering dialami oleh anak-anak dan remaja. Pada masa perkembangan yang penuh tantangan, gangguan jiwa dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka secara signifikan. Fenomena ini semakin mengkhawatirkan, karena seringkali gangguan jiwa pada usia dini tidak terdeteksi dengan baik, yang mengakibatkan dampak jangka panjang terhadap perkembangan psikososial mereka. Oleh karena itu, buku ini berusaha memberikan gambaran komprehensif mengenai gangguan jiwa yang sering dihadapi oleh anak dan remaja, serta memberikan wawasan tentang cara-cara untuk mengidentifikasi, mencegah, dan menangani masalah-masalah tersebut.

Melalui delapan bab yang terdiri dari berbagai topik yang terkait dengan gangguan jiwa pada remaja dan anak, buku ini membahas berbagai faktor yang dapat memengaruhi kondisi mental mereka. Topik seperti kecemasan sosial, bunuh diri, gangguan psikotik, dan gangguan makan mendapat perhatian khusus. Tak hanya itu, buku ini juga menyarankan berbagai pendekatan dalam penanganannya, mulai dari peran perawat, terapi kreatif, hingga pentingnya pengaruh lingkungan sosial dalam mendukung kesehatan jiwa mereka. Berbagai penulis ahli di bidangnya turut berkontribusi, memberikan perspektif yang luas mengenai isu kesehatan jiwa pada kelompok usia ini.

Harapan dari buku ini adalah agar para pembaca, baik tenaga medis, pendidik, orang tua, maupun masyarakat umum, dapat lebih peka terhadap tanda-tanda gangguan jiwa pada anak dan remaja. Dengan pemahaman yang lebih baik tentang faktor risiko, gejala, dan penanganan yang tepat, kita dapat membantu mereka tumbuh dan berkembang menjadi individu yang sehat secara mental dan emosional. Semoga buku ini bermanfaat dalam memberikan wawasan, memperkaya pengetahuan, dan menjadi referensi yang berguna dalam upaya pencegahan serta perawatan gangguan jiwa pada anak dan remaja.

Editor



DAFTAR ISI



PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv

CHAPTER 1 IDENTIFIKASI DINI GANGGUAN JIWA PADA ANAK DAN REMAJA..... 1

Windu Astutik	1
A. Pendahuluan/Prolog	1
B. Perkembangan Anak dan Remaja.....	2
C. Issue Masalah Gangguan Jiwa pada Anak dan Remaja	4
D. Faktor Risiko dan Protektif Anak dan Remaja terhadap Gangguan Jiwa	8
E. Identifikasi dini Gangguan Jiwa pada Anak dan Remaja.....	10
F. Kesimpulan	12
G. Referensi.....	12
H. Glosarium.....	13

CHAPTER 2 KECEMASAN SOSIAL PADA REMAJA: GEJALA, PENYEBAB, DAN PENANGANANNYA 15

Bdn. Dewi Nawang Sari, SST., MTr.Keb.....	15
A. Pendahuluan/Prolog	15
B. Pengertian Kecemasan Sosial Remaja.....	16
C. Pengaruh Kecemasan Sosial Remaja	17
D. Tugas Perkembangan Remaja di Bidang Sosial.....	18
E. Penyebab Kecemasan Sosial (Social Anxiety)	19
F. Gejala Kecemasan Sosial Remaja	20
G. Penanganan	23
H. Kesimpulan	26
I. Referensi.....	26

CHAPTER 3 PERAN PERAWAT DALAM PENCEGAHAN DAN PENANGANAN BUNUH DIRI PADA REMAJA 29

Ns. Fitriani Agustina, S.Kep., M.sc.....	29
A. Pendahuluan/Prolog	29
B. Peran Perawat Dalam Pencegahan Bunuh Diri	31

C. Peran Perawat dalam Penanganan Bunuh Diri.....	34
D. Tantangan yang Dihadapi Perawat.....	37
E. Rekomendasi	38
F. Intervensi Pada Pasien Dengan Resiko Bunuh Diri	38
G. Simpulan	40
H. Referensi.....	41
I. Glosarium.....	46

CHAPTER 4 GANGGUAN PSIKOTIK PADA REMAJA; DIAGNOSIS DAN PERAWATAN TERPADU49

Ns. Sahriana, M.Kep.....	49
A. Pendahuluan/Prolog	49
B. Gangguan Psikotik pada Remaja dan Anak	50
C. Prevalensi.....	50
D. Etiologi.....	51
E. Manifestasi klinis	56
F. Diagnosis dan Prognosis	57
G. Perawatan Terpadu.....	59
H. Referensi.....	60
I. Glosarium.....	61

CHAPTER 5 GANGGUAN TIDUR PADA ANAK DAN REMAJA: DAMPAKNYA TERHADAP KESEHATAN MENTAL63

Endang Mei Yunalia, S.Kep., Ns., M.Kep.....	63
A. Pendahuluan.....	63
B. Konsep Istirahat dan Tidur.....	64
C. Jenis Gangguan Tidur pada Anak dan Remaja.....	69
D. Dampak Gangguan Tidur pada Anak dan Remaja terhadap Kesehatan Mental	69
E. Simpulan	70
F. Referensi.....	71
G. Glosarium.....	74

CHAPTER 6 GANGGUAN MAKAN PADA REMAJA: ANOREKSIA DAN BULIMIA75

Maylar Gurning, S.Kep., Ners., M.Kep.....	75
A. Pendahuluan/Prolog	75
B. Gangguan Makan Pada Remaja dengan Anoreksia	75

C. Gangguan Makan Pada Remaja dengan Bullimia	80
D. Persamaan Anoreksia Nervosa dan Bulimia Nervosa	85
E. Perbedaan Anoreksi Nervosa dan Bulimia Nervosa.....	85
F. Simpulan	85
G. Referensi.....	86
H. Glosarium.....	87

CHAPTER 7 PEMANFAATAN TERAPI KREATIF DALAM PERAWATAN GANGGUAN JIWA PADA ANAK DAN REMAJA.....	89
Titik Nuryanti, S. Kep., Ns., M.Kep.....	89
A. Pendahuluan/Prolog	89
B. Intervensi Seni Kreatif.....	90
C. Hambatan	98
D. Kesimpulan	99
E. Referensi.....	100
CHAPTER 8 PENGARUH LINGKUNGAN SOSIAL TERHADAP KESEHATAN JIWA REMAJA.....	101
Ns. Zakiyah, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.....	101
A. Pendahuluan/Prolog	101
B. Masalah Kesehatan Jiwa Pada Remaja	102
C. Faktor-faktor Sosial yang Mempengaruhi Kesehatan Jiwa Remaja.....	103
D. Simpulan	111
E. Referensi.....	112
F. Glosarium.....	113
PROFIL PENULIS	115

CHAPTER 1

IDENTIFIKASI DINI GANGGUAN JIWA PADA ANAK DAN REMAJA

Windu Astutik

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan mental merupakan hal yang dipandang penting bagi masyarakat. WHO (World Health Organization) memiliki slogan yang berbunyi "*there is no health without mental health*". Penekanan penting pada kesehatan mental digambarkan pada pengertian tentang sehat yang disampaikan oleh WHO yaitu suatu keadaan sejahtera secara fisik, mental, dan sosial dan tidak semata-mata terbebas dari penyakit atau kelemahan. Kesehatan mental merupakan kondisi dimana individu memiliki kesejahteraan yang tampak dari dirinya yang mampu menyadari potensinya sendiri, mampu bekerja secara produktif dan menghasilkan, mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya, serta memiliki kemampuan untuk mengatasi tekanan hidup normal pada berbagai situasi dalam kehidupan.

Saat ini, masalah kesehatan jiwa tidak hanya terjadi pada kelompok umur dewasa. Kelompok umur anak dan remaja memiliki kerentanan yang cukup tinggi untuk mengalami masalah kesehatan jiwa. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) prevalensi kesehatan mental remaja di Indonesia pada tahun 2018 meningkat tercatat sebanyak 9,8%, ini merupakan gangguan mental emosional dengan gejala depresi dan kecemasan untuk remaja berusia >14 tahun, meningkat dibandingkan pada tahun 2013. Masalah kesehatan mental mempengaruhi hingga 15% dari proporsi usia sekolah dan lebih sering terjadi pada remaja dengan masalah yang berhubungan dengan belajar daripada remaja yang sedang berkembang. Lebih lanjut, dalam sebuah penelitian mengungkapkan sekitar 60,17% remaja SMP dan SMA memiliki gejala mental emosional, dan sebagian besar masalah ini terdapat pada remaja usia 13-15 tahun. Gejala mental emosional yang dialami berupa perasaan kesepian, kecemasan, dan pikiran ingin bunuh diri.

Penelitian pada tahun 2020 membuktikan bahwa terdapat beban penyakit secara global mengindikasikan kenaikan yang signifikan jumlah anak yang mengalami gangguan neuropsikiatri yang menyebabkan kematian dan kecacatan. Gangguan atau masalah kejiwaan yang terjadi pada usia dewasa erat kaitannya dengan kondisi gangguan pada masa anak dan remaja. Hasil studi menyebutkan bahwa sebagian besar gangguan jiwa yang terjadi dimulai pada saat berusia 14

tahun. Gangguan jiwa yang berkembang pada individu dibawah usia 6 tahun akan mempengaruhi aspek kritis dari perkembangan emosional, kognitif dan fisik anak. Masalah kesehatan jiwa sudah menjadi masalah dunia yang tersebar pada usia 18 tahun keatas sehingga memerlukan deteksi sedini mungkin pada masa anak-anak dan remaja agar penanganan yang tepat untuk mencegah kerusakan lebih lanjut. Upaya pencegahan, identifikasi dan tindakan yang dilakukan lebih awal pada anak dan remaja yang memiliki risiko terhadap masalah kesehatan jiwa penting untuk mengurangi terjadinya gangguan jiwa saat mencapai kehidupan dewasa.

B. Perkembangan Anak dan Remaja

Para ahli merujuk pada pengertian perkembangan sebagai suatu proses perubahan yang bersifat progresif dan menyebabkan tercapainya kemampuan dan karakteristik psikis yang baru. Perkembangan secara bertahap sesuai dengan tahapan kehidupan manusia, mulai dari bayi sampai dengan lansia. Proses perkembangan berkaitan dengan pertumbuhan yang terjadi. Dengan demikian, perkembangan pada anak dan remaja dipengaruhi oleh pertambahan secara fisik dan hormonal.

Anak adalah individu yang masih kecil, baik laki-laki maupun perempuan, yang belum terlihat tanda-tanda fisik seorang dewasa, batasan usia anak adalah yang belum mencapai 11 (sebelas) tahun. Anak mengembangkan keterampilan dalam jangka waktu tertentu, seperti:

1. Keterampilan fisik: anak-anak mulai belajar duduk tanpa bantuan orang lain saat usia 6 bulan, berjalan antara 11 sampai 18 bulan.
2. Keterampilan kognitif: anak-anak akan berbicara dalam dua kalimat sekitar usia dua tahun dan menggambar seorang manusia dengan tubuh dan kaki saat usia tiga tahun. Ketrampilan ini akan mengalami peningkatan sesuai dengan tahapan kehidupan anak.
3. Ketrampilan sosial: anak-anak mulai mengembangkan hubungan sosial secara bertahap mulai dengan pengenalan anggota keluarga dan bisa membina hubungan dengan teman sebaya.

Anak bukan merupakan miniatur dari orang dewasa yang memiliki kemampuan memahami dan menyalurkan emosinya dengan baik. Anak lebih mudah menyalurkan pikiran atau idenya melalui emosi marah, mengurung diri, mengambek, atau dalam bentuk perilaku yang agresif seperti membanting benda-benda di sekeliling dan mengguling-gulingkan badannya. Pada kehidupan 1000 hari pertama adalah golden periode dalam proses kehidupan anak, yaitu kesehatan fisik dan psikososial yang optimal merupakan fondasi yang kuat dalam mempersiapkan tahapan kehidupan selanjutnya.

2 Bunga Rampai Gangguan Jiwa Pada Remaja dan Anak

Perkembangan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Perkembangan selalu dipengaruhi proses pertumbuhan yang diikuti dari perubahan fungsi, seperti perkembangan sistem reproduksi akan diikuti perubahan pada fungsi alat kelamin.
2. Perkembangan mempunyai pola yang konsisten dengan hukum tetap. artinya perkembangan dapat terjadi dari ujung kepala menuju kearah kaki atau dari bagian proksimal kebagian distal.
3. Perkembangan terjadi secara bertahap dan berurutan mulai dari kemampuan melakukan hal yang sederhana menuju kemampuan melakukan hal yang kompleks.
4. Setiap individu dapat melalui proses perkembangan dengan kecepatan pencapaian perkembangan yang berbeda.
5. Melalui perkembangan, tahap pertumbuhan berikutnya dapat ditentukan, tetapi tahap-tahap perkembangan harus dilalui secara bertahap.

Tahapan kehidupan setelah anak-anak adalah remaja. Remaja adalah seorang yang berusia 11 sampai 20 tahun, disebut sebagai masa transisi antara masa anak-anak dan dewasa. Individu mengalami perubahan yang pesat dan cepat pada masa remaja yang ditandai dengan munculnya tanda-tanda seks sekunder, tercapainya fertilitas, perubahan-perubahan psikologik-emosional dan kognitif. Perkembangan pada remaja lebih mengacu kepada perubahan karakteristik yang khas dari gejala-gejala psikologis ke arah yang lebih maju. Perubahan itu tidak terlepas dari perubahan yang terjadi pada struktur biologis, meskipun tidak semua perubahan kemampuan dan sifat psikis dipengaruhi oleh struktur biologis. perubahan kemampuan dan karakteristik psikis sebagai hasil dari perubahan dan kesiapan struktur biologis yang dikenal sebagai pematangan. Berubahnya pada anggota badan, seperti bentuk tubuh yang kurang ideal, dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman, gengsi dan tidak percaya diri. Masalah psikososial ini yang dapat menyebabkan terganggunya mental emosional pada remaja.

Masa remaja dilihat dari ciri-ciri remaja sesuai dengan perkembangan usia remaja menjadi tiga tahap proses perkembangan, yaitu:

1. **Remaja awal (11-15 tahun);** pada tahapan ini, remaja masih merasa bingung terhadap perubahan fisik dan psikologis yang terjadi dan dorongan-dorongan yang menyertai perubahan. Perkembangan kognitif muncul pikiran-pikiran baru, tertarik pada lawan jenis dan mudah terangsang secara erotis. Remaja lebih peka dan sensitif serta sulit mengendalikan ego. Pada masa ini remaja gampang mendapatkan masalah dan sulit dimengerti oleh orang dewasa.

2. **Remaja Madya (15-18 tahun);** remaja sangat dekat teman-teman sebaya yang memiliki sifat-sifat yang sama dengan dirinya. Pada tahap ini remaja berada dalam kondisi kebingungan karena harus memilih yang mana, ramai-ramai atau sendiri, optimis atau pesimis dan sebagainya. Remaja pria yang paling menonjol mengalami perubahan pada masa ini, karena mulai melepasakan diri dari Oedipoes complex (perasaan mencintai ibu) dan beralih menjadi rasa suka pada teman lawan jenis.
3. **Remaja Akhir (18-20 tahun);** tahap ini remaja berada pada masa mendekati dewasa yang ditandai dengan pencapaian: Minat yang besar terhadap fungsi-fungsi intelek; Ego mencari kesempatan untuk bergabung dengan orang lain dan mendapatkan pengalaman baru; Terbentuknya identitas diri dan seksual yang tidak mungkin berubah; Mulai memikirkan orang lain lebih daripada diri sendiri

Remaja yang memiliki ciri sesuai dengan tugas perkembangan dikatakan sebagai remaja yang sehat, yaitu

1. Mengalami perubahan fisik, pertambahan berat dan tinggi badan, adanya tanda-tanda pubertas
2. Percaya diri
3. Mampu mengambil keputusan
4. Merawat kebersihan dan kerapian diri
5. Mampu berinteraksi/ bersosialisasi dengan lingkungan. Membina hubungan yang harmonis dengan keluarga, teman dan komunitas. Remaja mampu menjalin persahabatan yang sehat
6. Bertanggung jawab
7. Mandiri
8. Mampu menyelesaikan masalahnya

C. Issue Masalah Gangguan Jiwa pada Anak dan Remaja

Kondisi maladaptif dari kesehatan jiwa dapat digolongkan menjadi dua, yaitu masalah kesehatan jiwa dan gangguan jiwa. Masalah kesehatan jiwa mengganggu cara seseorang berpikir, merasa dan berperilaku. Bedanya, tingkatan terganggunya lebih rendah dibanding gangguan kesehatan jiwa. Masalah kesehatan jiwa lebih umum dan dapat dialami dalam waktu sementara sebagai reaksi terhadap tekanan hidup. Masalah kesehatan jiwa memang lebih ringan dibanding gangguan kesehatan jiwa, tetapi masalah ini mungkin berkembang menjadi gangguan jiwa jika tidak ditangani secara efektif. Masalah kesehatan jiwa dapat muncul dari berbagai aspek, seperti emosi, perilaku, atensi, serta regulasi diri. Mengalami kekerasan di masa kecil, merasa terasing dari lingkungan, kehilangan orang yang dicintai, stress yang berkepanjangan, kehilangan pekerjaan, penyalahgunaan obat-obatan adalah

4 Bunga Rampai Gangguan Jiwa Pada Remaja dan Anak

beberapa contoh faktor yang dapat memicu seseorang memiliki masalah kesehatan jiwa.

Masalah kesehatan jiwa anak dan remaja pada umumnya berkaitan dengan masalah emosi dan perilaku. Masalah-masalah ini dapat menghambat perkembangan mereka secara optimal, menyebabkan masalah kognitif, kesulitan belajar, kesulitan konsentrasi, daya ingat yang buruk dan perilaku maladaptif secara sosial. Kenakalan-kenakalan yang terjadi dimasa remaja dapat mengakibatkan kesulitan pada kehidupan dewasa yang berkaitan dengan tindak kriminalitas. Anak-anak yang memiliki kemampuan mengelola emosi atau masalah emosi akan mendapatkan perlakuan diskriminasi dari lingkungan, termasuk guru dan teman sebaya. Masalah mental yang dialami oleh anak adalah gangguan pemuatan perhatian/hiperaktif (ADHD), masalah dengan teman sebaya, gangguan psikosoial, gangguan tidur, dan penurunan prestasi akademik.

Tanda dan gejala pada anak dan remaja yang dapat dikenali saat mengalami masalah kesehatan jiwa dapat dilihat pada tabel. 1 berikut ini.

Tabel 1.1: Tanda dan gejala masalah kesehatan jiwa pada anak dan remaja

Anak-anak	Remaja
<ul style="list-style-type: none">• Sensitif dan sering mengamuk• Sering tampak merasa takut dan khawatir• Hiperaktivitas dan tidak bisa duduk dengan tenang (kecuali saat mereka melakukan aktivitas yang mereka senangi seperti menonton video, bermain gim)• Terlalu lama tidur atau tidak dapat tidur sama sekali, sering mengalami mimpi buruk• Penurunan prestasi belajar• Mengulang-ulang aktivitas	<ul style="list-style-type: none">• Kehilangan minat terhadap aktivitas yang mereka sukai sebelumnya• Kurang berenergi• Terlalu lama tidur atau tidak dapat tidur sama sekali, merasa mengantuk sepanjang hari• Menyendiri, menghindari aktivitas sosial bersama keluarga dan teman, menghabiskan waktu sendirian• Merokok• Melukai diri sendiri (<i>self-harm</i>)• Memiliki pikiran untuk bunuh diri• Terlibat aktivitas yang berisiko dan merusak baik sendiri maupun bersama temannya (kenakalan remaja)

Gangguan jiwa adalah kondisi kesehatan yang melibatkan perubahan emosi, pemikiran, atau perilaku (atau kombinasi dari ini). Gangguan kesehatan jiwa

dikaitkan dengan kesulitan dan/atau masalah yang mengganggu keberfungsiannya dalam kegiatan sosial, pekerjaan, atau aktivitas keluarga. Artinya, orang yang memiliki gangguan kesehatan jiwa secara signifikan memengaruhi cara mereka merasa, berpikir, berperilaku, dan berinteraksi dengan orang lain. Terdapat 2 kelompok gangguan jiwa yang terjadi pada anak dan remaja, yaitu gangguan mental emosional dan gangguan jiwa berat.

Gangguan mental emosional ialah suatu kondisi yang mengindikasikan seseorang mengalami perubahan emosi yang mungkin mengarah pada kondisi patologis. Salah satu tanda dari gangguan mental emosional adalah dengan menurunnya fungsi individu di bidang keluarga, pekerjaan atau pendidikan, serta pribadi atau kelompok, yang diperoleh melalui konflik bawah sadar yang menyebabkan kekhawatiran. Gangguan jiwa berat adalah gangguan pada pikiran, perasaan, dan perilaku yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia. Gangguan jiwa berat dapat menyebabkan turunnya produktivitas individu dan akhirnya menimbulkan beban biaya besar yang dapat membebani keluarga, masyarakat, serta pemerintah.

Masalah-masalah yang terjadi pada usia remaja terlihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 1.1: Siklus risiko tinggi masalah pada remaja

Sumber: Stuart, 2013

6 Bunga Rampai Gangguan Jiwa Pada Remaja dan Anak

Masalah emosi yang dialami oleh remaja usia 15-18 tahun adalah belum memiliki kestabilan emosi yang baik. Walaupun dikatakan pada usia tersebut kondisi emosi lebih stabil dari pada masa remaja awal (usia 12-15 tahun). Ketidakstabilan emosi adalah suatu kecenderungan untuk menunjukkan perubahan yang cepat dan tidak dapat diduga dalam emosionalit. Ketidakstabilan emosi ini salah satu akibat dari pencarian identitas diri yang menjadi sulit karena adanya perubahan sosial dan fisik. Pencarian identitas bisa menyebabkan remaja merasa terisolasi, hampa, cemas dan bimbang. Remaja lebih tertutup pada masa pencarian identitas karena takut penolakan atau dikecewakan oleh teman sebayanya.

Bentuk gangguan jiwa yang umum terjadi dan dialami oleh anak dan remaja adalah gangguan kecemasan, depresi, gangguan bipolar, skizoprenia, gangguan makan.

1. Gangguan kecemasan. Gangguan kejiwaan yang paling umum terjadi pada remaja dan tampaknya terjadi paling awal di antara semua bentuk psikopatologi. Masa remaja merupakan masa puncak terjadinya gangguan kecemasan, kerentanan otak terhadap kecemasan pada masa remaja berhubungan dengan perkembangan sistem fungsional otak yang berhubungan dengan kecemasan yang tidak sinkron.
2. Depresi. Gangguan jiwa yang paling umum muncul pada masa remaja adalah depresi dan menimbulkan dampak yang fatal dalam kehidupan. Remaja berusia 14-16 tahun yang mengalami depresi akan memiliki risiko yang tinggi terjadinya depresi mayor pada usia dewasa. Remaja yang mengalami depresi selalu memiliki pandangan negatif terhadap kehidupan yang dijalani saat ini dan masa yang akan datang.
3. Gangguan bipolar. Remaja memiliki respon emosi yang fluktuatif. Remaja masih mengalami kesulitan dalam mengekspresikan perasaan yang terjadi. Penyakit bipolar pada remaja saat ini mendapatkan perhatian khusus. Saat ini, pada generasi yang kita sebut sebagai generasi Z, dan generasi Alpha memiliki kerapuhan emosi. Tanda yang menonjol adalah mudah tersinggung, sensitif dan mudah berubah-ubah (*mood swing*).
4. Skizofrenia. Skizofrenia pada anak terkait dengan perilaku yang berhubungan dengan prestasi di sekolah dan juga menimbulkan masalah perilaku dalam kehidupan sosial. Tanda skizofrenia pada anak dan remaja meliputi gangguan kemampuan kognitif, keterampilan berbahasa, motorik, dan keterampilan sosial serta pola berpikir kreatif di antara domain lainnya. Skizofrenia merupakan gangguan kejiwaan yang paling berat pada anak dan remaja yang sangat mempengaruhi kehidupannya, meskipun sangat jarang terjadi sebelum umur 10 tahun, insiden dari skizofrenia meningkat bertahap, hingga sampai pada

puncaknya ketika dewasa semakin awal terjadinya skizofrenia, maka prognosis semakin buruk.

5. Gangguan makan. Gangguan makan (eating disorder) seperti *anorexia nervosa* dan *bulimia nervosa*, merupakan bentuk gangguan jiwa dengan akibat psikologis dan medis yang serius seperti perilaku ingin mengontrol berat badan secara berlebihan dengan cara membuat individu merasa tetap lapar (*self-starvation*).
6. ADHD. Gangguan ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) dapat berlangsung sepanjang masa kehidupan sejak masih masa anak-anak dan sampai ke masa remaja. ADHD memiliki suatu pola yang menetap dari kurangnya perhatian dan atau hiperaktivitas, yang lebih sering dan lebih berat bila dibandingkan dengan anak lain pada taraf perkembangan yang sama.
7. Bunuh diri. Kasus bunuh diri yang dilakukan oleh remaja ini berkaitan dengan pengaruh penggunaan obat-obatan. Penyebab utama bunuh diri pada remaja adalah penolakan, penghinaan, kehilangan. Saat ini, khususnya di Indonesia, angka kejadian kasus bunuh diri di usia remaja mengalami peningkatan. Kondisi psikologis yang berhubungan dengan perilaku bunuh diri ini adalah depresi.

Dalam buku ini, akan dibahas lebih lanjut bentuk-bentuk gangguan jiwa pada anak dan remaja.

Kesehatan jiwa anak yang terganggu, dapat menimbulkan penurunan pencapaian prestasi belajar dan anak dapat mengalami depresi jika ia tidak mampu bergaul dengan baik bersama teman-temannya. Akibat tidak diketahuinya status kesehatan jiwa anak, maka bila anak mempunyai masalah kesehatan jiwa tidak dapat diberikan penanganan secara dini. Berbagai upaya yang tepat mengurangi masalah tersebut adalah keterlibatan orang tua dan guru yang menunjang kesehatan jiwa anak secara dini dan untuk mengetahui secara dini status kesehatan jiwa anak dapat dilakukan deteksi dini.

D. Faktor Risiko dan Protektif Anak dan Remaja terhadap Gangguan Jiwa

Kesehatan mental anak dan remaja ini sangat dipengaruhi oleh faktor risiko (*risk factor*) yang dapat membahayakan kesehatan dan faktor-faktor apa saja yang dapat melindungi kesehatan mental yang disebut *protective factor* anak. Faktor risiko menimbulkan kemungkinan kerentanan dalam diri anak, sedangkan protective factor menimbulkan kemungkinan kekuatan dalam diri anak. Faktor risiko merupakan faktor yang dapat memunculkan kerentanan terhadap distress. Artinya, ketidakmampuan menyesuaikan diri dapat dikarenakan adanya kondisi-kondisi yang menekan, seperti anak yang tumbuh pada keluarga yang memiliki status ekonomi rendah, tumbuh di lingkungan penuh kekerasan dan adanya pengalaman trauma seperti perundungan dan kekerasan di sekolah. Upaya untuk

mempertahankan kesehatan jiwa dan mencegah masalah kesehatan jiwa dengan meningkatkan faktor protektif dan mengendalikan faktor risiko.

Berikut ini adalah faktor risiko dan faktor protektif untuk mengantisipasi perkembangan masalah kesehatan dan gangguan jiwa pada anak dan remaja.

Tabel 2.1: Faktor risiko dan faktor protektif

Faktor risiko	Perundungan (termasuk perundungan di dunia maya) Diskriminasi Hubungan sosial yang buruk dengan teman sebaya, guru/staf sekolah Tekanan dari teman sebaya Kekerasan yang dilakukan oleh teman sebaya Hubungan yang buruk dengan orang tua dan anggota keluarga <i>Toxic parenting</i>
Faktor protektif	Kebijakan yang terbuka dan ramah bagi anak untuk menyelesaikan masalah Terjalin hubungan yang positif dengan teman sebaya, guru/staf sekolah Memiliki hubungan yang harmonis dengan keluarga Gaya pengasuhan yang mendukung perkembangan anak Berada dalam lingkungan sekolah yang ramah anak

Semakin banyak faktor risiko, maka semakin besar tekanan pada anak. Di sisi lain, semakin banyak faktor protektif, maka besar kemungkinan anak untuk dapat terhindar dari gangguan.

Peristiwa-peristiwa terkini yang dialami oleh anak dan remaja yang menjadi isu hangat adalah bullying dan kekerasan. Bullying merupakan situasi penyalahgunaan kekuasaan oleh seseorang atau kelompok untuk menyakiti atau merugikan orang lain yang dilakukan secara berulang. Kasus terbanyak terjadi dilingkungan sekolah, dapat dilakukan oleh guru dan yang terbanyak dilakukan oleh sesama pelajar. Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya perundungan antara lain perbedaan status ekonomi, agama, jenis kelamin, adat istiadat, dan kecenderungan senior untuk sering mendisiplinkan juniornya. Bentuk bully yang kerap dilakukan pada masa anak-anak dan remaja meliputi fisik (memukul, menendang, mendorong), verbal (menghina, berkata kasar dan berkata tidak pantas), sosial (mengucilkan dan mengintimidasi massal) dan cyber bully (melakukan tindakan bully diplatform media sosial). Sikap bully biasanya adalah hasil dari meniru perilaku yang anak dan remaja amati dari orang dewasa yang berada dilingkungan rumah atau lingkungan terdekat mereka berada seperti sekolah. Demikian juga dengan perilaku kekerasan, anak dan remaja menggunakan respon yang telah dipelajari untuk menyelesaikan masalah yang penuh tekanan. Sebagian

besar remaja yang menunjukkan perilaku agresif mengalami frustasi dan memiliki role model perilaku tersebut pada masa kanak-kanak. Anak dan remaja menganggap bahwa kekerasan yang sering dilakukan dalam keluarga adalah hal wajar dan bisa diterima. Masalah yang timbul akibat dari perundungan dan kekerasan tidak hanya mengancam fisik, tetapi juga psikologis korban. Remaja rentan mengalami masalah psikososial seperti kecemasan, depresi dan berisiko bunuh diri.

E. Identifikasi dini Gangguan Jiwa pada Anak dan Remaja

Masalah kesehatan mental anak dan remaja dapat diamati dari adanya permasalahan pada tahapan perkembangan pada tiga area besar, yaitu area emosi, perilaku dan perkembangan.

1. **Emosi.** Berbicara tentang emosi terkait erat dengan kemampuan untuk mengevaluasi dan mengenali emosi seseorang, membedakan antara emosi yang dirasakan, dan untuk mengatasi dan mengekspresikan emosi (Nolen, 2009). Anak-anak yang terus-menerus sedih, tertekan, dan tidak bahagia lebih mungkin mengalami masalah kesehatan mental. Mereka memiliki banyak kekhawatiran dan ketakutan yang menghalangi mereka menjelajahi dunia. Anak-anak cenderung mengekspresikan emosinya melalui tangisan, teriakan, atau amukan yang berlebihan. Anak-anak perlu dibimbing dan diajari untuk memahami dan mengekspresikan emosi mereka dengan tepat.
2. **Perilaku.** Ketika mengamati masalah perilaku anak, penting untuk diingat proses pembentukan perilaku berdasarkan pendekatan behavioris. Pendekatan ini berasumsi bahwa gangguan perilaku disebabkan oleh pengalaman belajar yang salah. Salah belajar di sini memiliki dua arti, yaitu anak itu akan mempelajari contoh perilaku buruk dengan benar, atau anak itu akan mempelajari contoh perilaku baik dengan salah. Kehadiran masalah perilaku pada anak dapat dideteksi melalui aktivitas sehari-hari seperti tidur, makan, dan bermain. Tanda-tanda masalah tersebut antara lain anak sulit bangun sepanjang waktu, masalah pola tidur, gangguan makan, berbohong, mudah menyalahkan orang lain atas kesalahannya, dan melanggar aturan. dapat dilakukan.
3. **Perkembangan.** Adanya masalah perkembangan erat kaitannya dengan tahap perkembangan anak. Faktor kognitif dan perhatian juga dapat mempengaruhi beberapa masalah perkembangan. Faktor kognitif berhubungan dengan masalah kecerdasan dan ketidakmampuan belajar. Perhatian adalah konsentrasi sumber daya mental. Perhatian meningkatkan proses kognitif dalam banyak tugas, mulai dari meraih mainan, memukul bola, hingga menari. Anak mempunyai rentang perhatian yang terbatas dan hanya mampu memperhatikan sejumlah informasi

tertentu. Perhatian berkembang tergantung pada usia dan aktivitas anak. Anak yang gelisah, sulit berkonsentrasi, tidak bisa duduk diam, dan mudah teralihkan perhatiannya merupakan tanda adanya masalah psikologis.

Selanjutnya, setelah memperhatikan tiga aspek perkembangan, untuk mengidentifikasi masalah dan gangguan jiwa pada anak dan remaja perlu dilakukan pemeriksaan dengan menggunakan beberapa instrumen skrining deteksi dini yang telah dibakukan. Pemeriksaan kesehatan mental emosional pada anak merupakan upaya menemukan adanya kelainan mental emosional pada anak agar dapat diketahui dan segera ditindaklanjuti sesuai rekomendasi. Pemeriksaan mental emosional ini menggunakan kuesioner Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), Self Reporting Questionnaire (SRQ), PSC (Pediatric Symptom Checklist), Skrining sistematis untuk gangguan perilaku (SSBD), BASC-3 Perilaku dan sistem penyaringan emosional (BESS), instrumen risiko perilaku sosial, akademik dan emosional (SAEPRS) dan skrining skala risiko pada siswa (SRSS). Instrumen-instrumen tersebut biasa digunakan oleh praktisi kesehatan seperti dokter, perawat dan psikolog untuk skrining dan menelusuri anak-anak yang terindikasi mengalami masalah kesehatan mental. Pada tatanan lingkungan sekolah dan komunitas instrumen tersebut juga dianggap cocok digunakan oleh guru dan orang tua untuk mengidentifikasi awal bukan sebagai dasar diagnosa mandiri (*self-diagnosis*).

Tabel 1.3: Instrumen deteksi dini masalah kesehatan jiwa pada anak dan remaja

Instrumen	Deskripsi	Usia Anak	Administrator
Skrining sistematis untuk gangguan perilaku (SSBD)	Mengeksplorasi perilaku eksternal dan internal	3-15 tahun	Guru
BASC-3 Perilaku dan sistem penyaringan emosional (BESS)	Mengeksplorasi kekuatan dan kelemahan perilaku dan emosional	3-18 tahun	Siswa, orang tua dan guru
Pediatric Symptom Checklist (PSC)	Mengeksplorasi masalah perilaku dan emosional	3-18 tahun	Siswa, orang tua dan guru
Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Mengeksplorasi masalah perilaku, emosional dan sosial	3-16 tahun	Siswa, orang tua dan guru
Self Reporting Questionnaire (SRQ)	Mengeksplorasi gangguan mental emosional atau distres	15 tahun keatas	Siswa, orang tua dan guru

Social, Academic, and Emotional Behavior Risk Screener (SAEPRS)	Mengeksplorasi kemampuan sosial, akademik dan emosional siswa	5-18 tahun	Guru
Student Risk Screening Scale (SRSS)	Mengeksplorasi perilaku eksternal dan internal	5-18 tahun	Guru
Perceived Stress Scale (PSS)	Mengukur tingkat stres	11-18 tahun	Siswa, orang tua dan guru

F. Kesimpulan

Anak dan remaja merupakan kelompok usia yang rentan mengalami perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi kondisi patologis yang dinamakan gangguan mental emosional. Kesehatan jiwa anak dan remaja memiliki peran penting dalam keberlangsungan kehidupan selanjutnya. Perhatian sejak dini akan memberikan dampak dan mempermudah dalam memberikan solusi pada masalah-masalah yang dialami selama masa anak dan remaja, sehingga tidak mengarah pada kondisi gangguan jiwa yang lebih berat. Upaya awal yang dilakukan adalah identifikasi dini masalah dan gangguan jiwa pada anak dan remaja. Identifikasi yang dilakukan adalah dengan memperhatikan tiga aspek dalam kehidupan anak dan remaja, yaitu emosi, perilaku dan perkembangan. Instrumen-instrumen yang digunakan dalam skrining kesehatan jiwa pada anak dan remaja adalah Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), Self Reporting Questionnaire (SRQ), PSC (Pediatric Symptom Checklist), Skrining sistematis untuk gangguan perilaku (SSBD), BASC-3 Perilaku dan sistem penyaringan emosional (BESS), instrumen risiko perilaku sosial, akademik dan emosional (SAEPRS) dan skrining skala risiko pada siswa (SRSS).

G. Referensi

- Adam, Satria Fajrullah Said, Budi Anna Keliat, Ice Yulia Wardani, Ni Made Dian Sulistiowati, and Maria Veronika Ayu Florensa. 2019. "Risk Factors of Mental Health in Adolescents: Emotional, Behavioral, Family, and Peer Relationship Problems." *Comprehensive Child and Adolescent Nursing* 42:284–90.
- Arnami, Ni Ketut, and Windu Astutik. 2021. "Gambaran Masalah Psikososial Siswa Remaja SMP Dharma Wiweka." Stikes Kesdam IX/Udayana.
- Astutik, Windu, and Ni Luh Made Asri Dewi. 2022. "Mental Health Problems among Adolescent Students." *Jurnal Keperawatan Indonesia* 25(1):85–94. doi:

10.7454/jki.v25i2.848.

- Holland, Kristin M., Alana M. Vivolo-Kantor, Joseph E. Logan, and Ruth W. Leemis. 2017. "Antecedents of Suicide among Youth Aged 11–15: A Multistate Mixed Methods Analysis." *Journal of Youth and Adolescence* 46(7):1598–1610. doi: 10.1007/s10964-016-0610-3.
- Institute of Mental Health, National. 2021. "Children and Mental Health: Is This Just a Stage." *Nih*.
- Kemenkes RI. 2018. Laporan hasil riset kesehatan dasar tahun 2018. Kemenkes RI
- Laka, M. L. Angela A., and Syenshie V. Wetik. 2023. Peningkatan kesehatan mental pada anak usia sekolah berbasis play therapy. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat* 2(2):64–70.
- Nurlela, Lela, Hidayatus Sya'diyah, Shofi Khaqul Ilmy, Henny Kusumawati, Made Bayu Oka Widiarta, Sukma Ayu Candra Kirana, Isnri Hijriana, Windu Astutik, Susilowati, Ni Putu Dita Wulandari, Claudia Wuri Prihandini, Maria Floriana Ping, Afni Yan Syah, and Yusrini. 2023. *Keperawatan Jiwa*. 1st ed. edited by P. I. Daryaswanti. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia.
- Sari, Niken Yuniar, Budi Anna Keliat, and Herni Susanti. 2019. "Cognitive Behaviour Therapy for Anxiety in Adolescent with Early Prodromal of Psychosis at Boarding School." *BMC Nursing* 18(S1):33. doi: 10.1186/s12912-019-0360-0.
- Stuart, G. 2013. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*.
- Sulistiwati, Ni Made Dian, Windu Astutik, Wayan Nata Septiadi, Wayan Ayu Kumala, and Made Diah Apsari Krisnayanti. 2024. "Program Teman Baik Sebagai Upaya Promotif Dan Preventif Kesehatan Mental Remaja." *Jurnal Peduli Masyarakat* 6(4):2124–32.
- Syakarofath, Nandy Agustin, Falista Roisatul Mar'atin Nuro, and M. Karimun. 2023. "Developing Guidelines for Early Detection of Child and Adolescent Mental Health Problems." *Journal of Community Service and Empowerment* 4(1):152–61.
- Vitrianingsih, Sitti Khadijah, and Inayati Ceria. 2018. "Gadget Dengan Perkembangan Anak Pra Sekolah Di Tk Correlation of Parent ' S Role and Duration of Gadget Use." *Jurnal Formil (Forum Ilmiah) KesMas Respat* 3(2):1–9.
- World Health Organization. 2023. "Mental Health." *World Health Organization*. Retrieved May 16, 2023 (<https://www.who.int/health-topics/mental-health>).

H. Glosarium

ADHD	= Attention Deficit Hyperactivity Disorder
PSS	= Perceived Stress Scale
PSC	= Pediatric Symptom Checklist

Riskesdas = Riset kKesehatan Dasar

SAEBRS = Social, Academic, and Emotional Behavior Risk Screener

SDQ = Strength and Difficulties Questionnaire

SRQ = Self Reporting Questionnaire

SRSS = Student Risk Screening Scale

WHO = World Health Organization

CHAPTER 2

KECEMASAN SOSIAL PADA REMAJA: GEJALA, PENYEBAB, DAN PENANGANANNYA

Bdn. Dewi Nawang Sari, SST., MTr.Keb.

A. Pendahuluan/Prolog

Kecemasan merupakan suatu hal yang umum dialami oleh manusia dalam kehidupan. Kecemasan merupakan bentuk perasaan tidak nyaman yang dirasakan dalam diri individu yang diasosiasikan dengan keadaan yang tidak pasti. Berdasarkan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM IV-TR; *American Psiciatric Assosiation*), terdapat tujuh macam kecemasan yang berbeda. Salah satunya adalah kecemasan sosial (Kholifah, 2016)

Kecemasan sosial yang dialami oleh remaja disebabkan oleh kesadaran terhadap reaksi sosial seperti kritikan, ketidaksesuaian dengan standart, evaluasi negatif dan penghakiman. Remaja dapat membangun hubungan baik terhadap teman sebaya dapat membuat fungsi positif yaitu remaja dapat mengembangkan kemampuan penalaran dan belajar mengekspresikan terkait dirinya dengan lebih baik. Remaja yang mengalami kecemasan sosial akan berperilaku melarikan diri atau menghindar dari situasi sosial karena mereka berpikir pada situasi tersebut akan berpotensi mendapatkan evaluasi negatif oleh orang lain. Remaja yang mengalami kecemasan sosial akan cenderung memiliki pergaulan yang terbatas, menunjukkan keterampilan yang buruk, dan kurang beradaptasi dilingkungannya (Anggraeni, 2017)

Usia remaja sangat sensitif pada persoalan kecemasan sosial, terutama pada remaja akhir, yaitu dari usia 19 sampai 22 tahun. Gejala kecemasan sosial yang timbul pada remaja adalah jantung berdebar dengan cepat, sesak nafas, berkeringat, tubuh gemetar, gagap dalam berbicara, gugup, dan bingung. Kecemasan sosial remaja timbul ketika berpikir jika dirinya melakukan suatu kegiatan akan mendapat penilaian secara berlebihan dari orang lain (Yudianfi, 2022)

Berdasarkan penelitian bahwa total 642 siswa, memperoleh skor kategori kecemasan rendah dengan persentase 12% (79 siswa), dalam kategori kecemasan tinggi dengan persentase 17% (109 siswa), dan kategori kecemasan sedang memperoleh skor tertinggi yaitu 71% (454 siswa). Temuan utama dalam penelitian ini adalah ketakutan akan evaluasi negatif, penghindaran sosial dan rasa tertekan dalam situasi yang baru atau berhubungan dengan orang asing, dan penghindaran

sosial dan rasa tertekan yang dialami secara umum atau dengan orang yang dikenal cukup seimbang bagi remaja yang berada di kategori sedang. Namun beda hal dengan beberapa siswa yang berada di kategori tinggi kemungkinan mengalami hambatan dalam aspek-aspek kecemasan sosial yang diungkap. Temuan lainnya adalah Tidak berdaya karena takut melakukan kesalahan dan menghindari situasi sosial, hal tersebut dikaitkan bahwa individu yang mengalami kecemasan sosial akan lebih cenderung sulit mengendalikan pikiran atau kurang berpikir logis saat berada diposisi yang membuat tidak nyaman karena cara berpikirnya telah dikuasai oleh rasa cemas yang membuatnya sulit (Wulandari, 2019).

Menurut Kholifah (2016), remaja yang mampu membina hubungan yang baik dengan teman sebaya membuat remaja dapat memperoleh berbagai fungsi positif, diantaranya adalah remaja akan lebih mampu mengembangkan kemampuan penalaran dan belajar untuk mengekspresikan perasaan-perasaan dengan cara yang lebih matang. Sebaliknya, jika remaja tidak mampu membina hubungan dengan teman sebaya dan mendapatkan penolakan maka remaja akan cenderung mengalami kecemasan sosial. Penyebab lain yang dapat menimbulkan kecemasan sosial pada remaja yaitu ketika berpikir bahwa dirinya akan diberi penilaian negatif oleh orang lain saat dirinya berbeda dari orang disekitarnya.

B. Pengertian Kecemasan Sosial Remaja

Kecemasan sosial merupakan perasaan takut dan khawatir secara berlebihan jika remaja berada dalam situasi sosial atau bersama dengan banyak orang, dan akan merasa cemas pada situasi sosial tersebut karena takut akan mendapat penilaian secara negatif dari orang lain dan akan merasa lebih nyaman kalau sendiri (Brech, 2000). Sedangkan menurut La Greca dan Lopez, kecemasan sosial adalah rasa cemas sosial terutama yang dapat digeneralisasi dengan nyata sehingga bisa menimbulkan rasa kurang nyaman pada remaja hal tersebut karena remaja harus berhadapan dengan orang yang tidak baru atau dikenali yang akan menimbulkan rasa khawatir terkait mendapat penilisan dan penghinaan. Istilah kecemasan atau anxiety berasal dari bahasa Latin angustus yang artinya kaku, dan ango, anci yang berarti mencekik.(La Greca & Lopez,1998)

Secara global, masa remaja berlangsung antara umur 12-21 tahun, dengan pembagian 12-15 tahun adalah masa remaja awal, 15-18 tahun adalah masa remaja pertengahan, dan 18-21 tahun adalah masa remaja akhir (Fatmawaty 2017). Masa remaja merupakan masa peralihan yang mulai berpikir kritis, namun masih dipengaruhi oleh kondisi emosi yang masih labil (Efrizal 2020). Masa remaja berada pada batas peralihan kehidupan anak dan dewasa. Tubuhnya tampak sudah "dewasa", akan tetapi bila diperlakukan seperti orang dewasa remaja gagal menunjukkan kedewasaannya. Pengalamannya mengenai alam dewasa masih belum banyak karena sering terlihat pada remaja adanya kegelisahan, pertentangan, kebingungan, dan konflik pada diri sendiri. Bagaimana remaja memandang peristiwa

yang dialami akan menentukan perilakunya dalam menghadapi peristiwa tersebut (Putro 2017).

Secara umum diketahui bahwa kecemasan sosial remaja adalah jenis kecemasan yang dialami oleh remaja ketika berada di perkumpulan atau kerumunan orang. Secara alamiah manusia merupakan makhluk sosial, yang akan berinteraksi dengan orang lain yaitu fungsi sosial yang bersifat alamiah dan tidak terelakkan. Ketika berinteraksi dengan orang lain remaja tersebut mengalami perasaan yang tidak nyaman maka ialah kondisi yang sulit baginya. Kondisi seperti inilah yang dihadapi remaja yang mengalami kecemasan sosial (Sayekti, 2019)

Adapun Ciri-ciri masa remaja adalah:

1. Masa remaja merupakan periode peralihan dari masa kanak-kanak ke dewasa
2. Masa remaja sebagai periode perubahan, yaitu terjadi peningkatan emosi.
3. Masa remaja sebagai usia bermasalah, tidak hatihati, cenderung tidak rapi.
4. Masa remaja sebagai usia yang menimbulkan ketakutan, seperti merasa banyak masalah.
5. Masa remaja cenderung memaksakan, seperti yang ia inginkan atau tidak realistik.
6. Masa remaja sebagai ambang masa dewasa, yaitu mencari hingga menemukan identitas diri sendiri.

Dari beberapa paparan diatas maka dapat ditarik kesimpulan bahwa kecemasan sosial pada remaja yaitu perasaan tidak nyaman pada remaja karena berada dalam situasi sosial yang membuat remaja harus berinteraksi dengan orang baru maupun banyak orang dan baginya akan menimbulkan rasa khawatir dan cemas mendapat dampak yang buruk secara berlebihan seperti akan dipermalukan atau menjadi pusat perhatian.

C. Pengaruh Kecemasan Sosial Remaja

1. Pengaruh masyarakat

Dalam proses sosialisasi yang menjadi salah satu permasalahan yang dialami oleh remaja akhir merupakan respon masyarakat yang tidak konsisten terhadap remaja. Selain itu, mereka menganggap remaja sudah dewasa namun masyarakat tidak memberikan kesempatan dalam berperan penuh sebagai seseorang yang telah dianggap dewasa. Ketika dalam suatu permasalahan yang dianggap serius atau penting masyarakat masih menganggap remaja belum mampu menyelesaikan sehingga dapat mendorong timbulnya kecemasan sosial pada remaja akhir.

2. Pengaruh teman sebaya

Pergaulan pada remaja dapat ditandai dengan adanya kelompok dengan teman-teman sebaya mereka. Dalam kelompok dengan teman-teman sebaya tersebut remaja dapat saling membantu dalam mengatasi berbagai kesulitan dalam mencapai kemandirian, remaja dapat belajar mengembangkan

keterampilan sosial, dan mengembangkan minat yang sama. Teman sebaya merupakan tempat remaja dalam mendapat dukungan dan penguatan dalam rangka melepaskan diri dari ketergantungan terhadap orang tua. Peran teman sebaya sangat penting dalam kehidupan sosial remaja akhir dalam perkembangan sosial remaja. Namun, ketika terdapat penolakan dari (Sayekti, 2019)

D. Tugas Perkembangan Remaja di Bidang Sosial

Perkembangan orientasi sosial pada individu remaja umumnya mengikuti pola tertentu. Penelitian yang dilakukan oleh Bronson (dalam Izzaty, 2008) menyimpulkan terdapat 3 pola orientasi sosial peserta didik/remaja, yaitu:

1. *Withdrawal vs Expansive*. Withdrawal merupakan remaja yang memiliki kecenderungan senang akan hidup menyendiri dan menarik diri dalam kehidupan sosialnya. Kebalikannya, expansive merupakan remaja yang mudah bergaul dalam lingkungan sosialnya sehingga pergaulannya luas.
2. *Reactive vs Aplicadity*. Remaja dengan pola orientasi sosial reactive memiliki kepekaan sosial yang tinggi sehingga banyak terlibat dalam kegiatan sosial. Sedangkan remaja dengan kecenderungan apliadity memiliki kecenderungan sikap yang cuek bahkan tidak peduli terhadap kegiatan sosial, sehingga tidak banyak terlibat dalam kegiatan sosial dan cenderung terisolir dalam pergaulan sosialnya
3. *Passivity vs Dominant*. Peserta didik dengan orientasi sosial passivity mudah merasa puas ketika terlibat dalam kegiatan sosial hanya sebagai anggota, namun peserta didik dengan pola orientasi sosial dominant memiliki kecenderungan untuk menjadi pemimpin dalam kegiatan sosial yang diikuti

Adapun menurut Panduan Operasional Penyelenggaran Bimbingan dan Konseling, perkembangan remaja di Bidang sosial mencakup (Farozin, Suherman, Triyono, Hafina, & Yustiana, 2016):

**Tabel 2.1: Tugas Perkembangan Pribadi-Sosial Peserta Didik
Remaja Sekolah Menengah Atas**

No	Aspek Perkembangan	Pengenalan	Akomodasi	Tindakan
1	Pengembangan Pribadi	Mempelajari keunikan diri dalam konteks kehidupan sosial.	Menerima keunikan diri dengan segala kelebihan dan kekurangan yang dimiliki	Menampilkan keunikan keunikan diri secara harmonis dalam keragaman
2	Kesadaran Tanggung Jawab Sosial	Mempelajari keragaman interaksi sosial.	Menyadari nilai-nilai persahabatan dan keharmonisan dalam konteks keragaman interaksi sosial.	Berinteraksi dengan orang lain atas dasar kesamaan.
3	Kematangan Hubungan dengan Teman Sebaya	Mempelajari cara-cara membina kerjasama dan toleransi dalam pergaulan dengan teman sebaya.	Menghargai nilai-nilai kerjasama dan toleransi sebagai dasar menjalin hubungan persahabatan.	Mempererat jalinan persahabatan yang lebih akrab dengan memperhatikan norma yang berlaku.

E. Penyebab Kecemasan Sosial (Social Anxiety)

Kecemasan sosial seringkali terjadi karena pengalaman traumatis terhadap peristiwa atau pengalaman sosial yang tidak menyenangkan serta penilaian diri terhadap peristiwa yang telah dialami. Menurut Durant (2006) ada 3 faktor penyebab kecemasan sosial, yaitu (Prawoto, 2010):

1. Eksistensi kerentanan psikologis menyeluruh seperti tercermin pada perasaan atas berbagai peristiwa (khususnya peristiwa yang sangat menimbulkan stres), mungkin tidak dapat terkontrol sehingga dapat mempertinggi kerentanan individu. Dalam kondisi stres, kecemasan dan perhatian yang difokuskan pada diri sendiri dapat meningkatkan sampai ke titik yang mengganggu kinerja, bahkan disertai dengan adanya serangan panik.
2. Dalam keadaan stres, seseorang mungkin mengalami serangan panik pada suatu situasi sosial yang kemudian dikaitkan dengan stimulus-stimulus sosial. Kemudian individu akan menjadi sangat cemas/khawatir akan kemungkinan mengalami serangan panik yang lain ketika berada dalam situasi-situasi sosial

- yang sama atau mirip.
3. Individu mungkin mengalami sebuah trauma sosial riil yang menimbulkan serangan panik aktual. Kecemasan lalu berkembang dalam situasi-situasi sosial yang sama atau mirip. Pengalaman sosial yang traumatis mungkin juga meluas kembali ke masa sulit di masa lalu.

F. Gejala Kecemasan Sosial Remaja

Kaplan & sadock (1997) mengungkapkan bahwa gejala kecemasan dapat diketahui dari tiga aspek, yaitu:

1. Kesadaran adanya sensasi fisiologis, yaitu: jantung berdebar-debar, dan berkeringat.
2. Kesadaran adanya sensasi psikologis, yaitu: gugup atau ketakutan.
3. Kesadaran adanya sensasi kognitif, yaitu cenderung timbul rasa bingung. Kecemasan cenderung menimbulkan kebingungan dan distorsi persepsi, bukan hanya pada ruang dan waktu namun pada seseorang dan arti peristiwa yang sedang terjadi. Distorsi tersebut dapat mengganggu proses kognitif seseorang dengan menurunkan daya ingat, menurunkan kemampuan memusatkan perhatian, dan mengganggu kemampuan dalam menghubungkan satu hal dengan hal lain untuk membuat asosiasi.

Ibrahim menyebutkan bahwa kondisi, objek, atau situasi tertentu dapat menyebabkan individu yang mengalami kecemasan sosial memberikan reaksi psikologis seperti malu dan yang selanjutnya dapat mendorong timbulnya perasaan khawatir atau takut. Gejala yang muncul pada individu mengalami kecemasan sosial yaitu cemas, firasat buruk, mudah tersinggung, khawatir takut akan pikirannya sendiri, merasa tegang, gelisah dan mudah terkejut, mengalami gangguan pola tidur, dan mimpi yang menegangkan (Sutejo, 2018)

Menurut Dadang Hawari (2006) menyebutkan bahwa gejala kecemasan sosial meliputi:

1. Cemas, tidak tenang, ragu atau bingung, dan khawatir.
2. Gugup apabila tampil di muka umum, dan kurang percaya diri.
3. Menyalahkan orang lain, sering merasa tidak bersalah, dan tidak mudah mengalah.
4. Tidak tenang bila duduk dan gelisah (salah tingkah).
5. Mudah tersinggung, sering mengeluh, suka membesar-besarkan masalah yang kecil.
6. Bimbang dan ragu saat mengambil keputusan

1. Bentuk Kecemasan Sosial

a. Cemas atau Takut Menghadapi Situasi Sosial

Menurut Gerungan situasi sosial merupakan setiap situasi dimana terdapat saling hubungan antara manusia yang satu dengan manusia lainnya (Gerungan, 2010). Bentuk kecemasan sosial individu dalam menghadapi situasi sosial ini, individu akan cenderung merasa gugup, cemas dan tidak nyaman saat berhadapan dengan orang lain atau berada pada tempat umum. Kecemasan sosial tersebut muncul karena rasa takut diperhatikan, dikritik, dan dinilai oleh orang lain. Individu yang mengalami kecemasan sosial juga akan merasa takut saat melakukan kegiatan dihadapan banyak orang karena khawatir diberi evaluasi negatif oleh orang lain dari segala kegiatan yang telah dilakukan. Dari hal tersebut maka individu akan cenderung menghindar saat bertemu dengan orang lain selain orang terdekat seperti keluarganya, akibat dari sikap pengindaran tersebut maka individu akan lebih sulit dalam mendapat teman dan cenderung tidak bisa menjaga pertemanan

b. Kesulitan Berinteraksi Dengan Orang Lain

Interaksi sosial merupakan hubungan antara individu lain atau lebih, dimana kelakuan individu yang satu mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki kelakuan individu yang lain dan sebaliknya atau terjadi hubungan yang saling timbale balik (Waligito, 2017) Individu yang mengalami kesulitan dalam berinteraksi dengan orang lain dan menyesuaikan diri dengan lingkungannya bisa jadi karena malu. Menurut Dzunnun Al-Mashri mengungkapkan bahwa malu adalah emosi negatif yang dapat membuat individu merasakan suatu hal seperti ketakutan yang bercampur dengan sedih ketika melakukan suatu kegiatan tertentu. Terdapat beberapa ciri-ciri seseorang yang malu dalam berinteraksi yaitu jarang bicara, pendiam, takut bertanya, tidak banyak teman, sulit bergaul, merasa rendah diri, menghindar saat bertemu atau berhadapan dengan banyak orang, tidak berani mengatakan pendapatnya, dan menutup diri dari orang-orang disekitarnya. Jadi kesulitan berinteraksi sosial disini dapat dikatakan kesulitan individu dalam berkomunikasi dan berhubungan baik dengan orang lain (Anggraeni, 2017)

c. Tidak Percaya Diri

Kurang percaya diri atau sering disebut dengan minder merupakan rasa tidak mampu dan merasa bahwa orang lain lebih baik dari dirinya. Seseorang yang memiliki tingkat kepercayaan diri rendah atau minder biasanya akan lebih merasa tidak puas terhadap dirinya sendiri, mudah menyerah, bersikap

egosentrис, mengasihani diri sendiri dan menganggap dirinya tidak memiliki kemampuan yang berarti. (Musriani, 2014)

2. Tingkat Kecemasan Remaja:

Semua orang pasti mengalami kecemasan pada derajat tertentu, Menurut Peplau, dalam (Muyasarah et al. 2020) mengidentifikasi empat tingkatan kecemasan, yaitu :

a. Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas. Tanda dan gejala antara lain: persepsi dan perhatian meningkat, waspada, sadar akan stimulus internal dan eksternal, mampu mengatasi masalah secara efektif serta terjadi kemampuan belajar. Perubahan fisiologi ditandai dengan gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal.

b. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga individu mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisiologi : sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, gelisah, konstipasi. Sedangkan respon kognitif yaitu lahan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiaannya

c. Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mempengaruhi persepsi individu, individu cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Tanda dan gejala dari kecemasan berat yaitu : persepsinya sangat kurang, berfokus pada hal yang detail, rentang perhatian sangat terbatas, tidak dapat berkonsentrasi atau menyelesaikan masalah, serta tidak dapat belajar secara efektif. Pada tingkatan ini individu mengalami sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, palpitas, takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil maupun besar, dan diare. Secara emosi individu mengalami ketakutan serta seluruh perhatian terfokus pada dirinya

d. Panik

Pada tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak dapat melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang,

kehilangan pemikiran yang rasional. Kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian. Tanda dan gejala dari tingkat panik yaitu tidak dapat fokus pada suatu kejadian

G. Penanganan

1. Deep Breathing

Menurut Harsono teknik deep breathing bisa dilakukan dalam mengurangi kecemasan sosial pada seseorang. Terdapat beberapa langkah dalam melakukan teknik tersebut, diantaranya adalah sebagai berikut:

- a. Duduk secara tegak dan rileks dengan kedua tangan diantara lutut.
- b. Pejamkan mata, selanjutnya tarik nafas secara perlahan-lahan dengan mulut dan rasakan udara masuk ke seluruh pelosok paru-paru.
- c. Keluaran udara secara pean-pelan melalui mulut dengan dibantu otot perut.
- d. Rasakan sampai seakan-akan paru-paru menjadi kosong udara
- e. Istirahat sebentar, kemudian ulangi kembali teknik atau cara tersebut beberapa kali

Deep breathing dilakukan untuk menenangkan jiwa dan pikiran, sehingga keberhasilan dari teknik ini sangat ditentukan oleh seberapa rileksnya diri sendiri.

2. Terdapat beberapa cara dalam mengatasi kecemasan sosial secara psikologis. Diantaranya adalah

- a. Menuliskan kecemasan tersebut

Remaja dapat menuliskan apa saja pikiran-pikiran yang dapat menimbulkan perasaan cemas, hal tersebut bertujuan supaya remaja dapat memikirkan hal yang lain dan tidak berpusat pada kecemasan yang belum tentu akan terjadi.

- b. Mengevaluasi diri

Melakukan evaluasi diri dapat membantu remaja dalam memastikan apakah kondisinya memang buruk atau dapat mengatasi kecemasan sosial dengan berbagai cara yang bisa dilakukan

- c. Belajar menerima Belajar untuk menerima suatu situasi adalah bagian paling penting dari memenuhi kecemasan sosial remaja. Menerima setiap situasi yang ada adalah sebuah jalan supaya remaja dapat mengatasi kecemasan sosial.

- d. Berolah raga

Dengan melakukan olahraga selama 20 menit secara rutin, individu dapat mengurangi ketegangan dan mengurangi tingkat kecemasan sosial.

- e. Berpikir positif

Belajar untuk berpikir positif juga merupakan langkah penting dalam cara mengatasi kecemasan menurut psikologi. Kecemasan membawa banyak hal dan pikiran yang negatif, dan karena itu sangat penting untuk mencoba berpikir positif. Berpikir positif akan membawa dampak baik pada upaya untuk mengatasi kecemasan dan cara menghilangkan ketakutan berlebihan.

- f. Terapi perilaku kognitif Menjadi lebih baik berarti dapat mengontrol kekhawatiran dan kecemasan tersebut.Terapi perilaku kognitif dapat memberikan hasil yang lebih bermanfaat dalam jangka waktu lama dan hasil yang konsisten. Beberapa aspek penting dalam terapi ini yaitu: melalui pendekatan dimana orang – orang diajari kemampuan untuk mengatur dan mengelola kecemasan mereka, dan juga bertanggung jawab akan perubahan dan kemampuan mengontrol pikiran, perasaan dan perilaku. (Hanim, 2020)

3. Mengatasi Gangguan Kecemasan dalam Islam

Nabi Muhammad SAW berkata filantropi merupakan cara yang sangat baik dalam mengatasi kecemasan sosial walaupun kecemasan tersebut menyengkut kehidupan pribadi. Membantu orang lain atau menjadi sukarelawan terhadap orang lain itu mendorong kita dalam mengambil keputusan atau mengambil segala sesuatu itu dipertimbangkan dengan perspektif.Ketika kita membantu dan memahami kecemasan sosial yang orang lain alami itu merupakan bahwa kita telah melakukan suatu hal yang sangat berarti. (Syarif, 2022)

Dalam psikoterapi islam dapat dilihat bahwa seorang pasien tidak hanya disembuhkan dengan mengetahui bentuk permasalahannya, mengubah cara pandang terhadap kehidupan dan dirinya, mengubah pikiran terhadap permasalahannya, dan merubah cara pandang cara pandangnya. Akan tetapi terdapat hal penting yaitu bagaimana seseorang atau pasien yang mengalami kecemasan sosial dapat melewati kehidupan baru dengan menerapkan pemikiran baru tentang dirinya sendiri dengan orang lain. Individu juga harus mengetahui bahwa perubahan perilaku tersebut merupakan bentuk keberhasilan dalam perubahan kualitas kehidupannya.

Dengan membaca ayat-ayat suci Al-Qur'an atau pujiann kepada Allah, individu berharap Allah dapat membantu dalam mengatasi semua permasalahan yang dialami dalam kehidupannya,. Terlepas dari apakah Allah mewujudkan doa-doanya atau tidak, yang jelas dalam kondisi ini ada semacam sugesti dalam diri seseorang meringankan intensitas kecemasan yang dia alami. (Najati, 2017)

Terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mengatasi kecemasan sosial, diantaranya:

4. Mengenal Allah SWT

Memahami dan menyadari bahwa terdapat kekuatan yang lebih tinggi serta mengendalikan alam semesta dengan segala sesuatu yang terdapat didalamnya akan memberikan perasaan bahagian pada seseorang bahwa terdapat banyak hal yang tidak dapat dikendalikan dengan mudah. Allah SWT berfirman dalam Alquran surah Al-Ahqaf ayat 33 yang artinya, "Apakah mereka tidak melihat Allah-Dia yang menciptakan langit dan bumi dan tidak lelah dengan menciptakan mereka-memiliki kekuatan untuk menghidupkan orang mati? Ya memang! Dia memiliki kuasa atas semua hal.

Dengan demikian, kita harus melepaskan kecemasan yang kita rasakan dan mempercayakan semua kepada Allah SWT. Jikalaupun kita belum mendapatkan hikmah dibalik apa yang tengah terjadi, apa yang dapat Muslim ketahui menurut Alquran adalah rencana Allah SWT adalah yang terbaik. (Najati, 2017)

5. Sholat Lima Waktu

Melaksanakan kegiatan rutinitas beribadah shalat lima waktu merupakan menjadi saran medis dalam mengatasi kecemasan. Hal tersebut sesuai yang telah disebutkan oleh Allah SWT sebagaimana telah dituliskan dalam Alquran surah Al-Baqarah ayat 45 yang memiliki arti, "Dan mencari bantuan melalui kesabaran dan doa, dan memang itu sulit kecuali untuk tunduk dengan rendah hati (kepada Allah).

Menjalankan kewajiban shalat lima waktu sesuai yang diminta oleh Allah SWT untuk umat muslim lakukan merupakan kegiatan rutinitas terbaik, yang artinya adalah sebagai jalan keluar yang sangat baik dalam mengatasi kecemasan yang tengah kita rasakan. Karena kita dapat mempercayakan dan menyerahkan diri terhadap Allah SWT.

6. Yakin dengan Kemampuan yang dimiliki

Suatu hal yang dapat membuat individu kurang percaya diri merupakan kemampuan yang dimiliki. Ketika individu merasa belum mampu atau merasa kemampuan yang dimiliki rendah itu akan mendorong kepercayaan diri yang dimiliki semakin rendah. Namun ketikan individu memiliki keyakinan bahwa kemampuan yang dimiliki tinggi maka tingkat kepercayaan diri juga akan tinggi.

7. Cintai diri Sendiri

Mencintai diri sendiri merupakan bentuk bahwa individu mempercayakan bahwa diri sendiri mampu. Tidak membanding diri sendiri dengan orang lain, memiliki keyakinan bahwa diri sendiri bisa itu akan mendorong individu menciptakan rasa percaya diri yang tinggi, dengan begitu kamu akan terus mendorong rasa percaya diri disetiap rutinitas yang dilakukan. (Najati, 2017)

H. Kesimpulan

Kecemasan sosial pada remaja merupakan isu yang kompleks dan membutuhkan perhatian dari berbagai pihak, termasuk keluarga, sekolah, dan tenaga profesional. Deteksi dini dan penanganan yang tepat dapat membantu remaja mengatasi kecemasan sosial, sehingga mereka dapat berkembang secara optimal dalam aspek sosial, emosional, dan akademik. Dengan dukungan yang memadai, remaja dapat membangun kepercayaan diri dan menjalani kehidupan yang lebih bermakna serta produktif.

I. Referensi

- Kholifah N. (2016). Peran Teman Sebaya dan Kecemasan Sosial Pada Remaja. *Jurnal Psikologi*, 2(1), 53-60
- Anggreni Ni Wayan Yuli. (2017). Pengaruh Stigma Terhadap Self Esteem Pada Remaja Perempuan Yang Mengikuti Ekstrakurikuler Tari Bali di SMA 2 Denpasar. *Jurnal Psikologi Udayana*, Vol.4 (1), 217-225
- Yudianfi, ZN. (2022). Kecemasan Sosial Pada Remaja Di Desa Selur Ngrayun Ponorogo. *Rosyada Islamic Guidance and Counseling*. 3(1).12-19.
- Kholifah, N. (2016). Peran Teman Sebaya Dan Kecemasan Sosial Pada Remaja. *Jurnal Psikologi*, 3(2), 60-68
- Grant Brecht. (2000). *Sorting Our Stress Mengenal dan Menanggulangi Stress* Jakarta: Prenhalindo.
- La Greca & Lopez. (1998) Sosial Anxiety among adolescent: Linkages with peer relation and friendships. *Journal of Abnormal child Psychology*. 83-94
- Fatmawaty, R. (2017). Memahami Psikologi Remaja. *Reforma: Jurnal Pendidikan Dan Pembelajaran*, 6(2)
- Efrizal, Wiwin. 2020. "Persepsi Dan Pola Konsumsi Remaja Selama Pandemi Covid-19." *Ekotonia: Jurnal Penelitian Biologi, Botani, Zoologi Dan Mikrobiologi* 05(2):43–48.
- Putro, Z. K. 2017. Memahami Ciri dan Tugas Perkembangan Masa Remaja. *Aplikasia: Jurnal Aplikasi Ilmu Ilmu Agama*, 17(1), pp. 25–32
- Wilis Sayekti. Dkk, Kecemasan Sosial (Bandung: CV Semiotika, 2019),12-13.
- Izzaty, Rita Eka, dkk. 2008. Perkembangan Peserta Didik. Yogyakarta: UNY Press.
- Farozin, M., Suherman, U., Triyono, Purwoko, B., Hafina, A., Yustiana, Y. R., & Sukmaja. (2016). *Panduan Operasional Penyelenggaraan Bimbingan dan Konseling*. Jakarta: Direktorat Jenderal Guru dan Tenaga Kependidikan Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia
- Durant. (2006). *Psikologi Abnormal*. Yogyakarta : Pustaka Belajar

- Prawoto, Y. B. (2010). Hubungan Antara Konsep Diri Dengan Kecemasan Sosial Pada Remaja Kelas XI SMA Kristen 2 Surakarta. Universitas Sebelas Maret, Surakarta
- Kaplan & Sadock, Sinopsis Psikiatri Jilid I. Edisi ke-7, Terj Widjaja Kusuma (Jakarta: Binarupa Aksara, 1997), 86-108.
- Sutejo, Keperawatan Jiwa: Konsep Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial (Yogyakarta: Pustaka Baru Pers, 2018). 195.
- Dadang Hawari. 2006. Manajemen Stress Cemas dan Depresi. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Gerungan. (2010). Psikologi Sosial (Bandung: PT Refika Aditama, 2010), 78
- Vivin Musriani. (2014). Penyebab Perilaku Kurang Percaya Diri Saat Pembelajaran Bahasa Indonesia Siswa Kelas VII SMP Muhammadiyah 4 Tanggul, 3-4.
- Muyasaroh, H. (2020). Kajian Jenis Kecemasan Masyarakat Cilacap dalam menghadapi Pandemi Covid 19. In LP2M (Lembaga penelitian dan pengabdian masyarakat. <http://repository.unugha.ac.id/id/eprint/858>
- Utsman Najati. Al-Qur'an dan Ilmu Jiwa (BandungPenerbit Pustaka, 2017), 185
- Lailatul Muarofah Hanim. 2020. Orientasi Masa Depan Dan Kecemasan Menghadapi Dunia Kerja Pada Mahasiswa. Universitas Trunojoyo Madura.
- Adnan Syarif. (2022) Psikologi Qurani. Jakarta: Pustaka Hidayah. 87-92.

CHAPTER 3

PERAN PERAWAT DALAM PENCEGAHAN DAN PENANGANAN BUNUH DIRI PADA REMAJA

Ns. Fitriani Agustina, S.Kep., M.sc.

A. Pendahuluan/Prolog

Bunuh diri merupakan salah satu masalah kesehatan mental yang serius, terutama di kalangan remaja. Bunuh diri adalah tindakan yang disengaja untuk mengakhiri hidup, mulai dari ide bunuh diri hingga tindakan bunuh diri yang berhasil. Di sisi lain, ancaman dan percobaan bunuh diri sering kali merupakan peringatan sebelum tindakan bunuh diri yang fatal dilakukan (Zulaikha & Febriyana, 2018). Fenomena ini sering kali dipicu oleh berbagai faktor, termasuk tekanan sosial, masalah emosional, dan gangguan mental. Remaja adalah masa yang luar biasa dan formatif. Remaja dapat lebih rentan terhadap masalah kesehatan mental karena perubahan fisik, emosional, dan sosial, seperti mengalami kemiskinan, pelecehan, atau kekerasan. Sangat penting bagi kesehatan dan kesejahteraan remaja untuk melindungi mereka dari tantangan, mendorong pembelajaran sosio-emosional dan kesejahteraan psikologis, dan memberikan akses ke perawatan kesehatan mental (Onie s, 2022; WHO, 2024). Satu dari tujuh orang berusia 10–19 tahun di seluruh dunia mengalami gangguan mental, yang merupakan 15% dari beban penyakit pada kelompok usia ini. Remaja sering mengalami penyakit dan disabilitas karena depresi, kecemasan, dan gangguan perilaku. Di kelompok usia 15 hingga 29 tahun (INASP, 2022; WHO, 2024).

Bunuh diri adalah penyebab kematian ketiga di dunia dan terus meningkat pada anak serta remaja Data World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa bunuh diri menyebabkan 720 ribu kematian setiap tahunnya. Salah satu penyebab kematian paling tinggi di dunia adalah bunuh diri sendiri, yang terjadi pada remaja dan dewasa berusia 15-29 tahun (WHO, 2024) Kasus bunuh diri terus meningkat dalam beberapa tahun terakhir, dengan 887 kematian tahun 2022 dan bahkan 1.288 kasus tahun 2023. Kasus bunuh diri mencapai 1.023 dari Januari hingga Oktober 2024 (Siti Nadia Tarmizi, 2024). Tujuh puluh tiga persen kasus bunuh diri global terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah.(WHO, 2024) Jumlah Kasus Bunuh Diri Resmi 2020: 670, Tingkat Underreporting Bunuh Diri di Indonesia: minimal 303% (Onie, S., Daswin, A.V., 2022; Onie s, 2022). Semua kasus bunuh diri yang terjadi di Indonesia dilaporkan setiap tahun oleh Pusat Informasi

Kriminal Nasional (Pusiknas) dan Badan Reserse Kriminal Kepolisian Republik Indonesia (Bareskrim Polri). Angka kasus bunuh diri meningkat setiap tahun, naik 60% dalam lima tahun terakhir. Polri menangani lebih dari 640 kasus bunuh diri pada tahun 2020. Jumlahnya turun tipis menjadi 629 pada tahun berikutnya, tetapi kembali melonjak tajam pada tahun berikutnya (PUSIKNAS POLRI, 2021)

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hua *et al.* pada tahun 2023, bunuh diri adalah penyebab kematian kedua terbesar di kalangan remaja berusia 15 hingga 29 tahun di Amerika Serikat dan merupakan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan di seluruh dunia(Hua *et al.*, 2023). Bunuh diri adalah masalah besar di Indonesia, dengan bunuh diri menjadi penyebab kematian ketiga paling umum di kalangan remaja(Karisma *et al.*, 2024). Gangguan psikiatri, stres psikososial, faktor kognitif, dan biologi adalah beberapa faktor risiko (Zulaikha & Febriyana, 2018). Tingkat depresi berkorelasi positif dengan ide bunuh diri pada remaja(Alyan *et al.*, 2023).

Ide dan percobaan bunuh diri pada remaja dikaitkan dengan meningkatnya kemungkinan bunuh diri lebih lanjut atau gangguan mental di masa dewasa muda (Cantor *et al.*, 2023). Anak-anak dan remaja yang mencoba bunuh diri beberapa kali menunjukkan lebih banyak keinginan bunuh diri, gejala depresi, putus asa, dan impulsivitas dibandingkan mereka yang mencoba bunuh diri satu kali (Abascal-Peiró *et al.*, 2023). Depresi sangat terkait dengan keinginan untuk bunuh diri pada remaja, dengan tingkat depresi yang lebih tinggi berkorelasi dengan peningkatan pikiran untuk bunuh diri (Alyan *et al.*, 2023). Cyberbullying di media sosial telah ditemukan memiliki hubungan yang signifikan dengan keinginan untuk bunuh diri di kalangan remaja (Seprianasari, 2022).

Beberapa intervensi pencegahan yang efektif termasuk Mental Health First Aid, program SPIRIT, dan terapi suportif (Hendrawati *et al.*, 2023). Faktor protektif juga berperan penting, mencakup aspek pribadi, sosial, dan akademik (Roziqi *et al.*, 2023). Pengetahuan komprehensif tentang bunuh diri pada remaja sangat penting untuk prevensi dan intervensi yang tepat. Fungsi keluarga berhubungan erat dengan risiko bunuh diri pada remaja dengan riwayat perilaku menyakiti diri sendiri, dengan depresi dan kesejahteraan subjektif bertindak sebagai mediator berurutan(Chen *et al.*, 2023). Peran keterlibatan masyarakat sangat penting dalam mengatasi perundungan dan mendukung kesehatan mental remaja (Karisma *et al.*, 2024).

Perawat memiliki peran penting dalam pencegahan dan penanganan kasus bunuh diri, namun banyak yang menunjukkan sikap negatif terhadap pasien dengan percobaan bunuh diri karena kurangnya pelatihan dan protokol yang jelas(Fatmawati & Wardaningsih, 2020). Aspek spiritual dan dukungan keagamaan dapat membantu mengurangi risiko bunuh diri (Litaqia & Permana, 2019). Perawat perlu memahami

faktor-faktor risiko bunuh diri, termasuk gangguan psikiatri, stresor psikososial, dan faktor kognitif(Zulaikha & Febriyana, 2018). Selain itu, perawat juga berperan dalam mencegah perilaku bullying pada remaja, yang dapat berkontribusi pada risiko bunuh diri (Bachri *et al.*, 2021). Perawat memiliki peran penting sebagai garda terdepan dalam pencegahan dan penanganan kasus bunuh diri pada remaja melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative.

B. Peran Perawat Dalam Pencegahan Bunuh Diri

1. Promosi Kesehatan Mental

Perawat berperan penting dalam mempromosikan kesehatan mental di kalangan remaja. Hal ini mencakup penyuluhan tentang pentingnya kesehatan mental dan cara-cara untuk mengelola stres. Melalui program-program edukasi, perawat dapat membantu remaja memahami tanda-tanda masalah kesehatan mental dan mendorong mereka untuk mencari bantuan jika diperlukan (Freska, 2023; Mundakir, 2021).

Studi terbaru menunjukkan peningkatan kekhawatiran akan masalah kesehatan mental di kalangan remaja Indonesia, terutama yang berkaitan dengan tren perundungan dan bunuh diri. Kasus perundungan telah meningkat secara signifikan, menjadikan bunuh diri sebagai penyebab kematian ketiga paling umum di kalangan remaja Indonesia (Karisma *et al.*, 2024). Untuk mengatasi hal ini, para peneliti menekankan pentingnya partisipasi masyarakat dalam pencegahan dan dukungan kesehatan mental. Untuk meningkatkan kesadaran dan menyediakan sumber daya bagi remaja, inisiatif edukasi seperti situs web interaktif dan kampanye media sosial telah (Rachmadyanshah & Khairunisa, 2021; Rosidin & Sumarni, 2024). Pendidikan kesehatan di sekolah telah menunjukkan hasil yang positif dalam meningkatkan pemahaman siswa tentang kesehatan mental. Ini menunjukkan bahwa sekolah dan fasilitas kesehatan harus bekerja sama dengan baik (Rosidin & Sumarni, 2024). Intervensi Youth Aware of Mental Health (YAM) meningkatkan perilaku mencari bantuan, literasi kesehatan mental, dan mengurangi stigma pada remaja, sehingga berpotensi mengurangi keinginan bunuh diri, percobaan bunuh diri, dan bunuh diri.(Lindow *et al.*, 2020)

Perawat berperan dalam meningkatkan kesadaran masyarakat, termasuk keluarga dan institusi pendidikan, mengenai pentingnya kesehatan mental remaja. Hal ini dapat dilakukan melalui:

- a. **Pendidikan Kesehatan:** Memberikan informasi tentang tanda-tanda awal depresi dan keinginan bunuh diri.
- b. **Penguatan Ketahanan Diri (Resilience):** Melatih remaja untuk mengelola stres dan meningkatkan keterampilan pemecahan masalah.

- c. **Meningkatkan Dukungan Sosial:** Membantu membangun hubungan positif antara remaja dengan keluarga, teman, dan lingkungan sekolah
(American Psychiatric Nurses Association, 2015)

2. Deteksi Dini

Deteksi dini merupakan langkah krusial dalam pencegahan bunuh diri. Perawat dapat melakukan skrining untuk mengidentifikasi remaja yang berisiko tinggi. Dengan menggunakan alat skrining yang valid dan reliabel, perawat dapat mendeteksi gejala depresi, kecemasan, atau perilaku bunuh diri. Deteksi dini memungkinkan intervensi lebih cepat dan efektif (Kari McDonald, 2018; Tombokan *et al.*, 2019).

Perawat memiliki kompetensi dalam melakukan asesmen risiko bunuh diri, seperti:

- a. **Menggunakan alat skrining** seperti Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).
- b. **Menilai adanya faktor risiko** seperti riwayat depresi, trauma masa kecil, atau penyalahgunaan zat.
- c. **Mengidentifikasi gejala-gejala** seperti perubahan perilaku, menarik diri dari lingkungan sosial, dan ekspresi verbal tentang keinginan untuk mengakhiri hidup

(R. A. King & Aptek, 2003)

Tanda-tanda verbal dan non-verbal bunuh diri pada remaja dapat diidentifikasi melalui pertanyaan atau komunikasi yang menunjukkan keputusasaan dan ketidakberdayaan, dan perubahan yang diamati dalam aspek kognitif, sikap/afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial(Keliat *et al.*, 2022). Skala Skrining Kecenderungan Bunuh Diri Remaja (SASS) merupakan alat multidimensi yang dapat mengidentifikasi remaja yang berisiko bunuh diri dan membedakan dengan baik mereka yang pernah mencoba bunuh diri dan mereka yang belum pernah mencoba bunuh diri(Sukhawaha *et al.*, 2016).

Proses tiga langkah menggunakan catatan harian dapat mengidentifikasi tanda-tanda awal krisis terkait bunuh diri pada remaja dengan akurasi prediktif yang sederhana (AUC 0,46-0,80)(Czyz *et al.*, 2020). Pengukuran laporan diri memiliki validitas prediktif yang lebih tinggi untuk mengidentifikasi risiko bunuh diri pada remaja, tetapi diperlukan lebih banyak penelitian untuk mengonfirmasi efektivitasnya(Razvaliaeva *et al.*, 2023). Model otak END pada kecenderungan bunuh diri remaja menunjukkan bahwa perawatan yang menargetkan rasa sakit emosional dan keterputusan sosial mungkin ideal untuk mengurangi kecenderungan bunuh diri.(Tymofiyeva *et al.*, 2023).

Deteksi dini sangat penting untuk pencegahan bunuh diri pada remaja. Perawat dapat menggunakan alat skrining yang valid untuk mengidentifikasi remaja berisiko tinggi dengan mendeteksi gejala depresi, kecemasan, atau perilaku bunuh diri. Instrumen skrining seperti Ask Suicide Screening Question (ASQ) dan Risk for Suicide Questionnaire (RSQ) dapat membantu dalam identifikasi dan intervensi dini (Zulaikha & Febriyana, 2018). Penelitian telah menunjukkan adanya hubungan antara depresi dan perilaku bunuh diri pada remaja, yang menekankan perlunya deteksi dini terhadap keadaan darurat kejiwaan (Nasriati *et al.*, 2023). Kuesioner Kekuatan dan Kesulitan (SDQ-25) dapat digunakan untuk menilai gangguan emosi dan perilaku pada remaja (Sarfika *et al.*, 2023). Melatih anggota keluarga dan petugas kesehatan untuk mendeteksi dini tanda dan gejala risiko bunuh diri sangat penting untuk pencegahan. Pendidikan dan pemantauan kesehatan mental yang berkelanjutan oleh tenaga kesehatan profesional dapat membantu mengurangi angka bunuh diri di masyarakat (Tombokan *et al.*, 2021).

3. Intervensi Preventif

Setelah melakukan deteksi dini, perawat dapat memberikan intervensi preventif. Ini termasuk memberikan konseling, merujuk ke layanan kesehatan mental, dan melibatkan keluarga dalam proses pemulihan. Intervensi ini bertujuan untuk mengurangi risiko bunuh diri dan meningkatkan kesejahteraan mental remaja.

Deteksi dan intervensi dini sangat penting untuk mengatasi masalah kesehatan mental pada remaja. Perawat dapat memberikan intervensi pencegahan, termasuk konseling, rujukan ke layanan kesehatan mental, dan melibatkan keluarga dalam proses pemulihan (Nasriati, 2011). Intervensi ini bertujuan untuk mengurangi risiko bunuh diri dan meningkatkan kesehatan mental remaja. Penelitian telah menunjukkan bahwa sebagian besar remaja mengalami masalah kesehatan mental, dengan 63% siswa dalam sebuah penelitian menunjukkan gangguan mental-emosional (Mawaddah & Prasty, 2023). Metode deteksi dini dan edukasi tentang kesehatan mental dapat meningkatkan kesadaran dan upaya pencegahan di kalangan remaja (Atika *et al.*, 2024). Berbagai intervensi telah diidentifikasi untuk mencegah bunuh diri pada remaja, termasuk Pertolongan Pertama pada Kesehatan Mental, psikoedukasi Rise and Shine, program SPIRIT, terapi suportif, dan program SAFETY(Hendrawati *et al.*, 2023). Kolaborasi lintas program dan sektor sangat penting untuk mencegah masalah kesehatan mental lebih lanjut pada remaja (Mawaddah & Prasty, 2023).

Memberikan konseling berbasis pendekatan empati kepada remaja yang menunjukkan tanda-tanda risiko.

- a. Berkolaborasi dengan psikolog, psikiater, guru, dan orang tua untuk memastikan remaja mendapatkan dukungan yang menyeluruh.
- b. Mengajarkan teknik coping yang efektif kepada remaja dan keluarganya.

(D. B. King *et al.*, 2015; R. A. King & Apter, 2003)

C. Peran Perawat dalam Penanganan Bunuh Diri

1. Manajemen Krisis

Dalam situasi krisis, perawat harus mampu memberikan manajemen krisis yang efektif. Ini mencakup penilaian cepat terhadap keadaan pasien dan pengembangan rencana intervensi yang sesuai. Perawat perlu bekerja sama dengan tim multidisiplin untuk memastikan pasien mendapatkan perawatan yang komprehensif(Bunney *et al.*, 2002)

Pencegahan bunuh diri di kalangan remaja adalah masalah kritis yang membutuhkan intervensi yang ditargetkan. Pelatihan manajemen diri telah menunjukkan hasil yang menjanjikan dalam meningkatkan pemahaman dan keterampilan untuk mencegah perilaku bunuh diri (Hulukati *et al.*, 2023). Berbagai faktor risiko berkontribusi pada bunuh diri remaja, termasuk gangguan kejiwaan, stresor psikososial, dan faktor kognitif(Zulaikha & Febriyana, 2018). Beberapa intervensi telah diidentifikasi efektif dalam pencegahan bunuh diri, seperti Pertolongan Pertama pada Kesehatan Mental, psikoedukasi Rise and Shine, dan program SAFETY (Hendrawati *et al.*, 2023). Konseling pastoral dengan menggunakan teknik restrukturisasi kognitif dapat bermanfaat bagi remaja yang pernah melakukan percobaan bunuh diri, mengikuti proses tujuh langkah yang mencakup membangun hubungan, diagnosis, perencanaan pengobatan, dan evaluasi (Angelina *et al.*, 2022). Pendekatan-pendekatan ini bertujuan untuk membantu remaja mengembangkan mekanisme coping yang lebih baik, meningkatkan pemahaman mereka tentang kesehatan mental, dan pada akhirnya mengurangi risiko perilaku bunuh diri.

Ketika menghadapi remaja dengan risiko akut bunuh diri, perawat harus segera melakukan:

- a. **Stabilisasi Kondisi Psikologis:** Menggunakan pendekatan berbasis trauma-informed care.
- b. **Mengurangi Akses pada Sarana Bunuh Diri:** Seperti obat-obatan berbahaya atau alat tajam.
- c. **Menyediakan Lingkungan yang Aman:** Terutama di rumah sakit atau fasilitas kesehatan

(WHO, 2021, 2023a)

2. Terapi dan Dukungan Psikososial

Perawat juga berperan dalam memberikan terapi dan dukungan psikososial. Mereka dapat menggunakan pendekatan berbasis bukti, seperti terapi perilaku kognitif, untuk membantu remaja mengatasi masalah emosional dan perilaku yang mendasari keinginan untuk bunuh diri. Dukungan psikososial yang diberikan oleh perawat dapat membantu pasien merasa lebih terhubung dan didukung(Zylstra, 2002). Terapi perilaku dialektis (DBT), terapi keluarga berbasis keterikatan (ABFT), terapi perilaku kognitif (CBT), dan dukungan sebaya efektif dalam mengurangi upaya bunuh diri dan ideasi bunuh diri pada remaja berisiko tinggi (Goldstein *et al.*, 2023; Russon *et al.*, 2023; Torralba-Suarez & Olry-de-Labry-Lima, 2024). Dukungan emosional dari lingkungan, seperti pengasuh, berperan signifikan dalam meningkatkan resiliensi remaja(Muliawiharto & Masykur, 2020).

- a. **Psikoedukasi:** Memberikan informasi kepada remaja dan keluarganya mengenai gangguan mental dan langkah-langkah pemulihan. Psikoedukasi merupakan intervensi yang efektif, tidak hanya untuk pencegahan bunuh diri tapi juga untuk mengatasi perilaku daring yang berisiko di kalangan remaja. Pemahaman yang komprehensif tentang dinamika bunuh diri remaja sangat penting untuk strategi pencegahan dan intervensi yang tepat.
- b. **Dukungan Emosional:** Mendampingi remaja dalam proses terapi atau perawatan lanjutan.
- c. **Rujukan:** Jika diperlukan, merujuk ke layanan kesehatan mental spesialis untuk penanganan intensif.

(WHO, 2014, 2023b)

3. Rehabilitasi

Rehabilitasi untuk remaja dengan risiko bunuh diri adalah pendekatan multidimensional yang bertujuan untuk mengurangi perilaku bunuh diri dan mendukung kesehatan mental mereka. Pendekatan ini melibatkan berbagai intervensi, termasuk terapi psikologis, dukungan sosial, dan pengobatan jika diperlukan. Berikut adalah beberapa aspek penting dalam rehabilitasi remaja yang berisiko bunuh diri.

a. Faktor risiko bunuh diri pada remaja dapat dibagi menjadi beberapa kategori:

- 1) **Faktor Keluarga:** Kurangnya perhatian dari orang tua, konflik keluarga, dan sejarah gangguan mental dalam keluarga dapat meningkatkan risiko.
- 2) **Faktor Teman Sebaya:** Hubungan yang buruk dengan teman sebaya atau pengalaman bullying dapat memperburuk kondisi mental remaja.

3) **Faktor Psikologis:** Gangguan mental seperti depresi, kecemasan, dan gangguan perilaku sering kali terkait dengan peningkatan risiko bunuh diri (Orlins *et al.*, 2024; Ramadhani *et al.*, 2023)

Rehabilitasi merupakan tahap penting dalam penanganan bunuh diri. Perawat berperan dalam merancang program rehabilitasi yang sesuai dengan kebutuhan individu. Ini dapat mencakup terapi kelompok, aktivitas fisik, dan dukungan keluarga. Tujuannya adalah untuk membantu remaja kembali ke kehidupan sehari-hari dengan lebih baik dan mengurangi risiko kekambuhan(Hawton *et al.*, 2012)

Setelah krisis teratasi, perawat mendukung remaja untuk kembali ke kehidupan normal, termasuk:

- Meningkatkan kepercayaan diri remaja.
- Melibatkan mereka dalam aktivitas positif yang meningkatkan rasa pencapaian diri.
- Memantau keberlanjutan pengobatan dan terapi.

(WHO, 2024)

b. Intervensi psikologis merupakan bagian penting dari rehabilitasi.

Beberapa metode yang umum digunakan meliputi:

1) **Psikoterapi:** Terapi kognitif perilaku (CBT) telah terbukti efektif dalam mengurangi gejala depresi dan kecemasan pada remaja. Terapi ini membantu individu mengenali dan mengubah pola pikir negatif yang dapat memicu perilaku bunuh diri (Hasanah *et al.*, 2023; You *et al.*, 2021).

2) **Dukungan Sosial:** Membangun jaringan dukungan sosial yang kuat dapat membantu remaja merasa lebih terhubung dan kurang terasing. Program dukungan sebaiknya juga bisa efektif dalam memberikan dukungan emosional (Ulfa, 2021).

3) **Pendidikan Mental Health:** Meningkatkan kesadaran tentang kesehatan mental di kalangan remaja dan orang tua dapat membantu mengurangi stigma serta mendorong pencarian bantuan ketika diperlukan (Ulfa, 2021).

c. Penggunaan Obat

Dalam beberapa kasus, penggunaan obat antidepresan mungkin diperlukan. Namun, penting untuk melakukan pemantauan ketat karena ada risiko peningkatan ide bunuh diri, terutama pada remaja. Pengobatan harus dilakukan dengan hati-hati dan dibawah pengawasan profesional kesehatan mental (Hasanah *et al.*, 2023; Ramadhani *et al.*, 2023).

d. Program Pencegahan

Program pencegahan bunuh diri perlu dirancang untuk meningkatkan keterampilan coping remaja dan memberikan mereka alat untuk mengatasi stres. Ini termasuk:

- 1) **Pelatihan Keterampilan Sosial:** Mengajarkan keterampilan komunikasi dan resolusi konflik dapat membantu remaja berinteraksi lebih baik dengan orang lain.
- 2) **Kegiatan Fisik:** Olahraga teratur telah terbukti membantu mengurangi gejala depresi dan kecemasan di kalangan remaja (You *et al.*, 2021).
- 3) **Kampanye Kesadaran:** Melakukan kampanye untuk meningkatkan kesadaran tentang masalah kesehatan mental di sekolah-sekolah dapat membantu menciptakan lingkungan yang mendukung bagi remaja (Kurniawan *et al.*, 2024).

D. Tantangan yang Dihadapi Perawat

Perawat memainkan peran penting dalam menangani remaja yang berisiko bunuh diri. Namun, mereka menghadapi berbagai tantangan yang dapat mempengaruhi efektivitas perawatan. Berikut adalah beberapa tantangan utama yang dihadapi perawat dalam konteks ini:

1. Keterbatasan Pelatihan dan Pengetahuan

Banyak perawat tidak memiliki pelatihan khusus dalam menangani masalah kesehatan mental, termasuk risiko bunuh diri pada remaja. Hal ini dapat mengakibatkan ketidakpahaman dalam mengidentifikasi tanda-tanda peringatan dan melakukan intervensi yang tepat. Penelitian menunjukkan bahwa banyak tenaga kesehatan, termasuk perawat, merasa kurang siap dan kurang terlatih dalam mengevaluasi risiko bunuh diri pada pasien remaja (Kurniawan *et al.*, 2024).

2. Faktor Keluarga dan Lingkungan

Faktor-faktor eksternal seperti dinamika keluarga dan lingkungan sosial dapat mempengaruhi kesehatan mental remaja. Perawat sering kali harus berurusan dengan masalah yang berkaitan dengan kurangnya dukungan dari keluarga, konflik interpersonal, dan pengaruh teman sebaya yang negatif. Penelitian menunjukkan bahwa perhatian orang tua yang rendah berkontribusi pada perilaku bunuh diri di kalangan remaja (Ramadhani *et al.*, 2023).

3. Stigma dan Persepsi Masyarakat

Stigma seputar masalah kesehatan mental dapat menghalangi remaja untuk mencari bantuan. Perawat sering kali harus bekerja melawan stigma ini, baik di tingkat individu maupun masyarakat. Hal ini dapat membuat remaja enggan untuk terbuka mengenai perasaan mereka atau mencari bantuan ketika mereka membutuhkannya.

4. Keterbatasan Sumber Daya

Dalam banyak kasus, perawat bekerja di lingkungan dengan sumber daya terbatas. Ini termasuk keterbatasan waktu, akses ke terapi psikologis, dan dukungan multidisipliner. Keterbatasan ini dapat menghambat kemampuan mereka untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan efektif kepada pasien remaja yang berisiko bunuh diri (Aini & Mariyati, 2020).

5. Tekanan Emosional dan Stres

Menangani pasien dengan risiko bunuh diri dapat menjadi pengalaman emosional yang berat bagi perawat. Mereka mungkin mengalami stres akibat beban kerja yang tinggi dan tanggung jawab besar dalam menjaga keselamatan pasien¹⁰. Kesejahteraan emosional perawat sendiri juga penting untuk dipertimbangkan, karena stres yang berlebihan dapat mempengaruhi kualitas perawatan.

6. Peran perawat dalam pencegahan dan penanganan bunuh diri pada remaja seringkali dihadapkan pada beberapa tantangan, seperti:

- a. Kurangnya pelatihan khusus tentang manajemen risiko bunuh diri.
- b. Stigma sosial terhadap masalah kesehatan mental yang menghambat akses perawatan.
- c. Terbatasnya sumber daya dan layanan kesehatan mental di beberapa daerah (CDC, 2022).

E. Rekomendasi

Untuk meningkatkan efektivitas peran perawat, diperlukan:

1. **Pelatihan Khusus:** Menyelenggarakan program pelatihan bagi perawat dalam menangani remaja dengan risiko bunuh diri.
2. **Kolaborasi Multidisiplin:** Mengintegrasikan peran perawat dengan profesional lain seperti guru, pekerja sosial, dan psikolog.
3. **Kebijakan Proaktif:** Meningkatkan akses ke layanan kesehatan mental yang ramah remaja.
(Fitri, 2023; Hendrawati *et al.*, 2023)

F. Intervensi Pada Pasien Dengan Resiko Bunuh Diri

1. Langkah Penilaian Awal

- a. Identifikasi Risiko Bunuh Diri:

1) Tanyakan tentang:

- Pikiran atau rencana untuk menyakiti diri sendiri.
- Riwayat upaya bunuh diri atau self-harm dalam satu tahun terakhir.

2) Faktor Risiko:

- Kondisi mental (depresi, psikosis).
 - Nyeri kronis atau tekanan emosional ekstrem
- b. Tentukan Tingkat Risiko:
- 1) Risiko segera jika pasien:
 - Memiliki rencana spesifik untuk bunuh diri.
 - Sangat cemas, tidak kooperatif, atau tidak mampu berkomunikasi.
 - 2) Risiko rendah jika tidak ada rencana spesifik tetapi terdapat tekanan psikososial
(Shekhar Saxena, 2020)

2. Manajemen

- a. Intervensi Darurat
 - 1) Jangan tinggalkan pasien sendirian.
 - 2) Tempatkan di lingkungan aman, misalnya di fasilitas kesehatan dengan pengawasan ketat.
 - 3) Jika ada keracunan atau luka serius, stabilkan kondisi medis terlebih dahulu
- b. Dukungan Psikososial
 - 1) Berikan dukungan emosional dan dengarkan tanpa menghakimi.
 - 2) Arahkan pasien untuk memfokuskan pada alasan tetap hidup dan solusi masalah sebelumnya(mhGAP Intervention Guide)(mhGAP Intervention Guide).
 - 3) Aktifkan dukungan keluarga dan komunitas untuk memastikan pengawasan yang konsisten
- c. Edukasi dan Pencegahan Relapse
 - 1) Berikan informasi kepada pasien dan keluarganya:
 - 2) Bicara tentang bunuh diri tidak memicu tindakan tersebut.
 - 3) Sarana bunuh diri (misalnya pestisida, senjata) harus dihapus dari lingkungan rumah
 - 4) Dorong pasien untuk mencari bantuan segera jika pikiran bunuh diri kembali
- d. Konsultasi dan Rujukan
 - 1) Rujuk ke spesialis kesehatan mental jika diperlukan.
 - 2) Pastikan pasien menerima tindak lanjut berkala sesuai tingkat risikonya
(Shekhar Saxena, 2020)

3. Tindak Lanjut

Kontak Rutin:

- a. Awalnya, lakukan kontak lebih sering (harian atau mingguan selama dua bulan pertama).
- b. Kurangi frekuensi sesuai dengan perbaikan kondisi pasien

Evaluasi Berkala:

Selalu pantau pikiran atau rencana bunuh diri selama tindak lanjut
(Shekhar Saxena, 2020)

G. Simpulan

1. Peningkatan Kasus Bunuh Diri:

Tren bunuh diri di kalangan remaja semakin meningkat, dengan bullying sebagai salah satu faktor penyebab utama yang mempengaruhi kesehatan mental mereka. Data menunjukkan bahwa kasus bullying pada remaja meningkat signifikan, yang berkontribusi terhadap gangguan mental dan perilaku bunuh diri.

2. Peran Perawat dalam Pencegahan:

Perawat memiliki tanggung jawab penting dalam melakukan intervensi pencegahan bunuh diri. Mereka dapat berperan dalam memberikan edukasi tentang kesehatan mental, melakukan skrining untuk mengidentifikasi risiko, serta memberikan dukungan emosional kepada remaja yang mengalami masalah.

3. Faktor Protektif:

Identifikasi faktor protektif yang dapat mencegah ide bunuh diri sangat penting. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan sosial, keterlibatan keluarga, dan pendidikan tentang kesehatan mental dapat berfungsi sebagai pelindung bagi remaja dari ide bunuh diri. Oleh karena itu, perawat harus berkolaborasi dengan keluarga dan masyarakat untuk menciptakan lingkungan yang mendukung.

4. Modul Parenting dan Teknologi:

Pengembangan modul parenting dan penggunaan teknologi seperti aplikasi smartphone juga terbukti efektif dalam meningkatkan pemahaman dan keterlibatan orang tua serta remaja dalam pencegahan perilaku bunuh diri⁴⁵. Perawat dapat memfasilitasi pelatihan ini untuk meningkatkan kesadaran di kalangan orang tua.

5. Keterlibatan Komunitas:

Pencegahan bunuh diri memerlukan pendekatan kolaboratif yang melibatkan berbagai pihak, termasuk keluarga, sekolah, dan komunitas. Perawat dapat berperan sebagai penghubung antara remaja dan sumber daya yang ada di masyarakat untuk memastikan dukungan yang diperlukan tersedia.

Dengan demikian, perawat tidak hanya berfungsi sebagai penyedia layanan kesehatan tetapi juga sebagai pendidik dan advokat untuk kesehatan mental remaja, yang sangat penting dalam upaya pencegahan bunuh diri.

H. Referensi

- Aini, K., & Mariyati, M. (2020). *Pengalaman Perawat Unit Perawatan Intensif Psikiatri dalam Merawat Klien dengan Risiko Bunuh Diri*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:213057811>
- Alyan, W. L., Widyastuti, L., & Sukmana, P. D. (2023). Kajian Literatur: Gambaran Awal Tingkat Depresi Dengan Ide Bunuh Diri Pada Remaja Smp-Mahasiswa. *Ibers: Jurnal Pendidikan Indonesia Bermutu*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:266722616>
- American Psychiatric Nurses Association. (2015). Psychiatric-mental health nurse essential competencies for assessment and management of individuals at risk for suicide. *Position Statement*. [https://www.apna.org/m/pages.cfm?pageid=5684%0Ahttps://www.apna.org/files/public/Resources/Suicide Competencies for Psychiatric-Mental Health Nurses\(1\).pdf%0Ahttp://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageID=5684](https://www.apna.org/m/pages.cfm?pageid=5684%0Ahttps://www.apna.org/files/public/Resources/Suicide Competencies for Psychiatric-Mental Health Nurses(1).pdf%0Ahttp://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageID=5684)
- Angelina, R., Silvia, Y. S., & Titting, H. (2022). Konseling Pastoral Dengan Teknik Cognitive Restructuring pada Remaja yang Melakukan Percobaan Bunuh Diri. *SANCTUM DOMINE: JURNAL TEOLOGI*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:255367886>
- Atika, R. A., Safirza, S., Elmiyati, E., Riezky, A. K., Pratama, K. F., Andriaty, S. N., & Raisah, P. (2024). Deteksi Dini dan Edukasi Sebagai Upaya Pencegahan Masalah Kesehatan Mental Pada Remaja. *Surya Abdimas*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:268204507>
- Bachri, Y., Putri, M., Sari, Y. P., & Ningsih, R. (2021). Pencegahan Perilaku Bullying Pada Remaja. *Jurnal Salingka Abdimas*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:254843538>
- Bunney, W. E., Kleinman, A. M., Pellmar, T. C., & Goldsmith, S. K. (2002). *Reducing suicide: A national imperative*.
- Cantor, N., Kingsbury, M., Warner, E., Landry, H., Clayborne, Z. M., Islam, R., & Colman, I. (2023). Young Adult Outcomes Associated With Adolescent Suicidality: A Meta-analysis. *Pediatrics*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:257102046>
- Chen, M., Zhou, Y., Luo, D., Yan, S., Liu, M., Wang, M., Li, X. Y., Yang, B. X., Li, Y., & Liu, L. (2023). Association of family function and suicide risk in teenagers with a history of self-harm behaviors: mediating role of subjective wellbeing and depression. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:259004024>
- Czyz, E. K., Yap, J., King, C. A., & Nahum-Shani, I. (2020). Using Intensive Longitudinal Data to Identify Early Predictors of Suicide-Related Outcomes in High-Risk Adolescents: Practical and Conceptual Considerations. *Assessment*, 28, 1949–

1959. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:220531457>
- Fatmah, E., & Wardaningsih, S. (2020). Respon dan Sikap Perawat IGD dalam Menangani Klien dengan Percobaan Bunuh Diri dan Self-Harm: Literatur Review. *Faletehan Health Journal*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:234408401>
- Fitri, A. (2023). Program Preventif Bunuh Diri Untuk Mengurangi Ide Dan Percobaan Bunuh Diri Pada Mahasiswa. *Journal of Clinical, Industrial, Social and Educational Psychology*, 12–22. <https://doi.org/>
- Freska, W. (2023). *Advokasi Kesehatan Mental*. CV Mitra Edukasi Negeri.
- Goldstein, T. R., Merranko, J. A., Rode, N., Sylvester, R., Hotkowski, N. J., Fersch-Podrat, R. K., Hafeman, D. M., Diler, R. S., Sakolsky, D. J., Franzen, P. L., & Birmaher, B. B. (2023). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:261704224>
- Hasanah, F. F., Hilmi, I. L., & Salman, S. (2023). Pengaruh Pemberian Obat Antidepresan terhadap Risiko Bunuh Diri: Literatur Review. *Journal of Pharmaceutical and Sciences*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:259691769>
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382.
- Hendrawati, H., Amira, I., Maulana, I. M. I., & Senjaya, S. (2023). Intervensi Pencegahan Bunuh Diri Pada Remaja: Literature Review. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-Ilmu Keperawatan, Analis Kesehatan Dan Farmasi*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:262178377>
- Hua, L. L., Lee, J., Rahmandar, M. H., & Sigel, E. J. (2023). Suicide and Suicide Risk in Adolescents. *Pediatrics*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:266220391>
- Hulukati, W., Rahim, M., Alwi, N. M., & Madina, R. (2023). Pelatihan Self Management Untuk Mencegah Perilaku Bunuh Diri Di Kalangan Remaja. *Monsu'ani Tano Jurnal Pengabdian Masyarakat*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:266732094>
- INASP. (2022). *Statistik Bunuh Diri*. Asosiasi Pencegahan Bunuh Diri Indonesia. <https://www.inasp.id/suicide-statistics>
- Kari McDonald. (2018). Social Support and Mental Health in LGBTQ Adolescents: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(1), 16–29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1398283>
- Karisma, N., Rofiah, A., Afifah, S. N., & Manik, Y. M. (2024). Kesehatan Mental Remaja dan Tren Bunuh Diri: Peran Masyarakat Mengatasi Kasus Bullying di Indonesia. *Edu Cendikia: Jurnal Ilmiah Kependidikan*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:267143736>

- Kelialat, B. A., Helena, N., & Daulima, C. (2022). *Identifikasi Isyarat Bunuh Diri Verbal Dan Non Verbal Dalam Upaya Deteksi Risiko Bunuh Diri Pada Remaja: Literatur Review*. 7(October), 588–598.
- King, D. B., Woody, W. D., & Viney, W. (2015). *History of Psychology: Ideas and Context*. Taylor & Francis. https://books.google.co.id/books?id=_PkoCgAAQBAJ
- King, R. A., & Apter, A. (2003). *Suicide in Children and Adolescents*. Cambridge University Press. <https://books.google.co.id/books?id=SEq1nvPbITMC>
- Kurniawan, K., Yosep, I., Khoirunnisa, K., Mardhiyah, A., & Fitriani, N. K. (2024). Dampak Cyberbullying terhadap Risiko Bunuh Diri pada Remaja: Narrative Review. *JPP (Jurnal Kesehatan Poltekkes Palembang)*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:271429394>
- Lindow, J. C., Hughes, J. L., South, C. C., Minhajuddin, A., Gutiérrez, L. Á. S., Bannister, E., Trivedi, M. H., & Byerly, M. J. (2020). The Youth Aware of Mental Health Intervention: Impact on Help Seeking, Mental Health Knowledge, and Stigma in U.S. Adolescents. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:211725722>
- Litaqia, W., & Permana, I. (2019). Peran Spiritualitas dalam Mempengaruhi Resiko Perilaku Bunuh Diri: A Literature Review. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:201379777>
- Mawaddah, N., & Prastyo, A. (2023). Upaya Peningkatan Kesehatan Mental Remaja Melalui Stimulasi Perkembangan Psikososial Pada Remaja. *DEDIKASI SAINTEK Jurnal Pengabdian Masyarakat*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:260893428>
- Muliawiharto, A., & Masykur, A. M. (2020). HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN EMOSIONAL PENGASUH DENGAN RESILIENSI PADA REMAJA PANTI ASUHAN DI KECAMATAN TEMBALANG. *Jurnal EMPATI*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:203110449>
- Mundakir, M. K. (2021). *Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa 1*. UMSurabaya Publishing.
- Nasriati, R. (2011). *KESEHATAN JIWA REMAJA*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:78877036>
- Nasriati, R., Icha, F., & Verawati, M. (2023). Deteksi Kedaruratan Psikiatri pada Remaja di Ponorogo. *Nursing Sciences Journal*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:265789296>
- Onie, S., Daswin, A.V., et al. (2022). Suicide in Indonesia in 2022: *Underreporting, Provincial Rates, and Means*. <https://doi.org/DOI: psyarxiv.com/amnhw>
- Onie s. (2022). Indonesian National Suicide Prevention Strategy. *A Preliminary*

- Report.* <https://doi.org/https://doi.org/10.31234/osf.io/xhqgm>
- Orlins, E. R., Bransteter, I., & Chatfield, S. L. (2024). Adolescent Perceptions of Teen Suicide: Implications from Focus Groups. *Youth & Society*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:272759238>
- PUSIKNAS POLRI. (2021). *Data Statistik Gangguan*. Pusat Informasi Kriminal Nasional. <https://pusiknas.polri.go.id/gangguan>
- Rachmadyanshah, A. F., & Khairunisa, Y. (2021). Pengembangan Website Edukasi Interaktif Pengenalan Kesehatan Mental Bagi Remaja. *Jurnal Multi Media Dan IT*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:242710669>
- Ramadhani, J., Hardinata, P., & Masfufah. (2023). Faktor Risiko Terjadinya Perilaku Bunuh Diri pada Remaja: Sebuah Kajian Literatur. *Flourishing Journal*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:272020243>
- Razvaliaeva, A. Y., Polskaya, N. A., & Basova, A. Y. (2023). Diagnostics of Suicidal Risk in Adolescents: Systematic Review of Systematic Reviews. *Консультативная Психология и Психотерапия*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:262138559>
- Rosidin, U., & Sumarni, N. (2024). Promosi Kesehatan tentang Pentingnya Menumbuhkan Kesadaran Kesehatan Mental Remaja pada Siswa SMPN 2 Parigi Pangandaran. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:269450798>
- Roziqi, M., Muslihati, M., & Hambali, I. (2023). Faktor Protektif Ide Bunuh Diri Remaja. *Ideguru: Jurnal Karya Ilmiah Guru*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:266241501>
- Russon, J. M., Abbott, C. H., Jin, B. K., Rivers, A. S., Winston-Lindeboom, P., Kobak, R., & Diamond, G. S. (2023). Attachment-based family therapy versus nondirective supportive therapy for lesbian, gay, bisexual and questioning adolescents with depression, and suicidal ideation: An exploratory study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:262086552>
- Sarfika, R., Roberto, M., Wenny, B. P., Freska, W., Mahathir, M., Adelirandy, O., Yeni, F., & Putri, D. E. (2023). DETEKSI DINI DAN EDUKASI TUMBUH KEMBANG PSIKOSOSIAL SEBAGAI UPAYA PENCEGAHAN MASALAH KESEHATAN MENTAL PADA REMAJA. *JMM (Jurnal Masyarakat Mandiri)*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:259620275>
- Seprianasari, A. (2022). Hubungan Cyberbullying di Sosial Media dengan Ide Bunuh Diri pada Remaja di RW 01 Tanjung Barat Tahun 2021. *Open Access Jakarta Journal of Health Sciences*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:252677006>
- Shekhar Saxena. (2020). *mhGAP Intervention Guide: Vol. Version 2*. Director,

Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization.

- Siti Nadia Tarmizi. (2024). *Cegah Bunuh Diri, Kemenkes Ajak Remaja Bicara Soal Kesehatan Mental*. Redaksi Sehat Negeriku. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20240917/2446492/cegah-bunuh-diri-kemenkes-ajak-remaja-bicara-soal-kesehatan-mental/>
- Sukhawaha, S., Arunpongpaisal, S., & Hurst, C. P. (2016). Development and psychometric properties of the Suicidality of Adolescent Screening Scale (SASS) using Multidimensional Item Response Theory. *Psychiatry Research*, 243, 431–438. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:207452698>
- Tombokan, M., Angriani, S., Laubo, N., Keperawatan Poltekkes Kemenkes Makassar, J., & Kebidanan Poltekkes Kemenkes Makassar, J. (2019). Desember 2021 Pelatihan Deteksi Dini Terhadap Pencegahan Resiko Bunuh Diri Diwilayah Kerja RSKD Dadi Kota Makassar (Penerapan Hasil Penelitian Tahun. *Media Implementasi Riset Kesehatan*, 52(2), 52–59.
- Tombokan, M., Angriani, S., Laubo, N., & Subriah, S. (2021). Pelatihan Deteksi Dini Terhadap Pencegahan Resiko Bunuh Diri Diwilayah Kerja RSKD Dadi Kota Makassar. *Media Implementasi Riset Kesehatan*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:264463115>
- Torralba-Suarez, C., & Olry-de-Labry-Lima, A. (2024). An Umbrella Review of Cognitive Behavioural and Dialectical Behavioural Therapies to Treat Self-Harm and Suicidal Behaviour in Adolescents. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 52, 549–560. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:271787928>
- Tymofiyeva, O., Reeves, K. W., Shaw, C., Lopez, E., Aziz, S., Max, J. E., & Yang, T. T. (2023). A Systematic Review of MRI Studies and the “Emotional pain and social Disconnect (END)” Brain Model of Suicidal Behavior in Youth. *Behavioural Neurology*, 2023. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:262222256>
- Ulfa, M. (2021). *FOCUS GROUP DISCUSSION TENTANG PENCEGAHAN RISIKO BUNUH DIRI TERHADAP PERILAKU RISIKO BUNUH DIRI PADA REMAJA BERISIKO*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:234309905>
- WHO. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. World Health Organization.
- WHO. (2021). *An Implementation Guide For Suicide Prevention In Countries*. World Health Organization.
- WHO. (2023a). *Preventing suicide: a resource for media professionals*. World Health Organization 2023.
- WHO. (2023b). *WHO policy brief on the health aspects of decriminalization of suicide and suicide attempts*. World Health Organization.
- WHO. (2024). *Suicide*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/detail/13-01-2024-suicide>

room/fact-sheets/detail/suicide

- You, Y., Wang, D., Wang, Y., Li, Z., & Ma, X. (2021). A Bird's-Eye View of Exercise Intervention in Treating Depression Among Teenagers in the Last 20 Years: A Bibliometric Study and Visualization Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 661108. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661108>
- Zulaikha, A., & Febriyana, N. (2018). Bunuh Diri pada Anak dan Remaja. *Jurnal Psikiatri Surabaya*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:239574379>
- Zylstra, R. G. (2002). Treating Suicidal Behavior: An Effective, Time-Limited Approach. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 4(6), 251.

I. Glosarium

P

Preventif:

Upaya yang dilakukan untuk mencegah timbulnya masalah atau gangguan sebelum terjadi.

PBD

Pencegahan Bunuh Diri:

Langkah-langkah yang diambil untuk mengurangi risiko individu melakukan tindakan bunuh diri, termasuk edukasi, deteksi dini, dan intervensi psikologis.

R

Remaja:

Kelompok usia 10–19 tahun yang mengalami perkembangan fisik, emosional, dan sosial yang signifikan.

PBD

Penanganan Bunuh Diri:

Proses atau tindakan yang dilakukan untuk membantu individu yang memiliki risiko atau telah mencoba bunuh diri, termasuk terapi dan rehabilitasi.

RBD

Resiko Bunuh Diri:

Faktor atau keadaan yang meningkatkan kemungkinan seseorang mencoba atau melakukan tindakan bunuh diri.

I

Intervensi:

Tindakan yang dirancang untuk memperbaiki atau menangani situasi tertentu, seperti terapi atau konseling.

DD

Deteksi Dini:

Proses mengenali tanda-tanda awal gangguan atau risiko kesehatan mental untuk mencegah perkembangan lebih lanjut.

YAM

Youth Aware of Mental Health (YAM):

Program edukasi kesehatan mental yang bertujuan meningkatkan kesadaran, mengurangi stigma, dan mendorong pencarian bantuan di kalangan remaja.

PKM

Promosi Kesehatan Mental:

Usaha untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental.

p

Psikoedukasi:

Proses memberikan informasi kepada individu dan keluarga mengenai gangguan kesehatan mental dan cara penanganannya.

FP

Faktor Protektif:

Aspek atau kondisi yang dapat mengurangi risiko seseorang mengalami gangguan kesehatan mental atau bunuh diri, seperti dukungan keluarga atau kemampuan coping yang baik.

C

Cyberbullying:

Perilaku intimidasi atau pelecehan yang dilakukan melalui media digital, yang dapat memengaruhi kesehatan mental remaja.

D

Depresi:

Gangguan kesehatan mental yang ditandai dengan perasaan sedih yang mendalam, kehilangan minat, dan penurunan energi.

S

Stigma: Pandangan negatif atau diskriminasi terhadap individu dengan kondisi kesehatan mental.

TIC

Trauma-Informed Care:

Pendekatan dalam memberikan perawatan yang memahami dan mempertimbangkan dampak trauma pada individu.

CHAPTER 4

GANGGUAN PSIKOTIK PADA REMAJA; DIAGNOSIS DAN PERAWATAN TERPADU

Ns. Sahriana, M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan mental remaja merupakan aspek penting dalam pertumbuhan dan perkembangan individu yang sering kali terabaikan. Salah satu gangguan mental serius yang dapat memengaruhi remaja adalah gangguan psikotik, yang ditandai dengan ketidakmampuan untuk membedakan antara realitas dan delusi. Gangguan psikotik pada remaja dapat menyebabkan halusinasi, delusi, perilaku yang tidak terorganisasi, serta penurunan kemampuan fungsi sosial dan akademik. Kondisi ini, jika tidak ditangani dengan tepat, dapat berdampak jangka panjang pada kualitas hidup remaja, termasuk kecacatan sosial dan emosional.

Menurut American Psychiatric Association (2013) dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, gangguan psikotik pada remaja mencakup beberapa kondisi seperti skizofrenia, gangguan delusi, dan gangguan psikotik singkat. Faktor risiko gangguan psikotik pada remaja meliputi riwayat keluarga dengan gangguan psikotik, trauma masa kecil, penyalahgunaan zat, serta lingkungan yang penuh tekanan. Penelitian yang dilakukan oleh Kessler et al. (2005) menyebutkan bahwa prevalensi gangguan psikotik pada populasi remaja berkisar antara 0,3% hingga 1%, dengan tingkat risiko lebih tinggi pada remaja laki-laki.

Munculnya gejala psikotik pada usia remaja memerlukan perhatian serius, karena periode ini merupakan fase kritis dalam pembentukan identitas dan keterampilan sosial. Intervensi dini yang melibatkan terapi kognitif-perilaku, pengobatan farmakologis, dan dukungan keluarga terbukti dapat memperbaiki prognosis jangka panjang bagi individu yang mengalami gangguan psikotik. McGorry et al. (2016) menekankan pentingnya pendekatan multidisiplin dalam menangani kasus psikotik pertama untuk meningkatkan hasil pemulihan.

Gangguan psikotik pada remaja merupakan tantangan kesehatan mental yang kompleks dan memerlukan kesadaran serta perhatian yang lebih luas dari masyarakat dan tenaga medis. Melalui penguatan pemahaman dan akses ke layanan kesehatan mental yang tepat, diharapkan kasus-kasus psikotik pada remaja dapat

dikelola dengan lebih baik, sehingga mereka dapat mencapai potensi maksimal dalam kehidupan pribadi dan sosial.

B. Gangguan Psikotik pada Remaja dan Anak

Gangguan psikotik adalah sekelompok kondisi mental yang ditandai oleh distorsi realitas, seperti halusinasi, delusi, dan gangguan berpikir dan bahasa. Kondisi ini melibatkan komponen afektif, perilaku, kognitif, atau persepsi yang terkait dengan fungsi otak atau sistem saraf yang mempengaruhi fungsi sosial manusia. Psikosis terdiri dari beragam jenis antara lain skizofrenia, skizoafektif, gangguan waham menetap, bipolar dengan ciri psikotik, depresi dengan ciri psikotik. Selain itu, psikotik akut dan sementara juga merupakan gangguan yang sama, tetapi merupakan gangguan yang akut dan mempunyai prognosis lebih baik (Marbun et al., 2023).

Gangguan psikotik pada remaja berkaitan dengan berbagai faktor, seperti masalah ekonomi, stigma sosial, dan akses layanan kesehatan yang terbatas. Kesadaran akan pentingnya kesehatan mental, khususnya di Indonesia masih sangat rendah. Hal ini dapat dilihat dari anggapan sebagian besar masyarakat, dimana individu yang memiliki gangguan mental adalah aib bagi keluarga. Keberadaan individu dengan gangguan jiwa di dalam masyarakat dapat menjadi masalah sosial baru yang membutuhkan tindakan khusus untuk mengatasinya.

Gangguan psikotik pada remaja dan anak perlu mendapatkan perhatian khusus karena dapat menimbulkan beban penyakit yang cukup tinggi, dengan perhitungan *years of life lost to disability*, skizofrenia menempati rangking ke-15. Masalah ekonomi yang rendah serta stigma sosial dapat memberikan dampak negatif terhadap kesehatan mental remaja yang mengalami gangguan psikotik. (Idaiani et al., 2019) (Apridamayanti et al., 2023) (Marbun et al., 2023).

C. Prevalensi

Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi psikosis cukup tinggi, yaitu sekitar 7 per 1000 penduduk (Idaiani et al., 2019). Menurut Riset Kesehatan Dasar 2018, prevalensi psikosis di Indonesia adalah 7 per 1000 penduduk. (Idaiani et al., 2019) Angka ini lebih tinggi dibandingkan dengan hasil metaanalisis global yang menyebutkan prevalensi psikosis sebesar 4,03 per 1000 populasi. Angka kejadian psikotik pada remaja cukup tinggi bila dibandingkan dengan kelompok usia lainnya. Data Riskesdas tahun 2018 memperlihatkan prevalensi psikosis di Indonesia pada kelompok usia 15-24 tahun mencapai angka 10 per 1000 penduduk (Idaiani et al., 2019).

Survei Kesehatan Mental Remaja Indonesia (I-NAMHS) tahun 2022 melaporkan bahwa sekitar 1 dari 3 remaja mengalami masalah kesehatan mental, dengan gangguan kecemasan menjadi yang paling umum (26,7%). Meskipun survei ini memberikan gambaran umum tentang kesehatan mental remaja, data khusus mengenai prevalensi gangguan psikotik seperti skizofrenia pada kelompok usia ini belum dilaporkan (Siloam hospital, 2022). Secara global, skizofrenia sering muncul pada akhir masa remaja atau awal dewasa, dengan onset gejala paling sering terjadi pada usia remaja akhir dan usia 20-an. Namun, tanpa data epidemiologis yang spesifik untuk populasi remaja di Indonesia, sulit untuk menentukan prevalensi pasti gangguan psikotik pada kelompok usia ini. Tingginya angka kejadian psikotik pada remaja menjadi tantangan tersendiri bagi penanganan gangguan jiwa di Indonesia.

D. Etiologi

Penyebab gangguan psikotik pada remaja bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi antara faktor biologis, psikologis, dan lingkungan. Hasil dari beberapa penelitian disimpulkan bahwa penyebab utama dari psikotik meliputi :

1. Faktor Genetik

Riwayat keluarga dengan gangguan psikotik, seperti skizofrenia, meningkatkan risiko gangguan serupa pada remaja. Mutasi gen tertentu juga dikaitkan dengan peningkatan risiko psikosis.

2. Faktor Biologis

a. Ketidakseimbangan Neurotransmitter

Gangguan psikotik akibat ketidakseimbangan neurotransmitter adalah kondisi kesehatan mental yang ditandai dengan gangguan serius dalam berpikir, persepsi, emosi, dan perilaku. Ketidakseimbangan neurotransmitter di otak memainkan peran penting dalam menyebabkan gejala psikotik seperti halusinasi, delusi, dan disorganisasi pikiran. Neurotransmitter utama yang terlibat dalam gangguan psikotik:

1) Dopamin

Ketidakseimbangan dopamin, khususnya peningkatan aktivitas di jalur mesolimbik otak, dikaitkan dengan gejala positif gangguan psikotik, seperti halusinasi dan delusi. Sementara itu, aktivitas dopamin yang terlalu rendah di jalur mesokortikal dapat menyebabkan gejala negatif seperti apati dan gangguan kognitif.

2) Serotonin

Serotonin berperan dalam modulasi dopamin dan pengaturan suasana hati. Ketidakseimbangan serotonin dapat berkontribusi pada gejala psikotik dan perubahan suasana hati yang sering terjadi pada skizofrenia.

3) Glutamat

Disfungsi sistem glutamat, terutama di reseptor NMDA, juga dikaitkan dengan gangguan psikotik. Kekurangan aktivitas reseptor NMDA dapat mempengaruhi fungsi kognitif dan persepsi.

4) GABA (Gamma-aminobutyric acid)

GABA adalah neurotransmitter penghambat utama di otak, dan gangguan pada fungsi GABA dapat menyebabkan peningkatan rangsangan otak yang berkontribusi pada gejala psikotik.

Dampak Ketidakseimbangan Neurotransmitter dapat menyebabkan:

- a) Halusinasi: Persepsi sensorik tanpa rangsangan eksternal, seperti mendengar suara atau melihat hal-hal yang tidak ada.
- b) Delusi: Keyakinan yang salah dan tetap, meskipun ada bukti yang bertentangan.
- c) Gangguan Pikiran: Pola pikir yang kacau atau tidak logis.
- d) Gejala Negatif: Kurangnya motivasi, isolasi sosial, dan penurunan ekspresi emosional.

b. Perubahan Struktur Otak

Beberapa studi menemukan perubahan pada volume otak tertentu pada individu dengan gangguan psikotik. Gangguan psikotik akibat perubahan struktur otak ditandai dengan disfungsi pada area otak tertentu yang memengaruhi persepsi, pemikiran, emosi, dan perilaku seseorang. Perubahan struktural pada otak telah ditemukan pada beberapa gangguan psikotik, seperti skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya, melalui studi pencitraan otak. Perubahan Struktur Otak yang Berhubungan dengan Gangguan Psikotik

1) Penurunan Volume Otak

- a) Penurunan total volume materi abu-abu (gray matter) sering diamati, khususnya di area korteks prefrontal dan lobus temporal.
- b) Area ini bertanggung jawab atas pengendalian emosi, pengambilan keputusan, dan pengolahan informasi, yang sering terganggu pada penderita gangguan psikotik.

2) Pembesaran Ventrikel Otak

Ventrikel lateral yang membesar adalah salah satu temuan umum pada pasien dengan skizofrenia. Pembesaran ini mencerminkan hilangnya volume jaringan otak di sekitar ventrikel.

3) Atrofi di Hippocampus dan Amygdala

Hippocampus yang mengecil dapat mengganggu fungsi memori dan pembelajaran. Amygdala yang rusak atau mengecil berkontribusi pada perubahan pengolahan emosi dan respons stres.

4) Penipisan Korteks Prefrontal

Penurunan ketebalan korteks prefrontal berkaitan dengan gangguan fungsi eksekutif, seperti perencanaan, pengambilan keputusan, dan regulasi perilaku.

Penyebab Perubahan Struktur Otak

- 1) Faktor Genetik: Mutasi atau variasi gen yang memengaruhi perkembangan otak.
- 2) Trauma dan Stres Lingkungan: Dapat memperburuk perubahan struktural pada individu yang rentan secara genetik.
- 3) Gangguan Neurotransmitter: Ketidakseimbangan neurotransmitter dapat mempercepat degenerasi atau disfungsi struktural.

Efek Perubahan Struktur Otak pada Gejala Psikotik

- Halusinasi: Dikaitkan dengan aktivitas yang tidak normal di lobus temporal.
- Delusi: Berhubungan dengan disfungsi jalur prefrontal-limbik, yang mengatur keyakinan dan penilaian realitas.
- Disorganisasi Pikiran: Disebabkan oleh gangguan komunikasi antara korteks prefrontal dan area otak lainnya.

3. Faktor Lingkungan

a. Paparan Stres Berat

Stres yang signifikan, seperti trauma masa kecil, kekerasan, atau kehilangan orang terdekat, dapat memicu gangguan psikotik. Gangguan psikotik akibat paparan stres berat adalah kondisi psikologis yang muncul ketika seseorang mengalami tekanan emosional atau stres yang ekstrem, yang memicu gangguan persepsi realitas. Jenis gangguan ini sering disebut gangguan psikotik singkat atau gangguan psikotik akibat stres, di mana gejala psikotik muncul tiba-tiba dan berkaitan langsung dengan peristiwa yang sangat membebani mental.

Penyebab Utama adanya paparan peristiwa traumatis atau stres berat seperti:

- 1) Kehilangan orang yang dicintai (kematian mendadak atau perpisahan traumatis)
- 2) Kecelakaan besar atau bencana alam
- 3) Kekerasan fisik atau emosional
- 4) Perubahan hidup yang drastis, seperti kebangkrutan atau perceraian

Stres berat memengaruhi keseimbangan kimia otak dan jalur saraf yang mengatur respons terhadap tekanan, memicu gejala psikotik pada individu yang rentan. Stres berat memicu aktivasi sumbu HPA (hipotalamus-pituitari-adrenal), yang menghasilkan peningkatan kortisol. Kadar kortisol yang tinggi secara kronis dapat mengganggu fungsi neurotransmitter seperti dopamin dan glutamat, yang memainkan peran penting dalam regulasi persepsi, emosi, dan pemrosesan informasi.

b. Penggunaan Narkoba

Gangguan psikotik akibat penggunaan narkoba merupakan kondisi yang disebabkan oleh efek langsung dari zat psikoaktif pada otak, yang menyebabkan gangguan persepsi, pikiran, dan emosi. Zat-zat seperti amfetamin, kokain, LSD, ganja, dan alkohol dapat memicu gejala psikotik, baik selama penggunaannya, dalam fase putus zat, atau sebagai dampak jangka panjang. Zat narkotika mengubah aktivitas neurotransmitter seperti dopamin, serotonin, dan glutamat, yang penting dalam pengaturan persepsi dan realitas:

- 1) **Dopamin:** Peningkatan kadar dopamin, terutama akibat penggunaan stimulan seperti amfetamin dan kokain, terkait dengan munculnya delusi dan halusinasi.
- 2) **Serotonin:** Zat halusinogen seperti LSD memengaruhi sistem serotonin, menyebabkan distorsi persepsi.
- 3) **Glutamat:** Gangguan pada glutamat oleh zat seperti PCP atau ketamin dapat memicu gejala psikotik yang mirip dengan skizofrenia.

Gejala utama yang muncul pada penderita psikotik akibat penyalahgunaan NAPZA meliputi :

- 1) **Halusinasi:** Melihat, mendengar, atau merasakan sesuatu yang tidak nyata.
- 2) **Delusi:** Keyakinan salah yang tidak dapat dikoreksi meskipun ada bukti yang bertentangan.
- 3) **Disorganisasi Pikiran:** Berbicara atau berpikir dengan cara yang tidak masuk akal.
- 4) **Agitasi atau Perilaku Berbahaya:** Tindakan impulsif yang berbahaya bagi diri sendiri atau orang lain.

Jenis Zat yang Sering Menyebabkan Gangguan Psikotik

- 1) Stimulan (amfetamin, kokain) meningkatkan risiko delusi paranoid dan halusinasi.
- 2) Halusinogen (LSD, PCP) menyebabkan distorsi persepsi dan halusinasi.
- 3) Ganja pada beberapa individu, terutama yang memiliki kerentanan genetik, dapat memicu psikosis.

- 4) Alkohol; psikosis dapat terjadi selama delirium tremens dalam fase putus alkohol yang berat.
4. Ketidakseimbangan Hormonal
- Masa remaja adalah periode perubahan hormonal yang signifikan, yang dapat berkontribusi pada kerentanan terhadap gangguan mental, termasuk psikosis. Kondisi yang terjadi ketika perubahan drastis atau abnormal pada hormon tubuh mempengaruhi fungsi otak, menyebabkan gejala psikotik seperti halusinasi, delusi, dan disorganisasi pikiran. Ketidakseimbangan hormon dapat memengaruhi neurotransmitter yang terlibat dalam regulasi emosi dan persepsi, memicu gangguan psikotik sementara atau berkelanjutan. Hormon yang Berperan dalam Gangguan Psikotik
- a. Kortisol
 - 1) Hormon stres yang diproduksi oleh kelenjar adrenal.
 - 2) Peningkatan kronis kadar kortisol dapat mengganggu jalur dopaminergik dan serotonergik, yang berhubungan dengan gejala psikotik. Stres berkepanjangan atau gangguan seperti sindrom Cushing dapat menyebabkan psikosis.
 - b. Tiroid (Tiroksin dan Triiodotironin)
 - 1) Ketidakseimbangan hormon tiroid (hipotiroidisme atau hipertiroidisme) dapat menyebabkan perubahan mental dan psikosis.
 - 2) Hipotiroidisme berhubungan dengan gejala depresi dan delusi paranoid, sedangkan hipertiroidisme dapat memicu agitasi dan halusinasi.
 - c. Estrogen dan Progesteron
 - 1) Ketidakseimbangan hormon seks wanita dapat memengaruhi mood dan persepsi.
 - 2) Psikosis postpartum sering terjadi setelah melahirkan karena perubahan hormon estrogen dan progesteron yang drastis.
 - d. Hormon Pertumbuhan dan Prolaktin
- Kadar prolaktin yang meningkat secara abnormal, akibat obat atau disfungsi hipofisis, dapat menyebabkan gejala psikotik melalui pengaruh pada neurotransmitter.
5. Penyebab dan Faktor Risiko
- a. Gangguan Endokrinologi seperti penyakit Addison, sindrom Cushing, dan disfungsi tiroid.
 - b. Kehamilan dan Periode Postpartum, yang menyebabkan fluktiasi besar hormon reproduksi.
 - c. Stres Kronis yang memicu peningkatan kortisol secara berlebihan.
6. Gejala Psikotik Akibat Ketidakseimbangan Hormon

- a. Halusinasi: Mendengar suara atau melihat sesuatu yang tidak nyata.
- b. Delusi: Keyakinan yang tidak sesuai dengan kenyataan.
- c. Disorganisasi Pikiran: Bicara atau berpikir yang kacau dan tidak teratur.
- d. Perubahan Mood: Depresi, kecemasan, atau euforia berlebihan.

7. Gangguan Tidur

Kurangnya tidur atau pola tidur yang baik pada anak dan remaja yang terganggu dapat memperburuk gejala psikotik. Berikut penjabarannya:

- a. Disregulasi Neurotransmitter

Gangguan tidur dapat mengganggu keseimbangan neurotransmitter di otak, seperti dopamin, serotonin, dan glutamat, yang berperan penting dalam regulasi suasana hati, kognisi, dan tidur. Ketidakseimbangan ini dapat meningkatkan kerentanan terhadap psikosis, terutama pada individu yang memiliki predisposisi genetik.

- b. Peningkatan Stres dan Inflamasi

Kurang tidur dapat memicu respons stres tubuh, meningkatkan kadar kortisol dan sitokin inflamasi. Stres kronis dan inflamasi telah dikaitkan dengan peningkatan risiko dan keparahan gejala psikosis. (Brek & Sapoh, 2024) menyebutkan bahwa doomscrolling, sebuah kebiasaan yang seringkali mengganggu tidur, dapat menyebabkan stres dan kecemasan yang pada akhirnya memperburuk kesehatan mental.

- c. Gangguan Perkembangan Otak

Tidur berperan penting dalam perkembangan dan pematangan otak, terutama selama masa kanak-kanak dan remaja. Gangguan tidur kronis dapat mengganggu proses ini, berpotensi meningkatkan kerentanan terhadap gangguan neuropsikiatri, termasuk psikosis. (Souders et al., 2017) membahas pentingnya tidur untuk perkembangan sinaptik dan pematangan otak yang khas, dan bagaimana kurang tidur dapat mengganggu proses ini, terutama pada anak-anak dengan gangguan perkembangan saraf.

8. Pengalaman Sosial dan Budaya

Isolasi sosial, pengalaman migrasi, atau diskriminasi dapat meningkatkan risiko psikosis pada remaja.

E. Manifestasi klinis

Remaja dan anak yang mengalami gangguan psikotik dapat menunjukkan berbagai gejala, seperti halusinasi, delusi, gangguan perilaku, dan perubahan emosi (Idaiani et al., 2019). Gejala-gejala utama yang dapat muncul antara lain mendengar suara-suara, melihat bayangan atau sosok yang tidak nyata, serta memiliki keyakinan yang tidak rasional. Gejala gangguan psikotik pada remaja dan anak-anak

seringkali sulit dikenali karena dapat menyerupai perilaku normal pada masa perkembangan. Berikut adalah beberapa manifestasi klinis yang umum:

1. Delusi

Keyakinan yang salah dan tidak sesuai kenyataan, seperti merasa diawasi atau memiliki kekuatan luar biasa.

2. Halusinasi

Persepsi tanpa rangsangan nyata, paling sering berupa halusinasi pendengaran (mendengar suara-suara yang tidak ada).

3. Gangguan Pikiran

Pemikiran yang tidak logis atau kacau, sulit untuk mengikuti percakapan atau menyampaikan ide secara koheren.

4. Perubahan Perilaku

Perilaku yang aneh, mencurigakan, atau sangat berbeda dari sebelumnya. Anak mungkin menjadi tertutup, takut, atau agresif tanpa alasan jelas.

5. Gangguan Emosi

Respon emosional yang tidak sesuai atau datar, misalnya, tertawa di saat yang tidak tepat.

6. Fungsi Sosial dan Akademik yang Menurun

Penurunan kinerja sekolah, kesulitan menjalin hubungan sosial, atau menarik diri dari lingkungan sosial

7. Perubahan Pola Tidur dan Makan

Pola tidur yang tidak teratur, insomnia, atau hypersomnia. Gangguan pola makan juga dapat muncul.

Tanda Spesifik pada Anak

1. Gejala psikotik pada anak lebih sering disertai dengan gangguan perkembangan, seperti keterlambatan berbicara dan kesulitan belajar.
2. Anak-anak lebih cenderung mengalami halusinasi visual dibandingkan dengan halusinasi pendengaran.

F. Diagnosis dan Prognosis

Diagnosis dan prognosis gangguan psikotik pada remaja dan anak perlu mendapatkan perhatian khusus. Diperlukan kesadaran dan pemahaman yang lebih baik dari masyarakat, keluarga, dan tenaga kesehatan untuk dapat menangani gangguan psikotik pada remaja dan anak secara efektif. (Idaiani et al., 2019) (Silvana et al., 2020) (Apridamayanti et al., 2023) (Christina et al., 2019). Proses diagnosis gangguan psikotik pada anak dan remaja memerlukan pendekatan yang komprehensif, meliputi:

1. Wawancara Klinis

- a. Dilakukan oleh psikiater atau psikolog untuk mengidentifikasi gejala seperti halusinasi, delusi, dan perubahan perilaku.
 - b. Riwayat keluarga, riwayat perkembangan, dan kejadian stres signifikan dieksplorasi.
2. Penggunaan Kriteria DSM-5 atau ICD-10
- DSM-5 mendefinisikan gangguan psikotik berdasarkan durasi gejala, jenis gejala (delusi, halusinasi, pikiran kacau), dan dampak pada fungsi sosial dan akademik.
3. Pemeriksaan Psikologis dan Penilaian Kognitif
- Tes kognitif dan evaluasi perilaku digunakan untuk membedakan gangguan psikotik dari gangguan mood atau neurodevelopmental lainnya
4. Pemeriksaan Medis dan Laboratorium
- Dilakukan untuk mengecualikan penyebab organik atau zat tertentu yang dapat memicu gejala psikotik.
5. Diagnosis Banding
- a. Gangguan mood dengan gejala psikotik
 - b. Gangguan spektrum autisme
 - c. Gangguan penggunaan zat
6. Prognosis Gangguan Psikotik pada Remaja dan Anak
- Prognosis bergantung pada berbagai faktor, termasuk waktu deteksi, tingkat dukungan keluarga, dan pengobatan yang diterima.
- a. Faktor yang Mempengaruhi Prognosis:
- a. Onset Gejala yang Lebih Dini
 - Semakin dini onset gejala, biasanya terkait dengan prognosis yang lebih buruk karena perkembangan otak yang terpengaruh lebih lama.
 - b. Respon terhadap Pengobatan
 - Respon yang baik terhadap antipsikotik dan terapi psikososial meningkatkan kemungkinan pemulihan yang lebih baik.
 - c. Adanya Riwayat Keluarga
 - Riwayat keluarga dengan gangguan psikotik sering dikaitkan dengan perjalanan penyakit yang lebih kompleks.
 - d. Dukungan Sosial
 - Dukungan yang kuat dari keluarga dan sekolah meningkatkan hasil jangka panjang yang lebih positif.
- b. Hasil yang Mungkin
- 1) Remisi Gejala
 - Dengan pengobatan yang tepat, sebagian besar anak dan remaja dapat mengalami perbaikan.
 - 2) Kambuh Berulang

Beberapa individu mungkin mengalami episode berulang, membutuhkan perawatan jangka panjang.

3) Disabilitas Sosial dan Fungsional

Dalam kasus yang parah, dapat terjadi gangguan signifikan dalam fungsi sosial dan akademik.

G. Perawatan Terpadu.

Perawatan Terpadu pada Gangguan Psikotik Remaja dan Anak menekankan pendekatan secara holistik yang mencakup berbagai layanan medis, psikologis, sosial, dan pendidikan untuk membantu individu muda yang mengalami gangguan psikotik. Pendekatan ini bertujuan untuk menangani gejala psikosis secara efektif, meningkatkan fungsi sosial dan akademik, serta mencegah kekambuhan.

Pengobatan yang tepat dan dukungan sosial yang memadai dapat membantu meningkatkan prognosis pada remaja dan anak dengan gangguan psikotik. Meskipun prevalensi gangguan psikotik pada kelompok usia ini cukup tinggi, kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental masih rendah. (Christina et al., 2019) (Silvana et al., 2020) Upaya peningkatan akses dan kualitas layanan kesehatan mental, serta pengurangan stigma di masyarakat, sangat diperlukan untuk mengatasi masalah gangguan psikotik pada remaja dan anak di Indonesia.

Pengobatan gangguan psikotik bertujuan untuk meredakan gejala, mencegah kambuh, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Pendekatan pengobatan melibatkan terapi farmakologis dan non-farmakologis.

1. Pengobatan Farmakologis (Obat-Obatan)

a. Antipsikotik adalah pengobatan utama untuk psikosis.

1) Antipsikotik Generasi Pertama (Typical Antipsychotics)

Contoh: Haloperidol, Chlorpromazine.

Efektif untuk mengurangi gejala positif (halusinasi, delusi), tetapi berisiko menyebabkan efek samping ekstrapiramidal.

2) Antipsikotik Generasi Kedua (Atypical Antipsychotics)

Contoh: Risperidone, Olanzapine, Aripiprazole.

Lebih umum digunakan karena memiliki efek samping yang lebih ringan terhadap fungsi motorik

b. Pengobatan Tambahan

Antidepresan atau mood stabilizer dapat diberikan jika ada gangguan mood yang menyertai.

2. Terapi Psikososial

a. Terapi Kognitif Perilaku (CBT)

- Membantu pasien mengidentifikasi dan mengatasi pola pikir negatif atau delusi yang memperburuk gejala.
- b. Rehabilitasi Psikososial
 - Fokus pada peningkatan keterampilan sosial dan fungsi sehari-hari
- c. Pendidikan Psikoedukasi untuk Keluarga
 - Membantu keluarga memahami gangguan dan mendukung pengobatan.

3. Manajemen Lingkungan

Menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung, dengan pengawasan ketat selama fase akut.

4. Terapi Lain

Selain psikofarmakologi dan terapi psikososial, intervensi lain yang mungkin bermanfaat meliputi:

- a. Pendidikan psikoedukasi: Memberikan informasi tentang psikosis kepada pasien dan keluarga dapat membantu mengurangi stigma dan meningkatkan pemahaman tentang kondisi tersebut.
- b. Dukungan kelompok: Berinteraksi dengan orang lain yang memiliki pengalaman serupa dapat memberikan dukungan emosional dan rasa kebersamaan.
- c. Modifikasi gaya hidup: Mempromosikan gaya hidup sehat, termasuk pola makan yang seimbang, olahraga teratur, dan tidur yang cukup, dapat mendukung kesehatan mental secara keseluruhan.

Pendekatan terpadu yang melibatkan kerja sama antara berbagai disiplin ilmu memastikan bahwa semua aspek kehidupan anak dan remaja yang terkena gangguan psikotik mendapatkan perhatian yang memadai, mendorong pemulihan yang lebih komprehensif dan berkelanjutan. Penting untuk dicatat bahwa pengobatan psikosis pada remaja dan anak harus diindividualisasi dan disesuaikan dengan kebutuhan spesifik setiap pasien. Evaluasi menyeluruh oleh profesional kesehatan mental sangat penting untuk menentukan diagnosis yang akurat dan rencana pengobatan yang tepat.

H. Referensi

-
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
 - Apridamayanti, P., Heryani, S.-, Murniati, M., Grasella, S.-, & Syafitri, D. A. (2023). Pendampingan Masyarakat Desa Sungai Rengas Sebagai Upaya Peningkatan Kesadaran Akan Pentingnya Kesehatan Mental. In Jurnal

Pengabdi (Vol. 6, Issue 1). Tanjungpura University.
<https://doi.org/10.26418/jplp2km.v6i1.61884>

Idaiani, S., Yunita, I., Tjandrarini, D. H., Indrawati, L., Darmayanti, I. Y., Kusumawardani, N., & Mubasyiroh, R. (2019). Prevalensi Psikosis di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2018. In Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan (p. 9).
<https://doi.org/10.22435/jpppk.v3i1.1882>

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.

Marbun, E. M., Nida, Q., & Juwandi, R. (2023). Peran dinas sosial dalam upaya rehabilitasi orang dengan gangguan jiwa menurut peraturan daerah kota bekasi nomor 06 tahun 2008 tentang dinas daerah kota bekasi. In Jurnal Pendidikan Kewarganegaraan (Vol. 7, Issue 1, p. 149).
<https://doi.org/10.31571/jpkn.v7i1.5754>

McClellan, J., & Werry, J. (2018). *Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia*.

McGorry, P., Killackey, E., & Yung, A. (2016). Early intervention in psychosis: Concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 15(1), 35-45.

Murray, R. M., Bhavsar, V., Tripoli, G., & Howes, O. (2017). Early life stress and psychosis: Links and mechanisms. *Schizophrenia Bulletin*.

NICE Guidelines. (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management*.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*.

I. Glosarium

APA : American Psychiatric Association

DSM – 5 : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*

I-NAMHS : International Neuropsychiatric Assessment of Mental Health Systems

NMDA : N-Methyl-D-Aspartate

GABA : Gamma-aminobutyric acid

HPA : Hipotalamus-pituitari-adrenal

LSD : Lysergic Acid Diethylamide

PCP : Phencyclidine

NAPZA : Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif

CBT : Cognitive Behavior Therapy

CHAPTER 5

GANGGUAN TIDUR PADA ANAK DAN REMAJA: DAMPAKNYA TERHADAP KESEHATAN MENTAL

Endang Mei Yunalia, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Pendahuluan

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa *Non Communicable Disease* merupakan isu masalah kesehatan dunia yang perlu mendapat perhatian, termasuk juga di Asia Tenggara (Galderisi et al., 2015). Kesehatan mental merupakan isu yang banyak dibahas belakangan ini. Keperawatan jiwa sendiri menggolongkan 3 kategori kondisi kesehatan mental, yaitu orang yang berada pada kondisi sehat mental, masalah resiko/ psikososial, dan masalah gangguan jiwa. Meningkatnya angka kejadian gangguan jiwa di Indonesia harus dikenali dan diatasi sejak dini. Gangguan mental ini dapat bermula dari munculnya masalah psikososial yang tidak ditangani dengan tepat (Kotijah et al., 2021).

Kesehatan Jiwa merupakan situasi dimana seseorang dapat berkembang secara fisik, psikologis, spiritual, dan sosial, dapat memahami kemampuan diri, dapat mengatasi masalah, mampu melakukan pekerjaan dengan produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk lingkungannya (UU-RI, 2014). Masalah kesehatan jiwa perlu mendapatkan perhatian dalam hal peningkatan sumber daya manusia khususnya pada kelompok usia remaja, karena remaja perlu disiapkan untuk kekuatan bangsa (Yunalia et al., 2021) Meskipun pemberian informasi tentang kesehatan mental telah gencar diberikan, namun kenyataanya masih banyak yang tidak segera melakukan penanganan ketika tanda gejala masalah mental tersebut muncul (Li, 2012).

Masalah kesehatan jiwa merupakan permasalahan yang kompleks. Masalah kesehatan jiwa ini berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan dan stresor yang dihadapi. Masalah kesehatan jiwa dapat terjadi jika terdapat keadaan tertentu yang menghambat kemampuan seseorang dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan dan stresor dalam kehidupan (Nishi et al., 2019). *World Health Organization* (WHO) memaparkan bahwa sebanyak 104 dari 1000 populasi usia 14-25 tahun memiliki berbagai jenis masalah kesehatan jiwa (Dhamayanti et al., 2018). Stress rentan terjadi pada remaja karena berbagai faktor diantaranya yaitu karena tingginya tekanan dalam proses adaptasi, rasa ingin diterima oleh lingkungan, keinginan mandiri dan meningkatnya kebutuhan

terhadap akses teknologi serta kebutuhan lainnya. Hal tersebut akan memicu terjadinya masalah emosional pada remaja (Aziz et al., 2021).

Gangguan kesehatan jiwa pada kelompok usia remaja (15 – 24 tahun) antara lain yaitu depresi (6,2%) yang disertai dengan kecenderungan *self harm* hingga percobaan bunuh diri (RISKESDAS, 2018). Selain itu berdasarkan hasil penelitian terdahulu disebutkan bahwa sebagian besar remaja di Jawa Timur yang berusia 15 – 24 tahun mengalami gangguan emosional dan perilaku dalam kategori ringan (Aziz et al., 2021). Gangguan mental emosional pada remaja juga diawali oleh terjadinya permasalahan psikososial yang tidak diatasi dengan efektif (Yunalia & Etika, 2020).

Kesehatan jiwa berkaitan dengan beberapa hal. Pertama yaitu cara pandang diri sendiri dan orang lain, lalu cara seseorang untuk mengevaluasi berbagai alternatif solusi sebagai jawaban dari permasalahan dan ketiga bagaimana seseorang memikirkan, merasakan serta menjalankan kegiatan sehari-hari (Thirunavurakasu et al., 2013) termasuk faktor yang paling berpengaruh terhadap kesehatan jiwa adalah pola tidur (Wilanda et al., 2024).

Gangguan tidur merupakan kumpulan kondisi yang meliputi tanda dan gejala berupa gangguan dalam jumlah, kualitas, atau waktu tidur pada seorang individu. Gangguan ini merupakan masalah yang umum terjadi pada anak dan remaja dengan prevalensi antara 25%-40% (Mindell et al., 2009). Pada anak usia sekolah, prevalensi gangguan tidur mencapai 30%. Anak dengan gangguan tidur yang kronis dapat mengalami gangguan belajar dan memori di sekolah, iritabel, perubahan mood, kesulitan mempertahankan perhatian, dan perubahan perilaku seperti agresif, hiperaktif, atau impulsivitas (Tippawanich et al., 2024).

Tidur merupakan kebutuhan dasar yang penting bagi tiap orang. Secara fisiologi tidur sangat bermanfaat karena dapat mempertahankan kesehatan fisik maupun mental sehingga berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang. Pola tidur yang baik mampu menciptakan kualitas tidur yang bagus. Kualitas tidur yang bagus dapat meningkatkan konsentrasi, produktivitas serta meningkatkan suasana hati (Ningsih & Permatasari, 2020).

B. Konsep Istirahat dan Tidur

1. Definisi Tidur

Istirahat merupakan kondisi dimana aktivitas fisik mengalami penurunan dan memiliki efek badan menjadi lebih bugar. Sedangkan tidur merupakan kondisi relatif tanpa sadar dan penuh ketenangan tanpa kegiatan, yang merupakan rangkaian siklus yang berulang dan masing-masing menyatakan fase kegiatan otak dan fisik yang kedua (Devi & Heri, 2021).

Tidur adalah keadaan tidak sadarkan diri dimana persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun atau hilang dan dapat dibangunkan kembali dengan indera atau rangsangan yang cukup. Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang harus dipenuhi oleh semua orang termasuk pada anak dan remaja. Istirahat dan tidur yang cukup, dapat mengakibatkan badan dapat berfungsi secara optimal. Istirahat dan tidur sendiri memiliki makna yang berbeda pada setiap individu. Secara umum, istirahat merupakan kondisi yang tenang, rileks, tanpa tekanan emosional dan terbebas dari perasaan gelisah. Istirahat bukan berarti tidak melakukan aktivitas sama sekali, pada prinsipnya istirahat adalah melakukan kegiatan yang dapat membuat rileks (Abselian et al., 2023).

Evaluasi pemenuhan tidur yang ketat merupakan bagian penting untuk diperhatikan, karena gangguan tidur sering menjadi gejala awal gangguan jiwa. Beberapa jenis gangguan jiwa dapat menyebabkan perubahan fisiologi tidur (Putra et al., 2024).

2. Fisiologi Tidur

Fisiologi tidur ini merupakan aktivitas tidur yang berhubungan dengan mekanisme serebral yang secara bergantian mengaktifkan dan menekan pusat otak agar dapat tidur dan bangun. Bagian otak yang mengendalikan aktivitas tidur adalah batang otak, tepatnya pada sistem pengaktifan retikularis atau reticular activating system (RAS) dan bulbar synchronizing regional (BSR). RAS merupakan bagian yang terdapat di batang otak bagian atas dan memiliki sel-sel khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan serta kesadaran. RAS juga dapat memberi stimulus visual, auditorik, nyeri, dan perabaan serta dapat menerima stimulus dari korteks serebri termasuk rangsangan emosi dan proses berpikir. Ketika manusia berada pada kondisi sadar, RAS melepaskan katekolamin untuk mempertahankan kewaspadaan atau situasi terjaga. Sedangkan produksi serotonin akan menimbulkan rasa kantuk yang selanjutnya menyebabkan tidur. Terbangun atau terjaganya seseorang tergantung pada keseimbangan impuls yang diterima di pusat otak dan sistem limbik (Widodo & Soetomenggolo, 2016).

Setiap individu memiliki bioritme. Bioritme adalah perubahan siklus tingkat kimia atau fungsi tubuh. Bioritme diklasifikasikan menjadi 2 yaitu internal (endogeneous) dikontrol dengan jam biologis internal, dan eksternal (exsogenous) yang dikontrol dengan mensinkronkan siklus internal dengan stimulus eksternal misalnya tidur / terjaga dan siang / malam. Stimulus ini merupakan isyarat waktu lingkungan seperti sinar matahari, makanan, kebisingan, atau interaksi sosial. Stimulus ini membantu mengatur ulang jam biologis menjadi 24 jam sehari (Fretes, 2021).

3. Tahapan Tidur

Tidur terbagi menjadi dua tahapan, yaitu *nonrapid eye movement* (NREM) dan *rapid eye movement* (REM).

a. Tidur NREM (*Non Rapid Eye Movement*)

Tidur NREM disebut juga sebagai tidur gelombang pedek karena gelombang otak karena gelombang otak bergerak dengan sangat lambat dibandingkan dengan gelombang yang ditunjukkan orang yang sadar. Tidur NREM terjadi penurunan sejumlah fungsi fisiologi tubuh. Semua proses metabolisme termasuk tanda-tanda vital, metabolisme, dan kerja otot semakin lambat. Hal ini yang juga terjadi pada saat tidur NREM adalah pergerakan bola mata melambat dan mimpi berkurang (Fretes, 2021).

Tidur NREM terdiri dari 4 tahap, yaitu:

1) Tahap I

Tahap I merupakan tahap paling dangkal dari tidur yang merupakan tahap transisi antara kondisi bangun dan tidur. Tahap I ditandai dengan tubuh yang cenderung relaks namun masih sadar dengan lingkungannya, merasa mengantuk, bola mata bergerak, nadi dan napas frekuensinya sedikit menurun, serta seseorang masih mudah dibangunkan. Tahap I biasanya terjadi selama 5 menit atau sekitar 5% dari total waktu tidur.

2) Tahap II

Tahap II merupakan tahap dimana seseorang masuk pada tahap tidur, tetapi masih dapat bangun dengan mudah. Tahap I dan tahap II merupakan tahap tidur ringan (*light sleep*). Pada tahap II ini, otot mulai relaks, mata pada umumnya menetap, dan proses fisiologis tubuh terus menurun yang ditandai dengan menurunnya denyut jantung, frekuensi pernafasan, suhu tubuh, dan metabolisme. Tahap II biasanya terjadi selama 10-20 menit atau merupakan 50-55% dari total tidur.

3) Tahap III

Tahap III adalah awal tahap tidur dalam atau tidur nyenyak (*deep sleep*). Tahap ini memiliki ciri – ciri adanya relaksasi otot menyeluruh denyut nadi melambat yang juga diikuti dengan frekuensi napas yang melambat serta proses tubuh yang lainnya. Melambatnya aktivitas fisiologis tersebut terjadi karena adanya dominasi sistem saraf parasimpatik. Tahap tidur ke III ini, seseorang akan cenderung sulit dibangunkan. Tahap III terjadi selama 15-30 menit atau 10% dari total tidur.

4) Tahap IV

Seseorang akan tidur semakin dalam atau delta sleep pada tahap ke IV ini. Tahap IV ditandai dengan berubahnya fungsi fisiologis, yaitu gelombang

otak yang melemah serta adanya penurunan denyut jantung, tekanan darah, tonus otot, metabolisme, serta suhu tubuh. Pada tahap ke IV ini, seseorang jarang bergerak dan sulit dibangunkan. Tahap ini berlangsung selama 15-30 menit dan merupakan 10% dari total tidur (Abselian et al., 2023).

b. Tidur REM (*Rapid Eye Movement*)

Tidur REM biasanya terjadi sekitar 5 sampai 30 menit dan biasanya muncul setiap 90 menit. Durasi tidur REM sangat ditentukan oleh keadaan seseorang, apabila seseorang sangat mengantuk maka waktu tidur REM berjalan sangat singkat bahkan tidak ada. Sebaliknya apabila seseorang tidur dalam keadaan yang nyenyak durasi tidur REM bisa makin lama (Utami, 2020). Tidur REM memiliki ciri – ciri sebagai berikut:

- 1) Terjadi mimpi yang aktif
- 2) Pergerakan otot tubuh yang aktif
- 3) Seseorang sulit dibangunkan
- 4) Tonus otot seluruh tubuh sangat berkurang (hal ini menunjukkan adanya hambatan yang kuat pada area pengaturan otot di spinal).
- 5) Frekuensi denyut jantung dan pernapasan biasanya menjadi irreguler(hal ini adalah sifat dari tidur dengan mimpi.
- 6) Otak menjadi sangat aktif dan metabolisme di seluruh otak meningkat sekitar 20%.

4. Kebutuhan Tidur pada Anak dan Remaja

- a. Infant (usia 2-12 bulan) membutuhkan tidur 12 – 14 jam/ hari
- b. Toddler (usia 1-3 tahun) membutuhkan tidur 11 – 12 jam/ hari
- c. Prasekolah (usia 4-6 tahun) membutuhkan tidur 11 jam
- d. Usia sekolah (usia 6- 12 tahun) tidur 10 jam/ hari
- e. Remaja (usia 12-17 tahun) membutuhkan tidur 8,5 jam/ hari
(Abselian et al., 2023)

5. Faktor yang Mempengaruhi Pemenuhan Tidur pada Anak dan Remaja

a. Screen time

Screen time ialah waktu yang digunakan tiap hari saat menatap layar alat elektronik. *Screen time* dapat mempengaruhi kuantitas dan kualitas tidur. Hal ini terjadi karena penggunaan gadget dapat mengalihkan dan menunda waktu tidur. Aanya paparan cahaya dari gadget juga bisa menganggu irama sirkadian sehingga membuat seseorang mengalami keterlambatan tidur terutama pada malam hari (Tasya et al., 2021).

Selain itu, diketahui bahwa paparan cahaya dari gadget dapat mengakibatkan terganggunya pelepasan pada hormon melatonin. Dimana hormon melatonin disebut sebagai hormon penting dalam tidur yang

diproduksi oleh kelenjar pineal sehingga ketika hal tersebut terjadi membuat seseorang mengalami kesulitan tidur dan sering terbangun pada malam hari (Wijayanti & Kadita, 2017).

b. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik merupakan setiap gerak tubuh yang dapat mengeluarkan tenaga yang dihasilkan oleh kinerja otot rangka. Aktivitas fisik juga mencakup semua kegiatan yang dilakukan sehari-hari baik di sekolah, kegiatan olahraga dan lain-lain (Mufidah & Soeyono, 2021).

Aktivitas fisik adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas tidur pada seseorang. Terdapat hubungan antara aktivitas fisik dengan kualitas tidur seseorang. Hal ini terjadi karena pada saat seseorang melakukan aktivitas fisik, maka seseorang dapat mengalami kelelahan sehingga memerlukan lebih banyak istirahat dan tidur untuk menjaga keseimbangan tubuh akibat banyaknya energi yang dikeluarkan oleh tubuh (Baso et al., 2018).

c. Stres akademik

Stress akademik merupakan kondisi dimana murid atau mahasiswa tidak mampu menghadapi tuntutan akademik dan menganggap tuntutan akademik sebagai suatu gangguan (Yunalia et al., 2021). Tuntutan akademik yang disebutkan dalam stress akademik ini seperti beban tugas perkuliahan yang berat, tingginya harapan yang dimiliki orang tua maupun orang terdekat dalam bidang akademik. Stres dapat meningkatkan mekanisme kinerja hormone tubuh seperti hormon epinefrin, norepinefrin, dan kortisol yang dapat merangsang aktifitas RAS (*Reticular Activating System*) sehingga mengakibatkan seseorang dalam keadaan terjaga sehingga dapat berpengaruh terhadap kualitas tidurnya (Humaira, 2023).

d. Gaya Hidup

Gaya hidup remaja yang kurang sehat seperti kebiasaan mengkonsumsi minuman yang mengandung kafein yang akan mempengaruhi kualitas tidur remaja. Mengkonsumsi rokok, nikotin yang terdapat dalam rokok memiliki efek merangsang, dan perokok biasanya memiliki kualitas tidur yang buruk. Mengikuti kebiasaan makan yang baik penting untuk menciptakan tidur yang baik (Ningsih & Permatasari, 2020).

e. Faktor lingkungan

Lingkungan secara signifikan dapat mempengaruhi kemampuan untuk tetap tidur dan mempertahankan tidur seseorang. Seseorang yang berada pada lingkungan yang tidak nyaman memiliki resiko 4,297 kali untuk mengalami kualitas tidur yang buruk jika dibandingkan dengan mahasiswa yang berada di lingkungan yang nyaman. Lingkungan fisik ini meliputi

kebisingan, cahaya lampu, suhu, tempat tidur dan ventilasi (Jepisa & Riasmini, 2020).

C. Jenis Gangguan Tidur pada Anak dan Remaja

Terdapat tiga jenis gangguan tidur yang sering terjadi pada anak dan remaja yaitu disomnia, parasomnia dan gangguan tidur sekunder. Disomnia berhubungan dengan masalah jumlah tidur, saat mulai dan mempertahankan tidur. Parasomnia merupakan sekelompok masalah yang berhubungan dengan keadaan terjaga, baik itu terjaga sebagian atau transisi tahapan tidur. Masalah gangguan tidur pada anak dan remaja ini dapat mengganggu tidur, namun biasanya tidak menyebabkan keadaan mengantuk yang berlebihan. Gangguan tidur sekunder, dihubungkan dengan gangguan psikiatri atau gangguan mental, gangguan neurologis ataupun masalah medis yang lain (Stores, 1996).

D. Dampak Gangguan Tidur pada Anak dan Remaja terhadap Kesehatan Mental

Gangguan tidur merupakan kondisi yang ditandai dengan adanya gangguan dalam kuantitas, kualitas, atau waktu tidur pada seorang individu (Harmoniati et al., 2016). Gangguan tidur pada anak dan remaja ditunjukkan dengan jumlah waktu tidur yang inadekuat dan disebabkan oleh kombinasi faktor internal dan eksternal. Faktor internal di antaranya perubahan perkembangan alami, seperti pergeseran irama sirkadian selama pubertas, *delayed sleep phase syndrome*, dan *sleep disordered breathing* (SDB), seperti obstructive sleep apnea (OSA). Faktor eksternal yang dapat menyebabkan gangguan tidur antara lain yaitu waktu mulai sekolah lebih awal dan kebiasaan sebelum tidur, seperti konsumsi kafein dan penggunaan alat elektronik mendekati waktu tidur (Halal & Nunes, 2014).

Gangguan tidur pada anak dan remaja dapat berdampak aspek fisik dan psikologis. Gangguan tidur akan berdampak pada kesehatan mental seseorang seperti suasana hati yang sering berubah, khawatir, cemas bahkan depresi. Selain itu, dampak psikologis yang umumnya terjadi pada anak dan remaja adalah adanya permasalahan pada aspek memori, gangguan konsentrasi ketika belajar dan adanya penurunan fungsi kognitif (Caesarridha, 2021).

Kualitas tidur sangat penting untuk kesehatan secara keseluruhan, termasuk kesehatan mental. Penelitian secara konsisten menunjukkan hubungan dua arah antara kualitas tidur dan kesehatan mental (Wilanda et al., 2024). Tidur yang tidak cukup atau kurang berkualitas dikaitkan dengan peningkatan tingkat stres, gangguan fungsi kognitif, dan risiko gangguan kesehatan mental yang lebih tinggi. Anak dan remaja yang memiliki berbagai aktivitas akademik, kegiatan non

akademik, penggunaan gadget yang berlebihan dapat mempengaruhi kualitas tidur anak dan remaja.

Korelasi yang kompleks antara pola tidur dengan kesehatan mental sangat penting untuk diperhatikan dan perlunya dikembangkan intervensi yang diharapkan dapat meningkatkan kualitas tidur dan kemudian meningkatkan kesehatan mental pada kelompok usia anak dan remaja (Bezerra et al., 2023). Kualitas tidur berkaitan dengan kondisi *well being* pada anak dan remaja. Gangguan tidur pada anak dan remaja sering diikuti dengan berbagai penyakit atau gangguan somatik, masalah mental dan gangguan neurologis. Gangguan tidur juga memiliki dampak negatif terhadap *mood* dan perilaku. Gangguan tidur yang terpolak terus – menerus di kalangan anak dan remaja pada beberapa kasus dapat berdampak sebagai gejala gangguan mental atau menunjukkan adanya masalah psikiatrik (Ningsih & Permatasari, 2020).

Beberapa jenis gangguan neurologis dan masalah psikiatri akibat gangguan tidur pada anak dan remaja dikaitkan dengan kejadian ADHD, autism, sindrom Asperger, sindrom Tourette, epilepsi dan gangguan belajar serta motoric. Meskipun dari hasil penelitian disebutkan bahwa, penyebab pada kasus – kasus tersebut memiliki banyak faktor perancu (Cauter et al., 2001). Sebuah penelitian eksperimental dengan cara membiarkan subjek penelitian tidak tidur dalam waktu 90 jam, menunjukkan adanya penurunan kemampuan sensoris, menurunnya kemampuan bereaksi terhadap stimulus, serta menurunnya kecepatan motoric dan memori. Hal ini terjadi karena gangguan tidur yang dialami oleh anak ataupun remaja mempengaruhi fungsi korteks serebral. Lebih lanjut dijelaskan bahwa gangguan tidur terutama kurangnya kuantitas waktu tidur dapat menyebabkan terjadinya perubahan mood gangguan fungsi kognitif dan performa motorik serta perubahan hormonal (Lamberg, 2015). Banyak penelitian yang juga menjelaskan adanya hubungan antara gangguan tidur pada anak dan remaja dengan berbagai gejala gangguan mental, antara lain depresi dan masalah perilaku. Stres pasca trauma dan perilaku menyimpang juga dikaitkan dengan gangguan tidur. Selain itu, harga diri rendah, kecemasan dan ketakutan juga berhubungan dengan gangguan tidur yang terjadi (Spruyt et al., 2005).

E. Simpulan

Anak dan remaja yang sedang berada pada tahap pertumbuhan dan perkembangan perlu untuk memperhatikan dan menjaga hal – hal yang berpengaruh terhadap proses tumbuh kembang, salah satunya adalah kualitas tidur. Kualitas tidur sangat penting untuk kesehatan secara keseluruhan, karena kualitas tidur yang buruk atau adanya gangguan tidur pada anak dan remaja dapat

menimbulkan efek bukan hanya pada aspek fisiologis saja, tapi juga memberikan dampak pada aspek psikologis. Jika hal ini tidak dideteksi sedini mungkin maka dapat menimbulkan permasalahan pada aspek psikologis ataupun dapat memicu terjadinya gangguan mental yang semakin nyata.

F. Referensi

- Abselian, U. P., Armayani, Rahmawati, Saltar, L., Nasus, E., Rudhiati, F., Rangki, L., Ginanjar, R., Dewi, I. M., Damayanti, N., Rahmadika, N., Hermanto, & Marlina, T. (2023). Dasar Dasar Fisiologis Untuk Praktik Keperawatan. In *Eureka Media Aksara*.
- Aziz, U. K., Lutfiya, I., & Sulaiman, I. (2021). Gambaran Gangguan Perilaku dan Emosional pada Remaja Usia 10-24 Tahun Berdasarkan Faktor Sosiodemografi (Analisis Data Susenas Tahun 2015). *BIOGRAPH-I: Journal of Biostatistics and Demographic Dynamic*, 1(2), 54. <https://doi.org/10.19184/biograph-i.v1i2.27873>
- Baso, M. C., Langi, F. L. F., & Sekeon, S. A. . (2018). Hubungan Antara Aktivitas Fisik Dengan Kualitas Tidur Pada Remaja Di Sma Negeri 9 Manado. *Jurnal Kesmas*, 7(5), 5–10. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/kesmas/article/view/22146>
- Bezerra, L. B., Fortkamp, M., Silva, T. O., Cruz, V., Souza, P. De, Aparecida, A., Machado, V., Carlos, J., & Pires, R. (2023). *Uso excessivo de mídias sociais relacionado à saúde mental e à redução da qualidade do sono em estudantes Excessive use of social media related to mental health and decreased sleep quality in students Uso excesivo de redes sociales relacionado con la salud*. 23(7), 1–11.
- Caesarridha, D. K. (2021). Hubungan kualitas tidur dengan konsentrasi belajar pada mahasiswa kedokteran. *Jurnal Medika Hutama*, 2(4), 1213–1217. <http://journal.stainkudus.ac.id/index.php/equilibrium/article/view/1268/1127>
- Cauter, E. Van, Leproult, R., & Plat, L. (2001). Article reviewed: Age-related changes in slow wave sleep and REM sleep and relationship with growth hormone and cortisol levels in healthy men. *Sleep Medicine*, 2(4), 359–361. [https://doi.org/10.1016/S1389-9457\(01\)00104-6](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(01)00104-6)
- Devi, N. K. A., & Heri, M. (2021). Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Dan Tidur Pada Anak: Literature Review. *Jurnal Online Keperawatan Indonesia*, 4(1), 7–16. <https://doi.org/10.51544/keperawatan.v4i1.1444>
- Dhamayanti, M., Peryoga, S. U., & Firmansyah, M. R. (2018). Emotional Mental Problems among Adolescents: Urban and Semi- Urban Settings. *Althea Medical Journal*, 5(2), 77–81.
- Fretes, F. E. De. (2021). Hubungan Durasi dan Frekuensi Penggunaan Gadget dengan Pola Tidur Remaja di Panti Asuhan Kasih Agape Surabaya selama Pandemi

- Covid 19. In *STIKES Hang Tuah* (Vol. 75, Issue 17).
- Galderisi, S. I. G., Heinz, A. N. H., Kastrup, M. A. K., Beezhold, J. U. B., & Sartorius, N. O. S. (2015). Toward a New Definition of Mental Health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233.
- Halal, C. S. E., & Nunes, M. L. (2014). Education in children's sleep hygiene: Which approaches are effective? A systematic review. *Jornal de Pediatria*, 90(5), 449–456. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.05.001>
- Harmoniati, E. D., Sekartini, R., & Gunardi, H. (2016). Intervensi Sleep Hygiene pada Anak Usia Sekolah dengan Gangguan Tidur: Sebuah Penelitian Awal. *Sari Pediatri*, 18(2), 93. <https://doi.org/10.14238/sp18.2.2016.93-9>
- Humaira, M. (2023). Melintasi Tantangan Pendidikan Online: Dinamika Dukungan Sosial dan Reduksi Stres Akademik pada Mahasiswa Selama Pandemi COVID-19. *Happiness: Journal of Psychology and Islamic Science*, 7(2), 110–123. <https://doi.org/10.30762/happiness.v7i2.947>
- Jepisa, T., & Riasmini, N. M. (2020). Karakteristik , Tingkat Depresi dan Faktor Lingkungan Fisik Dengan Characteristic , Depression Level , Physical Environment Factor with Sleep Quality of Geriatric Living at Pstw of Sumbar Provinces. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 4(2), 152–159.
- Kotijah, Yusuf, Sumiatin, & Putri. (2021). *Masalah Psikososial Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan*. December, 2–334. <https://www.mitrawacanamedia.com>
- Lamberg, L. (2015). *Sesquicentennial of First Publicly Performed Surgery Under Anesthesia Knitting Up the Raveled Sleave of Care : Role of Sleep and Effects of Its Lack Examined*. 16–18.
- Li, H. (2012). Mental Health Literacy, Stigma, and Early Intervention. *Asian Journal of Psychiatry*, 5(3), 209–210. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.07.007>
- Mindell, J. A., Meltzer, L. J., Carskadon, M. A., & Chervin, R. D. (2009). Developmental aspects of sleep hygiene: Findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep Medicine*, 10(7), 771–779. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.07.016>
- Mufidah, R., & Soeyono, R. D. (2021). Pola makan, aktivitas fisik, dan durasi tidur terhadap status gizi mahasiswa program studi gizi Unesa. *Jurnal Gizi Universitas Surabaya*, 1(1), 60–64.
- Ningsih, D. S., & Permatasari, R. I. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Tidur Pada Remaja DI SMKN 7 PEKANBARU (Factors That Influence Quality Of Sleep For Adult In SMKN 7 Pekanbaru). *Ensiklopedia of Journal*, 44(8), 262–267.
- Nishi, D., Ishikawa, H., & Kawakami, N. (2019). Prevalence of mental disorders and mental health service use in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*,

- 73(8), 458–465. <https://doi.org/10.1111/pcn.12894>
- Putra, A. R., Alfarizi, & Khikmawanto. (2024). Pengaruh Pola Tidur Terhadap Kesehatan Mahasiswa. *Jurnal Inovasi Global*, 2(3), 543–551.
- RISKESDAS. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018 Provinsi Jawa Timur*.
- Spruyt, K., O'Brien, L. M., Cluydts, R., Verleye, G. B., & Ferri, R. (2005). Odds, prevalence and predictors of sleep problems in school-age normal children. *Journal of Sleep Research*, 14(2), 163–176. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2005.00458.x>
- Stores, G. (1996). Practitioner review: Assessment and treatment of sleep disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37(8), 907–925. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01489.x>
- Tasya, D. F., Bustamam, N., & Lestari, W. (2021). 20406-73406-1-Pb (3). 21(2), 117–122.
- Thirunavukarasu, M., Thirunavukarasu, P., & Bhugra, D. (2013). Concepts of mental health: Definitions and challenges. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(3), 197–198. <https://doi.org/10.1177/0020764011422006>
- Tippawanich, M., Thampratankul, L., & Chuthapisith, J. (2024). Sleep problems among Asian preschool children with neurodevelopmental disorders. *Brain and Development*, 46(10), 361–367. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2024.10.001>
- Utami, A. N. (2020). Klasifikasi Gangguan Tidur REM Behaviour Disorder Berdasarkan Sinyal EEG menggunakan Machine Learning. *Jurnal Sistem Cerdas*, 3(3), 216–230. <https://doi.org/10.37396/jsc.v3i3.68>
- UU-RI. (2014). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa*.
- Widodo, D. P., & Soetomenggolo, T. S. (2016). Perkembangan Normal Tidur pada Anak dan Kelainannya. *Sari Pediatri*, 2(3), 139. <https://doi.org/10.14238/sp2.3.2000.139-45>
- Wijayanti, H. S., & Kadita, F. (2017). Hubungan Konsumsi Kopi Dan Screen-Time Dengan Lama Tidur Dan Status Gizi Pada Dewasa. *Journal of Nutrition College*, 6(4), 301–306. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jnc>
- Wilanda, A., Mubarok, A. S., Suprayitno, E., Sumarni, S., & Imran, S. (2024). Pengaruh Gaya Hidup Sehat, Kualitas Tidur, dan Pola Makan terhadap Tingkat Kesehatan Mental pada Pekerja Kantoran di Jawa Barat. *Jurnal Multidisiplin West Science*, 3(01), 69–77. <https://doi.org/10.58812/jmws.v3i01.946>
- Yunalia, E. M., & Etika, A. N. N. (2020). Analisis perilaku agresif pada remaja di sekolah menengah pertama. *JHeS (Journal of Health Studies)*, 4(1), 38–45.

<https://doi.org/10.31101/jhes.1358>

Yunalia, E. M., Jayani, I., Suharto, I. P. S., & Susilowati, S. (2021). Kecerdasan Emosional dan Mekanisme Koping Berhubungan Kdengan Tingkat Stres Akademik Mahasiswa. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 9(4), 869–878.
<https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/8559>

G. Glosarium

REM : *Non Rapid Eye Movement*

NREM : *Non Rapid Eye Movement*

CHAPTER 6

GANGGUAN MAKAN PADA REMAJA: ANOREKSIA DAN BULIMIA

Maylar Gurning, S.Kep., Ners., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Gangguan makan merupakan suatu kondisi psikiatrik, seperti Anoreksi Nervosa (AN) dan Bulimia Nervosa (BN) dimana seseorang mengalami gangguan perilaku makan atau perilaku dalam mengontrol berat badan. Gangguan makan ditandai dengan perilaku makan yang tidak teratur, citra tubuh yang terdistorsi dan ketakutan yang kuat terhadap kenaikan berat badan atau menjadi kelebihan berat badan (Ram & Shelke, 2023).

Data menunjukkan gangguan makan pada remaja usia 13 sampai 18 tahun di Amerika Serikat sebesar 2,7% mengalami gangguan makan. Memasuki masa pubertas dapat menjadi masa yang penuh dengan emosi yang kuat, kebingungan dan stress. Periode perubahan ini yang akhirnya membuat remaja menjadi rentang mengalami gangguan makan (Polaris Teen Center, 2018).

B. Gangguan Makan Pada Remaja dengan Anoreksia

Anoreksia merupakan kelainan makan yang menyebabkan seseorang membatasi jumlah kalori yang dikonsumsi karena ketakutan terhadap kenaikan berat badan dan citra tubuh yang terdistorsi. Seseorang yang menderita anoreksia memiliki ketakutan yang kuat terhadap kenaikan berat badan dan mungkin berfikir bahwa mereka kelebihan berat badan bahkan ketika seseorang sangat kurus (Polaris Teen Center, 2018).

Anoreksi lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan dengan pria (Clemente-Suárez et al., 2023), gejala awal akan muncul pada akhir masa remaja dan awal masa dewasa. Studi di Eropa menunjukkan prevalensi 2%-4% terjadi pada usia tersebut tanpa memandang budaya dan etnis (Moore & Bokor, 2023). Menurut manual diagnostic dan statistic anoreksi terganggu oleh berat badan dan bentuk badan mereka tanpa menyadari keseriusan masalah berat badan rendah yang dialami (Clemente-Suárez et al., 2023).

1. Pengertian Anoreksia

Anoreksia nervosa bersal dari bahasa Yunani yang berarti kurang nafsu makan dan bahasa latin yang berarti saraf. Anoreksi nervosa adalah gangguan makan

yang ditandai dengan pembatasan asupan energi dibandingkan dengan kebutuhan tubuh yang diperlukan, hal ini menyebabkan berat badan menjadi sangat rendah (Moore & Bokor, 2023). Anoreksi merupakan perasaan takut yang kuat terhadap kenaikan berat badan, sehingga akan melakukan segala cara untuk mencegah kenaikan berat badan dengan cara atau tindakan yang tidak benar (Sara Hughes, 2024).

2. Penyebab Anoreksi

Penyebab anoreksi masih terus diteliti, namun ada beberapa teori yang mengemukakan bahwa merupakan campuran faktor biologis, psikologis dan sosial. Orang tua dengan anoreksia akan cenderung menurun pada anggota keluarganya (Sara Hughes, 2024).

Penyebab anoreksi menurut (Sara Hughes, 2024) yaitu:

a. Tekanan sosial

Budaya memiliki standar terkait berat badan ideal seorang wanita, dimana wanita dituntut menjadi langsing dan ideal, sehingga dituntut untuk menurunkan berat badan dengan berolahraga, pola diet yang ekstra.

b. Factor psikologis

Seseorang akan cenderung menjaga berat badan dengan menahan rasa lapar serta harapan tubuh yang sempurna.

Menurut (Cleveland Clinic, 2024) penyebab anoreksia sangat kompleks, beberapa penelitian menunjukkan ada kombinasi beberapa faktor diantaranya:

a. Faktor genetik

Bahwa sekitar 50% sampai 80% resiko seseorang mengalami gangguan makan bersifat genetik. Orang tua atau saudara kandung generasi pertama yang memiliki gangguan makan, memiliki kemungkinan 10 kali lebih besar untuk mengalaminya.

b. Perubahan otak

Perubahan kimia otak, khususnya perubahan *brain's reward system* dan keseimbangan neurotransmitter (sebagai pembawa pesan kimiawi). Neurotransmitter seperti serotonin dan dopamin dapat memengaruhi nafsu makan, suasana hati dan pengaturan impuls.

c. Trauma

Beberapa teori mengatakan bahwa gangguan makan dapat terjadi Ketika seseorang mencoba mengatasi perasaan yang luar biasa dan emosi yang menyakitkan dengan memiliki kendali yang kuat. Dalam kasus anoreksia, seseorang harus mengendalikan seberapa banyak makanan yang harus dikonsumsi. Sebagai contoh dalam kasus kekerasan fisik atau kekerasan seksual menyebabkan orang tersebut mengalami gangguan makan.

d. Lingkungan dan budaya

Budaya yang mengidealkan tipe dan bentuk tubuh tertentu, misalnya "kurus" atau "langsing", dapat memberikan tekanan pada seseorang untuk dapat mencapai bentuk dan tipe tubuh tersebut, sebagai contoh iklan di media sosial serta gambar yang ditampilkan dalam iklan seringkali mengaitkan tubuh kurus lebih popular, lebih sukses, cantik dan bahagia.

e. Tekanan dari teman sebaya

Bagi anak dan remaja tekanan teman sebaya bisa menjadi kekuatan yang sangat kuat. Ejekan dan intimidasi terkait penampilan atau berat badan dapat menyebabkan perkembangan anoreksia.

f. Kesehatan emosional

Perilaku impulsif, perfeksionis dan hubungan yang sulit dapat memengaruhi bahkan menurunkan harga diri dan persepsi diri seseorang. Hal ini menyebabkan seseorang rentan terhadap anoreksia.

Gejala Anoreksia

Menurut (Mayo Clinic, 2024) beberapa gejala dari anoreksia adalah

a. Gejala fisik

Gejala anoreksia yang muncul secara fisik seperti, 1) Irma jantung yang tidak teratur; 2) tekanan darah rendah; 3) dehidrasi. Dehidrasi terjadi Ketika tubuh tidak memiliki cukup air dan cairan lain untuk menjalankan fungsi normal tubuh. Jari-jari terlihat biru dan kulit akan tampak kering, bahkan warna kulit akan terlihat berubah menjadi kuning. Rambut yang semakin tipis, mudah patah dan rontok.

Gejala fisik lainnya adalah, 1) penurunan berat badan yang ekstrem atau tidak sesuai berat badan berdasarkan usia; 2) sangat lemah dan Lelah; 3) pusing dan mudah pingsan; 4) sulit buang air besar dan sakit perut; 5) tidak tahan dingin atau merasa kedinginan; 6) pembengkakan pada tangan dan kaki; 7) tidak pernah merasa lapar dan langsung kenyang setelah makan dengan porsi yang sangat sedikit; 8) sulit berkonsentrasi atau fous; 9) suasana hati yang buruk; 10) kecemasan meningkat.

b. Gejala emosional

Gejala emosional pada anoreksia diantaranya, 1) terlalu banyak olahraga , termasuk olahraga berat dan sangat intens; 2) ketakutan terjadinya penambahan berat badan; 3) ketakutan melakukan penimbangan atau pengukuran berat badan; 4) terlalu focus pada penampilan tubuh seperti sering bercermin dan sering menggunakan pakaian berlapis-lapis untuk menutupi kekurangan; 5) perubahan emosi; 6) kesulitan tidur; 7) menyakiti diri sendiri bahkan mencoba untuk melakukan tindakan bunuh diri.

c. Gejala perilaku

Menurut (Health direct, 2023) ada gejala perilaku yang terjadi pada seseorang dengan anoreksia, yaitu: 1) diet ketat; 2) sengaja menyalahgunakan obat pencahar, penekanan nafsu makan; enema dan diuretic; 3) perilaku obsesif terhadap bentuk tubuh; 4) menghindari makan Bersama orang lain; 5) merahasiakan kebutuhan makan; 6) senang menyendiri; 7) olahraga berlebihan; 8) menyakiti diri sendiri, penggunaan zat terlarang atau percobaan bunuh diri.

3. Jenis – Jenis Anoreksia

a. Tipe pembatasan (*Anoreksia Nervosa Restriktif*)

Tipe pembatasan merupakan seseorang menurunkan berat badan terutama dengan melakukan diet, puasa, atau olahraga secara berlebihan. Seseorang akan melakukan pembatasan ketat pada jumlah dan jenis makan seperti perhitungan kalori, melewatkamjam makan, membatasi jenis makanan tertentu dan mengikuti aturan yang obsesif.

b. Tipe berlebihan (*Purgung Anorexia Nervosa*)

Tipe berlebihan merupakan pola makan yang diikuti dengan memuntahkan makanan yang telah dikonsumsi. Muntah yang dilakukan dapat meliputi muntah paksa, menyalahgunaan obat pencahar, diuretic atau enema.

4. Komplikasi Anoreksia

Komplikasi yang dapat terjadi pada anoreksia diantaranya (Colin, 2022; Moore & Bokor, 2023),

a. Gangguan psikologis dan emosional - misalnya, kecemasan, penarikan diri dari kehidupan sosial, kualitas hidup buruk, suasana hati buruk, dan keinginan bunuh diri.

b. Kesulitan sosial - misalnya, hubungan yang terganggu, isolasi, keterbatasan prospek pekerjaan dan kerugian ekonomi.

c. Stres

d. Mengganggu fungsi organ tubuh diantara,

1) Kardiovaskular: bradiakardia, kardiomiopati, aritmia akibat elektrolit, hipotensi, prolaps katup mitral, efusi pericardial.

2) Konstutusional: terhambatnya pertumbuhan, hipotermia, indeks massa tubuh (IMT) yang rendah, serta penyusutan otot.

3) Dermatologi: karotenoderma, lanugo, xerosis.

4) Endokrin: hipogonadisme hipotalamus, osteoporosis.

5) Gastrointestinal: konstipasi (menyalahgunaan pencahar), gastroparesis.

6) Hematologi: sitopenia, hypoplasia/aplasia sumsum tulang, jumlah sel darah putih rendah (terutama neutrofil), anemia.

- 7) Neurologis: atrofi otak, neuropati perifer (kekurangan mineral dan vitamin), gangguan kognitif
- 8) Obstetri: infertilitas, disfungsi seksual, risiko ovarium polikistik, keguguran, hiperemesis, anemia, pembatasan pertumbuhan intrauterin, kelahiran prematur, depresi pascapersalinan dan kecemasan, komplikasi antenatal dan postnatal.
- 9) Psikiatri: depresi, gangguan konsentrasi, insomnia, mudah tersinggung.
- 10) Ginjal dan elektrolit: asidosis metabolic hipokalemia atau alkalosis (penyalahgunaan pencahar atau diuretic), gagal ginjal prenatal, sindrom pemberian makanan Kembali.
- 11) Mortalitas: sebagian besar kematian akibat anoreksia nervosa adalah akibat dari konsekuensi medis kelaparan (terutama penyakit jantung dan infeksi parah)

Pada wanita, anoreksi dapat menyebabkan tidak mendapatnya menstruasi, sedangkan pada pria dapat menurunkan hormon testosterone (Mayo Clinic, 2024).

5. Tes Penilaian Anoreksi

Tes yang dapat digunakan untuk penilaian anoreksia diantaranya, 1) perhitungan darah lengkap (CBC); 2) elektrolit yang digunakan dalam mendeteksi dehidrasi dan keseimbangan asam basa darah; 3) elektrokardiogram (EKG) dalam mendeteksi Kesehatan jantung; 4) urinalisis; 5) tes kepadatan tulang; 6) tes fungsi ginjal; 7) tes fungsi hati; 8) tes darah untuk pemeriksaan tiroid (Cleveland Clinic, 2024).

6. Pengobatan Anoreksia

Menurut American Psychiatric Association, ada 3 pendekatan untuk mengobati anoreksia nervosa yaitu (Nagy et al., 2022):

a. Rehabilitasi gizi

Merupakan tindakan dimana pasien diberikan nutrisi dan kalori yang tepat untuk membantu mendapatkan Kembali berat badan yang sehat. Di awali dengan mengarahkan pada peningkatan masa tubuh tanpa lemak dan selanjutnya peningkatan penumpukan jaringan adiposa saat berat badan target telah tercapai. Target penambahan berat badan dalam ketentuan rawat jalan adalah 0,5 – 1 pon/minggu, sedangkan program penurunan berat badan dimana pasien dirawat di rumah sakit selama 12 jam sehari, 7 hari seminggu telah melaporkan kenaikan berat badan sebesar 2 pon/minggu (Willer et al., 2015).

b. Program perawatan psikososial

Program ini meliputi psikoeduaksi, terapi individu dan keluarga serta terapi kelompok. Terapi perilaku kognitif (CBT) menunjukkan hasil yang positif jika dibandingkan dengan konseling gizi pada pasien anoreksia nervosa. Salah satu penelitian yang dilakukan oleh (Pike et al., 2003) menunjukkan bahwa dari 33 pasien yang menjalani terapi CBT selama 1 tahun dan yang menjalani terapi konseling gizi selama 1 tahun, menunjukkan bahwa pasien yang mendapatkan terapi konseling gizi mengalami kekambuhan lebih awal pada tingkatan yang lebih tinggi daripada pasien yang menerima terapi CBT.

c. Pengobatan

Anoreksia nervosa dianggap sebagai penyakit karena menunjukkan gejala gangguan suasana hati dan OCD sehingga diberikan pengobatan menggunakan antidepressan.

C. Gangguan Makan Pada Remaja dengan Bulimia

1. Pengertian

Bulimia nervosa merupakan gangguan makan yang menyebabkan seseorang makan dalam jumlah yang sangat banyak sekaligus (binge) dan kemudian membuangnya atau memuntahkannya (purge) (Cleveland Clinic, 2022). Bulimia nervosa adalah gangguan makan yang berlebihan dan perilaku kompensasi yang tidak dapat mengendalikan berat badan dengan konsekuensi yang berpotensi membahayakan diri sendiri (Jain & Yilanli, 2023).

Manual Diagnostic Dan Statistic Gangguan Mental (DSM-V) mendefinisikan kriteria diagnostic bulimia nervosa, yaitu:

a. Episode makan berlebihan

- 1) Pasien mengonsumsi porsi makan lebih banyak daripada yang dikonsumsi pada umumnya dalam periode yang sama (biasanya kurang dari 2 jam) dan dalam kondisi yang sebanding
- 2) Selama episode makan, pasien kehilangan kontrol dan tidak mampu mengendalikan porsi yang dikonsumsinya.

b. Episode makan berlebihan diikuti oleh perilaku kompensasi yang tidak tepat untuk mencegah penambahan berat badan

- 1) Muntah yang disebabkan sendiri
- 2) Penyalahgunaan obat pencahar
- 3) Aktivitas fisik yang ekstrim
- 4) Puasa

Episode tersebut harus terjadinya setidaknya seminggu sekali selama tiga bulan untuk menegakkan mendiagnosa.

2. Tanda dan Gejala Bulimia

Menurut DSM-V, gejala umum bulimia meliputi (Jain & Yilanli, 2023),

- a. Episode makan berlebihan yang berulang.
- b. Perasaan bahwa dirinya tidak dapat berhenti makan atau mengontrol apa dan berapa banyak makanan yang dikonsumsi.
- c. Perilaku kompensasi berulang untuk mencegah penambahan berat badan, seperti muntah yang diinduksi sendiri; penyalahgunaan obat pencahar, diuretic, enema atau obat-obatan lainnya; puasa; dan/atau olahraga berlebihan.

Gejala perilaku dan psikologi diantaranya (NHS, 2024),

- a. Takut bertambahnya berat badan.
- b. Terobsesi dan sangat kritis terhadap berat badan dan bentuk tubuh.
- c. Perubahan suasana hati seperti merasa sangat tegang, mudah tersinggung, cemas atau tekanan.
- d. Banyak berfikir tentang makanan dan berencana makan berlebihan.
- e. Merasa bersalah dan malu, serta sangat menrahasiakan kebiasaan makan.
- f. Menghindari aktifitas sosial yang melibatkan makan.
- g. Merasa tidak memiliki kendali atas pola makan dirinya.

Selain gejala perilaku dan psikologi, gejala fisik bulimia termasuk (Cleveland Clinic, 2022; Jain & Yilanli, 2023; NHS, 2024),

- a. Sakit tenggorokan dan radang kronis.
- b. Adanya pembengkakan kelenjar di leher dan di bawah rahang.
- c. Kerusakan email gigi dan gigi yang semakin sensitive dan rusak akibat paparan asam lambung.
- d. Gangguan refluks asam (gastroesophageal reflux disorder atau GERD)
- e. Gangguan usus dan iritasi akibat penyalahgunaan obat pencahar.
- f. Masalah ginjal akibat penyalahgunaan diuretic.
- g. Dehidrasi parah akibat pembersihan cairan.
- h. Luka atau bekas luka pada buku-buku jari jika tangan digunakan untuk menyebabkan muntah.
- i. Merasa lelah (fatigue) dan kesulitan tidur.
- j. Merasa lemah dan pusing, kembung atau sakit perut.
- k. Periode menstruasi tidak teratur atau terhenti.

3. Penyebab dan Faktor Risiko Bulimia

Penyebab bulimia tidak diketahui secara pasti. Faktor resiko gen mungkin berperan dalam perkembangan bulimia dan gangguan makan lainnya. Kesehatan emosional dan riwayat keluarga mungkin berperan. Selain itu, tekanan dari masyarakat untuk menjadi kurus mungkin berperan (Mayoclinic, 2024).

a. Riwayat keluarga dan genetik.

Memiliki riwayat keluarga dengan masalah makan dan masalah pengendalian berat badan dapat meningkatkan risiko gangguan makan.

b. Masalah kesehatan mental dan emosional

Masalah kesehatan mental dan emosional, seperti depresi, kecemasan, atau penyalahgunaan zat, terkait erat dengan gangguan makan. Beberapa kasus, kejadian menyedihkan dan faktor yang menyebabkan tekanan emosional mungkin berperan, seperti perlakuan buruk saat masih anak-anak.

c. Diet

Penderita bulimia sangat membatasi kalori di antara sesi makan berlebihan. Hal ini dapat menyebabkan mereka makan berlebihan lagi dan kemudian memuntahkannya. Penyebab lain makan berlebihan dapat meliputi stres, emosi yang kuat, memiliki citra tubuh yang menyimpang atau negatif, dan kebosanan.

4. Komplikasi Bulimia

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan bulimia nervosa, diantaranya, (Jain & Yilanli, 2023; Rushing et al., 2003)

a. Hipertrofi kelenjar ludah dan pembengkakan pipi

b. Sindrom Mallory-Weiss atau robekan mukosa dan submucosa esofagus dekat gastroesofagus) yang disebabkan oleh kontraksi lambung yang sangat kuat saat pasien muntah. Robekan Mallory-Seiss dapat berkembang menjadi Sindrom Boerhaave atau rupture esofagus.

c. GERD

d. Refluks laringgofaring, dimana terjadi pergerakan isi lambung kembali ke laringgofaring, dapat bermanifestasi sebagai batuk, suara serak, sakit penggorokan dan disfagia (Brown & Mehler, 2013).

e. Sindrom iritasi usus besar (IBS), penelitian menemukan bahwa diantar pasien bulimia nervosa, prevalensi IBS sekitar 69% (Dejong et al., 2011).

f. Akalasia, merupakan ketidakmampuan otot esofagus bagian bawah untuk berrelaksasi.

g. Spasme esofagus, dimana kontraksi otot esofagus yang tidak teratur.

h. Aritmia jantung, disebabkan oleh hipokalemia akibat muntah yang diinduksi atau disebabkan oleh diri sendiri.

i. Konstipasi, terjadi akibat penyalahgunaan obat pencahar stimulant yang kronis.

j. Erosi email gigi, akibat asam lambung yang membasihi gigi.

k. Prolaps rectum, laporan kasus sering terjadi prolaps rectum pada wanita dengan penderita bulimia nervosa.

- I. Diabetes, meta-analisis dari sepuluh jurnal menemukan bahwa bulimia nervosa dikaitkan dengan risiko diabetes tipe 2 sebesar 1,7 (Johnson et al., 2001).

5. Tahapan Proses Pengobatan Bulimia

Bulimia nervosa pada dasarnya adalah kondisi yang sulit dan dapat disembuhkan yang mungkin memerlukan waktu lama untuk disembuhkan (Jagruti Rehab, 2024).

a. Keadaan prakontemplasi

Pada tahap ini, seseorang yang mengalami bulimia belum siap untuk berubah, mereka masih menyangkal adanya gangguan akan yang mereka alami. Perilaku makan tidak normal digunakan untuk mengatasi perasaan atau situasi negatif.

b. Tahap konteplasi

Tahap ini mulai masuk dalam tahap perawatan, mereka mulai melihat kenyataan di balik perilaku makan abnormal dan mulai bersedia mendapatkan bantuan untuk proses penyembuhan dan perawatan.

c. Tahap persiapan

Merupakan tahap dimana seseorang telah memutuskan untuk berubah namun belum tahu terkait cara melakukan perawatannya. Tahap ini pasien mulai menggunakan teknik yang dipelajari oleh dokter seperti diajarkan Teknik metode melawan ide dan perilaku yang tidak teratur.

d. Tahap aksi

Dalam tahapan ini, seseorang terlibat dalam menemukan cara untuk menghentikan perilaku yang terkait dengan bulimia dan berusaha untuk melawannya. Seseorang mulai sadar dan mulai membatalkan pola yang merusak diri sendiri, menghadapi ketakutannya, dan membuat perubahan yang diinginkan.

e. Tahap pemeliharaan

Tahap pemeliharaan merupakan tahap akhir dari perawatan bulimia nervosa, dimana seseorang telah menjalani pemulihan selama beberapa bulan. Dalam tahap ini seseorang akan melakukan proses pengulangan perilaku baru secara bertahap untuk berkonsentrasi dan focus mempertahankan perubahan serta mempelajari cara menciptakan kehidupan yang bermakna dan bebas dari bulimia.

6. Terapi Perawatan Bulimia Nervosa

a. Terapi Perilaku Kognitif atau *Cognitive behavioral therapy (CBT)*

Terapi perilaku kognitif didasarkan pada teori bahwa pikiran, perilaku dan emosi seseorang saling berhubungan, dimana pikiran, perilaku dan emosi direstrukturisasi untuk mendukung pikiran dan tindakan baru. Pasien akan

melihat secara mendalam peran pikiran dan tindakan yang dilakukan selama ini terhadap gangguan makan.

Beberapa contoh faktor yang memengaruhi seseorang dalam pemeliharaan gangguan makan meliputi:

- 1) Kognisi (pikiran), dimana seseorang dengan citra tubuh negative, terlalu mengevaluasi bentuk dan berat badan, harga diri rendah serta perfeksionisme.
- 2) Perilaku (tindakan), dimana seseorang berperilaku dalam pengendalian berat badan seperti makan berlebihan dan memuntahkan makanannya, menyakiti diri sendiri, berpuasa, melakukan diet dan menghindari pengukuran berat badan.

Terapi perilaku kognitif akan dipandu dan dibimbing oleh seorang terapis dalam belajar mengenali pikiran dan perilaku yang tidak sehat terkait terkait gangguan makan serta membantu pasien untuk menghubungkan kembali pola piker yang berkaitan dengan citra tubuh, makanan dan harga diri. Terapi ini akan diberikan dalam 20 sesi.

b. Terapi Interpersonal

Tujuan dari terapi ini adalah untuk menangani hubungan interpersonal dan konflik yang buruk pada diri pasien yang dapat menjadi penyebab potensi berkembangnya bulimia. Bahwa cara seseorang berhubungan dengan orang lain memengaruhi kesehatan mental dan emosional mereka. Pasien diajarkan untuk melihat bagaimana masalah mungkin dapat terjadi dari hubungan pribadi dalam hidupnya dan apa yang dapat dilakukan untuk memperbaikinya.

c. Terapi Keluarga

Sistem pendukung yang kuat sangat berperan dalam proses pemulihan gangguan makan. Anggota keluarga dipercaya sebagai bagian yang penting sebagai bagian dalam proses perawatan serta dapat membantu membangun kembali komunikasi dan hubungan yang sehat dalam sistem keluarga.

d. Obat-Obatan

Antidepresan tertentu dapat mengurangi gejala bulimia.

e. Terapi Penerimaan dan Komitmen

Terapi Penerimaan dan Komitmen *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), digunakan dan dirancang bukan pada pikiran dan perasaan terkait gangguan makan tetapi memfokus pasien pada perubahan tindakan. Pasien diajarkan untuk mengidentifikasi nilai-nilai inti dan berusaha mencapai tujuan untuk memenuhi nilai-nilai baru. Dalam Terapi penerimaan dan komitmen, pasien diajarkan bahwa rasa sakit dan kecemasan adalah bagian normal dari kehidupan dan belajar untuk mengakui perasaan yang dialami, sambil terus

melangkah maju dalam kehidupan dan pemulihan (Jagruti Rehab, 2024; Monte nindo, 2018).

D. Persamaan Anoreksia Nervosa dan Bulimia Nervosa

Anoreksi nervosa dan Bulimia nervosa merupakan gangguan makan berat dimana terjadi persepsi yang menyimpang tentang tubuh seseorang dan ketakutan yang kuat terhadap kenaikan berat badan dan berdampak buruk bagi individu. Persamaan anoreksi nervosa bulimia nervosa yaitu:

- a. Pikiran obsesif tentang makanan, penampilan dan bentuk tubuh.
- b. Perilaku rahasia terkait kebiasaan makan.
- c. Harga diri rendah dan perasaan tidak mampu.
- d. Potensial konsekuensi kesehatan fisik yang serius.

E. Perbedaan Anoreksi Nervosa dan Bulimia Nervosa

Anoreksi nervosa dan Bulimia nervosa merupakan gangguan makan namun dengan karakteristik dan perilaku berbeda. Perbedaan antara anoreksi dan bulimia sangat penting untuk melakukan pendekatan pengobatan yang sesuai. Perbedaan anoreksi nervosa bulimia nervosa yaitu:

- a. Anoreksia melibatkan pembatasan makanan yang parah, sedangkan bulimia mencakup episode makan berlebihan dan perilaku kompensasi.
- b. Anoreksia sering ditandai dengan diet yang ketat atau kaku, sedangkan bulimia melibatkan siklus makan berlebihan dan pembersihan/memuntahkan kembali.
- c. Seseorang yang menderita anoreksi cenderung memiliki berat badan yang sangat rendah, sedangkan bulimia biasanya memiliki berat badan yang relatif normal.

F. Simpulan

Anoreksi nervosa Bulimia nervosa merupakan perilaku menyimpang terkait dengan makanan dan makan. Seseorang dengan anoreksia memiliki ketakutan yang kuat akan terjadinya penambahan berat badan sehingga mereka akan melakukan pembatasan makan atau diet yang ketat yang menyebabkan tubuh menjadi sangat kurus dan berdampak terjadinya komplikasi kesehatan. Pasien dengan bulimia seringkali mempertahankan berat badan normal atau di atas normal. Makanan yang telah di makan dalam jumlah berlebihan selanjutnya akan dikeluarkan secara paksa dan disengaja sehingga berdampak buruk bagi kesehatan tubuh. Bulimia sering dikaitkan dengan masalah depresi, gangguan kepribadian ambang, penyalahgunaan zat, melukai diri sendiri dan kehidupan keluarga yang bermasalah.

G. Referensi

- Brown, C., & Mehler, P. (2013). Medical complications of self-induced vomiting. *Eat Disord*, 21(4), 287–294. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.797317>
- Clemente-Suárez, V., Ramírez-Goerke, M., Redondo-Flórez, L., Beltrán-Velasco, A., Martín-Rodríguez, A., & Ramos-Campo, D. (2023). The Impact of Anorexia Nervosa and the Basis for Non-Pharmacological Interventions. *Nutrients*, 15(11). <https://doi.org/10.3390/nu15112594>
- Cleveland Clinic. (2022, May). Bulimia Nervosa. Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9795-bulimia-nervosa>
- Cleveland Clinic. (2024). Anorexia Nervosa. My.Clevelandclinic. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9794-anorexia-nervosa>
- Colin, T. M. (2022, October). Anorexia nervosa. Profesional Medis. <https://patient.info/doctor/anorexia-nervosa-pro>
- Dejong, H., Perkins, S., Grover, M., & Schmidt, U. (2011). The prevalence of irritable bowel syndrome in outpatients with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 44(7). <https://doi.org/10.1002/eat.20901>
- Health direct. (2023). Anorexia Nervosa. Health Direct Australia.
- Jagruti Rehab. (2024). Bulimia Nervosa Disorder. Jagruti Rehabilitation Center. <https://www.jagrutirehab.org/treatment/bulimia-nervosa-treatment.html>
- Jain, A., & Yilanli, M. (2023). Bulimia Nervosa. StatPearls Publishing.
- Johnson, J., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychol Med*, 31(8), 1455–1466. <https://doi.org/10.1017/s0033291701004640>
- Mayo Clinic. (2024). Anorexia nervosa. Mayo Clinic Press. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591#:~:text=The%20causes%20of%20anorexia%20nervosa,more%20likely%20to%20develop%20anorexia.>
- Mayoclinic. (2024). Bulimia Nervosaa. Mayoclinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bulimia/symptoms-causes/syc-20353615>
- Monte nindo. (2018). Bulimia Treatment Centers. Clementine Program. <https://clementineprograms.com/adolescents-with-bulimia-nervosa/>
- Moore, C. A., & Bokor, B. R. (2023). Anorexia Nervosa. StatPearls Publishing.
- Nagy, H., Paul, T., Jain, E., Loh, H., Kazmi, S., Dua R, Rodriguez R, Naqvi SAA, U, M., & Bidika, E. (2022). A Clinical Overview of Anorexia Nervosa and Overcoming

- Treatment Resistance. Avicenna J Med., 13(1), 3–14.
<https://doi.org/10.1055/s-0042-1758859>
- NHS. (2024). Bulimia. <Https://Www.Nhs.Uk/Mental-Health/Conditions/Bulimia/>.
<https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/bulimia/>
- Pike, K., Walsh, B., Vitousek, K., Wilson, G., & Bauer, J. (2003). Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. Am J Psychiatry, 160(11). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.2046>
- Polaris Teen Center. (2018, June 12). 10 Statistics of Teenage Eating Disorders. Polaris Teen Center.
- Ram, J., & Shelke, S. (2023). Understanding Eating Disorders in Children and Adolescent Population. Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health, 19(1), 60–69.
- Rushing, J., Jones, L., & Carney, CP. (2003). Bulimia Nervosa: A Primary Care Review. Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 5(5), 217–224.
<https://doi.org/10.4088/pcc.v05n0505>
- Sara Hughes, R. (2024). Anorexia Nervos. Cincinatichildrens.
- Willer, M., Thuras, P., & Crow, S. (2015). Implications of the changing use of hospitalization to treat anorexia nervosa. Am J Psychiatry, 162(12).
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2374>.

H. Glosarium

- ATC : *Acceptance and Commitment Therapy*
 CBT : *Cognitive Behavioral Therapy*
 GERD : *Gastroesophageal Reflux Disorder*
 DSM V : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

CHAPTER 7

PEMANFAATAN TERAPI KREATIF DALAM PERAWATAN GANGGUAN JIWA PADA ANAK DAN REMAJA

Titik Nuryanti, S. Kep., Ns., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Pemanfaatan terapi kreatif telah menjadi salah satu pendekatan inovatif dalam perawatan gangguan jiwa, terutama pada anak dan remaja. Gangguan jiwa pada kelompok usia ini kerap dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti tekanan akademik, dinamika keluarga, perubahan hormon, serta tantangan sosial yang dihadapi dalam proses tumbuh kembang. Oleh karena itu, intervensi yang tepat dan sensitif terhadap kebutuhan emosional dan kognitif mereka menjadi sangat penting. Salah satu pendekatan yang menonjol adalah terapi kreatif, yang mencakup berbagai bentuk seni seperti seni visual, musik, drama, dan tari, serta kegiatan kreatif lainnya. Terapi ini memberikan ruang bagi individu muda untuk mengekspresikan diri secara bebas dan aman, sehingga membantu mereka memahami dan mengelola emosi yang sulit dijelaskan secara verbal (Shevchenko & Levkovskaya, 2016).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa terapi kreatif dapat berperan signifikan dalam meningkatkan kesehatan mental anak dan remaja. Studi yang dilakukan di layanan kesehatan mental anak dan remaja (Child and Adolescent Mental Health Services atau CAMHS) mengungkapkan bahwa terapi seni tidak hanya meningkatkan kemampuan individu untuk mengelola emosi tetapi juga memperkuat harga diri mereka. Dalam program yang melibatkan seni, seperti menggambar, pembuatan topeng, dan lukisan, remaja yang sebelumnya kesulitan mengekspresikan diri mulai menunjukkan perbaikan dalam hal komunikasi dan keterlibatan sosial. Selain itu, hasil penelitian menunjukkan adanya pengurangan stigma terkait kesehatan mental di kalangan remaja yang mengikuti terapi ini (Butler, Michelle; Devenney & Butler, 2015)

Secara teori, terapi kreatif tidak hanya memberikan manfaat jangka pendek tetapi juga membantu membangun ketahanan emosional dalam jangka panjang. Misalnya, terapi seni memungkinkan anak dan remaja untuk mengembangkan identitas diri yang lebih sehat melalui eksplorasi kreatif. Identitas remaja sering kali terbentuk dalam konteks tekanan sosial yang kompleks, termasuk tekanan untuk mencapai prestasi akademik dan sosial. Dalam lingkungan terapi seni yang

mendukung, mereka dapat menjelajahi dan mengekspresikan identitas mereka tanpa takut dihakimi, yang pada gilirannya membantu memperkuat konsep diri dan keterampilan emosional mereka (Ding, 2024).

Lebih jauh lagi, pendekatan terapi kreatif sering kali digunakan untuk mengatasi trauma pada anak dan remaja. Misalnya, terapi drama dan permainan peran telah digunakan dengan efektif untuk membantu individu muda yang mengalami kekerasan atau pelecehan. Aktivitas ini memungkinkan mereka untuk mengungkapkan perasaan mereka secara tidak langsung, sehingga lebih mudah bagi mereka untuk memproses pengalaman traumatis. Studi yang dilakukan di lingkungan terapi berbasis sekolah menunjukkan bahwa program ini juga efektif dalam membantu remaja yang menghadapi trauma akibat pengungsian atau konflik, dengan peningkatan signifikan dalam hal kesejahteraan emosional mereka (Quinlan et al., 2016).

Selain seni visual dan drama, terapi musik juga memiliki dampak yang signifikan pada perkembangan anak dan remaja dengan gangguan mental. Penelitian menunjukkan bahwa terapi musik dapat membantu mengurangi gejala kecemasan dan depresi serta meningkatkan keterampilan sosial pada anak-anak dengan gangguan spektrum autisme (Braito et al., 2021). Dalam praktiknya, terapi musik sering kali melibatkan aktivitas seperti bernyanyi, bermain alat musik, atau mendengarkan musik secara bersama-sama, yang semuanya bertujuan untuk menciptakan suasana nyaman bagi peserta untuk berekspresi dan berinteraksi.

Namun, meskipun efektivitas terapi kreatif telah didukung oleh banyak penelitian, ada tantangan dalam penerapannya. Salah satu hambatan utama adalah keterbatasan sumber daya, baik dalam hal pelatihan profesional maupun fasilitas yang memadai. Studi terbaru menunjukkan bahwa banyak terapis masih kekurangan pelatihan khusus dalam terapi kreatif, sehingga membatasi kemampuan mereka untuk memberikan layanan yang optimal(Braito et al., 2021). Selain itu, sebagian besar penelitian yang ada masih berskala kecil atau bersifat studi kasus, sehingga diperlukan lebih banyak penelitian kuantitatif yang lebih besar untuk mengevaluasi efektivitas terapi kreatif dalam berbagai konteks dan populasi.

B. Intervensi Seni Kreatif

Dalam artikel "Draw on Your Emotions: Creative Arts Groupwork with Adolescents Attending a Mental Health Service" karya Michelle Butler dan Sharon Devenney (2015), dijelaskan tentang intervensi terapi seni kreatif yang dilakukan di lingkungan layanan kesehatan mental anak dan remaja (CAMHS). Program ini bertujuan untuk mendukung kesehatan mental positif pada remaja melalui ekspresi kreatif yang membantu mereka mengatasi stigma kesehatan mental dan

meningkatkan kesejahteraan emosional. Dua program kelompok dilakukan, melibatkan total 15 peserta remaja dengan beragam tantangan mental seperti kecemasan sosial, depresi, kesulitan regulasi emosi, dan kecenderungan menyakiti diri sendiri. Dalam program ini, berbagai bentuk seni seperti seni lukis, pembuatan topeng, musik, dan penceritaan digunakan untuk memfasilitasi eksplorasi emosi dan pengembangan diri. Pendekatan teoretis yang digunakan dalam program ini mencakup terapi Gestalt dan terapi seni kreatif. Terapi Gestalt menekankan kesadaran akan momen saat ini dan memungkinkan individu untuk mengenali perasaan serta hambatan dalam hidup mereka, seperti pola perilaku negatif yang berulang. Proses kreatif dalam terapi ini memberikan ruang aman bagi peserta untuk memproyeksikan dan memproses emosi mereka. Sebagai contoh, pembuatan topeng digunakan untuk membantu remaja mengungkap bagian dari kepribadian mereka yang sulit atau yang ingin mereka kembangkan. Aktivitas ini membuka wawasan baru bagi peserta tentang diri mereka sendiri, sekaligus membantu mereka merasakan pengakuan dan penerimaan dari kelompok. Ev aluasi kuantitatif dan kualitatif menunjukkan hasil positif dari program ini. Data menunjukkan peningkatan signifikan dalam aspek harga diri, keterampilan sosial, pengelolaan kesehatan mental, dan ekspresi kreatif. Sebagai contoh, skor yang diukur menggunakan Recovery Star menunjukkan peningkatan 25% secara keseluruhan, dengan peningkatan terbesar pada identitas dan harga diri (63%), pengelolaan kesehatan mental (56%), dan perilaku adiktif (46%). Umpan balik kualitatif dari peserta juga mencerminkan manfaat program, seperti peningkatan rasa percaya diri, rasa aman untuk berbagi, dan penurunan rasa takut akan stigma. Orang tua peserta juga melaporkan perubahan positif yang signifikan pada anak-anak mereka.

Program ini juga dirancang untuk mendorong interaksi sosial yang mendukung, yang pada gilirannya membantu mengurangi stigma kesehatan mental. Pendekatan peer support (dukungan sebaya) menjadi komponen penting dalam menciptakan suasana yang mendukung dan non-judgemental. Selain itu, kegiatan seperti pembuatan "Dream Board" mendorong peserta untuk membayangkan masa depan yang positif dan mengatasi batasan yang mereka rasakan. Interaksi semacam ini membangun kepercayaan diri dan rasa harapan di antara peserta. Terlepas dari keberhasilannya, program ini memiliki beberapa keterbatasan, seperti jumlah peserta yang kecil (15 orang) dan kurangnya kelompok kontrol untuk membandingkan hasil. Namun, hasilnya sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan efektivitas terapi seni dalam meningkatkan kesejahteraan emosional. Misalnya, penelitian oleh Stickley dan Hui (2012) menunjukkan bahwa terapi seni kelompok dapat meningkatkan interaksi sosial dan memberikan rasa harapan yang sangat penting untuk pemulihan. Dalam konteks

pelaksanaannya, penting bagi fasilitator untuk memiliki pelatihan yang memadai dalam seni kreatif dan terapi klinis untuk memastikan keberhasilan program. Selain itu, dukungan tim dan supervisi yang berkelanjutan diperlukan untuk mengatasi tantangan dalam pekerjaan ini. Artikel ini merekomendasikan bahwa terapi seni kreatif dapat digunakan sebagai alat yang efektif dalam kerja terapeutik individu maupun kelompok untuk mendukung kesehatan mental remaja.

Intervensi terapi seni kreatif telah menjadi pendekatan inovatif dalam layanan kesehatan mental anak dan remaja, menawarkan cara alternatif untuk mengekspresikan emosi dan mengatasi tantangan psikologis. Terapi seni kreatif mencakup berbagai bentuk, seperti seni visual, musik, tari, drama, dan menulis kreatif, yang semuanya dirancang untuk menciptakan ruang aman bagi individu untuk berkomunikasi tanpa tekanan verbal (Malchiodi, 2020). Dalam lingkungan kesehatan mental anak dan remaja, terapi seni sering digunakan untuk membantu individu yang mengalami trauma, kecemasan, depresi, dan gangguan perilaku. Proses kreatif yang terlibat dalam terapi ini membantu anak dan remaja menjelajahi perasaan mereka, meningkatkan harga diri, serta mengembangkan keterampilan sosial dan emosional (Kaimal et al., 2019). Penelitian menunjukkan bahwa terapi seni kreatif memiliki efek positif terhadap kesejahteraan psikologis anak dan remaja. Melalui aktivitas seni, mereka dapat menciptakan karya yang merefleksikan pengalaman batin mereka, yang sulit diungkapkan melalui kata-kata (Case & Dalley, 2014). Selain itu, seni kreatif dapat meningkatkan regulasi emosi dengan menyediakan cara yang sehat untuk menyalurkan perasaan negatif. Dalam konteks kelompok, terapi seni juga memperkuat rasa keterhubungan dan dukungan sosial, yang sangat penting bagi perkembangan anak dan remaja (Ma et al., 2015).

Layanan kesehatan mental sering mengintegrasikan terapi seni kreatif sebagai bagian dari pendekatan multidisiplin. Misalnya, program berbasis komunitas yang melibatkan seni visual dan musik telah berhasil meningkatkan keterlibatan anak-anak dan remaja dalam perawatan kesehatan mental, terutama bagi mereka yang merasa sulit untuk terlibat dalam terapi tradisional (Piaget, 2000). Terapi seni juga sering digunakan dalam pengaturan rawat inap, di mana anak-anak dan remaja diberikan kesempatan untuk mengeksplorasi identitas mereka dan membangun keterampilan pemecahan masalah melalui medium kreatif (Kaimal et al., 2019). Namun, efektivitas terapi seni kreatif juga dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk keterampilan terapis, preferensi individu, dan konteks budaya. Oleh karena itu, penting untuk merancang intervensi yang bersifat fleksibel dan disesuaikan dengan kebutuhan unik setiap individu (Case & Dalley, 2014). Selain itu, evaluasi yang sistematis diperlukan untuk memastikan bahwa terapi seni kreatif memberikan hasil yang signifikan secara klinis. Dengan demikian, terapi seni kreatif

memiliki potensi besar untuk menjadi komponen integral dalam layanan kesehatan mental yang berfokus pada anak dan remaja, terutama dalam mendukung perkembangan emosional dan sosial mereka.

Program terapi seni kreatif berbasis sekolah, seperti Home of Expressive Arts in Learning (HEAL) di Milpera State High School, Brisbane, Australia, dirancang untuk menjawab kebutuhan tersebut. HEAL adalah program terapi seni yang memadukan seni visual, musik, dan terapi naratif untuk membantu remaja membangun kembali identitas diri dan memproses pengalaman traumatis secara kreatif. Studi oleh Quinlan et al. (2016) mengevaluasi efektivitas program ini dalam mengurangi gejala emosional dan perilaku bermasalah pada remaja pengungsi (Quinlan et al., 2016).

Penelitian ini melibatkan 42 siswa yang baru tiba di Australia dari Timur Tengah, Afrika, dan Asia Timur. Para peserta dibagi menjadi dua kelompok: kelompok intervensi yang mengikuti program HEAL dan kelompok kontrol. Untuk mengukur efektivitas intervensi, para peneliti menggunakan Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) untuk gejala emosional dan Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) untuk perilaku. Selama periode 10 minggu, siswa dalam kelompok HEAL menghadiri sesi terapi mingguan, baik secara individu maupun kelompok, yang mencakup kegiatan seperti pembuatan karya seni, musik improvisasi, pembuatan cerita, dan kegiatan berbasis narasi lainnya(Quinlan et al., 2016).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa program HEAL memiliki dampak positif yang signifikan terhadap kesejahteraan emosional dan perilaku siswa. Secara statistik, terdapat pengurangan signifikan dalam gejala emosional di kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p = 0,04$). Selain itu, meskipun tidak signifikan secara statistik, ada indikasi pengurangan moderat dalam perilaku bermasalah di kelas, termasuk hiperaktivitas dan masalah dengan teman sebaya. Efek positif ini menunjukkan bahwa terapi seni kreatif dapat memberikan ruang aman bagi siswa untuk mengekspresikan perasaan mereka dan memproses pengalaman mereka melalui medium yang non-verbal(Quinlan et al., 2016).

Pendekatan berbasis narasi dalam program ini memainkan peran penting dalam keberhasilannya. Sebagai bagian dari terapi, siswa diajak untuk menceritakan kembali pengalaman mereka melalui karya seni dan musik, memungkinkan mereka untuk memahami dan mengelola emosi mereka dengan lebih baik. Hal ini relevan bagi siswa pengungsi yang mungkin merasa sulit untuk mengekspresikan pengalaman traumatis mereka dalam kata-kata. Selain itu, integrasi terapi seni ke dalam lingkungan sekolah memberikan beberapa keuntungan praktis, seperti penghapusan hambatan logistik (misalnya, transportasi) dan pengurangan stigma terhadap layanan kesehatan mental. Di sekolah, terapi dipandang sebagai bagian

dari kurikulum, sehingga siswa merasa lebih nyaman untuk berpartisipasi (Quinlan et al., 2016).

Namun, penelitian ini juga menghadapi sejumlah keterbatasan. Pertama, ukuran sampel kecil membatasi generalisasi hasilnya. Kedua, terdapat variasi dalam pelaksanaan intervensi, di mana beberapa siswa menerima terapi individu, sedangkan yang lain hanya mengikuti sesi kelompok. Selain itu, tidak ada pembagian yang jelas antara terapi seni dan musik, sehingga sulit untuk menentukan aspek mana dari program yang paling efektif. Ketergantungan pada laporan diri siswa juga menjadi kendala, mengingat kemungkinan adanya bias budaya dalam persepsi kesehatan mental dan pelaporan gejala emosional (Quinlan et al., 2016).

Dalam perspektif yang lebih luas, program seperti HEAL memiliki implikasi yang signifikan untuk mendukung kelompok rentan lainnya, seperti masyarakat adat atau siswa dengan kesulitan perilaku. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk memperkuat basis bukti program ini, termasuk menggunakan ukuran sampel yang lebih besar, pendekatan kualitatif untuk mengeksplorasi pengalaman peserta, dan penggunaan program manual untuk memastikan konsistensi intervensi. Meski demikian, hasil penelitian ini menambah bukti bahwa terapi seni kreatif dapat menjadi alat yang efektif untuk mendukung kesejahteraan emosional dan perilaku anak-anak dari latar belakang pengungsi (Quinlan et al., 2016).

Kesimpulannya, program HEAL menunjukkan bahwa terapi seni kreatif berbasis sekolah dapat memberikan manfaat yang signifikan bagi remaja pengungsi. Dengan menyediakan lingkungan yang aman dan inklusif untuk ekspresi kreatif, program ini membantu siswa mengatasi trauma mereka dan membangun kembali identitas mereka. Ini adalah langkah penting dalam mendukung kesejahteraan emosional dan integrasi sosial mereka di lingkungan baru.

Beberapa penelitian juga menyebutkan terapi seni telah lama digunakan dalam layanan Kesehatan Mental Anak dan Remaja (CAMHS) untuk membantu anak-anak yang menghadapi berbagai gangguan psikologis. Studi ini bertujuan untuk mengevaluasi bukti mengenai efektivitas terapi seni dan psikoterapi seni pada anak-anak yang menghadiri layanan kesehatan mental. Berdasarkan tinjauan sistematis terhadap 17 artikel, ditemukan bahwa terapi seni memiliki potensi manfaat untuk mengurangi gejala trauma dan gangguan stres pasca-trauma (PTSD), meskipun terdapat keterbatasan dalam metode penelitian dan variasi pendekatan yang digunakan (Braito et al., 2021).

Salah satu keunggulan terapi seni adalah kemampuannya untuk memfasilitasi komunikasi non-verbal, yang sangat penting bagi anak-anak yang mengalami kesulitan untuk mengekspresikan perasaan mereka. Teknik seperti "Squiggle Game,"

yang pertama kali diperkenalkan oleh Donald Winnicott, telah digunakan untuk membangun hubungan dengan anak-anak yang menghadapi masalah yang sulit diungkapkan secara verbal. Dalam konteks ini, terapi seni berfungsi sebagai alat untuk membangun narasi dan mengeksplorasi pengalaman traumatis anak melalui medium kreatif (Braito et al., 2021).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi seni efektif dalam berbagai pengaturan, baik sebagai terapi individu maupun kelompok. Misalnya, terapi seni kelompok telah digunakan untuk meningkatkan konsep diri dan harga diri pada remaja perempuan dengan gangguan kepribadian. Selain itu, terapi individu berbasis seni juga menunjukkan hasil positif dalam mengurangi gejala PTSD pada anak-anak yang mengalami trauma (Braito et al., 2021). Namun, hanya sedikit penelitian yang menggunakan uji coba terkontrol secara acak (RCT), sehingga sulit untuk membuat kesimpulan yang definitif mengenai efektivitas terapi seni.

Terdapat variasi dalam metode dan durasi terapi seni yang dilaporkan dalam studi. Beberapa studi menggunakan pendekatan berbasis psikoanalitik, sementara yang lain menggunakan pendekatan terapi perilaku kognitif melalui seni. Sebagai contoh, sebuah studi menggunakan terapi seni fokus trauma (TF-ART) yang melibatkan 16 sesi mingguan untuk membantu anak-anak memproses pengalaman traumatis mereka. Studi lain menggunakan pendekatan "art as therapy," yang menekankan pada eksplorasi kreativitas dan pemecahan masalah melalui seni (Braito et al., 2021).

Selain itu, penelitian ini juga menyoroti pentingnya penggunaan alat ukur yang valid untuk mengevaluasi hasil terapi seni. Sebagian besar studi menggunakan instrumen seperti Inventori PTSD Anak UCLA, Piers-Harris Children's Self-Concept Scale, dan Resiliency Scales for Children and Adolescents. Namun, beberapa studi mengandalkan deskripsi kualitatif atau laporan kasus, yang dapat meningkatkan risiko bias. Oleh karena itu, diperlukan penelitian lebih lanjut dengan metodologi yang lebih ketat untuk memastikan keandalan temuan ini (Braito et al., 2021).

Meski terdapat bukti positif, studi ini juga mengungkapkan beberapa keterbatasan dalam literatur yang ada. Salah satunya adalah kurangnya standar dalam durasi dan prosedur terapi seni, yang membuat perbandingan antar studi menjadi sulit. Selain itu, sebagian besar penelitian yang termasuk dalam tinjauan ini memiliki ukuran sampel kecil dan tingkat bias yang tinggi. Hal ini menunjukkan perlunya studi dengan desain yang lebih baik dan ukuran sampel yang lebih besar untuk memperkuat basis bukti (Braito et al., 2021).

Selain Kesehatan mental Gangguan spektrum autisme (Autism Spectrum Disorder, ASD) juga merupakan kondisi kompleks yang memengaruhi kemampuan komunikasi, interaksi sosial, dan perilaku. Dengan keterbatasan dalam pengobatan

farmakologis, terapi seni kreatif (Creative Arts Therapy, CAT) muncul sebagai alternatif yang menjanjikan. CAT melibatkan berbagai bentuk seni, termasuk musik, seni visual, teater, tari, dan film, yang digunakan untuk membantu meningkatkan keterampilan kognitif dan sosial anak-anak dengan ASD. Artikel ini mengulas bukti yang ada mengenai efektivitas CAT dalam mendukung anak-anak dengan ASD, berdasarkan tinjauan terhadap 10 studi yang relevan (Brannen, 2021).

Terapi musik (Music Therapy, MT) adalah bentuk CAT yang paling banyak diteliti. Dari lima studi yang ditinjau, sebagian besar menunjukkan bahwa MT memiliki efek positif pada anak-anak dengan ASD. Misalnya, sebuah studi menemukan bahwa MT dapat meningkatkan komunikasi vokal dan keterlibatan sosial. Penggunaan alat musik, menyanyi, dan improvisasi musik membantu anak-anak membangun hubungan interpersonal dan mengurangi gejala autisme tertentu. Studi lain menggunakan pencitraan resonansi magnetik fungsional (fMRI) menunjukkan bahwa MT meningkatkan koneksi antara pusat pendengaran dan subkortikal frontal di otak, yang mendukung teori bahwa MT dapat meningkatkan komunikasi melalui penguatan koneksi neurologis. Namun, tidak semua penelitian menemukan hasil yang konsisten. Sebuah uji coba terkontrol secara acak (RCT) berskala besar menunjukkan bahwa MT tidak memberikan manfaat tambahan yang signifikan dibandingkan dengan perawatan standar yang ditingkatkan (enhanced standard care), meskipun ada peningkatan kecil dalam motivasi sosial dan kesadaran sosial (Brannen, 2021).

Selain terapi musik, terapi seni visual (Visual Art Therapy, VAT) juga menunjukkan potensi dalam meningkatkan keterampilan sosial dan kognitif. Dalam tiga studi yang ditinjau, VAT dilaporkan membantu anak-anak dengan ASD mengembangkan hubungan sosial dan meningkatkan motivasi mereka untuk berinteraksi dengan orang lain. Salah satu studi kasus menunjukkan bahwa VAT membantu seorang anak mengembangkan keterampilan bahasa dan memahami konsep-konsep sosial. Selain itu, studi lain menunjukkan bahwa VAT dapat mengurangi kecemasan melalui peningkatan koneksi antara amigdala dan korteks prefrontal. Namun, keterbatasan dalam ukuran sampel dan bias seleksi dalam penelitian ini membuat hasilnya sulit untuk digeneralisasi (Brannen, 2021).

Metode CAT lainnya, seperti terapi teater (Theatre Therapy, TT) dan terapi film (Film Therapy, FT), juga menjanjikan. Sebuah studi mengenai TT menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam kemampuan sosial, kognisi sosial, dan pengendalian emosi pada anak-anak dengan ASD setelah menjalani program intervensi. Perbaikan ini tidak hanya terlihat selama terapi tetapi juga bertahan hingga dua bulan setelahnya. Demikian pula, terapi film menunjukkan peningkatan keterampilan sosial pada anak-anak dengan ASD, termasuk kemampuan untuk

berinteraksi dengan teman sebaya dan orang dewasa neurotipikal. Namun, kedua metode ini memiliki keterbatasan, termasuk ukuran sampel kecil dan risiko bias dalam pengukuran hasil. Meski demikian, hasilnya menunjukkan bahwa pendekatan-pendekatan baru ini memiliki potensi besar untuk membantu anak-anak dengan ASD (Brannen, 2021).

Kendati demikian, ada beberapa tantangan dalam mengevaluasi efektivitas CAT. Salah satu masalah utama adalah kurangnya standar metodologis dalam desain penelitian, termasuk variasi dalam durasi dan intensitas terapi, serta alat ukur yang digunakan untuk menilai hasil. Sebagian besar studi memiliki ukuran sampel kecil, yang membatasi validitas eksternal hasil. Selain itu, peran usia dalam menentukan efektivitas terapi belum banyak diteliti, meskipun ada indikasi bahwa intervensi pada usia dini dapat lebih efektif dalam membangun keterampilan sosial dan kognitif (Brannen, 2021).

Selain pada anak dan remaja, ada terapi khusus, terapi kreatif yang dikembangkan oleh M. Burno menjadi pendekatan penting dalam psikoterapi klinis bagi anak-anak dan remaja dengan gangguan mental. Metode ini bertujuan untuk memanfaatkan potensi kreatif individu sebagai alat untuk penyembuhan dan pengembangan diri. Pendekatan ini dirancang untuk memenuhi kebutuhan unik pasien remaja, memperhitungkan aspek ontogenetis dan disontogenetis, serta berfokus pada penguatan identitas pribadi, pengelolaan emosi, dan interaksi sosial (Shevchenko & Levkovskaya, 2016). Pendekatan terapi kreatif Burno menggabungkan sesi individual dan kelompok yang mencakup eksplorasi seni, musik, dan narasi. Terapi ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang aman, di mana pasien dapat mengekspresikan emosi dan konflik internal mereka melalui media kreatif. Dalam studi ini, program dirancang selama 24 sesi untuk pasien dengan usia 12 hingga 17 tahun, dengan kriteria inklusi yang melibatkan kecerdasan normal, kondisi psikiatri non-psikotik, dan berbagai sindrom seperti depresi dan gangguan makan. Pendekatan ini memperkenalkan konsep terapi sebagai alat untuk membantu pasien memahami kekuatan dan kelemahan mereka serta menemukan cara adaptif untuk mengelola tantangan emosional dan sosial (Shevchenko & Levkovskaya, 2016).

Keunikan terapi kreatif Burno terletak pada pengakuan akan kebutuhan spesifik remaja yang berada pada tahap krusial perkembangan psikososial. Dengan menggunakan elemen kreativitas, seperti seni dan musik, terapi ini memungkinkan remaja untuk menjelajahi identitas mereka, mengelola stres, dan memperkuat keterampilan sosial. Penekanan pada pengembangan imajinasi dan pengalaman sosial membantu menciptakan pola perilaku yang lebih adaptif. Selain itu, pendekatan ini memberikan ruang bagi remaja untuk mengatasi perasaan tidak

aman, yang seringkali menjadi ciri khas dari fase kehidupan ini (Shevchenko & Levkovskaya, 2016).

Dalam praktiknya, terapi ini memberikan banyak manfaat, termasuk pengelolaan emosi yang lebih baik, peningkatan kemampuan komunikasi, dan pengembangan keterampilan sosial. Terapi ini juga membantu remaja mengatasi hambatan dalam interaksi sosial, seperti rasa malu dan ketidakpercayaan. Selain itu, metode ini memberikan sarana untuk mengekspresikan pengalaman traumatis atau tekanan emosional dengan cara yang konstruktif. Dengan fokus pada penguatan identitas dan pengembangan pola pikir positif, terapi kreatif Burno menjadi alat yang efektif untuk membantu remaja menghadapi tantangan kehidupan mereka (Shevchenko & Levkovskaya, 2016).

Namun, penelitian ini juga mencatat beberapa tantangan dalam implementasi terapi kreatif ini. Salah satunya adalah perlunya pelatihan khusus bagi praktisi untuk menerapkan metode ini secara efektif. Selain itu, keterbatasan dalam sumber daya dan waktu dapat menjadi hambatan dalam penerapan terapi ini secara luas. Oleh karena itu, studi lebih lanjut diperlukan untuk mengeksplorasi cara mengintegrasikan metode ini ke dalam program perawatan yang lebih besar dan meningkatkan aksesibilitas bagi kelompok yang lebih luas (Shevchenko & Levkovskaya, 2016).

C. Hambatan

Terapi seni kreatif telah diakui sebagai pendekatan yang efektif untuk meningkatkan kesehatan mental anak dan remaja, terutama mereka yang mengalami gangguan psikologis. Namun, pelaksanaannya menghadapi sejumlah hambatan yang memengaruhi efektivitas dan aksesibilitas terapi ini. Salah satu hambatan utama adalah keterbatasan sumber daya, baik dari segi tenaga profesional maupun fasilitas. Banyak terapis yang bekerja dalam bidang ini kurang memiliki pelatihan khusus dalam terapi seni kreatif, sehingga mereka kesulitan menerapkan metode yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Selain itu, kurangnya fasilitas yang memadai, seperti ruang yang didesain untuk terapi seni, menjadi kendala dalam memberikan pengalaman yang optimal bagi peserta (Brannen & Pando-Kelly, 2024). Keterbatasan penelitian juga menjadi salah satu hambatan besar. Sebagian besar studi yang mendukung efektivitas terapi seni kreatif berskala kecil atau berupa studi kasus, sehingga sulit untuk membuat kesimpulan yang kuat mengenai dampaknya secara luas. Kurangnya uji coba terkontrol secara acak (RCT) membatasi validitas hasil penelitian. Selain itu, variasi dalam metode terapi, durasi, dan alat ukur yang digunakan di berbagai studi membuat perbandingan hasil menjadi rumit. Hambatan ini menunjukkan kebutuhan akan penelitian yang lebih

sistematis dan komprehensif untuk mengevaluasi efektivitas terapi seni dalam berbagai konteks dan populasi (Braito et al., 2021).

Faktor budaya juga memengaruhi penerapan terapi seni kreatif. Dalam beberapa budaya, stigma terhadap gangguan kesehatan mental masih tinggi, sehingga individu enggan mencari bantuan atau mengikuti terapi. Selain itu, dalam beberapa kasus, terapi seni dianggap kurang efektif karena tidak sesuai dengan norma budaya tertentu. Hambatan ini menunjukkan pentingnya adaptasi program terapi seni yang sesuai dengan latar belakang budaya peserta (Case & Dalley, 2014). Keterbatasan waktu juga menjadi tantangan dalam terapi seni kreatif, terutama dalam pengaturan institusional seperti sekolah atau rumah sakit. Anak-anak dan remaja sering kali memiliki jadwal yang padat, sehingga sulit untuk meluangkan waktu untuk terapi yang membutuhkan keterlibatan aktif selama beberapa sesi. Selain itu, tekanan dari sistem pendidikan atau keluarga untuk mengejar prestasi akademik dapat mengurangi prioritas terhadap kesehatan mental, termasuk terapi seni (Butler & Devenney, 2015).

Untuk mengatasi hambatan ini, diperlukan investasi yang lebih besar dalam pelatihan tenaga profesional dan pengembangan fasilitas terapi seni kreatif. Program pelatihan khusus yang menargetkan terapis dapat meningkatkan kapasitas mereka untuk memberikan terapi yang lebih efektif. Selain itu, peningkatan kesadaran masyarakat tentang manfaat terapi seni kreatif melalui kampanye edukasi dapat membantu mengurangi stigma dan meningkatkan partisipasi. Penelitian yang lebih luas dan terstandarisasi juga dibutuhkan untuk memberikan bukti kuat mengenai efektivitas terapi ini, sehingga dapat diintegrasikan ke dalam sistem layanan kesehatan mental secara lebih luas (Malchiodi, 2020).

D. Kesimpulan

Terapi seni kreatif merupakan pendekatan inovatif dalam penanganan gangguan jiwa pada anak dan remaja, dengan manfaat signifikan dalam mengatasi berbagai tantangan emosional dan sosial. Terapi ini memanfaatkan medium seni seperti musik, seni visual, drama, dan tari, yang memberikan ruang aman bagi individu muda untuk mengekspresikan diri secara non-verbal. Penelitian menunjukkan bahwa terapi seni kreatif dapat meningkatkan kemampuan regulasi emosi, memperkuat harga diri, dan membantu individu memproses trauma secara efektif. Selain itu, terapi ini berkontribusi dalam mengurangi stigma kesehatan mental melalui eksplorasi kreatif dalam lingkungan yang mendukung. Meskipun bukti menunjukkan banyak manfaat, penerapan terapi seni kreatif menghadapi hambatan, termasuk keterbatasan sumber daya, pelatihan profesional, dan fasilitas yang memadai. Selain itu, kebanyakan penelitian dalam bidang ini berskala kecil dan

kurang terstandarisasi, sehingga membutuhkan studi lebih lanjut untuk mendukung bukti empiris yang kuat. Tantangan budaya dan sosial juga menjadi kendala dalam penerapan terapi ini, mengingat adanya stigma kesehatan mental di beberapa masyarakat.

Dalam rangka meningkatkan efektivitas dan aksesibilitas, penting untuk mengintegrasikan terapi seni kreatif ke dalam layanan kesehatan mental yang lebih luas, memberikan pelatihan khusus bagi tenaga profesional, dan menciptakan lingkungan yang mendukung bagi pasien. Dengan demikian, terapi seni kreatif memiliki potensi besar untuk menjadi komponen integral dalam pendekatan multidisiplin untuk mendukung kesehatan mental anak dan remaja. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk memperkuat basis bukti dan mengoptimalkan penerapannya di berbagai konteks sosial dan budaya.

E. Referensi

- Braito, I., Rudd, T., Buyuktas, D., Ahmed, M., Glancy, C., & Mulligan, A. (2021). Review : systematic review of effectiveness of art psychotherapy in children with mental health disorders. *Irish Journal of Medical Science* (1971 -), 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02688-y>
- Butler, Michelle;Devenney, S., & Butler. (2015). *Draw on your emotions: creative arts groupwork with adolescents attending a mental health service Draw on Your Emotions: Creative Arts Groupwork with Adolescents attending a*.
- Ding, Y. (2024). *The Influence of Art Therapy on Adolescent Identity Development*. 0, 117–122. <https://doi.org/10.54254/2753-7048/40/20240726>
- Ma, S. C. S., Ma, J. D. A., & Da, F. K. (2015). *Outcome Studies on the Efficacy of Art Therapy: A Review of Findings Outcome Studies on the Efficacy of Art Therapy: A Review of Findings*. April. <https://doi.org/10.1080/07421656.2010.10129660>
- Piaget, J. (2000). The Psychology Of The Child. In *Presses Universitaires de France* (Vol. 1, Issue 1). Basic Book., Inc. http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1091/RED2017-Eng-8ene.pdf?sequence=12&isAllowed=y%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.regsciurbeco.2008.06.005%0Ahttps://www.researchgate.net/publication/305320484_SISTEM_PEMBTUNGAN_TERPUSAT_STRATEGI_MELESTARI
- Quinlan, R., Psy, M. C., Schweitzer, R. D., Khawaja, N., Griffin, J., Grad, M. M. H., Cat, D., & Tfl, G. C. (2016). The Arts in Psychotherapy Evaluation of a school-based creative arts therapy programme for adolescents from refugee backgrounds. *The Arts in Psychotherapy*, 47, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.09.006>
- Shevchenko, Y. S., & Levkovskaya, O. B. (2016). [The creative therapy by M. Burno in the psychotherapy of adolescents]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*, 116(4 Pt 2), 57–61. <https://doi.org/10.17116/jnevro20161163257-61>

CHAPTER 8

PENGARUH LINGKUNGAN SOSIAL TERHADAP KESEHATAN JIWA REMAJA

Ns. Zakiyah, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.

A. Pendahuluan/Prolog

Masa remaja merupakan fase perkembangan yang unik dimana remaja mengalami perubahan fisik, psikologis, dan sosial yang signifikan. Remaja sering menyadari bahkan sangat sadar akan penampilan pribadinya yang berubah secara signifikan akibat adanya perubahan seksual dan fisiologis. Selain itu, Masa remaja juga merupakan fase yang sangat penting dalam meningkatkan kemampuan sosial dan emosional bagi kesejahteraan jiwa remaja. Kesehatan emosional remaja merupakan masalah penting yang mempengaruhi individu dan masyarakat secara keseluruhan. Dalam mengelola kerumitan interaksi dengan teman sebaya, tuntutan akademis, dan **pembentukan identitas**, remaja mungkin menghadapi hambatan emosional yang memiliki pengaruh negatif serius pada kesehatan jiwanya.

Erikson (1968) melalui teori psikososialnya memiliki pandangan bahwa pertumbuhan dan perkembangan manusia dipengaruhi oleh lingkungan sosial atau lingkungan sekitarnya. Erikson menyebutkan tugas perkembangan utama remaja adalah **Identitas versus kebingungan identitas**. Dimana identitas menurut erikson adalah bentuk keputusan terhadap pilihan pekerjaan, adopsi nilai-nilai kehidupan, dan perkembangan identitas seksual, yang dianggap penting oleh remaja. Remaja yang mampu mengatasi krisis identitasnya dengan baik akan mampu mengembangkan keutamaan dari kesetiaan, yaitu loyalitas yang berkesinambungan, memiliki keyakinan, atau rasa memiliki terhadap orang yang dicintai atau teman dan sahabat. Kesetiaan di sini juga memiliki makna identifikasi melalui rangkaian nilai-nilai, ideologi, agama, politik, kreativitas, ataupun kelompok etnis. Sehingga, Erikson melihat bahaya utama pada tahap remaja adalah krisis identitas atau kebingungan peran, yang bisa menunda perkembangan kesehatan jiwa remaja di masa dewasa(Papalia, D.E & Feldman, 2014).

World Health Organization (WHO) menyampaikan banyak faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan jiwa remaja. Faktor-faktor tersebut antara lain: paparan terhadap kesulitan, tekanan untuk menyesuaikan diri dengan teman sebaya, eksplorasi identitas. Selain itu media dan norma terkait gender juga dapat memperparah kesenjangan antara persepsi, aspirasi dengan realitas kehidupan

remaja di masa depan. Faktor lain yang tidak kalah pentingnya adalah kualitas kehidupan rumah tangga dan hubungan dengan teman sebaya, seperti kekerasan (baik kekerasan seksual maupun perundungan), pola asuh yang kasar, dan masalah sosial ekonomi yang berat menjadi risiko dalam kesehatan jiwa remaja. Semakin banyak faktor risiko yang dimiliki/dilalami remaja, maka akan semakin besar pula potensi dampaknya terhadap kesehatan jiwa pada remaja. Kondisi tempat tinggal, stigma, diskriminasi atau pengucilan, serta kurangnya akses terhadap dukungan dan layanan yang berkualitas, termasuk remaja yang tinggal di lingkungan yang rentan dan tidak aman, remaja dari latar belakang etnis atau seksual minoritas, menjadikan remaja lebih berisiko tinggi terhadap kondisi kesehatan mentalnya(WHO, 2024).

B. Masalah Kesehatan Jiwa Pada Remaja

Sebagaimana disampaikan di atas bahwa identitas merupakan tugas utama fase remaja, maka bilamana proses pencapaian identitas tersebut mengalami hambatan, remaja dapat menghadapi berbagai masalah, diantaranya memiliki perasaan hampa, penolakan, menantang orangtua, ketidaksetujuan pada diri sendiri, dan cemas. Selain itu remaja juga dapat mengalami penyimpangan perilaku seperti hubungan seks bebas, kehamilan di luar nikah, persalinan dini, aborsi, terlibat prostitusi, minum-minuman keras/alkohol, penyalahgunaan narkoba(Zakiyah, et al, 2020); dan kesulitan belajar(sofwan indarjo, 2009).

Riskesdas (2018) mencatat adanya masalah kesehatan jiwa pada penduduk kelompok umur 15-24 ditemukan 10,0% mengalami gangguan mental emosional dan 6,2% mengalami depresi(Kementerian Kesehatan RI, 2018). Sedangkan WHO menyebutkan setidaknya masalah kesehatan jiwa yang terjadi pada remaja, yaitu gangguan emosi, gangguan perilaku, gangguan makan, psikosis, dan mencederai diri serta bunuh diri(WHO, 2024), yang dijelaskan sebagai berikut:

1. Gangguan Emosi

Gangguan emosi (mulai dari kekhawatiran yang berlebihan sampai dengan gangguan panik) merupakan gangguan yang paling umum terjadi pada remaja. Kecemasan terjadi 4,4% pada remaja usia 10-14 tahun, dan 5,5% pada remaja usia 15-19 tahun. Sedangkan depresi ditemukan pada remaja usia 10-14 tahun (1,4%), dan pada remaja usia 15-19 tahun (3,5%). Depresi yang dialami remaja dapat mengarah pada tindakan bunuh diri. Kedua masalah kesehatan jiwa tersebut sangat mempengaruhi kehadiran dan tugas remaja di sekolah. Remaja yang menarik diri dari lingkungan pergaulannya memperparah kondisi kesepian dan isolasi sosial.

2. Gangguan Perilaku

Gangguan perilaku mempengaruhi pendidikan remaja dan dapat meningkatkan risiko perilaku kriminalitas. Gangguan perilaku yang dialami dapat berupa *Attention deficit hyperactivity disorders* (ADHD), conduct disorders, dan gangguan perilaku lainnya seperti kesulitan belajar, kenakalan remaja.

3. Gangguan Makan

Gangguan makan dialami oleh remaja usia 10-14 tahun (0,1%), remaja usia 15-19 tahun (0,4%). Gangguan makan lebih sering ditemukan pada remaja perempuan dibandingkan remaja laki-laki. Gangguan ini sering muncul bersamaan dengan gangguan kecemasan, depresi, dan penyalahgunaan zat. Gangguan makan yang umum ditemukan adalah Anoreksia Nervosa dan Bulimia Nervosa. Kedua gangguan ini juga ada kaitannya dengan bunuh diri pada remaja.

4. Psikosis

Skizofrenia terjadi pada 0,1% remaja usia 15-19 tahun dengan gejala halusinasi dan delusi. Masalah kesehatan jiwa ini dapat mengganggu kemampuan remaja untuk berpartisipasi dalam kehidupan sehari-harinya dan juga pendidikannya, dan mulai muncul pada akhir masa remaja atau pada awal usia dewasa.

5. Mencederai Diri/Bunuh Diri

Bunuh diri dapat menjadi penyebab kematian pada remaja (15-29 tahun) dengan faktor risiko yang beragam, mulai dari penggunaan alkohol, penyalahgunaan zat, stigma, dan hambatan dalam mengakses perawatan dan dukungan. Media sosial digital juga memiliki peran penting dalam meningkatkan maupun menurunkan upaya pencegahan bunuh diri.

6. Perilaku Berisiko

Perilaku berisiko yang sering ditemukan pada remaja adalah penggunaan zat (alkohol, rokok, ganja), perilaku seksual, dan juga perilaku kekerasan. Perilaku ini dilakukan remaja sebagai strateginya untuk mengatasi masalah emosinya. Perilaku ini bisa memiliki pengaruh pada kesejahteraan fisik dan mental remaja.

C. Faktor-faktor Sosial yang Mempengaruhi Kesehatan Jiwa Remaja

Dalam membangun sistem pendukung yang efektif, penting untuk memahami faktor-faktor yang memperburuk atau mengurangi masalah kesehatan jiwa yang dihadapi remaja. Lingkungan yang protektif dan suportif dalam keluarga, sekolah, dan masyarakat luas sangat penting dalam kesehatan jiwa remaja. Faktor lingkungan sosial yang kompleks, seperti hubungan keluarga, dukungan sosial dari teman sebaya, dan lingkungan sekolah memainkan peran penting dalam kesehatan jiwa remaja.

1. Faktor Keluarga

Keluarga adalah lingkungan sosial yang sangat dekat dengan remaja. Keluarga memegang peran penting dalam kesehatan jiwa remaja. Salah satu fondasi terbentuknya sikap remaja terhadap orang lain, benda, maupun kehidupan remaja secara umum dapat dipengaruhi oleh hubungan antar anggota keluarga. Hubungan tersebut juga menjadi fondasi bagi pola penyesuaian remaja dan membuat remaja belajar berpikir tentang dirinya sendiri sebagaimana fondasi yang dilakukan dan diletakkan oleh keluarganya. Faktor keluarga yang dapat mempengaruhi kesehatan jiwa remaja, yaitu:

a. Orangtua dan Keluarga

Orangtua memiliki peran penting dalam perkembangan sosial emosional remaja. Hubungan yang baik dengan orangtua dan dukungan sosial dari keluarga merupakan faktor penting dalam meningkatkan kesejahteraan emosional remaja. Menurut (Soetjiningsih, 2004), hubungan orangtua dengan anak tergantung pada sikap orangtua. Dimana sikap orangtua bukan hanya memiliki pengaruh terhadap hubungan di dalam keluarga tapi juga berpengaruh terhadap sikap dan perilaku anak. Orangtua dengan sikap positif dan memiliki hubungan yang sehat dengan anak, dapat menghasilkan anak yang bahagia, sopan, juga dianggap menarik oleh orang lain, serta relatif tidak mengalami kecemasan dan pandai bekerjasama dalam tim. Selain itu, hubungan orangtua dengan remaja, tingkat konflik, serta keterbukaan berkomunikasi didasari juga oleh besarnya kedekatan emosi selama masa perkembangan anak, dan hubungan masa remaja dengan orangtua pada saatnya membentuk tahapan kualitas sebuah hubungan dengan pasangannya pada masa dewasa(Papalia, D.E & Feldman, 2014).

b. Pola Asuh

Hasil penelitian Mutiara et al., (2018) menemukan bahwa remaja yang melakukan perilaku kekerasan, 39,5% merupakan remaja dengan pola asuh orangtua yang permisif, 23,7% remaja dengan pola asuh orangtua otoriter, dan 3,9% remaja dengan pola asuh orangtua demokratis, sedangkan sisanya (7,9%) remaja dengan pola asuh orangtua kombinasi. Menurut Santrock (2002), ada tiga pola asuh dalam mendidik anak, yaitu: pola asuh otoriter, permisif, dan demokratis.

Pertama, kecenderungan pola asuh yang memaksakan keinginan orangtua kepada anaknya dan anak tidak diberi kesempatan untuk mengemukakan pendapatnya, disebut dengan pola asuh otoriter. Pola asuh ini termasuk pola asuh yang keras karena dapat mengambil kebebasan anak untuk berpikir, berpendapat, serta mengambil keputusan. Pola asuh ini juga

memiliki kecenderungan menggunakan kekerasan verbal maupun non verbal supaya anak mau mengikuti segala perintah atau aturan yang dibuat orangtua. **Kedua**, Pola asuh permisif, yaitu pola asuh orangtua yang memiliki kecenderungan untuk memberikan kebebasan kepada anak dalam berperilaku sesuai dengan keinginannya tanpa mempedulikan tentang norma dan nilai yang ada di masyarakat. Pada pola asuh ini orangtua memberikan kebebasan, tanggungjawab, dan pilihan kepada anak. Anak tidak diberikan aturan dan bimbingan yang baik oleh orangtua tentang nilai, dan norma yang berlaku pada aspek kehidupannya. Orangtua membiarkan anak menjalani hidupnya dengan berperilaku sesuai keinginan hatinya tanpa tahu mana yang baik dan mana yang buruk, mana yang benar dan mana yang salah. **Ketiga**, pola asuh yang memberi kesempatan pada anak untuk bebas berdiskusi, mengungkapkan apa yang dirasakannya, dan bagaimana anak mengambil keputusan, disebut dengan pola asuh demokratis. Pola asuh ini juga perlu diimbangi dengan nilai dan norma sesuai usia anak. Pada pola asuh ini hubungan dua arah antara orangtua dengan anak harus seimbang sehingga kecondongan pada salah satu pihak dapat dihindari(Azzahra et al., 2021). Pola asuh yang suportif dapat menghasilkan perkembangan emosional yang lebih baik pada remaja.

c. Struktur Keluarga

Perubahan struktur keluarga dapat memicu terjadinya masalah kesehatan jiwa remaja. Didapatkan 76,9% remaja memiliki orangtua tunggal ibu dan mengalami depresi dengan rentang mulai dari normal, ringan, dan sedang. Perubahan struktur keluarga dapat terjadi karena orangtua (ayah/ibu) meninggal dunia atau karena adanya konflik orangtua sampai dengan perceraian sehingga remaja hanya tinggal bersama salah satu dari orangtuanya baik ibu atau ayah(Cahayatiningsih et al., 2022).

Struktur keluarga adalah salah satu faktor internal yang dapat mempengaruhi kesehatan jiwa remaja. Keluarga menjadi tempat bergantung remaja sebagai seorang anak sekaligus manusia yang membutuhkan support atau dukungan serta kekuatan dari keluarga. Salah satu peran penting keluarga adalah bagaimana anggota keluarga dapat tumbuh dan berkembang dengan baik pada aspek fisik maupun psikis. Struktur keluarga yang baik memiliki keterkaitan dengan kesehatan jiwa remaja yang baik dan struktur keluarga yang kurang memiliki keterkaitan dengan kesehatan jiwa remaja yang rendah (Nugraha et al., 2023).

d. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga memiliki kontribusi besar dalam membentuk perilaku remaja. Dari 5 (lima) fungsi keluarga (fungsi afeksi, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan keluarga), fungsi afeksi dan fungsi sosialisasi memberikan pengaruh yang signifikan terhadap penyimpangan perilaku remaja, seperti perilaku seksual berisiko. Pattiruhu et al., (2019) menemukan 46,9% remaja dari keluarga dengan fungsi afeksi kurang baik memiliki perilaku seksual berisiko. Fungsi afeksi keluarga merupakan fungsi yang dijalankan oleh keluarga dalam bentuk perhatian, kasih sayang, perlindungan dan dukungan psikososial untuk setiap anggota keluarga. Sehingga tidak berjalananya fungsi tersebut di keluarga dapat memicu munculnya masalah kesehatan jiwa, seperti penyimpangan perilaku, kriminalitas, penyalahgunaan zat, perilaku seks bebas, dan masalah kesehatan lainnya pada remaja. Selain itu, ditemukan juga 41,4% remaja dari keluarga dengan fungsi sosialisasi kurang baik memiliki perilaku seksual berisiko. Fungsi sosialisasi keluarga merupakan fungsi yang dijalankan keluarga sebagai tempat untuk melatih dan mengembangkan kemampuan anggota keluarga untuk saling berinteraksi, berkehidupan sosial sebelum anggota keluarga keluar atau meninggalkan rumah/tempat tinggal untuk selanjutnya berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan di luar rumah. Remaja dapat dilatih dengan menanamkan nilai dan norma keluarga, batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh, belajar disiplin dan tanggung jawab serta konsekuensi dari setiap tindakan yang dilakukannya. Ketidakberfungsiannya fungsi sosialisasi ini dapat memicu masalah kesehatan jiwa pada remaja, seperti antisosial, kriminalitas, penyimpangan perilaku dan masalah lainnya.

Selain masalah perilaku seksual berisiko, ditemukan juga lebih banyak remaja dengan status mental normal pada keluarga dengan fungsi keluarga yang adaptif (32,1%) dibandingkan pada keluarga dengan fungsi keluarga yang maladaptif (20,2%), begitupun pada remaja dengan status mental borderline dan abnormal, angkanya lebih tinggi ditemukan pada keluarga dengan fungsi keluarga maladaptif(Elita et al., 2023). Hal tersebut mendukung konsep bahwa fungsi keluarga memiliki andil yang tinggi terhadap perkembangan setiap anggota keluarga, dan mempengaruhi perkembangan diri setiap anggotanya. Perasaan berharga akan tercipta dan harga diri positif akan tumbuh, dan juga setiap anggotanya menjadi produktif serta bermanfaat bagi lingkungan jika keluarga memiliki fungsi dan pengaruh yang positif. Keluarga yang adaptif (memiliki fungsi baik) dapat saling berganti peran, tingkat tanggung jawab dan pola interaksi pada saat menghadapi tantangan kehidupan yang menimbulkan stres (Stuart, 2016).

2. Teman Sebaya

Dukungan teman sebaya tinggi memiliki pengaruh yang cukup tinggi (37,5%) terhadap kesehatan mental remaja. Dukungan teman sebaya tersebut dirasakan positif dampaknya bagi remaja, dan sebaliknya dukungan teman sebaya yang rendah/kurang dirasakan negatif dampaknya(Fadhilah et al., 2023). Gangguan mental emosional ditemukan pada remaja dengan dukungan teman sebaya tidak baik (46,3%)(Yunere et al., 2021). Dukungan teman sebaya terdiri dari aspek-aspek berikut: 1)dukungan emosional, 2)dukungan penghargaan, 3)dukungan instrumental, 4)dukungan informasi, 5)dukungan jaringan sosial atau dukungan persahabatan.

Dukungan sosial dari teman sebaya, seperti perasaan senasib menimbulkan adanya hubungan saling mengerti dan simpati yang mungkin tidak didapatkan oleh remaja dari orangtua maupun keluarga. Dukungan dari teman sebaya dapat berupa perhatian, simpati, saling memahami, dan juga bimbingan moral spiritual. Dukungan teman sebaya juga dapat membantu remaja mengatasi masalah kesehatan jiwa seperti stres, cemas, atau berbagai tekanan lainnya.

3. Lingkungan Sekolah

Aktivitas sekolah, membuat remaja lebih banyak menghabiskan waktunya di lingkungan sekolah. Lingkungan sekolah memiliki kontribusi besar pada kesehatan jiwa remaja. Masalah kesehatan jiwa pada remaja bisa berimplikasi pada kemampuan remaja untuk berinteraksi dengan pendidikan dan penurunan kinerja dan prestasi akademis. Melalui Lingkungan sekolah yang positif dan mendukung, Kesejahteraan mental remaja dapat meningkat, kepercayaan diri remaja juga lebih tinggi, dan remaja lebih sedikit mengalami stres. Sedangkan melalui lingkungan sekolah yang kurang baik dan kurang kondusif, dapat menimbulkan terjadinya peningkatan kecemasan dan juga masalah kesehatan jiwa lainnya pada remaja. Yunere et al., (2021) menemukan remaja tidak mengalami gangguan mental emosional pada lingkungan sekolah yang baik (50%), dan remaja mengalami gangguan mental emosional pada lingkungan sekolah yang tidak baik (65%). Lingkungan sekolah yang tidak baik juga berkontribusi hingga 86,7% terhadap kesehatan jiwa yang tidak baik pada remaja(Cahyadi et al., 2024).

Lingkungan sekolah yang tidak baik dapat berupa lingkungan pertemanan, seperti lingkungan pertemanan yang *toxic*. lingkungan ini memiliki ciri perilaku agresif, manipulatif, pengucilan, intimidasi, juga tindakan lain yang merugikan bagi perkembangan kesehatan jiwa remaja. Lingkungan seperti ini dapat menimbulkan pengaruh negatif pada kesehatan jiwa remaja. Lingkungan ini dapat menimbulkan masalah stres, kecemasan, depresi, percaya diri rendah,

isolasi sosial, dan perilaku merusak diri(Fadhillah & Siregar, 2024). Pada lingkungan sekolah yang tidak baik, remaja sangat rentan terhadap masalah kesehatan jiwa, hal ini dapat dipicu melalui beberapa faktor yang saling berkaitan, seperti:

a. Bullying atau perundungan.

Bullying atau perundungan bisa menyebabkan remaja mengalami distress psikologis mulai dari yang ringan hingga berat, perasaan tidak berdaya, dan perkembangan emosi negatif secara intens. Bullying juga dapat berakibat pada munculnya hambatan dalam menyelesaikan tugas-tugas akademik dan aktivitas lainnya. Distress yang berkepanjangan pada remaja memicu munculnya respon cemas, terlebih ketika remaja sedang berada dalam interaksi di lingkungan tersebut. Cemas yang diperburuk dengan adanya perasaan buruk, takut dan khawatir akan diejek dan ditolak, selanjutnya bisa mendorong remaja untuk melakukan tindakan mengisolasi diri. Tindakan ini menjurus pada sikap enggan untuk melakukan interaksi dengan orang lain, mencari hubungan yang lebih sehat dan mendapatkan dukungan sosial yang positif untuk kesehatan jiwanya. Remaja mulai merasakan kesedihan dan kehilangan semangat, putus asa dan meragukan kemampuannya serta merasa tidak berharga, sehingga remaja mengalami depresi. Depresi memberikan dampak buruk pada kehidupan remaja, mulai dari menurunnya prestasi akademik, isolasi sosial, dan yang paling buruk adalah tindakan menyakiti diri sendiri bahkan bunuh diri. Selain itu, bullying juga dapat membuat remaja lebih rentan menjadi korban atau pelaku bullying di masa depan.

b. Tekanan Akademik dan Kinerja Sekolah

Perbedaan iklim di sekolah seperti nilai, norma, budaya, dan kebijakan yang berlaku di sekolah dapat mempengaruhi perkembangan kesehatan jiwa remaja. Iklim sekolah yang mendorong inklusi, partisipasi aktif, penerimaan terhadap adanya keberagaman yang ada dapat menciptakan lingkungan sekolah yang positif untuk kesehatan jiwa remaja. Sebaliknya, iklim sekolah yang keras, diskriminatif, dapat memberikan pengaruh negatif terhadap kesehatan jiwa remaja. Tekanan akademik seperti tuntutan nilai yang tinggi, persaingan/kompetisi dengan teman sebaya untuk mendapatkan nilai dan posisi terbaik, tugas sekolah, ujian, kegiatan ekstrakurikuler, persiapan masuk perguruan tinggi, ekspektasi orangtua terhadap prestasi akademik, kesemuanya dapat memicu stres, cemas, bahkan depresi pada remaja, jika remaja tidak dapat mengelolanya dan mencapainya.

c. Hubungan Dengan Guru.

Guru di sekolah memiliki peran penting dalam pertumbuhan dan perkembangan jiwa remaja. Selain sebagai pengajar akademik, guru juga

dapat menjadi pembimbing dan model bagi siswa remaja. Banyak hal positif yang dapat dilakukan guru kepada remaja untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan kesehatan jiwa remaja ke arah yang positif, seperti:

- Menumbuhkembangkan rasa percaya diri remaja. Guru bisa membangun rasa percaya diri remaja mulai dari hal sederhana seperti memberikan pujian atas usaha bukan hanya hasil, membantu mengatasi perasaan takut gagal yang sering dialami siswa remaja,
- Memahami dan Memberikan dukungan emosional. Guru dapat menjadi pendengar yang baik ketika menghadapi remaja dengan berbagai persoalan pribadi, dan juga memberikan dukungan secara emosional. Melalui didengar dan dipahami, dapat menghindari remaja dari perasaan isolasi dan stres yang berlebihan. Guru juga dapat mengembangkan kemampuan peka terhadap sikap dan perilaku yang menunjukkan tanda dan gejala stres, cemas, bahkan depresi pada remaja, sehingga penanganan sedini mungkin seperti merujuk ke guru Bimbingan dan Konseling (BK), atau rujukan profesional dapat dilakukan.
- Menjadikan diri sebagai role model. Guru bisa menjadi panutan dalam hal bersikap, berperilaku dan menghadapi masalah, seperti menunjukkan sikap positif, empati, mampu mengatasi tantangan. Sehingga hal ini dapat dijadikan contoh oleh remaja dalam mengembangkan kemampuan dan keterampilan sosial dan emosi yang positif. Guru juga bisa mengajarkan dan memberi contoh kepada remaja tentang keterampilan hidup yang penting untuk kesehatan jiwa remaja, seperti mengelola waktu, mengatasi stres, menyelesaikan konflik, berinteraksi dengan baik sehingga remaja memiliki keterampilan dalam menghadapi tuntutan di kehidupannya sehari-hari.
- Menciptakan lingkungan belajar yang positif. Guru bisa menciptakan lingkungan belajar yang positif, inklusif, respek, tidak membully, sehingga remaja merasa aman dan nyaman selama belajar dan meminimalisir stres, dan cemas.

Masih banyak hal lainnya yang dapat dilakukan oleh guru dalam membangun hubungan dan mengembangkan kesehatan jiwa yang positif bagi remaja.

Bagi remaja, lingkungan sekolah dapat menjadi peluang untuk bertemu dan berinteraksi dengan teman sebaya, guru, dan staf sekolah. Interaksi tersebut dapat terjadi di dalam maupun di luar kelas. Selain itu, konselor dan dukungan emosional dari guru juga bisa membantu remaja mengelola stres dan membangun ketahanan mental, serta memberikan jaringan perlindungan

yang dibutuhkan bagi remaja dalam mengatasi tantangan emosional(Gita&Perianto, 2020, dalam Bulan et al., 2022).

4. Pengaruh Media Sosial

Penggunaan media sosial saat ini bukan lagi menjadi gaya hidup, namun sudah menjadi kebutuhan di kalangan masyarakat. Remaja yang saat ini masuk dalam kelompok Gen Z diketahui mencapai 25% menjadi pengguna media sosial aktif setelah Gen X (27%) dan Gen Y (43%). Berdasarkan level pendidikan, remaja pengguna media sosial didominasi oleh remaja SMA/sederajat (51%), SLTP/sederajat (21%). Angka ini lebih tinggi dibandingkan kelompok pendidikan lainnya, yaitu SD, mahasiswa dan yang tidak bersekolah(Ministry of Communications and Informatics, 2022). Penggunaan media sosial pada remaja memiliki dampak positif dan negatif, sebagai berikut(Iryadi, et al., 2023):

a. Dampak Positif

- 1) Memudahkan berinteraksi; melalui media sosial, remaja dapat berhubungan dengan keluarga, teman, dan rekan kerja secara tidak langsung.
- 2) Kreativitas; melalui media sosial remaja dapat menunjukkan bakat akademik maupun non akademik, juga dapat mensosialisasikan serta membagikan karya yang dibuatnya dengan bebas dan mendapatkan kesempatan untuk membuat dan menghasilkan karya baru.
- 3) Kesadaran Sosial; Remaja menjadi sadar tentang apa yang sedang terjadi di masyarakat melalui informasi dan isu yang ada di media sosial.

b. Dampak Negatif

- 1) Mengalami Penyakit Mental; Remaja dapat mengalami masalah kesehatan mental seperti kecemasan dan depresi karena terlalu banyak menghabiskan waktu di media sosial yang berimbang pada kondisi membandingkan sosial antara satu dengan yang lainnya.
- 2) *Cyber Bullying*; munculnya ujaran kebencian dari pengguna media sosial lainnya ketika kebebasan berekspresi dan berpendapat mengalami perbedaan dan penerimaan di masyarakat.
- 3) Kurangnya *Privacy*; kurangnya kesadaran remaja akan dampak jangka panjang dalam menggunakan media sosial karena akan sangat mudah mencari privacy seseorang melalui media sosial.

Penggunaan media sosial yang berlebihan oleh remaja dapat memberikan pengaruh pada tingkat kesehatan jiwa remaja. Terdapat 92,5% remaja mengalami masalah kesehatan jiwa dengan penggunaan media sosial yang sering. Angka ini lebih tinggi dibandingkan dengan remaja yang jarang menggunakan media sosial dan mengalami masalah kesehatan jiwa (5,5%)(Sri Yuhana et al., 2023). Pada remaja dengan penggunaan media sosial yang tidak ideal juga ditemukan

mengalami kesehatan jiwa yang tidak normal (60%), ini lebih tinggi dibandingkan remaja dengan penggunaan media sosial tidak ideal yang memiliki kesehatan jiwa normal(40%)(Manik, R. M., Sarumaha, M., Borus, A. V. B., & Sitepu, 2024).

Pemanfaatan media sosial yang bijak oleh remaja dapat meningkatkan terjadinya hubungan sosial pada remaja, namun penggunaan media sosial yang berlebihan dapat menyebabkan gangguan tidur, kecemasan, dan depresi pada remaja. Penggunaan media sosial yang dikelola secara etis dan efektif berpengaruh terhadap kesehatan jiwa remaja.

5. Perbedaan Gender

Remaja perempuan memiliki risiko mengalami masalah kesehatan jiwa lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Secara umum laporan hasil Riskesdas (2018) menunjukkan 7,4% perempuan mengalami depresi, lebih tinggi dibandingkan laki-laki (4,7%), dan perempuan yang mengalami gangguan mental emosional (12,1%) juga lebih tinggi dibandingkan laki-laki (7,6%) (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Hal ini diperkuat dengan temuan Campbell, et al. (2021) bahwa rata-rata remaja perempuan memiliki kesehatan jiwa yang lebih buruk dibandingkan remaja laki. Remaja perempuan memiliki kepuasan hidup lebih buruk, dan mengalami lebih banyak tekanan psikologis dibandingkan remaja laki-laki. Hal dikaitkan dengan kesetaraan gender yang masih belum merata di setiap wilayah. Selain itu, ketahanan remaja perempuan lebih rentan dibandingkan dengan remaja laki-laki dalam menghadapi tuntutan dan tekanan dalam kehidupan sosialnya. Kesehatan jiwa remaja perempuan lebih banyak dipengaruhi oleh dukungan dari orangtua dan teman sebaya dibandingkan remaja laki-laki. Selain itu, pengalaman seperti perundungan dan serangan fisik lebih berdampak pada kesehatan jiwa remaja perempuan.

D. Simpulan

Kesehatan jiwa remaja banyak dipengaruhi oleh lingkungan sosial. Faktor sosial seperti keluarga, teman sebaya, lingkungan sekolah, dan media sosial, perbedaan gender memiliki pengaruh yang signifikan bagi kesehatan jiwa remaja. Struktur dan fungsi keluarga yang stabil serta dukungan orangtua sangat diperlukan dan penting dalam membangun dan mengembangkan kesehatan jiwa remaja. Keluarga dengan konflik dan pola asuh yang tidak mendukung dapat memicu masalah kesehatan jiwa pada remaja. Hubungan positif dari teman sebaya dapat mendukung perkembangan emosional yang positif pada remaja, dan sebaliknya, hubungan dan pengalaman negatif seperti bullying dapat memicu masalah stres, cemas, bahkan depresi pada remaja. Dampak negatif dari media sosial juga dapat memicu masalah kesehatan jiwa pada remaja. Semua faktor sosial tersebut saling terkait dan memiliki kontribusi pada

kesehatan jiwa remaja. Sehingga penting bagi kita untuk menciptakan lingkungan sosial yang positif dan mendukung bagi perkembangan kesehatan jiwa remaja.

E. Referensi

- Agus Iryadi, Chika Afiana Andriani, Naira Slawa Qabila Pertiwi, Ririn Rahmawati, Z. D. (2023). Pengaruh Media Sosial Terhadap Kesehatan Mental Remaja. *MUDABBIR Journal Reserch and Education Studies*, 3(2), 50–54. <https://doi.org/10.56832/mudabbir.v3i2.370>
- Alma Amarthatia Azzahra, Hanifyatus Shamhah, Nadira Putri Kowara, & Meilanny Budiarti Santoso. (2021). Pengaruh Pola Asuh Orang Tua Terhadap Perkembangan Mental Remaja. *Jurnal Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (JPPM)*, 2(3), 461–472.
- Bulan, Y. E., Zahra, Z., & Nisa', I. K. (2022). Pengaruh Lingkungan Sosial terhadap Perkembangan Mental Remaja. *TAUJIHAT: Jurnal Bimbingan Konseling Islam*, 3(2), 99–115. <https://doi.org/10.21093/tj.v3i2.6481>
- Cahayatiningsih, D., Apriliyani, I., & Rahmawati, A. N. (2022). Depresi Remaja dengan Orang Tua Tunggal. *Journal of Language and Health*, 3(1), 23–28. <https://doi.org/10.37287/jlh.v3i1.1185>
- Cahyadi, A. T., Sulistyaningtyas, N., & Hairunis, M. N. (2024). *The Relationship between School Social Environment and Mental Health of Adolescents*. 8(3), 2052–2056. <https://doi.org/10.58258/jisip.v7i1.7218/http>
- Elita, V., Sari, N. Y., Jumaini, & Rustam, M. (2023). Hubungan Fungsi Keluarga Dengan Status Mental Remaja Pada Keluarga Di Daerah Pesisir. *Jurnal Keperawatan*, 16, 403–410.
- Fadhilah, A. A. N., Alviyanti, D., & Husny, M. R. R. (2023). Pengaruh Dukungan Teman Sebaya terhadap Kesehatan Mental Mahasiswa BPI UIN Jakarta. *RAZIQ: Jurnal Pendidikan Islam*, 174–178.
- Fadhilla, R., & Siregar, A. P. (2024). Dampak Lingkungan Pertemanan Toxic Terhadap Kesehatan Mental Remaja. *Invention: Journal Research and Education Studies*, 5(2), 37–48. <https://doi.org/10.51178/invention.v5i2.2017>
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Riskendas 2018. *Laporan Nasional Riskesdas 2018*, 44(8), 181–222. <http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK No. 57 Tahun 2013 tentang PTRM.pdf>
- Manik, R. M., Sarumaha, M., Borus, A. V. B., & Sitepu, A. B. (2024). Hubungan penggunaan media sosial dengan kesehatan mental remaja. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 15(02), 333–342. <https://doi.org/10.34305/jikbh.v15i02.1245>

- Ministry of Communications and Informatics. (2022). *Digital Literacy Status in 2021-2022. November*, 205–207. <https://www.c2es.org/content/renewable-energy/>
- Mutiara, Narulita, S., & Zakiyah. (2018). Hubungan Pola Asuh terhadap Perilaku Kekerasan pada Remaja. *Proceeding Book*, 1, 1–7.
- Nugraha, M. D., Suhada, R., & Maemunah, M. (2023). Hubungan antara struktur keluarga dengan kesehatan mental remaja. *Journal of Public Health Innovation*, 3(02), 181–188. <https://doi.org/10.34305/jphi.v3i02.727>
- Papalia, D.E & Feldman, R. D. (2014). *Menyelami Perkembangan Manusia* (12th, Buku 2 ed.). Salemba Humanika.
- Pattiruhu, I. C. S., Rompas, S., & Simak, V. (2019). Fungsi Afektif Keluarga Dan Fungsi Sosialisasi Keluarga Dengan Perilaku Seksual Remaja. *Jurnal Keperawatan*, 7(2), 1–9. <https://doi.org/10.35790/jkp.v7i2.24464>
- Soetjiningsih, et al. (2004). *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya* (1st ed.). Sagung Seto.
- sofwan indarjo. (2009). Kesehatan Jiwa Remaja. *KEMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(1), 48–57. <https://doi.org/10.15294/kemas.v5i1.1860>
- Sri Yuhana, E., Mariyati, & Puspitasari Sugiyanto, E. (2023). Penggunaan media sosial dengan kesehatan mental remaja. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 11(2), 477–486. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/10741/pdf>
- WHO. (2024). *Mental Health of Adolescent*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Yunere, F., Anggraini, M., & Vitri, C. Y. (2021). Dukungan Teman Sebaya dan Lingkungan Sekolah dengan Gangguan Mental Emosional Pada Siswa SMK. *Jurnal Seminar Kesehatan Perintis*, 4(2), 112–118.
- Zakiyah, Aan Sutandi, H. P. (2020). Achievement of Adolescent Development, Self Identity and Knowledge about the Dangers of Drug Abuse and Free Sex Through Health Education and Therapeutic Group Therapy. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 8(1), 43. [https://doi.org/10.21927/jnki.2020.8\(1\).43-51](https://doi.org/10.21927/jnki.2020.8(1).43-51)

F. Glosarium

WHO = World Health Organization

SMA = Sekolah Menengah Atas

SLTP = Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama

SD = Sekolah Dasar

ADHAD = Attention Defisit Hyperactivity Disorders

BK = Bimbingan Konseling

PROFIL PENULIS



Ns. Windu Astutik, M.Kep, Sp.Kep.J. Lahir di Nganjuk, 24 Agustus 1984. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Brawijaya tahun 2008. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia dan lulus tahun pada tahun 2016. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2009 di Akper Kesdam IX/Udayana yang saat ini sudah berubah bentuk menjadi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kesdam IX/Udayana. Saat ini penulis bekerja di program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kesdam IX/Udayana mengampu mata kuliah Psikologi keperawatan dan Keperawatan Jiwa. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, pengabdian masyarakat, fasilitator kesehatan dan seminar. Penulis menaruh konsentrasi besar pada penelitian dan pengabdian masyarakat diarea kelompok umur anak dan remaja, ini terbukti dari beberapa kali mendapatkan hibah penelitian dan pengabdian masyarakat dari DRPTM Kemdikbud RI dan Kedaireka pada tahun 2021-2024. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: windu@stikeskesdamudayana.ac.id
Motto: "*Make your self have a meaning for the others*"



(Bdn. Dewi Nawang Sari, SST., MTr.Keb) Lahir di Subang, 23 Oktober 1986. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIV Bidan Pendidik di Unversitas Respati Indonesia. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada STIKes Dharma Husada Bandung dan lulus tahun pada tahun 2019 selanjutnya penulis mengambil Jenjang Profesi Bidan di Universitas Respati Indonesia dan lulus pada tahun 2024. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2010 sebagai bidan pelaksana di TPMB. Saat ini penulis bekerja di Universitas Respati Indonesia mengampu mata kuliah Keterampilan Dasar Kebidanan, Asuhan Kebidanan Pada Remaja, Pranikah dan Interval dan pelayanan KB,. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: dewinawangsari93@gmail.com

Motto: "Tidak ada kata terlambat untuk memulai"

PROFIL PENULIS



Ns. Fitriani Agustina, S.Kep.,M.Sc Lahir di Prabumulih, 24 Agustus 1981. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Brawijaya Malang tahun 2007. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan lulus tahun pada tahun 2015. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2007-2008 Staf Perawat Di Rumah Sakit AR Bunda Prabumulih Sumatera Selatan, Sumatera Selatan. Tahun 2009-2012 Staf Perawat di RS pertamina Prabumulih. Tahun 2016-Sekarang Dosen Tetap Prodi D III Keperawatan STIKes Al-Ma'arif Baturaja. Saat ini penulis bekerja di Prodi D III Keperawatan STIKes Al-Ma'arif Baturaja. mengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa, Keperawatan Maternitas, Keperawatan Anak, Ilmu Biomedik Dasar, Metodelogi Penelitian. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, Reviewer, seminar, Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: fitrianiagustina2802@gmail.com
Motto: "*Empower through knowledge*"



Ns. Sahriana, M.Kep. Lahir di Masago, 08 Januari 1992. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 dan Profesi pada Program Studi Pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners STIKES Panakkukang Makassar tahun 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan pada Universitas Airlangga Surabaya dan lulus tahun pada tahun 2019. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2016 sebagai sebagai dosen keperawatan di STIKES Yahya Bima sampai pada tahun 2024. Saat ini penulis bekerja di Universitas Sulawesi Barat mengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa dan Komunikasi Terapeutik. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar serta pengabdian kepada masyarakat. Beberapa publikasi hasil penelitian sudah diterbitkan baik di jurnal nasional maupun international. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: sahriana014@gmail.com



PROFIL PENULIS



Maylar Gurning, S.Kep., Ners, M.Kep.

Penulis dilahirkan di Sorong. Ketertarikan penulis terhadap Ilmu Kesehatan dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk kuliah pada Jurusan Ilmu Keperawatan tahun 2005 dan menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan pada tahun 2009 kemudian melanjutkan Profesi Ners dan lulus tahun 2010 dan Februari-April 2011 sempat berkerja di RS Kasih Herlina, Mei 2011 diterima bergabung menjadi staf di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Papua hingga sekarang. Tahun 2012 hingga 2014 melanjutkan S2 Magister Keperawatan di Universitas Airlangga Surabaya. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di STIKES Papua Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners. Penulis saat ini menjabat sebagai Ketua Unit Penjaminan Mutu STIKES Papua dan aktif dalam penelitian, pengabdian kepada masyarakat serta penulisan buku.

Email Penulis : maylarstikespapua@gmail.com



Titik Nuryanti, S. Kep., Ns., M. Kep Lahir di Tuban, 21 Januari 1990. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan, Universitas Airlangga tahun 2012. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Airlangga dan lulus tahun pada tahun 2018. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2013 sebagai Perawatan Pelaksana di Rumah Sakit Umum Daerah Koesma Tuban. Saat ini penulis bekerja di STIKES Rajekwesi Bojoengoro mengampu mata kuliah Keperawatan Jiwa dan Psikososial. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, penelitian dan pengabdian masyarakat yang berfokus pada kesehatan mental anak maupun remaja. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail:titiknuryanti01@gmail.com

Motto: Selalu berusaha semaksimal mungkin, hasilnya serahkan pada Allah

PROFIL PENULIS

Ns. Zakiyah, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. J. Lahir di Bekasi, tanggal 17 September 1978. Penulis mengawali pendidikan tingginya dengan menyelesaikan pendidikan D3 keperawatan di akademi keperawatan (Akper) Abdi Nusantara (saat ini STIKes Abdi Nusantara) lulus tahun 1999, melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di FIK-UI lulus tahun 2003, Pendidikan ners di FIK-UI lulus tahun 2004, pendidikan S2 Keperawatan Jiwa di FIK UI lulus tahun 2016, dan pendidikan Spesialis Keperawatan Jiwa FIK-UI lulus tahun 2017. Penulis mengawali karirnya dengan bekerja menjadi staf dosen di Akper Abdi Nusantara (2000-2005), Menjadi staf magang dan tenaga honorer di ruang *Psychiatric Intensive Care Unit* (PICU) RS Marzoeki Mahdi Bogor (2005-2006), Menjadi staf dosen di Akper Antariksa (2009), dan saat ini menjadi staf dosen tetap di Prodi Keperawatan Universitas Binawan Jakarta sejak (2005 – saat ini). Penulis aktif menjadi pengurus Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) wilayah DKI Jakarta (periode 2018-2023; 2024-2029). Sebagai dosen, penulis aktif melaksanakan kegiatan tridarma perguruan tinggi dengan melaksanakan kegiatan pendidikan dan pengajaran, penelitian, serta pengabdian masyarakat. Penulis juga aktif menulis buku dan artikel ilmiah tentang kesehatan dan keperawatan, pertemuan ilmiah nasional maupun internasional. Semoga tulisan pada buku ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membacanya. Pembaca dapat berkomunikasi dengan penulis melalui **Email:** zakiyah@binawan.ac.id, atau zakiyah.mista@gmail.com

Sinopsis

Buku **Bunga Rampai Gangguan Jiwa Pada Remaja Dan**

Anak ini membahas secara mendalam tentang gangguan jiwa yang sering terjadi pada anak-anak dan remaja, yang merupakan masa perkembangan yang penuh tantangan. Dalam setiap bab, buku ini mengulas berbagai gangguan jiwa yang dapat memengaruhi kesehatan mental mereka, seperti kecemasan sosial, gangguan psikotik, gangguan tidur, serta gangguan makan seperti anoreksia dan bulimia. Berbagai faktor risiko dan protektif yang memengaruhi anak dan remaja juga dibahas, termasuk pengaruh lingkungan sosial terhadap kesehatan jiwa mereka. Buku ini mengedepankan pentingnya identifikasi dini dalam mengatasi masalah gangguan jiwa, yang sangat krusial untuk pencegahan dan penanganan yang efektif.

Penekanan juga diberikan pada peran para tenaga medis, terutama perawat, dalam pencegahan dan penanganan gangguan jiwa pada remaja. Salah satu fokus utama adalah pencegahan bunuh diri pada remaja, yang melibatkan intervensi yang tepat serta tantangan yang dihadapi oleh tenaga kesehatan. Selain itu, buku ini juga memperkenalkan pendekatan terapi kreatif sebagai alternatif dalam perawatan gangguan jiwa pada anak dan remaja, serta memberikan wawasan tentang bagaimana seni dapat digunakan untuk mendukung pemulihan psikologis mereka.

Melalui buku ini, pembaca diharapkan dapat memahami lebih baik mengenai berbagai gangguan jiwa pada remaja dan anak, serta cara-cara penanganannya yang komprehensif. Dengan kontribusi dari berbagai ahli di bidangnya, buku ini menjadi sumber pengetahuan yang penting bagi para profesional kesehatan, orang tua, pendidik, dan masyarakat umum yang ingin mendalami cara-cara terbaik dalam mendukung kesehatan jiwa anak dan remaja.

Buku Bunga Rampai Gangguan Jiwa Pada Remaja Dan Anak ini membahas secara mendalam tentang gangguan jiwa yang sering terjadi pada anak-anak dan remaja, yang merupakan masa perkembangan yang penuh tantangan. Dalam setiap bab, buku ini mengulas berbagai gangguan jiwa yang dapat memengaruhi kesehatan mental mereka, seperti kecemasan sosial, gangguan psikotik, gangguan tidur, serta gangguan makan seperti anoreksia dan bulimia. Berbagai faktor risiko dan protektif yang memengaruhi anak dan remaja juga dibahas, termasuk pengaruh lingkungan sosial terhadap kesehatan jiwa mereka. Buku ini mengedepankan pentingnya identifikasi dini dalam mengatasi masalah gangguan jiwa, yang sangat krusial untuk pencegahan dan penanganan yang efektif.



ISBN 978-634-7139-80-1



9 786347

139801

Penekanan juga diberikan pada peran para tenaga medis, terutama perawat, dalam pencegahan dan penanganan gangguan jiwa pada remaja. Salah satu fokus utama adalah pencegahan bunuh diri pada remaja, yang melibatkan intervensi yang tepat serta tantangan yang dihadapi oleh tenaga kesehatan. Selain itu, buku ini juga memperkenalkan pendekatan terapi kreatif sebagai alternatif dalam perawatan gangguan jiwa pada anak dan remaja, serta memberikan wawasan tentang bagaimana seni dapat digunakan untuk mendukung pemulihuan psikologis mereka. Melalui buku ini, pembaca diharapkan dapat memahami lebih baik mengenai berbagai gangguan jiwa pada remaja dan anak, serta cara-cara penanganannya yang komprehensif. Dengan kontribusi dari berbagai ahli di bidangnya, buku ini menjadi sumber pengetahuan yang penting bagi para profesional kesehatan, orang tua, pendidik, dan masyarakat umum yang ingin mendalami cara-cara terbaik dalam mendukung kesehatan jiwa anak dan remaja.

Penerbit:

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919