



MENINGKATKAN KESADARAN DAN PEMAHAMAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

**Siswi Wulandari, Adelina Pratiwi, Sulistiyowati,
Fitria Aisyah, Nurfatimah, Wiqodatul Ummah,
Eti Kuswandari, Novi Budi Ningrum, Norma Risnasari,
Irwanti Gustina**

MENINGKATKAN KESADARAN DAN PEMAHAMAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

**Siswi Wulandari
Adelina Pratiwi
Sulistiyowati
Fitria Aisyah
Nurfatimah
Wiqodatul Ummah
Eti Kuswandari
Novi Budi Ningrum
Norma Risnasari
Irwanti Gustina**



GET PRESS INDONESIA

MENINGKATKAN KESADARAN DAN PEMAHAMAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Penulis :

Siswi Wulandari
Adelina Pratiwi
Sulistiyowati
Fitria Aisyah
Nurfatimah
Wiqodatul Ummah
Eti Kuswandari
Novi Budi Ningrum
Norma Risnasari
Irwanti Gustina

ISBN : 978-623-198-653-5

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, 29 Agustus 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Meningkatkan Kesadaran Dan Pemahaman Kesehatan Reproduksi Remaja ini.

Buku ini membahas Perkembangan Remaja, Kesehatan Mental dan Emosi Remaja, Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Remaja, Kesehatan Fisik Remaja, Teknologi dan Media Sosial, Pendidikan dan Karir, Kekerasan dan Pelecehan, Bullying dan Kekerasan Di Sekolah, Stigma Mental Health, Tekanan Sosial Media dan Kesehatan Mental.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 29 Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 PERKEMBANGAN REMAJA.....	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Definisi.....	2
1.3 Periode pada Perkembangan Remaja.....	3
1.4 Faktor yang mempengaruhi Perkembangan remaja....	4
1.5 Aspek Perkembangan Remaja.....	6
1.6 Aliran yang mempengaruhi perkembangan remaja....	8
1.7 Tugas Perkembangan Remaja	9
DAFTAR PUSTAKA.....	12
BAB 2 KESEHATAN MENTAL DAN EMOSI REMAJA	13
2.1 Pendahuluan	13
2.2 Kesehatan Mental Remaja	15
2.2.1 Pengertian Kesehatan Mental	15
2.2.2 Kontinum Kesehatan Mental	17
2.2.3 Indikasi Awal yang Mengarah pada Gangguan Kesehatan Mental.....	20
2.2.4 Tahapan Perkembangan Adanya Indikasi Permasalahan pada Anak dan Remaja	22
2.2.5 Masalah Aktual Kesehatan Mental Remaja	23
2.2.6 Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental pada Remaja	27
2.2.7 Upaya Pemberian Dukungan Kesehatan Mental ..	28
2.2.7 Pengukuran Kesehatan Mental Remaja	30
2.3 Kesehatan Emosi Remaja	31
2.3.1 Pengertian Emosi Remaja	31
2.3.2 Perkembangan Mental Emosional Remaja	32
2.3.3 Faktor-Faktor yang Berkontribusi pada Masalah Mental dan Emosional Remaja.....	33

2.3.4 Pengukuran Kesehatan Mental Emosional.....	33
DAFTAR PUSTAKA	36
BAB 3 SEKSUALITAS DAN KESEHATAN	
REPRODUKSI REMAJA	41
3.1 Pendahuluan.....	41
3.2 Seksualitas.....	42
3.2.1 Pengertian.....	42
3.2.2 Bentuk-bentuk perilaku seksual remaja	43
3.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual remaja.....	43
3.3 Kesehatan Reproduksi Remaja.....	44
3.3.1 Pengertian Kesehatan Reproduksi.....	44
3.3.2 Pengertian Remaja	44
3.4 Materi Kesehatan Reproduksi.....	45
3.4.1 Kesetaraan Gender	45
3.4.2 Alat Reproduksi	45
3.4.3 Pubertas	46
3.4.4 Mitos dan Fakta Seputar Kesehatan Reproduksi ..	46
3.4.5 Kehamilan.....	46
3.4.6 Hak dan Kewajiban Terkait Kesehatan Reproduksi.....	47
3.4.7 Infeksi Menular Seksual	48
3.4.8 Kekerasan Seksual.....	48
3.4.9 Komunikasi dan Layanan Kesehatan Reproduksi.....	49
DAFTAR PUSTAKA	50
BAB 4 KESEHATAN FISIK REMAJA	53
4.1 Pendahuluan.....	53
4.2 Definisi Remaja	53
4.3 Kesehatan Reproduksi Remaja.....	54
4.4 Kesehatan Fisik Pada Remaja	54
4.4 Rentang Usia.....	59
4.5 Perkembangan Remaja.....	60

4.6 Tahap-Tahap Remaja	61
4.7 Ciri-Ciri Remaja.....	61
4.8 Perubahan Fisik Pada Remaja	62
4.9 Perubahan Psikologi Remaja.....	64
4.10 Perkembangan Remaja.....	66
4.11 Aspek-Aspek Kesiapan Remaja	69
4.12 Tugas – Tugas Remaja	70
4.13 Kebutuhan Riil Remaja.....	71
4.14 Tujuan Asuhan Kesehatan Reproduksi Pada Remaja	72
4.15 Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja.....	73
4.16 Unsur-Unsur Kesehatan Reproduksi Remaja	74
4.17 Hak-Hak Remaja Terkait Dengan Kesehatan Reproduksi	75
DAFTAR PUSTAKA.....	77
BAB 5 TEKNOLOGI DAN MEDIA SOSIAL.....	79
5.1 Pendahuluan	79
5.2 Persepsi remaja tentang kesehatan reproduksi dan media sosial.....	80
5.3 Peran teknologi dalam meningkatkan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi....	81
5.4 Tantangan dan risiko penggunaan media sosial dalam konteks kesehatan reproduksi remaja	83
5.5 Strategi untuk memanfaatkan teknologi dan media sosial secara positif dalam konteks kesehatan reproduksi remaja	84
DAFTAR PUSTAKA.....	86
BAB 6 PENDIDIKAN DAN KARIR.....	89
6.1 Pendahuluan	89
6.2 Pengertian Pendidikan.....	91
6.3 Pengertian Karir	92
6.4 Kehidupan Pendidikan dan Karir	93
6.4.1 Pengertian kehidupan pendidikan dan karier	93

6.4.2 Karakteristik kehidupan pendidikan dan karier ...	93
6.4.3 Faktor yang mempengaruhi perkembangan kehidupan pendidikan dan karier	95
6.4.4 Pengaruh Perkembangan Kehidupan Pendidikan dan Karier Terhadap Tingkah laku dan Sikap.....	96
DAFTAR PUSTAKA	101
BAB 7 KEKERASAN DAN PELECEHAN.....	103
7.1 Kekerasan	103
7.1.1 Pengertian Kekerasan Seksual	103
7.1.2 Jenis Kekerasan Seksual	103
7.1.3 Faktor Kerentanan Akan Kekerasan Seksual	104
7.1.4 Dampak Kekerasan Seksual	106
7.1.5 Cara Mencegah Terjadinya Kekerasan Seksual	107
7.1.6 Pendidikan Seksual.....	109
7.1.7 Tujuan Pendidikan Seksual.....	109
7.1.8 Materi Pendidikan Seksual.....	110
7.2 Pelecehan Seksual.....	111
7.2.1 Pengertian Pelecehan Seksual	111
7.2.2 Bentuk-bentuk Pelecehan Seksual	112
7.2.3 Aspek-aspek Pelecehan Seksual.....	113
DAFTAR PUSTAKA	115
BAB 8 BULLYING DAN KEKERASAN DI SEKOLAH.....	119
8.1 Pendahuluan.....	119
8.2 Remaja.....	121
8.2.1 Pengertian Remaja	121
8.2.2 Ciri-ciri Remaja	122
8.2.3 Tahap-tahap Perkembangan dan Batasan Remaja	124
8.2.4 Karakteristik Remaja.....	125
8.3 Kesehatan Reproduksi	126
8.3.1 Pengertian.....	126
8.3.2 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi.....	127

8.4 Bullying	131
8.4.1 Pengertian bullying.....	131
8.4.2 Faktor yang mempengaruhi bullying	133
8.4.3 Bentuk bullying	134
8.4.4 Pengaruh perilaku bullying.....	137
8.5 Kekerasan di sekolah.....	139
8.5.1 Pengertian kekerasan.....	139
8.5.2 Faktor yang mempengaruhi kekerasan.....	140
8.5.3 Bentuk kekerasan.....	146
8.6 Pengaruh Bullying dan Kekerasan di Sekolah	149
DAFTAR PUSTAKA.....	151
BAB 9 STIGMA MENTAL HEALTH.....	155
9.1 Pendahuluan	155
9.2 Definisi Stigma Mental Health.....	155
9.3 Penyebab Stigma	156
9.4 Proses Stigmatisasi.....	157
9.5 Level Stigma	159
9.6 Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Stigma Mental Health	160
9.7 Efek Stigma Mental Health	162
9.8 Intervensi Stigma Mental Health	164
9.9 Contoh Kasus Stigma Di Indonesia.....	165
DAFTAR PUSTAKA.....	168
BAB 10 TEKANAN SOSIAL MEDIA DAN KESEHATAN MENTAL	171
10.1 Pendahuluan	171
10.2 Dampak Sosial media terhadap Kesehatan Mental	172
10.3 Pengaruh Sosial media Terhadap Perilaku.....	173
10.4 Pengaruh Sosial media Terhadap Kesejahteraan Sosial.....	174
10.5 Klasifikasi Sosial Media	175
DAFTAR PUSTAKA.....	178
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1. Aksis hipotalamus-hipofisis-gonad pada anak perempuan.....	55
Gambar 4.2. Perubahan fisik pada anak laki-laki selama masapubertas.....	63
Gambar 4.3. Perubahan fisik pada anak perempuan selama masapubertas.....	64
Gambar 10.1. Pemanfaatan sosial media.....	175

BAB 1

PERKEMBANGAN REMAJA

Oleh Siswi Wulandari

1.1 Pendahuluan

Periode remaja merupakan tahap kritis dalam kehidupan seorang individu yang ditandai oleh perubahan yang signifikan dalam berbagai aspek kehidupan. Pada fase ini, anak-anak berada di ambang transformasi dari masa kanak-kanak menuju kedewasaan, di mana mereka mengalami perubahan fisik, emosional, sosial, dan kognitif yang sangat berpengaruh. Perkembangan remaja menjadi momen penting dalam menentukan identitas diri, mencari tujuan hidup, dan membentuk hubungan sosial yang mendalam. Pada saat ini, tubuh mengalami pertumbuhan pesat, hormon berperan penting dalam mengubah karakteristik fisik, dan emosi menjadi berimbang akibat fluktuasi hormon. Identitas pribadi juga menjadi sorotan, ketika remaja berusaha mencari jati diri, nilai-nilai, dan tujuan hidup yang akan membentuk dasar perkembangan masa dewasa.

Selain itu, perkembangan kognitif remaja meningkat pesat, memungkinkan mereka untuk berpikir lebih abstrak, mengasumsikan perspektif orang lain, dan mengembangkan keterampilan pemecahan masalah yang lebih kompleks. Di saat yang sama, remaja mulai mengalami interaksi yang lebih intens dengan teman sebaya, yang berperan dalam membentuk ikatan sosial yang kuat dan mendukung. Namun, periode perkembangan remaja juga menantang, karena di tengah pergulatan perubahan dan penemuan diri, remaja seringkali menghadapi tekanan untuk mengambil keputusan yang penting

terkait pendidikan, karir, dan perilaku. Risiko dan percobaan sering mewarnai perjalanan perkembangan remaja, menambah kompleksitas tantangan yang dihadapi. Dalam konteks inilah peran orang dewasa, keluarga, pendidik, dan masyarakat menjadi sangat relevan. Dukungan dan bimbingan yang tepat dari lingkungan sekitar memainkan peran krusial dalam membantu remaja menghadapi perubahan, mengatasi konflik, dan meraih potensi mereka dengan baik.

Dalam uraian mendalam mengenai perkembangan remaja ini, kita akan mengeksplorasi berbagai aspek yang mempengaruhi fase ini, serta pentingnya dukungan dan pendekatan yang baik dalam membimbing mereka melewati periode transisi yang menentukan ini menuju kedewasaan.

1.2 Definisi

Berikut adalah beberapa definisi perkembangan remaja menurut beberapa ahli:

1. Menurut Erik Erikson: Erikson adalah seorang psikolog dan teoretikus perkembangan yang menggambarkan perkembangan remaja sebagai konflik antara identitas versus peran bingung. Menurut teorinya, remaja mencari identitas pribadi mereka dan mencoba mengintegrasikan peran yang berbeda dalam kehidupan mereka.
2. Menurut Jean Piaget: Piaget adalah seorang ahli psikologi perkembangan yang menyoroti aspek kognitif perkembangan remaja. Dia berpendapat bahwa remaja berada pada tahap operasi formal, di mana mereka mampu berpikir lebih abstrak, bernalar secara logis, dan menghadapi situasi-situasi hipotetis.
3. Menurut G. Stanley Hall: Hall adalah salah satu pendiri psikologi perkembangan remaja. Menurutnyanya, masa remaja adalah periode ketegangan dan konflik antara naluri primitif dan norma-norma sosial yang lebih tinggi. Dia juga

mencetuskan istilah "*storm and stress*" untuk menggambarkan perasaan intens dan konflik emosional yang sering dialami remaja.

4. Menurut Anna Freud: Anna Freud, seorang psikoanalisis terkenal, mengidentifikasi perkembangan remaja sebagai periode di mana konflik emosional dan perubahan yang kuat terjadi karena perkembangan identitas dan ego remaja.
5. Menurut B.J. Casey: B.J. Casey, seorang ahli neurosains, menekankan peran penting perkembangan otak dalam fase remaja. Dia menyatakan bahwa perubahan struktural dan fungsi otak remaja mempengaruhi proses pengambilan keputusan, pengendalian diri, dan regulasi emosi.

1.3 Periode pada Perkembangan Remaja

Periode perkembangan remaja adalah fase transisi dalam kehidupan individu yang terjadi antara masa kanak-kanak dan masa dewasa. Ini adalah masa perubahan yang sangat penting dalam banyak aspek kehidupan, seperti fisik, emosional, sosial, dan kognitif. Berikut ini adalah tiga periode perkembangan remaja yang umum dikenali:

1. Pra-Remaja (*Pre-Adolescence*): Periode ini biasanya berlangsung dari usia sekitar 10 hingga 12 tahun, meskipun waktu pasti dapat bervariasi dari individu ke individu. Pada periode pra-remaja, beberapa tanda-tanda pubertas awal bisa mulai muncul, tetapi belum mencapai puncaknya. Biasanya, pertumbuhan fisik mulai meningkat, dan hormon-hormon mulai berperan dalam perubahan fisik dan emosional. Pra-remaja juga seringkali mencari identitas dan rasa kelompok sosial, mencoba untuk menemukan di mana mereka cocok dalam lingkungan mereka.

2. Remaja Awal (*Early Adolescence*): Periode remaja awal berlangsung sekitar usia 13 hingga 15 tahun. Selama periode ini, pubertas mencapai puncaknya, dan perubahan fisik yang signifikan terjadi. Perempuan dan laki-laki mungkin mengalami pertumbuhan pesat, perkembangan payudara dan rambut, serta perubahan suara pada laki-laki. Emosi remaja awal cenderung labil karena perubahan hormonal dan tekanan sosial yang berkembang. Identitas sosial menjadi lebih penting, dan teman sebaya sering memiliki peran yang lebih besar dalam kehidupan remaja ini.
3. Remaja Tengah dan Akhir (*Mid to Late Adolescence*): Periode remaja tengah dan akhir mencakup usia 16 hingga sekitar 19 tahun atau lebih. Pada periode ini, perubahan fisik yang signifikan mungkin telah berkurang, dan remaja mulai menemukan identitas mereka dengan lebih jelas. Mereka mulai mengembangkan lebih banyak kemandirian, berpikir lebih abstrak, dan mulai mempersiapkan diri untuk masa depan, seperti mempertimbangkan pilihan pendidikan, karier, atau rencana hidup mereka.

1.4 Faktor yang mempengaruhi Perkembangan remaja

Perkembangan remaja dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi. Berikut adalah beberapa faktor utama yang mempengaruhi perkembangan remaja:

1. Faktor Biologis: Faktor biologis meliputi perubahan fisik yang terjadi selama pubertas, termasuk perubahan hormonal dan pertumbuhan fisik. Faktor ini mempengaruhi perkembangan seksual, perkembangan organ tubuh, dan perubahan lain yang terjadi selama masa remaja.

2. **Faktor Genetik:** Faktor genetik memainkan peran dalam menentukan potensi fisik dan kognitif seseorang. Genetika juga dapat berperan dalam kerentanan terhadap beberapa masalah kesehatan mental atau fisik yang mungkin muncul selama masa remaja.
3. **Faktor Lingkungan:** Lingkungan sosial, budaya, dan ekonomi di mana remaja tumbuh dapat mempengaruhi perkembangan mereka. Pengaruh keluarga, teman sebaya, dan masyarakat akan membentuk identitas dan nilai-nilai remaja.
4. **Pendidikan dan Pengalaman Akademik:** Pengalaman di sekolah, pendekatan pendidikan, dan hubungan dengan guru dan teman sekelas mempengaruhi perkembangan intelektual dan sosial remaja.
5. **Dukungan Keluarga:** Dukungan dan kualitas hubungan dengan anggota keluarga, seperti orang tua dan saudara-saudara, berperan penting dalam membentuk kesejahteraan emosional dan sosial remaja.
6. **Pengaruh Media dan Teknologi:** Media dan teknologi modern memiliki pengaruh yang besar pada perkembangan remaja. Eksposur terhadap media sosial, film, musik, dan internet dapat mempengaruhi sikap, nilai, dan perilaku remaja.
7. **Faktor Ekonomi:** Kondisi ekonomi keluarga dapat mempengaruhi akses remaja terhadap pendidikan, perawatan kesehatan, dan kesempatan lainnya. Ketidakstabilan ekonomi dapat menyebabkan stres dan tekanan tambahan pada remaja.
8. **Faktor Kesehatan:** Kesehatan fisik dan kesehatan mental remaja mempengaruhi perkembangan mereka secara keseluruhan. Kondisi kesehatan yang baik memungkinkan remaja untuk berkembang dengan baik dalam berbagai aspek kehidupan mereka.

9. Peran Model dan Teladan: Perilaku dan sikap orang-orang yang dianggap sebagai teladan atau model dapat mempengaruhi perkembangan remaja. Teladan tersebut bisa berupa orang tua, guru, tokoh masyarakat, atau selebritas.
10. Faktor Kultural dan Normatif: Norma-norma dan nilai-nilai budaya serta norma sosial mempengaruhi pola pikir dan perilaku remaja. Ekspektasi sosial juga dapat mempengaruhi bagaimana remaja menghadapi tekanan dan tuntutan dalam hidup mereka.

1.5 Aspek Perkembangan Remaja

Perkembangan remaja meliputi berbagai aspek kehidupan yang mengalami perubahan dan pertumbuhan selama masa ini. Berikut adalah beberapa aspek utama perkembangan remaja:

1. Aspek Fisik: Aspek ini mencakup perubahan fisik yang terjadi selama pubertas, seperti pertumbuhan tinggi badan, perkembangan organ reproduksi, perubahan suara pada laki-laki, dan perkembangan karakteristik seksual sekunder.
2. Aspek Kognitif: Perkembangan kognitif melibatkan perkembangan kemampuan berpikir, belajar, dan memproses informasi secara lebih kompleks. Remaja mulai dapat berpikir lebih abstrak, memahami hubungan sebab-akibat, dan berpikir kritis.
3. Aspek Emosional: Perkembangan emosional remaja melibatkan pemahaman dan pengelolaan perasaan mereka. Emosi remaja bisa menjadi lebih intens, dan mereka mencoba mengidentifikasi dan mengungkapkan perasaan mereka dengan lebih baik.
4. Aspek Sosial: Perkembangan sosial remaja melibatkan interaksi dan hubungan dengan orang lain. Mereka mencari identitas sosial, menciptakan hubungan teman sebaya, dan

mengembangkan kemampuan sosial seperti empati dan komunikasi yang efektif.

5. Aspek Seksualitas: Perkembangan seksualitas remaja adalah bagian penting dari masa ini. Mereka mengalami perubahan hormon yang mempengaruhi ketertarikan seksual, orientasi, dan eksplorasi identitas seksual mereka.
6. Aspek Moral: Perkembangan moral melibatkan pemahaman tentang etika dan nilai-nilai. Remaja mulai menghadapi pertanyaan tentang benar dan salah, dan mereka mengembangkan pandangan moral mereka sendiri.
7. Aspek Identitas: Perkembangan identitas remaja melibatkan proses pencarian diri dan pertanyaan tentang siapa diri mereka. Mereka mencari jawaban tentang nilai-nilai, minat, dan tujuan hidup mereka.
8. Aspek Pendidikan dan Karir: Aspek ini mencakup perkembangan akademik dan eksplorasi pilihan karir. Remaja menghadapi tekanan untuk mencapai prestasi akademik dan mempersiapkan diri untuk masa depan mereka.
9. Aspek Kesehatan: Kesehatan fisik dan kesehatan mental remaja menjadi aspek penting dalam perkembangan mereka. Kebiasaan hidup sehat dan dukungan kesehatan yang tepat sangat penting dalam mencapai kesejahteraan remaja.
10. Aspek Perilaku dan Pengambilan Keputusan: Remaja menghadapi tantangan dalam mengelola perilaku mereka dan mengambil keputusan yang tepat. Pengaruh teman sebaya, tekanan sosial, dan dorongan eksplorasi dapat mempengaruhi perilaku dan pengambilan keputusan mereka.

1.6 Aliran yang mempengaruhi perkembangan remaja

Perkembangan remaja dipengaruhi oleh berbagai aliran atau teori psikologi dan sosiologi yang mencoba menjelaskan dan memahami perubahan yang terjadi pada masa ini. Beberapa aliran yang mempengaruhi perkembangan remaja antara lain:

1. **Psikologi Perkembangan:** Aliran ini meliputi teori-teori yang membahas perkembangan fisik, kognitif, dan sosial-emosional remaja. Contohnya adalah teori perkembangan kognitif Piaget, teori psikososial Erikson, dan teori perkembangan moral Kohlberg. Teori-teori ini membahas bagaimana remaja berpikir, berkembang secara emosional, dan membentuk identitas mereka.
2. **Psikoanalisis:** Aliran psikoanalisis yang dipopulerkan oleh Sigmund Freud dan murid-muridnya, seperti Anna Freud, berfokus pada pemahaman tentang alam bawah sadar dan peran konflik dalam perkembangan remaja. Teori ini membahas pentingnya tahap-tahap perkembangan dan peran krisis emosional yang mempengaruhi identitas remaja.
3. **Behaviorisme:** Aliran ini menekankan peran lingkungan dan pengalaman eksternal dalam membentuk perilaku individu. Behaviorisme berpendapat bahwa pola perilaku remaja dipengaruhi oleh rangsangan dan penghargaan dari lingkungan sosial mereka.
4. **Teori Sistem Ekologi:** Aliran ini menyoroti interaksi antara individu dengan lingkungan sosialnya dan bagaimana lingkungan sosial mempengaruhi perkembangan remaja. Teori ini mencakup teori sistem mikro, mezo, dan makro yang menggambarkan berbagai lingkungan di mana remaja berada, seperti keluarga, sekolah, teman sebaya, dan masyarakat.

5. Teori Identitas: Aliran ini menekankan pentingnya pencarian identitas remaja dan bagaimana proses pencarian identitas ini dapat mempengaruhi perkembangan mereka. Contohnya adalah teori identitas James Marcia yang membedakan identitas yang sudah mapan dengan identitas yang sedang dalam proses eksplorasi.
6. Teori Sosial: Aliran ini mencakup teori-teori yang menyoroti pengaruh faktor sosial, budaya, dan masyarakat pada perkembangan remaja. Teori sosial menekankan peran kelompok sosial, nilai budaya, dan norma-norma sosial dalam membentuk perilaku dan identitas remaja.

1.7 Tugas Perkembangan Remaja

Tugas perkembangan remaja merujuk pada serangkaian tugas atau tuntutan yang dihadapi oleh individu selama masa remaja. Tugas-tugas ini penting untuk mencapai kematangan dan transisi yang sehat dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. Berikut adalah beberapa tugas perkembangan remaja yang umumnya dihadapi:

1. Membentuk Identitas: Salah satu tugas utama remaja adalah mencari dan membentuk identitas pribadi mereka. Mereka harus mengatasi pertanyaan tentang siapa diri mereka, apa yang mereka inginkan, dan nilai-nilai apa yang mereka anut. Proses ini melibatkan eksplorasi diri, pencarian tujuan hidup, dan akhirnya mencapai pemahaman tentang identitas mereka.
2. Mencapai Kemandirian: Remaja perlu mengembangkan kemandirian dalam mengatasi berbagai tugas dan tanggung jawab hidup mereka. Ini termasuk mengambil inisiatif dalam studi, mengatur waktu dengan baik, mengelola uang, dan mengambil keputusan yang bertanggung jawab.

3. Mengembangkan Hubungan Sosial yang Sehat: Remaja cenderung mencari hubungan dekat dengan teman sebaya dan mencari dukungan sosial di luar keluarga. Tugas ini melibatkan pengembangan keterampilan sosial, kemampuan untuk berkomunikasi dengan baik, dan membangun hubungan yang positif dan mendukung.
4. Mencapai Kemandirian Emosional: Perubahan hormon dan tekanan sosial dalam masa remaja dapat menyebabkan fluktuasi emosi yang kuat. Remaja perlu belajar mengenali dan mengelola emosi mereka dengan sehat serta mencari cara yang efektif untuk mengatasi stres dan tekanan.
5. Mencapai Prestasi Akademik: Dalam dunia pendidikan, remaja dihadapkan pada tuntutan untuk mencapai prestasi akademik yang baik. Mereka perlu mengatasi tantangan belajar, mengejar minat akademik mereka, dan mempersiapkan diri untuk masa depan.
6. Membentuk Identitas Seksual: Perkembangan seksualitas menjadi tugas yang penting dalam masa remaja. Remaja perlu memahami dan menghormati identitas dan orientasi seksual mereka sendiri, serta menghargai perbedaan orang lain.
7. Mencari Tujuan dan Arti Hidup: Remaja seringkali mencari arti dan tujuan hidup mereka. Mereka harus menjawab pertanyaan tentang apa yang ingin mereka capai dalam hidup, bagaimana mereka ingin berkontribusi pada masyarakat, dan apa nilai-nilai yang penting bagi mereka.
8. Menjaga Kesehatan Fisik dan Mental: Perhatian terhadap kesehatan fisik dan mental sangat penting dalam masa remaja. Tugas ini melibatkan mengadopsi gaya hidup sehat, menjaga pola makan yang baik, berolahraga, dan mengelola stres secara positif.
9. Memahami dan Menghormati Nilai-Nilai Budaya dan Sosial: Remaja perlu memahami peran nilai-nilai budaya dan

sosial dalam kehidupan mereka dan menghormati perbedaan dalam masyarakat. Mereka juga harus belajar memahami konsekuensi dari tindakan mereka terhadap orang lain dan masyarakat secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Batubara, J. R. 2016. Adolescent development (perkembangan remaja). *Sari pediatri*, 12(1), 21-9.
- Fatmawaty, R. 2017. Memahami psikologi remaja. *Reforma: Jurnal Pendidikan Dan Pembelajaran*, 6(2).
- Gunarsa, S. D. 2008. *Psikologi perkembangan anak dan remaja*. BPK Gunung Mulia.
- Muri'ah, D. H. S., & Wardan, K. 2020. *Psikologi perkembangan anak dan remaja*. Literasi Nusantara.
- Octavia, S. A. 2020. *Motivasi belajar dalam perkembangan remaja*. Deepublish.
- Pratama, D. 2021. Karakteristik Perkembangan Remaja. *Jurnal Edukasimu*, 1(3).
- Ramanda, R., Akbar, Z., & Wirasti, R. M. K. 2019. Studi kepustakaan mengenai landasan teori body image bagi perkembangan remaja. *JURNAL EDUKASI: Jurnal Bimbingan Konseling*, 5(2), 121-135.
- Wulandari, A. 2014. Karakteristik pertumbuhan perkembangan remaja dan implikasinya terhadap masalah kesehatan dan keperawatannya. *Jurnal Keperawatan Anak*, 2(1), 39-43.

BAB 2

KESEHATAN MENTAL DAN EMOSI REMAJA

Oleh Adelina Pratiwi

2.1 Pendahuluan

Tahap penting dalam perjalanan hidup adalah masa remaja. Tanggung jawab sosial yang lebih besar diperlukan selama masa ini untuk mempersiapkan orang menuju kedewasaan dan kematangan. Remaja idealnya tumbuh menjadi generasi yang membanggakan dan menikmati masa remajanya. Remaja menganggap serius apa pun yang mereka pelajari untuk memaksimalkan potensi mereka. Remaja menghadapi berbagai kesulitan, termasuk meningkatnya kewajiban akademis, akses komunikasi dan internet yang tidak terbatas, dan masalah sosial. Remaja harus memiliki kemampuan untuk bersaing dan beradaptasi dengan lingkungannya. Kesadaran diri (citra diri) berubah selama masa remaja. Remaja mulai lebih mengkhawatirkan apa yang dipikirkan orang lain tentang dirinya. Masa remaja dapat menjadi kacau akibat hal ini (Satgas Remaja IDAI, 2013). Kesehatan mental remaja mungkin akan terganggu.

National Institute of Mental Health (NIMH) (2019) melaporkan bahwa usia 17 hingga 18 tahun adalah usia dimana masalah kesehatan mental remaja paling banyak terjadi. Selain itu, terdapat 220 kasus bunuh diri untuk setiap 100.000 orang berusia 15 hingga 24 tahun di Amerika Serikat (Ivey, 2020). Satu dari tiga remaja Indonesia memiliki masalah kesehatan mental, dan satu dari dua puluh remaja mengalami gangguan

mental dalam 12 bulan terakhir, menurut Survei Kesehatan Mental Remaja Nasional Indonesia (SKMRI) tahun 2022, studi nasional pertama di Indonesia yang menentukan prevalensi gangguan mental pada remaja berusia 10 hingga 17 tahun. Hal ini berarti terdapat 2,45 juta (5,5%) remaja yang mengalami gangguan jiwa dan 15,5 juta (34,9%) remaja yang memiliki masalah mental. Menurut kriteria *Diagnostic and Statistical Manual of Mental illnesses Fifth Edition* (DSM-5) yang digunakan di Indonesia untuk mendiagnosis penyakit mental, remaja yang telah diidentifikasi mengalami gangguan mental termasuk dalam kategori ini (Gloria, 2022).

Selain berbagai masalah kesehatan, remaja juga dapat mengalami penyakit mental dan emosional (WHO, 2011). Tekanan psikologis dan tekanan emosional adalah nama lain untuk penyakit mental emosional (Idaiani and Kristanto, 2007). Orang yang mengalami gangguan mental emosional sering mengalami perubahan emosional, yang jika tidak diobati, dapat berkembang menjadi keadaan patologis. (World Health Organization, 2021) memperkirakan bahwa 16% dari beban penyakit dan cedera di dunia disebabkan oleh masalah kesehatan mental di antara orang-orang berusia 10 hingga 19 tahun yang memiliki riwayat gangguan mental atau emosional. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), gangguan mental emosional mempengaruhi 9,8% penduduk Indonesia yang berusia di atas 15 tahun, dengan Provinsi Sulawesi Tengah memiliki angka tertinggi (19,8%) dan Provinsi Jambi memiliki prevalensi terendah (3,8%).

2.2 Kesehatan Mental Remaja

2.2.1 Pengertian Kesehatan Mental

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan sehat: *a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity* (World Health Organization, 2001). WHO mendefinisikan kesehatan sebagai kondisi fisik, mental, dan sosial yang menyeluruh, bukan hanya ketiadaan penyakit atau kecacatan.

Kesehatan fisik dan perilaku secara langsung berkaitan dengan kesehatan mental. WHO mendefinisikan kesehatan mental sebagai: *a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community*. Seseorang berada dalam kondisi mental yang sehat ketika mereka mampu mengenali keterampilan mereka sendiri, menghadapi tantangan sehari-hari, bekerja secara profesional dan bermanfaat, dan memberikan kontribusi kepada komunitas mereka (World Health Organization, 2001).

Sesuai dengan UU No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, kesehatan jiwa yang baik adalah kondisi dimana seseorang dapat berkembang secara fisik, intelektual, spiritual, dan sosial sehingga dapat mewujudkan potensi diri, mampu mengatasi stres, berkinerja baik di tempat kerja, dan berkontribusi pada masyarakat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Untuk meningkatkan produktivitas dan standar kesehatan fisik, kesehatan mental sangatlah penting. Seseorang yang dapat mengendalikan emosinya, menunjukkan kecerdasan, menghargai perasaan orang lain, dan memiliki pandangan positif terhadap kehidupan dikatakan sehat secara mental (Dewi K.S, 2012).

Kesejahteraan seseorang dan kurangnya gangguan kesehatan mental merupakan indikator kesehatan mental yang baik. Kesehatan mental hanyalah salah satu aspek dari

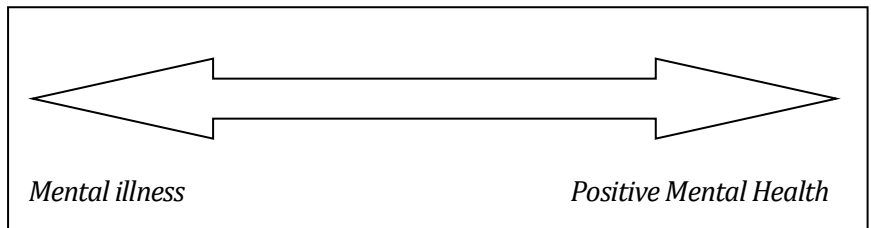
kesejahteraan. Akan tetapi, keduanya saling berkaitan. Kesejahteraan seorang anak secara keseluruhan dapat dipengaruhi oleh perubahan kesehatan mentalnya, sedangkan segala bentuk kesejahteraan yang buruk dapat berbahaya bagi kesehatan mental.

Di Indonesia, pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa masih sangat minim. Hal ini terlihat dari prevalensi pemasangan yang mencapai 14% dalam masa hidup seseorang dan 31,5% dalam tiga bulan terakhir bagi mereka yang mengalami gangguan jiwa. Selain itu, hanya 9% dari orang Indonesia yang menderita masalah mental yang dapat menerima perawatan, dan hanya 91% dari mereka yang melakukannya. Kurangnya fasilitas kesehatan jiwa dan kurangnya pemahaman tentang kesehatan jiwa dapat menjadi faktor yang berkontribusi terhadap pengobatan yang tidak tepat. Orang dengan gangguan jiwa sering kali mendapat stigma negatif dari masyarakat, yang memandang mereka sebagai orang gila. Selain itu, masyarakat kurang menyadari gejala-gejala penyakit mental seperti depresi, yang merupakan penyakit mental yang paling umum. Hal ini menyulitkan mereka yang menderita penyakit kesehatan mental untuk terbuka terhadap terapi dan membuat mereka merasa lebih tertekan oleh stigma masyarakat (Rachmawati A.A, 2020).

Depresi mempengaruhi 6,2% remaja (15-24 tahun). Bunuh diri dan melukai diri sendiri merupakan kecenderungan depresi berat. Kecemasan dan depresi merupakan penyebab 80-90% kasus bunuh diri. Hingga 10.000 kasus bunuh diri, atau satu kasus setiap jam, terjadi di Indonesia setiap tahunnya. Para sosiolog memperkirakan bahwa 4,2% pelajar Indonesia pernah berpikir untuk bunuh diri. Sementara hanya 3% siswa yang benar-benar mencoba bunuh diri, 6,9% siswa memiliki niat untuk bunuh diri. Depresi pada remaja dapat disebabkan oleh berbagai keadaan, termasuk tekanan teman sebaya, perundungan, pengalaman keluarga yang traumatis, dan kesulitan keuangan (Rachmawati A.A, 2020).

2.2.2 Kontinum Kesehatan Mental

Dalam kontinum kesehatan mental terdapat hubungan. Kesehatan mental dan penyakit mental dipengaruhi oleh berbagai faktor biologis, psikologis, dan sosial, seperti halnya kesehatan dan penyakit fisik secara umum. Jika dilihat dalam sebuah kontinum, kesehatan mental dapat memburuk menjadi penyakit mental jika tidak ditangani. Meskipun sebagian besar bersifat konstan, kondisi-kondisi ini dapat berubah seiring waktu atau sebagai akibat dari situasi yang unik.



1. *Positive Mental Health* (Kesehatan Mental Positif)

Orang yang sehat secara mental atau yang memiliki kesehatan mental yang baik dapat menghadapi kondisi kehidupan yang beragam dan menyesuaikan diri dengan baik. Orang-orang menunjukkan kebahagiaan dan kesejahteraan. Ketahanan adalah salah satu ciri orang yang sehat secara mental. Individu yang menunjukkan fungsi adaptif dalam menghadapi kesulitan yang cukup besar dikatakan tangguh (Schoon, 2006). Kemampuan untuk menghadapi tantangan dan keadaan hidup yang berbeda adalah ketahanan. Kapasitas untuk beradaptasi secara langsung terkait dengan resiliensi. Orang dianggap tangguh ketika mereka dapat beradaptasi, mengatasi kesulitan, dan bangkit dari kemunduran.

2. *Mental Health Problem* (Masalah Kesehatan Mental)

Masalah dengan kesehatan mental seseorang mengganggu pemikiran, perasaan, dan perilaku seseorang

(Mind Org, 2017). Gangguannya tidak terlalu parah dibandingkan dengan kasus penyakit mental, itulah perbedaannya. Mengalami masalah kesehatan mental untuk sementara waktu sebagai respons terhadap tantangan hidup lebih umum terjadi. Meskipun tidak separah penyakit mental, masalah kesehatan mental dapat berkembang menjadi penyakit mental jika tidak ditangani dengan baik. Masalah kesehatan mental dapat disebabkan oleh beberapa hal, termasuk emosi, perilaku, perhatian, dan pengaturan diri. Beberapa penyebab yang dapat mengakibatkan masalah kesehatan mental antara lain adalah penganiayaan di masa kecil, keterasingan dari lingkungan, kehilangan orang yang dicintai, stres kronis, kehilangan karier, dan penyalahgunaan zat. Metode perawatan diri dan penyesuaian pola makan umumnya dapat membantu dalam mengelola tanda-tanda masalah kesehatan mental dan bahkan mungkin dapat menghentikan beberapa masalah agar tidak menjadi lebih buruk. Beberapa langkah yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan mental antara lain meminta bantuan teman, menjaga kesehatan fisik yang prima, dan berpartisipasi dalam kegiatan yang menyehatkan mental.

3. *Mental illness* (Penyakit Mental)

American Psychiatric Association (APA) mendefinisikan penyakit mental sebagai berikut:

"...health conditions involving changes in emotion, thinking or behavior (or a combination of these). Mental illnesses are associated with distress and/or problems functioning in social, work or family activities" (APA, 2018)

Penyakit mental bermanifestasi sebagai perubahan emosi, pemikiran, atau perilaku (atau kombinasi dari semuanya). Hal ini terkait dengan kesulitan dan/atau masalah yang menyulitkan dalam menjalankan tanggung jawab pribadi, profesional, atau keluarga. Hal ini menunjukkan bahwa orang

dengan penyakit mental secara fundamental mengubah emosi, persepsi, tindakan, dan interaksi sosial mereka. Penyakit mental adalah kondisi medis, seperti halnya diabetes atau penyakit jantung, dan tidak perlu membuat Anda malu.

Para ahli di sektor ini sedang mengembangkan perawatan untuk membantu mereka yang memiliki kondisi kesehatan mental dalam menjalani kehidupan yang normal. Gangguan mental dapat diobati. Sementara beberapa penyakit mental bersifat ringan dan hanya mengganggu fungsi sehari-hari, penyakit mental lainnya bersifat signifikan dan memerlukan rawat inap. Contoh penyakit mental termasuk skizofrenia, gangguan kecemasan, gangguan suasana hati, dan masalah kepribadian.

Untuk memberikan cara yang jelas dalam mengidentifikasi masalah yang spesifik, dokter dan spesialis mengkategorikan gangguan kesehatan mental. Para ahli dapat menggunakan ketersediaan sistem klasifikasi gangguan ini sebagai alat bantu diagnostik sehingga ada pemahaman yang sama mengenai arti, gejala, dan pilihan pengobatan.

Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM/*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*), yang dikembangkan oleh American Psychiatric Association (APA), adalah sistem klasifikasi yang paling banyak digunakan. DSM telah mengalami revisi sejak tahun 1979 dan sekarang menjadi DSM-V. Untuk mengklasifikasikan penyakit kejiwaan, WHO juga mengembangkan Klasifikasi Penyakit Internasional Organisasi Kesehatan Dunia (ICD/*International Classification of Diseases of the World Health Organization*), yang kemudian berkembang menjadi ICD-10. Kedua sistem klasifikasi tersebut terus dioperasionalkan dengan penambahan kriteria berupa gejala. Sistem klasifikasi gangguan yang digunakan oleh para profesional di Indonesia disebut Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa (PPDGJ), yang saat ini berkembang

menjadi PPDGJ-III. Tentu saja, sistem ini dibuat sesuai dengan penyakit yang banyak terjadi di Indonesia.

Ketika mendiagnosis penyakit mental, ada persyaratan standar yang harus dipenuhi. Saat membuat diagnosis, penting untuk mempertimbangkan gejala yang ada, berapa lama gejala tersebut berlangsung, dan efek gejala tersebut terhadap orang tersebut. Perlu diketahui bahwa hanya spesialis terlatih, seperti psikiater dan psikolog, yang dapat mendiagnosis kondisi kesehatan mental.

2.2.3 Indikasi Awal yang Mengarah pada Gangguan Kesehatan Mental

Masalah kesehatan mental anak dan remaja dapat terlihat ketika ada masalah dengan perkembangan di tiga area utama, yaitu area emosi, perilaku, dan perkembangan.

1. Emosi

Berbicara tentang emosi secara langsung berkaitan dengan kemampuan mengevaluasi dan menyadari perasaan seseorang, membedakan emosi yang dirasakan, mengelola emosi, dan mengekspresikan emosi (Hoeksema S.N-, Fredrickson B, Loftus G.R, 2009). Anak-anak yang secara konsisten mengekspresikan kesedihan, kemurungan, dan ketidakbahagiaan cenderung memiliki masalah kesehatan mental. Mereka tidak akan bisa bereksplorasi karena banyak ketakutan dan kecemasan. Anak-anak memilih untuk menangis berlebihan, berteriak berlebihan, atau mengamuk untuk mengkomunikasikan emosinya. Agar anak-anak dapat memahami dan mengekspresikan emosi mereka dengan cara yang sehat, mereka perlu diperkenalkan dan dibimbing dalam proses ini.

2. Perilaku

Ketika memeriksa masalah perilaku pada anak-anak, sangat penting untuk mengingat proses pembentukan perilaku

dari pendekatan behavioristik. Strategi ini didasarkan pada anggapan bahwa masalah perilaku dapat diakibatkan oleh peristiwa salah belajar. Dalam hal ini, salah belajar dapat merujuk pada seorang anak yang salah atau tepat dalam mengambil contoh perilaku positif atau negatif. Kegiatan sehari-hari yang dilakukan anak-anak, seperti tidur, makan, dan bermain, dapat menunjukkan apakah mereka memiliki masalah perilaku. Anak-anak yang secara rutin berjuang untuk bangun dari tempat tidur, memiliki pola tidur yang tidak dapat diprediksi, memiliki gangguan makan, sering berbohong dan mudah melempar tanggung jawab atas kesalahan mereka, dan melanggar peraturan adalah beberapa contoh anak yang mungkin mengalami masalah.

3. Perkembangan

Tahapan pertumbuhan seorang anak sangat erat kaitannya dengan adanya kesulitan perkembangan. Karakteristik kognitif dan atensi dapat digunakan untuk mengidentifikasi beberapa masalah perkembangan. Tantangan belajar dan masalah dengan kecerdasan keduanya dipengaruhi oleh variabel kognitif. Fokus sumber daya mental adalah perhatian (Santrock, 2016). Perhatian meningkatkan proses kognitif untuk berbagai tugas, termasuk meraih mainan, memukul bola, dan menari. Anak-anak memiliki rentang perhatian yang pendek, sehingga mereka hanya dapat fokus pada sedikit informasi sekaligus. Perhatian dapat meningkat dengan latihan dan berbagai aktivitas. Kesulitan seorang anak untuk fokus pada tugas, kegelisahan mereka, keinginan mereka untuk tetap diam, dan kecenderungan mereka untuk mudah teralih adalah indikasi masalah kesehatan mental.

2.2.4 Tahapan Perkembangan Adanya Indikasi Permasalahan pada Anak dan Remaja

Kemampuan anak-anak dan remaja untuk berkembang dalam berbagai bidang termasuk biologis, kognitif, dan sosial-emosional adalah komponen kunci dari kesehatan mental mereka (Remschmidt H, 2007). Untuk mengenali tanda-tanda masalah pada perkembangan anak dan remaja, penting sekali untuk memahami tahap-tahap perkembangannya. Ciri-ciri anak yang sehat secara mental dapat dilihat dari proses perkembangannya.

1. Proses Biologis

Tubuh anak-anak mengalami perubahan fisik sebagai hasil dari proses biologis (Santrock, 2014). Sebagai contoh, perilaku dan pertumbuhan seorang anak akan dipengaruhi oleh perkembangan seksual mereka. Beberapa contoh termasuk gen yang diturunkan dari orang tua, perkembangan otak, peningkatan tinggi dan berat badan, perkembangan keterampilan motorik, dan perubahan hormon. Anak-anak harus mengonsumsi kalori yang cukup untuk mendukung perkembangan dan pertumbuhan fisik mereka. Untuk bermain dengan aman, mereka membutuhkan ruang dan waktu. Anak-anak berlatih mengembangkan kemampuan koordinasi mereka melalui kegiatan bermain dan pendidikan. Anak-anak yang sehat secara mental dapat melakukan kegiatan konstruktif seperti bermain dan belajar sesuai dengan usia dan kapasitas intelektual mereka.

2. Proses Kognitif

Proses kognitif melibatkan penyesuaian dalam kecerdasan dan cara berpikir seseorang (Santrock, 2014). Perkembangan otak secara langsung terkait dengan proses ini. Anak-anak yang sehat secara mental dan memiliki perkembangan kognitif yang baik akan terbuka untuk mempelajari hal-hal baru dari lingkungannya, kreatif, dan memiliki kemampuan bahasa yang berkembang. Kapasitas

anak untuk mengingat informasi, memecahkan masalah langsung, membuat pilihan dan keputusan, dan mempertahankan kontrol diri kemudian dikembangkan sebagai hasil dari proses ini.

3. Proses Sosial-Emosional

Perubahan emosi, kepribadian, hubungan interpersonal, dan lingkungan sosial merupakan bagian dari proses sosial-emosional (Santrock, 2014). Anak-anak yang memiliki proses perkembangan sosial-emosional yang kuat dapat mengenali, membedakan, mengendalikan, dan mengekspresikan emosi mereka dengan cara yang tepat. Anak-anak harus sadar akan orang lain saat mereka tumbuh dan bekerja untuk membangun empati terhadap orang lain. Anak-anak memiliki kapasitas untuk berinteraksi dengan orang lain, membangun hubungan, dan menjaga agar interaksi tersebut tetap berjalan. Anak-anak yang sehat secara mental dapat merasa nyaman di lingkungannya dan menjalin hubungan yang erat.

2.2.5 Masalah Aktual Kesehatan Mental Remaja

Saat ini, remaja yang benar-benar menghadapi masalah kesehatan mental antara lain: (Satgas Remaja IDAI, 2013)

1. Perubahan Psikoseksual

Kadar hormon testosteron dan estrogen memengaruhi perilaku remaja, dorongan seksual, emosi, dan fungsi otak. Modifikasi dorongan seksual juga dapat terjadi dan memanifestasikan dirinya sebagai kekaguman terhadap selebriti seperti atlet, musisi, penyanyi, bintang film, dan pahlawan. Hal ini merupakan tambahan dari permulaan hasrat seksual, yang merupakan indikasi yang jelas dari pengaruh hormon-hormon ini.

Karena kepekaan mereka yang tinggi terhadap persepsi teman-teman mereka, remaja sering membandingkan

diri mereka dengan remaja lain pada usia yang sama. Mereka mungkin merasa rendah diri atau dipermalukan jika secara fisik berbeda dengan teman sekelasnya.

2. Pengaruh Teman Sebaya

Kelompok teman sebaya remaja memainkan peran penting dan berdampak pada kehidupan mereka. Pertumbuhan keterampilan sosial yang beragam sangat didorong oleh keterlibatan sosial dan hubungan teman sebaya. Dasar utama remaja adalah rumah mereka, sedangkan dunia mereka adalah sekolah. Anak-anak memandang orang tua mereka pada tahap perkembangan remaja ini, tetapi mereka juga memandang teman sebaya, guru, orang tua teman, atlet, dan orang dewasa lainnya di luar keluarga.

Remaja sangat menghargai hubungan mereka dengan teman sebaya dan di kelas setelah orang tua mereka. Remaja mencoba untuk hidup mandiri dari keluarga mereka sebagai akibat dari tekanan teman sebaya. Namun, interaksi dan pengaruh teman sebaya juga dapat menyebabkan perilaku antisosial, seperti mencuri, melanggar hak orang lain, dan bolos sekolah.

3. Perilaku Berisiko Tinggi

Remaja sering berpartisipasi dalam berbagai perilaku berisiko tinggi sebagai sarana ekspresi diri. Menurut statistik, 50% remaja juga terlibat dalam perilaku berisiko tinggi lainnya seperti mengemudi dalam keadaan mabuk, melakukan hubungan seksual tanpa menggunakan kontrasepsi, dan melakukan kejahatan ringan. 80% remaja berusia antara 11 dan 15 tahun dikatakan telah terlibat dalam perilaku berisiko tinggi setidaknya sekali selama periode waktu tersebut, seperti berperilaku buruk di sekolah, penyalahgunaan narkoba, dan perilaku antisosial (mencuri, berkelahi, atau membolos). Sebuah survei menemukan bahwa 82% remaja pernah

mencoba alkohol, 65% pernah merokok, dan 50% pernah menggunakan ganja.

Mereka mengklaim bahwa hal tersebut membuat mereka merasa lebih diterima, membuat mereka menjadi pusat perhatian kelompok sebaya mereka, dan membuat perilaku berisiko tinggi menjadi menyenangkan. Namun, beberapa remaja juga mengklaim bahwa mereka menggunakan perilaku berisiko sebagai strategi untuk meredakan ketegangan atau rasa tidak nyaman. Beberapa orang terlibat dalam perilaku berisiko tinggi ini hingga dewasa.

4. Kegagalan Pembentukan Identitas Diri

Menurut J. Piaget, pergeseran kognitif yang signifikan terjadi pada masa remaja awal menuju cara berpikir yang lebih abstrak, konseptual, dan berfokus pada masa depan. Remaja mulai menunjukkan minat dan bakat dalam menulis, seni, musik, olahraga, dan agama. Menurut teori perkembangan psikososial E. Erikson, tujuan utama masa remaja adalah menciptakan identitas diri yang stabil, yang ditandai dengan kesadaran diri dan kehidupan yang lebih bermakna. Mereka mulai memilih teman, minat, atau sekolah yang terbaik bagi mereka saat mereka belajar tentang dan menerima semua masalah di lingkungan mereka. Namun, kondisi ini sering kali menimbulkan perselisihan dengan lingkungan atau orang tua yang tidak memahami pentingnya pertumbuhan remaja, yang terus percaya bahwa mereka tidak mampu, dan yang memperlakukan mereka seperti anak kecil.

Remaja secara bertahap mulai memasukkan beragam ajaran moral dari berbagai sumber ke dalam nilai-nilai yang mereka junjung tinggi. Menciptakan superego yang khas bagi mereka, mendefinisikan nilai-nilai inti mereka, dan memberikan solusi atas pertanyaan "Siapakah saya?", menjawab pertanyaan "Siapakah saya?". Apa makna hidup, dan apa tujuan hidup saya? Ketika proses identifikasi diri ini

gagal atau terganggu, maka terjadilah situasi kebingungan peran. Ketidakpastian peran ini sering kali muncul sebagai hal yang negatif, seperti penentangan dan keraguan diri. Negativisme ini merupakan cara bagi individu untuk melampiaskan kemarahan mereka pada perasaan tidak mampu yang disebabkan oleh gangguan dalam proses pengembangan identitas diri selama masa remaja.

5. Gangguan Perkembangan Moral

Remaja biasanya memutuskan apa yang pantas berdasarkan hati nurani mereka ketika dua standar yang diakui secara sosial tidak setuju satu sama lain. Kepatuhan terhadap standar, hak, dan kewajiban yang diakui secara umum adalah moralitas. Orang tua dan agama mengajarkan nilai-nilai moral kepada remaja dalam upaya untuk mengendalikan perilaku mereka. Selain itu, mereka mengutamakan kepentingan masyarakat luas. Oleh karena itu, orang tua harus menjadi teladan dan bukan hanya meminta anak-anak mereka untuk bertindak dengan baik, tetapi tidak mengikuti nasihat mereka sendiri.

Secara moral, seseorang harus mematuhi moralitas yang berlaku, tetapi hanya jika hal tersebut menghormati hak asasi manusia, bersifat kemanusiaan, dan tidak membahayakan kesehatan. Ketika remaja mencapai masa remaja akhir dan kedewasaan, mereka memantapkan pemahaman moral mereka. Jika pembentukan ini terganggu, remaja dapat menunjukkan pola perilaku antisosial dan menantang yang berbeda, yang tentunya mengganggu interaksi mereka dengan lingkungan sekitar dan dapat mengakibatkan banyak konfrontasi.

6. Stres di Masa Remaja

Pada masa remaja, berbagai faktor dan situasi dapat menyebabkan tekanan (stres). Selain menghadapi perubahan internal, mereka juga memiliki tonggak perkembangan yang

harus dicapai sesuai usianya. Di sisi lain, anak-anak juga mengalami sejumlah tantangan yang terkait dengan masa pubertas, perubahan peran sosial, dan lingkungan saat mereka berusaha untuk menjadi mandiri. Remaja dapat mengalami stres yang serius dalam hidup mereka dan masalah perilaku jika mereka tidak dapat menangani keadaan yang menantang ini.

2.2.6 Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental pada Remaja

Berikut adalah faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan mental pada remaja yaitu:

1. Pola Asuh Orang Tua

Gaya pengasuhan otoriter dan liberal digunakan oleh orang tua. Kesehatan mental-emosional remaja secara signifikan dipengaruhi oleh kedua filosofi pengasuhan ini.

a. Pola Asuh Otoriter

Pola asuh otoriter merupakan cerminan dari sikap orang tua yang ketat dan penuh prasangka. Gaya pengasuhan yang dikenal sebagai pola asuh otoriter ditandai dengan aturan yang ketat dalam membesarkan anak, sering menekan anak untuk bertindak seperti orang tua, membatasi otonomi anak, dan jarang mengajak anak untuk berbicara, berbagi cerita, atau bertukar pikiran dengan orang tua (Ayun, 2017). Hal ini sejalan dengan pernyataan Santrock (2012) yang menyatakan bahwa gangguan emosional lebih mungkin mempengaruhi mayoritas anak dari orang tua yang otoriter.

b. Pola Permisif

Ketika orang tua menerapkan pola asuh permisif, mereka membiarkan anak-anak mereka berperilaku sesuai keinginan mereka tanpa mengontrol atau menghukum mereka. Gaya pengasuhan ini ditandai

dengan memberikan kebebasan penuh kepada anak untuk bertindak sesuai dengan keinginan mereka; orang tua tidak pernah memberikan aturan atau instruksi kepada anak-anak mereka sehingga mereka berperilaku dengan cara yang kadang-kadang bertentangan dengan konvensi sosial (Ayun, 2017).

2. Faktor Lingkungan

2.2.7 Upaya Pemberian Dukungan Kesehatan Mental

Kesehatan mental orang dewasa dipengaruhi oleh seberapa baik mereka mampu mengelola kesehatan mental mereka saat masih anak-anak. Ada tiga pendekatan untuk mendukung kesehatan mental: melalui promosi, pencegahan, dan intervensi (kurasi). Penting untuk merencanakan inisiatif dukungan kesehatan mental secara metodis dan dengan partisipasi dari berbagai kelompok, termasuk orang tua (atau keluarga), pendidik, komunitas, dan pemerintah. Orang tua atau pengasuh lainnya bertanggung jawab untuk mengenali masalah kesehatan mental sejak dini untuk mencegah berkembangnya penyakit.

1. Promosi

Promosi kesehatan mental bertujuan untuk mempromosikan kesehatan mental yang positif dengan meningkatkan kesejahteraan psikologis, kompetensi, dan ketahanan seseorang serta menciptakan lingkungan dan kondisi kehidupan yang mendukung (World Health Organisation, 2002). Dengan mengumpulkan data tentang prevalensi berbagai kondisi, promosi kesehatan mental dapat dilakukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat dan mengedukasi masyarakat tentang topik ini. Selain itu, sangat penting untuk menjaga lingkungan yang sehat melalui perawatan gizi, perawatan kehamilan, terutama selama fase prenatal dan pascakelahiran, serta pemeliharaan kebugaran dan kesehatan. Nutrisi yang baik, olahraga yang konsisten, dan

tidur yang cukup adalah beberapa perubahan gaya hidup yang dapat meningkatkan kesehatan mental (Herrman H, Saxena S, 2005).

2. Preventif (Pencegahan)

Meningkatkan faktor pelindung dan menurunkan faktor risiko yang terkait dengan kesehatan mental adalah tujuan dari pencegahan kesehatan mental. Deteksi dini dan mengedukasi masyarakat tentang bagaimana menghadapi perilaku maladaptif dalam keluarga dan masyarakat sering kali menjadi titik fokus dari strategi pencegahan. Pencegahan dan promosi sering kali digabungkan dalam program dan proyek yang sama. Meskipun berbeda, hasilnya saling melengkapi satu sama lain. Promosi dan pencegahan harus dilihat sebagai dua konsep yang berbeda namun saling berkaitan.

3. Intervensi

Kata "intervensi" sering digunakan untuk menggambarkan berbagai macam tindakan yang dimaksudkan untuk mendorong pemulihan atau penyesuaian yang lebih baik. Ada intervensi individual serta intervensi berbasis keluarga, komunitas, sekolah, dan masyarakat. Intervensi individual biasanya berbentuk konseling atau psikoterapi. Ada banyak jenis psikoterapi yang berbeda, termasuk terapi perilaku, terapi kognitif, terapi humanistik, dan terapi psikodinamik. Ketika memilih dan mengembangkan reaksi yang optimal, kita perlu mempertimbangkan faktor-faktor seperti gejala, tingkat keparahannya, seberapa besar ketidaknyamanan yang ditimbulkannya, dan seberapa besar gangguannya terhadap kehidupan sehari-hari. Memahami potensi risiko dan keuntungan terapi untuk orang tertentu sangat penting, begitu juga dengan fitur dan kebutuhan kepribadian tambahan.

Ketika membuat rencana untuk kesehatan mental anak-anak dan remaja, sangat penting untuk mempertimbangkan tahap perkembangan mereka serta potensi pengaruh budaya pada fase-fase tersebut. Misalnya, ketika mengembangkan intervensi untuk kesehatan mental remaja. Kita harus mempertimbangkan peran penting yang dimainkan orang tua dalam memilih, mengevaluasi, dan mengesahkan intervensi jika masyarakat terus memandang remaja bergantung pada orang tua mereka.

Kualitas hidup seorang anak dapat ditingkatkan sejak usia dini dengan memberikan mereka nutrisi yang baik, kesempatan untuk belajar sendiri dan dengan orang lain, serta waktu bermain. Ketika pengasuhan anak memberikan rasa aman, hubungan dengan semua anggota keluarga, dan komunikasi yang baik, keluarga menjadi sistem kerja yang ideal untuk perkembangan anak.

Pemerintah dapat menerapkan langkah-langkah untuk menjaga dan meningkatkan kualitas hidup, seperti memperluas akses terhadap pasokan dan distribusi makanan bergizi yang cukup, perumahan yang nyaman, dan pendidikan yang layak. Tentu saja, kondisi ekonomi dan jaringan komunitas saat ini juga relevan di sini.

2.2.7 Pengukuran Kesehatan Mental Remaja

Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF), yang telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia, digunakan untuk mengukur kesehatan mental remaja (Keyes and Annas, 2009). Dalam MHC-SF, kesejahteraan emosional (*emotional well-being*), kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*), dan kesejahteraan sosial (*social well-being*) adalah tiga karakteristik yang diukur. Bentuk ringkas dari *Mental Health Continuum*, MHC-SF merupakan versi sederhana dari bentuk panjangnya, MHC-LF. Definisi konstruk untuk setiap aspek kesejahteraan paling baik diekspresikan oleh 14 item MHC-SF, yang dipilih dari MHC-LF. Ada

6 item yang mengukur kesejahteraan psikologis, 3 item mengukur kesejahteraan emosional, dan 5 item mengukur kesejahteraan sosial dari 14 item tersebut.

Untuk item kesejahteraan sosial, (Keyes and Annas, 2009) menyediakan item pengganti, yaitu item nomor 6 dan 7, yang mengukur komponen yang sama tetapi menggunakan frasa yang berbeda karena kata-kata yang berbeda diperlukan untuk berbagai jenis responden. MHC-SF memiliki enam pilihan jawaban untuk setiap item yang mengindikasikan seberapa sering responden mengalami kondisi yang tercantum di sana. Kisaran respon yang mungkin diberikan adalah dari tidak pernah (skor 0) hingga setiap hari (skor 5). Dengan menjumlahkan skor dari masing-masing 14 item, skor kesehatan mental secara keseluruhan dari ukuran MHC-SF dapat ditentukan. Item-item MHC-SF untuk setiap komponen kesejahteraan dijumlahkan untuk mendapatkan skor komponen tersebut.

2.3 Kesehatan Emosi Remaja

2.3.1 Pengertian Emosi Remaja

Emosi mental adalah situasi di mana seseorang menderita sakit secara psikologis; perubahan psikologis terjadi pada kondisi tertentu tetapi dapat dibalik. Jika masalah mental emosional ini tidak ditangani dengan tepat, maka akan berdampak negatif pada pertumbuhan remaja (Mubasyiroh, Suryaputri and Tjandrarini, 2017). Masalah mental emosional yang tidak terselesaikan dapat mengancam perkembangan remaja di masa depan, terutama dalam hal kematangan karakter, dan dapat memicu gangguan perkembangan mental emosional yang bermanifestasi dalam bentuk perilaku berisiko tinggi. Perkembangan mental-emosional yang tidak memadai akan menghasilkan lebih banyak masalah perilaku saat dewasa (Haryanti, Pamela and Susanti, 2016).

2.3.2 Perkembangan Mental Emosional Remaja

Masalah mental dan emosional pada anak-anak dan remaja dikategorikan dalam dua cara yaitu internal dan eksternal (Damayanti M, 2011). Ciri-ciri masalah mental-emosional yang tereksternalisasi antara lain temperamen yang sulit, ketidakmampuan menyelesaikan masalah, gangguan perhatian, hiperaktif, dan perilaku yang bertentangan (tidak suka ditegur/diberi umpan balik positif, tidak mau), sedangkan ciri-ciri masalah mental-emosional yang terinternalisasi antara lain temperamen, kebingungan, cemas, kekhawatiran yang berlebihan, pikiran pesimis, perilaku menyendiri, dan sulit menjalin hubungan dengan teman sebaya (dikucilkan, ditolak, dirisak).

Remaja dengan perkembangan mental dan emosional yang buruk sering kali lebih suka menyendiri, merasa cemas atau khawatir akan segala hal, sering sedih, tertekan, atau menangis, sulit untuk fokus terhadap sesuatu, cepat takut, dan memiliki fokus dan perhatian yang buruk. Faktor-faktor lain yang berinteraksi untuk menyebabkan gangguan mental dan emosional, selain faktor lingkungan, termasuk faktor keturunan, lingkungan keluarga, teman, dan masyarakat umum (Wiguna T, 2009).

Munculnya masalah kesehatan mental juga dipengaruhi oleh identifikasi gender. Menurut penelitian tertentu, remaja perempuan lebih sering menunjukkan tanda-tanda masalah kesehatan mental dibandingkan remaja laki-laki. Penelitian lain menemukan bahwa meskipun laki-laki sering menunjukkan kekerasan yang lebih besar, perempuan lebih cenderung mengalami gejala depresi dan pikiran untuk bunuh diri (Pilgrim and Blum, 2012). Ketika terpapar stresor sosial seperti perundungan (*bullying*), agresi/kekerasan, atau cara hidup, perkembangan emosi remaja perempuan 65% lebih terpengaruh secara negatif daripada remaja laki-laki.

2.3.3 Faktor-Faktor yang Berkontribusi pada Masalah Mental dan Emosional Remaja

Kesulitan mental dan emosional remaja dipengaruhi oleh interaksi antara variabel risiko dan variabel protektif.

1. Faktor-faktor pribadi, orang tua, pendidikan, lingkungan, dan masyarakat berikut ini telah terbukti meningkatkan kemungkinan kesulitan mental dan emosional pada remaja.
2. Adanya faktor protektif menjelaskan mengapa tidak semua remaja yang memiliki faktor risiko masalah mental dan emosional akan mengalaminya. Karakter yang baik, lingkungan rumah yang mengayomi, lingkungan sosial yang mendukung upaya remaja untuk bertransisi, keterampilan sosial yang kuat, dan tingkat intelektual yang baik adalah contoh faktor pelindung, menurut Rae G. N. et al. (Damayanti M, 2011) dan (Satgas Remaja IDAI, 2013)

2.3.4 Pengukuran Kesehatan Mental Emosional

Kuesioner Kekuatan dan Kesulitan (SDQ/*Strenght and Difficulties Questionnaire*) adalah alat yang berguna, terjangkau, dan sederhana yang dapat digunakan oleh dokter, orang tua, dan guru untuk memeriksa perilaku anak-anak berusia antara 3-16 tahun. Anak-anak berusia antara 11-16 tahun dapat mengisi sendiri kuesioner SDQ, sedangkan untuk anak-anak di bawah 11 tahun, kuesioner juga harus diisi oleh orang tua atau guru anak tersebut (Damayanti M, 2011) dan (Hartanto and Selina, 2010). 25 komponen psikologis SDQ dibagi ke dalam 5 (lima) domain yang dapat digunakan untuk mendiagnosa masalah kesehatan mental remaja, seperti gejala emosional, masalah perilaku, hiperaktif/kurang fokus, hubungan dengan teman sebaya, dan perilaku sosial. Peserta survei dapat memilih dari tiga kemungkinan jawaban (tidak benar, agak benar, dan benar) untuk setiap bagian dari lima pertanyaan dengan memberi tanda centang (✓) di sebelah kalimat yang relevan. Setelah menyelesaikan

kuesioner, jawaban dinilai berdasarkan bagian yang ditentukan. Interpretasinya adalah Normal, Batas (*Bordeline*), dan Tidak Normal (abnormal) (Hartanto and Selina, 2010).

Tabel 2.1. Interpretasi Skor Penilaian Kuesioner SDQ

	Normal	<i>Bordeline</i>	Abnormal
Total Difficulties Score	0-15	16-19	20-40
a. <i>Emotional symptoms scale</i>	0-5	6	7-10
b. <i>Conduct problems scale</i>	0-3	4	5-10
c. <i>Hyperactivity score</i>	0-5	6	7-10
d. <i>Peer problems score</i>	0-3	4-5	6-10
<i>Prosocial Behaviour Score</i>	6-10	5	0-4

Skor total kesulitan (*total difficulties score*), yang merupakan jumlah dari skor emosional, perilaku, hiperaktif/kurang perhatian, dan kelompok teman sebaya, menentukan masalah mental emosional remaja. Skor perilaku prososial menunjukkan kualitas perlindungan.

Manfaat SDQ yaitu: (Hartanto and Selina, 2010)

1. Evaluasi klinis
 - a. Sebagai bagian dari layanan kesehatan, evaluasi ini digunakan untuk menilai penyakit mental pada anak-anak dan remaja.
 - b. Berdasarkan temuan, situasi di evaluasi dan spesialis yang akan di konsultasikan dipilih.
2. Penilaian
 - a. Dilakukan sebelum dan sesudah intervensi.
 - b. Hasil tes responsif terhadap modifikasi yang dilakukan akibat intervensi.

3. Epidemiologi
Karena dapat diterima di berbagai komunitas, tes ini digunakan untuk mengumpulkan data dasar epidemiologi dan memetakan masalah remaja.
4. Penelitian
Mendukung penelitian di bidang masyarakat, genetika, pengembangan, kedokteran, dan pendidikan.
5. Skrining
Tes ini dapat mengidentifikasi penyakit kejiwaan pada komunitas dengan sensitivitas 85% dan spesifisitas 80%.

Manfaat SDQ dibandingkan dengan teknologi skrining lain seperti CBCL (*Child Behaviour Checklist*), yaitu: (Goodman and Scott, 1999) dan (Brøndbo *et al.*, 2011)

1. Untuk mengesampingkan gangguan kejiwaan pada anak usia 4-16 tahun, SDQ dapat diselesaikan dengan lebih cepat dan memiliki hubungan yang kuat dengan hasil CBCL.
2. SDQ lebih efektif dalam mengidentifikasi gangguan hiperaktif dan kurangnya perhatian.
3. SDQ lebih mahir dalam membedakan antara masalah internalisasi dan eksternalisasi.
4. Terdapat hubungan yang kuat antara tes SDQ dan CBCL untuk membedakan antara sampel komunitas dan klinik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayun, Q. 2017. 'Pola Asuh Orang Tua dan Metode Pengasuhan dalam Membentuk Kepribadian Anak', *ThufuLA: Jurnal Inovasi Pendidikan Guru Raudhatul Athfal*, 5(1), p. 102. Available at: <https://doi.org/10.21043/thufula.v5i1.2421>.
- Brøndbo, P.H. *et al.* 2011. 'The strengths and difficulties questionnaire as a screening instrument for norwegian child and adolescent mental health services, application of UK scoring algorithms', *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5. Available at: <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-32>.
- Damayanti M. 2011. *Masalah Mental Emosional pada Remaja: Deteksi dan Intervensi*. Jakarta: Sari Pediatri.
- Dewi K.S. 2012. *Buku Ajar Kesehatan Mental*. Semarang: UPT UNDIP Press Semarang.
- Gloria. 2022. *Hasil Survei I-NAMHS: Satu dari Tiga Remaja Indonesia Memiliki Masalah Kesehatan Mental, Universitas Gajah Mada*. Available at: <https://ugm.ac.id/id/berita/23086-hasil-survei-i-namhs-satu-dari-tiga-remaja-indonesia-memiliki-masalah-kesehatan-mental/>.
- Goodman, R. and Scott, S. 1999. 'Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the child behavior checklist: Is small beautiful?', *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), pp. 17–24. Available at: <https://doi.org/10.1023/A:1022658222914>.
- Hartanto, F. and Selina, H. 2010. 'Masalah Mental Remaja di Kota Semarang', *Masalah Mental Remaja di Kota Semarang*, 44(3), pp. 118–124.
- Haryanti, D., Pamela, E.M. and Susanti, Y. 2016. 'Perkembangan Mental Emosional Remaja Di Panti Asuhan', *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 4(2), pp. 97–104.

- Herrman H, Saxena S, M.R. 2005. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence*. Geneva: World Health Organization.
- Hoeksema S.N-, Fredrickson B, Loftus G.R, W.W. 2009. *Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology*. 15th edn. United ingdom: Cengage Learning.
- Idaiani, S. and Kristanto, A.Y. 2007. 'Analisis Gejala Gangguan Mental Emosional Penduduk Indonesia', *Majority Kedokteran Indonesia*, 59, pp. 473–479. Available at: file:///C:/Users/parmitasari/Downloads/687-748-1-PB.pdf.
- Ivey, J. 2020. 'Mental health screening for children and adolescents', *Pediatric Nursing*, 46(1), pp. 27–31.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. 'Undang-Undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan Mental No. 18 Tahun 2014', *Undang- Undang Tentang Kesehatan Jiwa*, (1), p. 2.
- Keyes, C.L.M. and Annas, J. 2009. 'Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science', *Journal of Positive Psychology*, 4(3), pp. 197–201. Available at: <https://doi.org/10.1080/17439760902844228>.
- Mind Org. 2017. 'Understanding Mental Health Problems', *Understanding mental health problems*, pp. 1–25. Available at: <https://www.mind.org.uk/media-a/2942/mental-health-problems-introduction-2017.pdf>.
- Mubasyiroh, R., Suryaputri, I.Y. and Tjandrarini, D.H. 2017. 'Determinan Gejala Mental Emosional Pelajar SMP-SMA di Indonesia Tahun 2015', *Buletin Penelitian Kesehatan*, 45(2), pp. 103–112. Available at: <https://doi.org/10.22435/bpk.v45i2.5820.103-112>.

- Pilgrim, N.A. and Blum, R.W. 2012. 'Adolescent mental and physical health in the English-speaking Caribbean TT - Salud mental y física de los adolescentes en el Caribe de habla inglesa', *Rev. panam. salud pública*, 32(1), pp. 62–69. Available at: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000700010.
- Rachmawati A.A 2020. *Darurat Kesehatan Mental bagi Remaja, EGSA UGM*. Available at: <https://egsa.geo.ugm.ac.id/2020/11/27/darurat-kesehatan-mental-bagi-remaja/>.
- Remschmidt H, et al. 2007. *The Mental Health of Children and Adolescents: An area of global neglect*. England: John Wiley & Sons.
- Santrock, J.W. 2014. *Adolescence , 15th Edition*. New York: McGraw-Hill Education.
- Santrock, J.W. 2016. *Children Thirteenth Edition*. New York: McGraw-Hill Education.
- Satgas Remaja IDAI. 2013. *Masalah Kesehatan Mental Emosional Remaja, Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI)*. Available at: <https://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/masalah-kesehatan-mental-emosional-remaja>.
- Schoon, I. 2006. *Risk and resilience: Adaptations in changing times*. Cambridge University Press. Available at: <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/CBO9780511490132>.
- WHO. 2011. 'Sixty-Fourth World Health Assembly', *Wha64/2011/Rec/1*, (May), pp. 16–24. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:SIXTY-FOURTH+WORLD+HEALTH+ASSEMBLY#1%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Sixty-fourth+World+Health+Assembly#1>.

- Wiguna T. 2009. 'Masalah Kesehatan Mental Remaja di Era Globalisasi', in *The 2nd Adolescent Health National Symposia, Current Challenges in Management*. Jakarta: Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM, pp. 62–71.
- World Health Organisation. 2002. 'Prevention and promotion in mental health', *World Health Organisation*, pp. 1–46.
- World Health Organization. 2001. *Basic documents*. 43rd edn. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2021. *Mental health of adolescents*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

BAB 3

SEKSUALITAS DAN KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Oleh Sulistiyowati

3.1 Pendahuluan

Masa remaja merupakan salah satu dari periode perkembangan manusia, masa perubahan atau peralihan dari masa kanak – kanak ke masa dewasa yang meliputi perubahan biologis, psikologis, dan sosial. Usia remaja biasanya dimulai pada usia 10 - 13 tahun dan berakhir pada usia 18 – 22 tahun. Sedangkan menurut WHO remaja merupakan individu yang sedang mengalami masa peralihan yang secara berangsur – angsur mencapai kematangan seksual, mengalami perubahan jiwa dari jiwa anak – anak menjadi dewasa, dan mengalami perubahan keadaan ekonomi dari ketergantungan menjadi relative mandiri. Ada dua aspek pokok dalam perubahan pada remaja, yakni perubahan fisik atau biologis dan perubahan psikologis. Permasalahan tentang kesehatan reproduksi remaja di Indonesia sejauh ini masih seringkali ditemui. Hal ini bisa disebabkan oleh pengetahuan, kesadaran, pemahaman, dan kurangnya informasi yang membahas tentang kesehatan, salah satunya kesehatan reproduksi. Adapun hal yang berkaitan dengan permasalahan ini adalah dimulai dari pengetahuan bahwa perlunya pemeliharaan kebersihan alat reproduksi, proses-proses dalam reproduksi, dan dampak dari tindakan yang tidak bertanggung jawab seperti kejadian kehamilan yang tidak diinginkan, penyakit menular seksual (PMS) seperti HIV/AIDS.

3.2 Seksualitas

3.2.1 Pengertian

Seks (jenis kelamin) merupakan pembagian dua jenis kelamin (penyifatan) manusia yang ditentukan secara biologis yang melekat pada jenis kelamin tertentu. Aktivitas seksual adalah tindakan fisik atau mental yang menstimulasi, merangsang, dan memuaskan secara jasmaniah (Afiyanti, 2016). Seks merupakan kegiatan fisik. Sedangkan seksualitas didefinisikan secara luas sebagai suatu keinginan untuk menjalin kontak, kehangatan, kemesraan, atau mencintai. Seksualitas di lain pihak adalah istilah yang lebih luas, seksualitas diekspresikan melalui interaksi dan hubungan dengan individu dari jenis kelamin yang berbeda dan atau sama dan mencakup pikiran, pengalaman, pelajaran, ideal, nilai, fantasi dan emosi (Andarmoyo, 2012). Perbedaan dari keduanya yaitu seks merupakan segala sesuatu menyangkut alat kelamin. Sedangkan seksualitas adalah segala sesuatu menyangkut cara berfikir, merasa, berpakaian, mengutarakan pendapat dan bersikap (Andarmoyo, 2012).

Berbicara perilaku seks remaja, tidak lepas berbicara masalah free sex atau seks bebas yang memang rawan terjadi pada lingkungan remaja, terutama di kota-kota besar. Menurut Sarwono seks bebas didefinisikan sebagai perilaku hubungan suami istri tanpa ikatan apa-apa, selain suka sama suka, bebas dalam seks, seks bebas dengan banyak orang dan merupakan tindakan hubungan ada masa remaja kebutuhan akan mengalami perubahan dan perkembangan. Kebutuhan yang pada waktu kanak-kanak belum muncul, akan menonjol pada masa remaja, misalnya kebutuhan persahabatan, kebutuhan akan penghargaan dan kebutuhan untuk berdiri sendiri, kebutuhan akan heteroseksual, dorongan-dorongan kelamin yang mewujudkan hubungan cinta, dan sebagainya. Masa yang disebut juga masa neo-atavistik atau masa kelahiran kembali

ini sangat penting bagi kehidupan remaja dalam perkembangan untuk mencapai kematangan pribadinya. (Githa, 2013)

3.2.2 Bentuk-bentuk perilaku seksual remaja

1. Perilaku tertarik pada lawan jenis berkembang pada sebagian besar remaja sebagai suatu tahap yang sehat dan normal dalam pertumbuhan Sikap dan bentuk dalam aktivitas-aktivitas hubungan seksual di antara kaum remaja bervariasi sesuai dengan kebudayaan yang juga berbeda-beda sesuai dengan tempat mereka berada. Berikut bentuk-bentuk Perilaku seksual remaja
2. Berpergian bersama pada janji pertama
3. Berciuman
4. Petting, yaitu kontak jasmaniah antara dua jenis kelamin yang berlawanan tanpa melakukan hubungan seksual
5. Aposisi genital, yaitu mempertemukan alat kelamin tetapi tidak sampai melakukan hubungan seksual
6. Melakukan hubungan seksual

3.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seksual remaja

Sikap seseorang tentu tidak terlepas dari faktor-faktor yang mempengaruhi. Begitu juga sikap perilaku seksual pada remaja, mereka tidak terlepas dari faktor-faktor yang mempengaruhi sikap mereka, yaitu faktor eksternal yang merupakan faktor dari luar diri seseorang yang berarti berasal dari lapisan masyarakat atau lingkungan, dimana lingkungan yang berbeda akan mempunyai penilaian, kebutuhan, pendapat, sikap dan selera yang berbeda-termasuk faktor eksternal ini antara lain: lingkungan, kebudayaan, kelas sosial, kelompok sosial, keluarga, kelompok referensi dan media massa. (Fardilla, 2012)

3.3 Kesehatan Reproduksi Remaja

3.3.1 Pengertian Kesehatan Reproduksi

Pengertian Kesehatan Reproduksi Kesehatan reproduksi menurut Kemenkes RI (2015) adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi. Ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi menurut *International Convergence Population and Development* (ICPD) tahun 1994 di Kairo terdiri dari kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, pencegahan dan penanganan infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi, pencegahan dan penanganan infertilitas kesehatan reproduksi usia lanjut, deteksi dini saluran reproduksi serta kesehatan reproduksi lainnya seperti kekerasan seksual, sunat perempuan dan sebagainya.

3.3.2 Pengertian Remaja

Definisi Remaja Remaja adalah penduduk dalam rentan usia 10-18 tahun dan menurut badan kependudukan dan keluarga berencana (BKKBN) (Dalam kemenkes RI, 2015) rentan usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah. Jumlah kelompok usia 10-19 tahun di Indonesia menurut sensus penduduk 2010 sebanyak 43,5 juta atau sekitar 18% dari jumlah penduduk. Di dunia diperkirakan kelompok remaja berjumlah 1,2 milyar atau 18% dari jumlah penduduk dunia. Masa remaja adalah masa peralihan dari anak menuju dewasa. Proses untuk mencapai kedewasaan biasanya ditandai dengan pubertas yang berhubungan erat dengan perubahan aspek fisik dan psikis. Perubahan aspek fisik adalah yang paling penting karena berlangsung dengan cepat, drastis dan bermuara pada organ reproduksi. Organ reproduksi memerlukan perawatan khusus. Pengetahuan dan perawatan yang baik merupakan faktor penentu dalam menjaga kesehatan reproduksi (Ida Ayu Cintya Pradnyandari dkk, 2019)

3.4 Materi Kesehatan Reproduksi

3.4.1 Kesenjangan Gender

Gender adalah karakteristik atau ciri sosial perempuan dan laki-laki - seperti norma, peran, dan hubungan antara dan antara kelompok perempuan dan laki-laki. Misalnya, perempuan identik dengan dapur – sumur – kasur, yang dibentuk oleh masyarakat yang menganggap laki-laki memiliki posisi lebih tinggi (patriarki). Lalu laki-laki dianggap sebagai kepala rumah tangga, dan akhirnya dipaksa oleh norma sosial untuk bekerja lebih berat dibandingkan perempuan dan tidak boleh mengekspresikan diri

Fenomena perbedaan laki-laki dan perempuan menjadi masalah ketika menghadirkan ketidaksetaraan, ketidakadilan, di mana mereka yang berjenis kelamin tertentu (umumnya laki-laki) memperoleh dan menikmati kedudukan yang lebih baik dari perempuan. Menurut penelitian Hasanah (2016), menyatakan bahwa kesetaraan akan gender dalam kehidupan harus lebih mengutamakan dan mengedepankan akan adanya hak-hak hidup, karena hak tersebut merupakan hak yang sangat mutlak diberikan kepada semua orang seperti hak untuk tidak mengalami penindasan, mendapatkan pendidikan, kesehatan, dan menghilangkan anggapan adanya ketidakadilan akan gender dalam bidang atau aspek kehidupan apapun juga, karena semua orang sama dan berhak, dalam bidang hukum, dan juga pemerintahan.

3.4.2 Alat Reproduksi

Perempuan memiliki organ luar terdiri atas area yang dikenal sebagai vulva dengan struktur pembangun sepasang labia (bibir) bagian luar dan dalam yang menutupi klitoris, lubang saluran kencing dan liang peranakan (Vagina). Fungsi vagina adalah untuk senggama (koitus) dan melahirkan. Laki-laki memiliki organ luar yang bisa dilihat adalah penis dan skrotum (kantong buah zakar). Urine keluar dari tubuh melalui lubang kecil pada ujung penis. Bagian organ reproduksi yang tak terlihat adalah

testis, dimana sperma dihasilkan. Sperma menghasilkan 100-300 juta spermatozoa setiap harinya (Marmi, 2014).

3.4.3 Pubertas

Pubertas secara fisik terjadi secara primer dan sekunder. Pubertas secara primer yaitu perubahan dalam tubuh meliputi perubahan hormon dan organ kelamin, sedangkan pubertas secara sekunder ditandai dengan perubahan yang tampak dari luar. Selain perubahan fisik, salah satu ciri- ciri pubertas terlihat pada perubahan psikologisnya. Efek dari pengeluaran hormon seksual tersebut juga mempengaruhi kondisi emosi remaja. Kondisi emosi atau psikologis ini diperlihatkan dengan tanda- tanda seperti mencari identitas diri dan tertarik dengan lawan jenis. Menurut **Penelitian Puspitasari (2020)**, kebanyakan remaja memang memiliki pengetahuan dasar tentang pubertas tetapi pebgetahuan tersebut belum lengkap sehingga ada sikap negative yang ditunjukkan dan merasa kesulitan melakukan kegiatan yang dapat membantu diri pada masa pubertas.

3.4.4 Mitos dan Fakta Seputar Kesehatan Reproduksi

Banyak sekali mitos dan fakta yang ada di Indonesia maupun Negara lain terkait dengan kesehatan reproduksi. Hal ini menandakan bahwa jaranganya membicarakan fakta dan meninggalkan ketabuan dalam membahas secara ilmiah kesehatan reproduksi, membuat banyak munculnya pendapat tanpa menyertakan bukti yang beredar di masyarakat, hal ini turun temurun terjadi sehingga menjadi mitos yang langgeng hidup di masyarakat.

3.4.5 Kehamilan

Alat reproduksi wanita menjadi organ penting yang perlu diketahui dan dijaga kesehatannya. Organ reproduksi wanita merupakan sekelompok organ yang terlibat dalam sistem

reproduksi, dalam hal ini untuk mempersiapkan kehamilan hingga melahirkan. Kehamilan merupakan penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi. Masalah kesehatan reproduksi, katanya, terkait dengan terganggunya sistem, fungsi dan proses alat reproduksi, yang dapat berakibat pada keharmonisan hubungan suami-isteri bahkan dapat mengganggu kelancaran proses kehamilan dan persalinan.

3.4.6 Hak dan Kewajiban Terkait Kesehatan Reproduksi

Hak-hak reproduksi merupakan bagian dari hak asasi manusia yang diakui oleh hukum nasional. Hak-hak ini menjamin hak-hak dasar setiap pasangan dan individu untuk memutuskan secara bebas mengenai kesehatan reproduksi dan seksual. Juga termasuk hak mereka untuk membuat keputusan menyangkut reproduksi yang bebas dari diskriminasi, perlakuan sewenang wenang, dan kekerasan. Dengan mengenal dan memahami hak seksual dan reproduksi, maka remaja bisa melindungi, memperjuangkan dan membela hak seksual dan reproduksi kita dan orang lain dari berbagai tindak kekerasan dan serangan terhadap hak seksual dan reproduksi.

Kewajiban remaja meliputi: Menghargai hak kesehatan seksual dan reproduksi diri sendiri, serta hak-hak saudara, teman, dan pasangan/pacar, memberikan informasi dan pendidikan kepada remaja lain tentang hak kesehatan seksual dan reproduksi. Berpartisipasi aktif di lingkungannya membela hak dan kebutuhan kesehatan seksual dan reproduksi remaja. Menurut penelitian Darwin (2016), menunjukan bahwa faktor yang mempengaruhi pengetahuan tentang hak dan kewajiban kesehatan reproduksi mahasiswa adalah jenis kelamin dan social ekonomi.

3.4.7 Infeksi Menular Seksual

Infeksi yang menular secara seksual (IMS) (*Sexually Transmitted Infections- STI*) adalah infeksi yang ditularkan dari orang ke orang lain melalui hubungan seks atau kontak kelamin. Penyakit serius yang menyakitkan ini menulari organ seks dan organ reproduksi dan dapat menyebabkan infertilitas, keguguran dan bayi lahir meninggal (*stillbirth*). (Abrori 2017). IMS yang paling umum antara lain HIV, *gonorrhea* (GO), syphilis, herpes kelamin, kutil kelamin (*genital warts*) dan Chlamydia. Sering kali seseorang, khususnya perempuan, menderita IMS tanpa tanda-tanda maupun gejala. Pencegahan IMS bisa dilakukan dengan abstinensi seksual, ketahui tanda-tanda IMS, konfirmasi ke pasangan tentang riwayat IMS, gunakan kondom dan lakukan tes IMS. HIV adalah singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus*. Virus ini menyerang sistem kekebalan tubuh dan melemahkan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi dan penyakit. HIV belum bisa disembuhkan, tapi ada pengobatan yang bisa digunakan untuk memperlambat perkembangan penyakit. AIDS adalah stadium akhir dari infeksi virus HIV. Pada tahap ini, kemampuan tubuh untuk melawan infeksi sudah hilang sepenuhnya. HIV bisa ditemukan di dalam cairan tubuh dari orang yang terinfeksi. Cairan yang dimaksud adalah cairan sperma, cairan vagina, cairan anus, darah, dan ASI. HIV tidak bisa menyebar melalui keringat atau urine. (Budiarti, 2018)

3.4.8 Kekerasan Seksual

Kekerasan seksual adalah setiap bentuk perilaku yang memiliki muatan seksual yang dilakukan seseorang atau sejumlah orang namun tidak disukai dan tidak diharapkan oleh orang yang menjadi sasaran sehingga menimbulkan akibat negatif, seperti: rasa malu, tersinggung, terhina, marah, kehilangan harga diri, kehilangan kesucian, dan sebagainya, pada diri orang yang menjadi korban. Contoh kekerasan seksual perkosaan, intimidasi seksual,

pelecehan seksual, eksploitasi seksual, dll Menurut penelitian Nasri (2015), menunjukan bahwa penyebab utama alasan perempuan korban kekerasan seksual tidak melapor yaitu stigma buruk masyarakat akan korban kekerasan seksual. sehingga dibutuhkan pemahaman pada masyarakat dan cara mengatasi dari kekerasan seksual.

3.4.9 Komunikasi dan Layanan Kesehatan Reproduksi

Akhir ini banyak media yang dapat diakses untuk mendapatkan pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi, tetapi semua informasi yang diberikan belum tentu kredible. Cara yang dapat dilakukan untuk memilih informasi yang kredible adalah dengan memperhatikan aspek *Who*, *What*, dan *How*. Aspek "*Who*" atau siapa sumber dari informasi yang dicari. Harus dipastikan sumber informasi adalah sumber yang terpercaya. Aspek kedua adalah "*What*" atau apa yang ditampilkan di situs web tersebut. Bagaimanakah kualitas dan kekinian informasi yang disajikan. Informasi yang baik bukan saja akurat tetapi juga harus *up to date*. Informasi yang ditampilkan di situs *web* dari kedua website tersebut merupakan informasi terupdate yang dapat dipertanggungjawabkan karena merupakan informasi yang diberikan oleh para ahli dan dikelola secara profesional serta menyediakan konseling secara online yang ditangani oleh tenaga ahli. Ketiga adalah "*How*", bagaimana informasi tersebut mampu memberikan informasi yang sesuai dengan kebutuhan informasi pembaca (Marmi, 2014)

DAFTAR PUSTAKA

- Abrori, & Qurbaniah, M. 2017. Buku Ajar Infeksi Menular Seksual. UM Pontianak Pers.
- Afiyanti, 2016. Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Perempuan: Promosi, Permasalahan dan Penanganannya dalam Pelayanan Kesehatan. Cetakan I. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Andarmoyo, Sulistyo. 2012. Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Budiarti, R. 2018. HIV Infection: Immunopathogenesis and Risk Factor to Fishermen. Oceana Biomedicina Journal, 1(1), 25. <https://doi.org/10.30649/obj.v1i1.4>
- Cintya Pradnyandari, Ayu. dkk. 2019. Gambaran Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Tentang Vaginal Hygiene Terhadap Kejadian Keputihan Patologis Pada Siswi Kelas 1 Di SMA Negeri 1 Denpasar Periode JULI 2018. Denpasar : Intisari Sains Medis 2019, Volume 10, Number 1: 88-94 P-ISSN: 2503-3638, E-ISSN: 2089-9084
- Darwin Muhadjir. 2016. "Kesehatan reproduksi dalam: ruang lingkup dan kompleksitas masalah." Artikel pada Jurnal Populasi, Vol 7 No. 2, Hlm. 1-14. Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.
- Fardilla, N. ; Syafei, A. ; Alkaff, R.N ; Palupi, P. 2012. Perilaku Seksual Remaja
- Putri di SMK I Nusantara Ciputat. Jurnal Kesehatan Reproduksi. Vol. 3 No.3, Desember 2012 : 151-160.
- Githa. 2013. Hubungan Faktor Personal Dengan Perilaku Seksual Remaja di SMA Yogyakarta. Jurnal Kesehatan. ISSN:1203-1260

- Hasanah, H. 2016. Pemahaman Kesehatan Reproduksi bagi Perempuan : Sebuah Strategi Mencegah Berbagai Resiko Masalah Reproduksi Remaja. *Sawwa Jurnal Studi Gender*, 11(2), 229–252. <https://doi.org/10.21580/sa.v11i2.1456>
- Kemenkes RI. 2015. 'Infodatin Reproduksi Remaja-Ed.Pdf', Pusat Informasi Kementrian Kesehatan RI, p. 8. doi: 24427659.
- Marmi. 2014 Kesehatan Reproduksi. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Nasri, Deni & Koentjoro. 2015. Pelatihan Asertivitas Normatif Terhadap Perilaku Seksual Pranikah Pada Wanita. ISSN; 2301- 8267 Vol. 3 No.1 (Januri).

BAB 4

KESEHATAN FISIK REMAJA

Oleh Fitria Aisyah

4.1 Pendahuluan

Masa remaja merupakan masa kritis karena menandai peralihan dari masa kanak-kanak menuju dewasa. Remaja juga harus memperhatikan kesehatannya secara serius, sehingga gangguan kesehatan pada remaja dapat dicegah dan dikenali pada waktunya. Salah satu cara untuk mengenali hal tersebut adalah dengan melakukan pemeriksaan kesehatan agar petugas kesehatan dapat memperoleh gambaran tentang masalah kesehatan remaja.

Remaja perlu diberi tahu tentang perubahan yang terjadi pada dirinya agar tidak terjerumus ke dalam banyak masalah, terutama masalah kesehatan. Kesehatan remaja sangat penting dan memegang peranan penting karena kesehatan remaja dapat mempengaruhi kesejahteraan ekonomi. Kesehatan pemuda yang baik juga dapat mengurangi kemiskinan, dan meningkatkan kesehatan pemuda juga dapat membantu mencapai delapan Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs).

4.2 Definisi Remaja

Remaja atau Anak muda adalah penduduk berusia 10 sampai 18 tahun dan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) (dalam Kemenkes RI, 2014), usia rentan anak muda adalah 10 sampai 24 tahun dan belum menikah. Menurut sensus tahun 2010, terdapat 43,5 juta orang berusia antara 10 dan 19 tahun di Indonesia, yaitu sekitar 18% dari populasi. Diperkirakan ada 1,2 miliar remaja di dunia, atau 18 persen dari populasi dunia. Masa remaja merupakan peralihan dari anak-anak

menuju dewasa. Proses pematangan biasanya dibentuk oleh pubertas yang erat kaitannya dengan perubahan fisik dan psikis. Perubahan pada sisi fisik paling penting karena cepat dan keras serta mempengaruhi organ reproduksi. Alat kelamin membutuhkan perawatan khusus. Pengetahuan dan perawatan yang baik merupakan faktor penting dalam menjaga kesehatan reproduksi (Ida Ayu Cintia Pradnyandari dkk, 2019).

4.3 Kesehatan Reproduksi Remaja

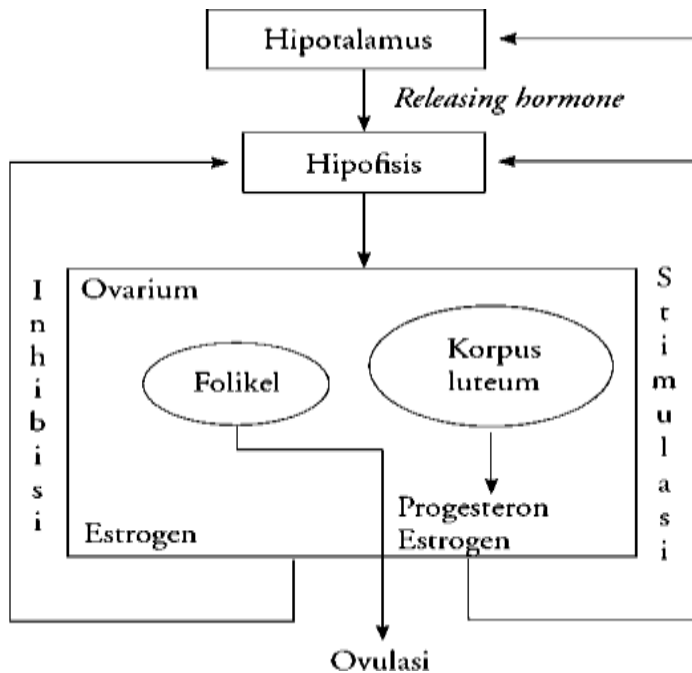
Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015), kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat fisik, mental, dan sosial yang utuh, tidak hanya bebas dari penyakit atau cedera yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya. Menurut *International Conference on Population and Development (ICPD)*, yang diselenggarakan di Kairo pada tahun 1994, pelayanan kesehatan reproduksi meliputi kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, pencegahan dan pengendalian infeksi menular seksual, termasuk HIV/AIDS, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan pengobatan. Komplikasi aborsi, pencegahan dan penanganan kemandulan di bidang kesehatan reproduksi lansia, deteksi dini saluran reproduksi dan bidang kesehatan reproduksi lainnya seperti kekerasan seksual, sunat perempuan, dll.

4.4 Kesehatan Fisik Pada Remaja

Fisik yang dimaksud adalah organ reproduksi remaja yang sudah mencapai tingkat kematangan.

Pubertas terjadi sebagai akibat peningkatan sekresi *gonadotropin releasing hormone (GnRH)* dari hipotalamus, diikuti oleh sekuens perubahan sistem endokrin yang kompleks yang melibatkan sistem umpan balik negatif dan positif. Selanjutnya, sekuens ini akan diikuti dengan timbulnya tanda-tanda seks sekunder, pacu tumbuh, dan kesiapan untuk reproduksi. Gonadotropin releasing hormone disekresikan dalam jumlah

cukup banyak pada saat janin berusia 10 minggu, mencapai kadar puncaknya pada usia gestasi 20 minggu dan kemudian menurun pada saat akhir kehamilan. Hal ini diperkirakan terjadi karena maturasi sistim umpan balik hipotalamus karena peningkatan kadar estrogen perifer. Pada saat lahir GnRH meningkat lagi secara periodik setelah pengaruh estrogen dari plasenta hilang. Keadaan ini berlangsung sampai usia 4 tahun ketika susunan saraf pusat menghambat sekresi GnRH. Pubertas normal diawali oleh terjadinya aktivasi aksis hipotalamus-hipofisis-gonad dengan peningkatan GnRH secara menetap Gambar 4.1 (Batubara, 2010).



Gambar 4.1. Aksis hipotalamus-hipofisis-gonad pada anak perempuan. (Batubara, 2010)

Kontrol neuroendokrin untuk dimulainya pubertas masih belum diketahui secara pasti. Terdapat berbagai faktor yang dianggap berperan dalam awitan pubertas, antara lain faktor genetik, nutrisi, dan lingkungan lainnya. Secara genetik terdapat berbagai teori yang mengatur awitan pubertas, antara lain pengaturan oleh GPR54, suatu *G-coupled protein receptor*. Mutasi pada gen GPR54 dapat menyebabkan terjadinya hipogonadotropik hipogonadisme idiopatik. Pada tikus percobaan, definisi gen GPR54 menyebabkan volume testis tikus jantan menjadi kecil, sedangkan pada tikus betina menyebabkan terlambatnya maturasi folikel dan pembukaan vagina.

Pada tahun 1971, Frisch dan Revelle mengemukakan peran nutrisi terhadap awitan pubertas. Frisch dan Revelle menyatakan bahwa dibutuhkan berat badan sekitar 48 kg untuk timbulnya menarke, sedangkan pada penelitian selanjutnya dinyatakan bahwa dibutuhkan perbandingan lemak dan *lean body mass* tertentu untuk timbulnya pubertas dan untuk mempertahankan kapasitas reproduksi. Keptin, suatu hormon yang dihasilkan di jaringan lemak (*white adipose*) yang mengatur kebiasaan makan dan termogenesis diperkirakan juga berperan dalam mengatur awitan pubertas. Pada keadaan puasa kadar leptin menurun, begitu pula dengan kadar gonadotropin. Penemuan ini menunjang hipotesis peran nutrisi dalam pengaturan pubertas. Pada penelitian selanjutnya ternyata hal ini masih dipertanyakan karena kadar leptin tetap stabil selama pre- dan pasca pubertas. Di samping itu terdapat berbagai faktor lain yang diperkirakan mempengaruhi awitan pubertas, seperti pertumbuhan janin intrauterin, migrasi ke negara lain, dan faktor lingkungan lainnya. Pada saat remaja atau pubertas, inhibisi susunan saraf pusat terhadap hipotalamus menghilang sehingga hipotalamus mengeluarkan GnRH akibat sensitivitas gonadalstat. Selama periode

prepubertal gonadalstat tidak sensitif terhadap rendahnya kadar steroid yang beredar, akan tetapi pada periode pubertas akan terjadi umpan balik akibat kadar steroid yang rendah sehingga GnRH dan gonadotropin akan dilepaskan dalam jumlah yang banyak. Pada awalnya GnRH akan disekresi secara diurnal pada sekitar 6 tahun. Hormon GnRH kemudian akan berikatan dengan reseptor di hipofisis sehingga sel-sel gonadotrop akan mengeluarkan luteneizing hormone (LH) dan follicle stimulating hormone (FSH). Hal ini terlihat dengan terdapatnya peningkatan sekresi LH 1-2 tahun sebelum awitan pubertas. Sekresi LH yang pulsatil terus berlanjut sampai awal pubertas.

Pada anak perempuan, mula-mula akan terjadi peningkatan FSH pada usia sekitar 8 tahun kemudian diikuti oleh peningkatan LH pada periode berikutnya. Pada periode selanjutnya, FSH akan merangsang sel granulosa untuk menghasilkan estrogen dan inhibin. Estrogen akan merangsang timbulnya tanda-tanda seks sekunder sedangkan inhibin berperan dalam kontrol mekanisme umpan balik pada aksis hipotalamus-hipofisis-gonad. Hormon LH berperan pada proses menarke dan merangsang timbulnya ovulasi. Hormon androgen adrenal, dalam hal ini dehidroepiandrosteron (DHEA) mulai meningkat pada awal sebelum pubertas, sebelum terjadi peningkatan gonadotropin. Hormon DHEA berperan pada proses adrenarke.

Proses menarke normal terdiri dalam tiga fase yaitu fase folikuler, fase ovulasi, dan fase luteal (sekretori). Pada fase folikuler, peningkatan GnRH pulsatif dari hipotalamus akan merangsang hipofisis untuk mengeluarkan FSH dan LH yang kemudian merangsang pertumbuhan folikel. Folikel kemudian akan mensekresi estrogen yang menginduksi proliferasi sel di endometrium. Kira-kira tujuh hari sebelum ovulasi terdapat satu folikel yang dominan. Pada puncak sekresi estrogen,

hipofisis mensekresi LH lebih banyak dan ovulasi terjadi 12 jam setelah peningkatan LH. Pada fase luteal yang mengikuti fase ovulasi ditandai dengan adanya korpus luteum yang dibentuk dari proses luteinisasi sel folikel. Pada korpus luteum kolesterol dikonversi menjadi estrogen dan progesteron. Progesteron ini mempunyai efek berlawanan dengan estrogen pada endometrium yaitu menghambat proliferasi dan perubahan produksi kelenjar sehingga memungkinkan terjadinya implantasi ovum. Tanpa terjadinya fertilisasi ovum dan produksi *human chorionic gonadotropine* (hCG), korpus luteum tidak bisa bertahan. Regresi korpus luteum mengakibatkan penurunan kadar progesteron dan estrogen yang menyebabkan terlepasnya endometrium, proses tersebut dikenal sebagai menstruasi. Menstruasi terjadi kira-kira 14 hari setelah ovulasi.

Pada anak laki-laki, perubahan hormonal inidimulai dengan peningkatan LH, kemudian diikuti oleh peningkatan FSH. *Luteinising hormon* akan menstimulasi sel Leydig testis untuk mengeluarkan testosteron yang selanjutnya akan merangsang pertumbuhan seks sekunder, sedangkan FSH merangsang sel sertoli untuk mengeluarkan inhibin sebagai umpan balik terhadap aksi hipotalamus-hipofisis-gonad. Fungsi lain FSH menstimulasi perkembangan tubulus seminiferus menyebabkan terjadinya pembesaran testis. Pada saat pubertas terjadi spermatogenesis akibat pengaruh FSH dan testosteron yang dihasilkan oleh sel Leydig.

Pada periode pubertas, selain terjadi perubahan pada aksis hipotalamus-hipofisis-gonad, ternyata terdapat hormon lain yang juga memiliki peran yang cukup besar selama pubertas yaitu hormon pertumbuhan (*growth hormone*/GH). Pada periode pubertas, GH dikeluarkan dalam jumlah lebih besar dan berhubungan dengan proses pacu tumbuh selama masa pubertas. Pacu tumbuh selama pubertas memberi

kontribusi sebesar 17% dari tinggi dewasa anak laki-laki dan 12% dari tinggi dewasa anak perempuan. Hormon steroid seks meningkatkan sekresi GH pada anak laki-laki dan perempuan. Pada anak perempuan terjadi peningkatan GH pada awal pubertas sedangkan pada anak laki-laki peningkatan terjadi pada akhir pubertas. Perbedaan waktu peningkatan GH pada anak laki-laki dan perempuan serta awitan pubertas dapat menjelaskan perbedaan tinggi akhir anak laki-laki dan perempuan.

4.4 Rentang Usia

Menurut WHO (Kementerian Kesehatan, 2012), penduduk muda berusia 10 sampai dengan 19 tahun, menurut Keputusan Menteri Republik Indonesia No. 25 Tahun 2014, penduduk muda berusia 10 tahun. Usia 18 tahun dan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN), kelompok usia muda adalah 10 sampai 24 tahun dan belum menikah (Infodata Depkes RI, 2012). Menurut WHO, pengertian pemuda meliputi penduduk yang berusia 10-19 tahun, sedangkan menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 25 Tahun 2014, pemuda adalah 10-18 tahun. . Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) memiliki pemahaman tersendiri tentang pemuda. Menurut BKKBN, pemuda adalah penduduk yang berusia 10 sampai dengan 24 tahun yang belum menikah. WHO juga mendefinisikan pemuda secara lebih konseptual. Secara umum dapat diartikan bahwa masa remaja adalah masa dimana :

1. Biologis
Seorang individu berkembang dari manifestasi pertama karakteristik seksual sekunder hingga kematangan seksual.
2. Psikologis
Dari masa kanak-kanak hingga dewasa, orang mengalami perkembangan psikologis dan pola identifikasi.

3. Ekonomi.

Telah terjadi transisi dari ketergantungan sosial-ekonomi total ke situasi yang relatif lebih mandiri (Anindya Hapsari, 2019).

4.5 Perkembangan Remaja

Masa remaja merupakan peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa dan banyak perubahan yang terjadi pada remaja tersebut. Perubahan adalah perubahan fisik yang menjadi gejala utama pertumbuhan remaja. Sementara itu, perubahan fisik pada remaja menyebabkan perubahan psikologis (Sarwono, 2013). Perubahan biologis meliputi percepatan pertumbuhan, perubahan hormonal, dan pematangan seksual yang menyertai pubertas (Santrock, 2011). Perubahan fisik yang sangat mempengaruhi perkembangan intelektual remaja antara lain pertumbuhan tinggi badan, fungsi organ reproduksi (menstruasi pada wanita dan tidur basah pada pria), dan pertumbuhan ciri kelamin sekunder. Perubahan fisik tersebut dapat menimbulkan kesulitan bagi remaja karena harus menyesuaikan diri dengan perubahan yang dialaminya sehingga dapat mempengaruhi perubahan psikologis remaja (Sarwono, 2013).

Perkembangan atau perubahan kognitif yang terjadi pada masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa remaja adalah peningkatan pemikiran abstrak, idealis dan logis. Saat mereka melakukan transisi ini, remaja mulai berpikir lebih egosentris dan sering merasa seperti berada di atas panggung, unik dan tak terkalahkan. Menanggapi perubahan tersebut, orang tua memberikan lebih banyak tanggung jawab untuk pengambilan keputusan anak muda (Santrock, 2011). Perubahan sosial-emosional yang dialami remaja adalah pencarian pengungkapan diri. Ketika kebebasan muncul, konflik dengan orang tua dan keinginan untuk menghabiskan

lebih banyak waktu dengan teman sebaya. Percakapan dengan teman menjadi lebih intim dan melibatkan lebih banyak pengungkapan diri. Ketika anak-anak mencapai usia remaja, mereka mengalami kematangan seksual, sehingga mereka merasakan ketertarikan yang lebih besar dalam berhubungan dengan lawan jenis. Remaja mengalami perubahan suasana hati yang lebih besar daripada di masa kanak-kanak (Santrock, 2011).

4.6 Tahap-Tahap Remaja

Pubertas atau masa remaja merupakan fase yang sangat penting dalam kehidupan seseorang, karena pada masa inilah proses pematangan organ reproduksi dimulai. Masa remaja ditandai dengan rentannya masa tua (Departemen Kesehatan, 2014)

- a. Pubertas dini pada usia 10-13 tahun
- b. Usia pertengahan antara 14 dan 16 tahun
- c. Pubertas tertunda pada usia 17-19 tahun

4.7 Ciri-Ciri Remaja

Seperti semua tahapan utama, siklus hidup remaja memiliki karakteristik tertentu yang membedakannya dari tahapan awal dan akhir. Masa remaja selalu menjadi masa yang sulit bagi remaja dan orang tuanya. Menurut Sidik Jatmika, kesulitan tersebut muncul dari fenomena remaja itu sendiri yang berperilaku tertentu yaitu:

- a. Orang-orang muda mulai menyerahkan kebebasan dan hak mereka untuk mengekspresikan pendapat mereka sendiri. Ini pasti dapat menciptakan ketegangan dan perselisihan, mengasingkan kaum muda dari keluarga mereka.
- b. Remaja lebih mudah dipengaruhi oleh teman sebayanya daripada ketika mereka masih anak-anak. Artinya pengaruh orang tua berkurang. Remaja berperilaku

berbeda dan menikmati kesenangan yang berbeda, bahkan bertentangan dengan perilaku dan kesenangan keluarga. Contoh umumnya adalah mode, potongan rambut, pengalaman musik, yang semuanya perlu diperbarui.

- c. Remaja mengalami perubahan fisik yang luar biasa baik dalam pertumbuhan maupun seksualitas. Perasaan seksual yang muncul bisa menakutkan dan membingungkan, serta menjadi sumber rasa bersalah dan frustrasi.
- d. Remaja sering bersemangat dan ini, bersama dengan emosi mereka yang biasanya meningkat, membuat mereka sulit menerima nasihat dan arahan orang tua (Khamim Zarkasih Putro, 2017).

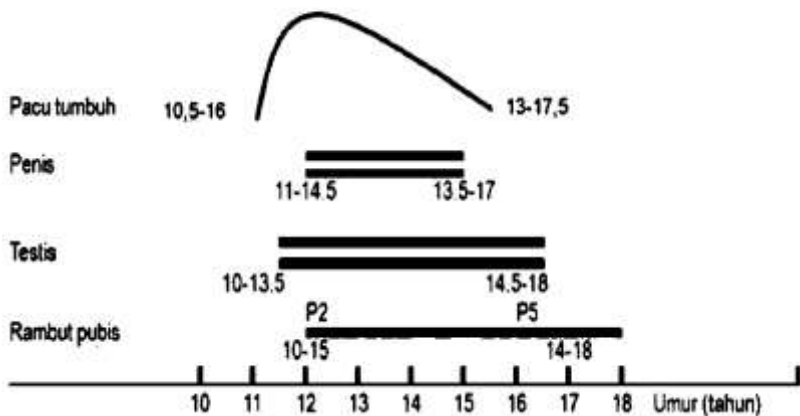
4.8 Perubahan Fisik Pada Remaja

Pertumbuhan fisik pada masa puber terjadi dengan sangat cepat. Dalam perkembangan seksualitas remaja ditandai dengan dua ciri yaitu ciri seks primer dan ciri seks sekunder (Putra, 2013). Di bawah ini adalah penjelasan lebih lanjut dari kedua hal tersebut. Ciri-ciri seksual primer Modul Kesehatan Reproduksi Remaja (Sarwono, 2003) menyatakan bahwa ciri-ciri seksual primer remaja putri adalah menstruasi. Menstruasi adalah keluarnya darah dari kemaluan wanita berupa curahan dari selaput rahim. b. Ciri-ciri seksual sekunder (Sarwono, 2003) Ciri-ciri seksual sekunder remaja putri adalah sebagai berikut:

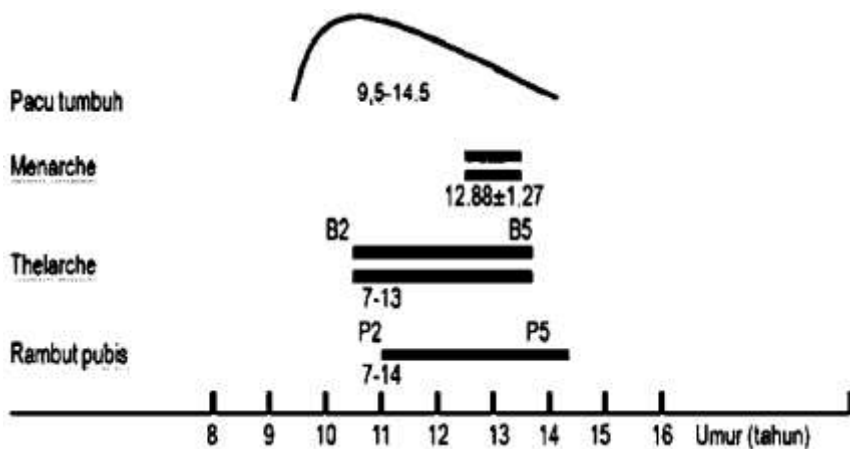
- a. Pinggul lebar, bulat dan membesar, puting membesar dan menonjol serta perkembangan kelenjar susu, payudara membesar dan bulat
- b. Kulit menjadi lebih kasar, lebih tebal dan sedikit lebih cerah, pori-pori membesar, dan kelenjar sebaceous dan keringat diaktifkan.
- c. Otot tumbuh dan menguat, terutama selama pubertas tengah dan akhir, membentuk bahu, lengan, dan kaki.
- d. Suara menjadi lebih penuh dan merdu

Pada fase pubertas terjadi perubahan fisik sehingga pada akhirnya seorang anak akan memiliki kemampuan bereproduksi. Terdapat lima perubahan khusus yang terjadi pada pubertas, yaitu penambahan tinggi badan yang cepat (pacu tumbuh), perkembangan seks sekunder, perkembangan organ-organ reproduksi, perubahan komposisi tubuh, serta perubahan sistem sirkulasi dan sistem respirasi yang berhubungan dengan kekuatan dan stamina tubuh. Perubahan fisik yang terjadi pada periode pubertas berlangsung dengan sangat cepat dalam sekuens yang teratur dan berkelanjutan.

Jose RL Batubara: Adolescent development (perkembangan remaja)



Gambar 4.2. Perubahan fisik pada anak laki-laki selama masa pubertas (Batubara, 2010).



Gambar 4.3. Perubahan fisik pada anak perempuan selama masapubertas (Batubara, 2010).

Tinggi badan anak laki-laki bertambah kira-kira 10 cm per tahun, sedangkan pada perempuan kurang lebih 9 cm per tahun. Secara keseluruhan pertambahan tinggi badan sekitar 2 cm pada anak perempuan dan 28 cm pada anak laki-laki. Pertmbahan tinggi badan terjadi dua tahun lebih awal pada anak perempuan dibanding anak laki-laki. Puncak pertumbuhan tinggi badan (*peak height velocity*) pada anak perempuan terjadi sekitar usia 12 tahun, sedangkan pada anak laki-laki pada usia 14 tahun. Pada anak perempuan, pertumbuhan akan berakhir pada usia 16 tahun, sedangkan pada anak laki-laki pada usia 18 tahun. Setelah usia tersebut, pada umumnya pertambahan tinggi badan hampir selesai. Hormon steroid seks juga berpengaruh terhadap maturasi tulang pada lempeng epifisis. Pada akhir pubertas lempeng epifisis akan menutup dan pemtumbuhan tinggi badan akan berhenti.

4.9 Perubahan Psikologi Remaja

Perubahan psikososial pada remaja dibagi menjadi tiga fase yaitu remaja awal, remaja tengah dan remaja akhir. Periode

pertama disebut praremaja atau remaja awal dan terjadi antara usia 12 dan 14 tahun. Selama masa remaja awal, anak-anak mengalami perubahan tubuh yang cepat, percepatan pertumbuhan dan perubahan komposisi tubuh yang bertepatan dengan permulaan pertumbuhan seksual sekunder. Terdapat perubahan psikologis pada karakter remaja awal, seperti :

- a. Krisis identitas,
- b. Jiwa yang labil,
- c. Meningkatnya kemampuan verbal untuk ekspresi diri,
- d. Pentingnya teman dekat/sahabat,
- e. Berkurangnya rasa hormat terhadap orangtua, kadang-kadang berlaku kasar,
- f. Menunjukkan kesalahan orangtua,
- g. Mencari orang lain yang disayangi selain orangtua,
- h. Kecenderungan untuk berlaku kekanak-kanakan, dan
- i. Terdapatnya pengaruh teman sebaya (*peer group*) terhadap hobi dan caraberpakaian.

Pada masa remaja awal mereka hanya tertarik pada situasi sekarang, bukan pada masa depan, sedangkan mereka merasa malu secara seksual, tertarik pada lawan jenis, tetapi masih bermain berkelompok dan mulai bereksperimen dengan tubuh, seperti masturbasi. Selain itu, anak-anak di masa remaja juga mulai mencoba rokok, alkohol atau narkoba. Peran kelompok sebaya sangat dominan, mereka berusaha membentuk kelompok, berperilaku sama, berpenampilan sama, menggunakan bahasa dan kode atau isyarat yang sama. Masa selanjutnya adalah pubertas pertengahan pada usia 15-17 tahun yang ditandai dengan perubahan-perubahan berikut :

- a. Mengeluh orangtua terlalu ikut campur dalam kehidupannya,
- b. Sangat memperhatikan penampilan,
- c. Berusaha untuk mendapat teman baru,

- d. Tidak atau kurang menghargai pendapat orangtua,
- e. Sering sedih/moody,
- f. Mulai menulis buku harian,
- g. Sangat memperhatikan kelompok main secara selektif dan kompetitif, dan
- h. Mulai mengalami periode sedih karena ingin lepas dari orangtua.

Di masa remaja pertengahan, mereka menjadi tertarik pada kecerdasan dan karier. Khawatir secara seksual tentang penampilannya, dia mulai punya pacar dan sering mengubahnya. Sangat berhati-hati terhadap lawan jenis. Sudah ada konsep model dan mulai beradaptasi dengan cita-cita. Pubertas yang tertunda dimulai pada usia 18 tahun, saat kematangan fisik penuh tercapai. Terjadi perubahan psikososial, misal :

- a. Identitas diri menjadi lebih kuat,
- b. Mampu memikirkan ide,
- c. Mampu mengekspresikan perasaan dengan kata-kata,
- d. Lebih menghargai orang lain,
- e. Lebih konsisten terhadap minatnya,
- f. Bangga dengan hasil yang dicapai,
- g. Selera humor lebih berkembang, dan
- h. Emosi lebih stabil.

Pada masa remaja akhir, mereka lebih fokus pada masa depan, termasuk peran masa depan yang mereka inginkan. Ia mulai menganggap serius lawan jenis dan mulai menerima tradisi dan adat istiadat daerah tersebut.

4.10 Perkembangan Remaja

Pada masa perkembangan remaja ini ada beberapa aspek yang sangat menonjol perkembangannya. Antara lain adalah sebagai berikut :

1. Perkembangan Fisik Secara umum, pertumbuhan dan perkembangan fisik sangat pesat pada usia 12/13-17/18 tahun. Pada masa ini, remaja merasakan ketidaknyamanan dan ketidakharmonisan pada diri mereka karena anggota badan dan otot-otonya tumbuh secara tidak seimbang.
2. Perubahan Eksternal Untuk tinggi rata-rata anak perempuan mencapai tinggi yang matang pada usia anatar 17-18 tahun. Sedangkan laki-laki 1 tahun lebih lambat dari pada perempuan.
3. Perubahan Internal
 - a. Sistem Pencernaan
 - 1) Perut menjadi lebih panjang sehingga tidak terlalu menyerupai bentuk pipa.
 - 2) Hati bertambah berat dan kerongkongan bertambah panjang.
 - 3) Otot-otot di perut dan dinding-dinding usus menjadi lebih tebal dan kuat.
 - 4) Usus bertambah panjang dan bertambah besar

Ada beberapa aspek perkembangan remaja ini yang sangat penting bagi perkembangan mereka. Antara lain sebagai berikut :

- a. Perkembangan Fisik Secara umum, pertumbuhan dan perkembangan fisik sangat pesat antara usia 12/13 dan 17/18. Saat ini, kaum muda merasa tidak nyaman dan tidak seimbang karena pertumbuhan anggota tubuh dan otot yang tidak merata.
- b. Perubahan eksternal Tinggi rata-rata anak perempuan mencapai tinggi dewasa pada usia 17-18 tahun. Laki-laki 1 tahun lebih lambat dari perempuan. .
- c. Perubahan Internal
 - 1) Sistem Pencernaan
 - a) Perut menjadi lebih panjang sehingga tidak terlalu menyerupai bentuk pipa.

- b) Hati bertambah berat dan kerongkongan bertambah panjang.
- c) Otot-otot di perut dan dinding-dinding usus menjadi lebih tebal dan kuat.
- d) Usus bertambah panjang dan bertambah besar
- 2) Sistem peredaran darah:
Jantung tumbuh dengan cepat selama pubertas antara usia 17 dan 18 tahun dan beratnya 12 kali berat lahirnya. Dinding pembuluh darah bertambah panjang dan tebal, mencapai kematangan saat jantung matang.
- 3) Jaringan tubuh:
Perkembangan kerangka berhenti pada usia rata-rata 18 tahun, sementara jaringan non-tulang terus terbentuk hingga tulang mencapai ukuran dewasa.
- 4. Sistem Pernapasan:
- 4) Kapasitas paru-paru anak perempuan hampir matang pada usia 17 tahun, anak laki-laki mencapai kematangan ini setelah beberapa tahun.
- 5) Pada masa remaja, perkembangan emosi cenderung lebih tinggi dibandingkan masa kanak-kanak karena berada dalam tekanan sosial dan dihadapkan pada keadaan baru. Pada saat yang sama, mereka kurang siap menghadapi kehidupan sosial di masa kecilnya.
- d. Perkembangan Kognisi Sejak usia 12 tahun proses pertumbuhan otak sudah mencapai kesempurnaannya. Selama periode ini, sistem saraf yang memproses informasi berkembang pesat dan sirkuit saraf lobus frontal ditata ulang, yang berfungsi sebagai fungsi kognitif tingkat tinggi, yaitu. H. kemampuan membuat rencana strategis atau mengambil keputusan.

- e. Perkembangan sosial Kognisi sosial berkembang selama masa remaja. Kognisi sosial, yaitu kemampuan untuk memahami orang lain. Remaja dapat memahami orang lain sebagai individu yang unik dan dari segi karakteristik pribadi, minat, nilai dan perasaan.

4.11 Aspek-Aspek Kesiapan Remaja

Menurut Slameto (dalam Lin dan Wijayanti, 2014) kesiapan adalah keseluruhan kondisi seseorang yang membuatnya siap untuk memberi respon/ jawaban didalam cara tertentu terhadap suatu situasi. Penyesuaian kondisi pada suatu saat akan berpengaruh pada atau kecenderungan untuk memberi respon. Kondisi mencakup setidaknya-tidaknya 3 aspek, yaitu :

- a. Kondisi fisik, mental dan emosional
- b. Kebutuhan-kebutuhan, motif dan tujuan
- c. Keterampilan, pengetahuan dan pengertian yang lain yang telah dipelajari.

Menurut Slameto (dalam Lin dan Wijayanti, 2014) kesiapan adalah keseluruhankondisi seseorang yang membuatnya siap untuk memberi respon/ jawaban didalam caratertentu terhadap suatu situasi. Penyesuaian kondisi pada suatu saat akan berpengaruh padaatau kecenderungan untuk memberi respon. Kondisi mencakup setidaknya-tidaknya 3 aspek,yaitu :

- a. Kondisi fisik, mental dan emosional
- b. Kebutuhan-kebutuhan, motif dan tujuan
- c. Keterampilan, pengetahuan dan pengertian yang lain yang telah dipelajari.

Persiapan tersebut didasarkan pada fisik, mental, emosional, motivasi dan pengetahuan. Kondisi fisik misalnya kondisi fisik sementara dan permanen (penyakit, luka fisik, alat

indera). Keadaan mental disini mengacu pada kepercayaan diri dalam melakukan tugas, sikap terhadap tugas, dan penyesuaian diri. Kondisi emosional disini meliputi rasa senang dalam menyelesaikan tugas, rasa takut dalam menyelesaikan tugas sendiri, dan kegembiraan dalam menyelesaikan tugas. Di sini motivasi adalah keinginan dan motif yang memotivasi seseorang untuk menyelesaikan suatu tugas. Informasi yang disebutkan di sini adalah informasi yang dimiliki orang tersebut tentang tugas yang diberikan kepadanya.

4.12 Tugas – Tugas Remaja

Salah satu fase dari siklus hidup adalah (tahapan) remaja. Periode ini merupakan tahapan kehidupan yang penting dalam siklus perkembangan individu dan fase transisi yang dapat disesuaikan dengan perkembangan dewasa yang sehat. Untuk mencapai sosialisasi dengan baik, kaum muda seusia mereka perlu mengatasi tugas-tugas perkembangan dengan baik. Apabila tugas perkembangan sosial ini dapat diselesaikan dengan baik, maka remaja tidak akan mengalami kesulitan dalam kehidupan sosialnya dan akan membawa kebahagiaan dan keberhasilan untuk menunaikan tugas perkembangan tahap-tahap selanjutnya. Di sisi lain, ketika remaja gagal memenuhi tugas-tugas perkembangannya, hal ini memiliki konsekuensi negatif bagi kehidupan sosial tahap-tahap berikutnya dan menyebabkan ketidakpuasan, penolakan sosial, dan kesulitan remaja dalam memenuhi tugas-tugas perkembangan selanjutnya. William Kay, dikutip Yudrik Jahja, mengumumkan tugas tersebut perkembangan remaja sebagai berikut:

1. Menerima fisiknya sendiri berikut keragaman kualitasnya.
2. Mencapai kemandirian emosional dari orangtua atau figur-figur yang mempunyai otoritas.
3. Mengembangkan ketrampilan komunikasi interpersonal

dan bergaul dengan teman sebaya, baik secara individual maupun kelompok

4. Menemukan manusia model yang dijadikan identitas pribadinya.
5. Menerima dirinya sendiri dan memiliki kepercayaan terhadap kemampuannya sendiri
6. Memperkuat self-control (kemampuan mengendalikan diri) atas dasar skala nilai, prinsip-prinsip, atau falsafah hidup (weltanschauung)
7. Mampu meninggalkan reaksi dan penyesuaian diri (sikap/perilaku) kekanak-kanakan (Khamim Zarkasih Putro, 2017).

4.13 Kebutuhan Riil Remaja

Menurut Noeveri Aisyah, 2018, kebutuhan riil kaum muda terkait hak atas informasi akurat tentang seksualitas dan kesehatan reproduksi terkadang berbeda juga karena perbedaan kelompok. Misalnya, kebutuhan pemuda pedesaan berbeda dengan kebutuhan pemuda perkotaan. Kerentanan “pemuda jalanan” (anak jalanan) dan remaja usia sekolah terhadap penyakit menular seksual (IMS) juga berbeda. Juga kaum muda yang bekerja sebagai buruh pabrik memiliki karakteristik dan permasalahan yang berbeda dengan kaum muda di sektor informal dll. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut, diperlukan penyesuaian dengan konteks sosial dan budaya yang dihadapi setiap remaja. Namun secara umum, terdapat kebutuhan nyata untuk memenuhi hak dasar remaja atas informasi yang berkaitan dengan seksualitas dan kesehatan reproduksi, misalnya. :

1. Memberikan layanan yang ramah dan mudah diakses bagi kaum muda, tanpa memandang usia, jenis kelamin, status perkawinan, dan situasi keuangan.
2. Hak setiap remaja untuk menikmati seks dan mengekspresikan seksualitasnya dengan caranya sendiri

didukung.

3. Berbagi informasi terkait masalah reproduksi dan seksual serta pemberian hak atas pendidikan. Informasi dan pendidikan ini harus meningkatkan kemandirian dan kepercayaan diri pada kaum muda dan memberi mereka pengetahuan untuk membuat keputusan sendiri tentang reproduksi dan seksualitas mereka.
4. Hubungan sosial dan semua aspek seksualitasnya bersifat rahasia.
5. Penyediaan informasi yang tersedia konsisten dengan pengembangan pemuda.
6. Setiap remaja, baik yang aktif secara seksual maupun tidak; dan orang-orang dengan orientasi seksual yang berbeda dapat menerima informasi untuk membantu mereka merasa nyaman dengan tubuh dan seksualitas mereka sendiri.
7. Setiap remaja memperoleh keterampilan dalam menegosiasikan hubungan sosial, termasuk berkencan dan terlibat dalam aktivitas seksual yang aman (bagi mereka yang aktif secara seksual).

4.14 Tujuan Asuhan Kesehatan Reproduksi Pada Remaja

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi, yang menjamin bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan bertanggung jawab, yang juga menjamin kesehatan wanita usia subur agar dapat melahirkan dengan sehat, generasi berkualitas yang berdampak pada penurunan angka kematian ibu. Ada dua tujuan yang ingin dicapai dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan reproduksi, yaitu tujuan utama dan tujuan khusus.

Tujuan utama:

Memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang

komprehensif kepada perempuan, termasuk kehidupan seks perempuan dan hak-hak reproduksi, untuk meningkatkan kemandirian perempuan dalam mengelola aktivitas dan proses reproduksinya, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

Tujuan khusus

1. Memperkuat otonomi perempuan dalam menentukan peran dan tanggung jawab reproduktifnya.
2. Penguatan hak dan kewajiban sosial perempuan dalam pengertian waktu, jumlah dan jarak kehamilan.
3. Memperkuat peran dan tanggung jawab sosial laki-laki akibat perilaku seksual dan kesuburan mereka terhadap kesehatan dan kesejahteraan pasangan dan anak-anak mereka.

4.15 Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja

Promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi juga harus dilakukan pada masa remaja, ketika transisi dari masa kanak-kanak ke dewasa terjadi dan bentuk serta fungsi tubuh berubah relatif cepat. Hal ini ditandai dengan berkembangnya ciri seksual sekunder dan perkembangan fisik yang pesat, dimana individu muda secara fisik sudah mampu menjalankan fungsi-fungsi proses reproduksi tetapi belum mampu mempertanggung jawabkan akibat dari proses reproduksi tersebut. Pelayanan informasi dan konseling, konseling dan klinis harus ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini. Selain itu, lingkungan keluarga dan masyarakat juga harus peduli dengan kondisi para pemuda ini, agar mereka bisa membantu mencari jalan keluar ketika para pemuda tersebut berjuang, bukan menyalahkan mereka, melainkan harus dibimbing dan baik. Mencari Jalan Keluar Memberikan remaja lokasi perawatan kesehatan reproduksi di mana mereka dapat

mencari layanan konseling atau klinis sehingga remaja dapat melanjutkan hidup mereka..

4.16 Unsur-Unsur Kesehatan Reproduksi Remaja

Intervensi untuk mempromosikan dan mencegah masalah kesehatan reproduksi juga harus menargetkan remaja, atau transisi dari masa kanak-kanak ke dewasa, ketika perubahan bentuk dan fungsi tubuh terjadi relatif cepat. Pubertas ditandai dengan berkembangnya ciri-ciri seks sekunder dan perkembangan fisik yang pesat, memungkinkan kaum muda secara fisik melakukan fungsi dan proses reproduksi tersebut. Pelayanan informasi dan konseling, konseling dan klinis harus ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi pada remaja. Masa remaja merupakan fase khusus dalam kehidupan seseorang.

Pada masa remaja, hormon seks meningkat. Acara ini memiliki banyak efek pada pemuda fisik dan mental. Secara fisik, ada yang disebut tanda seks sekunder seperti payudara membesar, rambut kemaluan tumbuh, menstruasi pada wanita dan mimpi basah pada pria. Secara psikologis keinginan akan kesenangan memang besar, namun secara psikologis mereka masih dalam fase peralihan dari masa kanak-kanak menuju dewasa. Secara biologis organ dan fungsi reproduksinya meningkat pesat aktivitasnya, namun secara psikologis organ dan fungsi reproduksinya meningkat pesat aktivitasnya, namun secara psikologis dan sosiologis dianggap belum siap menjadi dewasa.

Kontradiksi antara lintasan yang berbeda ini juga menempatkan mereka pada risiko mengembangkan masalah kesehatan seksual dan reproduksi mereka sendiri. Oleh karena itu, kesehatan seksual dan reproduksi remaja khususnya harus disikapi sedemikian rupa sehingga mempersiapkan mereka menjadi remaja yang bertanggung jawab (yang nantinya

menjadi orang tua). Mereka tidak hanya membutuhkan informasi dan edukasi, mereka juga membutuhkan layanan kesehatan seksual dan reproduksi. Dalam memberikan informasi dan pelatihan tersebut, kerahasiaan dan hak privasi lainnya harus dihormati. Masalah kesehatan seksual dan reproduksi adalah masalah seksual pada remaja, termasuk kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi yang tidak aman, penyakit menular seksual dan HIV/AIDS, yang ditangani melalui promosi perilaku seksual yang bertanggung jawab dan reproduksi yang sehat, termasuk disiplin pribadi yang baik. dukungan dan saran layanan khusus usia. Juga diinginkan untuk menyoroti kehamilan remaja secara umum

4.16 Hak-Hak Remaja Terkait Dengan Kesehatan Reproduksi

Selain kebutuhan-kebutuhan tersebut, remaja juga memiliki hak-hak mendasar terkait kesehatan reproduksinya. Hak-hak itu juga harus terpenuhi sebagai kebutuhan dasar mereka. Hak-hak itu adalah :

1. Hak untuk hidup. Hal ini merupakan hak dasar setiap individu, termasuk remaja, untuk terbebas dari risiko kematian akibat kehamilan, khususnya remaja putri.
2. Hak atas pelayanan dan perlindungan kesehatan. Ini termasuk melindungi privasi, martabat, kenyamanan dan kontinuitas.
3. Hak privasi. Artinya, pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja dan individu harus menjaga kerahasiaan keputusannya.
4. Hak atas informasi dan pendidikan. Ini termasuk perlindungan untuk kesehatan dan kesejahteraan individu dan keluarga dengan pengetahuan dan pendidikan kesehatan reproduksi yang memadai.
5. Hak atas kebebasan berpikir. Termasuk di dalamnya hak

atas kebebasan berekspresi, bebas dari interpretasi sempit terhadap doktrin, keyakinan, tradisi, mitos dan filosofi yang dapat membatasi kebebasan berpikir tentang layanan kesehatan seksual dan reproduksi. F. Hak untuk berkumpul dan berpartisipasi dalam politik. Termasuk menghimbau pemerintah dan DPR untuk menjadikan isu kesehatan reproduksi sebagai area prioritas kebijakan nasional.

6. Hak untuk bebas dari eksploitasi dan penyalahgunaan. Hal ini berlaku terutama bagi anak-anak dan remaja untuk melindungi mereka dari eksploitasi, pelecehan, pemerkosaan, penyiksaan dan kekerasan seksual.
7. Hak untuk memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan terkini. Yaitu hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang mutakhir, aman dan terjangkau.
8. Saya Hak untuk memutuskan kapan memiliki anak dan apakah akan memiliki anak atau tidak.
9. Hak atas kesetaraan dan kebebasan dari segala bentuk diskriminasi. Ini berarti bahwa setiap individu dan pemuda berhak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi, termasuk kehidupan keluarga, reproduksi dan seksualitas.
10. Hak untuk memilih bentuk keluarga. Dengan kata lain, Anda memiliki hak untuk merencanakan, mengatur dan memilih bentuk keluarga Anda (hak untuk menikah atau tidak menikah).
11. hak atas kebebasan dan keamanan. Kaum muda memiliki hak untuk mengatur kehidupan seksual dan reproduksinya sedemikian rupa sehingga tidak ada seorang pun yang dapat memaksanya untuk hamil, melakukan aborsi, KB, atau sterilisasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Anindya Hapsari 2019, Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Modul Kesehatan Reproduksi Remaja.Wineka Media Malang
- Atun, dkk. 2004. IMS atau Penyakit Kelamin, dalam Kesehatan Reproduksi Remaja, Kerjasama Jaringan Khusus Kesehatan untuk Anak Jalanan Perempuan di Yogyakarta, bersama PKBI-DIY. Yogyakarta.
- Caesarina Ancah. 2009. Kespro Remaja, disampaikan pada Seminar Nasional Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Remaja di PP. Nuris. Juni 2009. Jember-Jawa Timur.
- Cholid Wahyudi, Binarso A, Supriyono, BambangSuyono, Sutoto. Visum et repertum remaja di RS Kariadi,data dari Bagian Obstetri Ginekologi FK Undip/RSUPKariadi,
- Eriyani Linda Dwi. Kesehatan Reproduksi Remaja: Menyoal Solusi. 2006, disampaikan pada Seminar Nasional Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Remaja di PP. Nuris, Juni 2009. Jember-Jawa Timur.
- Habsjah, dkk. 1995. Peranan Ayah vis-a-vis Ibu dan Pranata Sosial Lainnya dalam Pendidikan Seks Remaja. The Population Council and The Atma Jaya Research Centre, Jakarta.
- Hadi Saputro S. Perilaku seksual dan AIDS siswa sekolahmenengah di 10 kota di Jawa Tengah
- Irwin CE Jr, Millstein SG. Biophysical correlates of risks-taking behaviours during adolescence. J Adolesc HealthCare
- Khisbiyah, dkk. 1996. Kehamilan tak Dikehendaki di Kalangan Remaja, Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

- Mukhatib MD. 2009. Problem Kesehatan Reproduksi Remaja: Tawaran Solusi, disampaikan pada Seminar Nasional Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Remaja di PP. Nuris, Juni 2009. Jember-Jawa Timur.
- Noeveri Aisyaroh 2019, Kesehatan Reproduksi Remaja.
- Pinem, Saroha. 2009. Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi. Trans Info Media, Jakarta.
- Soetjiningsih. 2004. Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya. Sagung Seto. Jakarta.
- Soejoenoes A. Remaja, reproduksi dan permasalahannya. Pertemuan Ilmiah Berkala Ilmu Kesehatan Anak ke-10. Kedokteran remaja masa depan dan masalahnya, Semarang 1995.
- Tim Mitra Inti. 2009. Mitos Seputar Masalah Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi, Yayasan Mitra Inti. Jakarta.
- Trastotenojo MS. Wadah interdisiplin/multi bidang kedokteran remaja dalam pelayanan kesehatan remajaterpadu. Peran serta Universitas Diponegoro dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia. Badan Penerbit Universitas Diponegoro, 1995.
- Utomo Iwu Dwisetyani. 2009. Panduan Materi Dasar untuk Guru, dapat Menjadi Dasar untuk Dikembangkan dan Disesuaikan dengan Keadaan dan Kondisi Kebudayaan Lokal. Australian Demographic and Social Research Institute, Australian National University, Konsultan Kesehatan Reproduksi Remaja UNFPA. Jakarta.
- Widyastuti, Yani dkk. 2009. Kesehatan Reproduksi. Fitramaya. Yogyakarta.
- Widaninggar. 2004. Pedoman Pelatihan dan Modul Pendidikan Kecakapan Hidup (Life Skills Education) untuk Pencegahan HIV dan AIDS. Pusat Pengembangan Kualitas Jasmani Departemen Pendidikan Nasional. Jakarta.

BAB 5

TEKNOLOGI DAN MEDIA SOSIAL

Oleh Nurfatimah

5.1 Pendahuluan

Dalam era digital yang terus berkembang, teknologi dan media sosial telah menjadi bagian tak terpisahkan dari kehidupan sehari-hari remaja. Dengan meningkatnya penggunaan media sosial, banyak aspek hidup manusia telah berubah. Remaja memiliki keinginan internal untuk bereksperimen di luar keluarga mereka, yang membuat mereka paling rentan terhadap risiko dan bahaya di internet pada umumnya, terutama media sosial. Melalui perangkat seluler mereka, remaja memiliki akses tak terbatas ke informasi, interaksi sosial, dan hiburan yang belum pernah terjadi sebelumnya. Namun, di balik manfaatnya, kita juga harus mengakui bahwa penggunaan teknologi dan media sosial oleh remaja memiliki dampak yang signifikan pada kesehatan reproduksi mereka.

Bab ini akan membahas secara mendalam tentang bagaimana teknologi dan media sosial mempengaruhi persepsi remaja terkait kesehatan reproduksi. Kita akan menjelajahi dampaknya yang kompleks, baik positif maupun negatif, serta tantangan dan peluang yang terkait dengan penggunaan teknologi dan media sosial dalam konteks kesehatan reproduksi remaja.

Dengan pemahaman yang mendalam tentang peran teknologi dan media sosial dalam kehidupan remaja, kita dapat merumuskan strategi yang efektif untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman mereka terkait kesehatan reproduksi. Tujuan utama bab ini adalah memberikan wawasan, saran, dan informasi yang relevan guna membantu remaja menjalani masa remaja

mereka dengan bijak dan sehat dalam penggunaan teknologi dan media sosial.

5.2 Persepsi remaja tentang kesehatan reproduksi dan media sosial

1. Pemaparan Terhadap Konten Tidak Akurat

Media sosial menyediakan platform yang luas bagi berbagai jenis informasi, termasuk informasi tentang kesehatan reproduksi. Namun, seringkali konten yang tersebar di media sosial tidak diverifikasi secara akurat atau dapat menjadi tidak berdasar pada fakta ilmiah. Hal ini dapat mempengaruhi persepsi remaja tentang kesehatan reproduksi dengan memberikan informasi yang salah atau menyesatkan.

2. Pengaruh Model Peran

Media sosial juga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap persepsi remaja tentang norma dan ekspektasi terkait kesehatan reproduksi. Melalui paparan terhadap gambar-gambar, cerita, dan postingan dari orang-orang di media sosial, remaja dapat membentuk persepsi mereka tentang bagaimana seharusnya sikap, perilaku, dan penampilan yang terkait dengan kesehatan reproduksi.

3. Efek Jangkauan dan Viralitas

Informasi yang diunggah di media sosial memiliki potensi untuk menyebar dengan cepat dan mencapai audiens yang luas. Ketika informasi yang tidak akurat atau tidak tepat tentang kesehatan reproduksi diposting dan direspons secara viral, hal ini dapat mempengaruhi persepsi remaja secara signifikan dan mendorong mereka untuk mengadopsi perilaku yang mungkin tidak sehat atau berisiko.

4. Kurangnya Pengawasan dan Koreksi

Media sosial seringkali kurang diawasi dan menghadapi tantangan dalam mengontrol dan menyaring konten yang tidak sesuai atau berbahaya terkait kesehatan reproduksi. Hal ini

berarti remaja mungkin tidak mendapatkan bimbingan yang memadai atau koreksi terhadap informasi yang salah, sehingga dapat mempengaruhi persepsi mereka secara negatif.

5. Pencitraan Tubuh dan Persepsi Diri

Media sosial cenderung menampilkan citra tubuh yang tidak realistis dan sering kali mengidealkan standar kecantikan dan penampilan tertentu. Hal ini dapat mempengaruhi persepsi remaja tentang tubuh mereka sendiri, termasuk persepsi tentang kesehatan reproduksi. Remaja dapat merasa terdorong untuk membandingkan diri dengan citra yang ditampilkan di media sosial dan merasa tidak percaya diri atau kurang puas dengan tubuh mereka.

6. Penting untuk menyoroti bahwa pengaruh media sosial tidak selalu negatif. Ada juga potensi positif dalam penggunaan media sosial untuk menyebarkan informasi yang akurat, mempromosikan perilaku sehat, dan membangun kesadaran tentang kesehatan reproduksi. Namun, penting bagi remaja untuk memiliki keterampilan kritis dalam memilah informasi dan mengembangkan kesadaran akan pengaruh yang ada agar dapat membentuk persepsi yang sehat tentang kesehatan reproduksi.

5.3 Peran teknologi dalam meningkatkan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi

Teknologi memiliki peran penting dalam meningkatkan kesadaran kesehatan reproduksi remaja. Berikut adalah beberapa contoh peran teknologi dalam meningkatkan kesadaran kesehatan reproduksi remaja:

1. Media sosial

Media sosial dapat digunakan untuk menyebarkan informasi kesehatan reproduksi kepada generasi muda. Media sosial seperti Instagram, Twitter, TikTok dan Facebook. Penelitian

menunjukkan bahwa penggunaan media sosial dapat memprediksi perilaku seksual berisiko di kalangan anak muda. Oleh karena itu, media sosial dapat digunakan untuk menyebarkan informasi kesehatan reproduksi kepada generasi muda (Kantor Komunikasi Publik, 2018; Yusuf and Hamdi, 2021).

2. Teknologi informasi

Teknologi informasi dapat digunakan untuk meningkatkan akses remaja terhadap informasi tentang kesehatan reproduksi. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa media dapat membantu meningkatkan kesadaran dan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi. Oleh karena itu, teknologi informasi dapat membantu remaja mendapatkan lebih banyak informasi tentang masalah ini.

3. Aplikasi kesehatan

Aplikasi kesehatan dapat digunakan untuk memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi kepada remaja. Aplikasi kesehatan dapat memberikan informasi tentang kontrasepsi, infeksi menular seksual, dan kesehatan reproduksi lainnya. Selain itu, aplikasi kesehatan juga dapat digunakan untuk memantau kesehatan reproduksi remaja. Salah satu contoh aplikasi mobile yang sekarang dikembangkan adalah UNALA. UNALA dapat digunakan sebagai wadah konsultasi kesehatan reproduksi remaja dan diharapkan dapat memberikan alternatif bagi para remaja 15-24 tahun dalam menjawab keingintahuan mereka terkait apa pun mengenai kesehatan reproduksi (Solider, 2018).

4. Edukasi online

Edukasi online dapat digunakan untuk memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi kepada remaja. Edukasi online dapat dilakukan melalui video, artikel, atau kelas online. Remaja dapat mengakses edukasi online ini kapan saja dan di mana saja, sehingga dapat meningkatkan

akses mereka terhadap informasi tentang kesehatan reproduksi.

5. Telemedicine

Telemedicine dapat digunakan untuk memberikan konsultasi kesehatan reproduksi kepada remaja. Remaja dapat berkonsultasi dengan dokter melalui telemedicine tanpa harus pergi ke klinik atau rumah sakit. Jika Anda ingin mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi, Anda harus mencari website yang berasal dari tenaga medis maupun tenaga kesehatan non-dokter yang telah lama terlibat dalam bidang ini. Salah satu situs web yang dapat diandalkan adalah alodokter.com dan sobatask.net. (Dewi, 2018). Hal ini dapat meningkatkan akses remaja terhadap konsultasi kesehatan reproduksi dan memungkinkan mereka untuk mendapatkan informasi dan perawatan yang tepat.

5.4 Tantangan dan risiko penggunaan media sosial dalam konteks kesehatan reproduksi remaja

Penggunaan media sosial dalam konteks kesehatan reproduksi remaja memiliki tantangan dan risiko yang perlu diperhatikan, antara lain:

1. Kurangnya informasi yang akurat dan bermanfaat

Remaja yang menggunakan media sosial untuk mencari informasi tentang kesehatan reproduksi dapat terpapar informasi yang tidak akurat dan bermanfaat, yang pada akhirnya dapat mempengaruhi persepsi mereka tentang kesehatan reproduksi

2. Pengaruh lingkungan sekitar

Lingkungan sekitar remaja, seperti keluarga, teman sebaya, dan sekolah, juga dapat mempengaruhi persepsi mereka tentang kesehatan reproduksi. Jika lingkungan sekitar remaja tidak mendukung atau bahkan menentang upaya

untuk meningkatkan kesadaran tentang kesehatan reproduksi, maka pengaruh media sosial terhadap persepsi mereka tentang kesehatan reproduksi dapat menjadi tidak signifikan

3. Sosial, ekonomi, dan demografi(Ardiansyah, 2022)

Kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, dan lokasi tempat tinggal yang terpencil adalah semua komponen yang berhubungan dengan faktor ini. Hal ini dapat mempengaruhi akses remaja terhadap informasi tentang kesehatan reproduksi dan memengaruhi persepsi mereka tentang kesehatan reproduksi

4. Risiko perilaku seksual berisiko

Penggunaan media sosial yang tidak bijak dapat memengaruhi perilaku seksual remaja, yang pada akhirnya dapat memengaruhi persepsi mereka tentang kesehatan reproduksi. Remaja yang terpapar konten yang tidak pantas atau tidak sehat di media sosial dapat mengembangkan perilaku seksual yang berisiko

5. Kurangnya pengawasan orang tua

Kurangnya pengawasan orang tua terhadap penggunaan media sosial remaja dapat berdampak pada persepsi mereka tentang kesehatan reproduksi. Orang tua perlu memastikan bahwa remaja menggunakan media sosial dengan bijak dan memperoleh informasi yang akurat tentang kesehatan reproduksi (BKKBN, 2019).

5.5 Strategi untuk memanfaatkan teknologi dan media sosial secara positif dalam konteks kesehatan reproduksi remaja

Beberapa strategi untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman remaja terkait kesehatan reproduksi melalui media sosial antara lain:

1. Membuat konten yang menarik dan mudah dipahami oleh remaja (Amelia, 2020). Konten yang menarik dan mudah dipahami akan lebih mudah menarik perhatian remaja dan membuat mereka tertarik untuk mempelajari lebih lanjut tentang kesehatan reproduksi apalagi jika disertakan dengan video instruksi yang mudah diikuti.
2. Menggunakan platform media sosial yang populer di kalangan remaja (Amelia, 2020; Elwani and Kurniawan, 2020; Lim *et al.*, 2022). Remaja memperoleh informasi kesehatan dari berbagai macam platform media sosial seperti Facebook, Instagram, TikTok, Twitter, atau YouTube baik secara aktif maupun melalui paparan pasif. Platform tersebut dapat digunakan untuk mempromosikan kesehatan reproduksi pada remaja karena platform ini populer di kalangan remaja.
3. Membangun komunitas online yang mendukung kesehatan reproduksi remaja (Aninanya *et al.*, 2015; Mirawati, 2016). Komunitas online dapat membantu remaja merasa lebih nyaman untuk berbicara tentang kesehatan reproduksi dan memperoleh dukungan dari orang lain yang memiliki pengalaman serupa.
4. Mempromosikan informasi yang akurat dan bermanfaat tentang kesehatan reproduksi (Kusuma, Riani and Aulia, 2020; Rahmatika and Rahman, 2020). Memastikan bahwa informasi yang disajikan akurat dan bermanfaat akan membantu remaja memperoleh pengetahuan yang tepat tentang kesehatan reproduksi.
5. Menggunakan kampanye promosi kesehatan reproduksi yang kreatif dan inovatif (Reni Pebrianti, 2020; Auri, Jusuf and Ahmad, 2022). Kampanye promosi kesehatan reproduksi yang kreatif dan inovatif dapat menarik perhatian remaja dan membuat mereka tertarik untuk mempelajari lebih lanjut tentang kesehatan reproduksi.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, F. R. 2020. 'Pengaruh Media Sosial Terhadap Peningkatan Kesehatan Reproduksi Perempuan', *Al-Wardah: Jurnal Kajian Perempuan, Gender, dan Agama*, 14(2), pp. 255–264. Available at: <https://journal.iain-terate.ac.id/index.php/alwardah/article/viewFile/297/264>.
- Aninanya, G. A. *et al.* 2015. 'Effects of an Adolescent Sexual and Reproductive Health Intervention on Health Service Usage by Young People in Northern Ghana: A Community-Randomised Trial', *PLOS ONE*. Edited by H. Zeeb, 10(4), p. e0125267. doi: 10.1371/journal.pone.0125267.
- Ardiansyah. 2022. *Kesehatan Reproduksi Remaja: Permasalahan dan Upaya Pencegahan*, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Available at: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/29/kesehatan-reproduksi-remaja-permasalahan-dan-upaya-pencegahan.
- Auri, K., Jusuf, E. C. and Ahmad, M. 2022. 'Strategi Layanan Kesehatan Reproduksi pada Remaja: Literature Review', *Faletehan Health Journal*, 9(01), pp. 20–36. doi: 10.33746/fhj.v9i01.325.
- BKKBN. 2019. '1001 Cara Bicara Orangtua dengan Remaja', pp. 1–176.
- Dewi, P. P. 2018. 'Perlindungan Anak Terpadu Berbasis Masyarakat (PATBM)', *Perlindungan Anak Terpadu Berbasis Masyarakat (PATBM)*, p. 90. Available at: <https://www.kemenpppa.go.id/lib/uploads/list/58557-14092018-buku-modul-kespro-patbm-2-.pdf>.
- Elwani, R. S. and Kurniawan, F. 2020. 'Pemanfaatan Media Sosial Dalam Pemasaran Sosial Bagi Remaja', *Jurnal Komunikasi*, 12(1), p. 64. doi: 10.24912/jk.v12i1.6654.

- Kantor Komunikasi Publik. 2018. *Media Sosial Punya Peran Sebarkan Informasi Kesehatan Reproduksi*. Available at: <https://www.unpad.ac.id/2018/11/media-sosial-punya-peran-sebarkan-informasi-kesehatan-reproduksi/>.
- Kusuma, I. R., Riani, E. N. and Aulia, D. 2020. 'Optimalisasi Promosi Kesehatan Reproduksi Melalui Jejaring Media Sosial (Narrative Review)', in *Prosiding Forum Ilmiah Tahunan IAKMI*, pp. 1–8. Available at: <http://jurnal.iakmi.id/index.php/FITIAKMI/article/view/43>.
- Lim, M. S. C. *et al.* 2022. 'Young Adults' Use of Different Social Media Platforms for Health Information: Insights From Web-Based Conversations', *Journal of Medical Internet Research*, 24(1), p. e23656. doi: 10.2196/23656.
- Mirawati, I. 2016. 'Media Konsultasi Online Sebagai Alternatif Upaya Penanganan Masalah Remaja', *EduLib*, 5(1). doi: 10.17509/edulib.v5i1.2306.
- Rahmatika, Q. T. and Rahman, L. O. A. 2020. 'Media Sosial Sebagai Strategi Promosi Kesehatan Reproduksi Pada Remaja', *Jurnal Kesehatan*, 8(1), p. 39. doi: 10.46815/jkanwvol8.v8i1.48.
- Reni Pebrianti. 2020. 'Promosi Kesehatan Reproduksi: Strategi Konvensional hingga Materi Kesehatan Reproduksi Bias Gender?', *Jurnal Keluarga Berencana*, 5(1), pp. 27–37. doi: 10.37306/kkb.v5i1.33.
- Solider. 2018. *UNALA Aplikasi Mobile, Wadah Konsultasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Available at: <https://www.solider.id/baca/4870-unala-aplikasi-mobile-wadah-konsultasi-kesehatan-reproduksi-remaja>.

Yusuf, R. I. and Hamdi, A. 2021. 'Efek Interaksi Penggunaan Media Sosial dan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi terhadap Perilaku Seksual Beresiko Remaja The Interaction Effect of Social Media Use and Reproductive Health Knowledge on Adolescent Sexual Risky Sexual Behavior', *Jurnal_Pekommas*, 2(3), pp. 35–46. doi: 10.30818/jpkm.2021.2060304.

BAB 6

PENDIDIKAN DAN KARIR

Oleh Wiqodatul Ummah

6.1 Pendahuluan

Sebagai insan yang selalu mengalami pertumbuhan dan perkembangan didalam kehidupannya, manusia pasti akan selalu berusaha untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas kehidupannya. Oleh karena itu untuk memperbaiki kehidupannya, manusia akan berupaya dengan segala cara untuk mencapainya. Salah satu sarana yang ditempuh manusia adalah dengan menempuh pendidikan dalam rangka menempuh karier mereka saat telah memasuki lingkungan kerja. Pendidikan dan karier sendiri adalah dua hal yang saling berkaitan, bahkan tidak dapat dipisahkan. Hal ini dapat kita saksikan bahwa untuk menempuh suatu karier yang bagus , diperlukan pendidikan yang menunjang baik itu pendidikan formal dari sekolah dan perguruan tinggi maupun pendidikan informal yang didapat dari keluarga dan pembelajaran secara langsung di masyarakat. Dengan dipenuhinya pendidikan maka manusia pasti akan menyongsong karir yang cemerlang dan tentu saja harus diiringi dengan kerja keras dan doa karena walau pendidikan kita mencukupi tapi tidak diiringi dengan kerja keras maka sulit untuk mendapatkan karier yang kita inginkan.

Masa remaja merupakan suatu tahap perkembangan yang berada diantara masa anak-anak dan masa dewasa, yang ditandai oleh perubahan fisik, emosi, kognitif dan sosial. Secara umum masa remaja terjadi di usia 12-21 tahun. Desmita (2015) mengemukakan bahwa remaja mulai memberikan perhatian yang besar terhadap berbagai lapangan kehidupan yang akan dijalaninya sebagai

manusia dewasa di masa mendatang (Desmita, 2015). Salah satu yang menjadi perhatian remaja ialah karir di masa depan. Ini sesuai dengan tugas perkembangan di masa remaja salah satunya menyiapkan karir ekonomi (Izzaty, Suardiman and Ayriza, 2013).

Sebagai suatu persiapan remaja dalam membangun karirnya adalah memiliki Pendidikan yang menunjang. Remaja yang memasuki SMK hendaknya sudah memikirkan secara matang mengenai jurusan yang akan ditempuh. Menurut Super (Zunker, 2012) masa remaja masuk dalam tahap eksplorasi (15-24 tahun) yang ditandai dengan fase tentatif dimana pilihan dipersempit namun belum puncak, selain itu masa remaja juga masuk dalam tugas perkembangan karir periode kristalisasi (14-18 tahun) dimana proses kognitif memformulasikan sasaran kejuruan secara umum melalui kesadaran akan sumber daya, kontinjensi, minat, nilai dan perencanaan untuk pekerjaan yang disukai (Zunker, 2012). Oleh karena itu jurusan yang dipilih haruslah sesuai dengan minat, bakat, keadaan fisik dan pekerjaan yang diharapkan di masa depan. Perkembangan karir remaja tidak hanya selesai pada pilihan sekolah yang akan ditempuhnya namun juga harus memiliki pondasi karir yang kuat atau kematangan karir. Pembuatan keputusan karir yang tepat sesuai dengan usia, minat, bakat, kondisi fisik serta mampu mengatasi tugas perkembangan karir dinilai mampu mematangkan karir remaja (Lee and Yi, 2010). Sehingga kematangan karir merupakan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan tugas perkembangan karir meliputi pengetahuan dan pemilihan preferensi karir yang sesuai secara realistis, cerdas dan konsisten dalam serangkaian tahap kehidupan secara kontinyu. Hall mengungkapkan bahwa remaja sebagai masa penuh konflik dan perubahan susasana hati yang selanjutnya dikenal dengan masa topan dan tekanan (Santrock, 2003).

Data Badan Pusat Statistik Februari 2016 dari laman <https://finance.detik.com> yang menyatakan bahwa jumlah pengangguran di Indonesia mencapai 7,02 juta orang. Tingkat

pengangguran tertinggi berasal dari lulusan SMK dengan prosentase 9,84% dibandingkan SMA sebesar 6,95%. Selain itu, dikutip dari <https://psmk.kemdikbud.go.id> tercatat rasio SMK dan SMA di tahun 2016 mencapai 33:67, yang berarti bahwa keberadaan Sekolah Menengah Kejuruan lebih sedikit dibanding Sekolah Menengah Atas. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa lulusan SMK lebih sedikit dari SMA namun banyak yang tidak terserap ke dunia kerja atau menganggur. Karir remaja tidak terlepas dari peran keluarga. Konsep karir sejatinya telah diberikan oleh orangtua sejak kecil melalui pengasuhannya. Selain karena faktor didalam diri, faktor dari luar juga mempengaruhi karir remaja dalam hal ini keluarga. Setiap anggota dalam keluarga tersebut merupakan tempat untuk memperoleh dukungan dan dapat mempengaruhi anggota lain dalam mengambil keputusan seperti pendidikan anak dan persiapan karir bagi remaja .

6.2 Pengertian Pendidikan

Pendidikan merupakan proses pemberdayaan peserta didik sebagai subjek dan objek dalam membangun kehidupan yang lebih baik. Pendidikan juga merupakan proses sadar dan sistematis di sekolah, keluarga, dan masyarakat untuk menyampaikan suatu maksud dari suatu konsep yang sudah diterapkan. Tujuan pendidikan yaitu diharapkan individu mempunyai kemampuan dan keterampilan secara mandiri untuk meningkatkan taraf hidup lahir batin dan meningkatkan perannya sebagai pribadi, pegawai/karyawan, warga masyarakat, warga negara, dan makhluk Tuhan dalam mengisi pembangunan. Tingkat kualitas sumber daya manusia (SDM) suatu bangsa pada hakikatnya ditentukan oleh kualitas pendidikan yang diperoleh. Pendidikan yang baik dan berkualitas saat melahirkan individu yang baik dan berkualitas pula. Sebaliknya apabila pendidikan yang diperoleh tidak baik dan tidak berkualitas, maka hal ini akan berdampak terhadap kualitas SDM yang dibangun. Peningkatan pendidikan

bagi kaum perempuan merupakan keharusan yang tidak dapat dielakkan demi mencapai kesetaraan dan keadilan gender. Analisis gender dalam pembangunan pendidikan di tingkat nasional menemukan adanya kesenjangan gender dalam pelaksanaan pendidikan terutama di tingkat SMK dan perguruan tinggi, namun lebih seimbang pada tingkat SD, SMP, dan SMA. Kecenderungan adalah semakin tinggi jenjang pendidikan, maka makin meningkat kesenjangan gendernya. Pendidikan yang tinggi dipandang perlu bagi kaum wanita, karena pendidikan yang tinggi maka mereka dapat meningkatkan taraf hidup, membuat keputusan yang menyangkut masalah kesehatan mereka sendiri. Seorang wanita yang lulus dari perguruan tinggi akan lebih mudah mendapatkan pekerjaan dan mampu berperilaku hidup sehat bila dibandingkan dengan seorang wanita yang memiliki pendidikan rendah. Semakin tinggi pendidikan seorang wanita maka ia semakin mampu mandiri dengan sesuatu yang menyangkut diri mereka sendiri (Ummah, 2021).

6.3 Pengertian Karir

Karir adalah keseluruhan jabatan/pekerjaan/posisi yang dapat diduduki seseorang selama kehidupan kerjanya dalam organisasi atau dalam beberapa organisasi. Dari sudut pandang pegawai, jabatan merupakan suatu hal yang sangat penting sebab setiap orang menginginkan suatu jabatan yang sesuai dengan keinginannya dan menginginkan jabatan setinggi mungkin sesuai dengan kemampuannya. Jabatan yang lebih tinggi biasanya mengakibatkan gaji yang lebih besar, tanggung jawab yang lebih besar, dan pengetahuan yang lebih baik, yang biasanya diharapkan oleh pegawai. Oleh karena itu, ketika seseorang memasuki dunia kerja, orang tersebut mungkin akan bertanya apakah tujuan karirnya (sebagai jabatan tertinggi yang diharapkan) akan dapat dicapai di organisasi tempat dia bekerja. Bilamana seseorang melihat bahwa tujuan karirnya tidak dapat dicapai di organisasi

tersebut, orang tersebut mungkin tidak akan mempunyai semangat kerja yang tinggi atau tidak termotivasi untuk bekerja atau bahkan akan meninggalkan organisasi (Hariandja, 2002).

6.4 Kehidupan Pendidikan dan Karir

6.4.1 Pengertian kehidupan pendidikan dan karier

Kehidupan pendidikan merupakan pengalaman proses belajar yang dihayati sepanjang hidupnya, baik melalui jalur pendidikan sekolah maupun jalur pendidikan luar sekolah. Kehidupan berkarier adalah pengalaman seseorang yang telah memasuki dunia kerja sedang menurut Garrison (1956) menyatakan bahwa setiap tahun jutaan pemuda dan pemudi memasuki dunia kerja yang mana peristiwa itu merupakan awal ia terjun ke dunia kerja dan penanda dimulainya kehidupan karier bagi mereka.

6.4.2 Karakteristik kehidupan pendidikan dan karier

Pada saat memasuki usia remaja telah terbentuk cita-cita saat memasuki usia dewasa nanti sehingga pada masa remaja inilah tergambar minat mereka untuk memilih jenis pekerjaan yang mereka inginkan. Untuk mencapai hal itu remaja harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki, dan untuk mendapat pengetahuan dan keterampilan itu maka remaja harus mengikuti pendidikan yang merupakan persiapan baginya untuk memasuki dunia kerja dengan pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh selama menempuh pendidikan. Pada masa SMP remaja sudah mulai diperkenalkan dengan sistem pendidikan yang memiliki banyak guru dan setiap guru memiliki karakteristik yang berbeda, hal ini menunjukkan kepada remaja bahwa mereka harus mampu menyesuaikan diri dengan berbagai macam lingkungan yang akan dihadapinya nanti. Sedang pada saat mereka memasuki tingkat SMA para remaja itu harus mampu berlatih menentukan pilihan dengan adanya penjurusan. Remaja

sendiri memiliki tiga lingkungan pendidikan yang kompleks dan saling berkaitan satu sama lain, yaitu:

1. Lingkungan pendidikan keluarga

Yaitu pendidikan yang dilaksanakan oleh keluarga yang bertujuan untuk menanamkan nilai-nilai moral yang berlaku dimasyarakat. Pola pendidikan anak dalam setiap keluarga berbeda karena pandangan hidup masing-masing keluarga yang berbeda, yang mana ada yang berorientasi dengan kehidupan agama, sosial, maupun ekonomi dalam mendidik anaknya. Dalam lingkungan keluarga, remaja adalah peserta didiknya dan orang tuanya adalah pendidik atau guru bagi mereka. Dalam lingkungan keluarga sendiri ada 3 pola pendidikan yaitu pola otoriter, demokratis, dan liberal yang mana yang paling baik adalah pola pendidikan demokratis yang oleh Ki Hajar Dewantara dirumuskan dalam *Ing ngarso sung tulodo, ing madya mangun karsa, dan tut wuri handayani*.

2. Lingkungan pendidikan masyarakat

Yaitu lingkungan pendidikan yang ada dalam masyarakat dalam bentuk pendirian kelompok-kelompok atau paguyuban dan pendidikan kursus yang sengaja disediakan untuk anak dan remaja dalam mempersiapkan kehidupan mereka dikemudian hari. Pendidikan yang diselenggarakan masyarakat pada dasarnya berorientasi pada penyiapan remaja untuk memasuki dunia kerja. Selain itu pendidikan masyarakat juga menanamkan norma-norma masyarakat yang disetujui secara umum oleh masyarakat.

3. Lingkungan sekolah

Yaitu lingkungan pendidikan yang artificial yang sengaja diciptakan untuk membina peserta didik ke arah tujuan yaitu menanamkan pengetahuan dan keterampilan kepada peserta didik sebagai bekal kehidupannya nanti.

Dunia pendidikan, baik jalur sekolah maupun luar sekolah yang menyediakan berbagai jenis program yang diperkirakan relevan dengan jenis kebutuhan tenaga kerja yang ada pada masyarakat. Untuk menetapkan pilihan jenis pendidikan dan pekerjaan yang diidamkan banyak faktor yang mempengaruhinya. Faktor prestasi, prediksi masa depan yang menggambarkan minat dan bakatnya, faktor kehidupan yang dilihat dari lingkungan sekitarnya, dan kemampuan daya saing setiap individu

6.4.3 Faktor yang mempengaruhi perkembangan kehidupan pendidikan dan karier

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi perkembangan kehidupan pendidikan dan karier adalah:

1. Faktor social ekonomi

Kondisi social ekonomi keluarga banyak menentukan perkembangan kehidupan pendidikan dan karier anak. Faktor ini menjuga pertimbangan anak dalam melanjutkan studinya karena berkaitan dengan keadaan ekonomi orang tua. Faktor ekonomi mencakup kemampuan ekonomi orang tua dan masyarakat. Hal ini dapat kita lihat pada anak yang berkemampuan intelektual tinggi namun tidak dapat menikmati pendidikan karena benturan ekonomi dan juga berlaku sebaliknya.

2. Faktor lingkungan

Yaitu pertama lingkungan masyarakat seperti : lingkungan masyarakat pertanian, perindustrian, perdagangan, atau lingkungan akademik dan lingkungan kurang terdidik. Lingkungan kedua adalah lingkungan rumah tangga dan sekolah karena lingkungan ini sangat mempengaruhi kehidupan remaja baik pendidikan maupun cita-citanya, dan juga menjadi sarana pembentukan karakter anak berdasarkan peraturan-peraturan yang diterapkan didalam lingkungan.

Ketiga yaitu lingkungan teman sebaya, yang mana pergaulan teman sebaya mempengaruhi kehidupan masing-masing remaja, yang mana dengan adanya pengaruh itu remaja akan menjadi dirinya masing-masing sesuai dengan jenis kelaminnya.

3. Faktor pandangan hidup

Pengejawantahan pandangan hidup tampak pada pendirian seseorang, terutama dalam menyatakan cita-cita hidupnya. Dalam pemilihan pendidikan sendiri, seorang remaja dipengaruhi latar belakangnya yaitu pada remaja dari keluarga kurang mampu akan berpikir untuk menjadi kaya dengan menempuh pendidikan yang cepat untuk mendapat kekayaan dengan menempuh pendidikan kedokteran, ekonomi, dan ahli teknik.

6.4.4 Pengaruh Perkembangan Kehidupan Pendidikan dan Karier Terhadap Tingkah laku dan Sikap

Pada beberapa keluarga memandang pendidikan kurang penting sebab mereka hanya melihat pendidikan dari jenjang pendidikan dasar yang mana mengajarkan ilmu-ilmu dasar yang memang belum dapat diaplikasikan untuk mendapat pekerjaan. Sikap remaja terhadap pendidikan sekolah sangat dipengaruhi oleh karakteristik guru yang mengajarnya. Guru yang baik di mata remaja bukan hanya tergantung pada keadaan guru tersebut melainkan pada banyak aspek yang mana yang paling utama adalah bagaimana guru itu “menolong dan membantu” muridnya dengan member nilai yang tinggi. Hal ini sangat berbahaya bagi sekolah karena mengaburkan tugas guru yaitu membimbing dan menilai berdasarkan faktor objektif dan tidak hanya mengandalkan emosionalnya.

1. Perbedaan Individu Dalam Perkembangan Kehidupan Pendidikan dan Karier

Pencapaian tingkat pendidikan seseorang sangat dipengaruhi oleh tingkat kecerdasan atau IQ nya. IQ yang berbeda membuat tingkah laku setiap individu itu berbeda dan berpengaruh pada perkembangan kehidupan pendidikan dan kariernya.

2. Upaya Pengembangan Kehidupan Pendidikan dan Karier

Dalam pengembangan kehidupan pendidikan dan karier, orang tua perlu memahami kemajuan pendidikan baik disekolah atau diluar sekolah. Hal ini amat tinggi nilainya, karena dengan norma dan ketentuan yang berlaku tidak terlalu jauh dari norma rumah, sekolah, dan masyarakat. Salah satu perbedaan antara orang dewasa dan anak-anak adalah pada pola pikirnya. Pada orang dewasa pola pikirnya adalah bekerja dengan positif, sedang pada anak-anak pola pikirnya adalah bermain dan terus bermain. Usia remaja sendiri pola pikirnya terletak diantara keduanya yaitu seorang remaja sudah ingin melakukan pekerjaan, namun dalam pikiran mereka masih ingin bermain dan bersenang-senang. Proses pemilihan pekerjaan sendiri telah tampak pada keputusan remaja dalam memilih sekolah. Para remaja telah memiliki kemampuan untuk menarik kesimpulan walau dasar penarikan kesimpulannya belum jelas, terutama berkaitan dengan pemikiran terkait kehidupan mereka dimasa mendatang. Oleh karena itu para remaja masih memerlukan bimbingan dan pengarahan dari orang tua dan para guru mereka. Secara psikologis para remaja telah mampu memikul tanggung jawab dan hidup mandiri dalam bermasyarakat, tapi sebagian dari mereka belum mampu menghadapi pola kehidupan yang ada dalam masyarakat. Akibat dari hal itu remaja menjadi kabur dalam penentuan tujuan kehidupannya dan sering kali tidak memiliki pemikiran dan pendirian yang

mantap sehingga sering terombang-ambing dan tidak mampu menyaring hal-hal yang ada dalam masyarakat.

a. Perkembangan karier remaja

Perkembangan karier remaja menurut Ginzbiereg ada pada periode pilihan tentatif (11-17 tahun) ditandai oleh meluasnya pengenalan anak terhadap berbagai masalah dalam memutuskan pekerjaan yang akan dikerjakannya dimasa yang akan mendatang. Periode tentatif itu terbagi dalam:

1) Tahap minat (11-12 tahun)

Remaja sudah mulai mempunyai rencana dan kemungkinan pilihan karier yang didasari oleh minat dan bakatnya. Anak belajar tentang apa yang dia suka dan anak melakukan secara tentatif atas dasar faktor-faktor subjektif, belum secara objektif.

2) Tahap kapasitas (12-14 tahun)

Remaja mulai menggunakan keterampilan dan kemampuan pribadi sebagai pertimbangan dalam memilih rencana kariernya. Selain itu remaja pada tahap ini mulai mengidentikkan dirinya dengan tokoh idolanya.

3) Tahap nilai (15-16 tahun)

Remaja telah mulai menganggap penting peranan nilai pribadi dalam proses pemilihan karier. Dimana anak mulai tahu akan kemampuan dirinya sendiri, sadar akan gaya hidup, dan mulai menganggap waktu adalah hal yang sangat penting

4) Tahap transisi (17-18 tahun)

Pada tahap ini remaja bergerak dari pemikiran yang masih dipinggir ke pemikiran yang lebih sentral yaitu remaja tersebut mulai berpikir cepat,

konkret, dan realistis terhadap pekerjaan yang akan ditekuninya.

Pada periode ini remaja telah memasuki tahap eksplorasi yaitu mencari beberapa alternatif pekerjaan yang cocok, dan tahap kristalisasi yaitu telah memilih suatu karier. Tahap akhir dari perkembangan seseorang yaitu ia telah memiliki pekerjaan yang mantap dengan tugas dan posisi yang spesifik.

b. Masalah yang akan dihadapi

Masalah dan hambatan yang dihadapi remaja berasal dari dalam dirinya sendiri, luar, lingkungan, dan gabungan dari faktor-faktor tersebut. Masalah yang datang dari dalam dirinya sendiri yaitu terjadi apabila minat yang ia miliki kurang sesuai dengan bakat yang dimilikinya dan faktor dari luar apabila keinginan seorang anak bertentangan dengan keinginan orang tuanya sehingga sering timbul konflik atau pertentangan dengan orang tuanya. Untuk menghadapi kesulitan-kesulitan remaja dapat diatasi dengan melakukan hal-hal seperti berikut:

- 1) Pelajari diri sendiri, karena bakat seseorang akan dia sadari sendiri dimana bakatnya, kemampuan, serta kepribadian yang ia miliki
- 2) Diberikan apa individu itu merasa paling nyaman
- 3) Tulis rencana dan cita-cita secara formal
- 4) Biasakan diri dengan pekerjaan yang diminati
- 5) Tinjau dan bicarakan tinjauan rencana karier dengan orang lain
- 6) Jika ternyata karier yang dipilih tidak cocok, hentikan

Dalam sistem pendidikan nasional Indonesia, remaja dapat dibantu dalam memilih kariernya melalui bimbingan karier pada tingkat SLTP dan SLTA yang meliputi:

1. Pemahaman diri: bakat, minat, keterampilan dan ciri-ciri pribadi
2. Pemahaman lingkungan: lingkungan pribadi, sekolah, dan pekerjaan
3. Cara mengatasi masalah dan hambatan dalam perencanaan dan pemilihan karier
4. Perencanaan masa depan
5. Usaha penyaluran, penempatan, pengaturan, dan penyesuaian

DAFTAR PUSTAKA

- Desmita. 2015. *Psikologi Perkembangan*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Hariandja, M. T. E. 2002. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: PT. Grasindo.
- Izzaty, R. ., Suardiman, S. . and Ayriza, Y. 2013. 'Perkembangan Peserta Didik (Cetakan 2)', in. Yogyakarta: UNY Press.
- Lee, S. . and Yi, H. . 2010. 'Family Systems as Predictors of Career Attitude Maturity for Korean High School Students', *Asia Pacific Educ*, 11, pp. 141–150.
- Santrock, J. . 2003. *Adolescence Perkembangan Remaja. (Terjemahan Shinto B. A, Sherly. S)*. Jakarta: Erlangga.
- Ummah, W. 2021. *KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA*. Malang: Forind.
- Zunker, V. . 2012. *Career Counseling a Holistic Approach (8th ed)*. USA: Brooks/ Cole Cengage Learning.

BAB 7

KEKERASAN DAN PELECEHAN

Oleh Eti Kuswandari

7.1 Kekerasan

7.1.1 Pengertian Kekerasan Seksual

Kekerasan seksual didefinisikan sebagai setiap tindakan seksual, usaha melakukan tindakan seksual, komentar atau menyarankan untuk berperilaku seksual yang tidak disengaja ataupun sebaliknya, tindakan pelanggaran untuk melakukan hubungan seksual dengan paksaan kepada seseorang.(WHO, 2017)

Kekerasan seksual adalah segala kegiatan yang terdiri dari aktivitas seksual yang dilakukan secara paksa oleh orang dewasa pada anak atau oleh anak kepada anak lainnya. Kekerasan seksual meliputi penggunaan atau pelibatan anak secara komersial dalam kegiatan seksual, bujukan ajakan atau paksaan terhadap anak untuk terlibat dalam kegiatan seksual, pelibatan anak dalam media audio visual dan pelacuran anak (UNICEF, 2014).

7.1.2 Jenis Kekerasan Seksual

Menurut WHO (2017) kekerasan seksual dapat berupa tindakan :

1. Serangan seksual berupa pemerkosaan (termasuk pemerkosaan oleh warga negara asing, dan pemerkosaan dalam konflik bersenjata) sodomi, kopulasi oral paksa, serangan seksual dengan benda, dan sentuhan atau ciuman paksa.

2. Pelecehan seksual secara mental atau fisik menyebut seseorang dengan sebutan berkonteks seksual, membuat lelucon dengan konteks seksual.
3. Menyebarkan video atau foto yang mengandung konten seksual tanpa izin, memaksa seseorang terlibat dalam pornografi.
4. Tindakan penuntutan/pemaksaan kegiatan seksual pada seseorang atau penekanan/persyaratan mendapatkan sesuatu dengan kegiatan seksual.
5. Pernikahan secara paksa.
6. Melarang seseorang untuk menggunakan alat kontrasepsi ataupun alat untuk mencegah penyakit seksual.
7. Aborsi paksa
8. Kekerasan pada organ seksual termasuk pemeriksaan wajib terhadap keperawanan.
9. Pelacuran dan eksploitasi komersial seksual

7.1.3 Faktor Kerentanan Akan Kekerasan Seksual

Kekerasan seksual dapat dipicu dari beberapa faktor yang secara umum dibedakan menjadi tiga faktor yaitu, faktor yang berasal dari individu, faktor lingkungan, dan faktor hubungan (Wilkins, 2014).

1. Faktor individu : pendidikan rendah, kurangnya pengetahuan dan keterampilan menghindari dari kekerasan seksual, kontrol perilaku buruk, pernah mengalami riwayat kekerasan, pernah menyaksikan kejadian kekerasan seksual, dan penggunaan obat – obatan
2. Faktor lingkungan sosial komunitas: kebudayaan atau kebiasaan yang mendukung adanya tindakan kekerasan seksual, kekerasan yang dilihat melalui media, kelemahan kesehatan, pendidikan, ekonomi dan hukum, aturan yang tidak sesuai atau berbahaya untuk sifat individu wanita atau laki - laki.

3. Faktor hubungan: kelemahan hubungan antara anak dan orangtua, konflik dalam keluarga, berhubungan dengan seorang penjahat atau pelaku kekerasan, dan tergabung dalam geng atau komplotan.

Menurut WHO (2017) faktor kerentanan terjadinya kekerasan seksual yaitu:

1. Jenis kelamin : perempuan lebih rentan menjadi korban kekerasan seksual.
2. Usia : semakin muda umur maka semakin rentan untuk menjadi korban kekerasan seksual, biasanya usia dibawah 15 tahun rentan menjadi korban kekerasan seksual.
3. Tingkat ekonomi : kekerasan seksual cenderung terjadi pada golongan ekonomi kurang, akibat rendahnya tingkat pengawasan dari orang tua.
4. Tingkat pendidikan : perempuan dengan pendidikan yang lebih rendah rentan mengalami kekerasan seksual, sedangkan sebaliknya perempuan dengan pendidikan yang lebih tinggi biasanya lebih dapat memberdayakan diri untuk mencegah kekerasan seksual.
5. Kerentanan lingkungan/terpapar pada lingkungan pekerja seks komersial : berada pada lingkungan pekerjaan seks komersial dapat meningkatkan kerentanan menjadi korban kekerasan seksual.
6. Pengalaman terhadap kekerasan seksual : anak yang pernah mengalami kekerasan seksual cenderung mengalaminya lagi dan berpotensi untuk menjadi pelaku kekerasan seksual.
7. Pengaruh obat – obatan atau alkohol : penggunaan alkohol dan obat – obatan terlarang dapat menurunkan tingkat kesadaran baik pelaku maupun korban sehingga pelaku dapat melakukan tindak kekerasan seksual tanpa disadari

dan efek bagi korban yaitu menurunkan potensi perlindungan terhadap dirinya.

8. Memiliki pasangan lebih dari satu

7.1.4 Dampak Kekerasan Seksual

Dampak pelecehan seksual secara garis besar dapat dibagi menjadi tiga yaitu dampak fisik, dampak psikologis, dan dampak sosial. Dampak fisik akibat pelecehan seksual misalnya adanya memar, luka, bahkan robek pada organ seksual. Pada perempuan dampak yang paling berat yaitu kehamilan. Dampak tertular penyakit menular seksual juga dapat terjadi. Dampak psikologi antara lain berupa kecurigaan dan ketakutan terhadap orang lain, serta ketakutan pada tempat atau suasana tertentu. Dampak sosial yang dialami korban, terutama akibat stigma atau diskriminasi dari orang lain mengakibatkan korban ingin mengasingkan diri dari pergaulan. Perasaan ini timbul akibat adanya harga diri yang rendah karena ia menjadi korban pelecehan seksual, sehingga merasa tidak berharga, tidak pantas dan juga merasa tidak layak untuk bergaul bersama teman - temannya (UNESCO, 2012).

Menurut WHO (2017) dampak dari kekerasan seksual yaitu

1. Dampak fisik

- a. Masalah kehamilan dan reproduksi : kekerasan seksual dapat berdampak pada kehamilan korban yang tidak diinginkan, ini akan membuat korban terpaksa menerima kehamilannya sehingga dapat menyebabkan tekanan selama masa kehamilan. Kehamilan yang terjadi pada usia muda dapat menimbulkan beberapa masalah kehamilan pada korban akibat ketidaksiapan organ reproduksi untuk menerima kehamilan. Dampak lainnya yaitu gangguan pada organ reproduksi yang biasanya terjadi pada korban perkosaan seperti perdarahan, infeksi saluran reproduksi, iritasi pada

alat kelamin, nyeri pada saat senggama, dan masalah reproduksi lainnya.

- b. Meningkatnya penularan penyakit menular seksual
- 2. Dampak psikologis
 - a. Depresi/stress tekanan pasca trauma
 - b. Kesulitan tidur
 - c. Penurunan harga diri
 - d. Munculnya keluhan somatik
 - e. Penyalahgunaan obat terlarang dan alkohol akibat depresi
- 3. Dampak sosial
 - a. Hambatan interaksi sosial : pengucilan, merasa tidak pantas
 - b. Masalah rumahtangga : pernikahan paksa, perceraian

7.1.5 Cara Mencegah Terjadinya Kekerasan Seksual

Menurut WHO (2017) cara untuk mencegah terjadinya kekerasan seksual:

- 1. Melalui pendekatan individu
 - a. Memberikan dukungan psikologi pada korban kekerasan seksual.
 - b. Merancang program bagi pelaku kekerasan seksual dimana pelaku harus bertanggung jawab terhadap perbuatannya, seperti menetapkan hukuman yang pantas bagi pelaku kekerasan seksual.
 - c. Memberikan pendidikan untuk pencegahan kekerasan seksual seperti pendidikan kesehatan reproduksi, sosialisasi mengenai penyakit menular seksual, dan pendidikan perlindungan diri dari kekerasan seksual.
- 2. Melalui pendekatan perkembangan
Pendekatan perkembangan yaitu mencegah kekerasan seksual dengan cara menanamkan pendidikan pada anak - anak sejak usia dini, seperti pendidikan mengenai gender,

memperkenalkan pada anak tentang pelecehan seksual dan risiko dari kekerasan seksual, mengajarkan anak cara untuk menghindari kekerasan seksual, mengajarkan batasan untuk bagian tubuh yang bersifat pribadi pada anak, batasan aktivitas seksual yang dilakukan pada masa - masa perkembangan anak.

3. Tanggapan perawatan kesehatan
 - a. Layanan Dokumen Kesehatan : sektor kesehatan mempunyai peran sebagai penegak bukti medis korban yang mengalami kekerasan seksual untuk dapat menjadi bukti tuntutan terhadap pelaku kekerasan seksual.
 - b. Pelatihan kesehatan mengenai isi kekerasan seksual untuk dapat melatih tenaga kesehatan dalam mendeteksi kekerasan seksual.
 - c. Perlindungan dan pencegahan terhadap penyakit HIV.
4. Penyediaan tempat perawatan dan perlindungan terhadap korban kekerasan seksual.
5. Pencegahan sosial komunitas
 - a. Mengadakan kampanye anti kekerasan seksual
 - b. Pendidikan seksual dan pencegahan kekerasan seksual di sekolah
6. Tanggapan hukum dan kebijakan mengenai kekerasan seksual
 - a. Menyediakan tempat pelaporan dan penanganan terhadap tindak kekerasan seksual.
 - b. Menyediakan peraturan legal mengenai tindak kekerasan seksual dan hukuman bagi pelaku sebagai perlindungan terhadap korban kekerasan seksual.
 - c. Mengadakan perjanjian internasional untuk standar hukum terhadap tindak kekerasan seksual dan kampanye anti kekerasan seksual

7.1.6 Pendidikan Seksual

Pendidikan seksual didefinisikan sebagai mengajarkan tentang seksualitas manusia, termasuk hubungan intim, anatomi seksual manusia, pendidikan reproduksi, infeksi menular seksual, aktivitas seksual, orientasi seksual, identitas gender, pantangan atau seksualitas yang harus dihindari, kontrasepsi, dan hak dan tanggung jawab seksual. Sesuai perkembangan dan pendidikan berbasis penelitian seksualitas manusia dan reproduksi seksual dari waktu ke waktu, pendidikan seksual disediakan oleh dokter anak, sekolah, profesional lainnya, dan orang tua. Pendidikan seksual sangat penting untuk membantu anak - anak dan remaja memberi informasi, positif, dan aman tentang hubungan yang sehat, aktivitas seksual yang bertanggung jawab, dan kesehatan reproduksinya.(Breuner, 2016)

Pendidikan seks bukanlah tentang mendukung anak untuk melakukan hubungan seksual, tapi menjelaskan fungsi alami seks sebagai bagian diri mereka serta konsekuensinya jika disalahgunakan. Pendidikan seks adalah upaya pengajaran, penyadaran, dan pemberian informasi tentang masalah seksual. Informasi yang diberikan di antaranya pengetahuan tentang fungsi organ reproduksi dengan menanamkan moral, etika, komitmen, agama agar tidak terjadi penyalahgunaan organ reproduksi tersebut. Pendidikan seks itu sangat penting diberikan sejak dini. Pengetahuan tentang seks pada anak - anak dapat mencegah terjadinya penyimpangan seksual pada anak. Pendidikan seks pada anak juga dapat mencegah agar anak tidak menjadi korban pelecehan seksual, dengan dibekali pengetahuan tentang seks, mereka menjadi mengerti perilaku mana yang tergolong pelecehan seksual.(Ratnasari, 2016)

7.1.7 Tujuan Pendidikan Seksual

Pendidikan seksual lebih dari sekedar menyampaikan informasi mengenai anatomi dan fisiologi dari organ reproduksi, serta

seksual biologis. Pendidikan seksual mencakup pengajaran mengenai kesehatan perkembangan seksual, identitas gender, hubungan seksual, mencintai, hubungan intim, privasi anggota tubuh dan lainnya. Perkembangan seksualitas yang sehat adalah tonggak perkembangan utama untuk semua anak dan remaja. Perkembangan seksualitas tergantung pada baik buruknya perolehan informasi mengenai membentuk sikap, kepercayaan, dan nilai tentang persetujuan, seksual orientasi, identitas gender, hubungan, dan keintiman. Kesehatan seksual dipengaruhi oleh etnis, ras, budaya, pribadi, kepercayaan, dan nilai moral seseorang. Promosi kesehatan seksual dan pengajaran mengenai hubungan interpersonal, nilai privasi bagian tubuh seksual, identitas gender, dan mengungkapkan kasih sayang, cinta, dan keintiman dengan cara konsisten dengan nilai-nilainya sendiri, preferensi seksual, dan kemampuan, berbagai dimensi yang sehat. Seksualitas terdiri dari anatomi, fisiologi, dan biokimia sistem respon seksual, identitas, orientasi, peran, dan kepribadian, dan pikiran, perasaan dan hubungan. Pendidikan seksual dari tenaga profesional dapat memberikan informasi yang ideal bagi anak-anak mengenai seksualitas (Breuner, 2016).

7.1.8 Materi Pendidikan Seksual

Pendidikan seksual untuk anak usia 6 sampai dengan 9 tahun yaitu anak diajarkan mengenai apa saja yang harus dilakukan untuk melindungi dirinya sendiri. Orang tua bisa mengajarkan anak menolak untuk membuka pakaian bahkan jika ada imbalan sekalipun atau menolak diraba alat kelaminnya oleh temannya. Anak dalam rentang umur ini dapat diajarkan perbedaan jenis kelamin. (Ratnasari, 2016) Menurut Darvis (2014) dalam Aprilaz (2016) terdapat delapan konsep dalam mengajarkan pendidikan seksual pada anak dalam upaya melindungi anak dari kekerasan seksual :

1. *Body ownership* (kepemilikan atas tubuh anak) dimana anak diajarkan bahwa mereka memiliki bagian tubuh pribadi dimana orang lain tidak boleh menyentuh, melihat, dan mengambil foto pada area tubuh tersebut.
2. *Thouch* (sentuhan) yaitu anak diajarkan untuk mengenali jenis jenis sentuhan yang dapat menjurus pada tindak kekerasan seksual.
3. *Assertiveness* (ketegasan) yaitu anak diajarkan bagaimana seharusnya berpakaian, bertingkah laku dan menghindari ancaman ancaman kekerasan seksual.
4. *The "No-Go-Tell" sequence* mengajarkan pada anak untuk berani mengatakan tidak apabila ada ancaman yang menjurus pada kekerasan seksual.
5. *Secrecy* dimana anak diajarkan bahwa rahasia tertentu harus diceritakan pada orang lain.
6. *Support system* dimana anak diajarkan untuk mengenal lembaga sosial yang akan melindunginya apabila terjadi tindak kekerasan seksual.
7. *Blame* memberikan anak keyakinan apabila terjadi tindak kekerasan seksual merupakan bukan mutlak kesalahan anak.

7.2 Pelecehan Seksual

7.2.1 Pengertian Pelecehan Seksual

Menurut Marshudi (2014), pelecehan seksual adalah segala macam bentuk perilaku yang berkonotasi seksual yang dilakukan secara sepihak dan tidak dikehendaki oleh korbannya. Bentuknya dapat berupa ucapan, tulisan, simbol, isyarat dan tindakan yang berkonotasi seksual. Aktifitas yang berkonotasi seksual bisa dianggap pelecehan seksual jika mengandung unsur-unsur sebagai berikut, yaitu adanya pemaksaan kehendak secara sepihak oleh pelaku, kejadian ditentukan oleh motivasi pelaku, kejadian tidak diinginkan korban, dan mengakibatkan penderitaan pada korban.

Menurut Dharma, K.K (2015), pengertian pelecehan seksual disini merupakan segala bentuk perilaku bersifat seksual yang tidak diinginkan oleh yang mendapat perlakuan tersebut, dan pelecehan seksual yang dapat terjadi atau dialami oleh semua perempuan. Sedangkan menurut Rubenstein pelecehan seksual sebagai sifat perilaku seksual yang tidak diinginkan atau tindakan yang didasarkan pada seks yang menyinggung penerima.

Pelecehan seksual adalah perilaku atau perhatian yang bersifat seksual yang tidak diinginkan atau tidak dikehendaki dan berakibat mengganggu diri penerima pelecehan. Pelecehan seksual mencakup, tetapi tidak terbatas pada bayaran seksual bila ia menghendaki sesuatu, pemaksaan melakukan kegiatan seksual, pernyataan merendahkan tentang orientasi seksual atau seksualitas, permintaan melakukan tindakan seksual yang disukai pelaku, ucapan atau perilaku yang berkonotasi seksual, semua dapat digolongkan menjadi pelecehan seksual.

Dari beberapa definisi pelecehan seksual diatas dapat disimpulkan bahwa pelecehan seksual adalah perilaku atau tindakan yang mengganggu, menjengkelkan, dan tidak diundang yang dilakukan oleh seseorang terhadap orang lain dalam bentuk perilaku yang berkonotasi seksual yang dilakukan secara sepihak dan tidak dikehendaki oleh korbannya.

7.2.2 Bentuk-bentuk Pelecehan Seksual

Secara umum, pelecehan seksual ada 5 bentuk, yaitu :

1. Pelecehan fisik, yaitu : Sentuhan yang tidak diinginkan mengarah keperbuatan seksual seperti mencium, menepuk, memeluk, mencubit, mengelus, memijat tengkuk, menempelkan tubuh atau sentuhan fisik lainnya.
2. Pelecehan lisan, yaitu : Ucapan verbal/komentar yang tidak diinginkan tentang kehidupan pribadi atau bagian tubuh atau penampilan seseorang, termasuk lelucon dan komentar bermuatan seksual.

3. Pelecehan non-verbal/isyarat, yaitu : Bahasa tubuh dan atau gerakan tubuh bernada seksual, kerlingan yang dilakukan berulang-ulang, menatap tubuh penuh nafsu, isyarat dengan jari tangan, menjilat bibir, atau lainnya.
4. Pelecehan visual, yaitu : Memperlihatkan materi pornografi berupa foto, poster, gambar kartun, screensaver atau lainnya, atau pelecehan melalui e-mail, SMS dan media lainnya.
5. Pelecehan psikologis/emosional, yaitu : Permintaan-permintaan dan ajakan-ajakan yang terus menerus dan tidak diinginkan, ajakan kencan yang tidak diharapkan, penghinaan atau celaan yang bersifat seksual.

Pelecehan seksual yang dihadapi laki-laki maupun perempuan dalam berbagai bentuknya, mulai dari komentar yang berkonotasi seksual dan kontak fisik secara tersembunyi (memegang, sentuhan ke bagian tubuh tertentu) hingga ajakan yang dilakukan secara terang-terangan dan serangan seksual (Gabriel Abdi Susanto, 2015).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa bentuk-bentuk pelecehan seksual adalah pelecehan fisik, pelecehan lisan, pelecehan non-verbal/isyarat, pelecehan visual, dan pelecehan psikologis/emosional.

7.2.3 Aspek-aspek Pelecehan Seksual

KPAI. (2016) menyatakan secara umum dua aspek penting dalam pelecehan seksual, yaitu aspek perilaku dan aspek situasional.

1. Aspek Perilaku Pelecehan seksual sebagai rayuan seksual yang tidak dikehendaki penerimanya, dimana rayuan tersebut muncul dalam beragam bentuk baik yang halus, kasar, terbuka, fisik maupun verbal dan bersifat searah. Bentuk umum dari pelecehan seksual adalah verbal dan

godaan secara fisik dimana pelecehan secara verbal lebih banyak daripada secara fisik. Para ahli tersebut menyebutkan pelecehan dalam bentuk verbal adalah bujukan seksual yang tidak diharapkan, gurauan atau pesan seksual yang terus-menerus, mengajak kencan terus menerus walaupun telah ditolak, pesan yang menghina atau merendahkan, komentar yang sugestif atau cabul, ungkapan sexist mengenai pakaian, tubuh, pakaian atau aktivitas seksual perempuan, permintaan pelayanan seksual yang dinyatakan dengan ancaman tidak langsung maupun terbuka.

2. Aspek situasional pelecehan seksual dapat dilakukan dimana saja dan dengan kondisi tertentu. Perempuan korban pelecehan seksual dapat berasal dari setiap ras, umur, karakteristik, status perkawinan, kelas sosial, pendidikan, pekerjaan, tempat kerja, dan pendapatan.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa aspek-aspek pelecehan seksual adalah aspek perilaku dan aspek situasional.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprilaz, I. 2016. 'Perbandingan Efektivitas Antara Metode Video Dan Cerita Boneka Dalam Pendidikan Seksual Terhadap Pengetahuan Anak Prasekolah Tentang Personal Safety Skill'. Available at: [http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/33035/1/Istiqomah Aprilaz-FKIK.pdf](http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/33035/1/Istiqomah%20Aprilaz-FKIK.pdf). Diakses pada 20 Juli 2023
- Breuner, C. C. and Mattson, G. 2016. 'Sexuality Education for Children and Adolescents', *Pediatrics*, 138(2), pp. e20161348–e20161348. doi: 10.1542/peds.2016-1348. Diakses pada 20 Juli 2023
- Butler, D., Merrifield, J. and Christopher, N. 2013. 'Gender Spectrum What educators need to know" Table of Contents', pp. 0–68. Diakses pada 20 Juli 2023
- CASA. 2008. 'Bali Banyak Hasilkan Korban Pedofilia', www.casabali.org, 28 October, p. 1. Available at: <http://www.casabali.org/2008/10/bali-banyakhasilkan-korban-pedofil/>. Diakses pada 20 Juli 2023
- Collins, R. L. et al. 2017. 'Sexual Media and Childhood Well-being and Health', *Pediatrics*, 140(Supplement 2), pp. S162–S166. doi: 10.1542/peds.2016-1758X. Diakses pada 13 Desember
- Dharma, K. K. 2015. *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Revisi 201. Jakarta: Trans Info Media.
- Gabriel Abdi Susanto (2015) 'Kasus Kekerasan Seks pada Anak Meningkat di Bali', *Liputan 6*, 11 March. Available at: <http://health.liputan6.com/read/2189285/kasus-kekerasan-seks-pada-anakmeningkat-di-bali>. Diakses pada 19 Juli 2023
- Kendall, P. C. 2011. *Child and Adolescent Therapy*. 4th edn. New York: Guilford Press.

- Komisi Perlindungan Anak. 2016. 'Rincian Data Kasus Berdasarkan Klaster Perlindungan Anak tahun 2011-2016', Kpai, pp. 2011-2016. Available at: <http://bankdata.kpai.go.id/tabulasi-data/data-kasus-per-tahun/rincian-datakasus-berdasarkan-klaster-perlindungan-anak-2011-2016>. Diakses pada 20 Juli 2023
- KPAI. 2016. 'Data Kasus Perlindungan Anak Berdasarkan Lokasi Pengaduan dan Pemantauan Media Se-Indonesia Tahun 2011-2016', Kpai.Go.Id. Available at: <http://bankdata.kpai.go.id/tabulasi-data/data-kasus-seindonesia/data-kasus-perlindungan-anak-berdasarkan-lokasi-pengaduandan-pemantauan-media-se-indonesia-tahun-2011-2016>.
- Kuswandari, E. 2022. Hubungan Usia Ibu Hamil Dan Paritas Dengan Kejadian Preeklamsia Di Puskesmas Sumbermanjing Kulon Kabupaten Malang: The relationship between the age of pregnant women and parity with the incidence of preeclampsia at the Sumbermanjing Kulon Health Center, Malang Regency. *Jurnal Ilmiah Kebidanan (Scientific Journal of Midwifery)*, 8(3),160-164. <https://doi.org/10.33023/jikeb.v8i3.1354>
- Lopez Cardona, J. A. and Heikkinen, M. 2015. 'Bridging conceptual divides related to sex, gender and sexuality in teacher education', *Education in the North*, 22(Special Issue), pp. 24-48. Diakses pada 19 Juli 2023
- Mashudi. E. A. 2014. 'Pencegahan Kekerasan Seksual Pada Anak Melalui Personal Safety Skill'12(1), pp. 81-86 Available at:ejournal.upi.edu/index.php/MetodikDidaktik/article/download/32532267%0A%0A. Diakses pada 19 Juli 2023
- Megiza. 2015. 'Kekerasan terhadap Angeline Bentuk Agresi Keluarga Angkat', CNN Indonesia, 11 June. Available at: <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20150611123305-12-59332/kekerasan-terhadap-angeline-bentuk-agresi-keluarga-angkat/>.Diakses pada 19 Juli 2023

- Ningrum, N. B. 2022. Hubungan Stress, Pola Nutrisi Dan Riwayat Kesehatan Keluarga Dengan Kejadian Hipertensi Gestasional Pada Ibu Hamil : Studi Di Pmb Bidan Siti Mahmudah, Amd.Keb Kecamatan Wagir Kabupaten Malang. *Jurnal Ilmu-Ilmu Kesehatan*, 15(02). Diambil dari <http://ejurnal.whn.ac.id/index.php/jik/article/view/97>
- Qonita, K. 2015. 'The Effectiveness Of The " Me And You " Program Guidelines For Social Life Skills And Sexual Abuse Prevention Efforts In Preschool Children', 3(8), pp. 80–85. Available at : <http://www.ijteee.org/final-print/aug2015/The-Effectiveness-Of-The-meAnd-You-Program-Guidelines-For-Social-Life-Skills-And-Sexual-AbusePrevention-Efforts-In-Preschool-Children.pdf>. Diakses pada 20 Juli 2023
- Ratnasari, R. F. And Alias, M. (2016)' Pentingnya Pendidikan Seks Untuk Anak Usia Dini', 2(2), pp. 55-59. Available at: openjournal.unmuhpnk.ac.id/index.php/Tak/article/download/251/197. Diakses pada 20 Juli 2023
- Sugiyono. 2016. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R & D. Bandung: Alfabeta.
- Sujarweni, V. W. 2014. Metodologi Penelitian. Yogyakarta: Pustaka Baru.
- Tri Endang Jatmikowati, Ria Angin, dan E. 2015. 'Model Dan Materi Pendidikan Seks Anak Usia Dini Perspektif Gender Untuk Menghindarkan Sexual Abuse', pp. 434–448. Available at: <https://journal.uny.ac.id/index.php/cp/article/view/7407>. Diakses pada 20 Juli 2023
- UNESCO. 2012. Buku Suplemen Bimbingan Teknis Kesehatan Reproduksi Kekerasan Seksual. Edited by D. Allan Taufiq Rivai et al. Jakarta: BKKBN.
- UNICEF. 2012. Sexual Violence Against Children In The Caribbean. Bridgetown: UNICEF.

- UNICEF . 2014. Hidden In Plain Sight. New York: UNICEF.
- WHO. 2017. 'WHO South-East Asia Journal Of Public Health', 6(1), pp. 1-98. Available at : www.searo.who.int/publications/journals/seajph/seajphv_n1.pdf?ua=1. Diakses pada 20 Juli 2023
- Wilkins, N. et al. 2014. Connecting the Dots: An Overview of the Link Among Multiple Forms of Violence,. Oakland,pp. 1-16. Availableat:[cdc.gov/violenceprevention/ pdf/ connecting the dots a. Pdf http://www](http://cdc.gov/violenceprevention/pdf/connecting_the_dots_a.Pdf). Diakses pada 19 Juli 2023

BAB 8

BULLYING DAN KEKERASAN DI SEKOLAH

Oleh Novi Budi Ningrum

8.1 Pendahuluan

Masa remaja merupakan periode penting bagi anak-anak dalam menentukan dan membangun jati diri. Pembinaan ketahanan remaja diperlukan karena kondisi remaja di jaman yang penuh tantangan ini. Masih ada banyak permasalahan yang mengancam remaja, terutama yang terkait dengan kesehatan reproduksi, kekerasan dan bullying. Tidak bisa dipungkiri bahwa saat ini sedang marak kasus kekerasan terhadap anak atau remaja yang dikenal dengan istilah bullying di sekolah. Bullying di kalangan remaja masih sering kita jumpai. Masyarakat menganggap hal ini sudah biasa karena masa remaja adalah masa dimana remaja mencari jati dirinya dan kenakalannya akan hilang sendiri. Apabila dibiarkan, maka akan timbul masalah karena pengaruhnya berpengaruh pada perkembangan jiwa. Pelaku bullying bisa berpotensi menjadi pribadi yang sewenang-wenang. Jika hal ini terus dibiarkan dalam tatanan kehidupan mereka maka akan mengakibatkan pelaku tumbuh menjadi pelaku kriminal atau sosok penguasa yang tak punya empati terhadap orang lain. Pelaku bullying akan menganggap bahwa cara penyelesaian masalah yang paling baik adalah dengan cara-cara kekerasan atau pelaku beranggapan dengan mengintimidasi orang lain maka akan memenuhi keinginannya. Hal ini akan mendorong sifat premanisme yang akan terbawa hingga dewasa dan mengakibatkan ketidaknyamanan di masyarakat.

Bullying adalah suatu bentuk agresi dimana terdapat kekuatan yang tidak seimbang antara pelaku dan korban. Pelaku selalu mempunyai kekuatan yang lebih dari pada korbannya. Bullying dapat berupa tindakan fisik, verbal dan psikologis. Bullying dapat terjadi secara langsung (tatap muka) atau tidak langsung (bersembunyi dibalik orang lain). Contoh tindakan bullying secara langsung adalah memukul dan memaki orang. Sedangkan contoh tindakan bullying secara tidak langsung adalah pengucilan dan gossip (Papler & Craig, 2000).

Amrullah (2006) menyebutkan, Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat, kasus kekerasan pada anak mencapai 25 juta, dengan berbagai macam bentuk, dari yang ringan sampai yang berat. Lalu, data BPS tahun 2009 menunjukkan kepolisian mencatat, dari seluruh laporan kasus kekerasan, 30 persen di antaranya dilakukan oleh anak-anak, dan dari 30 persen kekerasan yang dilakukan anak-anak, 48 persen terjadi di lingkungan sekolah dengan motif dan kadar yang bervariasi. Plan Indonesia sendiri pernah melakukan survei tentang perilaku kekerasan di sekolah. Survei dilakukan di Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, dan Bogor, dengan melibatkan 1.500 siswa SMA dan 75 guru. Hasilnya, 67,9 persen menganggap terjadi kekerasan di sekolah, berupa kekerasan verbal, psikologis, dan fisik. Pelaku kekerasan pada umumnya adalah teman, kakak kelas, adik kelas, guru, kepala sekolah, dan preman di sekitar sekolah. Sementara itu, 27,9 persen siswa SMA mengaku ikut melakukan 6 kekerasan, dan 25,4 persen siswa SMA mengambil sikap diam saat melihat terjadi kekerasan. Data Komisi Nasional Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) melalui hotline service dan pengaduan ke KPAI memperlihatkan, pada tahun 2007 dilaporkan 555 kasus kekerasan terhadap anak, 11,8 persennya dilakukan oleh guru.

Pada tahun 2008, dari 86 kasus kekerasan yang dilaporkan, 39 persennya dilakukan oleh guru.

8.2 Remaja

8.2.1 Pengertian Remaja

Remaja merupakan masa dimana peralihan dari masa anak-anak ke masa dewasa, yang telah meliputi semua perkembangan yang dialami sebagai persiapan memasuki masa dewasa. Perubahan perkembangan tersebut meliputi aspek fisik, psikis dan psikososial. Masa remaja merupakan salah satu periode dari perkembangan manusia. Remaja ialah masa perubahan atau peralihan dari anak-anak ke masa dewasa yang meliputi perubahan biologis, perubahan psikologis, dan perubahan sosial (Sofia & Adiyanti, 2013).

Menurut King (2012) remaja merupakan perkembangan yang merupakan masa transisi dari anak-anak menuju dewasa. Masa ini dimulai sekitar pada usia 12 tahun dan berakhir pada usia 18 sampai 21 tahun.

Menurut Monks (2008) remaja merupakan masa transisi dari anak-anak hingga dewasa, Fase remaja tersebut mencerminkan cara berfikir remaja masih dalam koridor berpikir konkret, kondisi ini disebabkan pada masa ini terjadi suatu proses pendewasaan pada diri remaja. Masa tersebut berlangsung dari usia 12 sampai 21 tahun, dengan pembagian sebagai berikut:

1. Masa remaja awal (*Early adolescent*) umur 12-15 tahun.
2. Masa remaja pertengahan (*middle adolescent*) umur 15-18 tahun
3. Remaja terakhir umur (*late adolescent*) 18-21 tahun.

8.2.2 Ciri-ciri Remaja

Ciri remaja menurut (Putro, 2017), yaitu:

1. Masa remaja sebagai periode yang penting

Pada periode remaja, baik akibat langsung maupun akibat jangka panjang tetaplah penting. Perkembangan fisik yang begitu cepat disertai dengan cepatnya perkembangan mental, terutama pada masa awal remaja. Semua perkembangan ini menimbulkan perlunya penyesuaian mental serta perlunya membentuk sikap, nilai, dan minat baru.

2. Masa remaja sebagai periode peralihan

Pada fase ini, remaja bukan lagi seorang anak dan bukan juga orang dewasa. Kalau remaja berperilaku seperti anak-anak, ia akan diajari untuk bertindak sesuai dengan umurnya. Kalau remaja berusaha berperilaku sebagaimana orang dewasa, remaja seringkali dituduh terlalu besar ukurannya dan dimarahi karena mencoba bertindak seperti orang dewasa. Di lain pihak, status remaja yang tidak jelas ini juga menguntungkan karena status memberi waktu kepadanya untuk mencoba gaya hidup yang berbeda dan menentukan pola perilaku, nilai, dan sifat yang paling sesuai bagi dirinya.

3. Masa remaja sebagai periode perubahan

Tingkat perubahan dalam sikap dan perilaku selama masa remaja sejajar dengan tingkat perubahan fisik. Selama awal masa remaja, ketika perubahan fisik terjadi dengan pesat, perubahan perilaku dan sikap juga berlangsung pesat. Kalau perubahan fisik menurun, maka perubahan sikap dan perilaku juga menurun.

4. Masa remaja sebagai usia bermasalah

Setiap periode perkembangan mempunyai masalahnya sendiri-sendiri, namun masalah masa remaja sering menjadi persoalan yang sulit diatasi baik oleh anak laki-

laki maupun anak perempuan. Ketidakmampuan mereka untuk mengatasi sendiri masalahnya menurut cara yang mereka yakini, banyak remaja akhirnya menemukan bahwa penyelesaiannya tidak selalu sesuai dengan harapan mereka.

5. Masa remaja sebagai masa mencari identitas

Pada tahun-tahun awal masa remaja, penyesuaian diri terhadap kelompok masih tetap penting bagi anak laki-laki dan perempuan. Lambat laun mereka mulai mendambakan identitas diri dan tidak puas lagi dengan menjadi sama dengan teman-teman dalam segala hal, seperti sebelumnya. Status remaja yang mendua ini menimbulkan suatu dilema yang menyebabkan remaja mengalami “krisis identitas” atau masalah-masalah identitas ego pada remaja.

6. Masa remaja sebagai usia yang menimbulkan ketakutan.

Anggapan stereotip budaya bahwa remaja suka berbuat semaunya sendiri, yang tidak dapat dipercaya dan cenderung berperilaku merusak, menyebabkan orang dewasa yang harus membimbing dan mengawasi kehidupan remaja yang takut bertanggung jawab dan bersikap tidak simpatik terhadap perilaku remaja yang normal.

7. Masa remaja sebagai masa yang tidak realistik

Masa remaja cenderung memandang kehidupan melalui kacamata berwarna merah jambu. Ia melihat dirinya sendiri dan orang lain sebagaimana yang ia inginkan dan bukan sebagaimana adanya, terlebih dalam hal harapan dan cita-cita. Harapan dan cita-cita yang tidak realistik ini, tidak hanya bagi dirinya sendiri tetapi juga bagi keluarga dan teman-temannya, menyebabkan meningkatnya emosi yang merupakan ciri dari awal masa remaja. Remaja akan sakit hati dan kecewa apabila orang lain

mengecewakannya atau kalau ia tidak berhasil mencapai tujuan yang telah ditetapkannya sendiri.

8. Masa remaja sebagai ambang masa dewasa

Semakin mendekatnya usia kematangan yang sah, para remaja menjadi gelisah untuk meninggalkan stereotip belasan tahun dan untuk memberikan kesan bahwa mereka sudah hampir dewasa. Berpakaian dan bertindak seperti orang dewasa ternyata belumlah cukup. Oleh karena itu, remaja mulai memusatkan diri pada perilaku yang dihubungkan dengan status dewasa, yaitu merokok, minum minuman keras, menggunakan obat-obatan, dan terlibat dalam perbuatan seks bebas yang cukup meresahkan. Mereka menganggap bahwa perilaku yang seperti ini akan memberikan citra yang sesuai dengan yang diharapkan mereka.

8.2.3 Tahap-tahap Perkembangan dan Batasan Remaja

Berdasarkan proses penyesuaian menuju kedewasaan, ada 3 tahap perkembangan remaja yaitu:

1. Remaja awal (*Early adolescent*) umur 12-15 tahun

Seorang remaja untuk tahap ini akan terjadi perubahan-perubahan yang terjadi pada tubuhnya sendiri dan yang akan menyertai perubahan-perubahan itu, mereka mengembangkan pikiran-pikiran baru sehingga, cepat tertarik pada lawan jenis, mudah terangsang secara erotis, dengan dipegang bahunya saja oleh lawan jenis ia sudah akan berfantasi erotik.

2. Remaja madya (*middle adolescent*) berumur 15-18 tahun

Tahap ini remaja membutuhkan kawan-kawan, remaja senang jika banyak teman yang mengakuinya. Ada kecenderungan mencintai pada diri sendiri, dengan menyukai teman-teman yang sama dengan dirinya, selain itu ia berada dalam kondisi kebingungan karena tidak tahu

memilih yang mana peka atau tidak peduli, ramai-ramai atau sendiri, optimis atau pesimistis, idealitas atau materialis, dan sebagainya.

3. Remaja akhir (*late adolescent*) berumur 18-21 tahun
Tahap ini merupakan dimana masa konsolidasi menuju periode dewasa dan ditandai dengan pencapaian 5 hal yaitu:
 - a. Minat makin yang akan mantap terhadap fungsi intelek.
 - b. Egonya akan mencari kesempatan untuk bersatu dengan orang lain dan dalam pengalaman-pengalaman baru
 - c. Terbentuk identitas seksual yang tidak berubah lagi.
 - d. Egosentrisme (terlalu mencari perhatian pada diri sendiri) diganti dengan keseimbangan dan kepentingan diri sendiri dengan orang lain.
 - e. Tumbuh “dinding” yang memisahkan diri pribadinya (privateself) 6) masyarakat umum (Soetjiningsih, 2010).

8.2.4 Karakteristik Remaja

Menurut (Titisari dan Utami, 2013), karakteristik perilaku dan pribadi pada masa remaja meliputi aspek:

1. Perkembangan Fisik-seksual
Laju perkembangan secara umum berlangsung pesat, dan munculnya ciri-ciri seks sekunder dan seks primer
2. Psikososial
Dalam perkembangan sosial remaja mulai memisahkan diri dari orangtua memperluas hubungan dengan teman sebayanya.
3. Perkembangan Kognitif
Ditinjau dari perkembangan kognitif, remaja secara

mental telah berpikir logis tentang berbagai gagasan yang abstrak

4. Perkembangan Emosional

Masa remaja merupakan puncak emosionalitas, yaitu perkembangan emosi yang tinggi. Pertumbuhan fisik, terutama organ-organ seksual mempengaruhi berkembangnya emosi atau perasaan-perasaan dan dorongan-dorongan baru yang dialami sebelumnya seperti perasaan cinta, rindu, dan keinginan untuk berkenalan lebih intim dengan lawan jenis

5. Perkembangan Moral

Remaja berada dalam tahap berperilaku sesuai dengan tuntutan dan harapan kelompok dan loyalitas terhadap norma atau peraturan yang berlaku yang diyakininya maka tidak heranlah jika diantara remaja masih banyak yang melakukan pelecehan terhadap nilai-nilai seperti tawuran, minum minuman keras dan hubungan seksual diluar nikah.

6. Perkembangan Kepribadian

Fase remaja merupakan saat yang paling penting bagi perkembangan dan integrasi kepribadian

8.3 Kesehatan Reproduksi

8.3.1 Pengertian

Kesehatan reproduksi menurut WHO (*World Health Organizations*) adalah suatu keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Atau suatu keadaan dimana manusia dapat menikmati kehidupan seksualnya serta mampu menjalankan fungsi dan proses reproduksinya secara sehat dan aman (Nugroho, 2010)

Menurut konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan, 1994 Kesehatan Reproduksi adalah Keadaan sejahteravfisik, mental dan sosial yang utuh dalam segala hal yang

berkaitan dengan fungsi, peran & sistem reproduksi (BKKBN, 2010)

Kesehatan reproduksi menurut Depkes RI adalah: suatu keadaan sehat, secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kedudukan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi, dan pemikiran kesehatan reproduksi bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit, melainkan juga bagaimana seseorang dapat memiliki seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sudah menikah (Nugroho, 2010)

Definisi kesehatan reproduksi yang ditetapkan dalam Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development/ ICPD*) adalah kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh, bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan, tetapi dalam segala hal yang berhubungan dengan system reproduksi dan fungsi serta prosesprosesnya (Ns.Tarwoto,2010).

8.3.2 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Hak reproduksi merupakan bagian dari hak azasi manusia yang melekat pada manusia sejak lahir dan dilindungi keberadaannya. Sehingga pengekangan terhadap hak reproduksi berarti pengekangan terhadap hak azasi manusia.

1. Pengertian Hak-hak Reproduksi

Hak reproduksi secara umum diartikan sebagai hak yang dimiliki oleh individu baik laki-laki maupun perempuan yang berkaitan dengan keadaan reproduksinya.

2. Macam-macam Hak-hak reproduksi

Berdasarkan Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) di Kairo 1994, ditentukan ada 12 hak-hak reproduksi. Namun demikian, hak reproduksi bagi remaja yang paling dominan dan secara sosial dan budaya dapat diterima di Indonesia mencakup 11 hak, yaitu :

- a. Hak Untuk Hidup (Hak Untuk Dilindungi Dari Kematian Karena Kehamilan Dan Proses Melahirkan)
Setiap perempuan yang hamil dan akan melahirkan berhak untuk mendapatkan perlindungan dalam arti mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik sehingga terhindar dari kemungkinan kematian dalam proses kehamilan dan melahirkan tersebut.
Contoh : Pada saat melahirkan seorang perempuan mempunyai hak untuk mengambil keputusan bagi dirinya secara cepat terutama jika proses kelahiran tersebut berisiko untuk terjadinya komplikasi atau bahkan kematian. Keluarga tidak boleh menghalangi dengan berbagai alasan.
- b. Hak Atas Kebebasan Dan Keamanan Berkaitan Dengan Kehidupan Reproduksi
Hak ini terkait dengan adanya kebebasan berpikir dan menentukan sendiri kehidupan reproduksi yang dimiliki oleh seseorang. Contoh: Dalam konteks adanya hak tersebut, maka seseorang harus dijamin keamanannya agar tidak terjadi "pemaksaan" atau "pengucilan" atau munculnya ketakutan dalam diri individu karena memiliki hak kebebasan tersebut.
- c. Hak Untuk Bebas Dari Segala Bentuk Diskriminasi Dalam Kehidupan Berkeluarga Dan Kehidupan Reproduksi
Setiap orang tidak boleh mendapatkan perlakuan diskriminatif berkaitan dengan kesehatan reproduksi karena ras, jenis kelamin, kondisi sosial ekonomi, keyakinan/agamanya dan kebangsaannya.
Contoh : Orang tidak mampu harus mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas (bukan sekedar atau asal-asalan) yang tentu saja sesuai dengan kondisi yang melingkupinya. Demikian pula

seseorang tidak boleh mendapatkan perlakuan yang berbeda dalam hal mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi hanya karena yang bersangkutan memiliki keyakinan berbeda dalam kehidupan reproduksi. Misalnya seseorang tidak mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan secara benar, hanya karena yang bersangkutan tidak ber-KB atau pernah menyampaikan suatu aspirasi yang berbeda dengan masyarakat sekitar. Pelayanan juga tidak boleh membedakan apakah seseorang tersebut perempuan atau laki-laki. Hal ini disebut dengan diskriminasi gender.

- d. Hak Atas Kerahasiaan Pribadi Dengan KehidupanReproduksinya terkait dengan informasi pendidikan dan pelayanan

Setiap individu harus dijamin kerahasiaan kehidupan kesehatan reproduksinya terkait dengan informasi pendidikan dan pelayanan misalnya informasi tentang kehidupan seksual, masa menstruasi dan lain sebagainya.

Contoh : Petugas atau seseorang yang memiliki informasi tentang kehidupan reproduksi seseorang tidak boleh “membocorkan” atau dengan sengaja memberikan informasi yang dimilikinya kepada orang lain. Jika informasi dibutuhkan sebagai data untuk penunjang pelaksanaan program, misalnya data tentang prosentase pemakaian alat kontrasepsi masih tetap dimungkinkan informasi tersebut dipublikasikan sepanjang tidak mencantumkan identitas yang bersangkutan.

- e. Hak Untuk Kebebasan Berfikir Tentang Kesehatan Reproduksi

Setiap remaja berhak untuk berpikir atau mengungkapkan pikirannya tentang kehidupan yang diyakininya. Perbedaan yang ada harus diakui dan tidak boleh menyebabkan terjadinya kerugian atas diri yang bersangkutan. Orang lain dapat saja berupaya merubah pikiran atau keyakinan tersebut namun tidak dengan pemaksaan akan tetapi dengan melakukan upaya advokasi dan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE).

Contoh : seseorang dapat saja mempunyai pikiran bahwa banyak anak menguntungkan bagi dirinya dan keluarganya. Bila ini terjadi maka orang tersebut tidak boleh serta merta dikucilkan atau dijauhi dalam pergaulan. Upaya merubah pikiran atau keyakinan tersebut boleh dilakukan sepanjang dilakukan sendiri oleh yang bersangkutan setelah mempertimbangkan berbagai hal sebagai pengaruh dari advokasi dan KIE yang dilakukan petugas.

f. Hak Mendapatkan Informasi Dan Pendidikan Kesehatan Reproduksi

Setiap remaja berhak mendapatkan informasi dan pendidikan yang jelas dan benar tentang berbagai aspek terkait dengan masalah kesehatan reproduksi.

Contohnya : seorang remaja harus mendapatkan informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.

g. Hak Membangun Dan Merencanakan Keluarga

Setiap individu dijamin haknya : kapan, dimana, dengan siapa, serta bagaimana ia akan membangun keluarganya. Tentu saja kesemuanya ini tidak terlepas dari norma agama, sosial dan budaya yang berlaku (ingat tentang adanya kewajiban yang menyertai adanya hak reproduksi).

Contoh : Seseorang akan menikah dalam usia yang masih muda, maka petugas tidak bisa memaksa orang tersebut untuk membatalkan pernikahannya. Yang bisa diupayakan adalah memberitahu orang tersebut tentang peraturan yang berlaku di Indonesia tentang batas usia terendah untuk menikah.

8.4 Bullying

8.4.1 Pengertian bullying

Bullying berasal dari kata "*bully*" yang artinya penggertak atau orang yang mengganggu orang lain yang lemah. *Bullying* secara umum juga diartikan sebagai perpeloncoan, penindasan, pengucilan, pemalakan, dan sebagainya (Chakrawati, 2015 : 11). *Bullying* terjadi karena adanya perpeloncoan, pengucilan, pemalakan, penindasan dari pihak kuat kepada pihak yang lemah dan dilakukan secara berulang-ulang kepada korbannya.

Perilaku *bullying* adalah suatu tindakan kekerasan yang dilakukan oleh seseorang atau kelompok secara fisik, verbal, psikis, dan sosial. Selain itu, ada kesenjangan untuk merugikan orang lain dan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan akan kekuasaan. Perilaku ini dilakukan secara berulang-ulang dengan tujuan menyerang secara emosional yang disertai dengan ancaman (Rahayu, 2017:6).

Coloroso dalam Saifulah (2016 : 201) menyebutkan bahwa *bullying* adalah tindakan bermusuhan yang dilakukan secara sadar dan disengaja yang bertujuan untuk menyakiti, seperti menakuti melalui ancaman agresi dan menimbulkan teror. Termasuk juga tindakan yang direncanakan maupun yang spontan, bersifat nyata atau hampir tidak kentara, di hadapan seseorang atau di belakang seseorang, mudah untuk diidentifikasi atau terselubung dibalik persahabatan, dilakukan oleh seorang anak atau kelompok anak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa perilaku *bullying* adalah suatu tindakan

negatif berulang yang dilakukan secara sadar dan disengaja yang bermaksud untuk menyebabkan ketidaksenangan atau menyakitkan orang lain.

Penindasan adalah tindakan penyerangan dengan sengaja yang tujuannya melukai korban secara fisik atau psikologis, atau keduanya. Para penindas (*bullies*) biasanya bertindak sendirian atau dalam kelompok kecil dan memilih orang-orang yang mereka anggap rentan untuk mereka jadikan korban. Para korban menarik perhatian para penindas karena postur mereka yang lebih kecil, usia yang lebih muda, atau status sosial yang lebih rendah. Acapkali hanya ada satu korban tertentu, yang sudah biasa menjadi kambing hitam. Tidak ada unsur tradisi dalam penindasan, tidak pula ada tokoh-tokoh berwenang atau para pemimpin (Lipkins, 2006 : 20).

Papalia dalam Amalia (2010) mendefinisikan bahwa *bullying* adalah tindakan agresif yang dilakukan dengan tenang/tanpa beban, disengaja dan berulang untuk menyerang target atau korban, yang secara khusus adalah seseorang yang lemah, mudah diejek dan tidak bisa membela diri.

Lebih lanjut, Dan Olweus dalam Wiyani (2014) mendefinisikan *bullying* yang mengandung tiga unsur mendasar dari perilaku *bullying*, sebagai berikut :

1. Bersifat menyerang (agresif) dan negatif
2. Dilakukan secara berulang kali
3. Adanya ketidakseimbangan kekuatan antara pihak yang terlibat

Pada intinya, *bullying* merupakan salah satu tindakan kekerasan yang bertujuan untuk melukai fisik maupun psikologis dan mengganggu orang lain yang lemah. *Bullying* dapat dilakukan oleh sendiri maupun kelompok dengan memilih orang-orang yang dianggap rentan dan lemah yang akan dijadikan korban. Perilaku

bullying dilakukan secara berulang-ulang untuk menyerang emosional korban yang biasanya disertai dengan ancaman.

8.4.2 Faktor yang mempengaruhi bullying

Bullying dapat terjadi karena kesalahpahaman (prasangka *prejudice*) antarpihak yang berinteraksi. *Bullying* bukanlah merupakan suatu tindakan yang kebetulan terjadi, melainkan dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti faktor sosial, budaya dan ekonomi. Biasanya dilakukan oleh pihak - pihak yang merasa lebih terhormat untuk menindas pihak lain untuk memperoleh keuntungan tertentu. *Bullying* dapat terjadi dimana saja seperti di keluarga, masyarakat, dan sekolah yang merupakan tri pusat pendidikan (Wiyani : 2014).

Anderson dan Bushman dalam Saifullah (2014 : 203) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya perilaku *bullying* meliputi faktor personal dan faktor situasional. Faktor personal adalah semua karakteristik yang ada pada siswa, termasuk sifat-sifat kepribadian, sikap dan kecenderungan genetik atau bawaan. Pada faktor personal inilah dijelaskan bahwa karakteristik individu terdapat pada kepribadian, hal ini mempengaruhi konsep diri seseorang dalam pergaulannya sehari-hari terutama lingkungan sekolah sehingga akan memicu timbulnya *bullying*.

Sejalan dengan Anderson dan Bushman, Rahayu (2017 : 23) menyebutkan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya tindakan *bullying* diantaranya: faktor individu, faktor keluarga, dan faktor sekolah.

1. Faktor individu adalah faktor yang berasal dari pengalaman individu sehingga membentuk perilaku yang tampak antara lain :
 - a. Pernah menjadi korban *bullying* (balas dendam),
 - b. Ingin diakui,
 - c. Ingin menunjukkan eksistensi,

- d. Mencari perhatian,
 - e. Menutupi kekurangan diri,
 - f. Kepribadian,
 - g. Komunikasi interpersonal,
 - h. Pengalaman masa lalu yang menyakitkan (trauma)
 - i. Sifat agresif yang tinggi (tempramen).
2. Faktor keluarga, adalah faktor pertama bagaimana perilaku *bullying* itu dapat terjadi. Keluarga sebagai sekolah pertama seorang anak, maka apa yang dilakukan oleh orang tua dan lingkungan keluarga akan ditiru anak. Oleh karena itu, keluarga harus berhati - hati dalam bertindak. Beberapa perilaku keluarga yang dapat mengakibatkan perilaku *bullying*, yaitu ;
- a. Kurangnya kasih sayang dan perhatian orangtua,
 - b. Sering mendapat perlakuan kasar di rumah,
 - c. Pengaruh tayangan TV yang negatif saat di rumah.
3. Faktor lingkungan sekolah, lingkungan sekolah dapat mempengaruhi perilaku *bullying* dan sebagai tempat terjadinya praktik *bullying*. Misalnya, senioritas yang dijunjung tinggi di lingkungan sekolah yang berakibat adanya jarak antara senior dan junior. Selain senioritas, ada juga peran kelompok sebaya dan iklim sekolah.

8.4.3 Bentuk bullying

Kustanti (2015 : 37) menyebutkan bahwa sebagian besar siswa pada semua tingkat pendidikan pernah mendapat perlakuan tidak menyenangkan. Bentuk perlakuan tidak menyenangkan yang paling sering diterima pada semua tingkat pendidikan adalah memanggil dengan nama julukan yang tidak disukai. Semakin tinggi tingkat pendidikan ada penambahan bentuk perlakuan tidak menyenangkan yaitu dengan menyebarkan gosip. Perlakuan tidak menyenangkan terjadi kadang kadang, dengan rentang waktu mingguan. Perlakuan tidak menyenangkan paling sering terjadi

saat istirahat/jeda kuliah. Perlakuan tidak menyenangkan paling sering diterima di kelas/ruang kuliah, dan halaman sekolah, dengan prosentase tertinggi terjadi pada anak SD. sedangkan pada tingkat perguruan tinggi perlakuan tidak menyenangkan paling sering terjadi di kantin dan luar kampus.

Selain ancaman kekerasan secara fisik, psikis maupun seksual di lingkungan sekolah anak juga perlu mewaspadai terhadap ancaman *bullying* yang dapat dilakukan dengan berbagai cara yang dapat merugikan dan mengancam korbanya. Menurut Murphy dalam Hidayati (2012 : 43) menyebutkan bahwa apabila ditinjau dari bentuknya, *bullying* dapat dibedakan menjadi :

1. *Direct bullying*, yakni ketika seorang anak diolok-olok, diganggu, ataupun dipukul oleh anak lain. *Bullying* yang bersifat langsung maupun bersifat fisik.
2. *Indirect Bullying*, merupakan jenis *bullying* yang lebih tidak kasat mata namun pengaruhnya sama buruknya bagi korban. *Bullying* jenis ini juga dikenal dengan istilah *relational bullying* atau *bullying* sosial (*social bullying*).
3. *Cyberbullying*, yaitu ketika seseorang mengalami kekerasan, dipermalukan, memperoleh ancaman oleh orang lain melalui media internet ataupun melalui berbagai media teknologi interaktif seperti telepon seluler.

Sejalan dengan Murphy, Chakrawati (2015 : 14) menyebutkan bahwa bentuk *bullying* secara garis besar dibedakan menjadi tiga, yaitu:

1. Fisik
Bullying seperti ini bertujuan menyakiti tubuh seseorang. Misalnya, memukul, mendorong, menampar, mengeroyok, menendang, menjegal, menjahili, dan sebagainya.
2. Verbal
Bullying Verbal, artinya menyakiti dengan ucapan. Misalnya

mengejek, mencaci, menggosip, memaki, membentak, dan sebagainya.

3. Psikis

Bullying seperti ini menyakiti korban secara psikis. Misalnya mengucilkan, mengintimidasi, atau menekan, mengabaikan, mendiskriminasi dan sebagainya.

Bauman dalam Saifulah (2016 : 2015) mengungkapkan tipe-tipe *bullying*, diantaranya :

1. *Overt Bullying* (Intimidasi Terbuka)

Meliputi *bullying* secara fisik dan secara verbal, misalnya dengan mendorong hingga jatuh, memukul, mendorong dengan kasar, memberi julukan nama, mengancam dan mengejek dengan tujuan untuk menyakiti.

2. *Indirect Bullying* (Intimidasi Tidak Langsung)

Meliputi agresi relasional, dimana bahaya yang ditimbulkan oleh pelaku *bullying* dengan cara menghancurkan hubungan-hubungan yang dimiliki oleh korban, termasuk upaya pengucilan, menyebarkan gosip, dan meminta pujian atau suatu tindakan tertentu dari kompensasi persahabatan. *Bullying* dengan cara tidak langsung sering dianggap tidak terlalu berbahaya jika dibandingkan dengan *bullying* secara fisik, dimaknakan sebagai cara bergurau antar teman saja. Padahal *relational bullying* lebih kuat terkait dengan distress emosional daripada *bullying* secara fisik. *Bullying* secara fisik akan semakin berkurang ketika siswa menjadi lebih dewasa tetapi *bullying* yang sifatnya merusak hubungan akan terus terjadi hingga usia dewasa.

3. *Cyberbullying* (Intimidasi melalui dunia maya)

Seiring dengan perkembangan dibidang teknologi, siswa memiliki media baru untuk melakukan *bullying*, yaitu melalui sms, telpon maupun internet. *Cyberbullying* melibatkan penggunaan teknologi informasi dan

komunikasi, seperti e-mail, telpon seluler, dan *peger*, sms, website pribadi yang menghancurkan reputasi seseorang, seurvei di website pribadi yang merusak reputasi orang lain, yang dimaksudkan adalah untuk mendukung perilaku menyerang seseorang atau sekelompok orang, yang ditujukan untuk menyakiti orang lain, secara berulang-ulang kali.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa tidakan *bullying* dapat dilakukan dengan berbagai cara yang dapat merugikan dan mengancam korbanya. Secara umum *bullying* memiliki berbagai macam bentuk sesuai dengan tindakan yang dilakukan oleh pembuly atau *bulies*. *Bullying* dibagi dalam 3 macam yaitu *bullying* kasat mata, *bullying* tak kasat mata, dan *cyberbullying*. *Bullying* kasat mata merupakan tindakan *bullying* yang dapat dilihat dan dirasakan secara langsung seperti memukul, mengolok-olok, menendang, dll.

Bullying tak kasat mata merupakan tindakan *bullying* yang tidak dapat dilihat namun pengaruhnya dapat dirasakan secara langsung seperti mengucilkan, menyebarkan gosip, mengintimidasi, dll. *Cyberbullying* merupakan tindakan *bullying* yang melibatkan penggunaan teknologi informasi. Tindakan *cyberbullying* meliputi menyebarkan ujaran kebencian, menyebarkan berita *hoax* atau informasi palsu, serta tindakan lain yang dapat merusak reputasi orang lain dengan menggunakan media teknologi informasi.

8.4.4 Pengaruh perilaku bullying

Pengaruh perilaku *bullying* terjadi pada siswa adalah siswa mengalami ketakutan dan kecemasan saat berada di sekolah menurunnya kesejahteraan psikologis dan penyesuaian sosial yang buruk seperti dendam, kesal, tertekan, takut, malu, sedih, tidak nyaman tetapi tidak mampu dihadapinya serta kesulitan

menyesuaikan diri di lingkungan sekolahnya karena pandangan siswa lain yang terlihat buruk (Ningrum,dkk).

Sejalan dengan Ningrum, Rahayu (2017 : 28) menyebutkan bahwa pengaruh perilaku *bullying* dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu pengaruh pada korban *bullying* dan pengaruh pada pelaku *bullying*.

1. Pengaruh pada korban

Pengaruh perilaku *bullying* pada korban secara langsung, yaitu rasa sakit pada bagian tubuh akibat perilaku *bullying* fisik. Pengaruh tidak langsung dapat diartikan sebagai pengaruh psikologis. Korban dapat mengalami halusinasi, keinginan bunuh diri, depresi, konsep diri dan *self-esteem* yangrendah.

Pengaruh psikologis perilaku *bullying* pada korban diantaranya :

- a. Perilaku yang ditampakkan seperti; korban sering terlihat menyendiri,saat di rumah lebih senang untuk mengurung diri, *school phobia*, mudah berkeringat dingin saat takut, dan cemas.
- b. Perilaku yang terlihat seperti; dendam, kesal, tertekan, takut, malu, sedih, tidak nyaman, meminta pindah sekolah, dan tidak mau bermain/bersosialisasi dengan teman sebaya ataupun dengan lingkungan sekitar.
- c. Adanya ketidakmampuan secara psikologis untuk menghadapi atau melawan *bullying* yang diterimanya.
- d. Kesulitan penyesuaian diri terutama di lingkungan sekolah, dapat dilihat dengan prestasi belajar dan konsentrasi belajar yang menurun.
- e. Emosi yang sering muncul adalah mudah sensitif, menangis, menjadi pendiam, mudah marah, mudah tersinggung.

2. Pengaruh perilaku *bullying* pada pelaku, diantaranya:
 - a. Prestasi akademik berkurang
 - b. Sering membolos
 - c. Sikap menghormati guru dan teman sangat rendah
 - d. Sering terlibat perkelahian
 - e. mencuri barang-barang atau merusak
 - f. Minum alkohol dan merokok (lebih parahnya mengkonsumsi narkoba)
 - g. Merasakan iklim negatif di sekolah

Tindakan *bullying* memiliki pengaruh yang tidak hanya pada korbanya, melainkan juga berpengaruh pada pelaku tindakan *bullying* atau *bullies*. Pengaruh pada pelaku *bullying* atau *bullies* dapat mengarah pada kenakalan remaja yang serius kedepannya atau kriminalitas jika tidak ditangani dengan baik. Tindakan *bullying* juga dapat berpengaruh pada korban apabila tidak tertangani dengan baik.

Korban *bullying* akan menjadi pelaku *bullying* jika tidak ditangani dengan baik, karena pengalaman pernah menjadi korban *bullying* akan berpengaruh pada perilaku yang terbentuk (balas dendam).

8.5 Kekerasan di sekolah

8.5.1 Pengertian kekerasan

Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2016 menyebutkan bahwa kekerasan adalah setiap perbuatan secara melawan hukum dengan atau tanpa menggunakan sarana terhadap fisik dan verbal yang menimbulkan bahaya bagi nyawa, badan dan/atau menimbulkan terampasnya kemerdekaan seseorang. Sedangkan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) kekerasan merupakan salah satu bentuk kata sifat yang memiliki arti sifat (hal) keras ; paksaan.

Definisi lain kekerasan bukan hanya menimbulkan

perlakuan yang menyakitkan baik secara fisik, psikis maupun seksual saja melainkan kekerasan terhadap anak juga dapat mengakibatkan penelantaran. Seperti yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 68 Tahun 2013 menyebutkan bahwa kekerasan terhadap anak yang selanjutnya disingkat KtA adalah semua bentuk tindakan/perlakuan yang menyakitkan secara fisik, psikis, seksual atau penelantaran, yang mengakibatkan atau dapat mengakibatkan cedera/kerugian nyata terhadap kesehatan anak, kelangsungan hidup anak, tumbuh kembang anak atau martabat anak.

Undang - undang No.35 Tahun 2014 tentang perlindungan anak menjelaskan mengenai kekerasan terhadap anak sebagai berikut : "Kekerasan adalah setiap perbuatan terhadap anak yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, psikis, seksual, dan/atau penelantaran, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan pemaksaan atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum." Secara umum makna dari kata kekerasan adalah perbuatan yang melawan hukum yang menimbulkan bahaya bagi nyawa/badan atau mengakibatkan penderitaan secara fisik, psikis, seksual yang mengancam kemerdekaan seseorang. Bukan hanya fisik, psikis ataupun seksual saja yang diakibatkan dari kekerasan, penelantaran juga merupakan salah satu akibat dari kekerasan yang dialami oleh anak. Karena anak akan mengalami perlakuan buruk yang dapat merendahkan martabat dan juga mengancam kemerdekaanya.

8.5.2 Faktor yang mempengaruhi kekerasan

Wiyani (2014:25) menyatakan bahwa kekerasan mengilustrasikan sifat aturan sosial terhadap pelanggaran aturan yang kompleks dan kerap kali saling bertentangan. Istilah kekerasan digunakan untuk menggambarkan perilaku, baik yang

terbuka maupun tertutup, baik yang bersifat menyerang ataupun bertahan yang disertai penggunaan kekuatan kepada orang lain. Oleh karena itu, ada empat sifat kekerasan yang dapat diidentifikasi, yaitu

1. Kekerasan terbuka (*overt*), yaitu kekerasan yang dapat dilihat, misalnya perkelahian;
2. Kekerasan tertutup (*covert*), yaitu kekerasan tersembunyi atau tidak dilakukan langsung, seperti perilaku mengancam. Menurut Max Weber, ancaman sebagai bentuk kekerasan meruokan unsur penting dari kekuatan (*power*), kemampuan untuk mewujudkan keinginan seseorang walaupun menghadapi keinginan yang berlawanan;
3. Kekerasan agresif, yaitu kekerasan yang tidak untuk perlindungan, tetapi untuk mendapatkan sesuatu;
4. Kekerasan defensif, yaitu kekerasan yang dilakukan sebagai tindakan perlindungan diri.

Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 2 Tahun 2011 menyebutkan bahwa beberapa faktor penyebab terjadinya kekerasan terhadap anak diantaranya :

1. Faktor kemiskinan, merupakan salah satu faktor dominan terjadinya kekerasan terhadap anak, oleh karena kemiskinan seringkali menyebabkan terjadinya tekanan hidup menjadi berat, sehingga memaksa seluruh anggota keluarga berkontribusi dalam menopang ekonomi keluarga termasuk anak. Hal ini dapat mengakibatkan anak dieksploitasi dan menjadi korban dari tindak kekerasan baik yang dilakukan oleh anggota keluarga, teman, majikan maupun oleh orang dewasa lainnya.

Beberapa hal yang mempengaruhi dilibatkannya anak dalam ekonomikeluarga antara lain :

a. Anak dianggap sebagai aset

Pada sebagian anggota masyarakat, anak masih dijadikan sebagai aset keluarga, sehingga sejak usia dini anak diwajibkan membantu orang tua mencari nafkah. kondisi seperti ini banyak dijumpai dimana sejak usia bayi, seorang anak sudah dimanfaatkan sebagai alat penarik rasa iba yang diharapkan akan mendapatkan uang.

b. Pengabaian hak anak

Masih kurang dipahaminya hak-hak anak dengan benar pada sebagian anggota masyarakat. Akibatnya anak masih dianggap sebagai bagian yang bisa diatur dengan sekehendak hati orang tuanya.

c. Bias gender dalam masyarakat

Adanya bias gender yang terjadi di masyarakat merupakan salah satu penyebab terjadinya tindak kekerasan terhadap anak, khususnya menimpa pada anak perempuan. Dalam keluarga yang bias gender, anak perempuan seringkali lebih awal terempas haknya dan menjadi korban tindak kekerasan, seperti dinikahkan diusia yang sangat belia, disuruh berhenti sekolah karena lebih mengutamakan anak laki-laki dan sebagainya.

d. Pola hidup konsumtif/gaya hidup

Pemenuhan gaya hidup yang konsumerisme dari cenderung menyebabkan anak untuk memenuhi kebutuhan hidupnya dengan berbagai macam cara, misalnya menjadi pelacur anak. Begitu pula pola hidup konsumerisme dari orang tua tidak jarang memaksa anak dieksploitasi guna memenuhi kebutuhan orang tuanya.

2. Pendidikan

Pendidikan orangtua yang rendah merupakan salah satu penyebab terjadinya kekerasan terhadap anak yang dilakukan oleh orangtua dalam mendidik anaknya karena kurangnya pengetahuan orangtua tentang hak-hak anak dan pola asuh.

3. Faktor Sosial Budaya

Berbagai tindakan kekerasan yang dialami anak juga sering diakibatkan oleh sebuah tindakan kekerasan yang dianggap hal yang wajar yang ada di tengah-tengah masyarakat. Dalam membentuk karakter sebuah masyarakat kekerasan sering digunakan sebagai hal yang wajar.

4. Faktor penggunaan kemajuan teknologi informasi dan komunikasi tanpa bimbingan pengawasan dari orang dewasa

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui media massa termasuk internet dapat menimbulkan kekerasan terhadap anak, seperti mudahnya anak mengakses internet tanpa adanya pengawasan dari orangtua/masyarakat/pemerintah sehingga berbagai tayangan pornografis anak yang beredar di internet, tidak dapat terpantau oleh orang tua.

Begitu juga dengan penayangan film-film yang umumnya mengandung unsur kekerasan pada berbagai siaran televisi dan media cetak yang berakibat anak melakukan dan meniru adegan tersebut.

5. Faktor perilaku kasar

Kekerasan terhadap anak terjadi, karena perilaku kasar dan temperamental dari pelaku kekerasan, sehingga bila anak melakukan kesalahan maka anak selalu mendapatkan kekerasan baik fisik dan psikis.

6. Faktor lingkungan

Kekerasan terhadap anak sering terjadi di daerah

mengalami konflik, kerusuhan sosial atau dalam, bencana alam dan pengungsian.

Lingkungan tempat tinggal dapat mempengaruhi tindak kekerasan terhadap anak, karena perilaku anak dipengaruhi oleh lingkungan tempat mereka tinggal. Jencks dan Mayer dalam Halim (2008 : 198) mengidentifikasikan adanya 5 model hubungan antara lingkungan tempat tinggal dengan perilaku anak dalam masa perkembangannya :

1. Model sosialisasi kolektif, dimana lingkungan tempat tinggal mempengaruhi perkembangan anak melalui organisasi sosial lingkungan yang mencakup model peran orang dewasa dan pengawasan orang dewasa dalam komunitas.
2. Model penilaian relatif, dimana anak mengevaluasi situasi mereka sendiri terhadap teman atau tetangga dan bereaksi terhadap perbedaan dan penyimpangan perilaku sebagai konsekuensi dari penilaian individu tersebut.
3. Model kompetisi, dimana tetangga atau teman-teman bersaing untuk sumber-sumber yang ada di komunitas.
4. Model sumber lingkungan yang dilembagakan, dimana lingkungan mempengaruhi anak-anak pada saat mereka mengakses sumber-sumber di lingkungan yang dilembagakan untuk mempromosikan perkembangan kepribadian yang sehat, dan menstimulasi suasana belajar, seperti taman, perpustakaan, pusat komunitas dan pelayanan masyarakat.

Hasil penelitian dari Handayani, S.S Dewanti (2016) yang berjudul *Parent's Perception about Child Abuse. Indonesian Journal of Early Childhood Education Studies* menyatakan bahwa :

"Child abuse is still often seen at home and done by parents or people closest to children. Parents are aware about child abuse at

home, either verbally or non-verbally. However, in reality, it is still done as a way to discipline children. Parents know that some of their behaviors are wrong, but not all of them know that threatening and tweaking children violate the law. The forms of violence done towards children are aimed to teach children about right and wrong. Lack of information about what should be done by parents in parenting and educating children is the main factor in this research. It happens because there is no school for parents that teaches about educating and parenting children. All of the lessons are learned through past experience and instinct."

Penelitian tersebut menyatakan bahwa pelecehan anak masih sering terlihat di rumah dan dilakukan oleh orang tua atau orang-orang yang dekat dengan anak-anak. Orang tua sadar tentang pelecehan anak di rumah, baik secara lisan maupun non-verbal. Namun, pada kenyataannya, itu masih dilakukan sebagai cara untuk mendisiplinkan anak-anak. Orangtua tahu bahwa beberapa perilaku mereka salah, tetapi tidak semua dari mereka tahu bahwa anak-anak yang mengancam dan mengutak-atik melanggar hukum. Bentuk-bentuk kekerasan yang dilakukan terhadap anak-anak bertujuan untuk mengajari anak-anak tentang benar dan salah. Kekurangan informasi tentang apa yang seharusnya yang dilakukan oleh orang tua dalam mengasuh dan mendidik anak-anak adalah faktor utama dalam penelitian ini. Hal ini terjadi karena tidak ada sekolah bagi orang tua yang mengajarkan tentang mendidik dan mengasuh anak. Semua pelajaran dipelajari melalui pengalaman dan naluri masa lalu (Handayani, dkk : 2016).

Berdasarkan pemaparan diatas dapat disimpulkan bahwa terdapat berbagai macam faktor dapat mempengaruhi tindak kekerasan yang dilakukan oleh seseorang. Faktor - faktor tersebut dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu faktor intern dan faktor ekstern. Faktor intern merupakan faktor yang muncul dari dirinya sendiri yang meliputi perilaku kasar,

kemiskinan dan pendidikan. Kemudian faktor ekstern yang mempengaruhi tindak kekerasan diantaranya sosial budaya, lingkungan dan kemajuan teknologi. Lingkungan tempat tinggal merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi tindak kekerasan terhadap anak, karena anak bertindak sesuai dengan lingkungan yang ia tempati. Sehingga menempatkan anak dalam lingkungan yang tepat merupakan tanggung jawab keluarga agar anak tidak terpengaruh untuk melakukan tindakan yang melanggar nilai dan norma yang ada.

8.5.3 Bentuk kekerasan

Undang - Undang No.35 Tahun 2014 tentang perlindungan anak pasal 9 ayat 1a menyebutkan bahwa "setiap anak berhak mendapatkan perlindungan di satuan pendidikan dari kejahatan seksual dan kekerasan yang dilakukan oleh pendidik, tenaga kependidikan, sesama peserta didik, dan/atau pihak lain."

Bentuk - bentuk kekerasan terhadap anak menurut Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak No.01 Tahun 2010 adalah sebagai berikut:

1. Kekerasan fisik, adalah perbuatan yang mengakibatkan rasa sakit, jatuh sakit atau luka berat.
2. Kekerasan psikis, adalah perbuatan yang mengakibatkan ketakutan, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya kemampuan untuk bertindak, rasa tidak berdaya, dan/atau penderitaan psikis berat pada seseorang.
3. Kekerasan seksual, meliputi tapi tidak terbatas pada:
 - a. Pemaksaan hubungan seksual yang dilakukan terhadap orang yang menetap dalam lingkup rumah tangga tersebut dan/atau pemaksaan hubungan seksual terhadap salah seorang dalam lingkup rumah tangganya dengan orang lain untuk tujuan komersial dan/atau tujuan tertentu.
 - b. Dengan kekerasan atau ancaman kekerasan memaksa

- perempuanyang bukan istrinya bersetubuh dengan dia.
- c. Dengan kekerasan atau ancaman kekerasan memaksa seseorang untuk melakukan atau membiarkan dilakukan perbuatan cabul.
 - d. Dengan sengaja melakukan kekerasan atau ancaman kekerasan memaksa anak melakukan persetubuhan.
 - e. Dengan sengaja melakukan kekerasan atau ancaman kekerasan, memaksa, melaukan tipu muslihat, serangkaian kebohongan, atau membujuk nak untuk melakukan atau membiarkan dilakukan perbuatan cabul.
4. Penelantaran, meliputi tapi tidak terbatas pada:
- a. Tindakan yang mengakibatkan tidak terpenuhinya kebutuhan anak secara wajar, baik fisik, mental, spiritual maupun sosial.
 - b. Tindakan mengabaikan dengan sengaja untuk memelihara, merawat, atau mengurus anak sebagaimana mestinya.
 - c. Tindakan yang menelantarkan orang dalam lingkup rumah tangganya, padahal menurut hukum yang berlaku baginya atau karena persetujuan atau perjanjian ia wajib memberikan kehidupan, perawatan, atau pemeliharaan kepada orang tersebut.
 - d. Tindakan yang mengakibatkan ketergantungan ekonomi dengan cara membatasi dan/atau melarang untuk bekerja yang layak di dalam atau di luar rumah sehingga korban berada dibawah kendali orang tersebut.
5. Eksploitasi, meliputi tapi tidak terbatas pada:
- a. Tindakan yang mengeksploitasi ekonomi atau seksual anak dengan maksud untuk menguntungkan diri sendiri atau orang lain.
 - b. Tindakan dengan atau tanpa persetujuan korban yang meliputi tapi tidak terbatas pada pelacuran, kerja atau pelayanan paksa, perbudakan atau praktik serupa,

penindasan, pemerasan, pemanfaatan fisik, seksual, organ reproduksi, atau secara melawan hukum memindahkan atau mentransplantasi organ dan/atau jaringan tubuh atau memanfaatkan tenaga atau kemampuan seseorang oleh pihak lain untuk mendapatkan keuntungan baik materil maupun immateril.

- c. Eksploitasi seksual adalah segala bentuk pemanfaatan organ tubuh seksual atau organ tubuh lain dari korban untuk mendapatkan keuntungan, termasuk tetapi tidak terbatas pada semua kegiatan pelacuran atau pencabulan.
6. Kekerasan lainnya, meliputi tapi tidak terbatas pada:
- a. Ancaman kekerasan adalah setiap perbuatan secara melawan hukum berupa ucapan, tulisan, gambar, simbol, atau gerakan tubuh, baik dengan atau tanpa menggunakan sarana yang menimbulkan rasa takut atau mengekang kebebasan hakiki seseorang.
 - b. Pemaksaan adalah suatu keadaan dimana seseorang/korban disuruh melakukan sesuatu sedemikian rupa sehingga orang itu melakukan sesuatu berlawanan dengan kehendak sendiri.

Undang-undang nomor 35 tahun 2014 tentang perlindungan anak pasal 15 menyebutkan : "anak di dalam dan di lingkungan satuan pendidikan wajib mendapatkan perlindungan dari tindak kekerasan fisik, psikis, kejahatan seksual, dan kejahatan lainnya yang dilakukan oleh pendidik, tenaga kependidikan, sesama peserta didik, dan/atau pihak lain."

8.6 Pengaruh Bullying dan Kekerasan di Sekolah

Pengaruh perilaku *bullying* terjadi pada siswa adalah siswa mengalami ketakutan dan kecemasan saat berada di sekolah menurunnya kesejahteraan psikologis dan penyesuaian sosial yang buruk seperti dendam, kesal, tertekan, takut, malu, sedih, tidak nyaman tetapi tidak mampu dihadapinya serta kesulitan menyesuaikan diri di lingkungan sekolahnya karena pandangan siswa lain yang terlihat buruk (Ningrum,dkk).

Sejalan dengan Ningrum, Rahayu (2017 : 28) menyebutkan bahwa pengaruh perilaku *bullying* dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu pengaruh pada korban *bullying* dan pengaruh pada pelaku *bullying*.

1. Pengaruh pada korban

Pengaruh perilaku *bullying* pada korban secara langsung, yaitu rasa sakit pada bagian tubuh akibat perilaku *bullying* fisik. Pengaruh tidak langsung dapat diartikan sebagai pengaruh psikologis. Korban dapat mengalami halusinasi, keinginan bunuh diri, depresi, konsep diri dan *self-esteem* yang rendah. Pengaruh psikologis perilaku *bullying* pada korban diantaranya :

1. Perilaku yang ditampakkan seperti; korban sering terlihat menyendiri,saat di rumah lebih senang untuk mengurung diri, *school phobia*, mudahberkeringat dingin saat takut, dan cemas.
2. Perilaku yang terlihat seperti; dendam, kesal, tertekan, takut, malu, sedih, tidak nyaman, meminta pindah sekolah, dan tidak mau bermain/bersosialisasi dengan teman sebaya ataupun dengan lingkungan sekitar.
3. Adanya ketidakmampuan secara psikologis untuk menghadapi atau melawan *bullying* yang diterimanya.
4. Kesulitan penyesuaian diri terutama di lingkungan sekolah, dapat dilihat dengan prestasi belajar dan konsentrasi belajar yang menurun.

5. Emosi yang sering muncul adalah mudah sensitif, menangis, menjadi pendiam, mudah marah, mudah tersinggung.
2. Pengaruh perilaku *bullying* pada pelaku, diantaranya:
 - a. Prestasi akademik berkurang
 - b. Sering membolos
 - c. Sikap menghormati guru dan teman sangat rendah
 - d. Sering terlibat perkelahian
 - e. mencuri barang-barang atau merusak
 - f. Minum alkohol dan merokok (lebih parahnya mengkonsumsi narkoba)
 - g. Merasakan iklim negatif di sekolah

Tindakan *bullying* memiliki pengaruh yang tidak hanya pada korbanya, melainkan juga berpengaruh pada pelaku tindakan *bullying* atau *bullies*. Pengaruh pada pelaku *bullying* atau *bullies* dapat mengarah pada kenakalan remaja yang serius kedepannya atau kriminalitas jika tidak ditangani dengan baik. Tindakan *bullying* juga dapat berpengaruh pada korban apabila tidak tertangani dengan baik.

Korban *bullying* akan menjadi pelaku *bullying* jika tidak ditangani dengan baik, karena pengalaman pernah menjadi korban *bullying* akan berpengaruh pada perilaku yang terbentuk (balas dendam).

DAFTAR PUSTAKA

- Andri Priyatna. 2010. *Let's End Bullying: Memahami, Mencegah, dan Mengatasi Bullying*. Jakarta: PT Elex Koputindo.
- Christhponus Argo Widiarto, dkk. 2001. Perilaku Bullying Ditinjau dari Harga Diri dan Pemahaman Moral Anak. *Skripsi*. FKIP UNS
- Coloroso, B. 2003. *Stop Bullying*. Terjemahan *The Bully, The Bullied, and The Bystander*. Jakarta: PT Serambi Ilmu Semesta
- Nana Sudjana. 2005. *Dasar-Dasar Proses Belajar Mengajar*. Bandung: Sinar BaruAlgensindo
- Ningrum, N. B. 2022. Hubungan Stress, Pola Nutrisi Dan Riwayat Kesehatan Keluarga Dengan Kejadian Hipertensi Gestasional Pada Ibu Hamil : Studi Di Pmb Bidan Siti Mahmudah, Amd.Keb Kecamatan Wagir Kabupaten Malang. *Jurnal Ilmu-Ilmu Kesehatan*, 15(02). Diambil dari <http://ejurnal.whn.ac.id/index.php/jik/article/view/97>
- Kumalasari, I. 2014. *Kesehatan Reproduksi Untuk Mahasiswa Kebidanan Dan Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Prasetyo, E. 2011. Bullying Di Sekolah Dan Dampaknya Bagi Masa Depan Anak. *Jurnal Pendidikan Islam El-Tarbawi*. No.1 Vol IV 2011. 19-20. <https://doi.org/10.20885/tarbawi.vol4.iss1.art2> Diakses 11 Juli 2020)
- Putranto. 2015. *Hubungan Pola Asuh Orangtua Dan Hasil Belajar Mata Pelajaran Akhlak Di Sekolah Dengan Perilaku Bullying*. *Skripsi*. Yogyakarta
- Fakultas Tarbiyah Dan Keguruan UIN Sunan Kalijaga <http://digilib.uin-suka.ac.id/15362/> (Diakses 11 Juli 2020)

- Qodar. 2015. *Survey ICRW Anak Indonesia Alami Kekerasan Di Sekolah*. Dalam website <http://antibullyingindonesia.org/media/berita.html> (diakses 27 Januari 2020)
- Rahmadara, B. 2012. *Hubungan Antara Pola Asuh Orangtua Dan Peran-Peran Dalam Perilaku Bullying Pada Siswa Sekolah Dasar*. Skripsi. Depok : Psikologi Universitas Indonesia. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20355100-S-Belinda%20Rahmadara.pdf> (Diakses 12 Januari 2020)
- Rahmawati, N. 2017. *Hubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Perilaku Bullying Pada Remaja Di SMP Muhammadiyah 2 Gamping Sleman Yogyakarta*. e- journal Keperawatan (e-Kp) Volume 3 Nomor 2, Mei 2017. <http://digilib.unisayogya.ac.id/2576/1/Naskah%20publikasi%20RAHMAWA TI%20NUR%20FAUZI.pdf> (Diakses 12 Januari 2020)
- Sejiwa. 2016. *Peran Ayah dalam Pengasuhan anak*. <http://sejiwa.org/peran-ayah-dalam-pengasuhan-anak/> (Diakses 12 Januari 2020)
- Sufriani dkk. 2017. *Faktor Yang Mempengaruhi Bullying Pada Anak Usia Sekolah Di SD Kecamatan Siakuala Bandaceh*. Nusing Jurnal Vol.8. No. 3 2017. <http://jurnal.unsyiah.ac.id/INJ/article/view/9678> (Diakses 12 Januari 2020)
- Utomo. 2016. *KPAI: Kasus Bullying dan pendidikan karakter*. <http://www.kpai.go.id/berita/kpai-kasus-bullying-dan-pendidikan-karakter/> (Diakses 27 Januari 2020)
- Wardhana. 2014. *Negara Dengan Tingkat Bullying Paling Tinggi Di Dunia*. <http://www.sudahdong.com/negara-dengan-tingkat-bullying-paling-tinggi-di-dunia/#sthast.iGTGRzxf.dpuf> (Diakses 27 Januari 2020)

- Yuli dkk. 2017. *Fenomena Bullying Siswa : Studi Tentang Motif Perilaku Bullying Siswa di SMP Negeri 01 Painan, Sumatera Barat*. Jurnal Pengembangan Masyarakat Islam 10 (2) (2017) 333-367 e-P-ISSN: 1979-052X ISSN: 2614-6215 November 2017. <https://doi.org/10.24042/ijpmi.v10i2.2366> (Diakses 12 Januari 2020)
- Yayasan Sejiwa Amini. 2008. *Bullying Mengatasi Kekerasan di Sekolah danLingkungan Sekitar Anak*. Jakarta: PT Grasindo.

BAB 9

STIGMA MENTAL HEALTH

Oleh Norma Risnasari

9.1 Pendahuluan

Kesadaran masyarakat Indonesia mengenai masalah kesehatan mental saat ini masih perlu ditingkatkan dan seringkali menimbulkan stigma buruk terhadap masalah kesehatan mental. Kesadaran akan pentingnya kesehatan mental memiliki trend meningkat, namun masih terkekang oleh tebalnya stigma buruk di masyarakat. Jika stigma buruk masih terus berada di masyarakat dapat menghalangi penanganan gangguan kesehatan mental terutama pada remaja. Dimana usia remaja merupakan peralihan tahap usia anak yang masih bergantung kepada orang tua dan masa yang dianggap penuh dengan ketidakstabilan.

9.2 Definisi Stigma Mental Health

Kesehatan merupakan suatu hal yang penting untuk diperhatikan dan dijaga, baik secara fisik, mental, sosial dan spiritual tidak hanya sekedar terbebas dari penyakit maupun kecatatan, hal ini dimungkinkan untuk mencapai kondisi yang harmonis.

Stigma adalah adanya unsur-unsur dari pelabelan, stereotip, pemisahan, kehilangan status, dan diskriminasi terjadi bersama-sama dalam situasi kekuasaan (Paper et al. 2022).

Stigma mental health yaitu sikap negatif yang ditunjukkan kepada seseorang dengan gangguan kesehatan mental atau mental illness (Ahmedani 2011).

9.3 Penyebab Stigma

Penyebab stigma adalah sebagai berikut (Nawangwulan 2019).

1. Takut

Adanya ketakutan merupakan penyebab umum terhadap stigma, yang berkaitan dengan kondisi yang dianggap berbahaya, tidak dapat diprediksi, dan adanya konsekuensi sosial dari pengungkapan kondisi individu atau kelompok stigmatisasi.

2. Tidak menarik

Kecenderungan seseorang dianggap tidak menarik, dalam hal keindahan sebagai sesuatu yang sangat dihargai. Individu atau kelompok yang memiliki kekurangan/kelainan fisik cenderung mendapatkan penolakan dari lingkungan sosial.

3. Kegelisahan

Kegelisahan masyarakat akibat timbulnya dampak dari atribut yang dipandang berbeda dan menyimpang sehingga menimbulkan kerugian. Hal ini menyebabkan masyarakat merasa tidak nyaman dan tidak tahu

4. Asosiasi

Munculnya stigma asosiasi karena adanya kondisi yang dikaitkan dan dianggap sebagai sesuatu yang tidak diinginkan serta dipandang negatif dan merugikan masyarakat

5. Nilai dan keyakinan

Nilai dan keyakinan terhadap penyebab suatu kondisi yang melibatkan seluruh masyarakat mengacu pada cara seseorang berperilaku ke arah negatif. Perilaku ini memainkan peran yang kuat dalam menciptakan atau mempertahankan stigma.

6. Kebijakan dan peraturan

Kebijakan yang berkaitan dengan bagaimana dan dimana suatu kondisi diperlakukan. Hal ini mengacu pada hukum yang mungkin deskriminatif dan dapat menyebabkan stigmatisasi pada individu atau kelompok tertentu.

7. Kurangnya kerahasiaan

Kurangnya kerahasiaan mengacu pada keterbukaan informasi yang mungkin menyudutkan individu atau kelompok tertentu dan memicu munculnya stigma.

9.4 Proses Stigmatisasi

Komponen dan proses stigmatisasi adalah sebagai berikut (Nawangwulan 2019).

1. Pemberian label

Tahap awal proses stigmatisasi adalah pemberian label atau perbedaan yang dimiliki individu atau kelompok. Individu atau kelompok dibedakan dan diberikan label, dianggap tidak relevan secara sosial.

2. Stereotip

Tahap kedua adalah munculnya keyakinan terhadap perbedaan karakteristik pada individu atau kelompok yang menimbulkan stereotip negatif pada individu atau kelompok tersebut.

3. Pemisahan

Proses stigmatisasi terjadi ketika label yang melekat pada individu atau kelompok berkonotasi dengan adanya pemisahan secara sosial antara “kita” dan “mereka” dan memiliki kecenderungan untuk menganggap mereka sebagai dasar pembeda.

4. Respon Emosional

Pada tahap ini terjadi ketika individu atau kelompok memungkinkan untuk mengalami emosi marah, jengkel, kecemasan, menyesal dan ketakutan akibat dari pemberian label pada karakteristik berbeda yang melekat pada individu atau kelompok tersebut. Respon emosi ini yang nantinya akan membentuk perilaku selanjutnya pada individu atau kelompok tersebut. Respon emosi yang dialami kemungkinan memiliki konsekuensi yang kuat dan menyakitkan bagi individu atau kelompok yang telah memiliki label tersebut.

5. Kehilangan status dan diskriminasi

Proses stigmatisasi pada tahap ini adalah mengalami kehilangan atau kerugian status dan diskriminasi. Masyarakat memandang label atau pembeda pada individu atau kelompok sebagai karakteristik yang tidak diinginkan. Masyarakat cenderung memisahkan, menolak, dan mengabaikan individu atau kelompok dengan label yang melekat pada mereka.

6. Ketergantungan stigma dan kekuasaan

Pada proses stigmatisasi tahap ini yaitu ketergantungan stigma pada kekuasaan sosial, ekonomi dan politik. Individu atau kelompok minoritas kemungkinan besar akan mendapatkan label, stereotip, dan memisahkan diri dari individu atau kelompok mayoritas. Individu atau kelompok minoritas kemungkinan besar mengalami konsekuensi diskriminatif yang serius akibat dari label yang melekat pada mereka.

9.5 Level Stigma

Pembagian Stigma adalah sebagai berikut (Ahmedani 2011).

1. Social Stigma

Level pertama adalah stigma sosial. Stigma sosial bersifat struktural dalam masyarakat dan dapat menciptakan hambatan bagi orang dengan gangguan mental atau perilaku. Stigma sosial juga dapat menyebabkan kesenjangan akses terhadap kebutuhan dasar layanan. Salah satu contoh pada stigma sosial adalah “saya tidak mau tinggal bersama orang dengan HIV”.

2. Structural Stigma

Level kedua yaitu structural stigma. Dimana institusi atau perusahaan menolak orang berpenyakit. Misalnya, perusahaan X menolak memiliki pekerja HIV.

3. Self-Stigma

Self Stigma dapat digambarkan dengan menurunnya harga diri dan kepercayaan diri seseorang yang memiliki penyakit. Contohnya, pasien ODHA yang merasa bahwa dirinya sudah tidak berharga di dunia karena orang-orang disekitarnya menjauhi dirinya.

4. Felt or Perceived Stigma

Felt stigma yaitu orang dapat merasakan bahwa ada stigma terhadap dirinya dan takut berada di lingkungan komunitas. Misalnya seorang wanita tidak ingin mencari pekerjaan dikarenakan takut status kusta dirinya diketahui dan dijaui oleh rekan kerjanya.

5. Experienced Stigma

Dimana seseorang pernah mengalami diskriminasi dari orang lain. Contohnya seperti pasien HIV diperlakukan tidak ramah dibandingkan dengan pasien yang tidak HIV diperlakukan ramah oleh tenaga kesehatan.

6. Label Avoidance

Dimana seseorang tidak berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan untuk menghindari status dirinya sebagai orang yang memiliki penyakit. Salah satu contoh adalah pasien menyembunyikan obatnya.

9.6 Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Stigma Mental Health

Kondisi mental akan mempengaruhi seseorang dalam bertindak dalam kehidupan sehari-hari. Untuk menghindari terkena gangguan kesehatan mental sangat penting untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi stigma mental health. Adapun faktor tersebut adalah sebagai berikut (Muksin, Rizal Imam, Shaluhiah, Zahroh, Widjanarko 2015; Nawangwulan 2019; Rahmawaty et al. 2022).

1. Usia

Usia merupakan tahap perkembangan manusia yang setiap perubahannya dapat mempengaruhi seseorang dalam pengambilan keputusan untuk kesehatannya. Saat memasuki usia remaja seseorang sudah mempunyai pengambilan keputusan logis yang mengarah pada perilaku kesehatan, namun kebanyakan mereka masih mempertimbangkan godaan dan tekanan dari orang di sekitarnya.

2. Jenis Kelamin

Hasil penelitian pasien dengan HIV/AIDS menunjukkan bahwa sebagian besar berjenis kelamin laki-laki. Hal ini menggambarkan para wanita kurang mendapatkan informasi tentang HIV/AIDS dibandingkan laki-laki sehingga terjadinya stigma, kemungkinan hal ini dikarenakan laki-laki lebih banyak berada di luar rumah sehingga mudah mendapatkan segala sumber informasi kesehatan khususnya HIV/AIDS.

3. Status Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan seseorang dapat menjadi sumber untuk memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung. Contohnya, seseorang yang mempunyai pekerjaan di bidang kesehatan tentunya akan lebih memahami bagaimana cara menjaga kesehatannya, termasuk cara pencegahan suatu penyakit dibandingkan orang yang bekerja di luar bidang kesehatan.

4. Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan penelitian. Sedangkan menurut UU RI No 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, bahwa pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk menyiapkan peserta didik melalui kegiatan bimbingan, pengajaran dan atau latihan bagi peran dimasa yang akan datang. Sehingga pendidikan memiliki kemungkinan untuk berpengaruh dengan adanya stigma dari berbagai macam penyakit pada masyarakat.

5. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga) dan indra penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda.

6. Ketersediaan Sumber Informasi

Pemanfaatan sumber informasi pada penderita dengan berbagai macam stigma yang ada di Indonesia dapat diberikan melalui pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan, baliho, media sosial dan lain sebagainya, diharapkan masyarakat tidak mendiskriminasi mereka.

7. Dukungan Tokoh Masyarakat

Dukungan dari tokoh masyarakat dapat mempengaruhi dengan stigma berbagai macam penyakit pada masyarakat. Hal ini dikarenakan informasi mengenai penyakit menular dan berbagai upaya pencegahan, penularan dan penanganannya mungkin saja bisa didapatkan oleh masyarakat dari tokoh masyarakat itu sendiri. Tokoh masyarakat yang dimaksud terdiri dari: ketua RT, ketua RW, dan lurah. Dukungan dari tokoh masyarakat ini dapat berupa tindakan tidak mengucilkan atau tidak melakukan tindakan diskriminatif.

8. Dukungan Petugas Kesehatan

Dukungan dari petugas kesehatan dapat mempengaruhi stigma remaja terhadap masalah kesehatannya. Hal ini dikarenakan informasi mengenai kesehatan mental dan berbagai upaya pencegahan ataupun penanganannya bisa di dapatkan dari petugas kesehatan. Selain itu petugas kesehatan bisa juga melaksanakan suatu program yang dapat mengubah stigma negatif pada masyarakat dengan cara memberikan edukasi.

9.7 Efek Stigma Mental Health

Efek yang dapat ditimbulkan dari mental health stigma sebagai berikut (Chan, Wong, and Chien 2018; Hagihara et al. 1997; Knaak, Mantler, and Szeto 2017; Sri Mulyani, Dwi Agung Susanti 2018; Yusuf Ah, Fitriyasari Rizky, Nihayati 2015).

1. Isolasi sosial

Isolasi sosial adalah keadaan seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Hal ini menyebabkan penderita isolasi sosial merasa ditolak, tidak diterima, kesepian dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain. Pemutusan hubungan interpersonal berkaitan erat dengan ketidakpuasan individu dalam proses hubungan yang disebabkan oleh kurang terlibatnya dalam proses hubungan dan respons lingkungan yang negatif. Hal tersebut akan memicu rasa tidak percaya diri dan keinginan untuk menghindari dari orang lain.

2. *Self-esteem* yang rendah

Self-Esteem adalah sebuah pikiran, perasaan dan pandangan seseorang terhadap dirinya sendiri. Ciri *self-esteem* rendah sebagai berikut: percaya bahwa orang lain lebih baik daripada diri sendiri, takut gagal dalam mencoba sesuatu hal yang baru, tidak percaya pada diri sendiri, selalu membandingkan kemampuan diri sendiri dengan orang lain.

3. Menghindari perawatan dan pengobatan

Stigma dapat mendorong orang untuk menyembunyikan penyakit, untuk menghindari diskriminasi, mencegah orang mencari perawatan kesehatan segera, dan mencegah mereka untuk mengadopsi perilaku sehat. Terkait penyakit mental, termasuk yang ada dalam sistem layanan kesehatan dan di antara penyedia layanan kesehatan menjadi hambatan akses dan kualitas perawatan. Hal ini juga menjadi perhatian utama bagi praktisi kesehatan itu sendiri, baik sebagai budaya tempat kerja sebagai penghalang untuk mencari bantuan.

4. Diskriminasi di tempat kerja

Seseorang dengan pengalaman hidup dari penyakit mental biasanya melaporkan merasa direndahkan. Disingkirkan dan

tidak manusiawi oleh banyak tenaga kesehatan yang berhubungan dengan mereka. Saat ini semakin banyak perempuan mengakses pendidikan yang lebih baik, walaupun belum sebanyak laki-laki. Perempuan dihambat oleh kekuasaan laki-laki yang tidak logis dan tidak rela disaingi laki-laki. Banyak tempat kerja, lingkungan kerja dibuat hanya untuk laki-laki. Bahkan tenaga perempuan direkrut bukan karena kapasitasnya melainkan untuk mengerjakan pekerjaan yang dianggap “menarik” dan menjual dengan menggunakan pakaian mini dan seksi. Diskriminasi perempuan dalam bentuk apapun harus dihapuskan dan penghargaan perempuan ditempat kerja harus ditempatkan pada level kemanusiaan dan prestasi, bukan komoditi atau hitungan ekonomi.

9.8 Intervensi Stigma Mental Health

Beberapa intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi stigma mental health sebagai berikut (Corrigan *et al.* 2014; Lanfredi *et al.* 2019)

1. Meminta bantuan professional
Jika sudah menyadari ada masalah kesehatan mental dalam diri, lebih baik segera meminta bantuan professional. Hal ini akan membantu dalam mengambil langkah lebih cepat dan bagaimana cara memproses stigma dari orang lain.
2. Lebih mindful dan hindari negatif self-talk
Fokus pada diri sendiri serta apa yang dipikirkan. Hindari melakukan negatif self-talk.
3. Hindari isolasi sosial
Mental health stigma dan hal-hal negatif yang menyertainya adalah penyebab utama yang membuat seseorang mengisolasi sosial. Jangan menghindari interaksi sosial, biarkan diri tetap terhubung dengan teman serta keluarga.

4. Ingat hal positif
Perlu memberikan banyak afirmasi positif kepada diri sendiri agar tidak terpengaruh dengan stigma negatif.
5. Bergabung dalam group yang saling mendukung
Support group bisa membantu dalam mengelola Kesehatan mental. Bergabung dengan group yang saling mendukung akan membantu mengingatkan bahwa anda tidak sendirian.

9.9 Contoh Kasus Stigma Di Indonesia

Beberapa contoh kasus stigma yang ada di Indonesia adalah sebagai berikut:

1. Bullying
Remaja yang memiliki stigma yang tinggi cenderung akan melakukan tindakan bullying diantaranya mengejek kondisi fisik, mendiskriminasi, mengucilkan dan melakukan kekerasan fisik. Bullying terjadi karena adanya anggapan negatif terhadap korban. Korban bullying dapat mengalami depresi, stress, benci terhadap pelaku, dendam, ingin keluar dari sekolah, merana, malu, tertekan, terancam bahkan sampai melukai dirinya sendiri (Ghina, Aiyub, and Kamal 2021).
2. LGBT
Menjadi seorang dengan label LGBT adalah upaya yang tidak mudah dan bahkan setelahnyapun bukan tanpa masalah. Banyak persoalan dan risiko muncul ketika remaja muda mulai terlibat dalam hubungan sejenis. Stigma LGBT mengacu pada proses pengucilan sosial, pengurangan akses terhadap peluang dan ketidaksetaraan kekuasaan yang saling terkait secara tidak proporsional berdampak pada gender dan minoritas seksual. Pada umumnya kelompok LGBT yang terbuka di Indonesia masih banyak mengalami kekerasan dan diskriminasi dalam kesempatan kerja,

pendidikan, kesehatan. Bagi LGBT yang berhasil mendapatkan pekerjaan juga kerap mengalami perlakuan diskriminatif seperti dihina, diancam, bahkan mengalami kekerasan secara fisik (Logie *et al.* 2020).

3. Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)

Hambatan yang paling besar dalam pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia salah satunya adalah masih tingginya stigma dan diskriminasi terhadap ODHA. Stigma berasal dari pikiran seorang individu atau masyarakat yang memercayai bahwa penyakit AIDS merupakan akibat dari perilaku amoral yang tidak dapat diterima oleh masyarakat. Banyak yang beranggapan bahwa orang yang terinfeksi HIV/AIDS layak mendapatkan hukuman akibat perbuatannya sendiri. Hal inilah yang menyebabkan orang dengan infeksi HIV menerima perlakuan tidak adil, diskriminasi dan stigma karena penyakit yang di derita. (Shaluhiah, Musthofa, and Widjanarko 2014).

4. Narkoba

Peningkatan penggunaan narkoba pada remaja saat ini tidak hanya berstatus sebagai pemakai akan tetapi juga sebagai pengedar. Penyebab utama seseorang terlibat dalam penyalahgunaan narkoba yaitu adanya rasa ingin tahu atau penasaran tanpa menyadari akibatnya. Kriminalisasi penyalahgunaan narkoba tidak menyelesaikan masalah justru stigma masyarakat terhadap pecandu narkoba sebagai penjahat yang harus di jauhi agar tidak menular (Ningsih, Veren, and Kusuma 2018).

5. Kusta

Stigma terhadap penyakit kusta adalah salah satu jenis stigma sosial, perasaan negatif yang kuat terhadap penderita dan pasien kusta berkaitan dengan status moral mereka di masyarakat. Kusta tak hanya merusak kulit, namun bisa

dengan cepat merusak saraf, anggota tubuh gerak dan mata. Hal inilah yang membuat kusta menjadi penyakit yang ditakuti dan penderitanya seringkali dijaui karena masyarakat takut tertular (Pescosolido 2015).

6. Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)

Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) masih saja mengalami stigma dalam bentuk labeling, stereotipe, pengucilan dan diskriminasi, sehingga hal ini dapat mempersulit proses kesembuhannya dan kesejahteraan hidupnya. Akibat dari stigma tersebut, ODGJ menanggung konsekuensi kesehatan dan sosio-kultural, seperti pemasungan, drop-out penggunaan obat, penanganan yang tidak maksimal. Penderita gangguan jiwa mempunyai resiko tinggi terhadap pelanggaran hak asasi manusia. Mereka sering disebut orang gila. Stigma ini tidak saja dialami oleh ODGJ saja, namun anggota keluarga juga karena menyebabkan malu, kesal, jengkel, merasa terpukul, dan saling menyalahkan. (Herdiyanto, Tobing, and Vembriati 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmedani, Brian K. 2011. "Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession." *Journal of Social Work Values and Ethics* 8(2):41–416.
- Chan, Alan H. L., Samuel Y. S. Wong, and Wai Tong Chien. 2018. "A Prospective Cohort Study of Community Functioning among Psychiatric Outpatients." *Psychiatry Research* 259(February 2017):125–34. doi: 10.1016/j.psychres.2017.10.019.
- Corrigan, Patrick W., Dinesh Mittal, Christina M. Reaves, Tiffany F. Haynes, Xiaotong Han, Scott Morris, and Greer Sullivan. 2014. "Mental Health Stigma and Primary Health Care Decisions." *Psychiatry Research* 1–4. doi: 10.1016/j.psychres.2014.04.028.
- Ghina, Nawal, Aiyub, and Anda Kamal. 2021. "Hubungan Peer Stigma Dengan Perilaku Bullying Pada Remaja Sekolah Menengah Pertama." *JIM Fkep Volume V*(3):76–83.
- Hagihara, Akihito, Kimio Tarumi, Alan S. Miller, and Kanehisa Morimoto. 1997. "Type A and Type B Behaviors, Work Stressors, and Social Support at Work." *Preventive Medicine* 26(4):486–94. doi: 10.1006/pmed.1997.0162.
- Herdiyanto, Yohanes Kartika, David Hizkia Tobing, and Naomi Vembriati. 2017. "Stigma Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa Di Bali." *INQUIRY: Jurnal Ilmiah Psikologi* 8(2):121–32. doi: 10.51353/inquiry.v8i2.148.
- Knaak, Stephanie, Ed Mantler, and Andrew Szeto. 2017. "Mental Illness-Related Stigma in Healthcare: Barriers to Access and Care and Evidence-Based Solutions." *Healthcare Management Forum* 30(2):111–16. doi: 10.1177/0840470416679413.
- Lanfredi, Mariangela, Ambra Macis, Clarissa Ferrari, Luciana Rilloi, Elena Cadone, Agnese Fanetti, Nadia Younis, Lorenza Cadei, Caterina Gallizioli, Guido Uggeri, and Roberta Rossi. 2019. "E

- Effects of Education and Social Contact on Mental Health-Related Stigma among High-School Students.” *Psychiatry Research* 281(April):112581. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112581.
- Logie, Carmen H., Amaya Perez, Brumer Tampose, Mothopeng Maya, and Latif Amelia. 2020. “Conceptualizing LGBT Stigma and Associated HIV Vulnerabilities Among LGBT Persons in Lesotho.” *AIDS and Behavior* 24(12):3462–72. doi: 10.1007/s10461-020-02917-y.
- Muksin, Rizal Imam, Shaluhayah, Zahroh, Widjanarko, Bagoes. 2015. “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Stigma Guru Terhadap Anak HIV Positif (Studi Pada Guru Di Sekolah Mitra PKBI Daerah Jawa Tengah Dalam Implementasi Pendidikan Kesehatan Reproduksi Dan Seksual).” 3(April):230–37.
- Nawangwulan, Avika Titisari. 2019. “Faktor Yang Berhubungan Dengan Stigma Anak HIV / AIDS Pada Masyarakat Di Kelurahan Purwosari Kecamatan Laweyan Kota Surakarta.”
- Ningsih, Endang Dwi, Emanuela Veren, and Gravita Kusuma. 2018. “Stigma Pada Pecandu Narkoba Dengan Motivasi.” 6(2):83–92.
- Paper, Original, Anouk Tuijnman, Marloes Kleinjan, Merlijn Olthof, and Evert Hoogendoorn. 2022. “A Game-Based School Program for Mental Health Literacy and Stigma on Depression (Moving Stories): Cluster Randomized Controlled Trial Corresponding Author :” 9(8):1–16. doi: 10.2196/26615.
- Pescosolido, Bernice A. 2015. “Of Stigma and Mental Illness.” 273–74.
- Rahmawaty, Fetty, Ribka Pebriani Silalahi, Berthiana T, and Barto Mansyah. 2022. “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Pada Remaja.” *Jurnal Surya Medika* 8(3):276–81. doi: 10.33084/jsm.v8i3.4522.

- Shaluhiyah, Zahroh, Syamsulhuda Budi Musthofa, and Bagoes Widjanarko. 2014. "Stigma Masyarakat Terhadap Orang Dengan HIV / AIDS Public Stigma to People Living with HIV / AIDS." (3):333–39.
- Sri Mulyani, Dwi Agung Susanti, Lucky Ferry Septiawan. 2018. "LPPM AKES Rajekwesi Bojonegoro." 8(2):27–32.
- Yusuf Ah, Fitriyasari Rizky, Nihayati, Hanik Endang. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

BAB 10

TEKANAN SOSIAL MEDIA DAN KESEHATAN MENTAL

Oleh Irwanti Gustina

10.1 Pendahuluan

Hampir setiap orang menggunakan sosial media dalam kehidupan sehari-hari, dalam penggunaannya masih ditemukan beberapa orang yang belum menggunakan sosial media dengan benar. Akibatnya, efek negatif penggunaannya pun masih sulit untuk dihindari.

Kebanyakan orang menggunakan sosial media untuk menghilangkan stress atau melepaskan tekanan, mulai dari mengkritik pemberitaan, mempromosikan kampanye, mengkritik layanan konsumen, dan melihat video-video lucu. Sayangnya, seringkali unggahan seseorang mirip dengan stres tak henti-hentinya. Kesehatan mental Remaja dapat terpengaruh oleh penggunaan sosial media yang berlebihan. Mereka bahkan menyebut penggunaan sosial media sebagai salah satu faktor yang menyebabkan depresi. Penggunaan sosial media sering dikaitkan dengan salah satu faktor risiko kesehatan mental (Falakhi UNAIR, 2021).

Mayoritas remaja di Indonesia menggunakan sosial media sebagai sarana untuk menggali informasi tentang existensi remaja di dunia luar. Saat pandemi *covid 19* berlangsung sosial media menjadi alat utama yang digunakan remaja sebagai media hiburan dan fasilitas dalam belajar dari rumah (Astuti, et al 2022)

10.2 Dampak Sosial media terhadap Kesehatan Mental

Penggunaan sosial media yang tidak bijak, dapat berdampak negatif pada kesehatan mental penggunanya. Saat ini, penggunaan sosial media pada remaja kerap dikaitkan dengan peningkatan resiko depresi dan gangguan kecemasan. Hubungan antara sosial media dan depresi tidak hanya berkaitan dengan tekanan sosial untuk membagikan atau mengikuti berita terbaru.

Munculnya kondisi kejiwaan yang mengganggu remaja kini juga disebabkan oleh kecenderungan pengguna sosial media membandingkan dirinya dengan keberhasilan yang dicapai orang lain. Saat melihat teman atau kerabat yang memiliki pekerjaan yang bagus, pasangan yang baik, serta rumah yang indah, remaja dapat merasa turut berbahagia. Namun tidak jarang, rasa iri yang dapat memicu depresi, justru muncul. Bahkan perasaan ini memicu keinginan bunuh diri, ketika melihat pencapaian remaja tidak sebanding dengan teman-teman mereka (Eka Patrisia, 2021)

Terkait depresi dengan sosial media dan hubungan remaja dengan teman-teman di jejaring sosial juga penting. Rasa terisolasi dari kehidupan sosial disebabkan oleh koneksi yang terbentuk di sosial media yang tidak terjadi secara tatap muka (Septiana, 2021)

Sosial media tidak selalu merugikan kesehatan mental remaja sebaliknya, mereka dapat membantu remaja menjalani gaya hidup sehat dengan memberi remaja inspirasi. seperti memulai kebiasaan olahraga atau berhenti merokok. Remaja dapat mendapatkan dukungan positif dan menginspirasi orang lain untuk mengikuti resolusi remaja dengan membagikannya di media sosial. Sosial media dapat menjadi cara untuk membantu orang lain dengan menyebarkan bantuan. Banyak akun yang menawarkan informasi tentang resolusi dalam penyelesaian masalah, yang dapat mencegah upaya bunuh diri,

serta forum anonim yang memungkinkan pengguna internet untuk berbagi pengalaman pribadinya dan mendapatkan motivasi dan saran untuk memperbaiki kehidupan mereka (Putri *et al.*, 2016).

10.3 Pengaruh Sosial media Terhadap Perilaku

Sosial media mengajak siapa saja yang tertarik untuk berpartisipasi dengan memberikan komentar, dan berbagi informasi secara publik dalam waktu yang cepat dan tidak terbatas. Tidak dapat dipungkiri bahwa sosial media memiliki pengaruh yang sangat besar dalam kehidupan. Seseorang yang memulai dari yang kecil bisa menjadi besar dengan sosial media atau sebaliknya. Bagi masyarakat khususnya remaja, jejaring sosial sudah menjadi candu yang membuat penggunanya menghabiskan waktu sehari-hari tanpa membuka jejaring sosial.

Remaja dengan social media lebih sering memposting tentang aktivitas pribadi, cerita, dan foto mereka bersama teman. Di jejaring sosial, orang dapat dengan bebas berkomentar dan berbagi pendapat tanpa khawatir. Dalam jejaring sosial, sangat mudah untuk memalsukan identitas atau melakukan kejahatan. Padahal dalam perkembangan sekolah, remaja berusaha mencari jati dirinya dengan cara bergaul dengan teman-temannya. Namun, seringkali remaja masa kini menganggap bahwa semakin aktif mereka di media sosial, maka mereka akan dianggap luas dalam pergaulan. Sedangkan remaja tanpa sosial media seringkali dianggap ketinggalan zaman atau dianggap kurang pergaulan (Putri, *et al.*, 2016)

Masalah kesehatan mental yang muncul karena pengaruh sosial media ditunjukkan dalam beberapa penelitian di Cina, pertama penelitian Gao dkk., yang dilakukan pada remaja berusia sekitar 18 tahun mengemukakan bahwa ada prevalensi antara penggunaan sosial media dan masalah

kesehatan mental berupa depresi, kecemasan, dan kombinasi antara kecemasan dan depresi selama pandemi covid-19

10.4 Pengaruh Sosial media Terhadap Kesejahteraan Sosial

Beberapa hasil riset tentang penggunaan sosial media dan kesehatan mental, termasuk penelitian Zhao & Zhou, menunjukkan bahwa peningkatan penggunaan sosial media dikaitkan dengan kesehatan mental yang lebih buruk (Putri, et al., 2016)

Dampak penggunaan sosial media selain terkait dengan kesehatan mental juga terkait dengan kebahagiaan, khususnya kesejahteraan sosial. Kesejahteraan sosial sendiri merupakan suatu keadaan dimana seseorang memiliki hubungan yang baik dengan orang lain, memiliki kestabilan sosial dan kedamaian Cicognani, 2014 dalam (Gustina, 2020)

Kebahagiaan sosial harus dibangun di atas pemahaman bahwa semua manusia adalah makhluk sosial yang saling bergantung, mengandalkan orang lain untuk mencapai kebahagiaan dan membentuk hubungan yang saling menguntungkan.

Selain itu, beberapa hasil riset menjelaskan keterkaitan antara penggunaan sosial media dan kesejahteraan sosial dilakukan oleh Habibulloh, hasilnya menunjukkan bahwa sosial media yang kaya informasi dan dikelola dengan baik dapat digunakan oleh Kementerian Sosial RI sebagai sarana komunikasi, informasi dan edukasi (Habibulloh, 2013).

Di masa pandemi Covid-19, penggunaan teknologi digital berbasis internet meningkat pesat. Sebuah survei terhadap anak muda berusia sekitar 16 tahun ke atas 87%, di antaranya telah meningkatkan penggunaan perangkat digital selama pandemi COVID-19. Beberapa aplikasi yang paling sering digunakan antara lain jejaring sosial, alat pendidikan online, belanja online, dan pertemuan virtual (Sebayang, 2020). Hasilnya, jejaring sosial

menjadi salah satu aplikasi dengan penggunaan yang paling meningkat



Gambar 10.1. Pemanfaatan sosial media
(Sumber : sulselprov.go.id)

10.5 Klasifikasi Sosial Media

Teknologi sosial media hadir dalam berbagai bentuk, termasuk majalah, forum internet, blog sosial, micro blogging, wiki, podcast, foto atau gambar, video, peringkat, dan bookmark sosial. Menerapkan seperangkat teori di bidang studi media (kehadiran sosial, kekayaan media) dan proses sosial (presentasi diri, pengungkapan diri), Kaplan dan Haenlein membuat taksonomi untuk berbagai jenis sosial media dalam makalah *Business Horizons* mereka yang diterbitkan pada tahun 2010. (Gustina, 2020)

Berdasarkan perspektif interaksi sosial pengaruh perubahan sosial masyarakat terjadi karena orang lebih mudah berinteraksi melalui jejaring sosial, maka interaksi sosial di dunia nyata juga akan berkurang. Masyarakat tidak perlu lagi bertemu secara langsung untuk berkomunikasi, untuk membentuk model komunitas kehidupan yang semakin tertutup (Nasrullah, 2015)

Menurut Kaplan dan Haenlein ada enam jenis media sosial:

1. Proyek Kolaborasi

Website mengizinkan usernya untuk dapat mengubah, menambah, ataupun me-remove konten – konten yang ada di website ini. contohnya Wikipedia.

2. Blog dan microblog

User lebih bebas dalam mengekspresikan sesuatu di blog ini seperti curhat ataupun mengkritik kebijakan pemerintah. contohnya twitter

3. Konten

Para user dari pengguna website ini saling meng-share konten – konten media, baik seperti video, ebook, gambar, dan lain – lain. contohnya youtube

4. Situs jejaring sosial

Aplikasi yang mengizinkan user untuk dapat terhubung dengan cara membuat informasi pribadi sehingga dapat terhubung dengan orang lain. Informasi pribadi itu bisa seperti foto – foto. contoh facebook

5. Virtual game world

Dunia virtual, dimana mengreplikasikan lingkungan 3D, dimana user bisa muncul dalam bentuk avatar – avatar yang diinginkan serta berinteraksi dengan orang lain selayaknya di dunia nyata. contohnya game online.

6. Virtual social world

Dunia maya dimana pengguna merasa seperti hidup di dunia maya, seperti dunia game maya, berinteraksi dengan orang lain. Namun, Dunia Sosial Virtual lebih bebas dan fokus pada kehidupan, misalnya kehidupan kedua.

Dengan hadirnya sosial media sebagai teknologi baru, tentunya pola hidup dan pola pikir masyarakat khususnya remaja juga mengalami perubahan. Beberapa perubahan tersebut adalah meningkatnya efisiensi dan efektifitas manusia dalam

mengumpulkan informasi tanpa kendala waktu, tempat, dan biaya yang murah.

Dari perspektif interaksi sosial, efek perubahan sosial di masyarakat terjadi karena masyarakat atau remaja lebih mudah berinteraksi melalui jejaring sosial, sehingga interaksi sosial di dunia nyata juga akan berkurang. Masyarakat tidak perlu lagi bertatap muka untuk membangun komunikasi interaktif, dengan kemajuan teknologi membuat sosial media menjadi fasilitas termudah dan tercepat. Tanpa disadari hal ini semakin membentuk pola hidup masyarakat semakin tertutup dan individualis.

Bagi remaja hal demikian menjadi suatu habit yang berpengaruh buruk terhadap pola kehidupan remaja, tidak bertatap muka secara langsung, membuat remaja hanya terfokus kepada gawai dan aktivitas di media social mereka. Dengan demikian perilaku remaja yang terpusat pada aktivitas di dalam media social dapat berdampak menjadi tekanan social media dan dapat mempengaruhi kesehatan mental remaja itu sendiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, W., Nuraeni, R. and Rina, N. 2022. 'Penggunaan Sosial media Terhadap Kesehatan Mental Mahasiswa Pasca Pandemi Covid Post-Covid Pandemic Use of Sosial media on Student Mental Health', *Universitas*, 8(2), pp. 220–240. Available at: (<http://journal.uta45jakarta.ac.id/index.php/komarticleview66012355>).
- Eka patrisia, N. 2021. 'Analisis Peran Sosial media Dalam Pelaksanaan Pembangunan Nasional', *Commed: Jurnal Komunikasi dan Media*, 5(2), pp. 126–136. doi: 10.33884/commed.v5i2.2665.
- Gustina, I. 2020. 'Dampak Sosial media Terhadap', pp. 89–99. Available at: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjV2ver0KqAAxVRSWwGHddYD_sQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fjurnal.pknstan.ac.id%2Findex.php%2Fsembadha%2Farticle%2Fdownload%2F1466%2F768%2F6169&usg=AOvVaw0kpsLdgqcdIIgKmnP9jmA4&opi=8997.
- Muchamad Naufal Falakhi (Airlangga Nursing Journalist). 2021. *Dampak sosial media terhadap kesehatan mental*, News FKP UNAIR. Available at: <http://ners.unair.ac.id/site/index.php/news-fkp-unair/30-lihat/702-dampak-media-sosial-terhadap-kesehatan-mental> (Accessed: 24 July 2023)
- Nasrullah, R. 2015. 'Sosial media Perspektif Komunikasi, Budaya dan', *Sosioteknologi. Bandung: Simbiosis Rekatama Media*, p. 6754.
- Putri, W. S. R., Nurwati, N. and S., M. B. 2016. 'Pengaruh Sosial media Terhadap Perilaku Remaja', *Prosiding Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat*, 3(1). doi: 10.24198/jppm.v3i1.13625.

- Santyasa, I. W. 2005. 'Model Pembelajaran inovatif dalam implementasi kurikulum berbasis kompetensi', *Makalah disampaikan Dalam Penataran Guru-Guru SMP, SMA, dan SMK se Kabupaten Jember* Juni–Juli.
- Septiana, N. Z. 2021. 'Dampak Penggunaan Sosial media Terhadap Kesehatan Mental Dan Kesejahteraan Sosial Remaja Dimasa Pandemi Covid-19', *Nusantara of Research: Jurnal Hasil-hasil Penelitian Universitas Nusantara PGRI Kediri*, 8(1), pp. 1–13. doi: 10.29407/nor.v8i1.15632.

BIODATA PENULIS



Siswi Wulandari, SST., Bd., M.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan (S1)
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri

Penulis Lahir di Kota Kediri Jawa Timur tanggal 17 Juli 1985. Penulis adalah Dosen Tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan Universtas Kadiri sejak tahun 2008. Penulis Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan di Stikes Karya Husada Pare Kediri, dan melanjutkan Pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik. Di Tahun 2014, Penulis menyelesaikan Pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Brawijaya Malang

Penulis aktif mempublikasikan karyanya di jurnal Nasional dan Internasional. Selain publikasi Artikel Penelitian, penulis juga menulis buku ajar dan referensi. Selain menjadi dosen tetap, penulis juga enterprenuer.

BIODATA PENULIS



Adelina Pratiwi, A.Md., SST., M.Kes

Dosen Tetap pada Program Studi DIII Kebidanan
STIKES 'Aisyiyah Palembang
(November 2011 s/d Sekarang)

Penulis lahir di Palembang tanggal 15 Februari 1987. Saat ini penulis sedang melanjutkan pendidikan ke jenjang doktoral pada program studi S3 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Diponegoro Semarang dan merupakan Awardee BPI (Beasiswa Pendidikan Indonesia) tahun 2022. Selain mengajar dan menulis beberapa buku ajar dan book chapter's, penulis juga aktif dalam organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Pimpinan Cabang 'Aisyiyah (PCA), Forum Komunikasi Dosen (FKD) Indonesia, Tim Pendamping Keluarga (TPK), serta menjadi reviewer jurnal.

Korespondensi:

adelina.pratiwi.s.st@gmail.com

Motto:

*"Yakinlah kepada Allah, bermimpilah yang besar, kerja keraslah,
maka kesuksesan akan datang kepadamu."*

BIODATA PENULIS



Bd. Sulistiyowati, SST, M.Kes

Dosen Program Studi S1 Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah
Lamongan

Sulistiyowati, SST, M.Kes., lahir di Lamongan 15 Desember 1985. Telah menyelesaikan studi Diploma tiga di Akademi Kebidanan Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo (2003-2006) dan program studi Diploma IV Kebidanan di Universitas Sebelas Maret Surakarta (2007-2008) kemudian melanjutkan program strata dua Magister Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta (2008-2010) Karirnya dimulai sebagai Dosen Program Studi D3 Kebidanan di STIKes Muhammadiyah Lamongan tahun 2006-2018 dan Berubah Menjadi Universitas Muhammadiyah Lamongan (2018- Sekarang). Mengemban amanah sebagai Sekretaris Program Studi (2008-2018), Menjadi Sekretaris Lembaga Penjaminan Mutu (2018-2019) dan

Sekarang menjabat sebagai Kepala Lesikom, Admisi dan Promosi (2019- Sekarang). Bidang Pengajaran Mengampu Mata Kuliah : Asuhan Kebidanan Persalinan, Asuhan Kebidanan Komunitas, Metodologi Penelitian dan Statistik Dasar, Promosi Kesehatan, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Pernah

menulis bersama tim panduan pembelajaran di Laboratorium. Bidang Penelitian karya di publish di Sinta 3-5 serta prosiding nasional dan internasional, serta menghasilkan karya pengabdian masyarakat yang di publish di sinta 3. Menjadi pembicara dalam seminar nasional Universitas Muhammadiyah Lamongan dan Pimpinan Daerah Aisyiyah Lamongan tentang Kesehatan reproduksi. Penulis juga aktif sebagai Master Of ceremony (MC) baik acara lokal dan regional.

BIODATA PENULIS



Nurfatimah, S.KM., M.Kes

Dosen Prodi D-III Kebidanan Poso
Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palu

Penulis lahir di Ujung Pandang tanggal 8 September 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D-III Kebidanan Poso Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palu. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Biostatistik dan KKB Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan melanjutkan S2 pada Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga FKM Universitas Hasanuddin. Tahun 2012 sampai sekarang penulis aktif sebagai Dosen Prodi D-III Kebidanan Poso Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palu. Selain pengajar, penulis telah menulis beberapa artikel ilmiah di berbagai jurnal nasional maupun internasional.

BIODATA PENULIS



Wiqodatul Ummah, S.Tr.Keb., M.Kes.

Dosen Program Studi D3 Kebidanan
Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang

Penulis lahir di Situbondo tanggal 30 September 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang. Penulis menyelesaikan Pendidikan Dasar hingga Sekolah Menengah Pertama di tempat kelahirannya, Situbondo Jawa Timur. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan di Sekolah Menengah Atas di SMA Nurul Jadid Paiton Probolinggo. Setelah itu, penulis melanjutkan pendidikan D3 Kebidanan di Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang, kemudian melanjutkan Pendidikan D4 Bidan Pendidik di Universitas Tribhuwana Tunggadewi Malang. Penulis mendapatkan gelar Magister Kesehatan (M. Kes) setelah menempuh S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Negeri Jember. Selama menjadi pembaca hingga saat ini, Penulis aktif di organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia Cabang Kota Malang. Buku yang sudah pernah ditulis adalah buku ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil, Kandungan Daun Kelor untuk Kesehatan Reproduksi Wanita dan Penanganan Anemia dan

Percepatan Luka Post Sectio Cesarea (SC). Selain aktif menulis buku, beliau juga aktif menjadi editor jurnal.

BIODATA PENULIS



Eti Kuswandari,S.Tr.Keb.,M.K.M.

Dosen Program Studi D-III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang

Penulis lahir di Wonogiri tanggal 21 Agustus 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Prodi D-III Kebidanan, Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang Indonesia. Menyelesaikan pendidikan D-IV Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan dan melanjutkan S2 pada Kesehatan Ibu dan Anak, Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Surakarta. Beberapa mata kuliah yang diampu di kampus yakni Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah, Kewarganegaraan,keterampilan dasar kebidanan dan metode logi penelitian dan statistik dasar. Penulis juga menghasilkan beberapa publikasi pada jurnal nasional terakreditasi dan buku berjudul Asuhan Kebidanan Pasca Persalinan dan Menyusui.

Penulis dapat dihubungi melalui email:

etikuswandari.ek@gmail.com atau nomor telepon 082132770153

BIODATA PENULIS



Novi Budi Ningrum, S.ST., M.Keb.

Dosen Program Studi Kebidanan
Politeknik Kesehatan Wira Husada Nusantara Malang

Penulis lahir di Malang tanggal 05 November 1984. Penulis adalah seorang istri dan ibu dari 1 orang putri dan 2 orang putra, lulus DIII Kebidanan pada tahun 2005 dari Akademi Kebidanan Widyagama Husada Malang dan DIV Kebidanan dari Poltekkes Kemenkes Malang tahun 2010. Pendidikan S2 ditempuh pada tahun 2015 di Universitas Brawijaya Malang. Menjadi dosen Kebidanan mulai 2013 sampai dengan sekarang. Selain mengajar, juga aktif di bidang pelayanan dengan mendirikan Praktik Mandiri Bidan. Oleh karena itu selain aktif mengajar Penulis juga sering diundang untuk menjadi pembicara baik di pendidikan maupun di masyarakat.

BIODATA PENULIS



Norma Risnasari, M.Kes.

Dosen Program Studi D-III Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan dan Sains Universitas Nusantara PGRI
Kediri

Penulis lahir di Tulungagung tanggal 08 Agustus 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan dan Sains, Universitas Nusantara PGRI Kediri. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga dan melanjutkan S2 pada Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga. Saat ini aktif sebagai dosen tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan dan Sains Universitas Nusantara PGRI Kediri pada Program Studi DIII Keperawatan.

BIODATA PENULIS



Irwanti gustina

Dosen Program Studi Kebidanan
Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan

Penulis lahir di Jakarta tanggal 4 Juni 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan, Lulusan Diploma IV Bidan Pendidik Poltekkes Jakarta III tahun 2007 dan lulusan Magister Kesehatan Masyarakat URINDO Jakarta Tahun 2016. Penulis aktif menekuni profesi sebagai dosen dan peneliti.

Lampiran 1
KUESIONER KESEHATAN MENTAL REMAJA
(MENTAL HEALTH CONTINUUM-SHORTFORM/MHC-SF)

No	Pernyataan (Selama satu bulan terakhir)	Tidak pernah	1 atau 2 kali	1 kali seminggu	2 atau 3 kali seminggu	Hampir setiap hari	Setiap hari
1	Secara umum saya merasa puas.						
2	Saya sering berpikir bahwa hidup ini memiliki hal-hal yang menarik untuk dilakukan.						
3	Saya sering merasa puas dengan keberadaan saya.						
4	Saya sering merasa yakin bahwa saya dapat berkontribusi secara signifikan terhadap lingkungan.						
5	Saya sering merasa menjadi bagian dari lingkungan atau kelompok sosial.						
6	Saya sering merasa yakin bahwa masyarakat adalah tempat yang baik atau menjadi lebih baik untuk semua orang.						
7	Saya sering merasa bahwa semua orang benar-benar baik.						
8	Saya sering merasa bahwa saya dapat						

No	Pernyataan (Selama satu bulan terakhir)	Tidak pernah	1 atau 2 kali	1 kali seminggu	2 atau 3 kali seminggu	Hampir setiap hari	Setiap hari
	memahami tradisi yang telah diterapkan oleh masyarakat untuk diikuti.						
9	Saya sering merasa sangat nyaman dengan diri saya sendiri.						
10	Saya sering beranggapan bahwa saya melakukan pekerjaan dengan baik dalam menangani kewajiban sehari-hari.						
11	Saya sering merasa bahwa saya memiliki hubungan yang dekat dan dapat dipercaya oleh orang lain.						
12	Saya sering merasa yakin bahwa pengalaman saya telah memotivasi saya untuk mendorong diri saya lebih jauh dan berkembang menjadi prang yang lebih baik.						
13	Saya sering merasa nyaman dalam berpikir atau mengungkapkan pendapat saya.						
14	Saya sering berpikir bahwa hidup saya bermakna atau memiliki tujuan.						

Lampiran 2
KUESIONER KEKUATAN DAN KESULITAN PADA ANAK
(STRENGTH AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE)

No	Pertanyaan	Tidak benar	Agak benar	Benar
1	Sakit perut, sakit kepala, dan jenis sakit lainnya, sering muncul.	0	1	2
2	Saya khawatir atau mengalami banyak kecemasan.	0	1	2
3	Saya sering merasa tertekan, sedih, atau menangis.	0	1	2
4	Dalam situasi yang tidak biasa, saya menjadi cemas dan cepat kehilangan kepercayaan diri.	0	1	2
5	Saya cukup takut dan cepat terkejut.	0	1	2
6	Saya sering kehilangan kendali atas kemarahan saya ketika saya menjadi sangat marah.	0	1	2
7	Biasanya, saya mengikuti instruksi dari orang lain.	2	1	0
8	Saya sering berdebat dengan orang lain. Saya dapat memaksa orang lain untuk melakukan apa yang saya inginkan.	0	1	2
9	Saya sering dituduh berbohong atau menipu.	0	1	2
10	Saya mencuri barang yang bukan milik saya dari rumah, sekolah, dan tempat lain.	0	1	2
11	Saya tidak bisa diam terlalu lama karena gelisah.	0	1	2
12	Tubuh saya sering bergerak ketika saya tegang atau cemas tanpa saya sadari.	0	1	2
13	Karena mudah terganggu, saya kesulitan untuk focus pada sesuatu.	0	1	2
14	Saya mempertimbangkan efek dari Tindakan saya sebelum	2	1	0

No	Pertanyaan	Tidak benar	Agak benar	Benar
	melakukannya.			
15	Saya menyelesaikan pekerjaan yang saya lakukan. Perhatian saya terhadap sesuatu sangat jelas.	2	1	0
16	Saya lebih suka sendirian daripada bersama orang lain seusia saya.	0	1	2
17	Saya memiliki seorang teman atau beberapa teman.	2	1	0
18	Saya biasanya bergaul dengan baik bersama orang-orang seusia saya.	2	1	0
19	Remaja lain sering bermain dengan saya atau mengganggu saya.	0	1	2
20	Orang dewasa lebih mudah bagi saya untuk berteman dengan saya daripada orang seusia saya.	0	1	2
21	Saya mencoba memperlakukan orang lain dengan baik. Saya peduli dengan perasaan mereka.	0	1	2
22	Saya biasanya berbagi CD, mainan, atau makanan apapun yang saya miliki dengan orang lain.	0	1	2
23	Jika ada orang yang kesal, kecewa, atau kesakitan, saya selalu bersedia untuk turun tangan dan membantu.	0	1	2
24	Saya memperlakukan anak-anak yang lebih muda dari saya dengan baik.	0	1	2
25	Saya sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (orang tua, guru, anak-anak).	0	1	2