

BUNUH DIRI

PADA KELOMPOK USIA REMAJA

SUATU TINJAUAN

Dr. Atih Rahayuningsih, S.Kp., M.Kep., Ns.Sp.Kep.J.
Prof. Achir Yani S. Hamid, M.N., D.N.Sc.
Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc.
Prof. Dr. dr. R. Irawati Ismail, Sp.K.J.(K), M.Epid.
Agus Sri Banowo, S.Kp., M.P.H.

BUNUH DIRI PADA KELOMPOK USIA REMAJA

Dr. Atih Rahayuningsih, S.Kp., M.Kep., Ns.Sp.Kep.J.

Prof. Achir Yani S. Hamid, M.N., D.N.Sc.

Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc.

Prof. Dr. dr. R. Irawati Ismail, Sp.K.J.(K)., M.Epid.

Agus Sri Banowo, S.Kp., M.P.H.

Bunuh Diri pada Kelompok Usia Remaja: Suatu Tinjauan

Indramayu © 2023, Penerbit Adab

Penulis:

Dr. Atih Rahayuningsih, S.Kp., M.Kep., Ns.Sp.Kep.J.

Prof. Achir Yani S. Hamid, M.N., D.N.Sc.

Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc.

Prof. Dr. dr. R. Irawati Ismail, Sp.KJ.(K)., M.Epid.

Agus Sri Banowo, S.Kp., M.P.H

Editor: Abdul

Perancang Sampul: Nurul Musyafak

Layouter: Fitri Yanti

Diterbitkan oleh Penerbit Adab

CV. Adanu Abimata

Anggota IKAPI: 354/JBA/2020

Jl. Kristal Blok F6 Pabean Udik Indramayu Jawa Barat

Kode Pos 45219 Telp: 081221151025

Surel: penerbitadab@gmail.com

Web: <https://penerbitadab.id>

Referensi | Non Fiksi | R/D

vi + 94 hlm.; 14,5 x 21 cm

No ISBN: 978-623-497-561-1

Cetakan Pertama, Maret 2023



Hak Cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, secara elektronis maupun mekanis termasuk fotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa izin tertulis dari penerbit.

All right reserved

KATA PENGANTAR



Puji syukur penulis haturkan ke hadirat Allah SWT, karena atas taufiq dan inayah-Nya, buku berjudul **“Bunuh Diri pada Kelompok Usia Remaja: Suatu Tinjauan”** ini dapat terselesaikan.

Buku ini membahas terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan usia remaja, konsep dan teori tentang bunuh diri, dan upaya pencegahan risiko bunuh diri pada remaja.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan buku ini baik secara materil maupun non materil. Penulis berharap semoga Allah SWT mencatat ini sebagai ladang pahala dan kebaikan kita semua. Aamiin. Akhirnya penulis berharap agar buku ini dapat memberi kontribusi bagi perkembangan keperawatan kesehatan jiwa dan bermanfaat bagi masyarakat pada umumnya.

Padang, Januari 2023

Atih Rahayuningsih

DAFTAR ISI



KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	v
BAB I PENTINGNYA PEMBAHASAN BUNUH DIRI	
PADA KELOMPOK USIA REMAJA	1
A. Latar Belakang.....	2
B. Tujuan	8
C. Manfaat	8
BAB II KONSEP DAN TEORI BUNUH DIRI PADA REMAJA.....	9
A. Konsep Remaja.....	10
B. Remaja dan Keluarga	39
C. Konsep Bunuh Diri.....	43
BAB III UPAYA PENCEGAHAN RISIKO BUNUH DIRI	
PADA REMAJA.....	61
A. Upaya-upaya pencegahan risiko bunuh diri	62
B. Permasalahan terkait Upaya Pencegahan	
Risiko Bunuh Diri pada Remaja di Indonesia ..	69

C. Teori dan Konsep yang Menjadi Dasar Pembentukan Model Upaya Pencegahan Risiko Bunuh Diri	74
DAFTAR PUSTAKA	85
PROFIL PENULIS.....	91

BAB I



PENTINGNYA PEMBAHASAN BUNUH DIRI PADA KELOMPOK USIA REMAJA

A. Latar Belakang

Bunuh diri merupakan masalah kesehatan jiwa yang perlu mendapat perhatian. Beberapa negara yang mempunyai angka bunuh diri tertinggi (World Health Organization (WHO), 2018) yaitu Lithuania 31,9 per 100.000 populasi, Rusia 31 per 100.000 populasi, Guyana di urutan ketiga dengan 29,2 per 100.000 populasi, dan Korea Selatan urutan keempat dengan angka 26,9 per 100.000 populasi. Angka bunuh diri di Indonesia 3,4 per 100.000 populasi, urutan ke 158 dalam peringkat angka bunuh diri dunia (WHO, 2018). Angka bunuh diri di Indonesia ini masih termasuk jauh lebih rendah dibandingkan dengan negara-negara pada urutan satu sampai empat, sehingga upaya kesehatan yang tepat untuk dilakukan di Indonesia adalah upaya promotif dan preventif dari bunuh diri yang dimulai dari usia remaja.

Bunuh diri pada remaja menjadi perhatian karena di beberapa negara angka kejadiannya cenderung meningkat. Data di Amerika Serikat bunuh diri pada usia remaja dari tahun 1950 sampai 1990 meningkat 300% (Holliday, 2012), khususnya remaja putri usia sepuluh sampai empat belas tahun terjadi lonjakan tertinggi dari 0,5 menjadi 1,7 per 100.000 populasi (Curtin, 2016). Bunuh diri di kalangan pelajar sering terjadi di Jepang, antara tahun 1972 sampai tahun 2013 ada 18.048 orang di bawah usia delapan belas tahun (Kementerian Kesehatan Jepang, 2015). Kasus bunuh diri pada pasien remaja di UGD rumah sakit di Kanada menunjukkan peningkatan dari 580 ribu pada 2007 menjadi 1,1 juta pada tahun 2015 (Brett, 2016). Angka bunuh diri remaja di Indonesia belum diketahui secara

pasti. Laporan pertengahan tahun 2012 oleh Komisi Nasional Perlindungan Anak Indonesia (Komnas PA) didapatkan data dua puluh kasus bunuh diri pada anak dengan usia termuda tiga belas tahun (Nasional Geografi Indonesia, 2015). Hasil survei yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan terhadap 10.000 siswa-siswi yang dijadikan sampel dari seluruh provinsi di Indonesia menunjukkan 650 (6,5%) siswa Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Sekolah Menengah Atas (SMA) mempunyai keinginan bunuh diri (Balitbangkes Kemenkes, 2015). Angka bunuh diri remaja di Amerika 1,7 per 100.000 populasi dan di Indonesia belum diketahui secara pasti tetapi angka keinginan bunuh diri diketahui 6,5% per 10.000 populasi.

Faktor risiko dan faktor protektif adalah faktor yang menentukan dan memengaruhi keputusan seseorang untuk melakukan tindakan bunuh diri. Faktor risiko adalah karakteristik individual yang diidentifikasi sebagai penyebab dari bunuh diri. Khusus pada populasi remaja yang menjadi faktor risiko perilaku bunuh diri antara lain berhubungan dengan faktor psikologis, faktor keluarga dan genetik, faktor lingkungan, faktor biologis, faktor perilaku bunuh diri sebelumnya, dan faktor orientasi seksual (Stuart, 2013; Stuart, Keliat, Pasaribu, 2016). Faktor risiko bunuh diri pada remaja menurut *Suicide Prevention Resources Center* (SPRC) antara lain adalah adanya percobaan bunuh diri sebelumnya, penyalahgunaan zat, gangguan *mood*, dan akses pada senjata tajam (SPRC, 2011). Faktor risiko bunuh diri pada remaja yang umum diungkapkan adalah berkaitan dengan

percobaan bunuh diri sebelumnya, gangguan *mood* baik karena gangguan biologis maupun psikologis.

Faktor protektif adalah karakteristik yang meliputi pelayanan kesehatan jiwa yang efektif, perasaan terhubung antara individu, keluarga, komunitas, dan institusi sosial, ketrampilan memecahkan masalah, memiliki hubungan dengan pemberi pelayanan (SPRC, 2011). Pelayanan kesehatan jiwa yang dapat mengurangi risiko bunuh diri meliputi *Cognitive Behavioral Therapy* dan *Dialectical Behavior Therapy*. Lembaga khusus yang menangani pencegahan bunuh diri meningkatkan perasaan terhubung (SPRC, 2011). Risiko bunuh diri dapat diturunkan dengan ketrampilan memecahkan masalah, dan hubungan walaupun sangat sederhana seperti mengirim surat atau kartu pos dari pemberi pelayanan (Hollyday, 2012). Faktor protektif merupakan faktor yang dapat mengurangi besarnya ancaman untuk terjadinya masalah atau mencegah terjadinya tindakan bunuh diri yang dapat bersumber pada aspek bio, psiko, sosio, kultural, dan spiritual.

Faktor risiko secara psikologis diperkirakan sangat berkaitan dengan masalah rumah tangga yang tidak stabil, peristiwa masa kecil yang merugikan (trauma), akses ke senjata api atau cara lain, intimidasi, distorsi kognitif, kurangnya ikatan orangtua atau teladan peran orang tua, dan rendahnya harga diri (Cleary et al, 2019). Faktor protektif dari aspek psikologis merupakan sumber dan mekanisme koping yang meningkatkan respons terhadap stres dan menghasilkan perilaku adaptif (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Secara psikologis faktor risiko berhubungan

dengan masalah hubungan anak dengan orang tua yang kurang harmonis, dan faktor protektif psikologis berkaitan dengan kemampuan menyelesaikan masalah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa remaja yang pernah melakukan percobaan bunuh diri tiga puluh delapan kali lebih berisiko untuk meninggal karena bunuh diri dibandingkan yang tidak pernah melakukan percobaan bunuh diri, dan siapa yang menyalahgunakan zat berisiko enam kali lebih tinggi meninggal karena bunuh diri dibandingkan yang tidak menyalahgunakan zat. Remaja yang mengalami gangguan *mood* dan kemudahan akses pada senjata tajam akan berisiko lebih tinggi untuk bunuh diri dibandingkan dengan yang tidak mengalami gangguan *mood* dan tidak memiliki akses pada senjata tajam (Harris, Barraclough, 1997; Hollyday, 2012). Remaja rentan melakukan bunuh diri dipengaruhi oleh riwayat bunuh diri dan mengalami gangguan *mood*.

Gangguan *mood* pada remaja sering berkaitan dengan masalah perundungan. Data survey pemerintah Jepang yang dilakukan selama empat puluh tahun menunjukkan tingginya angka bunuh diri pelajar pada tanggal 1 September, hal itu berkaitan dengan awal dimulainya masa belajar setelah liburan musim panas berakhir. Bagi anak yang sering mengalami perundungan, masuk kembali ke sekolah meningkatkan kecemasan dan ketakutan sehingga bunuh diri menjadi mungkin dipilih untuk menghindari penderitaan (Kementerian Kesehatan Jepang, 2015). *Bullying* atau perundungan adalah faktor risiko yang kuat untuk terjadinya bunuh diri pada usia dua belas sampai lima belas tahun. Penelitian tentang *bullying* pada

anak usia dua belas sampai empat belas tahun didapatkan data bahwa 58,8% pernah mengalami *abuse*, 91,25 % anak tidak dapat memenuhi harapan orangtuanya, 77,5% pernah mendapat hukuman fisik, 35% mengalami isolasi, dan 63,8% kurang dukungan sosial (Keliat et al, 2015). Data tersebut sejalan dengan penyebab tingginya bunuh diri pada remaja awal di Korea Selatan yaitu tekanan dari orang tua yang menuntut anak untuk berhasil secara akademis (WHO, 2018). Data mengungkapkan 90% orang yang melakukan bunuh diri mempunyai masalah kejiwaan seperti depresi (American Foundation for Suicide Prevention (AFSP), 2016). Penelitian yang dilakukan pada remaja usia empat belas sampai enam belas tahun mendapatkan data 162 (70,7%) dari 229 responden memiliki risiko bunuh diri karena depresi (Keliat et al, 2015). Data menunjukkan tingginya faktor risiko bunuh diri pada usia remaja awal berkaitan dengan perundungan, tuntutan akademik, dan depresi.

Perilaku bunuh diri dapat dibedakan berdasarkan tahapan dari bunuh diri yang dialami. Pada tahap ide bunuh diri ditandai dengan adanya pemikiran untuk mengakhiri hidup. Perilaku bunuh diri yang muncul adalah ungkapan perasaan putus asa dan bertindak "sok" berani yang menimbulkan kecelakaan (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Perilaku berisiko yang tersamarkan harus digali lebih dalam dengan menanyakan langsung pada remaja apakah mereka ada tujuan atau keinginan untuk bunuh diri. Perilaku bunuh diri tahap kedua adalah ancaman bunuh diri yaitu ungkapan untuk melakukan tindakan bunuh diri yang telah direncanakan.

Perilaku percobaan bunuh diri yang merupakan tahap ketiga ditandai dengan adanya upaya bunuh diri dengan melakukan tindakan tertentu. Laporan tentang bunuh diri pada usia yang lebih muda dari lima belas tahun sering berhubungan dengan perilaku mencederaikan diri sendiri. Sekitar 12.000 anak-anak usia lima sampai empat belas tahun yang dirawat di Amerika Serikat setiap tahun menunjukkan tindakan melukai diri secara sengaja (Stuart, 2009). Sulit membedakan antara percobaan bunuh diri dengan kecelakaan yang dibuat untuk mencederaikan diri sendiri (Cleary, et al, 2019). Risiko perilaku bunuh diri pada remaja dapat diidentifikasi berdasarkan tahap terjadinya bunuh diri.

Dampak langsung dari bunuh diri adalah kematian. Angka rata-rata kematian secara global akibat bunuh diri adalah 1,4 per 100.000 populasi (WHO, 2018). Bunuh diri adalah urutan kedua penyebab kematian pada kelompok usia sepuluh sampai empat belas tahun di Amerika Serikat dengan angka 517 kasus (CDC, 2017). Data ini menunjukkan peningkatan dari data sebelumnya yaitu bunuh diri menempati urutan ke empat penyebab kematian kelompok usia sepuluh sampai empat belas tahun (Holliday, 2012). Data menyebutkan bahwa angka bunuh diri pada kelompok usia lima sampai empat belas tahun pada tahun 2017 adalah 0,19 orang per 100.000 penduduk (*Institute for Health Metrics* (IHME), 2017). Angka kematian akibat bunuh diri pada kelompok remaja di Indonesia masih sulit didapat, hal ini dimungkinkan berhubungan dengan banyaknya kasus bunuh diri masih pada tahap ide bunuh diri. Pada tahap ide bunuh diri untuk mencegah masalah berkembang lebih jauh maka upaya promotif dan preventif sangat diperlukan.

B. Tujuan

Pembahasan risiko bunuh diri pada remaja dalam buku ini bertujuan memberikan gambaran tentang:

1. Tingginya risiko kejadian bunuh diri pada usia remaja awal.
2. Konsep dan teori tentang risiko bunuh diri pada remaja.
3. Upaya pencegahan risiko bunuh diri pada remaja.

C. Manfaat

Pembahasan risiko bunuh diri pada remaja ini memberi manfaat:

1. Sumber literatur yaitu kumpulan informasi yang diberikan dapat menjadi acuan atau referensi untuk menambah wawasan pengetahuan atau dalam menyusun suatu karya ilmiah.
2. Panduan atau pedoman dalam upaya pencegahan dan penanggulangan masalah risiko bunuh diri secara umum dan remaja pada khususnya.

BAB II



KONSEP DAN TEORI BUNUH DIRI PADA REMAJA

A. Konsep Remaja

Secara umum remaja adalah individu yang telah melewati masa kanak-kanak dan menuju masa dewasa. Masa remaja yang berada pada rentang usia sepuluh sampai sembilan belas tahun (WHO, 2014). Masa ini adalah masa dimana terjadi perkembangan yang pesat. Beberapa ahli mengelompokkan masa remaja menjadi masa remaja awal, masa remaja tengah, dan masa remaja akhir. Berikut diuraikan yang berhubungan dengan remaja awal.

1. Pengertian

Secara umum remaja didefinisikan sebagai masa transisi dimana individu belum dapat dikatakan dewasa tetapi juga bukan anak-anak (Stuart, 2013, Keliat, Pasaribu, 2016). Masa remaja suatu fase perkembangan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa, berlangsung antara usia sepuluh tahun sampai sembilan belas tahun (WHO, 2014). Remaja merupakan suatu periode perkembangan antara masa anak-anak dan masa dewasa yang diikuti oleh perubahan biologis, kognitif, dan sosioemosional (Nasution, 2007). Remaja adalah individu yang unik dengan segala proses perkembangan yang harus dilalui baik secara fisik dan psikologis (Nasriati, 2011). Penekanan pengertian remaja adalah tahap perkembangan antara usia anak-anak dan dewasa.

Masa remaja dibagi menjadi dua kelompok yaitu masa remaja awal usia antara dua belas tahun sampai enam belas tahun, dan masa remaja akhir usia tujuh belas tahun sampai

dua puluh lima tahun (Depkes RI, 2009). Pengelompokan usia remaja juga dilakukan oleh Hurlock pada tahun 1978, menurutnya masa remaja dikelompokkan dalam tiga kelompok yaitu remaja awal usia dua belas tahun sampai lima belas tahun, remaja tengah usia enam belas tahun sampai delapan belas tahun, dan remaja akhir usia sembilan belas tahun sampai dua puluh tahun (Wong, 2006). Berdasarkan uraian diatas dapat didefinisikan bahwa remaja awal adalah individu pada fase perkembangan usia antara dua belas tahun sampai lima belas tahun yang mengalami perubahan pada berbagai aspek perkembangan.

Usia remaja awal mengalami perubahan baik secara fisik maupun psikologis. Remaja awal secara berkelanjutan selalu mengevaluasi dirinya dalam hal perubahan fisik terutama karakteristik seks primer dan sekunder yang sangat jelas terlihat. Perubahan fisik ini juga mempengaruhi perubahan psikologis yang terjadi. Perubahan-perubahan tersebut berkaitan juga dengan tugas perkembangan dan aspek perkembangan yang dialami oleh remaja awal.

2. Tugas perkembangan remaja

Remaja adalah satu tahap perkembangan yang unik, dimana terjadi perubahan dalam pertumbuhan dan perkembangan. Tugas perkembangan yang harus diselesaikan selama masa remaja antara lain mencapai kemampuan membina hubungan yang lebih dewasa dengan teman sebaya dari kedua gender, mencapai kemampuan dalam melaksanakan peran sosial maskulin atau feminin, menerima perubahan fisik dan menjaga tubuh

secara efektif, mencapai kemandirian emosional dari orang tua dan orang dewasa lainnya, memperoleh seperangkat nilai dan sistem etika sebagai panduan dalam berperilaku, mempersiapkan diri untuk berkarir, dan mempersiapkan diri untuk pernikahan serta kehidupan berkeluarga.

Perkembangan yang terjadi pada remaja sangat pesat dan kompleks, yang menuntut pencapaian tugas perkembangan yang sangat kompleks pula. Apabila remaja gagal melalui tugas perkembangannya maka pada tahap perkembangan berikutnya akan terjadi masalah (Keliat, dkk, 2018). Tugas perkembangan remaja yang sangat menonjol adalah perkembangan identitas diri, oleh karena itu di masa ini juga dikatakan sebagai masa pencarian identitas diri. Pencarian identitas adalah untuk menjawab pertanyaan “siapakah saya dan kemanakah saya?” Nilai yang ingin dicapai pada fase remaja ini adalah kesetiaan, artinya penyesuaian hidup berdasarkan pada standar yang berlaku di masyarakat. Oleh sebab itu masa remaja menjadi periode penting untuk menilai pola perubahan ataupun kestabilan kejelasan konsep diri (Keliat, dkk, 2018). Konsep diri yang terbentuk pada masa remaja akan mempengaruhi bagaimana remaja menilai dan memandang dirinya di masa yang akan datang.

Tugas perkembangan remaja pada masa ini adalah mengatasi krisis identitas diri versus kebingungan identitas (Erikson, 1963; Papalia, et al., 2001). Identitas adalah potret diri yang tersusun atas berbagai aspek, antara lain identitas pekerjaan/karir, identitas politik, identitas spiritual, identitas relasi (lajang, menikah, bercerai), identitas prestasi/

intelektual, identitas seksual, identitas budaya/etnik, minat, kepribadian dan identitas fisik (Santrock, 2012). Definisi lain yaitu identitas diri kemampuan, keyakinan, kemampuan memilih dan mengambil keputusan, baik menyangkut pekerjaan, orientasi seksual, dan filsafat hidup (Waterman, 1988; Keliat, dkk, 2018), hubungan antara persepsi diri seseorang dan bagaimana seseorang tersebut tampil dihadapan orang lain. Identitas juga disebutkan sebagai (Stuart, 2013; Keliat, & Pasaribu, 2016) kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari penilaian dan observasi diri, sintesa dari semua aspek yang mewakili diri yang diorganisir menjadi satu keutuhan. Identitas merupakan suatu perasaan berbeda dari orang lain (Adams & Marshall, 1996; Serafini, Maitland, & Adams, 2006; Keliat, dkk, 2018) mendefinisikan identitas sebagai sebuah konstruksi sosio-psikologikal yang merefleksikan pengaruh sosial melalui proses imitasi dan identifikasi serta konstruksi diri secara aktif dalam menciptakan sesuatu yang penting bagi diri dan orang lain. Jadi, berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan identitas diri adalah kesadaran diri setelah melakukan penilaian terhadap dirinya yang menyangkut satu kesatuan dari semua aspek yang ada dalam diri, yang diperoleh dari proses imitasi dan identifikasi serta konstruksi diri secara aktif yang akan mempengaruhi penampilan diri dan perannya di masyarakat.

Identitas diri menjadi penanda bahwa remaja telah mampu untuk melampaui dan beradaptasi dengan berbagai perubahan yang dialami. Pencapaian tugas perkembangan remaja terkait dengan pencapaian identitas,

terdapat beberapa indikator yang dapat digunakan sebagai alat ukur tercapainya perkembangan remaja tersebut (Erickson, 1968; Keliat, dkk, 2018). Indikator pencapaian perkembangan normal remaja kemudian menjadi suatu proses yang harus dicapai atau bisa disebut sebagai tugas perkembangan (Viejo, Gómez-López, & Ortega-Ruiz, 2018; Keliat, dkk, 2018) yaitu tangguh, menguasai diri sendiri, siap untuk menjalani kehidupan dewasa dan menjadi faktor protektif remaja menghadapi masalah kesehatan jiwa.

Tugas perkembangan remaja (Havighurst, 1972; Keliat, dkk, 2018) yang pertama adalah menyesuaikan diri dengan perasaan terkait perubahan fisik yang baru. Kedua, menyesuaikan diri dengan kemampuan intelektual yang baru. Ketiga, menyesuaikan diri dengan peningkatan tuntutan kemampuan kognitif di sekolah. Keempat, mengembangkan kemampuan verbal secara luas. Mengembangkan kepekaan terhadap identitas dan kepribadian diri. Keempat, menetapkan tujuan terkait kemampuan spesifik sebagai orang dewasa (pekerjaan, profesi, hobi). Kelima, menetapkan kemandirian psikologis dan emosional dari orang tuanya. Keenam, mengembangkan hubungan sebaya yang menetap dan produktif. Ketujuh, belajar mengendalikan berbagai dorongan seksualnya. Kedelapan, beradaptasi dengan sistem nilai dan kepribadian serta kebiasaan kedewasaan.

Tugas perkembangan remaja yang diuraikan oleh Havighurst kemudian diadaptasi oleh pusat kajian psikoanalisis *Massachusetts Institute Technology (MIT)* untuk kemudian menguraikan tugas perkembangan remaja

normal yang disesuaikan dengan perkembangan teknologi secara global yang didasarkan dari penelitian dan kajian yang telah dilakukan dan secara rinci diuraikan sebagai berikut: 1) Menyesuaikan diri dengan kematangan secara seksual meliputi penyesuaian tubuh dan perasaan. 2) Mengembangkan dan menerapkan keterampilan berpikir abstrak. 3) Mengembangkan dan menerapkan keterampilan koping baru dalam berbagai situasi seperti pengambilan keputusan, pemecahan masalah, dan resolusi konflik. 4) Mengidentifikasi terkait dengan arti, nilai, moral, dan sistem kepercayaan di lingkungan sekitar. 5) Memahami dan mengekspresikan pengalaman emosional yang lebih kompleks. 6) Membentuk pertemanan yang erat dan saling mendukung. 7) Menentukan aspek aspek kunci sebagai identitas. 8) Memenuhi tuntutan peran dan tanggung jawab yang semakin dewasa. 9) Merundingkan kembali hubungan dengan orang dewasa dalam peran sebagai orang tua (Keliat, dkk, 2018). Tugas perkembangan masa remaja ini harus tercapai agar tidak terjadi hambatan di tahap perkembangan berikutnya.

Perkembangan identitas diri remaja dicirikan dengan remaja sering menunjukkan perilaku mencoba dan menguji dirinya sendiri dengan melakukan hal-hal yang ekstrim (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Hal ini dapat berguna untuk membantu mengembangkan identitas diri. Sikap membantah atau perilaku negatif menunjukkan perkembangan remaja menuju kemandirian dan otonomi yang lebih kompleks. Remaja bersikap negatif dan berperilaku berlawanan dengan orang tua atau orang-

orang yang bersikap otoriter yang diyakini tidak akan mengizinkan mereka terpisah dan menjadi individu yang unik. Perilaku eksplorasi membuat remaja mencoba peran baru dan berusaha menemukan apa yang sesuai dengan dirinya. Remaja sering menjadikan kelompok teman sebaya sebagai cara untuk memisahkan diri dari orang tua dan membentuk identitas diri sendiri. Kelompok teman sebaya sering digunakan untuk mencoba peran baru yang memberi rasa nyaman. Semakin besar perbedaan seorang remaja dengan anggota kelompoknya maka semakin besar kecemasan yang terjadi pada remaja (Stuart, 2013, Keliat, Pasaribu, 2016). Perilaku meniru (*copycat*) menjadi ciri khas pada perkembangan remaja dan sering meliputi seluruh aspek kehidupan remaja (Cleary, 2019). Pengasuhan yang tepat dari orang tua akan membantu remaja mengeksplorasi identitas dengan sehat. Remaja yang berhasil dalam mengeksplorasi identitas dirinya memiliki hubungan dengan orang tua yang saling menghargai dalam kebersamaan dan keterpisahan, mendukung perbedaan antara anggota keluarga, serta menyadari batasan jelas diri dengan anggota keluarga lain. Hal ini berpengaruh kepada pendekatan terhadap teman sebaya dan hubungan sosial yang positif serta mengembangkan keterampilan dalam hal memulai, membedakan, mempertahankan, dan membina hubungan persahabatan yang mendalam.

3. Aspek Perkembangan Remaja

Aspek perkembangan remaja terdiri dari sembilan aspek meliputi perkembangan biologi, psikoseksual,

kognitif, bahasa, emosi, kepribadian, moral, spiritual, sosial, bakat dan kreativitas.

a. Aspek Perkembangan Biologis dan Psikoseksual

Gambaran dasar masa remaja adalah serangkaian perubahan biologis yang dikenal sebagai masa pubertas. Masa pubertas melibatkan serangkaian kejadian biologis yang menghasilkan perubahan pada tubuh (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Perubahan biologis dibagi menjadi dua kategori yaitu perkembangan otak dan hormonal. Perubahan biologis dapat diamati dengan pertumbuhan dan perkembangan fisik remaja.

Meningkatnya produksi hormon pada remaja menyebabkan perkembangan kemampuan reproduksi dan kematangan penampilan fisik (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Perubahan fisik merupakan tanda dan gejala utama pertumbuhan masa remaja. Perubahan fisik pada remaja perempuan antara lain pertumbuhan pesat, perkembangan payudara, pertumbuhan rambut pubis, rambut ketiak, produksi keringat ketiak, pengeluaran sekret vagina, dan menstruasi. Perubahan fisik pada remaja laki-laki meliputi pertumbuhan pesat, perkembangan testis, skrotum, dan penis, ejakulasi, pertumbuhan rambut pubis, rambut ketiak dan badan, kumis, perkembangan kelenjar keringat ketiak, suara pecah dan membesar (Indarjo, 2009). Walaupun seluruh remaja mengalami perubahan selama pubertas tetapi waktu terjadinya perubahan dan kecepatan perubahan sebagian besar individu remaja berbeda-beda.

Pertumbuhan otak tetap berlangsung selama masa remaja. Jumlah neuron tidak bertambah, tetapi sel-sel pendukung yang mengikat dan memelihara neuron mulai berkembang. Pertumbuhan selaput myelin di sekitar akson sel saraf berlanjut sampai masa pubertas, dan proses pertumbuhan saraf lebih cepat. Secara bersamaan, jumlah koneksi antara neuron yang berdekatan mulai menurun, hal ini kemungkinan menggambarkan hilangnya koneksi antara neuron yang tidak sesuai atau jumlah neuron yang terlalu berlebihan. Respon fisik terhadap stres yang terjadi pada remaja lebih cepat dibandingkan pada orang dewasa, hal ini karena korteks prefrontal yang berperan menenangkan saat menilai adanya bahaya dan menurunkan respon stres belum berkembang penuh (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Hal ini berhubungan dengan perilaku remaja yang kadang tampak meledak-ledak merespon suatu masalah.

Pada perkembangan psikoseksual, remaja diharapkan berperilaku sesuai dengan jenis kelaminnya. Perubahan biopsikoseksual yang terjadi yaitu perasaan tertarik pada lawan jenis, lebih memperhatikan penampilan, meningkatnya khayalan seksual, dan berusaha menjaga kesehatan diri dengan olahraga dan melakukan perawatan diri. Kemampuan adaptasi terhadap perubahan fisik tidak sama pada remaja, sehingga dapat menyebabkan rasa tidak puas terhadap penampilan diri, tidak percaya diri, merasa canggung, perasaan tidak nyaman, tidak menerima keadaan diri

dan merasa minder jika berada di antara teman-temannya (Sarwono, 2011). Hal ini yang nantinya ikut mempengaruhi keyakinan remaja akan identitas dirinya.

Bagian otak juga masih berkembang korteks frontal, area otak yang bertanggung jawab untuk berpikir rasional, masih berkembang selama masa remaja. Amigdala dan Korteks Frontal adalah dua wilayah kunci di otak, amigdala berkembang lebih awal, berfungsi untuk memproses stres dan emosi, bertanggung jawab atas reaksi instingtual seperti ketakutan dan perilaku agresif. Korteks frontal, area otak yang bertanggung jawab untuk penilaian, pengendalian diri, regulasi emosional, pemikiran rasional, penetapan tujuan, moralitas, dan pemahaman konsekuensi, belum sepenuhnya berkembang pada remaja.

Remaja menggunakan fantasi untuk melepaskan ketegangan seksual. Namun sering remaja merasa bersalah dan malu tentang fantasi atau perasaan seksual tersebut. Fantasi biasanya digunakan untuk menemukan solusi dan mengevaluasi konsekuensi. Salah satu cara yang dilakukan remaja dalam melepaskan ketegangan seksual adalah dengan melakukan masturbasi. Nilai masturbasi mungkin akan berkurang jika disertai perasaan malu dan bersalah. Remaja laki-laki sering merasa takut jika terjadi peristiwa ejakulasi, sedang remaja putri khawatir terjadi perubahan pada alat kelamin sebagai akibat melakukan masturbasi. Percobaan perilaku homoseksual merupakan hal yang umum terjadi pada remaja awal. Percobaan yang

dilakukan remaja dapat berupa saling masturbasi dan menyentuh alat genetalia, namun hal ini tidak menentukan atau memicu terjadinya homoseksual ketika mereka dewasa (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Berbagi pengalaman masalah seksual dengan sebaya dapat membantu menurunkan kecemasan tentang seksualitas dan meyakinkan remaja bahwa mereka adekuat secara seksual.

Dibandingkan dengan masa sebelumnya, saat ini remaja telah banyak yang melakukan aktifitas seksual termasuk hubungan seks dan oral seks. Beberapa hal yang diyakini sebagai penyebab adalah pengaruh musik dan media, orang tua yang kurang perhatian, serta masa pubertas yang terjadi lebih awal. Masyarakat bersikap ganda terhadap perilaku seks remaja, ada yang menganjurkan remaja untuk menunggu sampai saat yang tepat melakukan hubungan seks, ada juga yang menganjurkan penggunaan kondom untuk mencegah penularan penyakit dan kehamilan (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Pemahaman remaja tentang kesehatan seksual membantu remaja untuk menentukan perilaku seksual yang dipilih dan konsekuensi masalah yang mungkin timbul akibat perilaku seksualnya.

b. Aspek Perkembangan Kognitif

Perkembangan kognitif pada usia remaja berada pada fase operasional formal. Pembentukan pikiran operasional formal sejalan dengan perubahan yang terjadi pada sistem neuron (Stuart, 2013; Keliat,

Pasaribu, 2016). Sebelumnya remaja telah melalui fase perkembangan kognitif sensorimotor, praoperasional, dan operasional konkret. Pada tahap operasional formal individu telah dapat berpikir abstrak dan hipotesis.

Remaja sudah dapat berpikir secara sistematis dan mampu memikirkan semua kemungkinan untuk dapat memecahkan masalah. Remaja mulai pada pengambilan keputusan baik di rumah maupun sekolah. Remaja sudah menunjukkan cara berpikir logis, sehingga sering menanyakan kewenangan dan standar di masyarakat maupun di sekolah. Remaja menggunakan istilah-istilah sendiri mempunyai pandangan sendiri tentang olahraga yang baik untuk bermain, memilih kelompok bergaul, pribadi seperti apa yang diinginkan, dan mengenal cara untuk berpenampilan menarik (Tim Penulisan Poltekkes Depkes Jakarta I, 2012). Otonomi dan tanggung jawab yang diberikan orang tua akan membantu remaja meningkatkan kemampuan dalam mengambil keputusan.

c. Aspek Perkembangan Bahasa

Perkembangan Bahasa pada remaja memiliki kaitan yang erat dengan perkembangan kognitif. Perkembangan bahasa dikonstruksi diatas perkembangan intelektual, sehingga kemampuan berbahasa seseorang akan banyak dipengaruhi oleh kapasitas kemampuan kognitifnya, dan semakin tinggi tingkat intelektual seseorang maka semakin cakap kemampuannya dalam berbahasa (Sa'ida, 2018). Perkembangan bahasa yaitu

kemampuan remaja dalam membentuk pengertian, menyusun pendapat dan menarik kesimpulan. Empat tugas pokok yang harus diselesaikan atau dikuasai oleh individu dalam perkembangan bahasa yaitu pemahaman, pengembangan perbendaharaan kata, penyusunan kata-kata menjadi kalimat, dan pengucapan (Yusuf, 2010). Secara umum remaja mengenal sekitar 80.000 kata saat usia 16-18 tahun, mereka berbicara dengan bahasa yang berbeda dengan teman sebayanya dibandingkan dengan orang dewasa (Owen, 1996 dalam Papalia, Olds & Feldman, 2013; Keliat, dkk, 2018). Bahasa pergaulan remaja merupakan bagian dari proses perkembangan identitas diri yang berbeda dari dunia orangtua dan orang dewasa, remaja memiliki kemampuan dalam bermain dengan kata-kata yang baru saja muncul untuk mendefinisikan cara pandang unik generasi mereka dalam hal nilai, selera dan preferensi (Elkind, 1998; Papalia, Olds & Feldman, 2013; Keliat, dkk, 2018). Bahasa menjadi aspek perkembangan yang penting untuk menjembatani remaja dalam mengekspresikan apa yang dirasakan. Perkembangan bahasa akan meningkat apabila remaja sering bergaul dengan banyak orang dengan berbagai latar belakang budaya yang berbeda (Hoover, Sterling, & Storkel, 2011, Keliat, dkk, 2018). Selain itu, belajar istilah-istilah baru yang unik dan banyak digunakan oleh teman sebayanya (Carey & Sarnecka, 2006; Keliat, dkk, 2018). Perkembangan bahasa pada remaja memiliki ciri dan keunikan tersendiri.

Remaja diharapkan mampu menggunakan bahasa tingkat lanjut yaitu menggunakan kalimat kompleks, baik dalam pernyataan lisan maupun bahasa tertulis (Talyana, 2013; Keliat, dkk, 2018). Bahasa lisan dapat dilatih dengan pidato, presentasi, membaca (misal teks atau puisi), bahasa tulisan dapat dilatih dengan menulis cerita dan laporan. Remaja mampu menghasilkan cerita tertulis yang mengikuti aturan tata bahasa, dan secara teratur membuat kesimpulan yang benar dari teks tertulis. Pemahaman dan kemampuan remaja menganalisis dan merefleksikan pandangannya terhadap bacaan, yaitu menjelaskan bacaan dengan menggunakan kata-katanya sendiri. Kemampuan ini dapat dilatih dengan memberikan bahan baca, kemudian remaja menulis analisis dan refleksinya terhadap bahan bacaan tersebut dengan menggunakan kata-kata sendiri.

Keterampilan bahasa sosial sangat penting bagi remaja, kemampuan untuk menanggapi sarkasme, perundung atau ejekan, dari teman sebaya. Jika tidak memiliki kemampuan bahasa sosial yang baik, maka remaja menjadi sasaran. Untuk itu remaja perlu latihan cara-cara menghadapi situasi ini. Keterampilan ini dapat dilatih dan dikembangkan dengan cara meningkatkan pergaulan sehingga remaja mungkin akan menemui kesulitan dalam menghadapi seseorang dan mencoba keterampilan yang sudah dilatih.

d. Perkembangan Emosi

Perkembangan sosioemosional atau perkembangan psikososial (Erikson, 1968; Potter, Perry, 2009) remaja berada pada tahap identitas *versus* kebingungan identitas. Remaja telah melalui tahap kepercayaan *versus* ketidakpercayaan, otonomi *versus* rasa malu dan ragu, inisiatif *versus* rasa bersalah, dan industri *versus* inferior. Pada tahap identitas remaja belajar mengungkapkan aktualisasi untuk menjawab pertanyaan “siapa saya?”. Remaja melakukan tindakan yang baik sesuai dengan sistem nilai yang ada. Pengembangan identitas seksual baik laki-laki maupun perempuan dibangun dan secara bertahap mengembangkan cita-cita yang diinginkan. Meskipun demikian, tidak jarang terjadi penyimpangan identitas, adanya percobaan tindakan kejahatan, atau melakukan pemberontakan pada orang tua.

Tingkat hormon memengaruhi perilaku remaja dan menghasilkan respon emosional yang ekstrem seperti perubahan suasana hati dan emosional yang meledak-ledak (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Remaja mengalami masa kegembiraan dan ketegangan yang tinggi dalam merespon perubahan fisik pada masa pubertas.

e. Perkembangan Kepribadian

Perkembangan kepribadian remaja berjalan seiring dengan pembentukan identitas diri remaja. Ciri utama kepribadian remaja (Caspi et al., 2005; McCrae & John, 1992; Klimstra, 2013; Widiger, 2017; Keliat, dkk,

2018) adalah: Kesepakatan (*Aggreableness*) pada remaja mulai berkembang yaitu, suka menolong, kooperatif, kebaikan, penyayang dan hangat, khususnya pada kelompok teman sebaya. Ektraversi (*Extraversion*) pada remaja mulai berkembang yaitu senang bergaul, mempunyai kelompok dan mempunyai energy positif. Keterbukaan (*Openness to Experience*) pada remaja mulai berkembang yaitu, sikap keingintahuan, keter-tarikan dan kreatifitas pada hal yang baru. Teliti dan hati-hati (*Conscientiousness*) pada remaja mulai ber-kembang yaitu, keteraturan, bertanggungjawab dan tekun. Neurotik (*Neuroticism*) pada remaja mulai ber-kembang yaitu, emosi yang terkontrol dan percaya diri.

Ciri-ciri kepribadian ini dipengaruhi oleh faktor lingkungan seperti peran sosial dan hubungan sosial dalam keluarga, sekolah dan masyarakat. Masa re-maja akan terjadi perubahan ke arah kepribadian orang dewasa. Harapannya bahwa *Neuroticism* akan menurun dan *Aggreableness*, *Extraversion*, *Openness to Experience*, dan *Conscientiousness* akan meningkat. Selain itu, ciri kepribadian menjadi lebih mapan dan gambaran sifat kepribadian menjadi lebih stabil (Roberts, Caspi, & Moffitt, 2001; Klimstra, 2013; Keliat, dkk, 2018). Penelitian longitudinal pada remaja usia 12-20 (Klimstra, Hale, Raaijmakers, Branje, & Meeus, 2009; Klimstra, 2013; Keliat, dkk, 2018) menemukan bukti bahwa peningkatan level rata-rata dalam *Agreea- bleness*, *Extraversion*, dan *Openness*, dan penurunan dalam *Neuroticism*. Selain itu gambaran stabilitas

juga meningkat secara sistematis. Selain itu, remaja perempuan menunjukkan perkembangan lebih di depan dari pada remaja laki-laki.

Berdasarkan beberapa penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara perkembangan kepribadian dengan pembentukan identitas diri. Usia remaja penting dalam perubahan menuju kepribadian seperti orang dewasa. Masa remaja juga ditandai dengan pembentukan identitas diri. Proses pembentukan identitas diri menyebabkan beberapa perubahan kepribadian remaja. Khususnya, peningkatan identifikasi dengan peran sosial orang dewasa yaitu komitmen, yang merupakan tolok ukur pembentukan identitas. Komitmen identitas telah terbukti berhubungan dengan ciri-ciri kepribadian *Conscientiousness*, *Agreeableness*, dan *Neuroticism* (Lodi-Smith & Roberts, 2007; Klimstra, 2013; Keliat, dkk, 2018). Hal ini berperan sebagai kekuatan pendorong didalam perubahan kepribadian remaja.

f. Perkembangan Moral

Perkembangan moral remaja dilihat dari bagaimana remaja menyelesaikan konflik moralnya. Remaja pria pada umumnya mencari penyelesaian secara langsung, sedangkan remaja putri berusaha menghindari konflik untuk mempertahankan hubungan. Pandangan teoritis secara budaya adalah bahwa remaja dipercaya telah memiliki hak-hak seperti orang dewasa tetapi masih ditahan. Secara umum masyarakat belum memberi

kekuasaan penuh kepada remaja sampai mencapai status sebagai orang dewasa (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Penyesuaian yang tepat bagi remaja dari orang tua dan masyarakat di lingkungannya akan membantu remaja mengambil tanggung jawab secara moral dan budaya.

g. Perkembangan Spiritual

Perkembangan spiritual pada remaja sejalan dengan perkembangan kemampuan kritis psikologis remaja dalam menyoroti nilai-nilai agama dengan cermat. Remaja mulai membawa nilai-nilai agama ke dalam kalbu dan kehidupannya, menghayati bahwa iman dan hati menentukan perilaku dan perbuatan seseorang. Mereka juga mengamati secara kritis ketidaksesuaian yang terjadi di masyarakat yang gaya hidupnya kurang memedulikan nilai-nilai agama, bersifat munafik, tidak jujur, dan perilaku amoral lainnya. Hal ini menyebabkan idealisme keimanan dan spiritual remaja mengalami benturan-benturan dan ujian. Gambaran remaja tentang Tuhan dengan sifat-sifatnya merupakan bagian dari gambarannya terhadap alam dan lingkungan yang juga dipengaruhi oleh sifat dan perasaan remaja itu sendiri. Perasaan remaja terhadap Tuhan tidak tetap, kadang remaja sangat cinta dan percaya pada Tuhan tetapi sering pula menjadi acuh tak acuh bahkan menentang (Jalaludin, 2007). Perasaan remaja dalam beragama dipengaruhi oleh pengalaman spiritual yang didapat selama masa

perkembangan sebelumnya dan lingkungan dimana ia tinggal. Remaja yang tidak mendapatkan bimbingan agama dari orang tua selama masa kecilnya akan mengalami kesulitan dan berat mengembangkan perasaan beragama selama masa remaja.

Perkembangan rasa beragama remaja mengalami tahapan yang terjadi selama masa transisi ini. Tahap awal kebanyakan remaja percaya kepada Tuhan, melaksanakan ibadah, dan menjalankan ajaran agama karena ikut-ikutan. Remaja memercayai Tuhan dan melaksanakan ibadah karena hidup dan dididik dalam lingkungan yang beragama dimana orang tua, teman-teman serta masyarakat disekelilingnya percaya Tuhan dan rajin beribadah. Hal ini terjadi jika orang tua memberikan didikan agama dengan cara yang menyenangkan sehingga pengalaman masa kanak-kanak ini akan terus berjalan. Walaupun demikian kepercayaan ikut-ikutan ini tidak akan bertahan lama, biasanya hanya sampai remaja awal (sekitar usia tiga belas tahun). Setelah itu remaja mengalami tahap percaya dengan kesadaran. Remaja ketika mencapai usia enam belas tahun dimana pertumbuhan jasmani hampir selesai, pengetahuan telah bertambah, dan memiliki kematangan berpikir maka perhatian kepada ilmu pengetahuan dan agama serta permasalahan sosial masyarakat semakin besar dan membangun. Kesadaran dan semangat beragama membuat remaja meninjau dan menilai kembali cara beragamanya di masa lalu. Remaja berada pada tahap kebimbangan

beragama. Fase ini tidaklah sama pada setiap remaja. Sesuai dengan kepribadian dan pengalamannya maka ada remaja yang merasa telah sesuai keyakinannya, ada juga yang merasa ragu-ragu kepada Tuhan karena merasa Tuhan tidak melindungi atau tidak menolong bangsa atau golongannya. Tahap selanjutnya adalah kepercayaan kepada Tuhan.

Tahap ini terjadi pada masa akhir perkembangan remaja. Salah satu kemungkinan yang terjadi adalah remaja mengingkari wujud Tuhan dan menggantikannya dengan kepercayaan lain. Mungkin sekali remaja mengungkapkan dirinya atheis. Hal ini dapat terjadi akibat kekecewaan, penderitaan batin, atau sakit hati yang berlarut-larut yang menimbulkan rasa putus asa terhadap keadilan dan kekuasaan Tuhan. Sementara remaja dengan keimanan yang baik mengalami kece-masan karena memperhatikan ilmu pengetahuan seakan menentang keyakinannya. Hal ini memicu semangat beragama remaja dan membela agama dari segala kemungkinan serangan yang ditujukan kepada agamanya (Jalaludin, 2007). Perkembangan kesadaran beragama remaja yang sehat akan membentuk keyakinan kepada Tuhan yang utuh dan menjalankan ibadah sesuai tuntunan agamanya serta menerapkan nilai-nilai agama dalam kehidupan sehari-harinya.

h. Aspek Perkembangan Sosial

Remaja berespon sangat cepat terhadap orang dan kejadian. Remaja mungkin tertarik pada satu

bidang dan tiba-tiba berubah pada hal lain. Remaja mudah sekali untuk terluka dan kecewa kepada orang lain. Ada kecenderungan remaja memuja sikap kepahlawanan dan sikap yang menyentuh hati, tetapi jarang mengevaluasi orang yang dipuja tersebut. Remaja sering meniru cara berpakaian, berbicara, bahasa, dan berpikir orang lain. Hal ini dapat terlihat dari cara berpakaian, musik, atau hobi. Remaja berespon terhadap banyak stimulus dan mengalihkan ketegangan dengan menciptakan hal-hal baru serta memiliki dorongan mencoba berbagai bidang yang diminati dengan intensitas yang besar (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Hal ini menjadi alasan perilaku coba-coba yang menjadi salah satu ciri khas perkembangan masa remaja.

Kelompok teman sebaya sangat penting bagi remaja. Remaja dapat menguji pikiran dan ide-ide yang ada serta saling berbagi pengalaman untuk mencoba menemukan jawaban dari setiap permasalahan yang dihadapi dengan kelompoknya. Melalui kelompok teman sebaya, remaja dapat mengeksplorasi cara lain dalam menghadapi masalah dan menawarkan bantuan kepada teman anggota, bersikap melindungi, serta memberikan rasa aman. Dalam kelompok, remaja dapat bersikap tergantung pada orang lain sebagai bagian dari kelompok. Rasa aman dalam kelompok membuat remaja dapat mengobservasi, memberi komentar, dan mengevaluasi aktifitas anggota kelompok lainnya. Remaja sangat setia kepada teman-

temannya. Rasa aman dalam kelompok menjadi hal yang sangat penting bagi remaja sehingga mereka mengupayakannya dengan segala cara bahkan terkadang dengan bersikap merusak (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Menemukan teman sebaya yang tepat dapat membantu perkembangan sosial remaja ke arah yang positif.

Hubungan yang dekat dengan teman berbeda jenis kelamin menimbulkan rasa aman pada remaja. Memiliki kedekatan dengan seseorang membuat remaja dapat mendiskusikan masalahnya dan mengevaluasi solusi-solusi yang ada. Hubungan yang saling menguntungkan ini akan meningkatkan harga diri dan mengembangkan rasa ketertarikan serta menunjukkan sikap adanya seseorang yang disayang (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Perasaan utuh membuat stabil remaja dalam perkembangannya.

Remaja memiliki keinginan alam bawah sadar untuk mempertahankan ketergantungannya, tetapi di sisi lain remaja dalam proses menuju kemandirian. Kondisi ini membuat remaja menunjukkan sikap ambivalen. Remaja sering merespon kejengkelan atau kekesalan kecil dengan marah yang meluap-luap. Remaja menilai kemandirian sebagai kondisi bebas dari kontrol orang tua. Mereka meyakini bahwa bersikap layaknya orang dewasa akan dilihat sebagai orang yang telah dewasa. Remaja dapat terlibat dalam situasi yang berada di luar batas kemampuannya dan membuat takut serta merasa terbebani. Untuk mengurangi

kecemasan remaja bersikap seperti anak-anak dan menjadi tergantung kepada orang-orang yang dapat membuat rasa aman, terutama orang tua. Tetapi merasa mundur menjadi anak-anak membuat remaja merasa terancam sehingga sering remaja menyangkal masih memerlukan orang tua dan mengkritik bahwa orang tua memperlakukan mereka seperti anak kecil. Pada situasi lain remaja juga sering mengeluhkan orang tua tidak perhatian pada mereka (Stuart,2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Untuk dapat mencapai kemandirian yang sehat interaksi dan hubungan remaja dengan orang tua sangat penting termasuk pola asuh yang diterapkan.

Dampak jenis pengasuhan orang tua terhadap kemandirian remaja akan menghasilkan sikap yang berbeda (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Pengasuhan orang tua secara tradisional bersifat menghargai keberlanjutan dan keteraturan. Mereka menerima nilai-nilai yang telah ditanamkan dari generasi sebelumnya. Hasilnya remaja dengan pola asuh ini cenderung lebih dekat dengan orang tua, berorientasi pada penyesuaian dan pencapaian. Remaja kelompok ini sering menghindari konflik besar pada masa remajanya. Pengasuhan orang tua secara otoriter berorientasi untuk membentuk, mengontrol, dan membatasi remaja sesuai standar yang telah ditetapkan. Kepatuhan dilihat sebagai satu keyakinan yang harus diikuti. Remaja tidak diberi kekuasaan dan tanggung jawab. Kemandirian dianggap sebagai

ketidakpatuhan. Pendekatan yang digunakan bersifat hukuman dan disiplin keras untuk mengekang. Remaja sering mengalami masalah otonomi sebagai hasil pola asuh ini. Pengasuhan orang tua secara demokratis berpandangan bahwa standar yang mereka gunakan tidak selalu tepat. Orang tua cenderung bersikap suportif dan berespon sesuai situasi yang memerlukan solusi sehingga kemandirian remaja berkembang. Pola asuh ini mengkombinasikan antara memberi batasan dengan negosiasi dan melibatkan remaja dalam proses pembentukan disiplin. Hasil pola asuh ini remaja belajar fungsi kemandirian yang lebih besar.

Kebutuhan sosial pada remaja yaitu interaksi dengan teman sebaya dan perasaan saling memiliki menjadi hal yang sangat bermakna bagi remaja (Malekoff, 2014; Keliat, dkk, 2018). Pada masa ini berkembang "*social cognition*" yaitu kemampuan untuk memahami orang lain sebagai individu yang unik, baik menyangkut sifat pribadi ataupun nilai-nilai maupun perasaannya. Pemahaman ini mendorong remaja untuk menjalin hubungan sosial yang lebih akrab dengan orang lain terutama teman sebaya, hubungan ini dapat berupa persahabatan ataupun percintaan (pacaran).

Perkembangan sosial remaja meliputi pembentukan identitas diri, hubungan sosial, kemandirian (Hockenberry et al, 2003; Keliat, dkk, 2018), dan tanggungjawab. Pembentukan identitas diri merupakan komponen yang paling sentral. Proses pembentukan identitas dipandang sebagai proses integrasi perubahan

personal, tuntutan sosial, dan harapan untuk masa depan (Sprinthall, Collins, 1995; Keliat, dkk, 2018). Pembentukan identitas diri adalah membuat suatu perasaan sama, satu kesatuan dari kepribadian dan diakui orang lain sama dari waktu ke waktu.

Pembentukan identitas diri dimulai sejak bayi dengan proses identifikasi dan introspeksi. Identifikasi diperoleh dari hubungan ibu dengan bayi, hubungan anak dan orang tua/teman/guru/tokoh terkait aspek seksual dan gambaran diri, introspeksi melalui: *self evaluasi*, *reinforcement*, *self reinforcement*, dan berpikir positif (Stuart, 2013; Keliat & Pasaribu, 2016). Remaja mungkin mencoba hal-hal baru seperti gaya pakaian, musik, seni, atau grup pertemanan dalam mencari identitas. Teman, keluarga, media, budaya, dan banyak factor yang membentuk pilihan remaja.

Pada tahap pembentukan identitas diri, remaja mencoba untuk menemukan peran dan identitasnya melalui hubungan sosial yang dimiliki. Terdapat empat status identitas diri, masing-masing status identitas kombinasi antara kedalaman eksplorasi dengan komitmen pembentukan identitas diri (Marcia, 1966 dalam Chase, 2001; Giulianni, 2009; Frisch & Frisch, 2006; Keliat, dkk, 2018). Empat status identitas diri tersebut yaitu: 1) Identitas kabur (*Identity-diffusion*), remaja dengan identitas kabur dicirikan dengan belum aktif remaja dalam mengeksplorasi dan membuat komitmen pada suatu nilai dan tujuan. 2) Penutupan identitas (*Foreclosure*), remaja dengan

identitas penutupan yang dicirikan oleh belum matang dalam komitmen dan eksplorasi nilai-nilai yang dapat diadopsi dari orang lain yang dianggap penting. 3) Penundaan identitas (*Moratorium*), remaja dengan identitas penundaan dicirikan oleh keaktifan remaja mengeksplorasi dan mencari nilai-nilai dari diri sendiri dan lingkungannya, tetapi masih menunda komitmen atau komitmen yang sifatnya sementara. 4) Pencapaian identitas (*Identity-achieved*), remaja telah mencapai identitas dengan komitmen pada pilihannya, seperti keahlian (sekolah yang dipilih), pekerjaan, agama dan kepercayaan, dan menjalankannya. Komitmen dibuat setelah melakukan eksplorasi secara aktif. Mereka mencari tantangan, bertanya nilai-nilai, sebelum menentukan dari sudut pandangnya. Saat mencapai identitas pada umumnya penerimaan diri (*self-acceptance*). Identitas yang keempatlah yang menjadi tujuan dari perkembangan remaja.

Hubungan sosial pada remaja mengarahkan hasrat untuk meningkatkan hubungan dekat dengan orang lain (Sullivan 1953; Stuart, 2013; Keliat & Pasaribu, 2016), mencapai hubungan baru yang lebih matang dengan teman sebaya baik pria maupun wanita. Remaja diharapkan dapat berhubungan dengan orang lain atau lawan jenis, yang didasari atas saling menghargai dan menghormati. Remaja lebih banyak menghabiskan waktu dengan teman sebayanya dan lebih sedikit waktu dengan keluarga. Persahabatan dengan teman

sebayu pada kegiatan bersama, pertukaran pikiran dan perasaan.

Kemandirian (*autonomy*) pada remaja adalah untuk mencapai kepastian akan kebebasan dan kemampuan berdiri sendiri (Havigurst, 1985; Keliat, dkk, 2018). Kemandirian merupakan salah satu kebutuhan remaja untuk tidak bergantung secara psikis maupun secara ekonomi. Kemandirian seringkali membuat remaja merasa ingin bebas dari hal-hal yang mengatur kehidupannya, termasuk dari orang tua. Orang yang mandiri adalah orang yang berani mengambil keputusan dilandasi oleh pemahaman akan segala konsekuensi dari tindakannya (Stuart, 2013; Keliat & Pasaribu, 2016). Kemandirian remaja dicirikan dengan bepergian tanpa ditemani orangtua, bersama kelompok melakukan kegiatan, menghabiskan waktunya sendiri, membelanjakan uangnya sendiri. Orangtua merasakan perubahan rutinitas dan hubungan dalam keluarga.

Pada masa ini juga berkembang sikap "*comformity*", yaitu kecenderungan untuk menyesuaikan opini, pendapat, nilai, kebiasaan, kegemaran (*hobby*) atau keinginan yang diterima oleh orang lain (teman sebaya). Perkembangan kemampuan sosial menuntut remaja untuk memiliki kemampuan menyesuaikan diri dengan realitas sosial, situasi dan relasi baik dalam lingkungan keluarga, sekolah dan masyarakat luas.

Remaja dapat meningkatkan aspek sosialnya dengan melakukan stimulasi secara rutin dan tepat. Kegiatan stimulasi yang secara simultan berdampak

terhadap kemampuan adaptasi remaja terkait berbagai permasalahan yang muncul di lingkungan sosialnya (Ottolini et al., 2012; Keliat, dkk, 2018). Remaja juga lebih mudah untuk mendapatkan penerimaan sosial apabila remaja tersebut lebih sensitif terhadap perubahan dan dinamika yang terjadi di lingkungan sosialnya.

i. Perkembangan Bakat dan Kreativitas

Perkembangan bakat khusus remaja merupakan kemampuan bawaan berupa potensi khusus pada bidang tertentu. Bakat dapat diklasifikasikan menjadi lima bidang yaitu akademik, kreatif-produktif, psikomotor & kinestetik, dan sosial (Conny, Utami, 1987, Ali, Ansori, 2009; Keliat, dkk, 2018). Bakat dapat memungkinkan seseorang untuk mendapatkan prestasi yang diinginkan, namun untuk mewujudkannya diperlukan pengetahuan, latihan, motivasi dan pengalaman yang cukup. Keberhasilan dan prestasi yang didapatkan dari bakat dapat meningkatkan harga diri (Hockenberry, dkk, 2003; Keliat, dkk, 2018) dan menjadi identitas dari remaja, misalnya pemain sepakbola, penyanyi pop, juara olimpiak sains. Penelitian menunjukkan bahwa anak-anak yang sangat berbakat, baik dalam olah raga, seni atau akademisi, seringkali membutuhkan dukungan substansial dari orang lain di hidup mereka untuk mengembangkan bakat mereka dan mencapai potensi yang optimal.

Bakat olahraga dapat diidentifikasi sejak awal dan selanjutnya dikembangkan secara dinamis sampai profesional (Burgess & Naughton, 2010; Keliat, dkk, 2018), dan menjadi identitas dari remaja. Pengembangan bakat olah raga memerlukan dukungan dari orangtua, guru, teman kelompok sebaya dan pelatih. Untuk itu remaja disekolah dapat memilih olah raga yang diminati dan berlatih yang kemudian dapat berkembang menjadi profesional. Pengembangan bakat musik dan bernyanyi dapat diketahui, jika remaja menyukai instrumen dan suaranya, itu datang dari dalam, itu miliknya seumur hidup yang dapat mengungkapkan perasaan.

Seseorang dapat memiliki bakat unik yang tidak dimiliki oleh orang lain, yang selanjutnya akan menjadi identitasnya. Bakat khusus yang dimiliki tersebut kedepannya akan berpengaruh terhadap penentuan masa depan seperti pemilihan dan pengembangan karir, serta tipe pekerjaan yang diinginkan (Mahoney, 2001; Keliat, dkk, 2018). Bakat yang terus dilatih dan dikembangkan menjadi suatu kemampuan profesional akan menjadi identitas dari remaja.

Kreatifitas mulai berkembang pada masa remaja dan berlanjut sepanjang hidup. Identitas ini berfungsi sebagai faktor pendorong untuk memperoleh keterampilan yang diinginkan. Kreatifitas dimanifestasikan dalam pencarian seni visual, komposisi musik, berpikir abstrak dan eksplorasi yang berkembang pesat pada usia remaja seiring dengan tingginya keingintahuan.

Perkembangan kreativitas erat kaitannya dengan perkembangan kognitif remaja. Kreativitas merupakan kemampuan untuk menciptakan sesuatu yang baru (Barron, 1982, Bahari, et al., 2010; Keliat, dkk, 2018). Kreativitas muncul karena adanya perpaduan fungsi otak kanan dan otak kiri. Remaja yang kreatif memiliki rasa ingin tahu yang besar, berani mengungkapkan pendapat, senang mencari pengalaman baru, serta menyukai tantangan atau hal-hal sulit, memiliki inisiatif, tekun, energik dan ulet, mampu menyelesaikan banyak tugas, percaya diri, memiliki rasa humor, menyukai keindahan, memiliki wawasan tentang masa depan, dan memiliki imajinasi.

B. Remaja dan Keluarga

Remaja sebagai individu tidak lepas dari sistem keluarga. Remaja awal adalah bagian dari keluarga. Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2003). Keluarga sangat berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan remaja. Periode remaja dianggap penting karena terjadi perubahan fisik yang diikuti dengan perkembangan mental yang cepat. Perkembangan mental remaja memerlukan penyesuaian. Tahap ini merupakan tahapan yang paling sulit karena orangtua melepas otoritasnya dan membimbing anak untuk bertanggung jawab (mempunyai otoritas terhadap dirinya sendiri yang berkaitan dengan peran dan fungsinya). Sering timbul konflik antara orang tua dan remaja karena remaja menginginkan

kebebasan untuk melakukan aktivitasnya sementara orang tua tetap mempunyai hak untuk mengontrol aktivitas remaja. Orang tua perlu menciptakan komunikasi yang terbuka, menghindari kecurigaan, dan permusuhan sehingga hubungan orang tua dan remaja selalu harmonis.

Hubungan antara remaja dan orangtua sangat penting dalam membangun kepercayaan terhadap diri sendiri dan orang lain, selain juga berpengaruh pada perkembangan sosial, emosional, serta kognitif. Hubungan orangtua dan remaja yang hangat, terbuka, dan komunikatif, dengan tidak meninggalkan batas yang wajar antar usia, menyampaikan alasan normatif tentang hal-hal yang tidak boleh dilakukan oleh remaja, akan meningkatkan rasa percaya diri dan juga penampilan remaja baik di sekolah maupun di masyarakat. Hal ini juga menghindarkan remaja dari masalah atau hal yang negatif seperti depresi dan penyalahgunaan narkoba. Kualitas hubungan orangtua dan remaja sangat penting dalam mendukung perkembangan remaja.

Keluarga dengan anak remaja merupakan suatu tahap dalam perkembangan keluarga itu sendiri. Kemampuan keluarga dalam melalui proses perkembangan ini akan mempengaruhi kemampuannya dalam mengasuh remaja awal untuk mencapai identitasnya sebagai tugas utama dari perkembangan remaja. Tugas perkembangan keluarga dengan anak remaja meliputi (a) memberi kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab, (b) mempertahankan hubungan intim dalam keluarga, (c) mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, menghindari perdebatan, permusuhan, dan kecurigaan, (d) perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang

keluarga (Nadirawati, 2018). Keberhasilan keluarga melalui tahap ini adalah ketika keluarga mampu melepas remaja dan memberi tanggung jawab pada tahap-tahap selanjutnya.

Keluarga agar dapat berperan dengan baik dalam memfasilitasi perkembangan remaja awal maka keluarga harus dapat menjalankan fungsinya. Fungsi keluarga (Friedman, 2003) antara lain 1) Fungsi afektif yaitu keluarga memiliki fungsi untuk memberikan kenyamanan emosional bagi anggotanya, saling mengasuh, memberikan cinta kasih, saling menerima dan mendukung serta merupakan sumber energi kebahagiaan bagi seluruh anggota keluarga. 2) Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang membantu keberhasilan perkembangan individu dan keluarga melalui interaksi atau hubungan antar anggota keluarga. Dalam interaksi anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, dan perilaku. Keluarga memberi pembelajaran, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme coping, memberikan masukan dan petunjuk dalam memecahkan masalah. 3) Fungsi reproduksi merupakan fungsi keluarga untuk meneruskan keturunan dengan melahirkan anak dan menumbuhkembangkan anak dan keturunannya. 4) Fungsi ekonomi yaitu keluarga secara finansial memenuhi kebutuhan anggotanya seperti kebutuhan makan, minum, pakaian, tempat tinggal, dan pendidikan. 5) Fungsi perawatan kesehatan adalah fungsi keluarga memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan yang diperlukan untuk pertumbuhan, perkembangan, dan istirahat termasuk penyembuhan dari sakit.

Fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan berkaitan dengan perkembangan remaja awal adalah menjalankan tugas kesehatan keluarga untuk mengoptimalkan perkembangan

remaja dan mencegah timbulnya masalah yang dapat menghambat perkembangan remaja salah satunya adalah masalah risiko bunuh diri pada remaja awal. Tugas keluarga dalam perawatan kesehatan keluarga (Friedman, 2003) dalam mencegah timbulnya masalah perilaku bunuh diri meliputi 1) Mengetahui masalah kesehatan keluarga yaitu masalah risiko bunuh diri pada remaja awal. 2) Mengambil keputusan mengenai tindakan yang tepat bagi kesehatan keluarga dalam hal mencegah timbulnya masalah risiko bunuh diri pada remaja awal. 3) Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan akibat masalah risiko bunuh diri. 4) Memodifikasi lingkungan keluarga agar dapat menjamin kesehatan keluarga dalam hal menurunkan faktor risiko dan meningkatkan faktor protektif masalah bunuh diri. 5) Memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada pada saat anggota keluarga mengalami gangguan kesehatan terkait masalah risiko bunuh diri.

Keluarga adalah mitra penting dalam asuhan keperawatan. Banyak keuntungan yang dapat diperoleh dengan melibatkan keluarga dalam asuhan keperawatan. Penelitian telah membuktikan bahwa masukan keluarga dalam membuat keputusan tentang tindakan untuk klien meningkatkan hasil pada klien, selain itu manfaat maksimum juga terjadi ketika keluarga didukung dan diedukasi untuk peran kemitraan (Heru, 2006; Zauszniewski et al, 2009; Stuart, 2009; Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Dalam upaya pencegahan bunuh diri pada remaja awal penting untuk melibatkan keluarga, baik dalam hal meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan mencegah masalah risiko bunuh diri maupun meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi remaja awal dan keluarga.

C. Konsep Bunuh Diri

Angka kejadian bunuh diri pada remaja semakin meningkat dewasa ini. Remaja yang sedang dalam proses melepaskan ketergantungan pada orang tua, sering mengalami perilaku isolasi yang meningkat dan penurunan pengawasan. Selain itu remaja juga sering mengalami permasalahan dalam kelompok yang meningkatkan ketegangan dan rasa keterasingan. Tekanan menghadapi hubungan intim, perubahan tubuh, dan perasaan tidak stabil dapat menimbulkan perasaan ketidakberdayaan dan keputusasaan. Faktor yang paling banyak menjadi penyebab bunuh diri pada remaja adalah kurangnya atau hilangnya hubungan yang bermakna. Hampir setengah dari kasus remaja yang melakukan bunuh diri terjadi akibat baru mengalami kehilangan, penghinaan, atau penolakan. Depresi sangat berhubungan erat dengan perilaku bunuh diri remaja, sejalan dengan gangguan hubungan, gangguan bipolar, dan penyalahgunaan zat. Kebanyakan kasus bunuh diri remaja terjadi setelah jam sekolah dan di rumah (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Berikut akan diuraikan lebih lanjut mengenai bunuh diri.

1. Pengertian

Bunuh diri adalah segala perbuatan seseorang yang dapat mengakhiri hidupnya sendiri dalam waktu singkat (Maramis, 2004). Bunuh diri merupakan tindakan yang secara sadar dilakukan oleh pasien untuk mengakhiri kehidupannya (Videbeck, 2008). Masa rawan terjadinya bunuh diri dimana saat hilangnya kemampuan untuk mentolerir dan adanya perasaan kecewa yang sering mengganggu. Jika individu kehilangan kesepakatan dan

terjadi kekecewaan selama berbagai tahap kehidupan saat individu berjuang dengan masalah perkembangan, menjadi masa rawan untuk terjadinya bunuh diri seperti yang terjadi pada masa remaja (Townsend, 2011). Bunuh diri adalah tindakan yang secara sadar dilakukan oleh seseorang untuk mengakhiri hidupnya (Keliat et al, 2011). Bunuh diri yang berhasil atau bunuh diri adalah kematian yang diakibatkan oleh diri sendiri berupa cedera, keracunan, atau nafas tersumbat yang dibuktikan bahwa orang yang meninggal berniat membunuh dirinya sendiri (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Dapat disimpulkan bahwa bunuh diri adalah cara yang sengaja dipilih seseorang untuk mencapai kematiannya.

2. Metode Bunuh Diri

Metode bunuh diri terdiri dari metode yang mematikan dan yang kurang mematikan. Metode yang mematikan dilakukan dengan cara tembakan, menggantung diri, atau melompat dari ketinggian. Metode yang kurang mematikan antara lain dilakukan dengan cara over dosis karbon monoksida, obat, menyilet nadi pergelangan tangan, yang memberikan waktu untuk diselamatkan setelah aksi bunuh diri dimulai (Stuart, 2013). Tiga metode yang digunakan dalam bunuh diri dari orang-orang yang lebih muda diantaranya adalah penggunaan senjata api, sesak napas, dan keracunan (CDC, 2017). Perempuan memiliki upaya bunuh diri lebih tinggi, tetapi laki-laki lebih tinggi berhasil dalam melaksanakan tindakan bunuh diri karena memilih

menggunakan metode yang lebih mematkan. Perempuan cenderung menggunakan pil tidur

3. Tanda dan Gejala pada Tahapan Bunuh Diri

Tanda dan gejala perilaku bunuh diri berbeda pada setiap tahapannya. Perilaku bunuh diri terdiri dari empat macam aktifitas (Stuart, Keliat, Pasaribu, 2016) yaitu:

a. Ide bunuh diri

Pikiran yang membebani seseorang untuk melakukan tindakan mengakhiri hidup. Ide bunuh diri merupakan isyarat bunuh diri yang ditunjukkan dengan berperilaku secara tidak langsung ingin bunuh diri, misalnya dengan mengatakan "Apakah kamu akan mengingat saya, jika saya pergi?" (Keliat et al, 2011) Pada kondisi ini individu mungkin sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya, namun tidak disertai dengan ancaman dan percobaan bunuh diri. Umumnya individu mengungkapkan perasaan seperti rasa bersalah, sedih, marah, putus asa, atau tidak berdaya. Individu juga mengungkapkan hal-hal negatif tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah.

Ide bunuh diri atau berpikir tentang bunuh diri tanpa maksud yang jelas, menempatkan seseorang pada risiko yang lebih rendah daripada orang yang berniat atau mengemukakan untuk mati melalui tindakan bunuh diri. Ada dua kategori niat: disadari dan tanpa disadari. Niat bunuh diri yang disadari melibatkan berbagai aspek kesadaran: kesadaran

yang keluar dari hasil antisipasi perilaku bunuh diri, kesadaran adanya tanggapan orang lain terhadap ancaman dari upaya bunuh diri, kesadaran petunjuk mematikan dari metode yang dipilih, kesadaran kemungkinan penyelamatan yaitu, bagian dari rencana termasuk berbagai kesempatan penyelamatan, atau rencana penyelamatan yang dirancang sedemikian sulit atau sedikit.

Niat bunuh diri tidak sadar seringkali lebih sulit untuk dinilai (Fortinash & Worret, 2012). Niat bunuh diri jenis ini memerlukan tingkat keterampilan dan pengetahuan tentang tanda dan gejala yang merupakan ciri khas dari dinamika merusak diri yaitu: depresi, kecemasan, rasa bersalah, putus asa, permusuhan dan ketergantungan, bersama dengan fantasi yang simbolik dari kematian, melukai lainnya, membunuh diri sendiri, kegagalan dan keputusasaan. Motivasi untuk melukai atau membunuh diri sendiri adalah diluar kesadaran, namun pasien sering mengungkapkan dengan perilaku yang memiliki risiko ekstrim.

Hasil penelitian didapatkan bahwa dua kemungkinan rencana perkembangan pikiran bunuh diri dan perilaku bunuh diri dari waktu ke waktu. Peserta berjumlah 300 orang hanya 20,0% dari rencana bunuh diri dan mencoba bunuh diri melaporkan bahwa perkembangan proses bunuh diri dengan keparahan semakin meningkat dalam jangka waktu yang lebih panjang. Sebaliknya, 57,1% dari peserta menyatakan bahwa proses bunuh diri tidak terus-menerus, tetapi

berfluktuasi tidak teratur sebelum percobaan bunuh diri atau akhirnya mencoba bunuh diri. Hanya 0,8% pelaku bunuh diri mencoba bunuh diri melaporkan tidak ada ide bunuh diri sebelumnya atau rencana bunuh diri (De Leo, *et al.* 2005). Perkembangan ide bunuh diri sangat individual dan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang melatarbelakangi pelakunya.

b. Ancaman/isyarat bunuh diri

Ancaman bunuh diri umumnya diucapkan oleh pasien, berisi keinginan untuk mati disertai dengan rencana untuk mengakhiri kehidupan dan persiapan alat untuk melaksanakan rencana tersebut. Secara aktif pasien telah memikirkan rencana bunuh diri, namun tidak disertai dengan percobaan bunuh diri. Delapan dari sepuluh orang yang melakukan bunuh diri mengatakan hal tersebut kepada seseorang sebelum melakukan tindakan yang sebenarnya. Bahkan mereka mengatakan kepada pemberi pelayanan kesehatan profesional (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Pada kondisi ini pasien belum pernah mencoba bunuh diri, pengawasan ketat harus dilakukan. Kesempatan sedikit saja dapat dimanfaatkan untuk melaksanakan rencana bunuh dirinya.

c. Percobaan bunuh diri

Percobaan bunuh diri adalah tindakan langsung individu yang bertujuan untuk mencapai kematian. Percobaan bunuh diri adalah tindakan individu mence-

derai atau melukai diri untuk mengakhiri hidupnya (Keliat, 2011). Pada kondisi ini, individu aktif mencoba bunuh diri dengan cara gantung diri, minum racun, memotong urat nadi, atau menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi. Fenomena baru cara bunuh diri yang dilakukan milenial saat ini adalah menggunakan gas *charcoal* (Cleary, 2019). Pada tahap percobaan bunuh diri seseorang aktif mencoba berbagai cara yang memungkinkan untuk dilakukan mengakhiri hidup.

d. Bunuh diri

Bunuh diri (*completed suicide*) adalah kematian yang dilakukan oleh diri sendiri dengan cara melukai diri, menggunakan racun atau obat-obatan pada dosis letal, cara lain yang mengakibatkan mati lemas seperti menggunakan gas. Angka kematian akibat bunuh diri yang terjadi pada usia 10 sampai 14 tahun adalah 517 kasus (CDC, 2017). Penelitian lain menganalisis data dari 17 negara bagian yang berkontribusi pada *National Violent Death Reporting System* antara tahun 2003 dan 2012, ditemukan bahwa proporsi bunuh diri di kalangan pemuda kulit hitam lebih besar pada kelompok usia 5 hingga 11 tahun (36,8%), dibandingkan dengan kelompok usia 12 hingga 14 tahun (11,6%). Proporsi kematian di antara orang muda Hispanik tetap cukup konstan di seluruh rentang usia. Hasil juga menunjukkan bahwa 80,5% bunuh diri anak-anak, dan 64,1% bunuh diri remaja awal, metode bunuh diri yang terkait adalah gantung diri, pencekikan, atau mati

lemas. Selain itu, 13,8% kasus bunuh diri anak-anak, dan 29,5% kasus bunuh diri pada remaja awal, terkait dengan senjata api (Sheftall, et al. 2016). Kematian akibat bunuh diri pada usia yang lebih muda semakin meningkat dan menggunakan metode bunuh diri yang mematikan.

3. Rentang Respons Protektif Diri

Rentang respons adalah kisaran respon manusia mulai dari adaptif sampai maladaptif. Rentang respons protektif diri adalah rentang perlindungan dan kelangsungan hidup manusia. Rentang respons adaptif dari protektif diri antara lain terdiri dari peningkatan diri dan pertumbuhan peningkatan pengambilan risiko. Rentang respons maladaptif protektif diri meliputi perilaku mencederaikan diri tidak langsung, mencederaikan diri, dan bunuh diri (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Status sehat manusia selalu bergerak dalam rentang respon mulai dari adaptif sampai yang paling maladaptif. Untuk mempertahankan status sehat yang optimum maka setiap individu harus berusaha selalu dalam respon yang adaptif.

4. Faktor Risiko dan Faktor Protektif

Faktor-faktor yang menyebabkan perilaku bunuh diri yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi antara lain diagnosa psikiatri, gangguan kepribadian, masalah psikososial seperti kehilangan, kurangnya dukungan sosial, pengalaman hidup yang negatif, dan penyakit kronis, riwayat keluarga dengan bunuh diri, serta

faktor biokimia tubuh (Stuart, 2009). Faktor presipitasi berhubungan dengan besarnya stres yang dirasakan individu. Perilaku bunuh diri adalah upaya individu untuk mengatasi masalah yang dirasakan menekan, dan kemampuan masing-masing individu dalam menghadapi stres tidaklah sama demikian juga mekanisme koping yang digunakan. Secara umum setiap individu memiliki faktor risiko dan faktor protektif yang mempengaruhi keputusan untuk bunuh diri.

a. Faktor risiko

Khusus pada populasi remaja (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016) yang menjadi faktor risiko perilaku bunuh diri antara lain berhubungan dengan faktor psikologis, faktor keluarga dan genetik, faktor lingkungan, faktor biologis, faktor perilaku bunuh diri sebelumnya, dan faktor orientasi seksual. Selain faktor-faktor tersebut diidentifikasi juga beberapa faktor demografi yang berhubungan dengan perilaku bunuh diri, faktor klinis, dan faktor sosial (Rager, Lepczynska, Sibilski, 2015) serta spiritual (Lasrado et al, 2016). Faktor risiko sendiri dapat dikelompokkan menjadi faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah.

Berikut adalah uraian faktor risiko yang tidak dapat diubah yaitu:

- 1) Faktor risiko demografi. Perilaku bunuh diri diduga berkaitan dengan gender, usia, ras. Sebuah survey yang dilakukan pada semua kasus bunuh

diri yang berusia dua belas tahun sampai empat belas tahun di Inggris dan Wales selama tujuh tahun (Shaffer, 1974), menunjukkan bahwa anak laki-laki dua kali lebih banyak daripada anak perempuan. 2) Faktor risiko keluarga dan genetik. Faktor keluarga dan genetik berhubungan dengan adanya riwayat keluarga yang melakukan bunuh diri, orang tua yang mengalami depresi dan adanya konflik atau disfungsi keluarga (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Ada insiden depresi dan perilaku bunuh diri yang tinggi di antara orang tua dan saudara kandung (Shaffer, 1974). Hasil penelitian lain menjelaskan bahwa bunuh diri terjadi beberapa kali lebih sering dalam keluarga yang disfungsi atau dalam keluarga yang menunjukkan inkonsistensi pendidikan orang tua atau komunikasi yang terganggu. Risiko lebih tinggi ketika salah satu orang tua memiliki masalah kesehatan mental seperti riwayat upaya bunuh diri, depresi, penyalahgunaan zat psikoaktif.

Studi juga menunjukkan bahwa pasien gangguan bipolar yang mencoba bunuh diri dalam setahun terakhir juga melaporkan peningkatan jumlah peristiwa stres dalam keluarga dibandingkan dengan pasien tanpa kecenderungan bunuh diri. Pasien yang mencoba bunuh diri paling sering melaporkan faktor stres dalam keluarga seperti jumlah konflik yang lebih besar (terutama dengan ibu) atau sering terjadi perselisihan dengan orang

tua. Studi kepustakaan menampilkan banyak hipotesis tentang peran hubungan dengan orang tua dalam upaya bunuh diri oleh anak-anak dan remaja. Sebuah teori menunjukkan kurangnya atau krisis sindrom otoritas selama pubertas. Sutter juga menggarisbawahi masalah yang sangat signifikan dari seorang anak yang tidak dapat memenuhi harapan orang tuanya dan kemudian merasakan perasaan tidak berdaya (Sutter, 1964; Rager, Lepczynska, Sibilski, 2015). Perilaku bunuh diri dapat terjadi karena adanya faktor biokimia yang diturunkan secara genetik ataupun mekanisme koping maladaptif sebagai hasil perilaku meniru atau mempelajari dari orang terdekat.

Faktor risiko yang dapat diubah meliputi: 1) Faktor risiko psikologis. Faktor psikologis meliputi perubahan kepribadian, depresi, penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol, perilaku agresif impulsif, ketidakberdayaan, pesimis, gangguan tingkah laku pada laki-laki, dan gangguan panik pada perempuan (Stuart, 2013, Keliat, Pasaribu, 2016). Hasil penelitian Shaffer (1974) menemukan percobaan bunuh diri lebih banyak pada anak-anak dengan kecerdasan superior daripada yang diperkirakan pada umumnya. Perilaku antisosial telah dilaporkan pada sebagian besar anak-anak sebelum kematian. Bunuh diri paling sering dipicu oleh krisis disiplin dan terjadi setelah meninggalkan sekolah atau di rumah.

- 2) Faktor risiko lingkungan. Faktor lingkungan berkaitan dengan memiliki masalah dengan teman wanita atau teman laki-laki, menarik diri dari teman akrab, kurangnya dukungan orang tua, masalah di sekolah, kehilangan dan kejadian negatif dalam kehidupan, riwayat pelecehan seksual dan fisik, penularan perilaku bunuh diri di antara kelompok teman sebaya, dan ketersediaan senjata api (Stuart, 2013, Keliat, Pasaribu, 2016). Fenomena perilaku *copycat* (meniru) meningkatkan risiko bunuh diri pada kelompok usia yang lebih muda (Cleary et al, 2019). Bunuh diri bukanlah tujuan akhir. Bunuh diri adalah panggilan meminta tolong yang harus segera direspon (Stuart, Keliat, Pasaribu, 2016). Stresor lingkungan yang kuat dan negatif akan mempengaruhi kemampuan remaja untuk menghindari mekanisme koping bunuh diri.
- 3) Faktor risiko biologis. Dalam beberapa tahun terakhir para peneliti telah secara intensif mencari faktor biologis dan genetik yang mungkin berkorrelasi secara khusus dengan perilaku bunuh diri. Penelitian saat ini menunjukkan hubungan antara perilaku bunuh diri dan: a) aktivitas neurotransmitter tertentu (penurunan konsentrasi 5-Hydroxyindoleacetic dan asam homovanillic dalam cairan serebrospinal, peningkatan jumlah reseptor 5HT di otak dan platelet, menurunkan platelet 5-HT reuptake, menurunkan trombositis MAO dan aktivitas dopamin); b) fungsi bioelektrik otak

(pengurangan berbagai parameter untuk potensi yang ditimbulkan, pola tidur yang terganggu); c) sistem endokrin (kurangnya penekanan kortisol setelah pemberian deksametason, penurunan respons TSH terhadap TRH, penurunan konsentrasi melatonin pada malam hari); d) metabolisme lipid (menurunkan konsentrasi kolesterol); e) sistem kekebalan tubuh (peningkatan konsentrasi reseptor interleukin-2, peningkatan sitokin dan kemokin dalam cairan serebrospinal); f) fungsi sawar darah-otak (peningkatan protein S100B dalam serum); g) genotipe (polimorfisme tirosin hidroksilase atau transporter serotonin). Kadar asam lemak Omega-3 yang lebih rendah saat ini diyakini sangat penting, karena berkorelasi dengan risiko bunuh diri yang lebih tinggi pada pasien yang didiagnosis dengan depresi berat. Gangguan fungsi sumbu hipofisis-hipofisis-adrenal (HPA) juga diidentifikasi sebagai faktor signifikan dalam penyebab bunuh diri neurobiologis (Rager, Lepczynska, Sibilski, 2015).

Faktor biologis lain yang dianalisis dalam berbagai penelitian adalah fungsi prefrontal cortex (PFC), yang berkorelasi dengan perilaku impulsif-agresif dan bunuh diri di antara orang dewasa dan remaja. Penelitian telah menunjukkan hubungan yang kuat antara upaya bunuh diri yang mengakibatkan kematian dan hipofungsi area ventromedial dan ventrolateral dari korteks

prefrontal dalam tes dengan positron emission tomography (PET) (Rager, Lepczynska, Sibilski, 2015). Pelaku bunuh diri sering mengeluhkan sakit kepala dan sakit perut, tinggi ekspresi reseptor 5-hydroxytryptamine (5HT) pada korteks prefrontal dan hipokampus, disfungsi serotonergik (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Bunuh diri ada kaitannya dengan komposisi neurotransmitter di otak dan hal ini dapat diketahui melalui uji laboratorium khusus, sehingga bunuh diri dapat diduga secara biologis. Histamin termasuk faktor biologis yang meningkatkan risiko bunuh diri. Histamin adalah salah satu jenis asam amino yang terlibat dalam banyak reaksi otak. Histamin bertugas mengeluarkan neurotransmitter, termasuk serotonin, *dopamine*, dan *norepinephrine*. Meningkatnya kadar histamin dapat mengakibatkan pengaruh yang serius pada gairah dan kesehatan mental. Histamin yang tinggi akan meningkatkan laju metabolisme. Orang-orang dengan histamin tinggi, memiliki pembawaan energi yang sangat kuat dan motivasi yang tinggi sehingga berpotensi menjadi orang yang berhasil dalam karir. Walaupun demikian, orang-orang ini selalu dalam tekanan stres yang terus menerus sehingga dapat mengalami depresi berat dan melakukan bunuh diri (Winarno et al, 2015). Keseimbangan faktor biologis turut menentukan kesehatan mental.

- 4) Faktor risiko perilaku bunuh diri sebelumnya. Penelitian menunjukkan perilaku bunuh diri sebelumnya tercatat dalam 40% dari kasus yang diamati, dan ini mungkin masih terlalu rendah dari yang diduga (Shaffer, 1974). Perilaku lain yang diidentifikasi dari riwayat bunuh diri sebelumnya adalah memberikan benda pribadinya yang berharga, membicarakan tentang bunuh diri, dan menulis catatan atau puisi tentang kematian (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Remaja yang pernah melakukan percobaan bunuh diri ada kecenderungan untuk mengulang tindakan percobaan bunuh diri ketika menghadapi suatu masalah yang dirasa berat dan tidak dapat remaja selesaikan. Hal ini akan terus berulang hingga remaja menjadi dewasa.
- 5) Faktor risiko orientasi seksual. Rerata percobaan bunuh diri dan berhasil sangat tinggi pada kelompok remaja gay, lesbian, dan biseksual. Penyebabnya dapat karena stres dan kesepian yang mereka alami karena orientasi seksual yang dimiliki. Stigma, penolakan orang tua, dan kurangnya penerimaan sosial diduga kuat sebagai alasan mengapa angka bunuh diri pada kelompok ini menjadi tinggi (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Orientasi seks pada gender yang sama dan isu tentang identifikasi seksual menjadi kecenderungan yang meningkatkan risiko bunuh diri.

- 6) Faktor sosial dan spiritual. Penelitian menunjukkan bahwa pada partisipan yang melakukan usaha bunuh diri tema-tema yang muncul adalah keyakinan, kekuatan, kontrol, budaya, keluarga, agama, dan sistem sosial yang berhubungan dengan gender mempengaruhi cara pandang partisipan terhadap situasi yang berisiko. Interaksi budaya dan mekanisme struktural di India Selatan berdampak negatif pada risiko bunuh diri (Lasrado et al. 2016). Faktor sosial dan spiritual dapat menjadi faktor risiko jika bertentangan dengan nilai dan keyakinan diri yang mengakibatkan adanya perasaan tertekan atau diasingkan.

b. Faktor protektif

Faktor protektif bunuh diri adalah faktor yang dapat mengurangi risiko seseorang untuk melakukan bunuh diri. Faktor protektif adalah pelayanan kesehatan mental yang efektif, perasaan terhubung kepada individu, keluarga, komunitas, dan institusi sosial lainnya, ketrampilan pemecahan masalah, dan adanya hubungan dengan pemberi pelayanan (SPRC, 2011). Faktor protektif yang dipublikasikan oleh Pelayanan Kesehatan Masyarakat Amerika Serikat (1999) antara lain berisi:

- 1) Kemampuan untuk mengatasi stres, strategi koping yang positif, keyakinan yang positif, perawatan klinis yang efektif dan tepat untuk gangguan jiwa,

fisik, dan penggunaan zat, akses yang terbatas terhadap metode bunuh diri yang mematikan, belajar ketrampilan memecahkan masalah, manajemen konflik, dan penanganan sengketa tanpa kekerasan, keyakinan budaya dan agama yang melarang bunuh diri dan dukungan naluri mempertahankan diri, berharap dan mempunyai harapan dalam menghadapi kesulitan (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2106). Walaupun tidak datang dengan sendirinya tetapi faktor-faktor tersebut dapat diupayakan agar individu memiliki kesehatan dan ketahanan mental yang efektif.

- 2) Hubungan interpersonal yang positif. Faktor protektif tidak hanya dari internal individu tetapi juga termasuk dukungan dari sekitar. Faktor protektif yang berasal dari dalam diri individu seperti hubungan interpersonal yang positif, strategi koping yang positif, keyakinan yang positif, naluri mempertahankan diri, berharap dan mempunyai harapan dalam menghadapi kesulitan, dukungan keluarga dan masyarakat, dukungan dari perawatan kesehatan fisik dan jiwa yang sedang dijalani.
- 3) Akses yang mudah ke berbagai pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan untuk mencari bantuan. Akses layanan kesehatan yang terjangkau adalah faktor-faktor yang dapat meningkatkan kemampuan dalam mencegah risiko bunuh diri

(Hanifah, 2020). Faktor lain dapat diupayakan melalui kerjasama dengan sistem pendukung seperti keluarga dan teman. Lebih luasnya adalah keterlibatan kelompok, masyarakat dan pemerintah.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no text or other markings on the paper.

BAB III



UPAYA PENCEGAHAN RISIKO BUNUH DIRI PADA REMAJA

Secara umum upaya pencegahan risiko bunuh diri adalah mencegah kematian dini akibat bunuh diri, mengurangi angka rata-rata kejadian bunuh diri, mengurangi efek yang berhubungan dengan perilaku bunuh diri dan dampak negatif bunuh diri pada keluarga dan teman, meningkatkan peluang dan ketangguhan, sumber daya, penghargaan, dan saling keterhubungan antara individu, keluarga, dan komunitas.

Tujuan-tujuan khusus yang ingin dicapai dalam upaya pencegahan bunuh diri (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016) adalah 1. Meningkatkan kesadaran bahwa bunuh diri adalah masalah kesehatan umum yang dapat dicegah. 2. Mengembangkan dasar dukungan untuk pencegahan bunuh diri. 3. Mengembangkan dan mengimplementasikan strategi untuk mengurangi stigma yang berhubungan dengan konsumen kesehatan mental, penyalahgunaan zat dan pelayanan pencegahan bunuh diri. 4. Mengembangkan dan mengimplementasikan program pencegahan bunuh diri. 5. Mengurangi akses pada alat atau metode untuk melukai diri. 6. Membuat training untuk mengenal perilaku risiko bunuh diri dan memberikan tindakan yang efektif. 7. Mengembangkan dan meningkatkan praktik klinik yang efektif dan profesional. 8. Meningkatkan akses dan jaringan komunitas untuk pelayanan kesehatan mental dan penyalahgunaan zat. 9. Meningkatkan dan mendukung penelitian bunuh diri dan pencegahan bunuh diri. 10. Meningkatkan dan mengembangkan sistem surveilans.

A. Upaya-upaya pencegahan risiko bunuh diri

Beberapa upaya dan program pencegahan risiko bunuh diri yang dapat dilakukan antara lain:

1. Upaya meningkatkan kemampuan remaja mengatasi masalah terkait perkembangan masa remaja.

a. Edukasi untuk mencapai tugas perkembangan remaja yang positif.

Upaya edukasi pada remaja untuk meningkatkan ketrampilan mencapai tugas perkembangan masa remaja ini dilakukan untuk meningkatkan efikasi dan resiliensi remaja. Remaja dengan tugas perkembangan yang terpenuhi memiliki kemampuan untuk menggunakan sumber-sumber dalam diri dan lingkungannya untuk mencegah risiko bunuh diri. Salah satu cara mencapai tugas perkembangan masa remaja adalah melalui terapi kelompok terapeutik masa remaja.

Penelitian terkait dengan terapi kelompok terapeutik usia remaja antara lain adalah the improvement of adolescence's intelligence thought therapeutic group therapy in Depok City, hasilnya menunjukkan peningkatan kecerdasan emosional dan perkembangan secara holistik (Astutik, Daulima, Rahmah, 2019). Penelitian hubungan terapi kelompok terapeutik dengan aspek optimisme menunjukkan aspek optimisme yang meningkat (Rizzal, Keliat, Wardani, 2019). Penelitian terapi kelompok terapeutik yang dipadukan dengan psikoedukasi keluarga menghasilkan peningkatan aspek dan tugas perkembangan remaja (Hasanah, Hamid, Susanti, 2018). Penelitian terapi kelompok terapeutik dengan melibatkan keluarga dan kader kesehatan mendapatkan hasil peningkatan kemampuan

remaja menstimulasi aspek perkembangan dan tugas perkembangan identitas (Fernandes, Keliat, Daulima, 2014). Penelitian pengaruh terapi kelompok terapeutik terhadap perkembangan identitas diri remaja di Kota Malang (Bahari, Keliat, Gayatri, Daulima, 2010), menghasilkan peningkatan identitas diri remaja secara bermakna. Hasil dari penelitian-penelitian tersebut menjelaskan bahwa terapi kelompok terapeutik usia remaja memberi dampak positif terkait perkembangan usia remaja.

b. Terapi *Thought Stopping*

Perkembangan masa remaja dan perubahan yang terjadi secara cepat pada masa ini menimbulkan keceemasan bagi remaja. Remaja perlu untuk mempelajari tehnik yang dapat dilakukan untuk mengontrol keceemasan yang timbul dalam kehidupan sehari-harinya. Salah satu terapi dalam keperawatan jiwa yang dapat dilakukan untuk membantu remaja mengatasi keceemasan adalah terapi *thought stopping* atau terapi penghentian pikiran.

Hasil penelitian tentang terapi penghentian pikiran menghasilkan penurunan kecemasan secara bermakna pada klien dengan kecemasan meliputi respon fisiologis, kognitif, perilaku, dan emosi (Agustarika, Keliat, Nasution, 2009). Penelitian terapi penghentian pikiran dengan relaksasi progresif memberi hasil menurunkan kecemasan secara bermakna (Supriati, Keliat, Nuraini, 2010). Penelitian penghentian pikiran dapat mengatasi

kecemasan dan depresi (Pasaribu, Keliat, Wardani, 2012). Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa terapi penghentian pikiran efektif untuk penatalaksanaan kecemasan. Remaja perlu mengetahui tentang terapi penghentian pikiran karena pada masa perkembangan usia remaja masalah kecemasan juga sering timbul.

c. **Terapi Kognitif**

Tidak dapat dipungkiri bahwa masa remaja adalah masa yang penuh gejolak. Perubahan-perubahan yang dialami remaja kadang tidak sesuai dengan pemikiran dan harapannya sehingga kadang dapat menyebabkan pikiran negatif. Khusus pada remaja fokus terhadap perubahan fisik sangat besar, masalah pada penampilan dapat berdampak menjadi penilaian negatif secara keseluruhan. Pikiran negatif yang muncul akibat persepsi remaja terhadap dirinya sendiri perlu untuk dikelola agar tidak menjadi penilaian yang salah dan mengganggu konsep diri remaja. Salah satu terapi untuk mengatasi masalah ini adalah dengan terapi kognitif.

Terapi kognitif digunakan untuk mengatasi masalah depresi, gangguan emosional, panik, ansietas, fobia, gangguan kepribadian, bipolar, skizofrenia, dan somatoform (Townsend, 2011). Penelitian tentang terapi kognitif yang telah dilakukan antara lain adalah penelitian terapi kognitif pada pasien kanker payudara yang hasilnya membuktikan terapi kognitif

dapat meningkatkan harga diri dan kemandirian pasien (Rahayuningsih, Hamid, dan Mulyono, 2007). Penelitian lain terapi kognitif dilakukan pada pasien depresi dengan penyakit fisik dan hasilnya terapi kognitif dapat meningkatkan harga diri pada pasien gagal ginjal (Kristyaningsih, 2009). Penelitian terapi kognitif pada lansia mendapatkan hasil bahwa terapi kognitif menurunkan depresi (Prasetya, Hamid, Susanti, 2010). Penelitian pada keluarga yang merawat pasien dengan penyakit fisik menunjukkan bahwa terapi kognitif secara signifikan mengubah persepsi *caregiver* terhadap dirinya dalam merawat pasien dengan penyakit jantung (Wijayati, Keliat, Nasution, 2011). Penelitian terapi kognitif juga berdampak secara signifikan pada pasien dengan gangguan jiwa dalam mengatasi harga diri rendah (Suerni, Keliat, Helena, 2013). Penelitian terapi kognitif pada penelitian lansia lainnya memberi hasil menurunkan depresi dan harga diri rendah (Suzzana, Mustikasari, Wardani, 2016). Terapi kognitif efektif membantu klien dengan masalah depresi dan harga diri rendah. Terapi kognitif dianggap penting dan perlu diberikan kepada remaja yang memiliki risiko masalah harga diri rendah dan depresi.

2. Program Skrining Interaktif

Program ini antara lain dikembangkan oleh The American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) yang bertujuan untuk membantu mengidentifikasi risiko bunuh diri dan memberi arahan tindakan yang dapat dilakukan (AFSP, 2019). Program skrining membantu deteksi dini risiko

bunuh diri pada remaja awal. Program ini sangat baik dilakukan di lingkungan sekolah sebagai salah satu upaya usaha kesehatan sekolah.

3. Program kampanye pencegahan bunuh diri pada remaja

AFSP mengambil tema *"Suicide shouldn't A Secret"* untuk program kampanye yang diiklankan melalui layanan publik bagi para pemuda dalam mencegah bunuh diri. Kampanye ini ditayangkan pada 85 pasar nasional dan ditonton lebih dari 88 juta pemirsa televisi (AFSP, 2007; Tololiu, 2010). Program kampanye risiko bunuh diri perlu koordinasi yang menyeluruh. Program ini menjadi sangat baik jika diupayakan langsung oleh pemerintah secara nasional dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat secara luas.

4. Crisis Centre Hotline

Program ini hampir ada di setiap negara di seluruh dunia. Tujuan program ini adalah memberi konseling melalui telepon atau layanan lain untuk orang yang ingin bunuh diri atau mencurigai seseorang berisiko melakukan bunuh diri (Suicidologi, 2019). Upaya pencegahan risiko bunuh diri melalui *hotline service* adalah upaya yang juga telah diterapkan oleh pemerintah. Perlu adanya koordinasi yang kuat sehingga layanan ini berfungsi secara efektif.

Beberapa layanan konseling yang tersedia yang dapat membantu memecahkan masalah seperti: *Save Yourself* semacam organisasi nirlaba yang memiliki 8.000 anggota dapat dihubungi melalui akun *Line* @

vol7047h. Ada pula upaya pencegahan bunuh diri berfokus pada mengidentifikasi dan mengobati depresi pada remaja awal dan pengobatan *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD) pada anak-anak, tetapi yang terpenting menunjukkan bahwa strategi pengobatan yang menargetkan keterampilan pemecahan masalah sosial dan membangun hubungan harus dipertimbangkan dalam program pencegahan bunuh diri.

Banyak anak dan remaja yang bunuh diri (29%) mengungkapkan rencananya kepada setidaknya satu orang. Dengan demikian, mendidik masyarakat (guru, orang tua, tenaga kesehatan) tentang risiko bunuh diri seperti bagaimana mengenalinya, pentingnya menganggap serius ancaman, dan bagaimana membahasnya dengan remaja merupakan prakarsa kesehatan mental (Braaten, 2016). Layanan konseling untuk meningkatkan kemampuan memecahkan masalah menjadi fokus utama upaya pencegahan bunuh diri.

5. Program Nasional Pencegahan Bunuh Diri

Bunuh diri memerlukan upaya pencegahan yang komprehensif dan terintegrasi dari berbagai sektor. Teori *core determinant* upaya kesehatan (CAF, 2019) menjelaskan adanya dua belas komponen yang perlu diperhatikan dalam upaya pencegahan bunuh diri. Upaya pencegahan yang dilakukan untuk mencegah risiko bunuh diri atau percobaan bunuh diri sendiri secara umum telah banyak dilakukan baik dalam bentuk tindakan konseling, penyuluhan, maupun *hotline service*.

Beberapa negara telah mengembangkan suatu upaya khusus yang berskala nasional untuk mencegah meningkatnya angka bunuh diri atau menekan angka bunuh diri yang ada. Negara seperti Jepang dan Singapura telah memiliki lembaga dan program khusus dalam upaya pencegahan bunuh diri. Lembaga ini berfungsi mempelajari trend dan issue bunuh diri yang terjadi, mendokumentasikan angka kejadian, membentuk klinik intervensi krisis, memberikan pelatihan kepada profesional dan masyarakat untuk terlibat dalam upaya pencegahan bunuh diri, memberikan pelayanan yang terintegrasi baik di pusat-pusat layanan kesehatan maupun secara online.

B. Permasalahan terkait Upaya Pencegahan Risiko Bunuh Diri pada Remaja di Indonesia

Angka kejadian bunuh diri yang cenderung meningkat hampir di seluruh dunia. Kecenderungan kejadian bunuh diri pada usia yang lebih muda yaitu remaja awal adalah fenomena yang mendapat perhatian dari berbagai pihak. Dibandingkan dengan angka kejadian bunuh diri di dunia, angka bunuh diri di Indonesia berdasarkan laporan WHO tahun 2018 termasuk kategori rendah. Walaupun demikian hal ini tidak dapat dianggap sebagai masalah ringan, mengingat angka kejadian bunuh diri yang tercatat sebenarnya selalu lebih rendah dibandingkan dengan kejadian yang sebenarnya. Fenomena ini sudah umum terjadi, banyak kejadian bunuh diri yang tidak dilaporkan. Pengetahuan masyarakat tentang bunuh diri di Indonesia menyebabkan masih ada kecenderungan keluarga untuk menutupi masalah bunuh diri terlebih jika kasus pada

remaja awal, terutama terkait dengan masalah stigma. Masalah bunuh diri pada remaja awal seperti fenomena gunung es yang tampaknya kecil tetapi sesungguhnya kejadiannya banyak.

Kecenderungan kejadian bunuh diri pada remaja awal biasanya berhubungan dengan masalah psikologis seperti ketidakmampuan remaja awal memenuhi tuntutan akademik dari orang tua, kekecewaan, dan perundungan oleh teman di sekolah. Banyak dari remaja awal yang mengalami hal tersebut tidak dapat mengungkapkan perasaannya atau memiliki tempat untuk mengadu dan mendapat pengayoman. Orangtua seringkali tidak menyadari bahwa tuntutan akademik untuk berprestasi walaupun tampak sebagai sesuatu yang wajar dapat menimbulkan tekanan pada anak dan anak tidak memiliki alasan atau keberanian untuk melawan. Demikian juga dengan kasus perundungan, seringkali remaja awal menghadapi tekanan kelompok sebaya dan jika melaporkan kepada pihak sekolah kurang mendapat tanggapan yang sesuai seperti menganggap terlalu melebih-lebihkan perlakuan yang dialami, atau mengungkapkan tidak perlu meladeni teman yang bersikap tercela. Ketidakmampuan keluarga dan sekolah mengenali atau mengidentifikasi serta mengatasi masalah bunuh diri meningkatkan faktor risiko bunuh diri pada remaja awal.

Tanda dan gejala bunuh diri tidak seperti pada penyakit infeksi ataupun penyakit kronis fisik lainnya. Bunuh diri seperti halnya gangguan jiwa lainnya, terdeteksi setelah masalah pada keadaan lanjut. Sulit mendeteksi apakah seseorang telah memiliki pemikiran untuk melakukan bunuh diri, memerlukan pengetahuan dan ketrampilan untuk menggali perasaan dan informasi terkait ide bunuh diri. Bunuh diri sering disebut

sebagai tragedi kehidupan karena orang sering berpikir mengapa bunuh diri terjadi secara tiba-tiba, tidak diketahui awal masalah yang dialami atau sepertinya korban baik-baik saja selama ini. Situasi pandemi COVID-19 yang terjadi juga memperberat beban psikologis terutama pada remaja yang memiliki masalah dalam keluarga dan keterbatasan hubungan sosial dengan teman sebaya. Mengenali tanda dan gejala risiko bunuh diri membantu melakukan pencegahan selain itu perlu untuk meningkatkan faktor protektif.

Pengetahuan dan ketrampilan keluarga dalam menerapkan pola asuh yang sehat meningkatkan kesehatan jiwa remaja sebagai salah satu faktor protektif. Perasaan diterima dan terlindungi menciptakan rasa aman pada remaja awal. Remaja awal yang sehat memiliki kemampuan pemecahan masalah yang lebih konstruktif dalam menghadapi stres hidup sehari-hari. Pemerintah selaku pengambil keputusan tertinggi dalam mengatasi masalah telah menerbitkan peraturan-peraturan yang bertujuan melindungi setiap warga negaranya. Diantaranya adalah peraturan untuk perlindungan anak terhadap tindakan kekerasan sebagai salah satu penyebab tindakan bunuh diri pada remaja. Fasilitas pelayanan kesehatan yang semakin terjangkau dengan tersedianya puskesmas pemerintah sampai pada tingkat kelurahan selain fasilitas kesehatan yang juga diupayakan oleh masyarakat atau swasta. Peningkatan program pelayanan seperti adanya pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas. Puskesmas bahkan dalam upaya menjangkau sasaran sampai kepada masyarakat yang membutuhkan khusus pada remaja melalui program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Tidak hanya terstruktur di bawah koordinasi Kementerian

Kesehatan (Kemkes), pemerintah membentuk lembaga-lembaga yang menaungi anak dan remaja.

Mental Health Gap Action Program (mhGAP) adalah suatu program dari WHO yang berbasis bukti untuk profesional kesehatan non spesialisik agar dapat mengidentifikasi berbagai masalah kesehatan jiwa remaja termasuk masalah bunuh diri. Data WHO mengungkapkan hanya beberapa negara yang memasukkan pencegahan bunuh diri termasuk masalah prioritas kesehatan di negaranya, dan hanya tiga puluh delapan negara yang melaporkan memiliki strategi pencegahan bunuh diri nasional (Winurini, 2019). Indonesia belum termasuk dalam tiga puluh delapan negara tersebut. Program pencegahan bunuh diri secara khusus sangat penting dimiliki oleh suatu negara tetapi di Indonesia belum ada program atau lembaga khusus untuk pencegahan bunuh diri secara nasional. Keterbatasan sumber daya manusia dan sistem penjaminan kesehatan di Indonesia menunjukkan bahwa masalah bunuh diri belum dianggap sebagai masalah kesehatan nasional tetapi lebih kepada masalah kesehatan yang dibuat sendiri (Winurini, 2019). Penanganan masalah bunuh diri yang telah dilakukan di Indonesia sejauh ini masih menjadi bagian dari program kesehatan jiwa pada kementerian kesehatan dan ada pemerintah daerah yang khusus membuat peraturan daerah untuk pencegahan bunuh diri.

Upaya pemerintah Indonesia dalam pencegahan bunuh diri melalui Kemkes adalah dengan menerbitkan Pedoman Pencegahan dan Penanganan Bunuh Diri tahun 2021, membuat layanan telepon (*hotline service*) pencegahan bunuh diri di (021) 500-454 yang disebut ASA dan diresmikan pada 10 Oktober

2010. Selain itu pemerintah juga menyediakan layanan telepon Halo Kemenkes dengan nomor 1500567. Pemerintah juga menyediakan layanan kesehatan jiwa di Puskesmas sebagai layanan kesehatan primer masyarakat termasuk untuk masalah risiko bunuh diri. Pihak di luar pemerintah yang mengupayakan pencegahan bunuh diri antara lain Into the Light Indonesia adalah komunitas pencegahan bunuh diri yang digerakkan oleh anak muda lintas identitas dengan pendekatan berbasis bukti ilmiah dan hak asasi manusia. Pelayanan yang diberikan adalah dalam bentuk edukasi, kampanye, penelitian, dan kerjasama dengan organisasi nasional dan internasional untuk kesehatan jiwa dan pencegahan bunuh diri. Yayasan Pulih salah satu yang menyediakan informasi tentang depresi dan kesehatan jiwa pada laman yayasanpulih.org. LSM Jangan Bunuh Diri dapat dikontak melalui email janganbunuhdiri@yahoo.com dan telepon untuk memberi layanan konseling. Aplikasi Sehat Jiwa adalah wadah komunikasi, edukasi, serta informasi tentang kesehatan jiwa bagi masyarakat yang dikembangkan oleh Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, diresmikan 10 Oktober 2015. Aplikasi sehat jiwa tidak spesifik untuk pencegahan bunuh diri tetapi lebih kepada masalah kesehatan mental secara umum.

Upaya pencegahan yang dilakukan untuk mencegah perilaku bunuh diri secara umum telah banyak dilakukan baik dalam bentuk tindakan konseling, penyuluhan, meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan jiwa baik melalui program kesehatan jiwa masyarakat maupun *hotline service* dan aplikasi kesehatan jiwa. Banyak upaya telah dilakukan untuk mencegah

tindakan bunuh diri tetapi sejauh ini belum diketahui seberapa efektif upaya yang telah dilakukan.

C. Teori dan Konsep yang Menjadi Dasar Pembentukan Model Upaya Pencegahan Risiko Bunuh Diri

Model konseptual adalah kerangka kerja konseptual atau skema yang menjelaskan serangkaian ide global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi atau kejadian terhadap suatu ilmu dan pengembangannya. Teori dan konsep yang membentuk sebuah model konseptual memberikan arahan secara langsung dalam mencari hubungan dari pertanyaan tentang fenomena yang menjadi pusat perhatian dan solusi untuk pemecahan masalah praktik (Fawcett, 2006; Alligood, 2014). Model konseptual keperawatan menjadi kerangka berpikir dalam memahami beberapa konsep sebagai kerangka konsep untuk memberikan asuhan keperawatan dalam praktik keperawatan. Model konseptual keperawatan yang dapat digunakan dalam pembentukan model upaya pencegahan dan penanggulangan masalah risiko bunuh diri diantaranya adalah Model Stres Adaptasi Stuart (Stuart, Keliat, Pasaribu, 2016), *Interpersonal Theory of Suicide* (Joiner, 2019), dan Konsep *Core Determinant* (CAF, 2019).

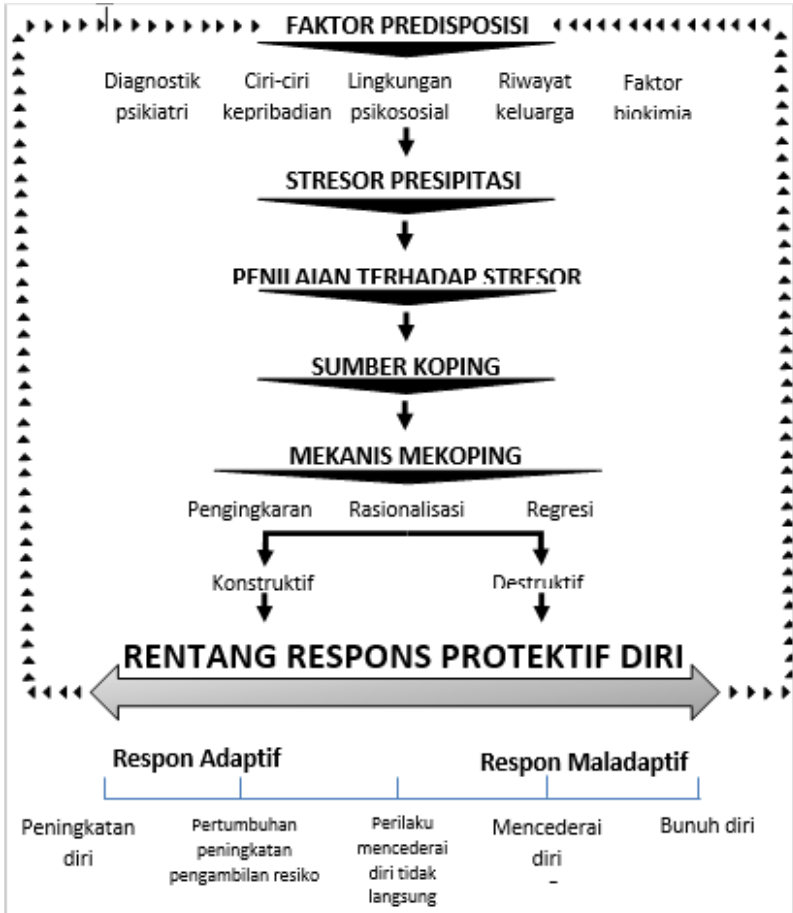
1. Model Stres Adaptasi Stuart dalam Pencegahan Perilaku Bunuh Diri

Model stres adaptasi Stuart menekankan adanya faktor predisposisi, stressor presipitasi, kemampuan menilai stresor dan sumber koping akan mempengaruhi mekanisme koping individu dalam mencapai status kesehatannya

dalam rentang respon kesehatannya. Strategi khusus yang dapat membantu pencegahan bunuh diri (Stuart, Keliat, Pasaribu, 2016) antara lain 1) Kontrol pistol dan mengurangi ketersediaan senjata mematikan. 2) Pembatasan penjualan dan ketersediaan alkohol dan obat-obatan. 3) Peningkatan kesadaran masyarakat dan profesional tentang depresi dan bunuh diri. 4) Kurangi perhatian dan penguatan perilaku bunuh diri di media. 5) Pembentukan klinik intervensi krisis masyarakat. 6) Kampanye untuk mengurangi stigma yang terkait dengan perawatan kesehatan jiwa. 7) Peningkatan manfaat asuransi bagi gangguan jiwa dan penyalahgunaan zat.

Perawat sebagai kelompok terbesar dari tenaga kesehatan memegang peran penting dalam upaya pencegahan, pendidikan, dan pengkajian bunuh diri (Aflague, Ferszt, 2010; Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Peningkatan ketrampilan melalui salah satu pelatihan klinis terstruktur dalam pengkajian risiko bukti dan pencegahan cedera senjata api juga dapat meningkatkan deteksi, dokumentasi, dan pengelolaan klien yang berisiko bunuh diri (McNiel et al, 2008; Tsai et al, 2011; Khubchandani et al, 2011; Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Program lain dalam upaya pencegahan bunuh diri adalah program kesadaran bunuh diri di masyarakat yang dapat membangun katahanan jiwa dan dukungan sosial (Tsai et al, 2010; Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Tindakan lain yang dapat membantu pencegahan bunuh diri adalah penilaian pendidikan dan program bunuh diri di sekolah. Program-program ini telah mencoba untuk

melawan stigma dan memecahkan istilah “tabu” tentang bunuh diri, memberi pembelajaran tentang gejala depresi pada siswa, guru, dan orangtua.



Skema 3.1 Model Stres Adaptasi Stuart terkait respon protektif diri (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016).

Upaya pencegahan bunuh diri lain terkait perkembangan klinik pencegahan bunuh diri di masyarakat adalah layanan kombinasi pengkajian oleh ahli klinis dan tindakan yang disertai kerjasama yang kuat dengan masyarakat, peningkatan dukungan sosial, pendidikan keluarga, dan hotline dengan staf kesehatan jiwa yang profesional. Strategi pencegahan bunuh diri lain yang efektif adalah layanan telepon yang memberi bantuan ke rumah, pengkajian kebutuhan, dan dukungan emosional (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016). Dalam upaya memfasilitasi program pemcegahan bunuh diri maka pendidikan tenaga pelayanan masyarakat dan tenaga kesehatan diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan tentang tanda dan gejala peringatan dini dari perilaku risiko bunuh diri dan menerapkan strategi tindakan yang efektif.

Tindakan keperawatan secara umum pada masalah bunuh diri (Stuart, 2013; Keliat, Pasaribu, 2016) ditekankan kepada:

a. Perlindungan dan Keselamatan

Prioritas tertinggi kegiatan keperawatan pada klien yang melakukan bunuh diri adalah melindungi klien dari bahaya mencederai diri yang lebih lanjut dan bunuh diri berulang. Pesan perlindungan dan keselamatan disampaikan kepada klien secara verbal dan non verbal. Secara verbal perawat cedera jika klien membenturkan badannya, sehing menjelaskan bahwa tindakan apapun akan dilakukan agar klien tetap aman dan terlindungi. Benda-benda berbahaya seperti ikat pinggang, benda

tajam, kaca, dan korek api harus dijauhkan dari klien. Dinding dan lantai dapat menyebabkan cedera jika klien membenturkan badannya, sehingga observasi sangat penting. Observasi orang per orang dari klien bunuh diri mengkomunikasikan kepedulian. Aspek penting dalam melindungi klien akan terealisasi melalui kesepakatan tentang sifat hubungan terapeutik. Kontrak tidak bunuh diri dapat membantu dalam membangun hubungan terapeutik, dan lebih dihargai sebagai tehnik manajemen klinis atau risiko. Perawat dapat mengambil langkah-langkah tambahan untuk menjamin keamanan klien bunuh diri.

b. Peningkatan Harga Diri

Seseorang yang melakukan bunuh diri memiliki harga diri yang rendah. Perlakukan klien sebagai orang yang layak diperhatikan dan dipedulikan. Atribut klien yang positif harus diakui dengan pujian yang tulus. Membangun hubungan yang kuat dapat memberikan pengalaman positif pada klien. Hal ini penting dalam memperkuat alasan untuk hidup dan mempromosikan harapan yang realistis bagi klien berdasarkan kekuatannya.

c. Pengaturan Emosi dan Perilaku

Asuhan keperawatan pada klien bunuh diri harus diarahkan untuk membantu klien menyadari perasaannya, labelnya, dan mengekspresikannya dengan tepat. Pengaturan emosi dan perilaku dapat membantu

klien untuk mengeksplorasi faktor predisposisi dan presipitasi yang mempengaruhi perilakunya. Saat fase krisis akut berakhir, perawat dapat membantu klien memahami waktu yang berisiko tinggi dan memicu, perasaan yang dirangsang, pola pemikiran disfungsional, yang mengakibatkan respon koping maladaptif. Rencana dapat dilakukan untuk menguji mekanisme koping baru. Saat stres klien dapat meningkatkan keterlibatan dengan orang lain, melakukan aktifitas fisik, ikut serta dalam kegiatan relaksasi dan mengurangi ketegangan, mengungkapkan perasaan melalui berbicara dengan seseorang atau menulis dalam buku harian.

d. Mobilisasi Dukungan Sosial

Perilaku bunuh diri sering mencerminkan kurangnya sumber daya internal dan eksternal. Mobilisasi sistem dukungan sosial adalah aspek penting dalam keperawatan. Orang yang berarti memiliki banyak pengalaman perasaan tentang perilaku bunuh diri klien, mereka memerlukan kesempatan untuk mengekspresikan perasaan dan membuat rencana yang realistis untuk masa depan. Keluarga klien bunuh diri mungkin takut bunuh diri terjadi lagi di masa depan. Keluarga perlu menyadari tanda-tanda perilaku yang menunjukkan pikiran bunuh diri dan mengetahui sumber daya di masyarakat yang dapat membantu pada fase krisis. Perilaku bunuh diri sering berulang. Pendekatan yang lebih baik mendorong peningkatan

komunikasi dan kemampuan dalam mengatasi masalah dalam keluarga. Kemampuan keluarga ditingkatkan melalui terapi keluarga. Anggota keluarga harus didorong untuk mendukung satu sama lain dan mencari bantuan untuk perasaan dan responnya.

Korban bunuh diri yang selamat sering mengalami stigma dan memerlukan bantuan untuk mengatasinya. Sumber daya masyarakat sangat penting dalam perawatan jangka panjang klien dengan bunuh diri. Kelompok swabantu dapat membantu pemulihan klien yang memerlukan dukungan teman sebaya. Terapi kelompok keluarga membantu reintegrasi keluarga yang baru mengalami pengalaman bunuh diri. Perawat kesehatan jiwa masyarakat, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan kader kesehatan jiwa dapat memberikan dukungan sehari-hari kepada klien dan keluarga seperti dengan cara tidak memberi komentar negatif tentang kejadian bunuh diri, merespon kematian akibat bunuh diri sama seperti peristiwa kematian yang normal, memberi dukungan kepada mereka yang memiliki pemikiran untuk bunuh diri sesuai kemampuan misalnya menjadi pendengar yang baik terhadap masalah yang dikeluhkan.

e. Pendidikan Kesehatan Klien

Pendidikan kesehatan bagi klien merupakan tindakan keperawatan yang penting. Pendidikan harus disampaikan sesuai waktu dengan hati-hati, karena kesiapan klien penting untuk keberhasilan perubahan

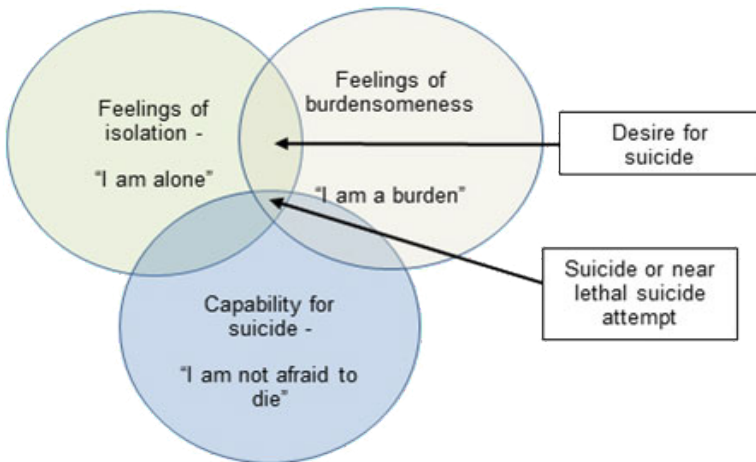
perilaku. Klien yang tidak patuh dengan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan kemungkinan tidak memahami sifat masalah yang dialami. Perawat harus menilai pengetahuan klien dan memulai pengajaran yang sesuai. Banyak klien yang bersedia berpartisipasi dalam perawatan diri jika dianggap masuk akal. Mengajarkan untuk memantau status kesehatan sendiri dapat membantu klien, seperti menghubungkan kegiatan perawatan dengan respon fisiologis, mengetahui obat-obat psikotropika yang diberikan, belajar cara menangani krisis di masa depan, mengubah pikiran negatif menjadi pikiran yang positif, dan membuat kesepakatan mengintegrasikan pengalaman dalam konsep diri.

2. Teori Interpersonal dari Bunuh Diri

Teori Interpersonal dari Bunuh Diri dikemukakan oleh Thomas Joiner. Kebutuhan mendasar manusia adalah perasaan memiliki. Perasaan diterima oleh yang lainnya dan merasa menjadi bagian dari struktur sosial, dipercaya sebagai kebutuhan mendasar manusia dan merupakan komponen penting kesehatan mental dan kesehatan seutuhnya. Isolasi sosial menjadi faktor risiko untuk bunuh diri ketika kehilangan hubungan sosial yang merupakan faktor protektif. Kebutuhan mendasar lain yang diperlukan adalah kebutuhan untuk merasa berharga dan berguna. Keyakinan bahwa keadaan seseorang adalah beban dapat memicu timbulnya persepsi “akan lebih baik jika tanpa dia”. Masalah financial, masalah kesehatan, penahanan,

atau kombinasi dari beberapa masalah dapat menimbulkan disosiasi persepsi dan meningkatkan risiko.

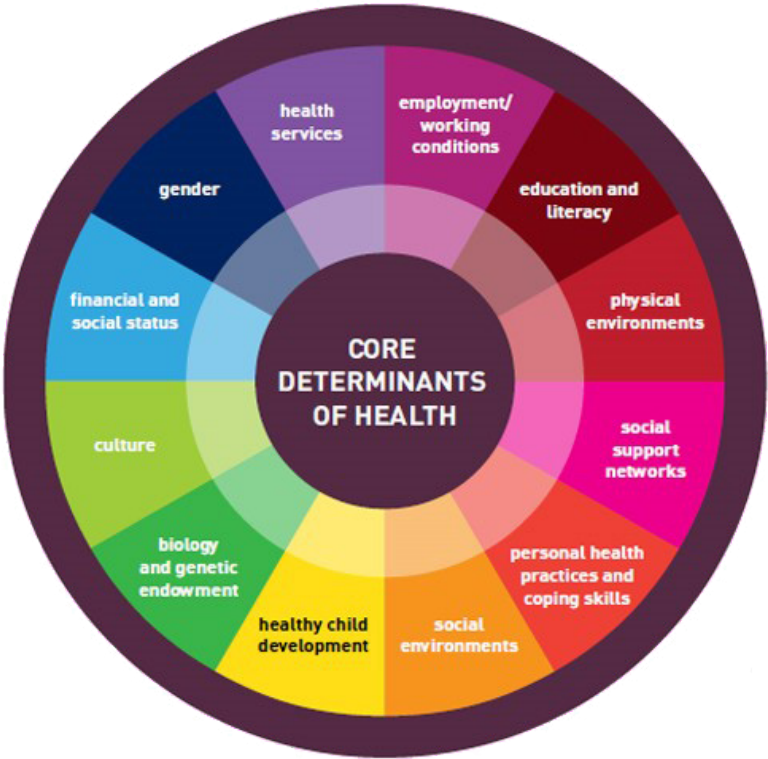
Model mengindikasikan dua elemen penting yang dapat memunculkan masalah bunuh diri yaitu perasaan terisolasi dan perasaan menjadi beban dapat menghasilkan ide bunuh diri. Ide bunuh diri tidak cukup untuk mendorong pada percobaan bunuh diri atau bunuh diri yang sesungguhnya. Takut pada kematian termasuk bunuh diri adalah insting normal dan kekuatan manusia yang luar biasa. Kejadian bunuh diri akan menjadi lebih berpotensi terjadi jika pengalaman mengajarkan tidak perlu takut pada kematian. Gambar lingkaran yang saling mengunci pada teori Interpersonal Bunuh Diri dapat dilihat pada gambar 2.1



Gambar 2.1 Teori Interpersonal Bunuh Diri (Joiner, 2019)

3. Konsep Core Determinants dari Model Sistem Kesehatan

Konsep *Core Determinants* dari Model Sistem Kesehatan dikemukakan oleh *Canada Armed Forces* (CAF) mengadopsi dari Public Health Agency Canada. Hal ini dilakukan dalam rangka mengidentifikasi faktor-faktor yang menentukan terjadinya kejadian bunuh diri. CAF mengenali bahwa bunuh diri adalah masalah kompleks, suatu fenomena multi dimensi dari manusia. Bunuh diri biasanya merupakan hasil persinggungan dari beberapa faktor risiko yang saling memperkuat. CAF menyadari tidak mungkin mengontrol atau menghilangkan semua faktor untuk mencegah bunuh diri, tetapi mencari dan mengenali setiap faktor sebagai faktor risiko sekaligus faktor protektif mungkin akan membantu dalam mengontrol atau mempengaruhi upaya bunuh diri. *Core Determinants* dari konsep terdiri dari dua belas komponen meliputi 1) Sistem kesehatan, 2) Kondisi kerja/pekerjaan, 3) Pendidikan dan literasi, 4) Lingkungan fisik, 5) Jaringan dukungan sosial, 6) Praktik kesehatan personal dan ketrampilan coping, 7) Lingkungan sosial, 8) Perkembangan kesehatan masa anak, 9) Faktor genetik dan biologis, 10) Budaya, 11) Status sosial dan ekonomi, 12) Jenis kelamin. Gambar Konsep Core Determinants Kesehatan dapat dilihat pada gambar 2.2.



Gambar 2.2 Dua belas komponen dari Konsep Core Determinants Model Sistem Kesehatan (CAF, 2019)

DAFTAR PUSTAKA



- Alligood. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. (8th ed). St. Louise: Mosby-Elsevier
- American Foundation for Suicide Prevention. (2016). <https://afsp.org>. Diperoleh, 13 Pebruari 2019
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Survey Perilaku dan Persoalan yang Dihadapi Anak di Sekolah. <http://dinkes.bulelengkab.go.id/artikel/pertemuan-evaluasi-uks-terungkap-650-siswa-punya-keinginan-bunuh-diri-69> diperoleh 5 April 2017
- Braaten E. (2016). *Understanding suicide in children and early adolescents may lead to more effective prevention*. <https://www.health.harvard.edu/blog/understanding-suicide-in-children-and-early-adolescents-may-lead-to-more-effective-prevention-2016120910715> diperoleh 24 Nopember 2019
- Canadian Armed Forces, (2019), *Suicide Prevention Action Plan*, <https://www.canada.ca/en/departement-national-defence/corporate/reports-publications/suicide->

prevention-action-plan/conceptual-framework-suicidality.html, diperoleh 13 Pebruari 2019

Centers for Diseases Control. (2017). *Suicide*. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide.shtml> diperoleh 24 Nopember 2019

Clayton, P. (2008), *Suicide Prevention Program American Foundation of Suicide Prevention*. <https://www.mentalhealth.org/suicide-prevention>, diperoleh 20 Maret 2016

Cleary M, Visenton DC, Neil A.L., West S, Kornhaber R, Large M. (2019). *Complexity of Youth Suicide and Implication for Health Services*. J Adv Nurs. 2019;75:2056-2058. <https://doi.org/10.1111/jan.14095> diperoleh 6 September 2019

Curtin. (2016). *Suicide Rates Climb In U.S., Especially Among Adolescent Girls* <https://www.npr.org/sections/health-shots/2016/04/22/474888854/suicide-rates-climb-in-u-s-especially-among-adolescent-girls> diperoleh 22 April 2016

De Leo et al. (2005). *Lifetime Risk of Suicide Ideation and Attempts in An Australian Community: Prevalence, Suicidal Process, and Help-Seeking Behavior*. Journal of Affective Disorders vol.86 issues2-3 June 2005 215-224 <http://doi.org/10.1016/j.jad.205.02.001> diperoleh 23 April 2016

Fortinash, Worret. (2012). *Psychiatric Mental Health Nursing*. St. Louis: Elsevier

- Friedman, M.M., Bowden, Jones. (2003). *Family Nursing: Research, Theory, and Practice*. (5th ed). Connecticut: Appleton & Lange
- Holliday C.E.B. (2012). *Teen Suicide: Experiences in the Emergency Department Following a Suicide Attempt*. Washington State University
- Institute for Health Metrics. (2017). Tingkat Kematian Bunuh Diri Berdasarkan Umur di Indonesia 2007-2017. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/09/11/berapa-angka-bunuh-diri-di-indonesia> diperoleh 24 Nopember 2019
- Keliat et al. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC
- Keliat et al. (2015). *The influence of the training of coping skills for stress on self-control and intensity of depression among adolescents with suicide risk*, <https://www.sciencepubco.com/index.php/IJANS/article/view/4928/1975>: tanggal 30 Juni 2017
- Keliat, dkk. (2018). Draft Akhir Modul Terapi Kognitif. Tidak dipublikasikan
- Keliat, dkk. (2018). Draft Akhir Modul Terapi Thought Stopping. Tidak dipublikasikan
- Keliat, dkk. (2018). Draft Akhir Modul Terapi Kelompok Therapeutik. Tidak dipublikasikan
- Kementerian Kesehatan Jepang. (2016). Jepang Catat Rekor Bunuh Diri Tertinggi di Dunia, Simak Datanya. <http://internasional.kompas.com/>

read/2017/03/24/08332631/jepang.catat.rekor.bunuh.
diri.tertinggi.di.dunia.simak.datanya. diperoleh 24
Maret 2017

Lasrado, R.A., Chantler, K., Jasani, R., Young, A. (2016). *Structuring Roles and Gender Identities within Families Explaining Suicidal Behavior in South India*. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 37(3) 205-211
<http://doi.org/10.1027/0227.5910/a000379> diperoleh tanggal 24 Maret 2017

Maramis, W.F. (2004). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press

Nadirawati. (2018). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Keluarga Teori dan Aplikasi Praktik. Bandung: Refika Aditama

Nasional Geographic Indonesia. (2015). Bunuh Diri di Usia Produktif. <https://nationalgeographic.co.id/berita/2015/09/bunuh-diri-di-usia-produktif> diperoleh 24 Nopember 2017

Rager, Lepczynska, Sibilski. (2015). Risk Factors for Suicide Among Children and Youths with Spectrum and Early Bipolar Disorder. *Psychiatr.Pol.*2015;49(3): 477-488
<http://dx.doi.org/10.12740/PP/29415> diperoleh 15 Desember 2017

Shaffer D. (1974). *Suicide in Childhood and Early Adolescence*. The Journal of Child Psychology and Psychiatry. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1469-7610.1974.tb01252.x> diperoleh 24 Nopember 2017

- Sheftall H.A, Asti L, Horowitz M.L, Felts A, Fontanella A.C, Campo V.J, Bridge A.J. (2016). *Suicide in Elementary School-Aged Children and Early Adolescents*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5051205/pdf/PEDS_20160436.pdf diperoleh 24 Nopember 2019
- Stoep V.A, McCauley E, Flynn C, Stone A. (2009). *Thoughts of Death and Suicide in Early Adolescence*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2819538/pdf/nihms99267.pdf> diperoleh 10 April 2017
- Stuart. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (9th ed). St. Louise: Mosby-Elsevier
- Stuart. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (10th ed). St. Louise: Mosby-Elsevier. Keliat, Pasaribu. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa* Stuart. Singapura: Elsevier
- Suicide Prevention Resource Center, Rodgers. (2011). *Understanding risk and protective factors for suicide: A primer for preventing suicide*. Newton, MA: Education Development Center, Inc.
- Suicide Prevention Resource Center. (2017). *Suicide among Children and Early Adolescents*. <https://www.sprc.org/news/suicide-among-children-early-adolescents> diperoleh 24 Nopember 2017
- Tololio. (2010). *Pengaruh Program Latihan Coping With Stress terhadap Risiko Bunuh Diri Pada Remaja Di SMP Kasih Kota Depok Tahun 2010*. FIK-UI: Tesis
- Townsend. (2011). *Essentials of Psychiatric Mental Haelth Nursing*.Philadelphia: Davis Company

WHO. (2018). *Suicide Rates 2018*. <http://worldpopulationreview.com/countries/suicide-rate-by-country> diperoleh 24 November 2019

Winarno et al. (2015). *Telomer Membalik Proses Penuaan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama

Winurini. (2019). Pencegahan Bunuh Diri di Indonesia, Info Singkat, Vol.XI no.20/II/Puslit/Okttober/2019.

Wong, D.L., (2006). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC

PROFIL PENULIS



Atih Rahayuningsih, lahir di Jakarta, saat ini tinggal di Padang. Status menikah mempunyai tiga orang anak. Memulai karir sebagai perawat dengan mengikuti program pendidikan Akademi Keperawatan di Akper Depkes RI Jakarta lulus tahun 1994. Melanjutkan ke jenjang pendidikan Sarjana Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia lulus tahun 2000, tahun 2007 menyelesaikan Program Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa, tahun 2008 lulus program pendidikan Spesialis Keperawatan Jiwa, dan tahun 2022 menyelesaikan program doktor keperawatan pada fakultas dan universitas yang sama. Untuk memenuhi syarat sebagai dosen juga tercatat menyelesaikan Program Pendidikan AKTA V pada Lembaga Akta Mengajar Universitas Negeri Jakarta, mengikuti pelatihan Pekerti dan *Applied Approach* di Universitas Terbuka Jakarta. Penulis saat ini bekerja sebagai dosen di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas sejak tahun 2008, sebelumnya telah bekerja sebagai dosen di Akper Manggala Husada Jakarta, dan pernah



bekerja sebagai perawat di Rumah Sakit Islam Jakarta. Kiprah dalam keperawatan jiwa yang pernah diikuti adalah sebagai anggota kelompok kerja keperawatan jiwa pada Forum Komunikasi Akper se DKI Jakarta tahun 2001-2004, fasilitator nasional Community Mental Health Nursing (CMHN) kerjasama FIK UI dan WHO untuk NAD pasca bencana tsunami tahun 2005-2008, sekretaris umum pada Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia tingkat propinsi DKI Jakarta periode 2007-2011, bidang diklat pada Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia tingkat propinsi Sumatera Barat periode 2012-2016. Anggota organisasi profesi PPNI. Asesor LAMPTKes sejak 2014.

[illegible]



BUNUH DIRI PADA KELOMPOK USIA REMAJA

Risiko bunuh diri pada remaja penting untuk dibahas karena angka kejadiannya semakin meningkat. Masa pertumbuhan dan perkembangan remaja yang penuh gejolak dalam mencapai tujuan menemukan identitas diri menyebabkan masa ini sangat berisiko terhadap masalah risiko bunuh diri. Berbagai masalah dihadapi remaja dan sering menyebabkan rasa frustrasi. Risiko bunuh diri sendiri adalah masalah yang kompleks. Tidak pernah ada penyebab tunggal dari tindakan bunuh diri. Bunuh diri sering disebut sebagai *crying for help*, karena hakikinya tindakan bunuh diri adalah upaya yang dilakukan individu untuk mencari jalan keluar dari masalah yang dihadapi. Individu dengan masalah bunuh diri adalah individu yang memerlukan bantuan untuk menemukan penyelesaian masalah yang konstruktif. Diperlukan upaya dan program yang jelas serta terstruktur untuk menjangkau individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan masalah risiko bunuh diri.



Penerbit Adab



@penerbitadab



www.PenerbitAdab.id