

**DINAMIKA PSIKOLOGIS GANGGUAN CEMAS
MENYELURUH PADA REMAJA**

SKRIPSI



oleh

Firdah Widya Safinah

NIM. 200401110116

**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG**

2024

**DINAMIKA PSIKOLOGIS GANGGUAN CEMAS
MENYELURUH PADA REMAJA**

SKRIPSI

Diajukan kepada

Dekan Fakultas Psikologi UIN Maulana Malik Ibrahim Malang untuk memenuhi
salah satu persyaratan dalam memperoleh gelar Sarjana Psikologi (S.Psi)

oleh

Firdah Widya Safinah

NIM. 200401110116

**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG**

2024

LEMBAR PERSETUJUAN

DINAMIKA PSIKOLOGIS GANGGUAN CEMAS MENYELURUH PADA
REMAJA


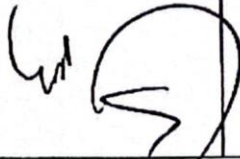
SKRIPSI

oleh

Firdah Widya Safinah

NIM. 200401110116

Telah disetujui oleh:

Dosen Pembimbing	Tanda Tangan Persetujuan	Tanggal Persetujuan
Dosen Pembimbing 1 <u>Dr. Yulia Solichatun, M.Si</u> NIP. 197007242005012003		28 Mei 2024
Dosen Pembimbing 2 <u>Dr. Mohammad Mahpur, M.Si</u> NIP. 197605052005011003		29/05 2024

Malang, Mei 2024

Mengetahui,

Ketua Program Studi



LEMBAR PENGESAHAN

**DINAMIKA PSIKOLOGIS GANGGUAN CEMAS MENYELURUHI PADA
REMAJA**

SKRIPSI




oleh

Firdah Widya Safinah

NIM. 200401110116

Telah diujikan dan dinyatakan LULUS oleh Dewan Penguji Skripsi dalam Majelis
Sidang Skripsi Pada tanggal 20 Juni 2024

DEWAN PENGUJI SKRIPSI

Dosen Pembimbing	Tanda Tangan Persetujuan	Tanggal Persetujuan
Sekretaris Ujian <u>Dr. Yulia Sholichatun, M.Si</u> NIP. 197007242005012003		28-06-2024
Ketua Penguji <u>Dr. Mohammad Mahpur, M.Si.</u> NIP. 197605052005011003		28/06 24
Penguji Utama <u>Dr. Elok Halimatus Sa'diyah, M.Si</u> NIP. 197405182005012002		28 Juni 2024

Disahkan oleh,
Dekan

Prof. Dr. Rifa Hidayah, M.Si
NIP. 197611282002122001



NOTA DINAS

Kepada Yth.,
Dekan Fakultas Psikologi
UIN Maulana Malik Ibrahim
Malang

Assalamualaikum wr. wb.

Disampaikan dengan hormat, setelah melakukan bimbingan, arahan, dan koreksi terhadap naskah Skripsi berjudul:

DINAMIKA PSIKOLOGIS GANGGUAN CEMAS MENYELURUH PADA REMAJA

Yang ditulis oleh:

Nama : Firdah Widya Safinah
NIM : 200401110116
Program : S1 Psikologi

Saya berpendapat bahwa Skripsi tersebut sudah dapat diajukan kepada Fakultas Psikologi UIN Maulana Malik Ibrahim Malang untuk diujikan dalam Sidang Ujian Skripsi.

Wassalamu'alaikum wr. wb.

Malang, 28 Mei 2024
Dosen Pembimbing 1,



Dr. Yulia Solichatun, M.Si
NIP. 197007242005012003

NOTA DINAS

Kepada Yth.,
Dekan Fakultas Psikologi
UIN Maulana Malik Ibrahim
Malang

Assalamualaikum wr. wb.

Disampaikan dengan hormat, setelah melakukan bimbingan, arahan, dan koreksi terhadap naskah Skripsi berjudul:

DINAMIKA PSIKOLOGIS GANGGUAN CEMAS MENYELURUH PADA REMAJA

Yang ditulis oleh:

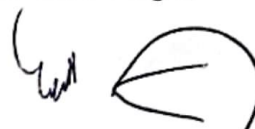
Nama : Firdah Widya Safinah
NIM : 200401110116
Program : S1 Psikologi

Saya berpendapat bahwa Skripsi tersebut sudah dapat diajukan kepada Fakultas Psikologi UIN Maulana Malik Ibrahim Malang untuk diujikan dalam Sidang Ujian Skripsi.

Wassalamu'alaikum wr. wb..

Malang, 29 Mei 2024

Dosen Pembimbing 2,



Dr. Mohammad Mahpur, M.Si

NIP. 197605052005011003

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Firdah Widya Safinah

NIM : 200401110116

Program : S1 Psikologi

Menyatakan bahwa skripsi yang saya buat dengan judul **DINAMIKA PSIKOLOGIS GANGGUAN CEMAS MENYELURUH PADA REMAJA**, adalah benar-benar hasil karya sendiri baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang disebutkan sumbernya. Jika dikemudian hari ada *claim* dari pihak lain, bukan menjadi tanggung jawab Dosen Pembimbing dan pihak Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar saya bersedia mendapatkan sanksi.

Malang, 29 Mei 2024

Penulis



Firdah Widya Safinah

NIM. 200401110116

MOTTO

لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا

"Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya."

(QS. Al-Baqarah: 286)

"Trust yourself. You've survived a lot, and you'll survive whatever is coming."

— Robert Tew —

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah rabbil'alamin puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT. yang telah memberikan kesehatan, rahmat dan hidayahnya, sehingga penulis masih diberikan kesempatan untuk menyelesaikan skripsi ini, sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar kesarjanaan. Tak lupa Sholawat serta salam senantiasa penulis haturkan kehadiran Nabi Muhammad SAW, yang senantiasa kita nantikan syafa'atnya kelak dihari akhir.

Terima kasih saya ucapkan kepada diri sendiri, Firdah Widya Safinah yang telah bertahan dan berjuang hingga di titik ini. Terima kasih untuk tidak pernah menyerah dan menerima bahwa kehidupan akan terus berlanjut meskipun banyak tantangan dan cobaan yang datang silih berganti. Terima kasih telah berhasil menjalankan tanggung jawab untuk menyelesaikan skripsi ini di waktu yang tepat. Walaupun jauh dari kata sempurna, saya bangga telah mencapai titik ini.

Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada orang tua saya, Ibu Widayati dan Bapak Bambang atas segala motivasi serta dukungan moral dan materi yang tiada henti. Terima kasih telah mendukung setiap langkah saya, bekerja keras demi mewujudkan cita-cita anaknya. Kalian adalah motivasi terkuat dalam menjalani lika-liku kehidupan dan menyelesaikan proses pendidikan ini.

Kepada saudara serta keluarga besar saya, terima kasih atas dukungan, doa dan semangat yang tiada henti kalian berikan, serta kepercayaan yang diberikan untuk saya merantau dan mengejar impian. Kehadiran kalian memberikan kekuatan dan keyakinan dalam setiap langkah yang saya ambil.

Teruntuk teman saya, Destya Salsabila, terima kasih atas segala hal yang selalu kita lakukan bersama. Terima kasih telah menjadi teman seperjuangan, menemani perjalanan saya selama masa perkuliahan, dan melalui segala suka duka bersama. Kepada Jalu, terima kasih telah menjadi teman yang sabar dan tidak pernah lelah mendengarkan keluh kesah selama proses kuliah ini. Terima kasih atas dukungan, semangat, dan saran yang selalu diberikan. Teruntuk teman-teman kuliah, terimakasih juga telah menemani proses perkuliahan dari awal hingga selesai.

Teruntuk CW Coffee & Eatery Jl. Simpang Ijen dan seluruh staffnya. Terima kasih telah menyediakan tempat yang nyaman untuk mengerjakan skripsi dan memberikan pelayanan yang terbaik. Tempat ini telah menjadi bagian penting dari perjalanan skripsi saya, menjadi saksi betapa kerasnya usaha saya dalam menyelesaikan skripsi ini. Terima kasih juga karena telah mempertemukan saya dengan orang-orang yang berarti dalam proses ini.

Kepada subjek penelitian saya, MHL D dan TDL. Terima kasih atas kesediaannya menjadi bagian dari penelitian ini, meluangkan waktu, dan mempercayai saya untuk berbagi cerita. Tanpa kalian, penelitian ini tidak akan dapat berjalan dengan baik. Dukungan dan partisipasi kalian sangat berarti dalam menyelesaikan penelitian ini.

KATA PENGANTAR

Puji syukur *Alhamdulillah* senantiasa penulis ucapkan kehadiran Allah SWT yang selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi ini. Sholawat serta salam senantiasa penulis haturkan kehadiran Nabi Muhammad SAW, yang senantiasa kita nantikan syafa'atnya kelak dihari akhir.

Karya ini tidak akan pernah ada tanpa bantuan dari berbagai pihak yang telah terlibat. Untuk itu dengan segala kerendahan hati, peneliti mengucapkan rasa terimakasih yang setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. M. Zainuddin, M.A, selaku rektor Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.
2. Ibu Prof. Dr. Hj. Rifa Hidayah, M.Si selaku dekan Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.
3. Bapak Yusuf Ratu Agung, M.A selaku Ketua Program Studi Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang.
4. Ibu Dr. Yulia Solichatun, M.Si dan Bapak Dr. Mohammad Mahpur, M.Si selaku dosen pembimbing skripsi yang sangat telaten memberikan masukan, arahan, dan motivasi kepada penulis, serta mengantar mulai proses awal hingga terselesaikannya skripsi ini.
5. Ibu Dr. Elok Halimatus Sa'diyah, M.Si selaku penguji utama pada sidang skripsi yang telah memberika saran, arahan, dan motivasi kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

6. Seluruh civitas akademik Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang terutama Bapak dan Ibu dosen yang selama ini selalu memberikan ilmunya dengan tulus dan ikhlas dalam mengajari kami.
7. Para Psikolog di poli jiwa RSUD Dr. Saiful Anwar yang telah meluangkan waktu dan tenaganya dalam memberikan bimbingan, arahan, serta berbagi pengalaman selama proses magang dan penelitian.
8. Seluruh staff dan perawat di poli jiwa RSUD Dr. Saiful Anwar yang telah membantu dan mendukung selama proses magang dan penelitian.
9. Semua pihak yang ikut membantu dalam menyelesaikan skripsi ini baik moril maupun materiil.

Peneliti ucapkan terimakasih banyak kepada seluruh pihak yang bersedia membantu selama proses penyelesaian skripsi ini. Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, peneliti memohon kritik dan saran yang sifatnya membangun demi perbaikan skripsi ini. Peneliti berharap semoga skripsi ini dapat membawa manfaat bagi siapapun yang membacanya.

Malang, 26 Mei 2024

Peneliti

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN	vi
PERSEMBAHAN	viii
KATA PENGANTAR	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
ABSTRAK	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Pertanyaan Penelitian	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
E. Orisinalitas Penelitian	7
BAB II KAJIAN TEORI	11
A. Kajian tentang Gangguan Kecemasan	11
B. Kajian tentang Gangguan Cemas Menyeluruh	15
D. Faktor Protektif Kesehatan Mental Remaja	27
E. Kajian Keislaman mengenai Kecemasan	28
BAB III METODE PENELITIAN	30
A. Kerangka Penelitian	30
B. Subjek Penelitian.....	31
C. Lokasi Penelitian.....	31
D. Sumber Data.....	32
E. Teknik Pengumpulan Data.....	32
F. Teknik Analisis Data.....	35

G. Keabsahan atau Kredibilitas Penelitian.....	37
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	40
A. Setting Penelitian	40
B. Deskripsi Profil Subjek	42
C. Hasil Penelitian	43
1. Subjek MHLD	43
2. Subjek TDL	64
D. Bagan Hasil Temuan.....	82
E. Pembahasan.....	86
1. Kejadian Pemicu Gangguan Cemas Menyeluruh	87
2. Gejala Gangguan Cemas Menyeluruh	100
3. Perjuangan Sembuh dari Gangguan Cemas Menyeluruh	105
BAB V PENUTUP	113
A. Kesimpulan	113
B. Saran.....	113
DAFTAR PUSTAKA	116
LAMPIRAN.....	127

DAFTAR GAMBAR

- Gambar 1. Bagan Dinamika Gangguan Cemas Menyeluruh Subjek MHLD 83
Gambar 2. Bagan Dinamika Gangguan Cemas Menyeluruh Subjek TDL 85

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Keterangan MBKM di RSUD Dr. Saiful Anwar.....	127
Lampiran 2. Informed Consent Subjek MHLD	128
Lampiran 3. Informed Consent Subjek TDL	129
Lampiran 4. Alat Tes GAD-7 MHLD	130
Lampiran 5. Alat Tes GAD-7 TDL.....	131
Lampiran 6. Alat Tes SCL-90 MHLD	132
Lampiran 7. Alat Tes SCL-90 TDL	134

ABSTRAK

Firdah Widya Safinah, 200401110116, *Dinamika Psikologis Gangguan Cemas Menyeluruh pada Remaja*, 2024.

Dosen Pembimbing : Dr. Yulia Solichatun, M.Si dan Dr. Mohammad Mahpur, M.Si

Gangguan cemas menyeluruh merupakan gangguan kecemasan yang ditandai dengan kekhawatiran berlebihan dan tidak terkendali yang mengganggu fungsi sehari-hari penderitanya. Berdasarkan data dari *Indonesia National Adolescent Mental Health Survey 2021* ditemukan tingginya tingkat masalah kesehatan mental di kalangan remaja. Data tersebut menunjukkan bahwa gangguan cemas menyeluruh merupakan salah satu gangguan mental yang memiliki prevalensi paling tinggi pada remaja diantara gangguan mental lainnya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dinamika psikologis gangguan cemas menyeluruh pada remaja serta peran faktor protektif dalam melampaui gangguan tersebut.

Metode yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Subjek dalam penelitian ini yaitu remaja dalam rentang usia 17-18 tahun yang mendapatkan diagnosis gangguan cemas menyeluruh dan pernah melakukan pemeriksaan di poli jiwa RSUD Dr. Saiful Anwar. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan wawancara, observasi, dan alat tes psikologi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan cemas menyeluruh yang dialami subjek dipicu oleh serangkaian peristiwa yang saling berkaitan serta melibatkan faktor eksternal dan internal. Faktor eksternal berasal dari lingkungan keluarga seperti, pola komunikasi yang kurang sehat, pola asuh otoriter, hubungan keluarga kurang harmonis, dan masalah finansial. Pengalaman perundungan oleh teman sebaya juga turut menjadi pemicu eksternal. Sedangkan faktor internal mencakup genetik dan krisis identitas yang dialami saat masa remaja. Namun, perpaduan antara faktor protektif internal (usaha dan harapan untuk sembuh, kemauan mencari bantuan, mekanisme koping adaptif, kontrol diri dari perilaku berbahaya) dan eksternal (dukungan dari orang terdekat dan bantuan profesional) yang dimiliki subjek memainkan peran penting dalam melampaui gangguan yang dialaminya sehingga mencapai kesejahteraan psikologis yang lebih baik.

Kata kunci : Gangguan cemas menyeluruh; Remaja; Dinamika psikologis; Faktor risiko; Faktor protektif

ABSTRAK

Firdah Widya Safinah, 200401110116, *Psychological Dynamics of Generalized Anxiety Disorder in Adolescents*, 2024.

Supervisor : Dr. Yulia Solichatun, M.Si dan Dr. Mohammad Mahpur, M.Si

Generalized anxiety disorder is an anxiety disorder characterized by excessive and uncontrollable worry that interferes with the daily functioning of the sufferer. Based on data from the Indonesia National Adolescent Mental Health Survey 2021, there is a high rate of mental health problems among adolescents. These data show that generalized anxiety disorder is one of the mental disorders that has the highest prevalence in adolescents among other mental disorders. This study aims to determine the psychological dynamics of generalized anxiety disorder in adolescents and the role of protective factors in transcending the disorder.

The method used is qualitative with a case study approach. The subjects in this study were adolescents in the age range of 17-18 years who received a diagnosis of generalized anxiety disorder and had been examined at the psychiatric clinic of Dr. Saiful Anwar Hospital. Data collection was carried out using interviews, observations, and psychological test tools.

The results showed that the comprehensive anxiety disorder experienced by the subject was triggered by a series of interrelated events involving external and internal factors. External factors come from the family environment such as unhealthy communication patterns, authoritarian parenting, less harmonious family relationships, and financial problems. The experience of bullying by peers is also an external trigger. Internal factors include genetics and identity crises experienced during adolescence. However, the combination of internal protective factors (effort and hope for recovery, willingness to seek help, adaptive coping mechanisms, self-control of harmful behavior) and external (support from the closest people and professional help) owned by the subject played an important role in surpassing the disorders he experienced to achieve better psychological well-being.

Keywords: Generalized anxiety disorder; Adolescents; Psychological dynamics; Risk factors; Protective factors.

أبستراك

فردة وديا سفينة، ٢٠٠٢، ١١١٠١١١٠٦١١، الديناميات النفسية لاضطراب القلق الشامل لدى المراهقين، ٢٠٠٦، المشرفون: د. يوليا سوليشاتون، ماجستير سي والدكتور محمد محبوب، ماجستير سي

اضطراب القلق الشامل هو اضطراب قلق شامل يتسم بالقلق المفرط الذي لا يمكن السيطرة عليه والذي يتعارض مع الأداء اليومي للمصاب. استنادًا إلى بيانات المسح الوطني للصحة النفسية للمراهقين في إندونيسيا لعام ٢٠٠٦، هناك معدل مرتفع لمشاكل الصحة النفسية بين المراهقين. أظهرت النتائج أن اضطراب القلق المعمم هو أحد الاضطرابات النفسية التي لها أعلى معدل انتشار بين المراهقين من بين الاضطرابات النفسية الأخرى. تهدف هذه الدراسة إلى تحديد الديناميكيات النفسية لاضطراب القلق العام لدى المراهقين ودور العوامل الوقائية في تجاوز الاضطراب

المنهج المستخدم هو المنهج الكيفي مع نهج دراسة الحالة. كان المشاركون في هذه الدراسة مراهقين في الفئة ١٧ - ١٨ سنة تم تشخيصهم باضطراب القلق العام وتم فحصهم في عيادة الطب النفسي بمستشفى العمرية. الدكتور سيف الأنور. تم جمع البيانات باستخدام المقابلات والملاحظات والاختبارات النفسية

أظهرت النتائج أن اضطراب القلق الشامل الذي عانى منه الشخص المعني كان ناجمًا عن سلسلة من الأحداث المترابطة وتضمن عوامل خارجية وداخلية. تأتي العوامل الخارجية من البيئة الأسرية مثل أنماط التواصل غير الصحية، والتربية السلطوية، والعلاقات الأسرية الأقل انسجامًا، والمشاكل المالية. كما تعد تجربة التنمر من قبل الأقران محفزًا خارجيًا أيضًا. أما العوامل الداخلية فتشمل العوامل الوراثية وأزمة الهوية التي يمر بها المراهق. ومع ذلك، فإن الجمع بين العوامل الوقائية الداخلية (الرغبة في طلب المساعدة، وآليات التكيف التكيفية، والتحكم الذاتي في السلوك الضار) والخارجية (الدعم من أقرب الناس) التي يمتلكها الشخص المعني لعبت دورًا مهمًا في تجاوز الاضطرابات التي مر بها لتحقيق رفاهية نفسية أفضل.

الكلمات المفتاحية اضطراب القلق المعمم; المراهقون; الديناميات النفسية; العوامل المحفزة; العوامل الوقائية

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Seperlima dari total penduduk Indonesia adalah remaja (Statistics Indonesia, 2021). Remaja saat ini disebut-sebut sebagai ‘Generasi Emas’ karena pentingnya generasi tersebut terhadap pertumbuhan perekonomian dan posisi Indonesia di kancah global (Wilopo et al., 2021). Namun, menurut *World Health Organization* (2023) remaja merupakan salah satu kelompok yang berisiko tinggi mengalami masalah gangguan kesehatan mental atau kesehatan jiwa. Pada usia remaja terjadi perubahan pesat, baik dari segi fisik, kognitif, maupun psikososial. Pada masa ini banyak hal dan kondisi yang dapat menimbulkan tekanan. Mereka berhadapan dengan berbagai perubahan yang sedang terjadi dalam dirinya maupun target perkembangan yang harus dicapai sesuai dengan usianya.

Indonesia National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS) 2021 mencatat tingginya tingkat masalah kesehatan mental di kalangan remaja, dengan lebih dari sepertiga remaja (34.9%) menunjukkan suatu masalah mental dalam 12 bulan terakhir, dan kriteria diagnosis DSM-5 untuk salah satu gangguan mental dipenuhi oleh 5.5% remaja, serta 1% diantaranya memiliki dua atau lebih gangguan mental. Dengan prevalensi setara dengan 13 juta remaja dengan masalah kesehatan mental dan 2 juta remaja dengan gangguan mental, hal ini menjadi isu kesehatan yang signifikan di Indonesia. Terlebih lagi, hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan cemas, termasuk gabungan antara gangguan cemas menyeluruh dan fobia sosial memiliki prevalensi yang paling tinggi di antara gangguan mental lainnya (3.7%), diikuti oleh gangguan depresi mayor (1,0%), gangguan perilaku (0,9%), serta gangguan PTSD dan GPPH masing-masing sebesar 0,5%. (Center for Reproductive Health et al., 2022).

Sedangkan menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) di Provinsi Jawa Timur ditemukan prevalensi gangguan mental emosional (kecemasan,

depresi, dan gangguan emosi) pada remaja usia 15 – 19 tahun telah mencapai 6,5% pada tahun 2013 dan mengalami peningkatan lagi sebesar 0,5% pada tahun 2018 (Kementrian Kesehatan RI, 2018). Hal ini menunjukkan bahwa penting untuk memahami lebih dalam pemicu gangguan cemas serta cara-cara untuk membantu mengurangi gejalanya. Mengingat remaja merupakan calon penerus bangsa yang penting bagi pertumbuhan perekonomian dan posisi Indonesia di kancah global, masalah kesehatan mental dapat mengancam potensi mereka.

Mengacu pada penelitian di atas terlihat bahwa salah satu gangguan kesehatan mental yang paling banyak diderita oleh remaja yaitu gangguan cemas menyeluruh. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi ke-5 (DSM-5), mendefinisikan Gangguan Cemas Menyeluruh atau *Generalized Anxiety Disorder* (GAD) sebagai adanya kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan dan sulit dikontrol mengenai sejumlah peristiwa atau aktivitas yang berlangsung setidaknya selama 6 bulan sehingga mengganggu fungsi psikologis individu. Gejala fisik pada penderita GAD dapat berupa gemetar, berkeringat, berbagai keluhan somatik, dan kelelahan (American Psychiatric Association, 2013).

Terdapat beberapa faktor pemicu gangguan cemas menyeluruh, diantaranya yaitu faktor biologis, faktor genetik, dan faktor psikososial. Berdasarkan faktor biologis, gangguan cemas menyeluruh dapat terjadi jika terdapat ketidakseimbangan bahan kimia di otak yang bertugas mengatur emosi dan produksi hormon serotonin, norepinefrin, dan dopamin. Ketidakseimbangan ini dapat mengubah cara otak bereaksi hingga menimbulkan kecemasan (Ardiansyah et al., 2023). Faktor genetik juga meningkatkan risiko gangguan cemas menyeluruh pada seseorang. Menurut Davidson, Neale, & Kring (2006) gangguan cemas menyeluruh sering ditemukan pada individu yang mempunyai kerabat atau hubungan keluarga dengan kelainan yang sama.

Mengenai faktor psikososial yang menyebabkan GAD, terdapat dua pendekatan utama yaitu kognitif-perilaku dan psikoanalitik. Pendekatan kognitif-perilaku berpendapat bahwa orang dengan GAD merespons

rangsangan dengan cara yang salah dan menganggapnya sebagai ancaman. Kesalahan ini terjadi karena adanya bias dalam pemrosesan informasi, penilaian yang sangat pesimis terhadap kemampuan diri sendiri untuk beradaptasi, dan fokus yang selektif terhadap aspek-aspek kecil yang negatif dari lingkungan. Sementara itu, menurut pandangan psikoanalitik, kecemasan merupakan tanda adanya ketegangan emosional yang tidak disadari dan tidak terselesaikan (B. J. Sadock & Sadock, 2010).

Beberapa penelitian terdahulu juga mengungkapkan berbagai pemicu dan proteksi pada Gangguan Cemas Menyeluruh. Ahulu et al. (2020) menemukan bahwa mekanisme koping yang tidak adaptif dan keterlibatan orang tua yang rendah sebagai faktor risiko munculnya GAD, sementara harga diri ditemukan sebagai faktor protektif. Penelitian yang dilakukan oleh Syahratriery dan Luthfiyah (2022) mengungkapkan bahwa munculnya gejala GAD yang dialami subjek tidak lepas dari tipe kepribadian dependen, cenderung perfeksionis, kesulitan dalam regulasi emosi, *sibling rivalry*, serta pola asuh yang otoriter dan permisif. Selain itu, stres hidup juga berkontribusi terhadap gejala GAD.

Selanjutnya Fullana et al. (2020) dalam hasil tinjauan sistematisnya menemukan bahwa pengalaman traumatis (fisik dan seksual), riwayat GAD pada orang tua, dan *borderline personality* dapat menjadi pemicu, sedangkan berjenis kelamin laki-laki dikaitkan dengan penurunan risiko terhadap GAD. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Zimmermann et al. (2020) mengidentifikasi faktor risiko terhadap gangguan kecemasan diantaranya merokok, penggunaan alkohol, penggunaan ganja, penilaian negatif terhadap peristiwa kehidupan, penghindaran, dan faktor pekerjaan. Sedangkan faktor protektif yang diidentifikasi meliputi dukungan sosial, koping, dan aktivitas fisik/ olahraga.

Penelitian sebelumnya belum banyak meneliti faktor pemicu, risiko, dan protektif secara bersamaan pada remaja melalui studi kasus kualitatif, padahal pengalaman setiap individu pasti berbeda. Kebanyakan penelitian hanya fokus pada salah satu aspek, yaitu faktor penyebab atau faktor protektif, dan umumnya

dilakukan pada individu dewasa. Mengingat tingginya angka kasus GAD pada remaja, sangat penting untuk melakukan penelitian yang mendalam dan komprehensif mengenai faktor-faktor ini secara bersamaan pada kelompok remaja.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada dua subjek remaja berusia 17 tahun yang merupakan seorang pasien di poli jiwa RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yang mendapatkan diagnosis GAD, menunjukkan bahwa subjek pertama merasa mudah cemas sejak masa kecilnya, namun gejalanya dirasa semakin parah dua tahun belakangan ini. Subjek hampir setiap hari merasa gelisah dan cemas yang tidak dapat dikendalikan disertai keluhan fisik yang subjek sendiri tidak tahu penyebab pastinya. Keluhan tersebut sangat berdampak pada aktivitas sehari-harinya, subjek merasa sulit berkonsentrasi saat mengerjakan suatu hal karena pikiran tentang kecemasannya tersebut selalu muncul.

Sedangkan hasil wawancara dengan subjek kedua menunjukkan bahwa subjek sudah sering merasa cemas sejak masih kecil, namun pada tahun 2022 subjek mengalami rasa cemas yang berlebihan untuk pertama kalinya. Subjek merasa bahwa keberfungsian dirinya tidak berjalan dengan semestinya seperti kebanyakan orang. Ia merasa sulit untuk fokus dan konsentrasi saat menjalani aktivitas sehari-harinya, sering merasa cemas yang tidak diketahui penyebab pastinya disertai rasa tercekik pada tenggorokan, serta sering kali ceroboh ketika melakukan sebuah pekerjaan. Kedua subjek juga mengungkapkan bahwa mereka sejak kecil hidup di lingkungan yang kurang mendukung, kurang apresiasi dan dukungan emosional dari keluarga, serta adanya peristiwa-peristiwa yang tidak menyenangkan selama masa hidupnya.

Dari hasil wawancara awal yang dilakukan peneliti kepada dua subjek menunjukkan bahwa gangguan cemas menyeluruh memberikan dampak negatif pada aktivitas sehari-hari penderitanya, dimana mereka menjadi sering cemas, susah berkonsentrasi, hingga timbulnya gejala fisik. Hal ini tidak mungkin terjadi secara tiba-tiba, pasti terdapat serangkaian kejadian yang menjadi faktor pemicu sehingga berkembang menjadi gangguan cemas menyeluruh.

Berdasarkan pemaparan hasil wawancara, faktor pengalaman hidup, faktor lingkungan, serta tantangan perkembangan pada masa remaja mungkin memiliki peran yang signifikan dalam munculnya gangguan cemas menyeluruh pada subjek.

Dari permasalahan di atas peneliti tertarik untuk meneliti lebih jauh lagi tentang “dinamika psikologis gangguan cemas menyeluruh pada remaja”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui proses perkembangan gangguan cemas menyeluruh pada remaja termasuk faktor-faktor pemicu, risiko, serta peran faktor protektif dalam melampaui gangguan tersebut. Namun gangguan cemas adalah pengalaman subjektif yang sering kali sulit diukur dengan angka dan statistik saja. Dengan menggunakan pendekatan kualitatif dengan jenis studi kasus *life history*, peneliti dapat mengeksplorasi perasaan, pikiran, dan pengalaman yang unik dari perjalanan hidup individu, sehingga dapat menggambarkan kompleksitas dalam gejala gangguan cemas menyeluruh. Subjek dalam penelitian ini yaitu remaja dalam rentang usia 12-18 tahun yang mendapatkan diagnosis gangguan cemas menyeluruh. Kondisi kesehatan mental remaja yang tidak ditangani dapat berlanjut hingga dewasa, sehingga dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental, serta membatasi partisipasi penuh individu dalam komunitas mereka. Temuan ini diharapkan akan bermanfaat untuk merancang intervensi yang sesuai dengan kebutuhan individu serta upaya pencegahan yang ditujukan khusus untuk meredakan dampak gangguan cemas menyeluruh pada remaja.

B. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan di atas, maka dapat diperoleh pertanyaan penelitian sebagai berikut :

- a. Bagaimana dinamika psikologis gangguan cemas menyeluruh yang dialami oleh remaja?
- b. Bagaimana peran faktor protektif dalam melampaui gangguan cemas menyeluruh?

C. Tujuan Penelitian

Sesuai dengan pertanyaan penelitian di atas, maka tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah:

- a. Mengetahui secara mendalam mengenai dinamika psikologis gangguan cemas menyeluruh yang dialami oleh remaja
- b. Mengetahui peran faktor protektif dalam melampaui gangguan cemas menyeluruh

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan bisa memberikan sumbangan bagi perkembangan ilmu psikologi, terutama bidang psikologi klinis dan perkembangan. Selain itu penelitian ini diharapkan dapat dikembangkan secara lebih luas dan bisa menjadi rujukan untuk penelitian selanjutnya.

2. Manfaat praktis

a. Bagi peneliti

Dengan adanya penelitian ini, peneliti dapat mengaplikasikan keilmuan yang telah diperoleh, khususnya dalam bidang psikologi. Penelitian ini juga dapat memperluas pemahaman yang berkaitan dengan dinamika psikologis penderita gangguan cemas menyeluruh.

b. Bagi Layanan Kesehatan Mental

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data penguat untuk membuat rancangan intervensi yang lebih efektif dan sesuai dengan keadaan pasien.

c. Bagi subjek penelitian

Subjek dapat lebih memahami dirinya, dapat meningkatkan kualitas hidupnya, serta menjadi dorongan bagi subjek agar menjalani rutin kontrol dengan profesional kesehatan mental. Dengan dukungan dan perawatan yang holistik, subjek memiliki peluang yang lebih baik untuk mengatasi gangguan kecemasan dan memulihkan kesejahteraan mental mereka.

d. Bagi masyarakat umum

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang gangguan cemas pada remaja. Dengan memahami lebih baik faktor-faktor yang mendasari gangguan ini, masyarakat dapat lebih mendukung remaja yang mengalami gangguan cemas dan mengurangi stigmatisasi.

e. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi informasi, referensi dan bahan kajian bagi peneliti selanjutnya. Hasil penelitian ini dapat membuka pintu bagi penelitian lebih lanjut yang dapat lebih mendalam dan menguji berbagai faktor yang berkaitan dengan gangguan cemas menyeluruh pada remaja.

E. Orisinalitas Penelitian

Peneliti menggunakan penelitian sebelumnya sebagai sarana untuk menemukan perbandingan dan mendapatkan ide-ide baru untuk penelitian selanjutnya. Selain itu, penelitian sebelumnya membantu dalam menempatkan studi saat ini dalam konteks dan menunjukkan kebaruannya. Dalam bagian ini, peneliti mencantumkan temuan dari studi-studi terdahulu yang relevan dengan penelitian yang akan dilakukan, kemudian membandingkan atau mencari perbedaan dari temuan-temuan tersebut dengan penelitian yang akan dilakukan. Berikut ini studi-studi terdahulu yang masih relevan dengan topik yang penulis teliti.

Penelitian yang dilakukan oleh Syahratriery & Luthfiyah (2022) dengan judul “*Psychological Dynamics of Generalized Anxiety Disorder in Early Adult*” menggunakan metode kualitatif dan pendekatan studi kasus. Tujuannya adalah untuk memahami dinamika psikologis pada individu dewasa awal yang mengalami *General Anxiety Disorder* (GAD). Subjek penelitian adalah seorang wanita berusia 24 tahun yang terindikasi menderita GAD. Hasil penelitian mengungkapkan faktor-faktor terkait yang menyebabkan munculnya GAD pada subjek, termasuk tipe kepribadian yang dependen, kecenderungan perfeksionis, kesulitan dalam mengatur emosi, tekanan yang berkelanjutan dari

lingkungan, persaingan antar saudara kandung, dan pengaruh pola asuh otoriter. Penelitian ini secara khusus memusatkan perhatian pada dinamika psikologis individu dewasa dengan GAD, dengan subjek berupa seorang wanita dewasa. Di sisi lain, penelitian yang akan datang lebih menekankan pada dinamika psikologis GAD pada remaja, disertai peran faktor protektif dalam mengurangi gejala, dengan subjek penelitian berupa seorang remaja laki-laki dan perempuan.

Penelitian selanjutnya yang dilakukan oleh Ahulu et al. (2020) dengan judul “*Predicting risk and protective factors of generalized anxiety disorder: a comparative study among adolescents in Ghana*” berfokus untuk menyelidiki faktor-faktor psikososial yang terkait dengan *Generalized Anxiety Disorder* (GAD) di kalangan remaja. Metode penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan penyebaran kuesioner. Subjek dalam penelitian ini yaitu 300 remaja berusia antara 13 hingga 19 tahun. Hasilnya menunjukkan bahwa mekanisme koping yang tidak adaptif dan keterlibatan orang tua yang rendah merupakan faktor risiko munculnya GAD, sementara harga diri ditemukan sebagai faktor protektif. Penelitian ini berfokus pada faktor-faktor psikososial yang terkait dengan GAD menggunakan metode kuantitatif. Sebaliknya, penelitian mendatang akan menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus *history life*.

Penelitian yang dilakukan oleh (Ismail et al., 2015) dengan judul “*The prevalence and risk factors of anxiety disorders in an Egyptian sample of school and students at the age of 12-18 years*” bertujuan untuk memperkirakan prevalensi gangguan kecemasan khususnya GAD pada siswa sekolah, dan korelasi antara masa remaja dan faktor sosio-psikologis yang menyebabkan gangguan kecemasan pada remaja melalui studi kuantitatif. Subjek penelitian melibatkan 1200 siswa berusia antara 12-18 tahun. Hasil penelitian ini menunjukkan tingginya prevalensi gangguan kecemasan dan GAD pada usia remaja yang berhubungan dengan faktor risiko seperti pendidikan, usia, jumlah/kepadatan keluarga, pekerjaan ayah, kebiasaan merokok dan penyalahgunaan narkoba. Penelitian ini difokuskan untuk memahami faktor sosio-psikologis

yang menyebabkan gangguan kecemasan pada remaja melalui studi kuantitatif. Sementara itu, penelitian yang akan dilakukan akan menekankan pada faktor pemicu dan protektif dengan metode kualitatif.

Woodgate et al., (2020) juga melakukan penelitian dengan judul “*The lived experience of anxiety and the many facets of pain: A qualitative, artsbased approach*”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengamati bagaimana penderitaan merupakan pengalaman utama bagi remaja yang hidup dengan gangguan kecemasan. Desain penelitian yang digunakan adalah kualitatif fenomenologi hermeneutik. Subjek penelitian terdiri dari 58 remaja yang hidup dengan gangguan kecemasan. Temuan mencakup gejala fisik, persepsi tentang penderitaan mental-emosional yang lebih mencolok daripada rasa sakit fisik, kesulitan dalam hubungan antarpribadi, dan kesulitan dalam mengungkapkan rasa sakit yang tidak terlihat. Penelitian ini fokus pada penelitian secara fenomenologi mengenai penderitaan remaja dengan gangguan kecemasan tanpa menjelaskan kemunculan dan faktor penyebab gangguan kecemasan. Penelitian mendatang akan lebih spesifik, menekankan dinamika munculnya gangguan cemas pada remaja dengan menggunakan pendekatan studi kasus *life history*.

Fullana et al. (2020) melakukan penelitian yang berjudul “*Risk and protective factors for anxiety and obsessive-compulsive disorders: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses*”. Tujuannya adalah untuk mengetahui bukti hubungan antara faktor risiko dan faktor protektif pada gangguan cemas. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode *literatur review*. Hasilnya menunjukkan pengalaman traumatis (fisik dan seksual), riwayat GAD pada orang tua, dan *borderline personality* dapat menjadi pemicu, sedangkan berjenis kelamin laki-laki dikaitkan dengan penurunan risiko terhadap GAD. Perbedaan dengan penelitian mendatang terletak pada subjek dan metode penelitian.

Penelitian yang dilakukan oleh Zimmermann et. al. (2020) dengan judul “*Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review*” bertujuan mengidentifikasi faktor risiko dan faktor protektif yang dapat dimodifikasi untuk gangguan kecemasan pada orang dewasa.

Metode penelitian adalah kualitatif dengan *literatur review*. Hasilnya menunjukkan faktor risiko terhadap gangguan kecemasan diantaranya merokok, penggunaan alkohol, penggunaan ganja, penilaian negatif terhadap peristiwa kehidupan, penghindaran, dan faktor pekerjaan. Sedangkan faktor protektif yang diidentifikasi meliputi dukungan sosial, mekanisme koping, dan aktivitas fisik. Perbedaan dengan penelitian mendatang terletak pada subjek dan metode penelitian.

Berdasarkan telaah literatur yang ada, tampaknya belum ada penelitian yang secara khusus membahas tema yang akan dijadikan fokus penelitian ini. Oleh karena itu, penelitian mendatang ini bertujuan untuk mengisi kesenjangan pengetahuan, terutama dalam konteks gangguan cemas menyeluruh pada remaja. Menyikapi penelitian sebelumnya yang lebih menekankan pada gangguan kecemasan secara umum, penelitian ini akan memfokuskan analisis pada spektrum gangguan cemas menyeluruh pada populasi remaja karena penelitian terdahulu lebih banyak menitikberatkan pada kasus-kasus gangguan cemas menyeluruh pada populasi dewasa. Orisinalitas penelitian ini juga terletak pada penggunaan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus *life history* yang memungkinkan peneliti untuk merinci pengalaman hidup, peristiwa signifikan, dan faktor pemicu yang dapat memengaruhi perkembangan gangguan cemas menyeluruh serta faktor protektif yang membantu mengurangi gejala.

BAB II

KAJIAN TEORI

A. Kajian tentang Gangguan Kecemasan

1. Definisi

Menurut *American Psychological Association* (APA) kecemasan merupakan keadaan emosi yang muncul saat individu sedang stres, dan ditandai oleh perasaan tegang, pikiran yang membuat individu merasa khawatir dan disertai respon fisik (jantung berdetak kencang, naiknya tekanan darah, dan lain sebagainya) (Muyasaroh, 2020). Hal senada diungkapkan oleh Freud, ia menjelaskan bahwa kecemasan merupakan situasi afektif yang dirasa tidak menyenangkan yang diikuti oleh sensasi fisik yang memperingatkan seseorang akan bahaya yang mengancam. Perasaan tidak menyenangkan ini biasanya samar-samar dan sulit dipastikan, tetapi selalu terasa (Feist et al., 2017).

Barlow & Durand (2015) mendefinisikan kecemasan sebagai keadaan suasana hati (*mood*) yang ditandai oleh efek negatif dan gejala-gejala ketegangan jasmaniah dimana seseorang mengantisipasi kemungkinan datangnya bahaya atau kemalangan di masa yang akan datang dengan perasaan khawatir. Cemas mungkin melibatkan perasaan, perilaku, dan respon-respon fisiologis. Sedangkan menurut Vallance & Fernandez (2016) kecemasan adalah pengalaman yang tidak menyenangkan yang dicirikan oleh perubahan emosional (seperti ketidaknyamanan, kesedihan), kognitif (seperti ketakutan, kekhawatiran, rasa tidak berdaya), fisiologis (seperti ketegangan otot), dan perilaku (seperti menghindari). Kecemasan yang berlebihan atau tidak sesuai dengan konteks atau tahapan perkembangan, yang mengakibatkan penderitaan yang signifikan dan/atau gangguan fungsi, dapat diklasifikasikan sebagai gangguan kecemasan.

Gangguan kecemasan adalah sekelompok kondisi yang memberi gambaran penting tentang cemas yang berlebihan, disertai respon perilaku, emosional, dan fisiologis (Videbeck, 2008). Gangguan kecemasan mencakup rasa takut, cemas, atau penghindaran yang berlebihan terhadap

ancaman yang dirasakan, baik itu di lingkungan sekitar (seperti situasi sosial atau lokasi yang tidak dikenal) maupun di dalam diri sendiri (misalnya, sensasi tubuh yang tidak biasa). Respon yang diberikan tidak sebanding dengan risiko atau bahaya sebenarnya yang ditimbulkan. Gangguan kecemasan berbeda dari kecemasan sementara yang bersifat normatif atau disebabkan oleh stres yang mencolok karena cenderung bersifat kronis dan mengganggu fungsi sehari-hari (M. G. Craske & Stein, 2016).

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah suatu kondisi emosional yang kompleks, ditandai oleh ketidaknyamanan dan perubahan dalam berbagai aspek seperti perilaku, emosi, kognisi, dan respons fisiologis. Fokus utama dari kecemasan adalah kekhawatiran terhadap potensi bahaya di masa depan. Apabila kecemasan ini berlebihan atau tidak sesuai dengan konteks sehingga menyebabkan penderitaan yang signifikan dan/atau mengganggu fungsi sehari-hari, maka dapat dikategorikan sebagai gangguan kecemasan.

2. Klasifikasi

Gangguan kecemasan dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

a. Gangguan Panik

Gangguan panik adalah suatu kondisi yang dicirikan oleh munculnya perasaan ketakutan atau ketidaknyamanan yang muncul secara tiba-tiba dan dengan intensitas yang tinggi, berlangsung dalam waktu yang relatif singkat. Pasien yang mengalami gangguan panik seringkali mengalami perasaan yang mendalam akan datangnya malapetaka, disertai oleh sejumlah gejala fisik seperti nyeri dada, pusing, kesulitan bernapas, mual, dan takut mati. Meskipun begitu, individu yang mengidap gangguan panik mungkin tidak selalu mengalami tingkat kecemasan yang sama setiap saat. Terkadang, mereka dapat merasa hancur secara emosional, tetapi tidak selalu hidup dalam keadaan cemas yang konstan (Adwas et al., 2019; S. Craske, 2023).

b. Agorafobia

Agorafobia merujuk pada tingkat kecemasan yang timbul ketika seseorang berada di lingkungan umum atau tempat yang ramai, sehingga sulit untuk melarikan diri atau menerima bantuan yang mungkin diperlukan. Kondisi ini dicirikan oleh ketakutan yang kuat terhadap kemungkinan terjadinya serangan panik atau gejala serupa panik ketika berada dalam konteks tersebut. Selain itu, penderita agorafobia seringkali menghindari secara aktif situasi-situasi di tempat umum yang bisa memicu ketakutan tersebut (Asmundson et al., 2014).

c. Fobia Spesifik

Fobia spesifik adalah gangguan mental yang dicirikan oleh ketakutan atau kecemasan yang berlebihan terhadap situasi atau objek tertentu yang disebut sebagai stimulus fobik. Gangguan ini dapat diidentifikasi berdasarkan kategori situasi atau objek yang menjadi fokus ketakutan. Respon terhadap stimulus fobik ini ditandai oleh intensitas yang tinggi, bersifat tidak rasional, dan tidak sebanding dengan tingkat ancaman sebenarnya. Pasien dengan fobia spesifik cenderung menghindari atau mencegah kontak dengan stimulus fobik tersebut (Ikatan Psikolog Klinis Indonesia, 2021).

d. Gangguan Kecemasan Sosial

Gangguan kecemasan sosial mencakup ciri penting ketakutan atau kecemasan yang nyata terhadap satu atau lebih situasi sosial di mana individu mungkin diawasi atau tidak oleh orang lain. Paparan terhadap situasi sosial seperti itu hampir selalu menimbulkan ketakutan atau kecemasan pada individu yang terkena dampak, dan individu tersebut mengalami kekhawatiran bahwa mereka akan dihakimi secara negatif. Orang-orang yang mengalami gangguan kecemasan sosial cenderung menghindari situasi-situasi sosial yang menimbulkan ketakutan mereka atau menghadapinya dengan tingkat kecemasan yang tinggi. Dampaknya dapat berujung pada gangguan fungsi dalam aspek

sosial, pekerjaan, atau bidang kehidupan lainnya yang memiliki signifikansi dalam interaksi masyarakat (Hyett & McEvoy, 2018).

e. Gangguan Cemas Menyeluruh

Gangguan cemas menyeluruh yaitu adanya kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan dan sulit dikontrol mengenai sejumlah peristiwa atau aktivitas yang berlangsung setidaknya selama 6 bulan sehingga mengganggu fungsi psikologis individu. Gejala fisik pada penderita gangguan cemas menyeluruh dapat berupa gemetar, berkeringat, berbagai keluhan somatik, dan kelelahan (American Psychiatric Association, 2013).

f. Gangguan obsesif-kompulsif

Obsessive-compulsive disorder atau OCD adalah gangguan jangka panjang dimana seseorang mengalami pikiran yang tidak terkendali dan berulang (obsesi) yang dapat membuat orang terlibat dalam perilaku berulang (kompulsi). Meskipun setiap orang merasa khawatir atau merasa perlu untuk memeriksa ulang berbagai hal sesekali, gejala-gejala yang terkait dengan OCD sangat parah dan menetap. Orang dengan OCD memiliki gejala yang memakan waktu dan dapat menyebabkan tekanan yang signifikan atau mengganggu kehidupan sehari-hari (National Institute of Mental Health, 2023).

g. Ganggu stress pascatrauma

Post-traumatic stress disorder (PTSD) adalah masalah kesehatan mental yang dialami setelah mengalami peristiwa traumatis. Ini termasuk veteran perang serta orang-orang yang pernah mengalami atau menyaksikan kekerasan fisik atau seksual, pelecehan, kecelakaan, bencana, serangan teror, atau peristiwa serius lainnya. Orang yang mengalami PTSD mungkin merasa stres atau takut, mimpi buruk, kejadian buruk itu seolah-olah terjadi lagi, dan berusaha menjauh dari apa pun yang bisa memicu ingatan tentang kejadian buruk tersebut (Yetter & Masten, 2022).

B. Kajian tentang Gangguan Cemas Menyeluruh

1. Definisi

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edisi ke-5 (DSM-5), mendefinisikan *generalized anxiety disorder* (GAD) sebagai adanya kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan dan sulit dikontrol mengenai sejumlah peristiwa atau aktivitas yang berlangsung setidaknya selama 6 bulan sehingga mengganggu fungsi psikologis pasien (American Psychiatric Association, 2013). Pasien dengan gangguan cemas menyeluruh cenderung melebih-lebihkan kemungkinan dan keparahan yang akan timbul dalam suatu masalah dan menganggapnya akan terjadi sesegera mungkin. Gangguan cemas menyeluruh ditandai oleh kekhawatiran yang intens, tidak terkontrol, tidak terfokus, kronis, dan terus-menerus yang menimbulkan distress dan disertai oleh adanya gejala-gejala somatik, seperti ketegangan otot, iritabilitas, sulit berkonsentrasi, menjadi mudah lelah, sulit tidur, dan kegelisahan (B. Sadock et al., 2017; Carney & Edinger, 2010).

Sedangkan menurut ICD-10 gangguan cemas menyeluruh merupakan bentuk kecemasan yang bersifat umum dan persisten namun tidak terbatas atau hanya mendominasi pada kondisi lingkungan tertentu (sifatnya "*free floating*" atau "mengambang bebas"). Gejala yang dominan bervariasi tetapi mencakup keluhan rasa gugup yang terus-menerus, gemetar, ketegangan otot, berkeringat, sakit kepala ringan, jantung berdebar, pusing, dan rasa tidak nyaman di daerah ulu hati (World Health Organization, 2016).

2. Etiologi

Seperti pada kebanyakan gangguan jiwa, penyebab gangguan cemas menyeluruh belum jelas diketahui. Peneliti merangkum secara garis besar etiologi GAD dalam 3 faktor, yaitu faktor psikososial, faktor biologis, dan faktor genetik.

a. Faktor Psikososial

Faktor psikososial yang dimaksud adalah faktor yang berasal dari luar tubuh manusia. Contohnya stres yang sedang berlangsung dan peristiwa hidup (Hibbert et al., 2008). Ada beberapa kelompok pikiran

utama mengenai faktor psikososial yang menyebabkan GAD adalah kelompok kognitif, perilaku dan kelompok psikoanalitik.

Teori kognitif menjelaskan bahwa seseorang dengan gangguan cemas menyeluruh memberikan respons yang tidak benar dan tidak akurat terhadap bahaya yang dirasakan ditandai dengan perhatian selektif terhadap hal-hal negatif yang ada di lingkungan, distorsi dalam memproses informasi, dan pandangan negatif tentang ketidakmampuannya untuk beradaptasi. Seseorang yang memiliki predisposisi terhadap gangguan cemas menyeluruh menggunakan rasa cemas tersebut sebagai *positive coping strategy* terhadap ancaman yang ada, dimana seseorang tersebut tidak dapat merasa tenang sebelum bisa mengidentifikasi bahaya yang mungkin terjadi dan cara menanganinya (Ghufron & Risnawita, 2011).

Teori Perilaku menyatakan bahwa kecemasan merupakan respon yang terkondisi sesuai dengan adanya stimulus tertentu dari lingkungan. Individu menerima rangsangan tertentu sebagai rangsangan yang tidak disukai, sehingga menimbulkan kecemasan. Setelah hal itu terjadi berulang kali, akhirnya menjadi kebiasaan untuk menghindari stimulus tersebut (R. Davis et al., 2015).

Sedangkan menurut teori psikoanalitik dalam (B. J. Sadock & Sadock, 2010), kecemasan merupakan gejala dari konflik yang tidak terselesaikan dan tidak disadari. Freud menyatakan bahwa kecemasan merupakan suatu tanda peringatan bahaya dari luar yang mengancam ego. Individu akan berusaha mengurangi atau menghilangkan bahaya yang mengancam tersebut dengan berbagai cara mekanisme pertahanan. Kecemasan yang timbul pada dasarnya dapat diatasi dengan represi. Apabila represi dapat mengatasi sinyal kecemasan tersebut, maka kecemasan akan menjadi keseimbangan psikologis dan tidak akan menimbulkan gejala apapun serta tidak akan berkembang menjadi patologis. Namun, jika kecemasan yang muncul tersebut tidak dapat

diatasi oleh represi, maka mekanisme pertahanan lain akan mengambil alih sehingga akan memunculkan simtom gangguan neurotik klasik.

b. Faktor Biologis

Teori biologis juga telah berkembang untuk mencerminkan timbulnya kecemasan (B. J. Sadock et al., 2015).

1) Sistem Saraf Otonom

Dengan adanya stresor dapat menyebabkan pelepasan epinefrin dari adrenal kemudian diteruskan ke korteks serebri, kemudian ke sistem limbik dan *Reticular Activating System* (RAS), lalu ke hipotalamus dan hipofisis. Kemudian kelenjar adrenal mensekresikan katekolamin dan terjadi stimulasi saraf otonom seperti takikardi, nyeri kepala, diare, berkeringat, dan nafas yang cepat.

2) Neurotransmitter

Neurotransmitter memegang peran penting dalam patofisiologi gangguan cemas menyeluruh atau *generalized anxiety disorder* (GAD). Pada sistem saraf pusat, neurotransmitter seperti norepinefrin, serotonin, dopamin, dan GABA memegang peranan penting.

a) Norepinefrin

Norepinefrin merupakan respon dari “*fight or flight*” dan regulasi dari tidur, suasana hati, dan tekanan darah. Ketika seseorang mengalami stress akut mungkin memiliki sistem noradrenergik yang teregulasi secara buruk dan akan terjadi peningkatan dari pelepasan NE (B. J. Sadock et al., 2015). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pelepasan NE memegang peranan penting dalam ketakutan, kecemasan. Aktivitas sistem norepinefrin dalam tubuh dan otak menghasilkan gejala fisik kecemasan, seperti berkeringat dan palpitasi, yang dapat menyebabkan orang menjadi khawatir (K. L. Davis et al., 2012).

b) Serotonin

Serotonin adalah neurotransmitter yang bertanggung jawab untuk mengatur suasana hati kita. Ketika kadar serotonin rendah, seseorang cenderung mengalami kecemasan, depresi dan cepat marah.

c) GABA

Beberapa pasien dengan gangguan kecemasan diduga memiliki fungsi reseptor GABA yang kurang baik. Kemudian peranan GABA dalam kecemasan dibuktikan dengan manfaat *benzodiazepine* yang bekerja meningkatkan GABA yang dapat mengatasi adanya gangguan cemas menyeluruh maupun gangguan panik.

c. Faktor Genetik

Selain faktor psikososial dan faktor neurobiologi, beberapa penelitian menyatakan bahwa GAD dapat disebabkan oleh kontribusi faktor genetik. Kesimpulan ini didasarkan pada studi-studi yang menunjukkan bahwa GAD cenderung mengalir dalam keluarga. Pada penelitian terhadap manusia kembar (*twin studies*) diperoleh hasil bahwa risiko GAD lebih besar pada kedua anggota pasangan kembar monozigot (identik) perempuan dibanding kembar dizigotik perempuan. Hereditabilitas GAD adalah sama untuk pria dan wanita. Para peneliti menyatakan cemas sebagai ciri sifat manusia yang dapat diturunkan, meskipun mekanismenya masih belum dapat diketahui dengan jelas (Kendler & Prescott, 2006; Hibbert et al., 2009; Durand and Barlow, 2015).

Selain teori-teori di atas, ada juga beberapa pemicu lain, seperti:

a. Kegagalan untuk menyelesaikan tugas perkembangan

Remaja memiliki tugas perkembangan yang harus diselesaikan. Bahaya psikologis utama pada masa remaja umumnya disebabkan oleh kegagalan dalam melakukan transisi psikologis menuju kedewasaan yang merupakan tugas perkembangan penting pada masa remaja.

Tanda-tanda bahaya umum dari ketidakmampuan remaja untuk menyesuaikan diri yaitu muncul dalam perilaku yang tidak bertanggung jawab, agresif, perasaan tidak aman yang menyebabkan remaja mematuhi standar kelompok, respon melarikan diri jauh dari lingkungan yang akrab, perasaan menyerah, dan menggunakan mekanisme pertahanan mekanisme seperti rasionalisasi, proyeksi, fantasi, regresi, dan pengalihan (Prasetya et al., 2023).

b. Pengalaman masa lalu

Gangguan yang terjadi pada masa remaja tidak lepas dari pengalaman masa kecil, misalnya, trauma, kekerasan psikis, penelantaran psikis (pengabaian hak untuk mengekspresikan perasaan, tidak adanya perasaan dicintai, dan diperhatikan), kekerasan fisik, pengabaian fisik, dan kekerasan seksual. Gangguan kecemasan yang terjadi pada remaja sebagian besar disebabkan oleh pengalaman kekerasan psikologis dan penelantaran psikologis pada masa kanak-kanak. Gangguan kecemasan berhubungan dengan pengalaman negatif dalam kehidupan sehari-hari, yang tidak dapat dijelaskan oleh kormobiditas saja (Seidl et al., 2021).

c. Masalah Keluarga

Konflik dalam keluarga sering kali disebabkan oleh ketidakharmonisan hubungan antara orang tua dan anak serta masalah latar belakang keluarga. Orang tua yang terlalu sibuk, diktator, kolot, dan pilih kasih terhadap anak akan membuat hubungan dalam keluarga menjadi tidak harmonis (Prasetya et al., 2023).

d. Takut gagal dan kehilangan diri sendiri

Bagi remaja, pendapat orang-orang di sekitar mereka sangat penting. Kritik atau kegagalan yang terus menerus dengan pujian atau keberhasilan yang tidak sebanding akan menimbulkan rasa rendah diri dan bahkan kehilangan harga diri. Seseorang yang memiliki harga diri rendah atau kehilangan harga diri akan merasa terbiasa dengan kegagalan dan terkadang bahkan mengembangkan perilaku

menyabotase diri. Masa remaja jelas merupakan masa kritis bagi proses pematangan sistem neurobiologis yang menjadi dasar emosi dan perilaku (Prasetya et al., 2023).

3. Gambaran Klinis

Pasien mengalami kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan mengenai sejumlah peristiwa atau aktivitas. Kecemasan tersebut mengenai hal-hal biasa dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan penderitaan atau penurunan fungsi sehari-hari contohnya dalam aspek keuangan, pekerjaan, kesehatan, dan lain-lain. Pasien kesulitan untuk mengontrol kekhawatiran mereka tersebut sehingga mengganggu fokus dalam aktivitas sehari-hari. Gejala kecemasan biasanya diikuti dengan gejala fisiologis seperti tegang otot, hiperaktivitas otonom, dan kewaspadaan kognitif. Gejala ini harus terjadi dalam beberapa hari setidaknya selama 6 bulan (Ikatan Psikolog Klinis Indonesia, 2021).

Manifestasi dari gejala tegang otot dapat berupa kelemahan, gelisah, kesulitan bersantai, dan sakit kepala (biasanya sering bilateral, frontal, atau oksipital). Nafas pendek, berkeringat berlebih, palpitasi, pusing dan beberapa gejala gastrointestinal seperti tidak nyaman pada daerah epigastrium merupakan manifestasi dari hiperaktivitas otonom. Sedangkan gejala dari kewaspadaan kognitif adalah iritabilitas, sangat sensitif terhadap suara, dan pasien yang mudah terkejut. Biasanya pasien dengan gangguan cemas datang ke dokter umum atau dokter penyakit dalam dengan keluhan somatik atau gejala spesifik seperti diare kronik (B. Sadock et al., 2017).

Pasien juga dapat mengeluh ingatannya buruk karena pasien sulit berkonsentrasi, namun perlu disingkirkan penyebab lain yang mengarah pada penurunan fungsi memori. Selain itu pasien mengalami gangguan tidur seperti sulit untuk tertidur, sering terbangun, dan sering mimpi buruk. Pasien dapat terbangun tiba-tiba dan merasa sangat cemas (Harrison et al., 2018).

Hal yang membedakan antara gangguan cemas menyeluruh dengan kecemasan yang tidak bersifat patologis adalah tingkat kekhawatiran yang berlebihan sehingga secara signifikan mengganggu fungsi psikologis. Perbedaan yang kedua, yaitu kekhawatiran yang ada pada gangguan cemas menyeluruh bersifat lebih menyebar (*pervasive*), lebih tampak, menekan, memiliki durasi yang lebih lama dan dapat sering muncul tanpa ada pencetus. Perbedaan yang ketiga, kecemasan yang tidak bersifat patologis cenderung lebih jarang diikuti oleh simtom fisik (Ikatan Psikolog Klinis Indonesia, 2021).

4. Kriteria Diagnosis

Berikut merupakan kriteria diagnostik dari gangguan cemas menyeluruh menurut DSM-5:

- a. Kecemasan dan kekhawatiran berlebihan muncul pada sebagian besar hari dibandingkan dengan ketidakhadirannya, selama paling tidak 6 (enam) bulan lamanya, mengenai sejumlah kejadian atau aktivitas (contoh: prestasi dalam pekerjaan atau sekolah)
- b. Pasien mengalami kesulitan untuk mengontrol kekhawatirannya
- c. Kecemasan dan kekhawatiran berkaitan dengan 3 (tiga) atau lebih di antara 6 (enam) gejala berikut (paling tidak beberapa gejala telah muncul pada sebagian besar hari selama 6 (enam) bulan terakhir jika dibandingkan dengan ketidakhadirannya):

Catatan: hanya 1 gejala yang diperlukan untuk diagnosa pada anak, yaitu:

- 1) Kegelisahan
- 2) Mudah kelelahan
- 3) Kesulitan berkonsentrasi atau pikiran menjadi buntu
- 4) Mudah tersinggung
- 5) Ketegangan otot
- 6) Gangguan tidur (kesulitan memulai tidur, gelisah, atau tidur tidak memuaskan)

- d. Kecemasan, kekhawatiran atau gejala fisik secara signifikan menyebabkan tekanan atau gangguan pada fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.
- e. Gangguan yang dialami bukan disebabkan oleh efek fisiologis suatu zat (contoh penyalahgunaan obat, dalam masa pengobatan) atau kondisi medis lain (contoh *hiperthyroid*)
- f. Gangguan yang dialami tidak lebih baik dijelaskan sebagai gangguan mental lain (contoh kecemasan atau kekhawatiran akan mendapatkan serangan panik pada gangguan panik, evaluasi negatif pada gangguan kecemasan sosial), kontaminasi atau obsesi lainnya dalam gangguan obsesif kompulsif, keterpisahan dengan figur lekat pada gangguan cemas perpisahan, teringat peristiwa traumatik pada gangguan cemas pascatrauma, mengalami kenaikan berat badan pada anorexia nervosa, keluhan fisik pada gangguan somatis, persepsi penampilan yang kurang baik pada gangguan dismorfik tubuh, memiliki penyakit serius pada *illness anxiety disorder*, atau bentuk keyakinan delusional pada Skizofrenia dan gangguan waham).

Sementara kriteria diagnosis menurut PPDGJ-III adalah sebagai berikut:

- a. Penderita harus menunjukkan kecemasan sebagai gejala primer yang berlangsung hampir setiap hari untuk beberapa minggu sampai beberapa bulan, yang tidak terbatas atau hanya menonjol pada keadaan situasi khusus tertentu saja (sifatnya "*free floating*" atau "mengambang")
- b. Gejala-gejala tersebut biasanya mencakup unsur-unsur berikut:
 - 1) Kecemasan (khawatir akan nasib buruk, merasa seperti di ujung tanduk, sulit konsentrasi, dan lain sebagainya)
 - 2) Ketegangan motorik (gelisah, sakit kepala, gemetaran, tidak bisa santai) dan
 - 3) Overaktivitas otonomik (kepala terasa ringan, berkeringat, jantung berdebar-debar, sesak napas, keluhan lambung, pusing kepala, mulut kering dan lain sebagainya).

- 4) Pada anak-anak sering terlihat adanya kebutuhan berlebihan untuk ditenangk (*reassurance*) serta keluhan-keluhan somatis berulang yang menonjol.
- c. Adanya gejala-gejala lain yang sifatnya sementara (untuk beberapa hari). Khususnya depresi, tidak membatalkan diagnosis utama, selama hal tersebut tidak memenuhi kriteria lengkap dari episode depresif (F32._), gangguan kecemasan fobik (F.40._), gangguan panik (F41.0), atau gangguan obsesif kompulsif (F.42._).

C. Kajian tentang Remaja

1. Definisi Remaja

Remaja yang dalam bahasa aslinya disebut *adolescence*, berasal dari bahasa Latin *adolescere* yang artinya “tumbuh atau tumbuh untuk mencapai kematangan”. Masa remaja didefinisikan oleh *World Health Organization* (2023) sebagai suatu fase perkembangan dari masa kanak-kanak menuju proses kematangan manusia yaitu dewasa yang berlangsung antara usia 10 sampai 19 tahun. Pada masa remaja terjadi perubahan fisik, psikologis, dan sosial yang signifikan. Selama periode perkembangan ini, remaja memperoleh pola berpikir dan penalaran yang lebih maju, berupaya membentuk identitas mereka sendiri, membentuk hubungan dan keterikatan sosial baru, serta mengembangkan rasa tanggung jawab dan kemandirian yang semakin meningkat (Amir Singh et al., 2019).

Selain perubahan yang terjadi dalam diri remaja, terdapat pula perubahan dalam lingkungan seperti sikap orang tua atau anggota keluarga lain, guru, teman sebaya, maupun masyarakat pada umumnya. Kondisi ini reaksi terhadap pertumbuhan remaja. Remaja dituntut untuk mampu menampilkan tingkah laku yang dianggap pantas atau sesuai bagi orang-orang seusianya. Untuk memenuhi kebutuhan sosial dan psikologisnya, remaja memperluas lingkungan sosialnya di luar lingkungan keluarga, seperti lingkungan teman sebaya dan lingkungan masyarakat lain (Ajhuri, 2019).

2. Tugas-tugas Perkembangan Pada Masa Remaja

Salah satu periode dalam rentang kehidupan ialah fase remaja. Masa ini merupakan segmen kehidupan yang penting dalam siklus perkembangan individu, dan merupakan masa transisi yang dapat diarahkan kepada perkembangan masa dewasa yang sehat. Untuk dapat melakukan sosialisasi dengan baik, remaja harus menjalankan tugas-tugas perkembangan pada usianya dengan baik (Saputro, 2018).

Adapun tugas perkembangan masa remaja, menurut Hurlock (dalam Ajhuri, 2019) adalah berusaha:

- a. Mampu menerima keadaan fisiknya.
- b. Mampu menerima dan memahami peran seks usia dewasa.
- c. Mampu membina hubungan baik dengan anggota kelompok yang berlainan jenis.
- d. Mencapai kemandirian emosional.
- e. Mencapai kemandirian ekonomi.
- f. Mengembangkan konsep dan keterampilan intelektual yang sangat diperlukan untuk melakukan peran sebagai anggota masyarakat.
- g. Memahami dan menginternalisasikan nilai-nilai orang dewasa dan orangtua.
- h. Mengembangkan perilaku tanggung jawab sosial yang diperlukan untuk memasuki dunia dewasa.
- i. Mempersiapkan diri untuk memasuki perkawinan.
- j. Memahami dan mempersiapkan berbagai tanggung jawab kehidupan keluarga.

Mengingat tugas-tugas perkembangan tersebut sangat kompleks dan relatif berat bagi remaja, maka untuk dapat melaksanakan tugas-tugas tersebut dengan baik, remaja masih sangat membutuhkan bimbingan dan pengarahan supaya dapat mengambil langkah yang tepat sesuai dengan kondisinya. Apabila tugas perkembangan dapat terpenuhi, maka membawa kebahagiaan dan kesuksesan dalam menuntaskan tugas-tugas perkembangan berikutnya. Sebaliknya apabila gagal, maka akan

menyebabkan ketidakbahagiaan pada remaja yang bersangkutan, menimbulkan penolakan masyarakat, dan kesulitan-kesulitan dalam menuntaskan tugas-tugas perkembangan peridodeperiode berikutnya (Saputro, 2018).

3. Mencari Identitas Diri pada Masa Remaja

Banyak penulis dan ahli dalam bidang perkembangan remaja yang sependapat bahwa menemukan (mencapai) identitas merupakan isu perkembangan utama pada periode remaja. Erikson (1993, 1964, 1968) menggunakan istilah identitas untuk menunjuk pada kesadaran individu tentang jati dirinya (*true self*) dalam hubungannya dengan berbagai peran sosial (Yuliati Nanik, 2020).

Dalam bentuknya yang sederhana, pencarian identitas dapat disamakan sebagai suatu proses untuk memperoleh jawaban tentang pertanyaan “Who am I?” Erikson juga menggunakan istilah menangani krisis identitas (*identity crisis resolution*) untuk menunjuk pada proses pencarian identitas. Dalam hal ini Erikson menggunakan istilah krisis identitas bukan dalam artian negatif (merupakan peristiwa yang fatal atau kondisi patologis), tetapi untuk menggambarkan suatu periode kritis (*turning point*) perkembangan yang terjadi selama masa remaja, yaitu mencapai atau menemukan identitas diri (*sense of identity*).

Remaja berusaha untuk membangun keunikan dan mengembangkan identitas yang dapat diterima secara pribadi dan diharapkan dapat diterima oleh masyarakat atau kelompok sebaya. Kegagalan dalam mencapai tujuan ini akan membawa remaja pada perasaan diri yang terpecah-pecah, dengan sedikit harapan untuk diterima oleh orang lain (Suedfeld et al., 2005). Remaja dikatakan ada dalam periode krisis jika ia belum mencapai identitas atau masih dalam proses pencarian identitas. Keberhasilan remaja dalam mencapai identitas ditandai oleh adanya kemampuan remaja untuk membuat komitmen yang tegas dalam bidang karir dan ideologi, sedangkan remaja yang belum mencapai identitas akan mengalami kebingungan peran (*role confusion*) atau ketidakjelasan identitas (*identity diffusion*).

Berdasarkan pada beberapa hasil penelitian yang dilakukannya sendiri maupun yang dikajinya, Marcia (dalam Yuliati Nanik, 2020) menyatakan bahwa remaja dengan status identitas tertunda dan tidak jelas pada umumnya memiliki tingkat kecemasan yang paling tinggi dibandingkan dengan remaja dari status yang lain. Menurut Marcia, remaja dengan status identitas tertunda memperlihatkan tingkat kecemasan yang paling tinggi karena mereka sedang melakukan eksplorasi terhadap elemen-elemen identitasnya, atau sedang dalam periode krisis (*in-crisis*), sehingga mereka mengalami banyak tekanan, mereka cenderung melakukan eksplorasi dengan sangat sungguh-sungguh.

Meskipun krisis identitas bukan merupakan kondisi patologis, berdasarkan pengalaman klinis dan observasinya terhadap para remaja, Erikson memiliki keyakinan bahwa remaja yang belum berhasil menangani krisis identitas atau masih memperlihatkan kebingungan identitas berpotensi mengalami berbagai bentuk problem perilaku. Menurut Steinberg, berbagai bentuk problem perilaku remaja memiliki banyak sebab, tetapi yang paling utama adalah adanya hambatan dalam menangani krisis identitas.

Krisis identitas yang berkepanjangan selama masa remaja, akan menyebabkan remaja menjadi kehilangan arah. Erikson (1968) mengungkapkan bahwa remaja yang gagal menangani krisis dan memperlihatkan kebingungan dalam membuat komitmen yang jelas tentang berbagai peran kehidupan akan mengalami gangguan psikososial yang dimanifestasikan dalam bentuk tindakan penarikan diri (mengisolasi diri) dari masyarakat, kenakalan, penyalahgunaan obat, agresi anti sosial, rasa cemas, depresi, dan gangguan tidur (Anindyajati, 2013; Azizah, 2018; Hidayah Nur, 2016). Depresi dan kecemasan adalah dampak dari masalah psikososial terbesar yang dihadapi remaja setelah PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*) (Arinny, 2023).

D. Faktor Protektif Kesehatan Mental Remaja

Faktor protektif adalah faktor yang menurunkan risiko dan membantu melindungi remaja dari dampak negatif ancaman (Maesaroh et al., 2019). Faktor protektif terbagi dua yaitu faktor protektif internal dan eksternal. Menurut O'Connell et al. (2009) faktor protektif bisa didapatkan dari individu, keluarga, masyarakat.

1. Individu

- a. Perkembangan fisik yang positif.
- b. Individu mencapai keberhasilan dalam bidang akademis atau pendidikan, serta terus mengembangkan pengetahuannya.
- c. Memiliki pandangan yang positif tentang diri sendiri dan merasa percaya diri dengan kemampuan yang dimiliki.
- d. Mampu mengelola dan mengendalikan emosi dengan baik, sehingga dapat merespons situasi dengan cara yang sehat dan efektif.
- e. Memiliki kemampuan untuk mengatasi stres dan tantangan dengan cara yang konstruktif, serta dapat menemukan solusi untuk berbagai masalah yang dihadapi.
- f. Keterlibatan dan hubungan dalam dua atau lebih konteks berikut: sekolah, dengan teman sebaya, dalam club olahraga, pekerjaan, agama, budaya.

2. Keluarga

- a. Keluarga membantu menciptakan lingkungan yang teratur dengan menetapkan aturan dan batasan, serta mengawasi dan memastikan semuanya berjalan sesuai rencana.
- b. Hubungan yang harmonis antar anggota keluarga, dengan saling mendukung dan membantu satu sama lain.
- c. Keluarga menetapkan harapan yang jelas tentang bagaimana seharusnya berperilaku dan nilai-nilai apa yang penting untuk dipegang.

3. Masyarakat

- a. Kesempatan untuk terlibat di sekolah dan masyarakat.
- b. Norma-norma positif.

- c. Menetapkan aturan yang jelas tentang bagaimana perilaku yang diharapkan, sehingga setiap orang tahu apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan.
- d. Lingkungan yang aman dari bahaya fisik dan mendukung kesejahteraan mental.

E. Kajian Keislaman mengenai Kecemasan

Pada zaman sekarang dengan banyaknya tuntutan yang berasal dari keluarga maupun lingkungan membuat seseorang menjadi merasa cemas akan masa depan yang belum terjadi. Hal ini dikarenakan pada dasarnya manusia menginginkan kehidupan yang bahagia dan tidak mengalami kerugian pada dirinya. Meskipun, pada realitanya kerugian dan masalah akan selalu ada seiring dengan berjalanya waktu dan pengambilan keputusan.

Kecemasan pada dasarnya selalu ada di setiap kehidupan manusia terutama bila dihadapkan pada hal-hal yang baru. Kecemasan akan datang kepada siapapun, kapanpun dan dimanapun. Kecemasan tersebut merupakan gangguan jiwa seseorang yang banyak dialami oleh sebagian manusia, hingga bisa dikatakan bahwa bentuk kecemasan adalah adanya perubahan yang berseberangan dengan yang Allah SWT katakan dalam firman-Nya:

يَا أَيُّهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ ارْجِعِي إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَّرْضِيَّةً ۖ فَادْخُلِي فِي عِبَادِي ۖ وَادْخُلِي جَنَّاتِي

“Hai jiwa yang tenang. Kembalilah kepada Tuhanmu dengan hati yang puas lagi diridhai-Nya. Maka masuklah ke dalam jama'ah hambahamba-Ku, Masuklah ke dalam syurga-Ku.” (QS. al-Fajr [89]: 27-30)

Menurut Hanna Djumhana Bastaman kecemasan adalah ketakutan terhadap hal-hal yang belum tentu terjadi. Perasaan cemas muncul apabila seseorang berada dalam keadaan diduga akan merugikan dan mengancam dirinya, serta merasa tidak mampu menghadapinya. Dengan demikian, rasa cemas sebenarnya suatu ketakutan yang diciptakan oleh diri sendiri, yang dapat ditandai dengan selalu merasa khawatir dan takut terhadap sesuatu yang belum terjadi (Bastaman, 1995). Seorang muslim berkewajiban menimbang dan

memperhitungkan segala segi sebelum ia melangkah kaki. Dalam al Qur'an surah al-Taubah ayat 50-51 telah dijelaskan;

إِنْ تُصِيبَكَ حَسَنَةٌ تَسُؤْهُمْ وَإِنْ تُصِيبَكَ مُصِيبَةٌ يَقُولُوا قَدْ أَخَذْنَا أَمْرَنَا مِنْ قَبْلُ وَيَتَوَلَّوْا وَهُمْ
فَرِحُونَ (٥٠) قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ (٥١)

“Jika kamu mendapat suatu kebaikan, mereka menjadi tidak senang karenanya; dan jika kamu ditimpa oleh sesuatu bencana, mereka berkata: "Sesungguhnya Kami sebelumnya telah memperhatikan urusan Kami (tidak pergi perang)" dan mereka berpaling dengan rasa gembira. Katakanlah: "Sekali-kali tidak akan menimpa Kami melainkan apa yang telah ditetapkan Allah untuk kami. Dialah pelindung Kami, dan hanya kepada Allah orang-orang yang beriman harus bertawakal." (Q.S. atTaubah [9]: 50-51)

Ayat tersebut menjelaskan tentang gambaran ketakutan dan keraguan seseorang dalam bertindak, bahkan ia mengharapkan hal tersebut tidak terjadi. Dengan pemaparan ayat selanjutnya bahwa seseorang harus menghadapi realita dengan keridhaan takdir yang diberikan Allah SWT.

Menurut Quraish Shihab dalam (R. Rahmatullah et al., 2021), Al-Qur'an dengan jelas memberikan perintah bertawakkal, bukannya mengajarkan agar seseorang tidak berusaha atau mengabaikan hukum-hukum sebab dan akibat. Al-Qur'an hanya menginginkan agar umatnya hidup dalam realita, realita yang menunjukkan bahwa tanpa usaha, tak mungkin tercapai harapan, dan tidak ada gunanya berlarut dalam kesedihan jika realita tidak dapat diubah lagi. Menurut Sayyid Qut'b (2002) ketakutan terhadap hal-hal yang belum tentu terjadi ini didasarkan pada sikap seseorang yang hanya melihat fenomena lahiriah saja, tidak mencurahkan segenap kemampuannya dan enggan untuk maju.

Berdasarkan beberapa pemaparan beberapa mufasir diatas dapat memberikan sebuah gambaran bahwa seseorang harus hidup dengan kepasrahan bahwa segala sesuatu yang terjadi padanya di masa depan adalah mutlak kehendak Allah SWT. Maka dari itu, al-Qur'an tidak hanya berisi ayat-ayat qauliyah atau ayat-ayat yang menerangkan fikih saja, melainkan al-Qur'an juga berisikan ayat-ayat kauniyah yang menerangkan berbagai persoalan yang ada dalam kehidupan diantaranya tentang kejiwaan manusia.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Kerangka Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk menggali pemahaman yang mendalam mengenai dinamika psikologis gangguan cemas menyeluruh, mencakup faktor pemicu yang mempengaruhi munculnya gangguan tersebut serta faktor protektif. Oleh karena itu metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan suatu penelitian ilmiah, yang bertujuan untuk memahami suatu fenomena dalam konteks sosial secara alamiah dengan mengedepankan proses interaksi komunikasi yang mendalam antara peneliti dengan fenomena yang diteliti (Hadi et al., 2021).

Tujuan utama dari penggunaan metode kualitatif adalah untuk memahami secara mendalam aspek-aspek kompleks dalam kehidupan manusia. Dengan menempatkan peneliti sebagai instrumen utama, metode ini memungkinkan pengumpulan data yang bersifat deskriptif dan kontekstual. Keunggulan metode kualitatif terletak pada kemampuannya untuk mengeksplorasi persepsi, makna, dan pengalaman subjek penelitian (Rachman et al., 2024). Mulai dari mempersiapkan, melaksanakan, mengumpulkan, dan menganalisis data, peneliti akan secara langsung turun ke lapangan dan berinteraksi dengan partisipan. Melalui penerapan metodologi kualitatif ini, peneliti dapat memahami situasi yang muncul di lapangan secara langsung.

Penelitian kualitatif yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan jenis studi kasus *life history*. Studi kasus merupakan penelitian yang penelaahannya kepada suatu kasus yang dilakukan secara intensif, mendalam, mendetail, dan komprehensif (Rachman et al., 2024). Penelitian studi kasus *life history* bertujuan untuk sepenuhnya memahami kondisi dan makna dari topik yang sedang diteliti. Penelitian ini berusaha menggali biografi subjek secara lengkap, mencakup peristiwa dan fase dalam kehidupannya. Berfokus pada bagaimana pengalaman hidup subjek hingga saat ini mempengaruhi perkembangan gangguan cemas menyeluruh.

B. Subjek Penelitian

Prosedur penentuan subjek atau sumber data pada penelitian kualitatif umumnya menampilkan karakteristik (1) Tidak diarahkan pada sampel yang besar, melainkan pada kasus-kasus tipikal disesuaikan dengan kekhususan masalah penelitian. (2) Tidak ditentukan secara kaku di awal, tetapi dapat berubah baik dalam hal jumlah maupun karakteristik sampelnya sesuai dengan pemahaman konseptual yang berkembang dalam penelitian, (3) Tidak diarahkan dalam keterwakilan dalam arti jumlah atau peristiwa acak, melainkan pada kecocokan konteks (Poerwandari, 2005).

Patton (dalam Poerwandari, 2005) mengingatkan bahwa data yang dihasilkan tetap tidak dimaksudkan untuk digeneralisasi, mengingat sampel tidak bersifat definitif (pasti) melainkan ilustratif (memberi gambaran tentang kelompok yang dianggap normal mewakili fenomena yang diteliti).

Dalam memilih subjek, peneliti menggunakan teknik pengambilan sampel kasus tipikal. Subjek yang diambil secara tipikal dapat mewakili fenomena yang diteliti. Subjek dalam penelitian ini memiliki kriteria:

1. Penderita gangguan cemas menyeluruh yang didiagnosa oleh psikolog/psikiater
2. Pernah melakukan pemeriksaan dan/atau intervensi di Poli Jiwa RSUD Dr. Saiful Anwar
3. Dalam masa usia remaja
4. Bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Penelitian ini dilakukan dengan studi kasus tunggal, yaitu dengan melakukan studi kasus *life history* pada penderita gangguan cemas menyeluruh.

C. Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Poli Jiwa RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Pada tahap awal dalam penentuan subjek, peneliti mengikuti setiap sesi asesmen dan intervensi yang dilakukan oleh psikolog di poli jiwa. Apabila terdapat subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan, subjek tersebut akan dipilih sebagai partisipan penelitian. Setelah menemukan subjek yang sesuai, peneliti meminta izin terlebih dahulu kepada subjek tersebut, jika subjek

memberikan persetujuan, peneliti kemudian melanjutkan dengan melakukan observasi dan wawancara mendalam dengan izin dari psikolog terkait.

Untuk menggali data lebih lanjut, peneliti melakukan observasi dan wawancara tambahan saat subjek kembali ke Poli Jiwa RSUD Dr. Saiful Anwar. Peneliti mengadakan beberapa pertemuan dengan subjek untuk meningkatkan hubungan interpersonal (*rapport*), dengan tujuan agar subjek merasa lebih nyaman dan terbuka dalam memberikan informasi yang dibutuhkan untuk penelitian.

D. Sumber Data

Data yang peneliti perlukan adalah data kualitatif berupa kata-kata tertulis dari tindakan orang-orang yang dapat diamati melalui wawancara yang menjadi sumber data utama. Sumber data utama dicatat melalui catatan tertulis atau melalui perekaman audio (audio tapes), pengambilan foto atau film (Moleong, 2001).

Sedangkan data primer merupakan data yang diperoleh peneliti secara langsung melalui sumbernya (Kuntjojo, 2009). Data primer dapat diperoleh dengan melakukan wawancara, sehingga untuk memperoleh data primer ini peneliti perlu mempersiapkan pertanyaan-pertanyaan terstruktur. Sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung melalui dokumentasi (Kuntjojo, 2009). Dokumen yang dimaksudkan adalah dokumen, buku harian, jurnal resmi, dan lain-lain, sehingga data sekunder yang dibutuhkan sesuai dengan kebutuhan dan fokus penelitian yang dilakukan.

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan cara mengumpulkan data yang dibutuhkan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah wawancara dan observasi, dan dokumentasi.

1. Wawancara

Wawancara merupakan percakapan dua orang yang salah satunya bertujuan untuk menggali dan mendapatkan informasi untuk suatu tujuan tertentu. Sebagaimana pendapat Gordon bahwa wawancara adalah:

“Interviewing is conversation between two people in which one person tries to direct the conversation to obtain information for some specific purpose.” (Hanurawan, 2010).

Dalam penelitian ini, wawancara menjadi metode pengumpulan data yang utama. Terdapat tiga bentuk wawancara yaitu wawancara terstruktur, wawancara semi terstruktur dan wawancara tidak terstruktur. Pada kesempatan ini, peneliti menggunakan teknik wawancara semi terstruktur. Peneliti menggunakan pertanyaan terbuka, namun terdapat batasan tema dan alur pembicaraan (*guide interview*) sebagai kontrol ketika melakukan wawancara. Dengan kerangka pertanyaan-pertanyaan itu, peneliti memiliki kebebasan untuk menggali alasan-alasan dan dorongan-dorongan dengan probing yang tidak kaku. Meskipun terdapat pedoman wawancara, namun pertanyaan bersifat fleksibel, tergantung situasi kondisi serta alur pembicaraan.

Peneliti menggunakan bahasa keseharian subjek dalam wawancara untuk meningkatkan rapport kepada subjek. Peneliti juga menggunakan pertanyaan terbuka agar subjek dapat mengungkapkan pemikiran dan perasaannya. Wawancara dilakukan dalam beberapa waktu. Setelah wawancara pertama selesai, peneliti menjadikan hasil wawancara tersebut dalam bentuk verbatim (transkrip wawancara). Setelah itu peneliti melakukan pemadatan fakta dan interpretasi awal. Hal ini peneliti lakukan agar peneliti mengetahui aspek mana yang belum ditanyakan dan pernyataan mana yang harus diprobing. Setelah mendapatkan pernyataan yang harus diprobing, peneliti kembali mewawancarai subjek hingga peneliti merasa data yang didapatkan cukup.

2. Observasi

Cratwight & Cratwight mendefinisikan observasi sebagai suatu proses melihat, mengamati, dan mencermati serta merekam perilaku secara sistematis untuk suatu tujuan tertentu. Observasi merupakan pengamatan yang dilakukan dengan sengaja untuk tujuan tertentu. Observasi memiliki beragam metode yang disesuaikan dengan tujuan dan sasaran perilaku yang

akan diamati, di antaranya yaitu *anecdotal record*, *participation chart*, *rating scale*, *behavioral tallying and charting* (Herdiansyah, 2010).

Penelitian ini menggunakan metode pengumpulan data observasi natural non partisipan anecdotal record tipe deskripsi umum. Peneliti tidak terlibat langsung dalam kegiatan sehari-hari subjek, peneliti hanya mengobservasi subjek pada saat peneliti melakukan wawancara kepada subjek.

Metode yang digunakan peneliti adalah observasi dengan hanya membawa kertas kosong untuk mencatat perilaku yang khas, unik dan penting yang dilakukan subjek, beserta situasinya dalam bentuk pernyataan umum. Perilaku yang dicatat dengan metode anecdotal record, yaitu perilaku yang memiliki keunikan tersendiri serta hanya muncul sesekali saja. Peneliti mencatat data observasi secara deskriptif.

3. Dokumentasi

Peneliti juga menggunakan metode dokumentasi untuk mendapatkan data yaitu dengan dibantu menggunakan alat perekam suara untuk merekam percakapan subjek dengan peneliti berupa *hand phone*.

4. Alat Tes Psikologi

Tes psikologi merupakan alat yang digunakan dalam melakukan penilaian terhadap individu sesuai dengan tujuan dari diberikannya tes tersebut (Daulay, 2014). Penggunaan alat tes ini bertujuan untuk menemukan adanya gejala yang meyakinkan akan suatu gangguan pada diri subjek. Tes psikologi yang digunakan pada penelitian ini diantaranya:

a. SCL-90 (*Symptoms Check List 90*)

SCL-90 merupakan instrumen psikometri yang dikembangkan dari Hopkins Symptoms Check List yang berbentuk kuesioner self rating, terdiri dari 90 butir pernyataan yang terbagi dalam sembilan skala dimensi gejala dan satu gejala tambahan. Gejala tersebut meliputi, somatisasi, obsesif-kompulsif, interpersonal sensitifitas, depresi, anxietas, hostilitas, phobic anxietas, ide paranoid dan psikotik. Symptoms Check List-90 bukan merupakan alat diagnosis namun dapat

digunakan sebagai alat skrining untuk menentukan kecenderungan seseorang mempunyai gejala psikopatologi. Instrumen ini memberikan penilaian terhadap berbagai dimensi gejala mental emosional secara kuantitatif. Responden menjawab pertanyaan tersebut dengan memberi nilai untuk setiap pernyataan dengan skala 0 sampai 4 yang sesuai dengan keadaan dirinya satu bulan terakhir. Terindikasinya gangguan jiwa apabila skor total SCL-90 lebih atau sama dengan 61.

b. Generalized Anxiety Disorder Assessment (GAD-7)

GAD-7 adalah instrumen tujuh item yang digunakan untuk mengukur atau menilai tingkat keparahan gangguan kecemasan umum (GAD). Tingkat kecemasan pada skala GAD-7 dibagi menjadi 4, yaitu minimal, rendah, sedang dan berat. Interpretasi tidak ada kecemasan atau kecemasan minimal bila skor 0-4, kecemasan ringan bila skor 5-9, kecemasan sedang bila skor 10-14 dan kecemasan berat bila skor diatas 15 (Spitzer, 2006).

F. Teknik Analisis Data

1. Organisasi Data

Peneliti memulai mengolah dan menganalisis data penelitian dengan mengorganisasikan data dengan rapi, sistematis dan lengkap. Peneliti mengorganisasikan data penelitian menjadi beberapa proses organisasi, yaitu sebagai berikut:

- a. Data mentah (catatan lapangan, rekaman hasil wawancara)
- b. Data yang sudah diverbatimkan dalam transkrip wawancara
- c. Data yang sudah diberi koding
- d. Penjabaran kode-kode dalam pemadatan fakta
- e. Episode analisis (dokumentasi umum yang kronologis mengenai pengumpulan data dan analisis data)
- f. Teks laporan (draft yang terus menerus ditambah dan diperbaiki)

Data-data yang diorganisasikan tersebut peneliti kumpulkan untuk kelengkapan arsip, mulai dari data mentah sampai data yang telah diolah (draft laporan).

2. Koding

Peneliti memberika kode-kode pada data yang telah diorganisasikan dari data mentah. Koding ini dimaksudkan untuk dapat lebih mengorganisasi dan mensistematisasi data secara lengkap dan mendetail sehingga data dapat memunculkan gambaran yang jelas tentang dinamika psikologis gangguan cemas menyeluruh. Hasil koding juga akan membantu peneliti dalam menemukan makna dari data yang peneliti kumpulkan.

Pada awalnya, peneliti memberi kode pada data dalam transkrip wawancara. Peneliti menyeleksi data yang mengarah pada dinamika psikologis subjek dengan cara memberi garis bawah pada kalimat tersebut. Setelah itu, peneliti memindah data dalam transkrip wawancara yang sudah diberi kode ke tabel pemadatan fakta dan analisis awal. Karena satu pernyataan subjek bisa mengandung beberapa fakta, peneliti memberikan kode ulang. Setelah itu peneliti memberikan interpretasi awal terhadap data-data tersebut.

3. Analisis dan Interpretasi data

Peneliti menggunakan analisis tematik dalam penelitian ini. Analisis tematik adalah proses yang dapat digunakan dalam hampir semua metode kualitatif dan memungkinkan penerjemahan gejala/informasi kualitatif menjadi data kualitatif seperlu kebutuhan peneliti (Boyatzis, 1998 dalam Poerwandari, 2005). Analisis tematik merupakan proses mengkode informasi, yang menghasilkan daftar tema, model tema atau indikator yang kompleks, kualifikasi yang biasanya terkait dengan tema itu. Peneliti memperoleh tema-tema secara deduktif dari penelitian-penelitian sebelumnya dan secara induktif dari informasi mentah. Peneliti membaca transkrip wawancara berulang-ulang untuk memperoleh data umum tentang tema.

G. Keabsahan atau Kredibilitas Penelitian

Peneliti menggunakan empat kriteria keabsahan data, sebagaimana pendapat Yin (2002) bahwa terdapat empat kriteria keabsahan yang diperlukan dalam suatu penelitian pendekatan kualitatif. Empat hal tersebut adalah sebagai berikut:

1. Keabsahan konstruk (*construct validity*)

Keabsahan ini dapat dicapai dengan proses pengumpulan data yang tepat. Salah satu caranya adalah dengan proses triangulasi, yaitu teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Metode triangulasi yang peneliti gunakan sebagai teknik pemeriksaan untuk mencapai keabsahan, yaitu triangulasi metode dan triangulasi data.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan metode wawancara, observasi dan alat tes psikologi dan untuk mengecek kebenaran. Peneliti juga melakukan konfirmasi kepada subjek tentang kebenaran data yang peneliti pahami dengan data yang dimaksud oleh subjek.

Data hasil wawancara, observasi dan alat tes psikologi akan disinkronkan untuk mengecek kebenaran data. Kemungkinan dugaan-dugaan yang berbeda akan dianalisis ulang dan dipertanyakan ulang kepada subjek.

Peneliti juga melakukan *peer debriefing* (membicarakan dengan orang lain), yaitu membicarakan hasil sementara atau hasil akhir yang diperoleh dalam bentuk diskusi analitik dengan rekan-rekan sejawat. Peneliti melakukan diskusi dengan teman-teman dan dosen pembimbing.

2. Keabsahan internal (*internal validity*)

Keabsahan internal merupakan konsep yang mengacu pada seberapa jauh kesimpulan hasil penelitian menggambarkan keadaan yang sesungguhnya. Keabsahan ini dapat dicapai melalui proses analisis dan interpretasi yang tepat.

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan 2 tahapan interpretasi sebagai upaya validasi interpretasi. Peneliti melakukan validasi interpretasi dalam komunitas yang berbeda, yaitu pemahaman diri (*self-understanding*) dan pemahaman teoritis. Sebagaimana pendapat Kvalen (1996 dalam Poerwandari, 2005) bahwa hal ini dilakukan untuk menguraikan konteks-konteks situasi dan komunitas validasi dalam memunculkan interpretasi yang berbeda.

a. Pemahaman diri (*self-understanding*)

Interpretasi yang mengacu pada pemahaman diri subjek penelitian divalidasi dalam kerangka subjek penelitian. Peneliti berusaha memformulasikan dalam bentuk lebih pada apa yang oleh subjek pahami sebagai makna dari pernyataan-pernyataannya. Interpretasi tidak dilihat dari sudut pandang peneliti, melainkan dikembalikan pada pemahaman diri subjek penelitian, dilihat dari sudut pandang dan pengertian subjek penelitian tersebut.

Peneliti membuat skema pemahaman peneliti tentang perjalanan hidup subjek. Selanjutnya peneliti menunjukkan skema tersebut kepada subjek. Subjek akan mengkonfirmasi benar atau tidaknya skema itu. Jika ada yang salah atau kurang, peneliti meminta subjek untuk menelaskan lebih detail.

b. Konteks interpretasi pemahaman teoretis

Kerangka teoretis tertentu digunakan untuk memahami pernyataan-pernyataan yang ada, sehingga dapat mengatasi konteks pemahaman diri subjek ataupun penalaran umum. Pada tingkat pemahaman teoretis ini, peneliti melihat apakah teori yang dipakai cocok untuk bidang yang dipelajari. Peneliti mengkombinasikan antara temuan peneliti dengan teori yang telah ada. Hasil interpretasi ini akan peneliti letakkan pada bab 4, yaitu sub bab analisis temuan dan pembahasan.

3. Keabsahan eksternal (*external validity*)

Keabsahan eksternal mengacu pada seberapa jauh hasil penelitian dapat digeneralisasikan pada kasus lain. Walaupun dalam penelitian kualitatif memiliki sifat tidak ada kesimpulan yang pasti, penelitian kualitatif tetap dapat dikatakan memiliki keabsahan eksternal terhadap kasus-kasus lain selama kasus tersebut memiliki konteks yang sama.

4. Keajegan (Reabilitas)

Keajegan merupakan konsep yang mengacu pada seberapa jauh penelitian berikutnya akan mencapai hasil yang sama apabila mengulang penelitian yang sama, sekali lagi. Dalam penelitian ini, keajegan mengacu pada kemungkinan peneliti selanjutnya memperoleh hasil yang sama apabila penelitian dilakukan sekali lagi dengan subjek yang sama. Hal ini menunjukkan bahwa konsep keajegan penelitian kualitatif selain menekankan pada desain penelitian, juga pada cara pengumpulan data dan pengolahan data.

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Setting Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini berada di poli jiwa pada salah satu rumah sakit umum daerah yang terletak di Kota Malang. RSUD tersebut memiliki berbagai jenis pelayanan termasuk pelayanan psikologis pada pasien poli jiwa yang melibatkan pemberian psikoterapi, pelaksanaan asesmen untuk kepentingan instansi maupun individu, serta melakukan kolaborasi antar sejawat kesehatan untuk kepentingan kesehatan psikologis pasien.

Peneliti bertemu dan mengenal subjek dari rumah sakit. Subjek penelitian ini telah mendapat diagnosis gangguan cemas menyeluruh dan sedang menjalani pengobatan rawat jalan di poli jiwa RSUD tersebut. Peneliti memperoleh izin dari psikolog untuk melakukan observasi dan wawancara intensif terhadap subjek.

2. Tahap Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini berawal ketika peneliti menemukan realita yang menarik untuk didalami. Berawal saat peneliti melaksanakan magang di Poli Jiwa RSUD, di mana saat itu peneliti secara aktif terlibat dalam proses asesmen dan intervensi psikologis psikolog dengan pasien. Selama proses tersebut, peneliti menemukan dua subjek yang masih remaja telah mengunjungi Poli Jiwa dan menerima diagnosis gangguan cemas menyeluruh. Kondisi psikologis subjek tersebut memiliki dampak signifikan terhadap aspek kehidupan sehari-hari mereka, yang ditandai dengan kecenderungan untuk mencemaskan berbagai hal, kesulitan dalam mempertahankan konsentrasi, hingga manifestasi gejala fisik, semuanya secara bersama-sama menciptakan gangguan pada rutinitas keseharian subjek. Apalagi kedua subjek masih berada di umur remaja, dimana remaja merupakan periode penting dalam tahap perkembangan manusia.

Penemuan ini menjadi awal cerita menarik, mendorong peneliti untuk menyelidiki lebih lanjut asal-usul dan perjalanan panjang subjek mengalami gangguan cemas menyeluruh. Sebelumnya peneliti berkonsultasi terlebih dahulu dengan psikolog di poli jiwa RSUD jika akan menjadikan pasien sebagai subjek penelitian. Setelah itu, peneliti diberi izin untuk melakukan observasi dan wawancara secara intens kepada dua pasien tersebut.

Pada awal pertemuan peneliti melakukan perkenalan dan menyampaikan maksud serta tujuan terlebih dahulu. Kemudian masing-masing subjek menandatangani *informed consent* yang berisi penjelasan penelitian dan pernyataan persetujuan untuk menjadi informan/subjek penelitian. Peneliti juga menyepakati waktu untuk bertemu dengan subjek guna kepentingan pengumpulan data.

Selama proses magang, pengumpulan data dilaksanakan ketika subjek melakukan pemeriksaan di poli jiwa. Setelah periode magang selesai, pengumpulan data dilaksanakan di luar rumah sakit dan atas persetujuan dari subjek. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, dan psikotes. Proses wawancara dilakukan dengan pedoman wawancara dan alat perekam. Pedoman wawancara ini tidak membatasi peneliti ketika melakukan wawancara dengan subjek. Peneliti mengikuti arus pembicaraan subjek. Pedoman itu hanya mengarahkan dan mengingatkan subjek tentang pertanyaan yang belum ditanyakan dan peneliti tetap melontarkan pertanyaan spontan dari jawaban yang diberikan oleh subjek. Sedangkan alat perekam digunakan untuk membantu peneliti dalam menyusun transkrip wawancara. Alat perekam itu juga peneliti gunakan agar dalam proses wawancara lebih komunikatif. Peneliti tidak sibuk mencatat kata-kata subjek, tapi lebih mendengarkan dan berusaha empati kepada subjek. Selain wawancara, peneliti juga melakukan observasi selama proses bertemu dengan subjek. Kemudian peneliti juga menggunakan tes psikologi sebagai alat penunjang yang dapat mendukung temuan di lapangan.

B. Deskripsi Profil Subjek

Subjek pertama dalam penelitian ini adalah MHLD yang merupakan seorang remaja laki-laki berusia 18 tahun, lahir pada tanggal 30 Maret 2006 di Malang. MHLD adalah anak pertama dari tiga bersaudara, kedua adiknya juga laki-laki. Adik pertamanya berusia 16 tahun, sementara adik terakhirnya berusia 7 tahun. MHLD adalah seorang pelajar kelas 11 di Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) jurusan perhotelan. MHLD memiliki impian untuk menjadi seorang pengusaha. Minatnya dalam dunia bisnis telah muncul sejak lama, dimana MHLD merasa memiliki jiwa bisnis yang kuat. Selain itu, MHLD mempunyai hobi bermain basket. MHLD merupakan individu yang penuh rasa ingin tahu dan berani mencoba hal-hal baru. MHLD tidak takut mengambil risiko, karena percaya bahwa dengan mengambil risiko, ia akan belajar bagaimana cara mencapai hasil yang diinginkan.

MHLD tinggal bersama orang tua dan kedua adik laki-lakinya di Malang. Ayah MHLD bekerja sebagai seorang satpam, sementara ibunya bekerja di sektor swasta. Dinamika keluarganya cukup kompleks, karena orang tua MHLD menikah secara terpaksa setelah ibunya mengandung MHLD di luar nikah. Pernikahan dilakukan ketika MHLD berusia lima bulan dalam kandungan ibunya. Kondisi ini menyebabkan ketegangan dalam hubungan orang tuanya dan ketidakharmonisan di antara anggota keluarga.

Subjek kedua dalam penelitian ini berinisial TDL yang merupakan remaja perempuan berusia 18 tahun yang lahir di Blitar pada tanggal 15 Desember 2005. Saat ini, TDL tinggal di Malang bersama orang tuanya. TDL adalah seorang pelajar kelas 12 di Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) jurusan marketing. TDL memiliki impian untuk menjadi seorang pengusaha di masa depan. Hobinya menyanyi dan bermusik mencerminkan minatnya dalam seni dan kreativitas. TDL dikenal sebagai anak yang pendiam dan tertutup. Sejak kecil, TDL sulit bergaul dan lebih memilih untuk menyendiri karena takut membuat kesalahan. Kondisi ini membuatnya cenderung menarik diri dari interaksi sosial dan menjadi pribadi yang penakut. TDL adalah anak kedua dari

dua bersaudara, dengan kakak perempuannya yang sudah menikah dan berusia 26 tahun. Ayah dan ibunya bermatapencarian sebagai petani.

TDL menghadapi tantangan emosional yang berat dalam kehidupannya karena sering diremehkan oleh orang sekitarnya. Perasaan rendah diri dan merasa tidak berharga sering menghantuinya karena TDL cenderung lamban dalam berpikir dan bertindak. Meskipun TDL memiliki keinginan yang kuat untuk berubah, perlakuan negatif dari orang lain membuatnya meragukan kemampuannya sendiri. Hal ini menyebabkan kepercayaan dirinya rendah dan perasaan tidak berharga semakin menguat.

C. Hasil Penelitian

1. Subjek MHLD

a. Dinamika Munculnya Gejala Gangguan Psikologis

Dalam hubungan dengan kedua orang tua subjek mengalami kedekatan yang berbeda. MHLD merasa lebih dekat dengan ibunya, tetapi ia menganggap bahwa hubungan dengan kedua orang tuanya tidak memiliki perbedaan signifikan, karena menurut MHLD ayah dan ibunya memiliki sifat yang hampir sama (MHLD1.29). Komunikasi sehari-hari MHLD dengan kedua orang tuanya terbilang jarang sekali, mereka hanya berkomunikasi jika ada hal-hal yang dianggap penting saja (MHLD1.31).

Pandangan subjek terhadap ayahnya mencerminkan ketidakpuasan terhadap peran ayah. MHLD menggambarkan ayahnya sebagai seseorang yang wataknya keras, egois, tertutup, dan tidak mau tahu, sehingga ayah MHLD terkesan tidak peduli. Menurut MHLD hal ini disebabkan karena ia sudah dianggap dewasa dan tidak membutuhkan perhatian lebih (MHLD2.7b). Bahkan MHLD menegaskan jikalau saja ayahnya mau merawatnya, MHLD tidak akan sudi dirawat oleh beliau (MHLD2.7c). Perlakuan tersebut menimbulkan perasaan tidak nyaman dan kurangnya kedekatan emosional antara MHLD dan ayahnya sehingga muncul rasa benci terhadap ayahnya. Hal ini sesuai yang dituturkan MHLD dalam sesi wawancara berikut:

“kalo ayah itu orangnya keras wataknya, egois, tertutup, gamau tau, jadi ke saya itu terkesan ga peduli mungkin merasa saya udah besar uda bisa merawat diri sendiri, seandainya ayah saya mau merawat saya juga ga sudi, saya juga merasa mereka ga ada waktu untuk anaknya dengan alasan sibuk kerja padahal saya juga kan anaknya” (MHL2.7b, c, d)

Sedangkan pandangan subjek terhadap ibunya mencerminkan perasaan campuran antara penghargaan dan ketidakpuasan. Menurut MHL2 sebenarnya ibunya merupakan orang yang baik, tetapi mungkin karena benturan antara masalah ekonomi dan pekerjaannya, ibu MHL2 menjadi pribadi yang keras serta selalu menuntut. MHL2 dituntut sebisa mungkin untuk menuruti apa yang diinginkan ibunya. Selain itu, MHL2 merasa ibunya labil dalam mood serta perkataannya, terkadang marah-marrah terkadang juga baik, perkataannya pun menyesuaikan mood saat itu (MHL2.7a). Secara keseluruhan, subjek menghargai aspek positif dari ibunya, tetapi sikap ibu subjek yang suka menuntut dan berubah-ubah membuat subjek bingung dengan kemauannya. Hal ini sesuai yang dituturkan subjek dalam sesi wawancara berikut:

“kalo dari ibu sendiri sebenarnya orangnya baik cuma mungkin karena tabrakan ada masalah ekonomi dan di kerjanya sana, jadi orangnya keras juga apa-apa selalu nuntut, saya ya dituntut sebisa mungkin, didikan nenek ke ibu juga seperti itu ya gitu jadinya, ibu itu berubah-ubah kadang kalo marah ya marah kalo baik ya baik, omongannya kadang labil sesuai moodnya aja.” (MHL2.7a)

Dalam hubungan dengan saudara, subjek menunjukkan adanya keberagaman kedekatan. MHL2 secara tegas menyatakan bahwa ia membenci dan sama sekali tidak peduli kepada adik bungsunya (MHL1.37a). Hal itu disebabkan oleh persepsi MHL2 bahwa adik bungsunya dimanja, sangat disayang, dan dianggap istimewa oleh orang tuanya, sehingga adik bungsunya tidak pernah dimarahi dan selalu disisihkan waktu oleh orang tuanya sekalipun mereka sedang sibuk. Hal itu menyebabkan MHL2 merasa diabaikan dan tidak mendapatkan perlakuan yang adil (MHL1.38b, MHL2.10b, MHL2.20d). Meskipun demikian, MHL2 memiliki hubungan yang baik dengan adik sulungnya, dimana MHL2 lebih memfokuskan perhatian kepada adiknya tersebut. Keduanya menunjukkan interaksi yang baik dan hubungan emosional yang lebih kuat

karena MHL D dan adik sulungnya mengalami nasib yang sama, yaitu kurang mendapatkan perhatian dari orang tua (MHL D1.37b, MHL D2.10a). Ketidakadilan dalam pemberian perhatian dari orang tua menciptakan perasaan benci subjek terhadap saudaranya, mencerminkan pentingnya keseimbangan dalam memberikan perhatian dan dukungan di dalam keluarga.

Pola komunikasi dan penyelesaian masalah yang tidak sehat pada keluarga memainkan peran penting dalam kesejahteraan psikologis subjek. Orang tua MHL D cenderung menahan kemarahan mereka dan tidak segera mengekspresikannya saat ada kejadian pemicu, namun menyimpannya terlebih dahulu hingga kemarahannya terkumpul menjadi satu, baru pada saat ada kejadian pemicu lagi kemarahan mereka akan dilepaskan pada anak-anaknya (MHL D2.20b, MHL D2.20c). Hal ini sesuai yang dituturkan subjek dalam sesi wawancara berikut:

“orangtua saya itu marahnya ga langsung saat ada kejadian, tapi nanti nanti kalo marahnya udah kumpul jadi satu baru dikeluarin semua, marahnya itu saat bener bener lagi emosi ditambah keadaan yang seperti itu, tapi dilampiasinnya ke anaknya. kalo sama orangtua malah sering emosi saya itu, malah saya seringukul ayah saya, dia pukul balik ya saya pukul lagi, cuma ya sekarang saya yaapa wong saya sudah besar bukan anak kecil lagi” (MHL D2.20b, c, MHL D1.42b)

Hubungan MHL D dengan orang tua seringkali dipenuhi dengan emosi negatif, bahkan sampai pada tingkat kekerasan fisik, seperti saling memukul dengan ayahnya (MHL D1.42b). Konflik dengan ayah juga sering terjadi dalam kehidupan MHL D (MHL D2.6a), terutama karena ayah sering marah-marah karena hal yang dianggap sepele (MHL D2.6b). Ketidakharmonisan dalam keluarga MHL D juga tercermin dalam hubungan antara orang tua yang seringkali terlibat dalam konflik, bahkan hingga titik di mana ibu MHL D sering mengajukan cerai namun selalu dihadang oleh berbagai hambatan (MHL D2.8c). Kondisi ini menyebabkan hubungan keluarga yang tidak pernah baik dan tentu saja membuat subjek tidak nyaman (MHL D2.8d).

Keberadaan poligami dalam keluarga MHLD juga menjadi salah satu faktor penyebab kompleks yang mempengaruhi dinamika keluarga. Ayah MHLD menikah dua kali, dengan posisi ibu MHLD sebagai istri keduanya (MHLD1.4b). Hal ini mengharuskan ayahnya tinggal bergantian antara rumah istri pertama dan keduanya (MHLD1.30). Konsekuensinya, sering terjadi perselisihan dengan istri pertama akibat adanya poligami yang turut mengganggu stabilitas hubungan dalam keluarga (MHLD2.8a). Terlebih, MHLD mengungkapkan bahwa orang tuanya menikah dengan terpaksa karena kehamilan di luar nikah, mereka menikah ketika kandungannya berusia 5 bulan, dimana bayi yang berada dalam kandungan tersebut yaitu MHLD (MHLD2.8b), dan setelah MHLD lahir, ibunya sering mengajukan cerai, tetapi selalu ada halangan yang mencegahnya hingga proses perceraian tidak pernah berhasil (MHLD2.8c). Akibatnya, hubungan keluarga MHLD selama ini tidak pernah baik (MHLD2.8d). Poligami yang dilakukan ayah MHLD menghasilkan hubungan keluarga yang tidak harmonis dan tidak pernah stabil akibat permasalahan orang tuanya. Narasi tersebut sesuai dengan apa yang dituturkan subjek dalam sesi wawancara berikut:

“jadi bapak saya itu menikah dua kali, dan ibu saya itu istri keduanya, sering ada perselisihan dengan istri pertama namanya juga poligami, nikahnya juga karena terpaksa karena ada saya ini, setelah saya lahir bunda sering mengajukan cerai tapi selalu ada halangan, selama ini hubungan keluarga ga pernah baik ya karena itu.” (MHLD1.4b, MHLD2.8a, b, c, d)

Perkembangan diri individu seringkali dipengaruhi oleh lingkungan dan pola pengasuhan yang dialaminya sejak kecil. MHLD sejak bayi hingga SD dirawat penuh oleh nenek dan kakeknya (MHLD1.26a). Hal ini dikarenakan ibu MHLD mengalami gangguan psikologis, sehingga setelah dua minggu lahir MHLD dibawa oleh nenek dan kakeknya (MHLD1.26b). Meskipun lebih banyak diasuh oleh nenek, MHLD merasakan bahwa kebutuhan dan perhatiannya lebih terpenuhi saat bersama nenek dibandingkan ketika bersama orang tua (MHLD2.9a). Namun hal ini menjadi penyebab MHLD merasa kurang mendapatkan perhatian dari orang

tuanya dan merasa bahwa mereka tidak memiliki waktu untuknya karena alasan sibuk bekerja, padahal MHLD butuh akan perhatian dan waktu dari orang tuanya (MHL1.4c, MHL2.7d).

Setelah dirawat oleh neneknya, menginjak kelas 6 SD hingga kelas 2 SMP MHLD dirawat dan tinggal bersama budhenya (MHL2.16b). MHLD baru sepenuhnya kembali dirawat oleh orang tua saat memasuki kelas 2 SMP setelah tinggal bersama budhe. Sebelumnya MHLD dan orang tuanya juga bertemu tetapi interaksinya terbatas, dalam satu hari mereka hanya bertemu beberapa jam saja setelah ibunya pulang kerja (MHL1.26c). Pengalaman ini menjadi sebab kurangnya kelekatan antara subjek dan orang tuanya.

Pola asuh dalam lingkungan keluarga subjek juga memiliki peran yang signifikan dalam membentuk karakter dan perilaku subjek. MHLD mengungkapkan bahwa pada masa kecilnya ia cenderung nakal dan sulit diatur, sehingga sering kali mendapat teguran dan banyak diberikan aturan yang ketat (MHL2.9b). Bahkan, MHLD merasa takut pulang ke rumah setelah melakukan kesalahan karena ia takut akan mendapat hukuman fisik seperti dipukul atau bentuk hukuman lainnya (MHL2.13). MHLD seringkali mendapat tuntutan dan hukuman dari orang tuanya, tetapi sedikit perhatian dan arahan yang ia terima dari mereka (MHL1.18b, MHL1.18c). Selain itu, MHLD merasa terkekang dan menganggap dirinya seperti "babu" karena secara tidak langsung sikap orang tuanya cenderung suka memerintah dan menuntut MHLD menuruti kemauannya tanpa mempertimbangkan pendapat MHLD (MHL2.8f). Hal ini sesuai yang dituturkan MHLD dalam sesi wawancara berikut:

“Terus dulu saya itu lebih ke nakal, susah banget dikasih tau jadinya sering dimarahi terus, dikekang kamu gaboleh gini gaboleh gitu, terus dituntut terus, nuruti semua perintahnya. Ketika melakukan kesalahan saya takut buat pulang kerumah waktu kecil soalnya nanti saya takut dipukuli atau hal yang sebagainya kak. Saya sering dipukuli dan dikatakan sebagainya, itu dari ayah dan ibu dua duanya sama” (MHL2.9b, MHL2.13, MHL1.18b, c)

Dalam peran pengasuhan MHLD merasa bahwa ayahnya terkesan tidak peduli padanya karena menganggap ia sudah besar sehingga tidak memerlukan perhatian khusus (MHLD2.7b). Namun, terdapat perubahan dalam cara pengasuhan, saat MHLD menempuh pendidikan dari SD hingga SMP kelas 1 ia banyak diberi aturan yang ketat, sedangkan saat ini MHLD merasa lebih dibebaskan. Meskipun demikian, orang tua MHLD tetap saja masih sering memarahi dan memukul MHLD jika ada aturan yang dilanggar (MHLD2.9c).

Pola asuh yang otoriter tetap menjadi ciri dominan dalam lingkungan keluarga MHLD, yang tercermin dari pengalaman MHLD saat dirawat oleh nenek dan orang tua. MHLD mengungkapkan bahwa baik nenek maupun orang tua menerapkan pola asuh yang sama, yang cenderung keras, suka mengekang, dan menuntut. Menurut MHLD hal itu terjadi karena didikan nenek pada ibunya yang keras sehingga ibunya menjadi seperti itu pula. Namun, MHLD merasa lebih diperhatikan oleh kakek dan neneknya, saat MHLD melakukan kesalahan mereka mengingatkan secara baik-baik, sedangkan orang tuanya lebih menggunakan tindakan fisik (MHLD2.9d). Dalam masa perkembangan, subjek mengalami pola asuh yang cenderung otoriter.

Pada masa kanak-kanak, subjek mengalami sejumlah pengalaman yang menyenangkan dan menyedihkan. Salah satu momen menyenangkan yang dialami MHLD sewaktu kecil yaitu hiburan yang didapat dari nenek dan kakeknya, seperti sering diajak jalan-jalan dan hal tersebut memberikan pengalaman yang berkesan (MHLD1.18a). Di samping itu, MHLD juga mempunyai pengalaman yang tidak menyenangkan yaitu kurangnya perhatian dari orang tua. Malahan, MHLD sering mendapatkan perlakuan fisik dan verbal yang tidak menyenangkan dari ayah dan ibunya, seperti dipukul dan dicemooh (MHLD1.18b). Terkadang hal itu dilakukan jika MHLD dan adiknya memang melakukan kesalahan, akhirnya mereka dipukul oleh orang tuanya (MHLD1.18c). Selain itu, saat masih SD, MHLD jarang hadir di sekolah karena minimnya dukungan dari orang tua terhadap

pendidikan MHLD yang membuat ia menjadi malas dan merasa percuma untuk sekolah (MHLD1.20b). Pada masa kanak-kanak, subjek juga memiliki pengalaman menyenangkan dalam hubungan pertemanan. Secara keseluruhan, hubungan MHLD dengan teman-teman pada masa kecilnya berjalan baik-baik saja, ia bermain bersama selayaknya anak-anak pada umumnya (MHLD1.19).

Pada saat memasuki usia pertengahan remaja subjek mengetahui informasi mengejutkan tentang identitas dirinya. Saat memasuki usia 15 tahun MHLD mulai bertanya-tanya tentang kondisi keluarganya karena sebelumnya ia belum benar-benar tahu, ia bingung mengapa bisa memiliki orang tua seperti itu, dari kecil mereka tidak merawat dan memberikan perhatian penuh kepada MHLD. Akhirnya setelah tinggal bersama budhe, MHLD kembali kepada orang tuanya, tepatnya saat ia kelas 2 SMP, saat itu juga MHLD mencari informasi tentang keluarganya dari neneknya (MHLD2.17a). Namun, rasa kaget, sakit, marah, dan dendam muncul ketika MHLD mengetahui bahwa ia adalah seorang anak hasil hubungan di luar nikah dan dari lahir sudah dirawat oleh nenek bukan orang tuanya (MHLD2.17b, MHLD1.22b). Hal ini sesuai yang dituturkan MHLD dalam sesi wawancara berikut:

“ya jadi itu kak setelah ikut budhe terus balik ke rumah lagi saya kan sebelumnya belum tahu bener-bener masalah keluarga saya itu seperti apa kemudian saya cari informasi, oh ternyata saya kaget itu kalo saya itu anak hasil hamil di luar nikah, kemudian saya ga pernah diurus dari kecil, saya dititipkan ke nenek saya, jadi ya saya kaget gitu saya kak, sakit, marah banget, saya dendam ke orangtua saya ternyata saya anak haram, hamil 5 bulan orangtua baru menikah” (MHLD1.22b, MHLD2.17a, b)

Selain itu, kenyataan bahwa orang tuanya menikah ketika MHLD sudah berusia lima bulan dalam kandungan membuatnya merasa sebagai anak haram (MHLD2.17c). Informasi ini benar-benar mengejutkan MHLD, yang baru mengetahuinya saat SMP kelas 2 (MHLD1.23). Pengalaman tersebut membuat MHLD bingung dan kehilangan arah akan hidupnya. Pengetahuan bahwa subjek adalah anak hasil hubungan di luar nikah

menyebabkan subjek merasa kecewa dan konsep dirinya tercederai karena menganggap dirinya sebagai anak haram.

Pengetahuan MHLD tentang identitasnya sebagai anak hasil hubungan di luar nikah mendorongnya untuk mencari pelarian dalam pergaulan bebas. Rasa kaget, sakit, marah, dan dendam yang muncul ketika MHLD mengetahui bahwa ia adalah seorang anak hasil hubungan di luar nikah mendorongnya untuk pergi dari rumah selama satu tahun dan memilih langkah untuk memutuskan kontak dengan semua orang, ia membuang hp kemudian membeli hp dan nomor baru. Ketika itu sedang marak wabah covid-19 sehingga sekolah dilakukan secara daring dan membuat MHLD bebas dari kewajiban datang ke sekolah, akhirnya ia pergi jauh dari daerah rumahnya dan pergi keliling dari Malang, Jakarta, Banyuwangi, lalu saat kembali ke Malang ia memutuskan untuk mengontrak saja (MHLD2.17d). Hal ini sesuai yang dituturkan MHLD dalam sesi wawancara berikut:

“akhirnya saya memutuskan keluar, saat itu hp saya buang, beli hp baru nomor baru, pokonya saya putus kontak sama semua orang, saya keliling ke Jakarta sampe pucuk kembali lagi, kemudian ke Banyuwangi sampe pucuk baru balik ke malang, balik malang belum tenang akhirnya saya ngontrak” (MHLD2.17d)

Saat kejadian itu, MHLD juga terlibat dalam penggunaan alkohol dan pil sebagai bentuk pelarian dari pikiran-pikiran yang mengganggu (MHLD1.50a). Minatnya terhadap minuman beralkohol muncul karena MHLD merasa lega setelah mengonsumsinya, bahkan MHLD sampai mencoba untuk menjual minuman beralkohol dan semakin lama dirasa semakin asik karena uang dari penjualan terkumpul begitu cepat (MHLD2.22b, MHLD2.22c). Dalam satu hari penghasilan MHLD mencapai 6 sampai 7 juta, bahkan dalam satu minggu bisa mendapatkan puluhan juta hingga MHLD bisa membeli motor, mobil, dan mengontrak (MHLD2.17f). Hal ini sesuai yang dituturkan MHLD dalam sesi wawancara berikut:

“dulu itu saya jual minuman alkohol gitu penghasilan sehari 6 sampai 7jt seminggu itu saya bisa pegang puluhan juta sampai saya bisa beli motor, mobil, ngontrak, makin kesitu saya terjun ke dunia malam, saya judi,

balapan, minum alkohol, ngepil, akhirnya hilang semuanya kak, tapi ya gimana namanya juga uang haram. saya itu orangnya penasaran apalagi dengan wanita malam, saya itu kalo orangnya penasaran harus saya cari sampe ketemu, kalo udah ketemu yaudah selesai, dan dari situ saya mulai tertarik sama minum minuman soalnya kok lega rasanya habis minum, akhirnya saya masuk dunia itu terus coba jual minum terus lama lama kok asik jualan minum, uangku ya ngumpul cepet” (MHL2.17f, MHL2.22b, c)

MHL2 juga memiliki rasa penasaran yang tinggi, dimana ketika ia penasaran maka harus dituntaskan dengan mencobanya terlebih dahulu, jika sudah mengetahui maka rasa penasaran tersebut hilang. Namun, saat itu rasa penasaran MHL2 tertuju pada wanita malam (MHL2.22a) yang berakibat membawanya terjun ke dunia malam juga, dimana MHL2 terlibat dalam kegiatan seperti judi, balap liar, minum dan menjual alkohol, serta mengonsumsi pil (MHL2.17h). Penggunaan alkohol terkadang dilakukan saat di sekolah juga, yang menyebabkan pikirannya kosong dan fisiknya lemas sehingga ia bisa tertidur, hal itu dilakukan dengan tujuan untuk menghilangkan pikiran yang mengganggu (MHL1.50b, MHL1.50c). Kesadaran akan statusnya yang kompleks mendorong subjek untuk terjun ke dalam gaya hidup yang merusak, mencari pelarian dalam alkohol, obat-obatan terlarang, dan pergaulan bebas sebagai cara untuk mengatasi perasaan penasaran dan menghilangkan pikiran yang meresahkan.

Pengalaman MHL2 dalam pergaulan bebas membawa dampak yang signifikan dalam hidupnya, memunculkan kesadaran akan konsekuensi negatif dari gaya hidup tersebut. Setelah terjun ke dunia malam hingga tahun 2022, MHL2 akhirnya berhasil mengakhiri pergaulan bebasnya dan tidak lagi ketergantungan dengan kegiatan tersebut (MHL2.18). Seiring berjalannya waktu, MHL2 mulai menyadari bahwa uang yang diperoleh dengan cara tersebut tidak bertahan lama, bahkan habis dalam waktu yang sangat singkat. Sebagai contoh, uang satu juta jika didapatkan secara halal maka akan habis dalam waktu berminggu-minggu, tetapi jika uang tersebut didapatkan dengan cara tidak halal, meskipun MHL2 mampu mendapatkan tiga juta dalam sehari, tetapi uang tersebut cepat habis tanpa sisa dalam waktu dua hari saja (MHL2.22d).

Selain itu, salah satu momen penting yang membawa perubahan dalam hidupnya adalah ketika MHLD terlibat dalam taruhan balap motor di Surabaya dengan uang taruhan mencapai 50 juta rupiah. Saat menjalankan aksi, MHLD mengalami masalah dengan motornya dan tepat saat itu juga MHLD berhadapan dengan polisi yang berakhir mendapatkan denda. Hal ini membuatnya terpaksa menjual semua motornya untuk menutupi denda polisi tersebut, uang dan barang yang didapatkan sebelumnya habis begitu saja akibat kejadian tersebut. Namun, semua peristiwa itu menjadi poin balik dalam hidupnya, membuat MHLD menyadari bahwa kehidupannya tidak akan berubah jika terus menerus melakukan hal terlarang tersebut (MHLD2.22e). Dari situlah, MHLD memutuskan untuk bertaubat dan mengakhiri gaya hidupnya yang tidak sehat. Meskipun terlibat dalam kegiatan yang merusak dan tidak sehat, kejadian ini membawa kesadaran pada subjek akan pentingnya mengakhiri gaya hidup tersebut. Hal ini menjadi titik balik yang memicu keputusan untuk bertaubat dan meninggalkan pergaulan bebas.

Pada masa remaja, permasalahan finansial keluarga telah mendorong MHLD untuk memperoleh pengalaman yang berharga dalam memenuhi kebutuhan secara mandiri. Sejak keluar dari rumah selama satu tahun, MHLD harus memenuhi kebutuhannya secara mandiri, ia mulai bekerja sendiri mulai usia 15 tahun hingga menjelang usia 17 tahun, yang berarti sekitar dua setengah tahun (MHLD1.33a). Kemampuannya untuk mencari uang sendiri memberinya kebebasan untuk membeli barang-barang yang diinginkan, bahkan MHLD bisa melakukan perjalanan hingga ke luar kota dan provinsi, pengalaman ini dianggapnya cukup menarik (MHLD1.21a).

Setelah pergi satu tahun dari rumah dan mengontrak, MHLD memutuskan untuk kembali ke rumah. Namun, respon orang tua MHLD tidak sesuai dengan harapannya, tidak ada ekspresi khawatir, marah, maupun sedih. Mereka hanya biasa saja melihat kehadiran MHLD kembali (MHLD2.20a). Bertepatan saat itu juga, keluarga MHLD sedang dilanda

masalah dalam hal ekonomi, jadi MHL D harus kembali bekerja sendiri. Saat bekerja di usia remaja MHL D merasa senang karena awalnya ia bekerja untuk memenuhi kebutuhannya sendiri (MHL D1.34). Uang yang diperoleh dari hasil kerja tersebut digunakan sepenuhnya untuk membiayai diri sendiri dan membantu membiayai adiknya. Adik MHL D sering tidak mendapatkan uang jajan dari orang tua, sehingga saat memiliki uang MHL D akan membagikan kepada adiknya (MHL D1.33b, MHL D1.36). Kemandirian finansial yang diperoleh MHL D melalui pengalaman tersebut membawa manfaat yang berarti dalam menghadapi tantangan kehidupan.

Permasalahan finansial menjadi beban tambahan yang mempengaruhi kesejahteraan subjek dan keluarganya, seiring dengan masalah-masalah keluarga yang ada. Masalah keluarga dan finansial yang dialami membuat MHL D memutuskan pergi ke psikolog (MHL D1.4a), menunjukkan bahwa kondisi ekonomi keluarga juga mempengaruhi kondisi psikologis MHL D. Saat ini, MHL D mengungkapkan kebingungannya dalam mencari uang dan membiayai adiknya (MHL D1.4e), menyoroti beban tambahan yang dirasakan oleh subjek dalam tanggung jawab keuangan keluarga. Meskipun orang tua membantu membiayai keperluan anaknya, namun akhir-akhir ini belum mampu membiayai sepenuhnya sehingga MHL D harus mengambil alih tanggung jawab tersebut (MHL D1.35a, MHL D2.16a).

MHL D mencari uang dengan melakukan pekerjaan serabutan dengan cara membantu orang lain jika ia dibutuhkan karena saat ini ia tidak memiliki pekerjaan tetap seperti dulu lagi, hal ini juga yang menambah beban MHL D, ia khawatir tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari dan kebutuhan adiknya jika ia tidak memiliki pekerjaan yang jelas (MHL D1.35b). Kondisi ekonomi keluarga semakin diperburuk dengan perilaku ayah MHL D yang terlibat dalam perjudian dan hal-hal merugikan lainnya, sehingga menyebabkan keluarga MHL D terlilit hutang dan mencari-cari pinjaman uang (MHL D2.14). Kondisi ekonomi keluarga yang

tidak baik ditandai dengan tanggung jawab finansial yang meningkat bagi subjek menyebabkan subjek terbebani secara psikologis.

Di sisi lain, gangguan psikologis juga dapat disebabkan oleh faktor genetik. Dari segi genetik, tidak didapatkan riwayat penyakit fisik dalam keluarga subjek (MHL1.17a). Namun dari segi psikologis, ibu MHL1 pernah mengalami gangguan psikologis yang serupa dengan MHL1, bahkan hingga mengonsumsi obat dari psikiater (MHL1.17b). Riwayat gangguan psikologis dari keluarga membuat subjek berisiko lebih tinggi mengalami masalah serupa.

b. Melewati Hari-Hari dengan Gangguan Cemas Menyeluruh

Setiap individu pasti memiliki permasalahan yang berbeda-beda terkait berbagai aspek dalam hidupnya. Dari hasil wawancara yang dilakukan menunjukkan bahwa MHL1 memiliki permasalahan terkait keluarga dan finansial yang membuat MHL1 akhirnya memutuskan pergi ke psikolog, yang artinya permasalahan tersebut sudah sangat mengganggu (MHL1.4a). MHL1 selalu memikirkan berbagai aspek kehidupannya, mulai dari keadaan keluarganya, bagaimana cara menghidupi adik, mencari uang, memenuhi kebutuhan, hingga memikirkan bagaimana masa depannya nanti. Semua permasalahan tersebut selalu muncul di pikiran MHL1 sehingga sangat mengganggu aktivitas sehari-harinya (MHL1.4e, MHL1.11). Ketidakmapanan finansial, permasalahan keluarga, dan ketakutan akan masa depan menyebabkan subjek merasa tertekan secara psikologis. Hal ini sesuai dengan statement yang dikatakan oleh subjek:

”saya memikirkan tentang keadaan keluarga, bagaimana caranya saya harus menghidupi adek saya lagi, bagaimana caranya saya cari uang lagi, cari kebutuhan ini itu seperti apa, masa depan saya nanti gimana, itu semua selalu muncul di pikiran saya” (MHL1.11)

Dari permasalahan yang terus menerus menumpuk dapat menghambat produktivitas subjek sehingga memunculkan keluhan yang mengganggu. Keluhan subjek muncul dalam ekspresi kecemasan yang nyata, termanifestasi dalam rasa gelisah dan cemas yang susah untuk dikontrol (MHL1.5, TDL1.6b). Gelisah dan cemas yang dialami MHL1

muncul setiap hari karena ia selalu terpikir tentang masalahnya, terutama saat menjelang tidur pikiran tersebut pasti muncul kembali (MHL1.7). Hal ini sesuai dengan statement yang dikatakan oleh subjek:

“ngerasa gelisah dan cemas dan itu susah buat saya kendalikan terus munculnya setiap hari kak, jadi setiap hari itu selalu kepikiran apalagi kalo mau tidur gitu pasti kepikir lagi” (MHL1.5, MHL1.7)

Gejala yang dirasakan oleh subjek mengalami peningkatan pada kurun waktu tertentu. MHL1 mengungkapkan bahwa ia mudah merasa cemas sejak dulu, tetapi setelah mengetahui informasi bahwa MHL1 adalah anak hasil hubungan di luar nikah tepatnya pada tahun 2021, MHL1 merasa cemasnya mulai terasa mengganggu kesehariannya (MHL1.25). Kemudian pada tahun 2023 gejala kecemasan MHL1 semakin memburuk, dengan intensitas pikiran mengganggu yang semakin meningkat dan munculnya gejala fisik hingga ia memutuskan untuk pergi ke psikolog (MHL1.9). Hal ini sesuai dengan statement yang dikatakan oleh MHL1:

“kalo ngerasa cemas udah dari dulu, cuma setelah mengetahui informasi tersebut saya rasa makin parah banget cemas saya, sekarang saya rasa makin parah kak, makin sering kepikiran sampe ngaruh ke fisik” (MHL1.9, MHL1.25)

Gejala fisik yang dirasakan oleh subjek muncul sebagai respon dari tekanan yang dialaminya. Secara fisik MHL1 mengalami gejala berupa perih di bagian perut, keringat dingin, dan jantung yang berdetak cepat saat sedang cemas dan menghadapi situasi yang membuat ia harus berpikir berat (MHL1.15). Pada kejadian baru-baru ini, setelah MHL1 marah dan berdebat dengan ayahnya, ia mulai merasakan sakit pada bagian dada yang sebelumnya tidak pernah dirasakannya. Hal itu menjadi penyebab MHL1 datang kembali ke psikolog (MHL2.2, MHL2.5). Kesimpulan ini sesuai dengan hasil wawancara berikut ini:

“mesti sakit perut saya itu kak, kalo mikirin sesuatu yang berat gitu pasti langsung keringat dingin kak, terus terasa perih gitu dibagian perut, terus jantung deg degan cepet, kemaren ini saya ngerasa dada saya sakit kak makanya saya ke psikolog, sebelumnya ga pernah kak, baru kemarin ini soalnya habis marah marah debat sama ayah” (MHL1.15, MHL2.2, MHL2.5)

Gejala psikologis yang dialami subjek mempengaruhi berbagai aspek termasuk kualitas tidur dan nafsu makan. Saat sedang tidur MHL D sering mengalami mimpi buruk yang ia rasa aneh karena mimpi tersebut selalu berhubungan dengan masalah yang sedang dihadapinya (MHL D1.8). Waktu tidur MHL D juga terganggu, dalam satu hari terkadang ia hanya tidur 3 sampai 4 jam saja karena saat tidur ia mudah terbangun dan untuk tidur kembali dirasa susah. MHL D baru berhasil tertidur saat pukul 1 atau 2 dini hari dan pagi hari ia harus bangun untuk pergi ke sekolah, hal tersebut menyebabkan munculnya rasa lelah yang membuat MHL D cenderung malas saat beraktivitas (MHL D1.45a, MHL D1.45b). Selain itu, nafsu makan MHL D juga menurun secara signifikan semenjak ia pergi dari rumahnya pada tahun 2021, yang mungkin merupakan dampak langsung dari tekanan yang dirasakannya (MHL D1.45c). Kualitas tidur memburuk membuat subjek merasa lelah, nafsu makan juga menurun akibat kecemasan yang dirasakan.

Fungsi kognitif subjek juga turut terganggu akibat gejala yang dirasakannya. Dalam aktivitas akademik, MHL D kesulitan untuk konsentrasi saat proses pembelajaran karena ia terus memikirkan tentang permasalahannya yang berujung membuat MHL D merasa malas untuk belajar, meskipun begitu jika ada tugas sekolah MHL D tidak pernah meninggalkannya (MHL D1.32a, MHL D1.32b). Selanjutnya dalam aktivitas sehari-hari MHL D merasa terganggu karena selalu ada pikiran yang terus menerus muncul dan membuatnya sulit untuk fokus sehingga ia sering kali merasa malas untuk beraktivitas (MHL D1.10a, MHL D1.10b, MHL D1.44). Konsentrasi yang sering terganggu turut berkontribusi dalam penurunan fungsi sosial dan keseharian subjek. Sesuai dengan statement subjek dalam wawancara berikut ini:

“saya masih harus mikirin adek saya, mikir kebutuhan ini itu bagaimana, itu yang terus saya pikirkan jadi susah konsentrasi aja waktu pelajaran, dan kalo mau belajar gitu ngerasa males. Hal itu sangat mengganggu sih karena kaya buat fokus itu malah susah karena pasti ada pikiran yang muncul, dan pikiran itu masuk lagi masuk lagi, dan itu buat saya males ngapa-ngapain” (MHL D1.32a, MHL D1.32b)

Perasaan tidak nyaman juga muncul sebagai manifestasi rasa cemas. MHLD menggambarkan dirinya saat ini sebagai pribadi yang mudah tidak percaya diri, ia merasa kurang dalam segala hal sehingga saat melakukan sesuatu ia cenderung ragu karena merasa buruk dan berpikir bahwa apapun yang dilakukan hasilnya pasti kurang baik (MHLD1.48a, MHLD1.48b). Gejala afektif yang meliputi ketidakpercayaan diri merupakan bagian dari pengalaman yang dirasakan oleh subjek.

Subjek menghadapi kesulitan mengelola emosi negatif dalam menghadapi situasi tertentu sehingga susah untuk mengontrol perilakunya. MHLD memiliki kecenderungan yang lemah dalam mengendalikan emosi negatif, ketika menghadapi masalah atau ketegangan emosinya mudah terpancing sehingga terdorong untuk bereaksi secara fisik maupun verbal (MHLD1.41). Ketika MHLD sedang berkonflik dengan orang tuanya, terutama ayahnya, emosinya sering tercermin dalam tindakan fisik. Ia seringkali saling pukul-memukul dengan ayahnya dengan alasan bahwa ia saat ini sudah besar dan bukan anak kecil lagi, jadi ia sudah bisa merasakan sakitnya sehingga terdorong untuk membalas saat dipukul oleh ayahnya. Pernah juga, karena konflik dengan orang tua, ia sampai menonjok jendela kaca hingga pecah (MHLD1.42b). Selain itu, MHLD terkadang juga memukul tembok, almari, atau bahkan dirinya sendiri sebagai bentuk pelampiasan emosi (MHLD1.39b, MHLD1.40).

Di sisi lain, MHLD menunjukkan sisi kepedulian terhadap orang lain. Ia pernah membawa adik kelas ke rumah karena merasa kasihan bahwa anak tersebut tidak diurus oleh orang tuanya, bahkan ia membiayai sekolah dan memberikan tempat tinggal (MHLD1.42c). Namun, saat itu adik kelasnya memiliki pacar dan ia diajarkan hal yang tidak baik seperti merokok dan minum, MHLD marah besar dan tidak peduli bahwa adik kelasnya itu perempuan, ia memukul dan menghajarnya, lalu memberikan uang dan mengusirnya dari rumah (MHLD1.42d). Emosi MHLD mudah meledak jika ada hal yang mengganggu kenyamanannya (MHLD1.42e). Misalnya, ketika adiknya bergabung dengan teman-temannya yang mabuk,

MHLD langsung memukul dan menghajarnya hingga adiknya meminta ampun, karena ia merasa bahwa tanpa tindakan fisik, adiknya tidak akan jera (MHLD1.42f). Hal ini sesuai dengan paparan hasil wawancara dari MHLD:

“terus saya dulu juga pernah kak bawa adik kelas saya ke rumah soalnya dia itu kasian ga diurus sama orang tuanya kaya saya ini, saya biayai sekolahnya, saya kasih dia tempat tinggal, pokonya sudah saya anggap keluarga sendiri, tapi dulu dia itu punya pacar terus diajari yang ga bener, ngerokok lah, minum, dan lain lain, nah disitu saya marah besar, tak pukuli tak hajar dia kak, bodoamat meskipun dia cewe, sampe bunda saya itu bilang “wes wes istighfar”, setelah itu tak kasih uang terus tak usir dia kak dari rumah, biarin mau ikut pacarnya sana, wong wes tak kasih enak malah macem-macem. Pokonya kalo ada hal yang ga cocok gitu wes langsung meledak saya kak. Dulu adik saya pernah juga pernah ikutan temennya mabok mabok gitu, wes langsung tak hajar dia kak, tak pukuli sampe ampun ampun dia, kalo ga gitu ga bakal kapok kak” (MHLD1.42c, d, e, f)

Saat menghadapi permasalahan yang berat, MHLD cenderung memilih cara untuk menghindarinya. MHLD pernah kabur dari rumah selama satu tahun karena masalah dengan orang tua, hal itu dilakukannya sebagai respon stres yang dihadapinya (MHLD1.4d, MHLD1.22a). Ketika itu juga MHLD memutuskan untuk mengambil langkah ekstrim dengan membuang HP lama kemudian membeli HP baru dengan nomor baru, dan memutus kontak dengan semua orang (MHLD2.17d). Sensitivitas emosional yang meningkat pada subjek terlihat dari kecenderungan yang lemah dalam mengendalikan perilaku saat merasakan emosi negatif.

c. Faktor Protektif dan Strategi Menghadapi Masalah

Sejauh ini dukungan dan pengetahuan orang terdekat tentang kondisi subjek masih terbatas. MHLD tidak membicarakan keadaan dirinya pada orang tua karena ia menganggap meskipun orang tuanya mengetahui pasti mereka tidak akan peduli. MHLD juga tipe orang yang memilih memendam sendiri ketika ia sedang tidak baik-baik saja. Hingga MHLD memutuskan untuk pergi ke psikolog orang tuanya tetap tidak mengetahui, menurut MHLD hal ini kemungkinan karena ia terlihat baik-baik saja secara fisik di mata mereka (MHLD2.3a). Hanya adik MHLD yang mengetahui tentang kunjungannya ke psikolog, tetapi responnya biasa saja karena

MHLD tidak sepenuhnya terbuka tentang keadaannya pada adiknya (MHLD2.3b).

MHLD sempat membicarakan keadaan dirinya pada pacar, tetapi pacarnya tidak bisa memahami keadaan MHLD sepenuhnya, banyak permintaan yang diinginkan pacarnya sehingga membuat MHLD semakin pusing. Oleh karena itu, MHLD memutuskan untuk pergi ke psikolog karena ia membutuhkan bantuan dan orang terdekatnya tidak ada yang bisa ia andalkan (MHLD2.4b). Saat ini ia juga membatasi interaksi dengan orang lain. Sejak SD MHLD sangat aktif dalam kegiatan sosial, ia mengikuti organisasi dan sering berkumpul bersama teman-temannya, tetapi dua tahun kebelakang aktivitas sosial MHLD mulai berkurang. MHLD mengungkapkan bahwa ia tidak mau memiliki teman dekat karena ia lebih memilih untuk sendiri saja dan berteman seperlunya (MHLD1.14, MHLD1.49a, MHLD1.49b).). Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dalam dukungan sosial yang diterima subjek sehingga ia memutuskan untuk pergi ke psikolog.

Subjek memanfaatkan mekanisme koping yang positif dalam menghadapi tekanan. dengan MHLD mengakui bahwa menghadapi tekanan hidup dan rasa cemas tidaklah mudah, tetapi MHLD tetap berusaha untuk memperkuat dirinya dan membiasakan diri untuk mengendalikan perasaan tersebut (MHLD2.12b). Cara mengendalikannya, MHLD sering keluar dari rumah kemudian mencari tempat yang sepi dan tenang (MHLD2.12a). Meredakan stres dengan keluar jalan-jalan juga membantu MHLD merasa lega, meskipun masih ada sedikit pikiran yang tertinggal (MHLD2.25). Selain itu, MHLD saat ini mencoba mencari kesibukan untuk mengalihkan perasaan negatif yang mengganggu (MHLD2.29d).

Meskipun menghadapi tantangan yang berat subjek berhasil mengontrol keinginan untuk menyakiti diri sendiri. Sejauh ini MHLD belum pernah melakukan tindakan yang disengaja untuk menyakiti dirinya sendiri (MHLD1.39a). MHLD mengungkapkan bahwa sempat terpikir untuk mengakhiri hidup tetapi ia berhasil mengontrol diri dan mencegah

tindakan tersebut untuk terjadi. Di sisi lain MHL D juga masih memikirkan adiknya, jika MHL D pergi begitu saja ia kasihan dengan adiknya (MHL D1.39c). Hal tersebut menunjukkan bahwa subjek memiliki kesadaran diri yang baik dan kemampuan untuk menahan diri dari perilaku yang merugikan saat menghadapi tekanan emosional.

Meskipun dihadapkan dengan berbagai kesulitan subjek menunjukkan usaha, harapan, dan keinginan untuk bangkit dari permasalahannya. Dalam menghadapi keadaan saat ini MHL D berusaha untuk lebih menerimanya, meskipun di sisi lain ada banyak hal yang sulit untuk diterima (MHL D2.27). MHL D menemukan kekuatan dan dorongan untuk bertahan hingga saat ini dengan berusaha percaya diri atas apa yang telah dilakukannya, jika itu memang terbaik untuknya, serta menikmati kesenangan dengan berhasil mencapai sesuatu yang sesuai dengan kemampuannya (MHL D2.29c, MHL D2.29a).

Saat ini yang MHL D harapkan hanyalah ketenangan hidup, untuk keadaan keluarganya MHL D sudah tidak berharap banyak. MHL D lebih memikirkan keadaannya sendiri karena ia menyadari bahwa *support system* terbaik baginya hanyalah diri sendiri (MHL D2.28a, MHL D2.29b). MHL D juga mulai menunjukkan usaha dengan mencari cara agar keadaannya bisa membaik, oleh karena itu ia memutuskan pergi ke psikolog dengan harapan bisa melegakan hati dan perasaan serta berharap ada perkembangan baik untuk diri sendiri (MHL D2.28b). Selain itu, MHL D mencoba mencari kesibukan untuk mengalihkan perasaan cemasnya (MHL D2.29d). Narasi tersebut sesuai dengan statement yang diucapkan subjek dalam hasil wawancara berikut:

“kalau keadaan lebih ke berusaha buat nerima walaupun banyak ngga nerimannya, saya cuma pengen hidup tenang kak, kalo keluarga sih saya ga berharap apa-apa lebih mikirin diri saya sendiri aja, saya mulai cari cara gimana biar bisa sembuh ga gini terus, mulai ada usaha lah, makanya saya memutuskan buat ke psikolog itu barangkali bisa lega dan ada perkembangan baik buat diri saya sendiri, untuk suport system terbaik mungkin diri” (MHL D2.27, MHL D2.28a, b)

Setelah pergi ke psikolog subjek mulai menemukan strategi untuk menghadapi masalahnya. Saat ini, subjek memfokuskan dirinya untuk melakukan kegiatan positif yang memenuhi sebagian besar waktunya. MHL D merasa lebih lega setelah pergi ke psikolog karena ia bisa menceritakan semua masalahnya, ia juga mulai menerapkan saran-saran yang telah diberikan psikolog (MHL D3.2). Sejak awal tahun 2024 MHL D mulai bekerja sebagai vendor, setiap hari ia menghabiskan sebagian besar waktunya dari pagi hingga malam untuk sekolah dan bekerja, yang mengakibatkan MHL D jarang berada di rumah, ia pulang hanya untuk tidur saja (MHL D3.5). Meskipun disibukkan dengan kegiatan tersebut, MHL D malah senang dan tidak merasa lelah karena ia memiliki ambisi besar untuk bekerja (MHL D3.6a, MHL D3.10c).

Selain bekerja, MHL D juga mulai fokus dengan latihan fisik karena ia memiliki rencana untuk mendaftar kedisiplinan dengan tujuan agar karirnya jelas di masa depan (MHL D3.6b). Rutinitas olahraga menjadi bagian dari kesehariannya, ia mulai membiasakan olahraga meskipun jadwalnya tidak menentu dan bergantung pada ketersediaan waktu luangnya (MHL D3.7, MHL D3.8). Hal ini menunjukkan bahwa subjek telah berhasil menemukan berbagai kegiatan yang memberikan makna dan tujuan bagi hidupnya.

Subjek telah mengembangkan pola pikir yang adaptif untuk menghadapi berbagai situasi dalam hidupnya. Dalam hal pola pikir MHL D mengadopsi sikap "bodo amat" terhadap banyak hal di dunia luar, asalkan tidak mempengaruhi dan mengganggu dirinya secara langsung maka ia tidak akan terlalu menghiraukannya (MHL D3.10a). Begitu pula saat berhubungan dengan orang lain, ia hanya bertemu jika memang dirasa penting saja, saat ini ia berfokus pada hal yang penting baginya (MHL D3.10b).

Selanjutnya, kesadaran akan pentingnya masa depan mendorong MHL D untuk lebih berusaha bangkit dari keterpurukannya. Ia mulai menerima kenyataan bahwa hidup terus berjalan dan tidak ingin hidupnya terjebak pada keadaan dan permasalahannya sendiri, jadi setiap masalah

yang datang ia anggap sebagai tantangan yang harus dihadapi (MHL3.12a, MHL3.13). MHL3 juga mengungkapkan bahwa dirinya memiliki rasa penasaran yang tinggi, ia lebih senang mengambil risiko karena dengan itu ia menjadi tahu hasilnya, sehingga keraguan yang muncul ia anggap seperti angin yang berlalu saja (MHL3.11, MHL3.12b). Subjek telah menunjukkan perkembangan positif dalam pola pikirnya dengan berbagai usaha untuk tidak terlalu terpuruk dalam masalahnya, menerima keadaan dirinya dan fokus pada apa yang bisa dilakukan saat ini.

Subjek mulai berani mengungkapkan keadaan dirinya pada orang terdekat. Terkait keadaan dirinya, MHL3 sudah mencoba untuk terbuka dengan ibunya dengan membicarakan apa yang sebenarnya ia rasakan sehingga mulai muncul pemahaman dari ibu terkait bagaimana keadaan MHL3 (MHL3.14a). Hal tersebut membuat MHL3 merasa lebih lega dan berkontribusi pula dalam perkembangan positif terkait gejala yang sebelumnya dirasakan. Namun, saat ini MHL3 memilih untuk pisah terlebih dahulu dengan orang tuanya karena ingin fokus dengan diri sendiri (MHL3.14c). Bahkan MHL3 sekarang tinggal mengontrak sendiri dan tidak lagi satu rumah dengan orang tua (MHL3.3b).

Kejadian tersebut dikarenakan sempat terjadi permasalahan rumah tangga yang cukup berat, sebelumnya MHL3 sempat merasa lega karena orang tuanya akan bercerai, ia membantu dan menemani ibunya mengurus proses cerai dari awal hingga akhir, tetapi hingga persidangan ke sembilan tidak berhasil, akhirnya pada proses mediasi mereka memutuskan untuk kembali bersama dengan perjanjian tertulis di atas kertas. MHL3 sudah berusaha untuk membantu tetapi hasilnya tidak sesuai harapannya, ia mulai pasrah dan menyerahkan keputusan tersebut kepada orang tuanya. Oleh karena itu, MHL3 mengungkapkan bahwa ia sudah melepaskan dan tidak peduli lagi dengan keadaan keluarganya, hal ini membuat MHL3 merasa bebas dan lebih tenang (MHL3.3a, MHL3.3d).

Meskipun demikian, ibu MHLD masih terus mendukung dan mengerti keadaan MHLD, ia membaik tidak semata-mata karena usahanya sendiri, di sisi lain juga terdapat dukungan dari orang terdekat, termasuk psikolog (MHLD3.15). Ia sudah mulai terbuka dengan orang-orang terdekatnya sehingga mulai muncul dukungan yang sebelumnya tidak ia dapatkan. Dukungan tersebut diperoleh dari ibu, teman, adik, dan pacar MHLD. Mereka memberikan dukungan dalam bentuk kata-kata penyemangat ataupun tindakan dengan mencoba mengerti keadaan MHLD, serta menemaninya disaat ia butuh (MHLD3.16a, MHLD3.16b). Dukungan sosial dari orang terdekat mulai muncul setelah subjek berani terbuka untuk mengomunikasikan keadaannya.

Setelah beberapa bulan berlalu, kehidupan subjek telah berubah secara signifikan. Subjek telah mengalami perkembangan positif terkait gejala yang dahulu pernah dirasakan. Keluhan-keluhan yang sebelumnya dirasakan MHLD saat ini sudah tidak terasa lagi (MHLD3.4). MHLD juga mengungkapkan bahwa rasa cemasnya sekarang muncul sesuai dengan situasi tertentu saja, seperti saat menghadapi masalah pekerjaan, sehingga saat ini ia menganggap rasa cemas sebagai hal yang wajar dalam hidupnya (MHLD3.9a, MHLD3.9b). Narasi tersebut sesuai dengan yang dituturkan MHLD dalam sesi wawancara berikut:

“keluhan yang dulu sudah aman, cemas muncul itu sesuai situasi aja sih kak, contohnya kaya kemaren itu masalah kerjaan kalo vendornya itu telat terus dicomplain itu muikir wes, tapi ya udah tak anggap hal wajar sekarang” (MHLD3.4, MHLD3.9a, b)

Masalah keluarga dan finansial yang dahulu menjadi beban pikiran MHLD juga sudah tidak ada lagi saat ini, MHLD sudah melepas keluarganya, dan ia berhasil mendapatkan pekerjaan dengan penghasilan yang lumayan besar (MHLD3.9c, MHLD3.9d). Begitu pula dengan adiknya saat ini juga sudah bekerja dan memiliki penghasilan sendiri sehingga MHLD tidak perlu membiayainya lagi (MHLD3.9e). Saat ini MHLD sudah yakin dan lebih mengenali dirinya sendiri, ia bersyukur dan percaya diri dengan apa yang sedang dijalani sambil mengarahkan pikiran untuk masa

depannya (MHL3.12a). Intinya sudah banyak perkembangan baik dalam diri MHL3, kehidupannya lancar dan tidak banyak hambatan seperti dulu lagi (MHL3.12d). Perkembangan ini menunjukkan bahwa subjek telah membuat kemajuan dalam mengelola kecemasannya, serta lebih mampu menangani tantangan yang dihadapi dalam kehidupan sehari-hari. Narasi tersebut sesuai dengan yang dituturkan MHL3 dalam sesi wawancara berikut:

“masalah keluarga dan finansial yang dulu udah ga ada, keluarga sudah saya lepas, saya sudah kerja dan dapet penghasilan sendiri yang lumayan sampe bisa beli hp, adik saya sekarang juga sudah kerja sendiri, sekarang udah yakin dan mengenali diri sendiri, bersyukur sama apa yang saya jalani sekarang, saya percaya diri dengan hal-hal yang saya lakukan, dan sekarang lebih mikir ke masa depan aja sih kak, kalo saya gini-gini terus ya buat apa hidup itu gini aja gaada yang ekstrim, kalo ragu sih pasti ada saya itu orangnya ya penasaran jadi ragu itu ya ibarat angin lewat aja, intinya lancar lah sekarang ini ga banyak hambatan, saya udah ga seperti dulu yang minderan” (MHL3.9c, d, e, MHL3.12a, b)

2. Subjek TDL

a. Dinamika Munculnya Gejala Gangguan Psikologis

Hubungan subjek dengan keluarga memiliki perbedaan dalam kedekatan. TDL merasa lebih dekat dengan ibu daripada ayahnya. Meskipun TDL sering dimarahi oleh orang tuanya, hubungan keluarga TDL bisa dibilang cukup harmonis, ia dekat dengan ibu dan kakaknya, tetapi kedekatan dengan ayahnya dirasa kurang karena TDL menganggap sikap ayahnya tidak seperti ayah pada umumnya sehingga hubungan mereka cenderung dingin (TDL1.28, TDL1.39).

Pandangan subjek terhadap ayahnya mencerminkan ketidakpuasan terhadap peran ayah. TDL mengungkapkan bahwa ayahnya merupakan seorang pemarah, apalagi saat sedang tidak memegang uang ayahnya menjadi lebih sensitif. Ketika marah, ayah TDL sampai membanting barang di rumah, merusak tanaman, pernah juga sampai berteriak di ladang. Saat kemarahannya tidak digubris ayah TDL akan berakhir mengancam untuk membanting hp, menjual tanah warisan, bahkan sampai mengancam cerai.

Seringkali ayah TDL juga berkata kasar seperti, goblok, durhaka, dan lain sebagainya (TDL1.34a, TDL1.34b, TDL1.34c). Hal itu menciptakan lingkungan yang tidak stabil dan menegangkan di dalam rumah. Kejadian tersebut menciptakan perasaan benci TDL terhadap ayahnya (TDL1.35). Hal ini sesuai yang dituturkan TDL dalam sesi wawancara berikut:

“kalo ayah saya itu orangnya cukup pemaarah apalagi kalo sedang gak pegang uang bisa berubah jadi sensitif sekali, kalo marah biasanya ayah saya akan membanting-banting barang dirumah kadang juga ngerusak tanaman, pernah sampai teriak-teriak di ladang sampai kata ibu saya kaya orang sedang perang, kalo ga digubris ayah saya akan berakhir mengancam seperti akan banting hp saya akan jual tanah warisan bahkan ngancam cerai, sering juga ayah saya ngomong kasar seperti goblok, durhaka” (TDL1.34a, b, c)

Selain pemaarah, ayah TDL juga cenderung fokus pada uang tetapi kurang bekerja keras, sehingga lebih memilih menjual aset keluarga, seperti kebun, sapi, dan lain-lainnya. Kalaupun ayah TDL bekerja sebagian besar uangnya pasti hanya digunakan untuk kepentingan pribadi. Terkadang saat tidak memegang uang ayah TDL memaksa meminta ke istri, ibu, maupun anak-anaknya. Tetapi di sisi lain ayah TDL hanya berani dan keras dengan keluarganya, di luar rumah ayahnya cukup segan terhadap orang lain (TDL1.34d). Oleh karena itu, TDL selalu berusaha keras agar tidak menjadi seperti ayahnya, yang dipandangnya dari kecil sebagai sosok yang tidak memiliki kelebihan atau panutan yang baik, sehingga TDL sangat benci jika disamakan dengan ayahnya (TDL1.29b). Perilaku dan sikap ayah yang keras, egois, pemaarah, dan kurangnya perhatian terhadap subjek telah menciptakan perasaan tidak nyaman, ketidakpuasan, dan bahkan benci dalam diri subjek terhadap ayahnya.

Sedangkan pandangan subjek terhadap ibunya mencerminkan perasaan campuran antara penghargaan dan ketidakpuasan. TDL memandang ibunya sebagai orang yang baik, beliau merupakan tulang punggung keluarga, yang secara tidak langsung menggantikan peran ayah dalam keluarganya (TDL1.36a). TDL juga merasakan bahwa ibunya lebih dominan dalam mengambil keputusan rumah tangga dan ayahnya relatif

patuh terhadap keputusan ibunya. Sedari dulu ibu TDL selalu mengusahakan yang terbaik untuk keluarganya (TDL1.36b). Namun, dalam beberapa waktu terakhir, TDL merasa ibunya menjadi lebih mengekang dan cenderung membatasi keinginan TDL yang akhirnya membuat TDL lelah (TDL1.37a). Perubahan sikap ibu TDL ini termasuk mengungkit tentang pernikahan, padahal sebelumnya ibu TDL melarangnya untuk berpacaran karena khawatir jika akan menikah muda seperti kakaknya, hal itu membuat TDL semakin bingung (TDL1.37b). Secara keseluruhan, subjek menghargai aspek positif dari ibu mereka, tetapi sikap ibu subjek yang suka menuntut dan berubah-ubah membuat subjek bingung dengan kemauannya. Hal ini sesuai yang dituturkan subjek dalam sesi wawancara berikut:

“terus kalo ibu saya dulu sangat saya pandang sebagai orang baik, beliau adalah tulang punggung keluarga, alih-alih ayah saya, ibu saya lebih terasa seperti kepala keluarga daripada ayah saya, segala hal yang terjadi dirumah selalu ikut keputusan ibu saya dan ayah saya juga cukup penurut dengan keputusan ibu saya, ibu saya itu selalu mengusahakan yang terbaik untuk keluarganya sedari dulu.” (TDL1.36a, b)

Dalam hubungan dengan saudara, subjek menunjukkan adanya kedekatan yang baik dengan kakaknya. Hubungan TDL dengan kakaknya termasuk dekat, TDL menilai kakaknya sebagai orang yang baik, pekerja keras, tangkas, dan lebih pandai bersosialisasi daripada TDL sendiri (TDL1.38a). Tetapi, TDL cukup sering dimarahi oleh kakaknya karena kesalahan kecil yang pada akhirnya membuat TDL merasa rendah diri dan meragukan kemampuannya sendiri (TDL1.38c). Meskipun begitu TDL menganggap kakaknya sebagai salah satu motivasinya untuk berubah menjadi lebih baik, TDL juga lebih suka bercerita tentang masalahnya atau pengalaman pribadi kepada kakaknya daripada kepada ibunya karena dukungan dari kakaknya lebih bisa diterima dengan baik (TDL1.38e).

Di sisi lain, TDL merasa bahwa ibunya lebih sering berkomunikasi dengan kakaknya, yang pada akhirnya membuat TDL merasa diabaikan dan mendapat perhatian yang berbeda (TDL1.36c). Hubungan subjek dengan saudaranya termasuk baik, tetapi ketidakadilan dalam pemberian perhatian

dari orang tua menciptakan ketidakpuasan subjek terhadap saudaranya, mencerminkan pentingnya keseimbangan dalam memberikan perhatian dan dukungan di dalam keluarga.

Pola komunikasi yang kurang sehat dalam keluarga juga mempengaruhi kesejahteraan psikologis subjek. Ayah TDL sering marah-marah sejak TDL masih kecil (TDL1.60b), dan TDL sering kali menjadi saksi pertengkaran antara ibu dan ayahnya, yang terjadi sejak masa kecilnya bahkan berlanjut hingga saat ini (TDL1.60a). TDL juga memiliki pengalaman dimana sejak kecil saat ia melakukan kesalahan, maka akan dibesar-besarkan oleh orang tua dan kakaknya, yang pada akhirnya menyebabkan TDL merasa rendah diri dan meragukan kemampuannya sendiri (TDL1.18, TDL1.27a, TDL1.38c). Pola komunikasi dan penyelesaian masalah yang tidak sehat membawa ketidakharmonisan antar anggota keluarga dan konflik keluarga yang persisten. Hal ini sesuai yang dituturkan subjek dalam sesi wawancara berikut:

“soalnya dari kecil itu kaya salah dikit gitu aja kaya udah dibesar-besarin sama orangtua, juga, kaya “kamu kok gini sih, seharusnya gitu loh”. saya sering disalahkan kaka dan ibu saya yang saya dulu pandang sebagai orang paling baik yang saya kenal. saya cukup sering dimarahi oleh kaka saya karena kesalahan kecil yg saya lakukan, pada akhirnya itu membuat saya merasa rendah diri, dan meragukan kemampuan saya sendiri, saya bahkan bertanya-tanya apa yang terjadi dengan saya, apakah saya seorang yang keterbelakangan mental hingga saya bisa seceroboh dan selamban ini” (TDL1.18, TDL1.27a, TDL1.38c)

Perkembangan diri individu seringkali dipengaruhi oleh lingkungan dan pola pengasuhan yang dialaminya sejak kecil. TDL sedari kecil dirawat penuh oleh orang tua, ibu TDL sempat bekerja tetapi saat hari ke 10 bekerja ibunya memilih untuk berhenti karena tidak tega meninggalkan TDL hanya bersama neneknya (TDL1.40). Saat kecil TDL juga sering sakit-sakitan, hal itu membuat kedua orang tua TDL selalu berkontribusi merawat dan menemani berobat kemanapun (TDL1.41).

Pola asuh dalam lingkungan keluarga subjek juga memiliki peran yang signifikan dalam membentuk karakter dan perilaku subjek. TDL

mengungkapkan bahwa ia sering kali dimarahi oleh orang tuanya (TDL1.28). Dalam pengasuhan, ibu TDL banyak memberi aturan yang ketat dan kurang memberikan kebebasan, mulai dari cara berpakaian, mengerjakan pekerjaan rumah, pergi keluar bersama teman, keinginan bekerja, dan hal kecil lainnya pasti ada aturan dan pembatasan dari ibunya, sehingga TDL merasa diremehkan dan tidak mendapat kepercayaan dari ibunya (TDL1.26a, TDL1.37a). Menurut TDL orang tuanya menerapkan pola asuh sama seperti nenek kakek mendidik mereka (TDL1.26c). Hal ini sesuai yang dituturkan TDL dalam sesi wawancara berikut:

“cukup strict sih mba pengasuhannya kalo ibu terus dari kecil saya ngerasa selalu diremehkan, kalo ayah itu agak kurang peduli mbak, tapi bisa ngamuk kalo ngerasa anak-anaknya ga sopan, terus egois ayah saya itu, tapi saya sering dapet perkataan ancaman, misal saya ga nurut perintah ayah, ayah bilang "gak usah sekolah ae" padahal itu masih SD” (TDL1.26a)

Dalam peran pengasuhan ayah TDL cenderung egois dan kurang memperhatikan anak-anaknya. Namun, ayah TDL bisa marah jika merasa anak-anaknya tidak sopan dengan beliau. Saat TDL tidak menuruti perintah ayahnya, beliau akan mengancam dengan perkataan seperti, *"gak usah sekolah ae"* (TDL1.26b). Pola asuh yang dipraktikkan dalam keluarga TDL juga mempengaruhi persepsi terhadap dirinya sendiri. TDL merasa seringkali tidak mendapat kepercayaan dari orang tua, diragukan kemampuannya dan keputusan TDL sering dibantah (TDL1.29d). Dalam masa perkembangan, subjek mengalami pola asuh yang cenderung otoriter.

Pada masa kanak-kanak, subjek mengalami sejumlah pengalaman yang menyenangkan dan menyedihkan. TDL memiliki pengalaman menyenangkan saat masa kecil dimana ia mempunyai tas untuk yang pertama kalinya, selalu membeli balon ketika pergi ke pasar, membeli buku tulis baru, mempunyai tas bergambar barbie, dikado tempat pensil, dan diajak orang tuanya naik motor, naik bis ataupun angkot. Meskipun sederhana hal itu membuat kesan yang berarti bagi TDL (TDL1.45).

Selain itu, TDL juga memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan, ketika berusia 4-6 tahun TDL merasa tidak tahu apa-apa, ia tidak tahu apa itu pusing, apa itu emosi, dan tidak paham apa itu rasa sakit. TDL merasa bingung tentang bagaimana mengekspresikan emosi. Ia hanya dapat mengenali apakah suatu hal mengganggu atau tidak dan berusaha menahannya jika hal tersebut mengganggu (TDL1.45a). Hal tersebut dikarenakan TDL merasa bahwa ada pembatasan dalam mengekspresikan emosi, ia merasa tidak diperbolehkan marah atau menangis oleh orang tuanya, jadi ketika TDL merasa ingin marah dan menangis ia akan menyendiri di kamar (TDL1.47).

Pada masa kanak-kanak, subjek memiliki pengalaman yang kurang menyenangkan dalam hubungan pertemanan. TDL mengalami kesulitan dalam berinteraksi dengan teman sebayanya. TDL tidak tahu cara berkenalan, menyapa, dan memulai pembicaraan. Saat TK karena kurangnya pemahaman tentang bagaimana cara bersosialisasi dan ketakutan TDL akan penolakan membuatnya saat istirahat memilih hanya berdiam diri di dalam kelas sambil melihat teman-temannya dari balik jendela saat mereka bermain (TDL1.45c).

Ketakutan untuk berinteraksi muncul karena pikiran TDL sendiri, ia takut jika salah mengungkapkan kata-kata, takut menyinggung temannya, dan takut jika akan dipandang aneh (TDL1.46a). Ditambah lagi, TDL sulit untuk membahasakan apa yang dirasakan dengan kata-kata, sehingga rasa tidak nyaman menghalangi keinginannya untuk bersosialisasi (TDL1.46b). Ketika TDL memberanikan diri untuk berinteraksi dengan bertanya kepada ibunya bagaimana cara berkenalan dengan temannya, ibu TDL menjawab jika caranya cukup dengan mengikuti temannya kemanapun ia pergi, tetapi saran tersebut tidak efektif dan membuat TDL merasa tidak nyaman, akhirnya ia lebih memilih untuk menyendiri saja (TDL1.46c). Terjadi pengalaman yang tidak menyenangkan dalam pertemanan subjek pada masa kecil.

Pengalaman pertemanan TDL yang tidak menyenangkan berlanjut hingga memasuki Sekolah Dasar. Ketakutan TDL dalam bersosialisasi membuatnya bingung bagaimana merespon perlakuan orang lain dengan benar. TDL mengungkapkan pengalaman perundungan yang dialaminya, dimulai dari situasi di mana teman-temannya memperlakukan TDL semaunya sendiri karena TDL merupakan orang yang mudah tidak enak hati (TDL1.49b). Pengalaman itu meliputi berbagai kejadian, TDL pernah disudutkan dan ditarik oleh teman hanya untuk bertanya tentang siapa pacarnya (TDL1.50), serta dijahili dengan meletakkan tas teman perempuannya di bangku TDL, yang berujung TDL disoraki teman satu kelasnya karena tidak sengaja menjatuhkan tas tersebut ke genangan air saat TDL berniat untuk mengembalikannya (TDL1.51). Hal ini sesuai yang dituturkan TDL dalam sesi wawancara berikut:

“saya kalo sama temen-temen itu ga enakan jadi temen-temen saya kaya memperlakukan saya itu seenaknya. Saya waktu sd kan ga punya pacar, saya itu sampe disudutin ditarik terus ditanya sapa pacarnya mana. Terus kelas 1 sd pernah dijailin sama anak cowo, tasnya temen cewe saya ditaruh dibangkuku, terus akhirnya saya balikin tapi malah jatuh di bawah bangku yang ada genangan air, akhirnya kotor terus satu kelas nyorakin saya, terus sampe dibawa pulang sama bapakku. Waktu kelas 3 sama dia juga pernah dijepit pintu, waktu apel gitu kan pada keluar semua, saya kan paling terakhir, sama dia dijepit pintu, akhirnya saya ngalah saya mundur, terus saya di dalem kelas dikunciin, tapi untung jendelanya kaya ada yang rusak jadi saya lewat situ” (TDL1.50, TDL1.51, TDL1.54)

Pengalaman tersebut juga melibatkan tindakan fisik yang merugikan TDL, seperti diludahi dan dipukul oleh teman laki-lakinya yang nakal (TDL1.53). Teman TDL tersebut hanya berani melakukan tindakan fisik pada TDL saja tetapi pada teman yang lainnya takut. Pernah saat kelas 3 SD TDL dijepit pintu ketika akan melaksanakan apel pagi, semua teman TDL sudah keluar dan hanya tersisa TDL dan satu teman yang nakal tersebut, TDL hanya bisa mengalah dan mundur saat dijepit pintu dan dikunci dari luar, akhirnya TDL berusaha keluar dengan melompat dari jendela (TDL1.54).

Kemudian saat menginjak kelas 6 SD, TDL mulai berpikir bagaimana cara agar temannya tidak memperlakukan TDL semaunya, ia mulai berusaha dengan tidak menghiraukan apapun yang diminta temannya, jika TDL tidak mau maka tidak akan memberinya, tetapi tetap saja upaya tersebut tidak berhasil (TDL1.52). Kejadian tersebut membuat TDL sampai saat ini menjadi mudah terintimidasi, tidak bisa berbicara dengan lantang, mudah terkejut dan susah percaya dengan orang lain. Perundungan menyebabkan subjek merasa tidak aman dan terancam sehingga menciptakan pengalaman traumatis yang masih terbawa hingga saat ini.

Pengalaman tidak menyenangkan TDL sejak kecil seperti, penilaian buruk orang lain tentang dirinya, sering dimarahi, dikekang, dan banyak diatur ternyata berpengaruh pada perkembangan pada masa remaja. Dari kecil TDL selalu diberitahu agar tidak menjadi orang seperti ayahnya yang dinilai sebagai orang yang buruk (TDL1.29a). Di sisi lain, kakak TDL selalu diakui tetangga-tetangganya sebagai pribadi yang baik, pekerja keras, tangkas, kreatif, dan lebih pandai bersosialisasi seperti ibunya, tetapi TDL sendiri malah dinilai sebagai pribadi yang lamban seperti ayahnya, padahal TDL selalu berusaha memuaskan orang lain dengan mengerjakan apapun yang diperintahkan, tetapi tetap saja ia dinilai lamban dan tidak dewasa (TDL1.38a, TDL1.38b). Kakak TDL juga pernah mengatakan pada TDL "*kok awakmu beda karo aku to dek* (kok kamu beda dengan aku sih dik)" dan cukup sering memarahi TDL karena kesalahan kecil yang dibuat TDL yang akhirnya membuat TDL merasa rendah diri dan meragukan kemampuannya (TDL1.38c). Hal ini sesuai yang dituturkan TDL dalam sesi wawancara berikut:

"kakak saya juga saya nilai sebagai orang yang baik, pekerja keras tangkas dan kreatif, dia juga lebih pintar bersosial dari pada saya, dan tetangga-tetangga saya juga mengakui itu dan mengatakan bahwa kakak saya pekerja keras seperti ibu saya dan saya dibilang lebih lamban seperti ayah saya, saya selalu berusaha memuaskan mereka, mereka suruh apapun saya mau kerjakan, tapi tetap saja saya dicap lelet dan tidak dewasa, kakak saya juga pernah mengatakannya "kok awakmu beda karo aku to dek"." (TDL1.38a, b)

TDL bertanya-tanya apa yang sebenarnya terjadi pada dirinya, apakah ia termasuk seseorang yang keterbelakangan mental sehingga bisa seceroboh dan selamban itu (TDL1.38d). Saat menginjak usia remaja, ibu TDL mulai membatasi keinginan TDL. TDL ingin pergi jalan-jalan bersama temannya tetapi dilarang, dari segi berpakaian pun diatur, TDL harus mengenakan pakaian yang disarankan ibunya agar bagus, padahal ia ingin mengenakan pakaian sesuai keinginannya. TDL juga memiliki keinginan untuk bekerja paruh waktu seperti kakaknya untuk mencari pengalaman kerja, tetapi ibu TDL menentang keinginannya. Hal tersebut membuat TDL lelah dan akhirnya memutuskan untuk berdiam diri di rumah saja (TDL1.37a). Hal ini sesuai yang dituturkan TDL dalam sesi wawancara berikut:

“tapi ibu saya akhir-akhir ini saya nilai sebagai orang tua yg strict, saya sering diragukan, saya pergi jalan-jalan dengan teman-teman saya tidak boleh padahal saya ingin mencoba merubah kebiasaan saya sebagai orang pemalu, dari berpakaian juga diatur ibu saya, saya harus pake ini itu katanya biar bagus padahal saya juga punya cara sendiri, terus saya ingin kerja paruh waktu seperti kakak saya juga ditentang sedangkan kakak saya tidak, saya lelah sendiri akhirnya saya berdiam diri dirumah saja cukup lama” (TDL1.37a)

“saya sempat bingung saya sebenarnya harus jadi orang yg seperti apa karna semakin mencoba rasanya malah semakin banyak orang yg saya kecewakan, sebenarnya saya ingin melakukan apa yang saya inginkan tapi saya seperti salah terus dan rasanya semakin jauh dari kata baik, saya semakin murung dan cemas sendiri, energi saya terkuras” (TDL1.31b)

Oleh karena itu, saat memasuki usia 17 tahun TDL menjadi individu yang ragu dengan peran dirinya, ia bingung harus menjadi pribadi seperti apa, karena semakin mencoba menjadi seperti yang orang lain inginkan, TDL merasa semakin mengecewakan banyak orang. Sebenarnya TDL ingin melakukan apa saja yang diinginkan, tetapi ia selalu salah di mata orang lain dan rasanya ia semakin jauh dari kata baik, TDL semakin murung dan cemas sendiri hingga energinya terkuras (TDL1.31b). Kejadian ini memunculkan kesadaran bahwa ada sesuatu yang tidak beres pada dirinya, yang pada akhirnya membuat TDL memutuskan pergi ke psikolog. Hal ini

menunjukkan bahwa pengalaman-pengalaman sebelumnya dapat memunculkan kebingungan identitas dan gejala psikologis pada diri subjek.

Gangguan psikologis juga dapat disebabkan oleh faktor genetik. Dari segi genetik, ayah TDL pernah mengalami stres berat yang TDL sendiri tidak mengetahui kondisi sebenarnya, tetapi menurut TDL ayahnya sering marah-marah tanpa alasan yang jelas, emosinya tidak stabil, serta sangat sensitif, sehingga jika ada sesuatu yang tidak sesuai kemauannya emosinya mudah tersulut (TDL1.44). Riwayat permasalahan psikologis dari keluarga membuat subjek berisiko lebih tinggi mengalami masalah serupa.

b. Melewati Hari-Hari dengan Gangguan Cemas Menyeluruh

Setiap individu pasti memiliki permasalahan yang berbeda-beda terkait berbagai aspek dalam hidupnya. Dari hasil wawancara yang dilakukan menunjukkan bahwa hal yang dipikirkan TDL tampak dalam bentuk ketakutan akan masa depannya dan perasaan lelah terhadap diri sendiri yang merasa tidak mampu untuk menjadi baik. Dalam kehidupan sehari-hari pun TDL merasa selalu salah dalam segala hal, terkadang tanpa alasan ia berpikir "*aduh abis ini salah apa lagi ya*", sampai TDL berpikir mengapa ia seperti itu dan berbeda dengan orang lain. Pikiran tersebut selalu membuat TDL cemas dan lelah hingga menguras energinya (TDL1.6a, TDL1.7a, TDL1.7c, TDL1.7d). Ketakutan akan keadaan diri sendiri dan masa depan menyebabkan subjek merasa tertekan secara psikologis. Hal ini sesuai dengan statement yang dikatakan oleh subjek:

"cemasnya itu lebih ke capek sama diri sendiri mbak karena ngerasa ga bisa jadi baik, biasanya cemas karena takut salah, kadang juga kalo abis ngelakuin kesalahan sering juga gada apa-apa tapi cemas ga jelas rasanya kaya ada batu di dada tapi nggk ngerti alesannya apa. Nah saya juga menakutkan beberapa hal, salah satunya khawatirin masa depan juga, terus saya kadang tiba-tiba kaya "aduh abis ini salah apa lagi ya", juga smpek energi saya terkuras, sakit di badan ga bisa dijelaskan gak nyamanya, mual dll." (TDL1.6a, TDL1.7a, c, d)

Dari permasalahan yang terus menerus menumpuk dapat menghambat produktivitas subjek sehingga memunculkan keluhan yang mengganggu. Keluhan subjek muncul dalam ekspresi kecemasan yang

nyata, termanifestasi dalam rasa gelisah dan cemas yang susah untuk dikontrol (TDL1.6b). TDL hampir setiap hari merasakan kecemasan yang muncul secara tiba-tiba, biasanya kecemasan tersebut muncul karena TDL takut melakukan kesalahan, terkadang juga tanpa alasan apapun ia cemas tidak jelas, rasanya seperti ada batu di dada dan tidak bisa dijelaskan apa penyebabnya (TDL1.7b). Lebih lanjut, TDL menggambarkan kecemasan yang terasa lebih dominan daripada rasa sedih, terutama saat menghadapi tekanan yang tidak dapat ditangani rasa cemas TDL akan muncul (TDL1.10a, TDL1.14). Kecemasan tersebut termanifestasi dalam perasaan tertekan, kesulitan konsentrasi, serta mudah untuk berpikir berlebihan yang muncul hampir setiap hari (TDL1.5). Keluhan subjek muncul dalam bentuk ekspresi kecemasan yang nyata, termanifestasi dalam rasa gelisah dan cemas yang muncul setiap hari dan susah untuk dikendalikan. Hal ini sesuai dengan statement yang dikatakan oleh TDL:

“saya ngerasa susah fokus dan konsentrasi mba, tiap melakukan sesuatu jadi cenderung lama, saya hampir tiap hari juga ngerasa cemas banget, tertekan, dan gampang overthinking. Terus saya takut salah dalam kehidupan sehari-hari gitu, kaya saya itu salah terus gitu dalam segala hal, saya jadi mikir kok saya gitu, kok saya beda dari orang lain, dan saya susah buat ngontrol cemasnya itu” (TDL1.6b, TDL1.7b)

Gejala yang dirasakan oleh subjek mengalami peningkatan pada kurun waktu tertentu. TDL mengaku bahwa ia sejak kecil sudah sering berpikir berlebihan mengenai sesuatu sehingga ia mudah takut dan cemas (TDL1.20a). Ketika memasuki usia 17 tahun cemasnya mulai terasa mengganggu, yang berdampak pada kesulitan konsentrasi, menjadi sensitif, mudah tersinggung, suka berpikir negatif dan lebih mudah mencemaskan hal-hal kecil. Perasaan sensitif yang dirasakan membuat TDL tanpa alasan yang jelas merasa dikucilkan saat berada di lingkungan sekolah. (TDL1.21a, TDL1.48d). Beberapa tahun kebelakang gejala yang dirasakan bertambah parah dan mengakibatkan munculnya kondisi yang mengganggu. Hal ini sesuai dengan statement yang dikatakan oleh TDL:

“dari kecil sebenarnya saya sudah sering overthinking saya gampang nangis klo dimarahi atau mendengar bentakan, di umur 17 18 kecemasan

saya makin parah mbak dan ya itu tadi buat saya ngerasa susah fokus dan konsentrasi, saya juga jadi sensitif, saya cemas mengenai hal-hal kecil, saya merasa dikucilkan kadang saya mutusin buat bolos ga masuk sekolah sehari gitu sampai saya baca-baca artikel di google buat nenangin saya dan berhasil untuk sementara” (TDL1.20a, TDL1.21a, TDL1.48d)

Gejala fisik yang dirasakan oleh subjek muncul sebagai respon dari tekanan yang dialaminya. Rasa cemas yang dialami TDL menyebabkan energinya terkuras, memunculkan rasa sakit di badan yang tidak bisa dijelaskan, rasanya mual dan napasnya menjadi sesak seperti tidak sampai ke otak oksigennya. Ketika TDL berada pada situasi tersebut maka akan muncul rasa sakit di tenggorokannya (TDL1.7e, TDL1.8). Akibatnya, TDL menjadi mudah lelah dan merasa ingin tidur secara terus-menerus sebagai respon terhadap kelelahan emosional yang dialaminya (TDL1.9, TDL1.11). Hal ini menunjukkan bahwa rasa cema subjek memiliki dampak signifikan pada kesejahteraan fisik yang muncul dalam bentuk sesak napas, mual, dan sakit tenggorokan. Kesimpulan ini sesuai dengan hasil wawancara berikut ini:

“biasanya saya kalo dah cemas gitu sampe sakit tenggorokan, sampe energi saya terkuras, sakit di badan ga bisa dijelaskan gak nyamanya, mual, napas engap seperti tidak sampai ke otak oksigennya” (TDL1.7e, TDL1.8)

Gejala psikologis yang dialami subjek mempengaruhi berbagai aspek termasuk kualitas tidur. Meskipun TDL sering tidur, ia tetap kelelahan sehingga tidurnya terasa tidak puas (TDL1.9). Kualitas tidur memburuk membuat subjek merasa lelah, hal ini diakibatkan oleh kecemasan yang dirasakan.

Fungsi kognitif subjek juga turut terganggu akibat gejala yang dirasakannya. TDL dalam masalah akademik lumayan bagus (TDL1.13). Namun, TDL secara pribadi merasa didiskriminasi di lingkungan sekolahnya, yang terkadang membuatnya memilih untuk bolos sekolah. Contohnya saat TDL tidak diajak bicara oleh teman-temannya ia sudah berpikir yang tidak-tidak, sehingga karena alasan tersebut ia memilih untuk bolos sekolah (TDL1.21b, TDL1.59a).

Selain itu, TDL juga merasa susah konsentrasi sehingga dalam aktivitas sehari-hari ia cenderung lama setiap mengerjakan sesuatu, lebih mudah bingung dan lupa, semakin ceroboh, dan sering salah saat mengerjakan sesuatu (TDL1.4, TDL1.12). Bahkan, TDL sampai bertanya-tanya apa yang terjadi dengan dirinya, apakah ia seorang yang keterbelakangan mental karena kecerobohan dan kelambanannya dalam bekerja (TDL1.38d). Konsentrasi yang sering terganggu turut berkontribusi dalam penurunan fungsi sosial dan keseharian subjek. Sesuai dengan statement subjek dalam wawancara berikut ini:

“saya ngerasa susah fokus dan konsentrasi mba, tiap melakukan sesuatu jadi cenderung lama, saya juga ngerasa cemas banget, tertekan, dan gampang overthinking, saya jadi bingungan, makin ceroboh, ngerjain apa-apa salah-salah terus biasanya, lupaan juga jadinya, saya secara pribadi merasa didiskriminasi sampai kadang saya lebih pilih bolos sekolah” (TDL1.4, TDL1.12, TDL1.21b)

Perasaan tidak nyaman juga muncul sebagai manifestasi rasa cemas. TDL berusaha untuk menjadi sempurna namun karena keterbatasannya usaha tersebut sering kali hanya membuat TDL semakin merasa rendah diri, menilai dirinya sebagai orang yang buruk dan menjadi pembuat masalah (TDL1.27c). Hal ini menyebabkan TDL merasa semakin jauh dari kata baik, murung, dan cemas sendiri hingga energinya terkuras (TDL1.31c).

Selain itu, TDL merasa gerak-geriknya selalu diperhatikan oleh orang lain sehingga ia setakut itu jika berbuat kesalahan (TDL1.29e). Namun, TDL mengungkapkan ketidakyakinannya terhadap penilaian orang lain tentang dirinya. TDL merasa bahwa mungkin ia terlalu berlebihan dalam menafsirkan respon orang lain yang mana sebenarnya bukan ancaman tetapi ia menilainya sebagai ancaman (TDL1.30). Selain itu, TDL juga seringkali mudah tersinggung dan merasa diserang bahkan dalam situasi yang mungkin tidak dimaksudkan untuk melukainya (TDL1.59a, TDL2.6b). Gejala afektif yang meliputi rasa rendah diri dan ketakutan terhadap penilaian orang lain merupakan bagian dari pengalaman yang dirasakan oleh subjek.

Subjek menghadapi kesulitan mengelola emosi negatif dalam menghadapi situasi tertentu sehingga susah untuk mengontrol perasaannya. TDL menjadi sangat sensitif terhadap suara bentakan, ia tidak bisa mendengar orang marah terlebih lagi jika ada yang membanting atau meletakkan barang secara kasar. Hal itu membuatnya mudah menangis saat dimarahi atau mendengar orang lain berbicara dengan nada sedikit tinggi (TDL1.20b, TDL1.60c). Saat tidak dapat menghadapi masalah yang membuatnya gelisah atau takut, maka TDL cenderung memendam dan menahannya saja, sesekali ia juga pernah memukuli kepalanya (TDL1.16). Sensitivitas emosional yang meningkat pada subjek terlihat dari kecenderungan yang lemah dalam mengendalikan perasaan saat merasakan emosi negatif.

d. Faktor Protektif dan Strategi Menghadapi Masalah

Sejauh ini dukungan dan pengetahuan orang terdekat tentang kondisi subjek masih terbatas. Semua anggota keluarga TDL belum ada yang mengetahui keadaannya, tetapi TDL berencana ingin memberitahu kepada ibunya setelah ia pergi ke psikolog agar ibunya benar-benar percaya. Sementara yang lainnya TDL tidak ingin memberitahunya terlebih dahulu, hal ini dikarenakan TDL takut akan penilaian atau kekhawatiran yang mungkin timbul dari mereka (TDL1.32).

Sejak kecil hingga remaja ini TDL memiliki kesulitan dalam bergaul sehingga ia tidak memiliki teman yang benar-benar akrab. TDL kurang mendapatkan dukungan sosial dari orang terdekat, ia tidak memiliki teman dekat untuk bercerita. Oleh karena itu, TDL memutuskan pergi ke psikolog untuk menceritakan keluh kesahnya, ia sudah merasa ada yang salah pada dirinya (TDL1.33). Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dalam dukungan sosial yang diterima subjek sehingga ia memutuskan untuk pergi ke psikolog.

Subjek memanfaatkan mekanisme koping yang positif dalam menghadapi tekanan. TDL mengontrol rasa cemas dengan melakukan aktivitas seperti menyanyi lagu yang menenangkan dan sesuai dengan

suasana hatinya karena kebetulan TDL juga mempunyai hobi menyanyi. Terkadang TDL membaca artikel di google atau menonton video di youtube, lalu saat malam hari ia mendengarkan afirmasi positif hingga tertidur (TDL1.17a, TDL1.17b). Selain itu, TDL juga mempunyai hobi menulis, terkadang menulis ia gunakan untuk sarana meyalurkan perasaan yang sedang dirasakan, tetapi TDL lebih sering mendengarkan musik dan menyanyi. Hal ini membantunya meredakan emosi negatif dan memperkuat pikiran positifnya (TDL1.23).

Meskipun menghadapi tantangan yang berat subjek berhasil mengontrol keinginan untuk menyakiti diri sendiri. TDL saat menghadapi masalah tidak sampai melakukan sesuatu untuk menyakiti dirinya (TDL1.25a). Hanya saja terkadang saat cemasnya susah dikendalikan TDL memukul kepalanya, tetapi hal itu jarang sekali dilakukan (TDL1.25b). Keinginan untuk mengakhiri hidup juga tidak sampai muncul dalam pikiran TDL (TDL1.25c). Hal tersebut menunjukkan bahwa subjek memiliki kesadaran diri yang baik dan kemampuan untuk menahan diri dari perilaku yang merugikan saat menghadapi tekanan emosional.

Meskipun dihadapkan dengan berbagai kesulitan subjek menunjukkan usaha, harapan, dan keinginan untuk bangkit dari permasalahannya. TDL bersyukur karena ia merupakan orang yang selalu berusaha mencoba yang terbaik untuk dirinya dengan cara mencari solusi dan lebih mengenali dirinya sendiri, hal tersebut yang membuat TDL bertahan hingga saat ini (TDL1.31d). Sampai akhirnya TDL memutuskan untuk datang ke psikolog dengan harapan agar pola pikirnya dapat berubah sehingga tidak mudah cemas lagi (TDL1.62). Dengan demikian, subjek menunjukkan semangat dan keinginan kuat untuk bangkit dari gangguan psikologis yang dihadapinya. Narasi tersebut sesuai dengan statement yang diucapkan subjek dalam hasil wawancara berikut:

“tapi saya bersyukur saya merupakan orang yg selalu berusaha mencoba, saya berusaha mencari solusi saya sendiri, saya berusaha mengenali diri saya sendiri, dan hal itu yang buat saya kuat sampe sekarang, dan datang

ke psikolog pengen ada perubahan aja sih dalam pola pikir biar ngga mudah cemas” (TDL1.31d, TDL1.62)

Setelah pergi ke psikolog subjek mulai menemukan strategi untuk menghadapi masalahnya. Saat ini, subjek memfokuskan dirinya untuk melakukan kegiatan positif yang memenuhi sebagian besar waktunya. TDL memiliki kesibukan baru selain sekolah, ia mulai membuka usaha dengan berjualan dawet untuk mengisi kekosongan waktunya (TDL2.2). Selain itu, TDL mulai membiasakan diri untuk sering membaca buku, menonton drakor, dan melatih diri dengan rutin berolahraga ringan di rumah dengan harapan agar dapat mengalihkan pikiran berulang yang membuatnya cemas (TDL2.3c, TDL2.7). Hal ini menunjukkan bahwa subjek telah berhasil menemukan berbagai kegiatan yang memberikan makna dan tujuan bagi hidupnya.

Subjek telah mengembangkan pola pikir yang adaptif untuk menghadapi berbagai situasi dalam hidupnya. TDL berusaha lebih menyadari nilai-nilai dirinya sendiri, ia menyadari bahwa mustahil untuk menjadi sempurna karena setiap manusia pasti mempunyai kekurangan, jadi ia sudah tidak terlalu memusingkan hal tersebut (TDL2.3a, TDL2.10). TDL belajar untuk mengabaikan hal-hal yang berada di luar kendalinya termasuk respon orang lain terhadap dirinya (TDL2.3c). TDL juga menekankan keyakinan bahwa dirinya tetap berharga dengan atau tanpa validasi dari orang lain (TDL2.3b).

Selanjutnya, TDL menunjukkan keteguhan untuk tidak pernah menyerah dan lelah mencari tahu tentang apa yang sebenarnya terjadi pada dirinya, ia tidak akan berhenti untuk mewujudkan mimpi-mimpinya sehingga selalu berusaha mencari jalan keluar akan setiap masalah yang menimpa (TDL2.4a). TDL juga mencoba untuk lebih mengerti orang-orang disekitarnya, meskipun tidak jarang ia dibuat kesal oleh mereka, tetapi ia tidak ingin berfokus pada hal yang menyakitkan saja karena di sisi lain mereka tetap memiliki sisi baik bagi TDL (TDL2.4a, TDL2.4b). Subjek telah menunjukkan perkembangan positif dalam pola pikirnya dengan

berbagai usaha untuk menerima keadaan dirinya dan fokus pada apa yang bisa dilakukan saat ini.

Subjek mulai berani mengungkapkan keadaan dirinya pada orang terdekat. Terjadi komunikasi yang lebih terbuka antara TDL dan ibunya. Ia telah mengkomunikasikan keadaan sebenarnya kepada ibu dan kakaknya, keluh kesah TDL tersampaikan dan sudah ada kesadaran dari ibu maupun TDL sendiri. Bahkan, ibu TDL beberapa kali meminta maaf karena merasa tidak bisa menjadi ibu yang baik, begitu pula dengan TDL yang meminta maaf karena ia sempat menyalahkan ibunya atas apa yang telah terjadi (TDL2.9a, TDL2.9b). Ibu TDL sekarang lebih berhati-hati saat berbicara pada TDL dan sudah mulai mengurangi untuk marah-marah (TDL2.9c). Begitu pula dengan kakak TDL yang mulai memahami keadaan dan mendukung TDL (TDL2.9d). Namun hingga saat ini TDL dilarang melakukan hal-hal tertentu oleh orang tuanya, tetapi TDL mencoba hanya menyetujui saja tanpa bereaksi berlebihan (TDL2.5a). Dukungan sosial dari orang terdekat mulai muncul setelah subjek berani terbuka untuk mengomunikasikan keadaannya.

Setelah beberapa bulan berlalu, kehidupan subjek telah berubah secara signifikan. Subjek telah mengalami perkembangan positif terkait gejala yang dahulu pernah dirasakan. TDL merasa sudah tidak ada hal yang dirasakannya sangat mengganggu (TDL2.6a). Apalagi setelah mengikuti sesi konsultasi bersama psikolog, TDL merasa telah menjadi individu yang lebih baik meskipun belum berubah sepenuhnya (TDL2.8a). Ia masih senantiasa berusaha untuk berubah menjadi lebih baik dan saat ini mulai banyak kemajuan (TDL2.11d). TDL tidak mudah takut dan cemas seperti dulu lagi sehingga ia merasa lega dan kesehariannya mulai berjalan dengan lancar (TDL2.8b). Ia mulai merawat diri dengan menggunakan *skincare*, mencoba mengaplikasikan *make up*, memakai pakaian yang diinginkan, saat ini ia percaya diri dan lebih berani untuk memposting dirinya sendiri di sosial media, padahal ia dulu sangat takut akan pendapat orang lain

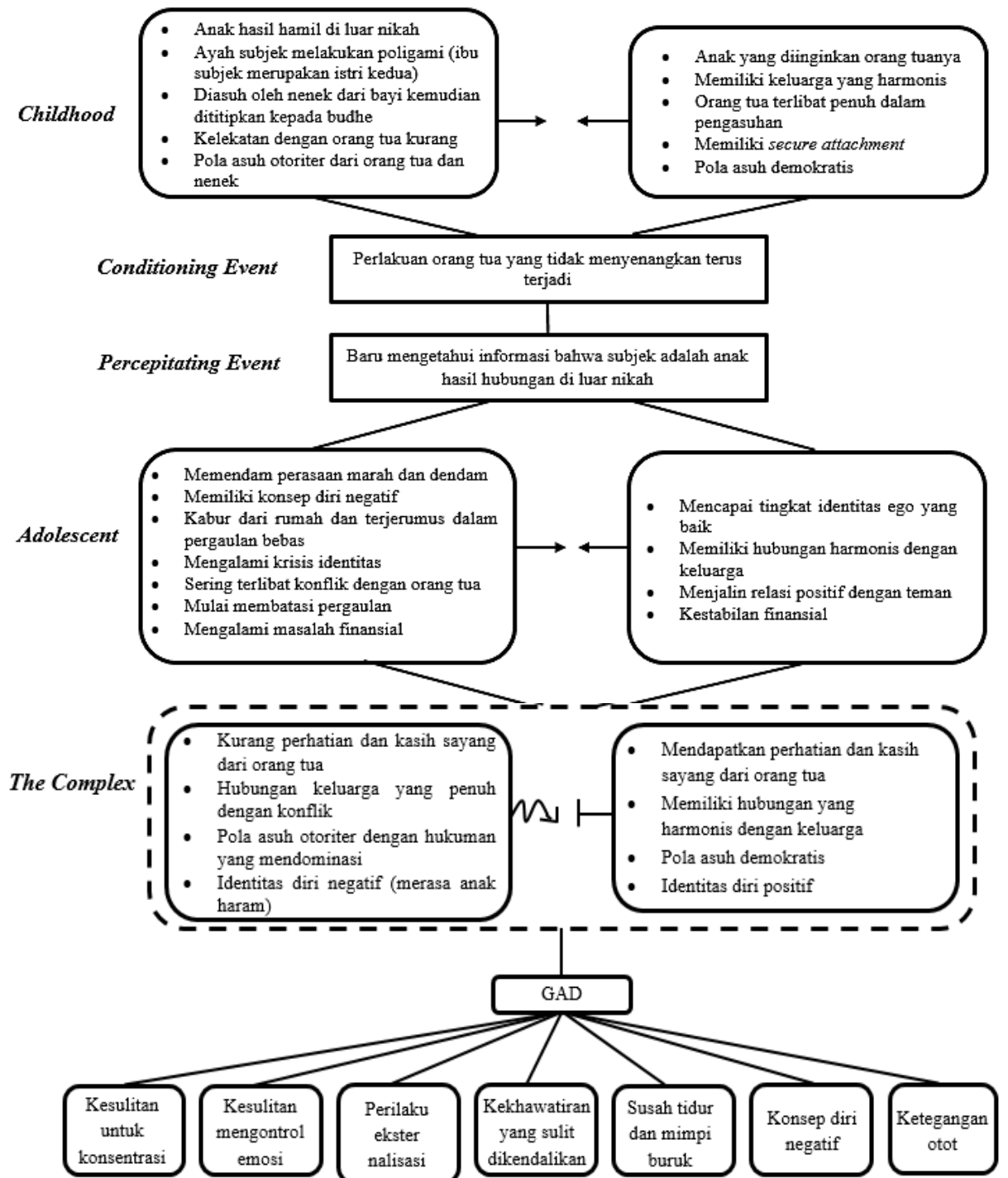
(TDL2.11b, TDL2.11c). Narasi tersebut sesuai dengan yang dituturkan TDL dalam sesi wawancara berikut:

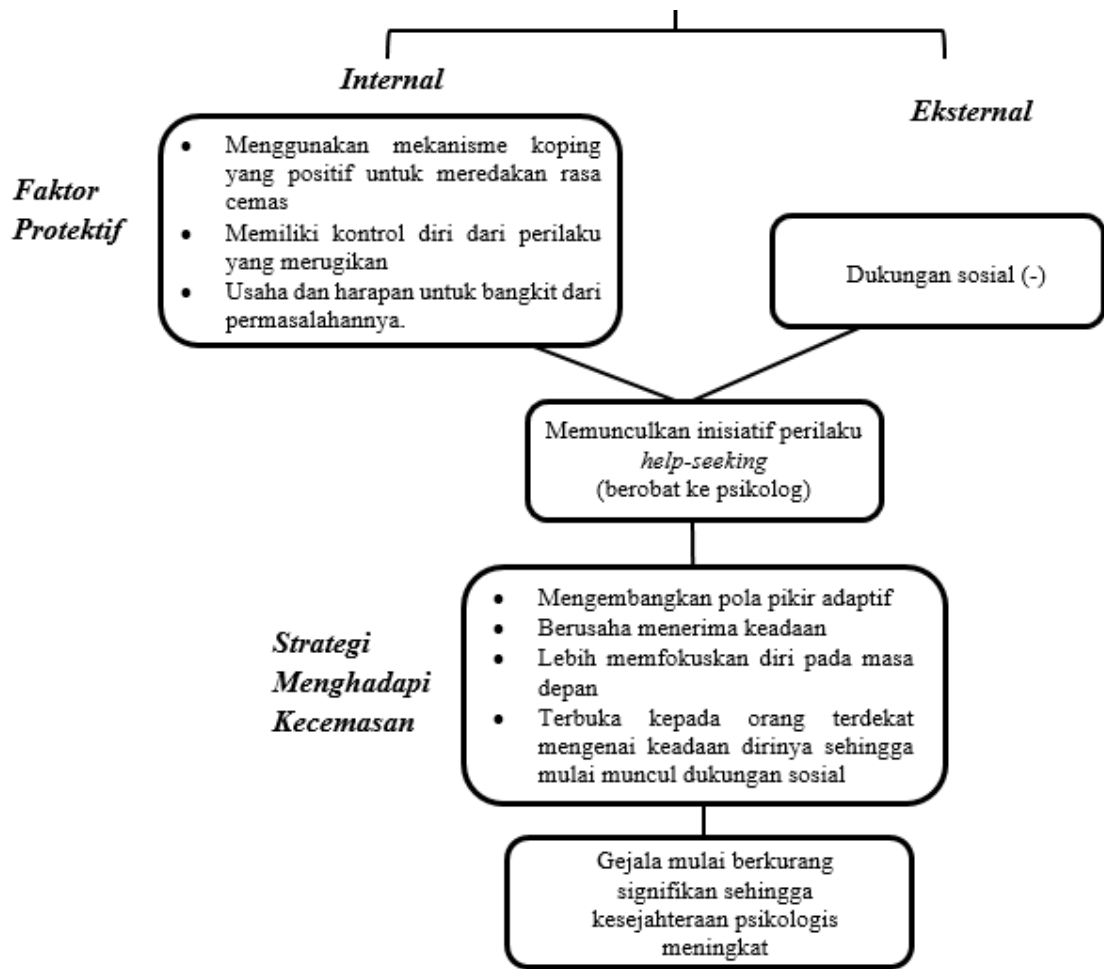
“hal yang mengganggu banget ga ada sih mbak, sampai pada hari saya konsultasi saya merasa saya sedikit banyak jadi orang yg lebih baik, ya meski belum berubah sepenuhnya, tapi udah ga gampang takut sama cemas kaya dulu lagi karena mulai bisa ngontrol, setidaknya udah plong lah, keseharian saya mulai lancar juga” (TDL2.6a, TDL2.8a, b)

“kalo ragu sih masih ada ya tapi sekarang saya mulai menerima diri saya apa adanya, sambil terus memperbaiki diri, melakukan rutinitas yang bermanfaat, saya juga merawat diri dengan pake skincare, coba make up, pake pakaian yang saya inginkan, terus sekarang saya udah ga terlalu minderan, udah berani up diri saya di sosial media, intinya masih usaha lah mbak tapi mulai banyak kemajuan udah ga kaya dulu lagi” (TDL2.11a, b, c, d)

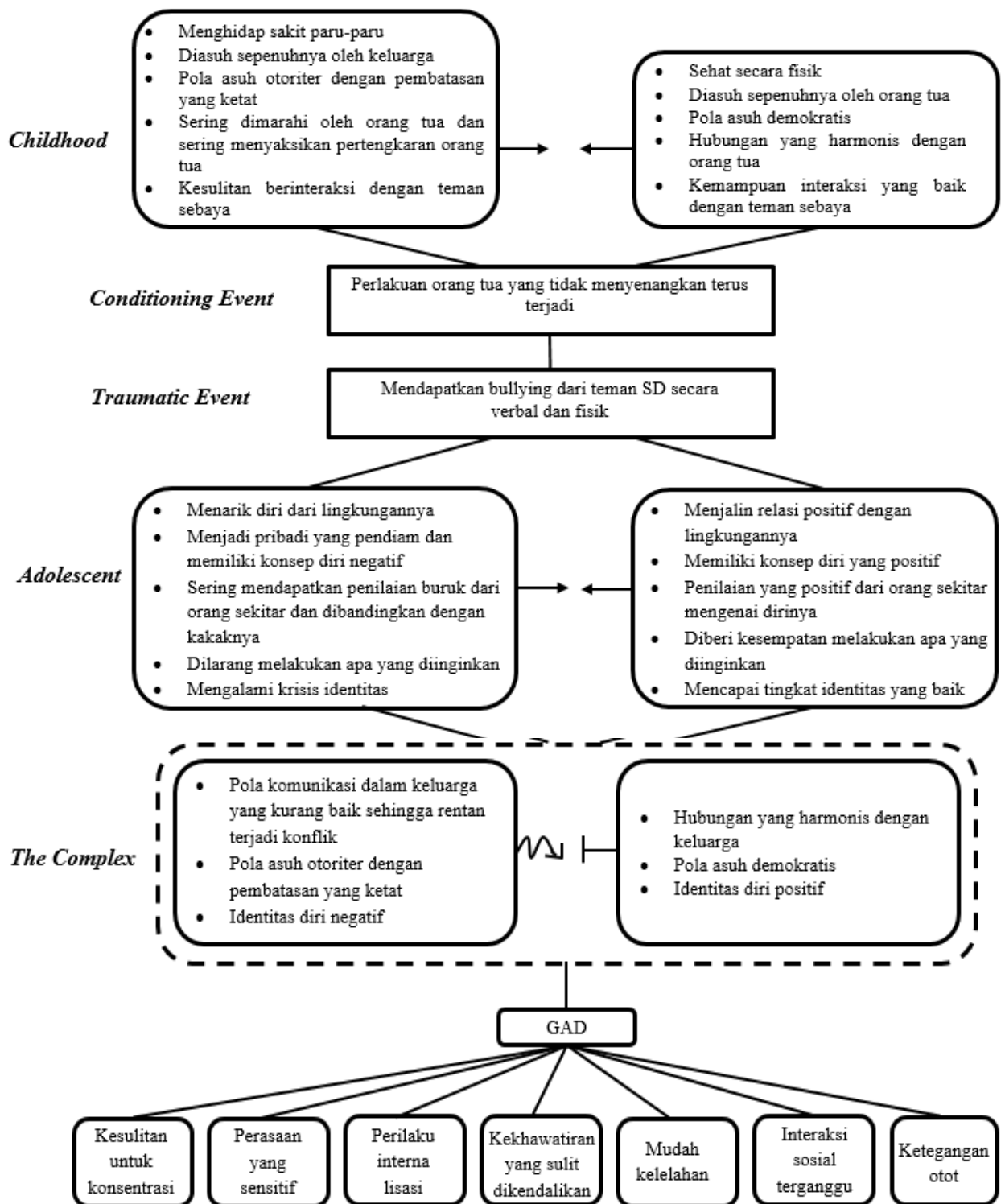
Memang masih ada sedikit keraguan tentang diri sendiri, tetapi TDL sekarang mulai menerima dirinya apa adanya sambil terus memperbaiki diri dan melakukan rutinitas bermanfaat (TDL2.11a). Terkadang TDL masih kelepasan sensitif dan merasa diserang sehingga ia masih tetap berusaha mengontrol emosinya, tetapi sudah timbul kesadaran jadi tinggal mempertahankan dan membiasakan agar tidak kembali seperti sebelumnya (TDL2.5b, TDL2.6b). Perkembangan ini menunjukkan bahwa subjek telah membuat kemajuan dalam mengelola kecemasannya, serta lebih mampu menangani tantangan yang dihadapi dalam kehidupan sehari-hari.

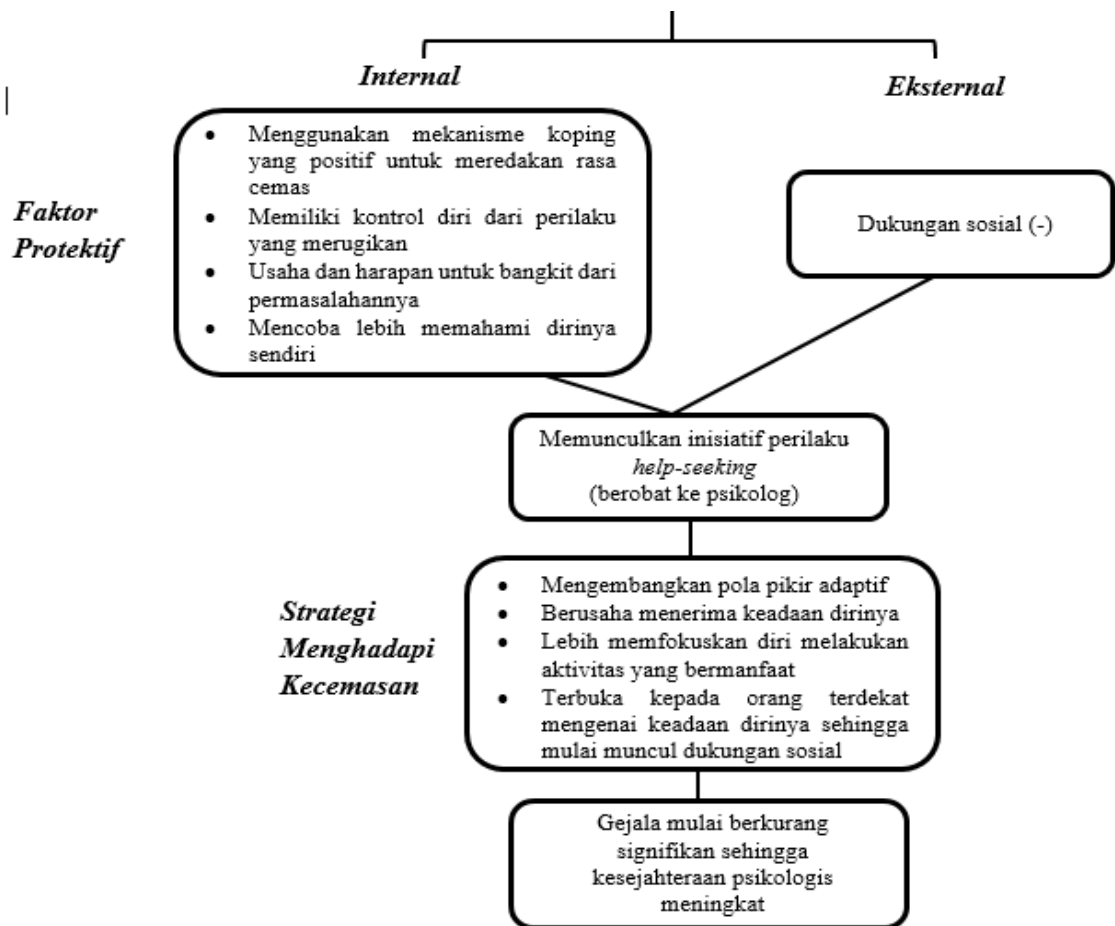
D. Bagan Hasil Temuan





Gambar 1. Bagan Dinamika Gangguan Cemas Menyeluruh Subjek MHL





Gambar 2. Bagan Dinamika Gangguan Cemas Menyeluruh Subjek TDL

E. Pembahasan

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa subjek telah menghadapi berbagai permasalahan dalam hidupnya. Ada beberapa permasalahan yang bisa ia hadapi dengan positif, dan ada beberapa permasalahan yang belum dapat ia hadapi dengan positif, sehingga menimbulkan gangguan psikologis dan mengganggu aktivitas keseharian subjek. Terjadinya gangguan psikologis pada subjek dipengaruhi oleh serangkaian peristiwa atau pemicu yang dapat diidentifikasi.

Melalui penelitian ini, dapat dilihat bahwa terdapat berbagai faktor, baik yang bersifat eksternal maupun internal yang mempengaruhi munculnya gangguan psikologis pada subjek. Faktor eksternal ini berasal dari lingkungan keluarga dan pertemanan, sementara faktor internal dipicu oleh faktor genetik dan hambatan dalam proses perkembangan individu yang pada akhirnya menyebabkan subjek mengalami krisis identitas di masa remajanya.

Teori ekologi Berofenbrenner memandang bahwa perkembangan manusia dipengaruhi oleh konteks lingkungan. Hubungan timbal balik antara individu dengan lingkungan akan membentuk tingkah laku individu tersebut. Dalam konteks ini, interaksi antara subjek dengan lingkungan sekitar dinilai secara signifikan dapat mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangannya. Berofenbrenner menyebutkan adanya lima sistem lingkungan berlapis yang saling berkaitan, yaitu mikrosistem, mesosistem, ekosistem, makrosistem, dan kronosistem (Salsabila, 2018). Mikrosistem merupakan faktor utama yang sangat berpengaruh pada perkembangan gangguan psikologis pada subjek, meliputi keluarga, teman sebaya, dan lingkungan tempat tinggal.

Mesosistem mencakup interaksi di antara mikrosistem di mana masalah yang terjadi dalam sebuah mikrosistem akan berpengaruh pada kondisi mikrosistem yang lain (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Dalam hal ini, tentunya pengalaman apapun yang didapatkan oleh subjek di rumah akan ikut mempengaruhi kondisi subjek di sekolah maupun sebaliknya, baik secara langsung maupun tidak.

Eksosistem adalah sistem sosial yang lebih besar di mana anak tidak terlibat interaksi secara langsung, akan tetapi dapat berpengaruh terhadap perkembangan karakter anak (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Dalam kasus ini, permasalahan poligami yang dilakukan ayah subjek, benturan antara masalah pekerjaan orang tua dan masalah keluarga, serta pola asuh yang turun temurun turut berpengaruh terhadap kesejahteraan psikologis subjek.

1. Kejadian Pemicu Gangguan Cemas Menyeluruh

a. Dampak Disfungsi Keluarga terhadap Perkembangan Psikologis Anak

Subsistem keluarga khususnya orang tua dalam mikrosistem dianggap agen sosialisasi paling penting dalam kehidupan seorang anak. Keluarga memiliki peran yang paling penting dalam kaitannya dengan perkembangan psikologis individu, interaksi emosional dan pemeliharaan harga diri (Sluzki, 2002), sesuai dengan pendapat Berns (2004) bahwa keluarga merupakan tempat yang menyediakan pengasuhan, afeksi dan berbagai kesempatan yang akan menjadi sarana sosialisasi yang utama bagi anak-anak dan memberikan pengaruh yang paling signifikan bagi perkembangannya. Sehingga untuk mencapai kondisi tersebut diperlukan ikatan kuat yang tidak dapat diperoleh dari situasi di luar keluarga. Akan tetapi, bagi subjek keluarga bukanlah sumber kenyamanan utama untuk tumbuh dan berkembang, sebaliknya terdapat berbagai tantangan dalam hubungan keluarga mereka.

Tantangan yang serupa terjadi dalam hubungan subjek dengan orang tua. Seharusnya seorang anak dalam proses pertumbuhannya baik secara fisik, kejiwaan, spiritual membutuhkan “pendamping setia” yang tulus, tanpa syarat, dan memiliki dua sayap. Kedua sayap yang dimaksud adalah ayah dan ibu yang bersatu padu memberikan pola asuh sehat, matang dan kaya kasih sayang. Dalam hal ini, kedua subjek memiliki kedekatan yang lebih terasa dengan figur ibu daripada ayah. Sikap keras, egois, dan pemarah dari sang ayah, serta perannya yang kurang dalam kehidupan anak-anak, telah menimbulkan rasa benci terhadapnya. Rasa benci terhadap ayah

muncul sebagai akibat langsung dari kurangnya interaksi yang positif dan kurangnya perhatian yang diberikan.

Kedekatan hubungan anak dengan orang tua penting sebagai sumber dukungan kunci untuk dapat sukses melalui masa transisi menjadi dewasa (Boutelle et al., 2009), terutama dalam menghadapi pengalaman hidup yang menekan (Natsuaki et al., 2009). Penyimpangan perilaku anak nyatanya juga bisa terjadi karena anak hanya merasa dekat dengan ibunya, sedangkan anak tidak merasa dekat dengan ayahnya. Meskipun sang ayah berada dalam satu rumah, antara ayah dan subjek jarang terjadi perbincangan yang hangat dan mesra. Kondisi yang demikian dapat menjadikan anak-anak merasa asing di rumahnya sendiri.

Apabila kedekatan dan kelekatan dengan seorang ayah dapat terbangun dengan baik, maka akan mengarahkan anak pada keberfungsian jiwa anak yang positif. Demikian pula sebaliknya, jika kedekatan dan kelekatan ayah dengan anak tidak mampu terbangun dengan baik, maka yang terjadi adalah keberfungsian jiwa anak akan negatif. Ketidakdekatan seorang ayah dengan anak-anaknya dapat menjadikan anak tidak nyaman dengan kehidupannya sendiri, menjadi anak yang selalu gelisah dalam menjalani aktifitasnya, dan bahkan menjadi anak-anak yang rendah diri (A. Rahmatullah, 2018). Hal ini sesuai dengan keadaan subjek, dimana mereka mulai memunculkan perilaku cemas dan kepercayaan diri yang rendah.

Meskipun keduanya lebih dekat dengan ibu, pola komunikasi sehari-hari dengan kedua orang tua cenderung minim, terbatas pada urusan penting semata. Padahal komunikasi memainkan peran penting dalam membentuk hubungan interpersonal, mengungkapkan pikiran dan perasaan, serta memfasilitasi interaksi sosial di berbagai konteks kehidupan. Dengan demikian komunikasi harus dilakukan secara efektif antara orang tua dan anak.

Pentingnya komunikasi yang efektif dalam keluarga sangat besar, karena hal ini dapat memperkuat hubungan antar anggota keluarga, memecahkan konflik, dan membangun pemahaman yang lebih baik satu

sama lain. Jika terdapat hambatan dalam komunikasi, keluarga dapat mengalami ketidakpahaman, konflik, dan kurangnya rasa keterlibatan emosional. Teori Sistem Keluarga menekankan bahwa setiap anggota keluarga adalah sistem kompleks yang saling terkait dan memengaruhi satu sama lain. Ketika komunikasi terganggu, masalah dapat merambat ke seluruh keluarga (Pramulia et al., 2023). Menurut Wirawan (dalam Hyoscyamina, 2012) ada beberapa penyebab terjadinya konflik atau problematika dalam keluarga, salah satunya adalah halangan dalam komunikasi. Hal ini terlihat dari pola komunikasi yang tidak sehat dalam keluarga subjek, terutama dalam interaksi dengan orang tua, yang sering kali dipenuhi dengan konflik dan emosi negatif. Orang tua subjek juga sering marah-marah, terutama ayah, yang cenderung mudah tersulut emosi karena hal-hal sepele.

Selain itu, hubungan antara kedua orang tua subjek juga tidak baik, sering kali terjadi konflik diantara mereka yang membuat subjek merasa tidak nyaman. Kondisi yang kurang kondusif dalam keluarga pastinya akan mempengaruhi perkembangan mental dan juga aspek psikologis seorang anak. (Esfandyari & Nowzari, 2009) menyatakan bahwa anak-anak dan remaja sangat terpengaruh oleh kondisi hubungan diantara kedua orangtuanya. Bila dalam keluarga terdapat konflik diantara kedua orangtuanya, maka anak-anak seperti 'terjepit' diantara kedua orangtuanya.

Konflik antar orangtua dalam intensitas tinggi akan meningkatkan resiko berkembangnya masalah internal pada anak dan remaja, karena konflik antar orangtua dapat menimbulkan dampak yang bersifat emosional (Esfandyari & Nowzari, 2009). Masalah internal tersebut meliputi kecemasan, depresi, rasa takut, perasaan tidak berdaya, self esteem yang rendah dan rendahnya perilaku sosial pada anak dan remaja. Orang tua yang tidak harmonis, disfungsi keluarga, dan konflik dalam hubungan antara anak dan orang tua merupakan stresor yang signifikan dalam perkembangan psikologis remaja (Y. Wang et al., 2020). Remaja yang tumbuh dalam

keluarga yang tidak harmonis lebih berisiko mengalami gangguan mental, anti sosial, dan emosional (Idiarni et al., 2018).

Selain itu, subjek juga menunjukkan perbedaan dalam kedekatannya dengan saudara-saudaranya. MHLD menyimpan perasaan benci terhadap adik bungsunya karena merasa diabaikan dan tidak diperlakukan secara adil oleh orang tua, sementara hubungannya dengan adik sulungnya lebih baik karena keduanya mengalami nasib yang serupa. Sementara itu, TDL memiliki hubungan yang cukup dekat dengan kakaknya, tetapi ibu TDL lebih dekat dan intensif dalam komunikasi dengan kakaknya sehingga muncul perasaan terabaikan dan diperlakukan secara berbeda. Ketidaksetaraan dalam pemberian perhatian dari orang tua juga menimbulkan ketegangan dan ketidakpuasan subjek terhadap saudaranya, menunjukkan pentingnya keseimbangan dalam memberikan perhatian di dalam keluarga untuk menciptakan hubungan yang harmonis.

Rauer dan Volling (dalam Hamwey & Whiteman, 2021) memberikan pernyataan bahwa terdapat teori kecemburuan yang muncul ketika beberapa perlakuan diakui dan dihargai dalam hubungan saudara yang penting merasa terancam bagi saudara lain. Persaingan ini tidak muncul begitu saja secara tiba-tiba, tetapi persaingan ini muncul akibat dari perasaan cemburu yang sudah dipendam sejak lama oleh seorang individu kepada saudaranya. Penyebab dari munculnya perasaan cemburu tersebut adalah adanya suatu keadaan individu yang mempersepsikan saudaranya sebagai ancaman (Yulianto, 2009).

Sibling rivalry yang tidak berkesudahan akan mengarahkan pada hal-hal yang tidak diinginkan pada kondisi anak. Berdasarkan penjelasan Steinberg (dalam (Yanuari & Rahmasari, 2011) *sibling rivalry* yang tidak diberikan perhatian lebih dan tidak terkendali oleh orang tua akan berakibat pada anak dengan munculnya perasaan cemas. Kecemasan anak-anak yang merasa berbeda dengan saudara kandungnya bisa memberikan tekanan pada dirinya. Kecemasan yang muncul tentunya ada pengaruh dari perasaan

cemburu yang sudah lama ada sehingga dapat menekan pikiran seorang anak apabila tidak ditanggapi dan berakhir pada stres.

b. Poligami dalam Keluarga: Siapkah Menghadapi Konflik dan Dampak pada Anak?

Kehadiran poligami dalam keluarga MHLD turut menjadi faktor yang memperumit dinamika keluarga. Situasi ini mengakibatkan terjadinya konflik dan perselisihan terus menerus. Bahkan berakhir pada keputusan untuk bercerai. Keadaan ini menciptakan ketidakharmonisan dan ketegangan yang berdampak pada hubungan antar anggota keluarga. Subjek mengungkapkan bahwa ia sering terlibat konflik dengan ayahnya, baik secara fisik maupun verbal, hingga munculnya perasaan benci terhadap ayahnya.

Beberapa penelitian menjelaskan tentang dampak akibat poligami yaitu memberikan pengaruh negatif pada aspek psikologi anak. Dampak ini bermula dari kekecewaan anak terhadap ayahnya karena harus membagi perhatian, kasih sayang, cinta dan perhatian kepada istri dan anak lainnya. Selain itu dampak lain dari poligami adalah remaja mengalami perubahan terhadap sifat seperti memberontak dan tidak menghargai sosok ayah, hubungan yang renggang antara orang tua dan anak, memberikan pengaruh terhadap ketidakstabilan perkembangan emosi diantaranya menjadi pendiam, kesal, jengkel, murung, sedih, kecewa, marah, dan mudah tersinggung (Fadlillah, 2018; Lahaling & Makkulawuzar, 2021; Nurbaeti, 2018).

c. Pengasuhan Otoriter: Bagaimana Dampak Kontrol Ketat terhadap Perkembangan Anak

Perjalanan perkembangan individu pastinya dipengaruhi secara signifikan oleh dinamika keluarga dan pola pengasuhan yang mereka alami sejak masa kecil. Tumbuh kembang seorang anak tidak lepas dari tanggung jawab orang tua dan keluarga. Orang tua dan orang-orang terdekat dalam kehidupan seorang anak memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap tumbuh kembang seorang anak (Hanifah & Farida, 2023). Keluarga

merupakan lingkungan sosial terkecil yang secara tidak langsung dapat mempengaruhi perkembangan dan pertumbuhan anak.

Lingkungan keluarga merupakan pondasi awal bagi perkembangan dan pendewasaan seorang anak. Oleh karena itu kedudukan keluarga merupakan kedudukan tertinggi dalam perkembangan anak yang sangat penting. Pengasuhan yang baik adalah pengasuhan yang dilakukan oleh kedua orang tua dengan menanamkan nilai-nilai positif pada anak (Hartanto & Yuliani, 2019; Septiani & Nasution, 2018). Pengalaman pengasuhan antara dua subjek terdapat perbedaan. TDL dibesarkan oleh orang tua secara penuh, terlebih saat kecil TDL mengidap sakit asma dan paru-paru, sehingga kedua orang tua bersama-sama berkontribusi menemani TDL berobat kemanapun. Kelekatan TDL dengan orang tua saat masa kecil terbilang baik.

Di sisi lain, MHLD lebih banyak diasuh oleh neneknya, mengungkapkan persepsi bahwa kebutuhan dan perhatian yang ia terima lebih terpenuhi saat bersama nenek dibandingkan dengan orang tuanya. Pengasuhan nenek yang dirasakan subjek yaitu penuh kasih sayang, perhatian, membuat subjek merasa bahagia dan nyaman. Artinya bahwa pengasuhan oleh kakek dan nenek (*grandparents*) memberikan nilai yang secara umum, yaitu kekeluargaan, cinta kasih, kenyamanan, kebaikan dan perawatan yang menyenangkan (Teerawichitchainan & Low, 2021). Didukung pula oleh dengan penelitian Breheny et al. (2013) bahwa pengasuhan oleh nenek tidak selalu berpengaruh negatif pada sang anak. Akan tetapi, hal ini juga menciptakan perasaan kurang mendapat perhatian dari orang tua dan kesan bahwa waktu yang diberikan kepada dirinya terbatas. Sesuai dengan penelitian Beazley et al. (2018) yang menemukan bahwa anak yang tidak tinggal dengan orang tua menunjukkan respon emosional yang negatif.

Pola asuh orang tua juga merupakan salah satu faktor yang mempunyai peranan penting dalam mencapai perkembangan anak yang optimal, dimana keluarga adalah lingkungan yang pertama kali menerima

kehadiran anak. Peran dari pengasuhan dimulai pada masa kanak-kanak, berkembang seiring berjalannya waktu serta dipengaruhi oleh pendidikan, pengalaman pribadi, norma sosial, kesehatan hubungan antara orangtua dan anak, dinamika keluarga, dan karakteristik anak itu sendiri (Mulyanti et al., 2021). Masa kanak-kanak merupakan periode istimewa bagi orangtua dalam menerapkan pola pengasuhan yang baik dan tepat bagi perkembangan anak. Pada masa ini juga merupakan masa kritis yang menentukan hasil proses perkembangan selanjutnya. Namun, baik MHLN maupun TDL mendapatkan pola asuh yang cenderung otoriter dari pengasuhnya, yang menciptakan ketegangan suasana dan kurangnya dukungan emosional dalam lingkungan keluarga mereka.

Pola asuh otoriter menurut Hurlock (dalam Kurniati et al., 2019) merupakan salah satu pola asuh yang digunakan orang tua untuk mengontrol segala aktivitas anak dengan ketat, menuntut anak selalu patuh pada orang tua, membuat anak menyesuaikan diri dengan standar yang ditentukan oleh orang tua dan menghukum bila anak melanggar aturan. Orang tua tidak memikirkan perasaan dan keinginan anak, mereka merasa sudah memberikan yang terbaik untuk anaknya, tetapi pada kenyataannya malah sebaliknya membuat anak merasa tertekan atas pola asuh yang diterapkan. Hal ini akan menghambat perkembangan anak dikarenakan kebutuhan anak akan stimulasi dan perkembangan psikologis anak menjadi kurang baik (Yuniarti et al., 2017; Wulandari, 2018).

Pola pengasuhan otoriter ini tercermin dalam pengalaman MHLN yang banyak diberlakukan aturan yang ketat dan mendapat teguran dan hukuman fisik jika melanggar aturan tersebut, seperti dipukul dan dicemooh. Hal ini berpengaruh dalam memunculkan perilaku agresif pada subjek. Ia cenderung susah untuk mengontrol emosi negatif, ia merespon amarah dengan tindakan fisik dan ucapan yang kasar. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Farington (dalam Sohib, 2000) menyatakan bahwa sikap orang tua yang kasar dan keras, dinginnya hubungan antara anak dengan orang tua, akan menjadi pendorong utama bagi anak untuk berperilaku

agresif. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Anggaraino et al. (2021) bahwa semakin otoriter pola asuh yang diberikan orang tua maka semakin agresif juga perilaku yang dilakukan oleh anak.

Sementara pola asuh otoriter pada TDL terlihat dari pemberlakuan aturan yang ketat dan kurang memberikan kebebasan, termasuk pembatasan untuk mengekspresikan emosi, dan sering dimarahi, sehingga subjek merasa tidak dipercaya, diragukan kemampuannya, dan diremehkan oleh ibunya. Pengalaman ini memiliki dampak berbeda pada perkembangan psikologis kedua subjek, perilaku agresif tidak muncul pada TDL, melainkan terlihat dalam bentuk cenderung menjadi pendiam, konsep diri negatif, dan mengalami kesulitan dalam beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya.

Menurut subjek, orang tua mereka menerapkan pola asuh otoriter disebabkan karena pola asuh yang diterapkan oleh nenek dan kakeknya kepada orang tua subjek sama seperti itu. Apabila ditinjau dari sejarah perkembangan orang tua sendiri, dapat diduga mereka juga akan berkembang ke arah yang diberikan oleh sistem keluarga mereka sendiri. Dengan kata lain, perilaku seorang ayah atau ibu juga dipengaruhi oleh pola asuh yang mereka alami (Andayani, 2004).

Pola pengasuhan merupakan model bagi anak-anak ketika mereka menjadi orangtua di masa dewasanya. Simons, Whitbeck, Conger, & Wu (1991) dalam penelitian mereka mendukung hal ini. Dengan memfokuskan pada cara pengasuhan yang “keras” penelitian Simons dkk. tersebut menemukan bahwa orangtua yang “keras” diasuh oleh orangtua mereka yang “keras” pula. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa cara pengasuhan di”turun”kan dari generasi ke generasi.

Pola asuh otoriter yang diterapkan tersebut dapat membentuk konsep diri anak yang negatif, karena anak merasa tertekan, dikekang dan kurang mandiri. Pada sikap sosial-emosional anak sering terlihat tidak bersemangat dalam aktivitas, merasa cemas, kurang berinteraksi dengan teman sebaya serta kemampuan berkomunikasi anak menurun secara tidak langsung (Mil & Ningsih, 2023). Hal ini juga didukung oleh beberapa

penelitian bahwa pola pengasuhan otoriter berdampak buruk bagi anak dalam perkembangan personal sosial, sosialisasi dan kemandirian anak seperti meningkatkan ketergantungan, dan rasa rendah diri dimata saudara dan teman-temannya, paranoid, mudah sedih, tertekan, agresif, dan antisosial (Sahithya et al., 2019; Windra et al., 2020; Mulyanti et al., 2021).

Pengalaman ini berpotensi memengaruhi perkembangan psikologis keduanya termasuk pembentukan identitas diri dan munculnya kecemasan pada masa remaja. Terdapat penelitian yang signifikan mengenai hubungan antara pola asuh orang tua dan beberapa hasil pada anak-anak dan remaja. Scharf et al. (2016) menemukan bahwa tingkat gejala internalisasi yang cukup tinggi (kecemasan, depresi, dan penarikan diri) dikaitkan dengan tingginya tingkat pola asuh yang otoriter. Smetana (2017) menunjukkan bahwa kontrol yang tinggi dan keras adalah salah satu ciri utama pola asuh otoriter, seperti halnya membentak, memarahi, mempermalukan, dan lain-lain secara fisik. Paparan agresi verbal orang tua telah dikaitkan dengan peningkatan tingkat gejala depresi dan kecemasan (Polcari et al., 2014). Dengan demikian, pola pengasuhan dan lingkungan keluarga memainkan peran penting dalam membentuk karakter dan kesejahteraan psikologis individu.

d. Ketika Kata dan Tindakan Menjadi Luka: Efek Bullying pada Kehidupan Sosial

Akibat kesulitan beradaptasi dengan teman sebayanya TDL mengalami *bullying* saat masih di Sekolah Dasar. Bentuk *bullying* yang diterima TDL mencakup perlakuan secara fisik maupun verbal dari teman-temannya. Pengalaman tersebut membuatnya hingga saat ini merasa rendah diri, kesulitan menjalin hubungan sosial, dan takut memiliki teman dekat karena kehilangan rasa percaya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ayuni (2021) bahwa dampak dari korban *bullying* yaitu cenderung tidak memiliki keterampilan berteman, lemah, merasa tidak aman, sensitif, tertekan, memiliki harga diri yang rendah, dan kesulitan dalam hubungan sosial.

De Oliveira Pimentel et al. (2020) mererangkan bahwa *bullying* yang terjadi semasa sekolah dapat menyebabkan terjadinya gangguan kecemasan. Kejadian *bullying* ini juga bisa berefek pada penyesuaian diri di masa muda. Terdapat studi yang menunjukkan bahwa korban *bullying* pada anak-anak dan remaja memiliki efek kecemasan jangka panjang dan dapat bertahan hingga dewasa (Moore et al., 2017).

e. Dari Luka Batin Masa Kanak-Kanak ke Krisis Remaja

Kedua subjek memperlihatkan bagaimana pengalaman masa kecil mereka secara langsung mempengaruhi kesejahteraan psikologis mereka selama masa remaja. Pengalaman tidak menyenangkan yang dialami pada masa kanak-kanak juga dapat memicu persoalan yang muncul pada masa remaja. Individu yang mengalami kejadian menyakitkan pada masa lalunya akan mengalami kesulitan pada masa remajanya karena kurangnya persiapan untuk menjalani proses perkembangan hingga dapat menyebabkan fungsi fungsi yang ada pada dirinya tidak berkembang secara optimal, seperti fungsi sosial, kognitif, maupun afektif (Cristóbal-Narváez et al., 2016). Menurut McGuigan dan Pratt (dalam Nuringtyas & Rani Rachim, 2013) pengalaman traumatis yang dialami seseorang pada masa kanak merupakan prediktor munculnya permasalahan mental yang serius di masa remaja.

Pengalaman-pengalaman yang tidak menyenangkan seperti penilaian negatif dari orang lain, sering dimarahi, serta pembatasan yang ketat dalam pengasuhan, bersamaan dengan pengalaman perundungan, telah berdampak pada perkembangan psikologis TDL selama masa remaja. Hal ini mengakibatkan TDL menjadi individu yang bingung dan kehilangan arah, merasa sulit untuk menentukan jati diri karena sering kali merasa dirinya selalu salah di mata orang lain.

Sementara itu, lingkungan keluarga MHLD sejak kecil yang kurang baik telah menciptakan kebingungan sehingga mendorong MHLD untuk mencari tahu lebih tentang kondisi keluarganya. MHLD baru mengetahui bahwa ia adalah anak hasil hubungan di luar nikah saat remaja, yang

memunculkan perasaan kecewa, marah, dan dendam dalam dirinya dan orang tua, pada akhirnya membuat ia mencari pelarian dalam perilaku menyimpang berupa pergaulan bebas, alkohol, dan obat-obatan terlarang. Pengalaman tersebut membuat MHLDD memiliki konsep diri negatif karena ia merasa menjadi anak haram, dimana ia cenderung menganggap diri tidak berharga. Akibatnya ada perasaan benci atau penolakan terhadap diri sendiri (Annisa, 2017).

Masa remaja merupakan salah satu periode transisi dalam kehidupan manusia dari masa kanak-kanak menuju ke masa dewasa (Santrock, 2012). Tahap ini merupakan tahap yang paling penting diantara tahap perkembangan lainnya, karena tahap ini merupakan masa pencarian identitas. Individu diperhadapkan untuk menemukan eksistensi dirinya (biasa disebut dengan pencarian jati diri). Dalam menjalani tugas perkembangannya, remaja juga akan mengalami beberapa konflik hingga berdampak pada munculnya perasaan tidak aman, cemas, dan depresi (Dian et al., 2018). Remaja cenderung mengalami kecemasan karena pembentukan identitas diri, kepekaan terhadap aspek penilaian diri, dan kasih sayang diri (Gill et al., 2018).

Fuhrmann (dalam Ramadhanu et al., 2019) mengemukakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses pembentukan identitas diri yaitu pola asuh, homogenitas lingkungan, model untuk identifikasi, pengalaman masa kanak-kanak, perkembangan kognisi, sifat individu, dan identitas etnik. Peran orang tua menjadi sangat vital dalam tahap perkembangan ini. Orang tua berperan dalam mengembangkan identitas diri remaja. Orang tua yang terlalu protektif, otoriter dan membatasi ruang gerak remaja akan berdampak pada remaja yang tidak akan mampu memaknai pribadinya secara utuh. Remaja akan mengalami kebingungan (*confusion*) untuk mencari pedoman atau acuan dalam menjalani masa remajanya (Solobutina, 2020).

Akan ada berbagai macam gangguan yang harus diatasi agar dapat mencapai identitasnya. Keberhasilan seorang anak dalam mencari identitasnya ditandai dengan keberhasilan anak pada memilih aneka macam peran sosial yang cocok bagi dirinya, anak dapat mengatur diri, menerima diri dan percaya diri (Hidayah Nur, 2016). Krisis Identitas terjadi karena remaja tidak dapat memenuhi harapan dorongan diri pribadi dan sosial yang membantu mereka mendefinisikan tentang diri.

Berdasarkan pada beberapa hasil penelitian yang dilakukannya sendiri maupun yang dikajinya, Marcia (dalam Yuliaty Nanik, 2020) menyatakan bahwa remaja dengan status identitas tertunda dan tidak jelas pada umumnya memiliki tingkat kecemasan yang paling tinggi dibandingkan dengan remaja dari status yang lain. Menurut Marcia, remaja dengan status identitas tertunda memperlihatkan tingkat kecemasan yang paling tinggi karena mereka sedang melakukan eksplorasi terhadap elemen-elemen identitasnya, atau sedang dalam periode krisis (*in-crisis*), sehingga mereka mengalami banyak tekanan, mereka cenderung melakukan eksplorasi dengan sangat sungguh-sungguh.

Diketahui dalam masa pencarian identitas diri, perempuan lebih cenderung mengalami gangguan kecemasan untuk menjaga emosi di dalam tubuh sehingga menyebabkan muncul rasa kesepian dan depresi. Sedangkan pada laki-laki lebih cenderung mengekspresikan dan menunjukkan emosinya sehingga lebih ke arah pemaksaan dan agresif (Cahyaningsih, 2017). Hal ini sesuai dengan keadaan kedua subjek, dimana TDL lebih memunculkan cemas yang berlebihan mengenai keadaan dirinya, sedangkan MHLD menyalurkan perasaan cemas tersebut pada tindakan-tindakan yang merusak sebagai pemuasan.

Krisis identitas yang berkepanjangan selama masa remaja, akan menyebabkan remaja menjadi kehilangan arah. Erikson (1968) mengungkapkan bahwa remaja yang gagal menangani krisis dan memperlihatkan kebingungan dalam membuat komitmen yang jelas tentang berbagai peran kehidupan akan mengalami gangguan psikososial yang

dimanifestasikan dalam bentuk tindakan penarikan diri (mengisolasi diri) dari masyarakat, kenakalan, penyalahgunaan obat, agresi anti sosial, rasa cemas, depresi, dan gangguan tidur (Anindyajati, 2013; Hidayah Nur, 2016). Depresi dan kecemasan adalah dampak dari masalah psikososial terbesar yang dihadapi remaja setelah PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*) (Nuraeni, 2024). Pada tahap ini kedua subjek juga mulai menarik diri dari lingkungan sosial. TDL memilih lebih banyak di rumah saja daripada bermain bersama teman temannya, sedangkan MHLD yang sebelumnya sering bersosialisasi sekarang lebih membatasi kegiatan tersebut.

Remaja yang menyalahi norma kemungkinan besar berada dalam *diffusion status* atau suatu keadaan dimana remaja kehilangan arah, tidak melakukan eksplorasi, dan tidak memiliki komitmen terhadap peran-peran tertentu, sehingga tidak dapat menentukan identitas dirinya. Mereka akan mudah menghindari masalah dan cenderung mencari jalan keluar (pemuasan) dengan segera. *Diffusion* status sering dialami oleh remaja yang ditolak dan tidak mendapatkan perhatian dengan sepenuhnya (Hidayah Nur, 2016). Dalam kondisi yang sesuai dengan situasi subjek, ia mengalami krisis identitas yang signifikan saat ia mulai merasa penasaran tentang keluarganya dan kemudian menemukan bahwa ia adalah anak hasil hubungan di luar nikah yang dapat menyebabkan kemarahan yang besar dan konflik internal mengenai identitasnya. Krisis identitas yang dialaminya telah mendorongnya meninggalkan tempat tinggal dan terlibat dalam perilaku yang berisiko seperti perjudian, balapan, perdagangan alkohol, serta penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan yang telah merugikan hidupnya. Subjek hanya memikirkan kesenangan pada saat itu saja dan pada akhirnya subjek menyesal karena dampak negatif yang ia dapatkan.

Kurangnya perhatian dari orang tua serta beban finansial yang besar juga menjadi beban tambahan bagi MHLD. MHLD terpaksa mengambil peran finansial yang besar sejak usia muda, memberikan pengalaman berharga namun juga menyebabkan tekanan yang signifikan terhadap

dirinya. Banyak penelitian yang mengungkapkan bahwa tekanan finansial dan kekhawatiran finansial memainkan peran penting dalam kesehatan mental (Asebedo & Wilmarth, 2017; Marshall et al., 2021; Ryu & Fan, 2023).

Faktor genetik juga memiliki kontribusi penting dalam kondisi psikologis keduanya, di mana riwayat gangguan psikologis dalam keluarga meningkatkan risiko terhadap masalah serupa pada kedua subjek. Sebuah studi metaanalisis oleh Hettema et al. (2001, dalam Bennett, 2009) menemukan bahwa faktor genetik memberikan peran terhadap perkembangan GAD. Ditemukan bahwa sebesar 15 sampai dengan 20 persen kemungkinan GAD dapat diturunkan di dalam keluarga.

Kedua subjek mengalami kebingungan identitas selama masa remaja, yang juga diikuti dengan munculnya gejala gangguan psikologis. Hal ini menunjukkan bahwa gejala gangguan psikologis yang dialami oleh kedua subjek muncul sebagai respons terhadap tekanan dan ketidakpuasan dalam lingkungan keluarga mereka, perkembangan pada masa kecil, dan krisis identitas selama masa remaja.

2. Gejala Gangguan Cemas Menyeluruh

a. Manifestasi Klinis Gangguan Cemas Menyeluruh

Tekanan dan permasalahan yang terus menumpuk dan berkelanjutan telah menyebabkan munculnya gejala psikologis yang signifikan pada subjek. Kedua subjek, mengalami kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan terkait dengan berbagai aspek kehidupannya. MHLD selalu terpikir tentang masalah keluarganya, masalah finansial, serta memikirkan masa depannya yang tidak pasti. Hal serupa juga dialami oleh TDL, yang merasa khawatir akan masa depannya, merasa tidak mampu untuk menjadi baik, dan selalu merasa salah dalam segala hal. Pikiran tersebut termanifestasi dalam rasa gelisah dan cemas yang muncul setiap hari dan susah untuk dikendalikan. Gejala tersebut terasa mulai mengganggu sejak tahun 2023, yang berarti sudah dirasakan subjek selama enam bulan lebih. Kedua subjek mengalami kecemasan dan kekhawatiran yang muncul pada

sebagian besar hari dalam rentang waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan.

Kecemasan merupakan perasaan khawatir yang menetap sebagai respons terhadap ancaman atau stresor yang dapat berasal dari dalam diri individu atau lingkungan. Kecemasan juga merupakan reaksi emosional yang timbul dari penyebab yang tidak spesifik seperti pengalaman subjektif individu yang dapat menyebabkan perasaan tidak nyaman dan terancam (Prasetya, 2023). Kecemasan merupakan gejala yang normal pada manusia, namun menjadi patologis bila gejalanya menetap dan mengganggu aktivitas serta kenyamanan individu.

Gejala cemas yang muncul merupakan akumulasi dari konflik bawah sadar yang tidak terselesaikan (Elvira, 2017). Menurut Maramis (dalam Nurrahmasia et al., 2021) rasa cemas dapat muncul sebagai akibat dari kondisi stres atau konflik, yang biasanya terjadi saat individu menghadapi suatu perubahan situasi dalam hidupnya dan dituntut untuk mampu beradaptasi. Munculnya gejala saat ini dikarenakan subjek tidak mampu beradaptasi terhadap tumpukan masalah yang dialami sehingga menimbulkan ketegangan dan kekhawatiran. Awalnya semua masalah ditekan dengan harapan mampu menahan dorongan dan afek yang menyertai lalu menahan supaya masalah tersebut di bawah kontrol kesadaran. Mekanisme pertahanan selanjutnya tidak cukup adekuat sehingga muncul dekompensasi badaniah dan somatisasi.

MHLD selalu terpikir tentang masalahnya, terutama menjelang tidur dan saat beraktivitas, sementara TDL mengalami kekhawatiran yang muncul secara tiba-tiba saat beraktivitas dan munculnya tanpa alasan yang jelas. Sehingga kedua subjek menghadapi kesulitan dalam mengontrol kekhawatiran yang terus menerus muncul, yang sering kali mengganggu aktivitas sehari-hari. Hal ini sesuai dengan definisi gangguan cemas menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, yaitu perasaan takut yang berlebihan yang terjadi pada diri seseorang yang

berdampak pada terganggunya aktivitas sehari-hari (American Psychiatric Association, 2013).

Selain itu, gejala afektif yang meliputi ketidakpercayaan diri, rasa rendah diri, dan ketakutan terhadap penilaian orang lain merupakan bagian dari pengalaman yang dirasakan oleh subjek sebagai respons terhadap kecemasan yang mereka rasakan. Pada kondisi cemas, tubuh cenderung memberikan respon berlebihan akibat peningkatan aktivitas sistem simpatis sehingga menimbulkan gejala seperti, meningkatnya detak jantung dan frekuensi napas, bahkan sampai merasa sesak napas. Selain itu manifestasi fisiologis kecemasan lainnya termasuk peningkatan sekresi keringat, pusing, mual, hingga panik (Hamzah et al., 2018). Dalam hal ini subjek mengalami gejala fisik seperti perut perih, keringat dingin, sesak napas, mual, sakit dada dan tenggorokan sebagai respons terhadap cemas yang dirasakan. Nafsu makan MHLD juga menurun secara signifikan yang mungkin merupakan dampak langsung dari tekanan yang dirasakannya.

Selain itu, gejala psikologis juga berdampak pada kualitas tidur subjek, yang sering kali terganggu oleh mimpi buruk, tidur yang tidak nyenyak, dan kesulitan untuk tidur kembali setelah terbangun. Gangguan tidur ini memberikan kontribusi pada rasa lelah yang persisten. Temuan polisomnografi menunjukkan bahwa gejala cemas pada kelompok dengan tingkat kekhawatiran tinggi menunjukkan berkurangnya total waktu tidur, latensi permulaan tidur yang lebih lama, lebih banyak waktu yang dihabiskan untuk terjaga, dan persentase tidur nyenyak (gelombang lambat) yang lebih kecil dibandingkan dengan kelompok kontrol (Shin et al., 2019).

Fungsi kognitif subjek, baik dalam konteks akademik maupun aktivitas sehari-hari, terganggu oleh ketidakmampuan untuk berkonsentrasi, pikiran yang buntu, sehingga MHLD cenderung untuk merasa malas saat beraktivitas sedangkan TDL merasa lambat dalam berpikir dan menyelesaikan tugas. Berdasarkan keluhan awal TDL yang merasa sering lambat dalam berpikir dan menyelesaikan tugas, maka dilakukan pemeriksaan terkait intelektualnya dengan menggunakan tes SPM. Namun,

berdasarkan hasil tes, keadaan intelektual subjek sangat baik, yakni berada pada grade II atau diatas rata-rata. Menurut APA (dalam (Lauren S. Hallion et al., 2017) kesulitan berkonsentrasi adalah keluhan yang sering terjadi di antara individu dengan psikopatologi dan merupakan kriteria diagnostik yang paling umum dalam gangguan emosional (yaitu, kecemasan, suasana hati, obsesif-kompulsif dan yang terkait, serta terkait trauma dan stresor). Gejala fisik, gangguan tidur, penurunan nafsu makan, dan penurunan fungsi kognitif juga menjadi bagian dari dampak kecemasan pada kedua subjek.

Kecemasan yang dialami oleh subjek memiliki dampak yang signifikan pada fungsi sosial, akademik, dan sehari-hari. MHLD merasa terganggu dalam konsentrasi saat belajar, sering merasa malas untuk beraktivitas. TDL juga mengalami kesulitan dalam konsentrasi dan merasa lama dalam menyelesaikan tugas-tugas, serta mengalami perasaan sensitif yang membuatnya merasa dikucilkan di lingkungan sekolahnya. Mereka merasa sulit untuk berinteraksi secara normal dalam lingkungan sosial, MHLD mulai membatasi interaksi dengan orang lain, sementara TDL kesulitan dalam bersosialisasi. Selain itu, subjek cenderung menghindari situasi yang menimbulkan kecemasan. Hal ini juga berdampak pada kinerja mereka dalam pekerjaan atau aktivitas penting lainnya, menyebabkan penurunan produktivitas dan kepuasan dalam kehidupan.

Berdasarkan kriteria penegakan diagnosis dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), subjek mengalami “Gangguan Cemas Menyeluruh” karena memenuhi kriteria diagnosis diantaranya, *Pertama*, kecemasan dan kegelisahan yang berlebihan selama beberapa hari dalam enam bulan terakhir. *Kedua*, kesulitan mengendalikan perasaan cemas dan gelisah. *Ketiga*, perasaan cemas dan gelisah muncul dengan setidaknya tiga gejala lain seperti merasa tertekan, tubuh mudah merasa lelah, sulit berkonsentrasi, mudah tersinggung, ketegangan otot, dan gangguan tidur. *Keempat*, perasaan cemas, gelisah, dan gejala fisik lainnya yang menyebabkan terganggunya fungsi sosial dan pekerjaan dalam kehidupan sehari-hari. *Kelima*, tidak disebabkan oleh kondisi medis

lainnya. *Keenam*, gangguan ini tidak dapat dijelaskan oleh gangguan mental lainnya (American Psychiatric Association, 2013).

Diagnosis tersebut diperkuat oleh hasil skrining menggunakan alat tes GAD-7. Subjek MHLD memiliki tingkat kecemasan dengan skor 16, yang menunjukkan bahwa kecemasannya berada dalam kategori berat. Sementara itu, TDL mendapatkan skor 12, yang menunjukkan bahwa kecemasannya berada dalam kategori sedang. Tingginya skor pada MHLD bisa disebabkan oleh banyaknya pengalaman hidup pahit yang ia hadapi.

Selain itu, juga dilakukan skrining menggunakan alat tes *Symptoms Check List 90* (SCL-90). Hasil yang dapat diidentifikasi pada instrumen SCL-90 menunjukkan bahwa gejala tertinggi yang didapatkan subjek MHLD adalah somatisasi diikuti oleh *anxietas* dengan skor masing-masing 92,65 dan 87,25. Pada subjek TDL gejala tertinggi didapat pada somatisasi dan *phobic anxietas* dengan skor masing-masing 77,06 dan 75,70.

Kedua subjek sama-sama memiliki skor tinggi pada gejala somatisasi, hasil tersebut sesuai dengan subjek yang mengeluhkan gejala fisik berupa perut perih, keringat dingin, sesak napas, mual, sakit dada dan tenggorokan saat merasa cemas. Gejala *anxietas* yang tinggi pada MHLD juga terlihat dari keluhan kecemasan berlebihan yang muncul hampir setiap hari dan susah untuk dikendalikan terkait dengan berbagai aspek kehidupannya, seperti masalah keluarga, masalah finansial, krisis identitas, serta memikirkan masa depannya. Sedangkan gejala *phobic anxietas* pada TDL muncul kemungkinan karena pengalaman *bullying* yang pernah ia terima saat di Sekolah Dasar dan penilaian buruk dari orang lain tentang dirinya.

b. Eksternalisasi vs. Internalisasi: Perbedaan Gender dalam Pelampiasan Emosi

Subjek juga menghadapi kesulitan dalam mengendalikan emosi negatif mereka. Ketika MHLD menghadapi masalah emosinya mudah terpancing sehingga terdorong untuk bereaksi secara fisik maupun verbal. Pelampiasan emosi negatif MHLD cenderung tercermin dalam perilaku

agresif yang bertujuan untuk menyakiti orang lain. Saat emosinya tidak mampu terbendung lagi MHLD tidak akan segan untuk memukul dan menghajar objek yang membuatnya emosi. Terkadang ia cenderung memukul tembok atau dirinya sendiri sebagai bentuk pelampiasan emosi. Hal ini menunjukkan bahwa MHLD melampiaskan emosi dengan eksternalisasi. Eksternalisasi memanasikan perasaan dan pikiran mereka ke luar, biasanya ditandai dengan kontrol emosi yang buruk, sering melanggar aturan, dan bersifat agresif (Samek & Hicks, 2014).

Sementara TDL cenderung mengarahkan emosi negatif ke dalam dirinya sendiri, sehingga ia memiliki konsep diri yang negatif, menjadi sangat sensitif, mudah menangis saat dimarahi, mudah tersinggung dan merasa diserang bahkan dalam situasi yang mungkin tidak dimaksudkan untuk melukainya. Hal ini menunjukkan bahwa TDL melampiaskan emosi dengan internalisasi. Internalisasi mengarahkan emosi pada diri sendiri dan dikendalikan secara berlebihan, sehingga mempengaruhi keadaan psikologis seseorang, misalnya penarikan diri dari sosial, keluhan somatik, kesepian, kecemasan, dan depresi (Madigan, Atkinson, Laurin, Benoit, 2012).

Hasil tersebut didukung oleh penelitian sebelumnya yang menunjukkan perbedaan gender sehubungan dengan tekanan psikologis terkait masalah perilaku ini. Anak laki-laki ditemukan lebih banyak mengembangkan masalah perilaku eksternalisasi seperti perilaku agresi, penyalahgunaan narkoba, dan meminum alkohol, sedangkan anak perempuan lebih banyak mengembangkan masalah-masalah emosional seperti kemurungan, kegelisahan, depresi dan keinginan untuk bunuh diri (Offer & Schonert-Reichl, 1992).

3. Perjuangan Sembuh dari Gangguan Cemas Menyeluruh

a. Bangkit dari Tekanan: Peran Resiliensi dan Faktor Protektif dalam Kesembuhan

Meskipun subjek menghadapi tekanan hidup yang berat, ia menunjukkan ketekunan, harapan, dan keinginan untuk bangkit dari

permasalahannya, mencerminkan keberadaan faktor protektif dalam proses kesembuhannya. Sunarti et al. (2018) mengemukakan bahwa salah satu aspek penting yang menentukan kualitas sumber daya manusia adalah kemampuan untuk menghadapi tantangan, perubahan, maupun situasi sulit yang tidak mungkin dihindari yang merujuk pada resiliensi yang harus dimiliki remaja. Resiliensi menunjukkan kemampuan individu untuk menghadapi berbagai tuntutan hidup secara cerdas dan terampil meskipun ada tekanan dan krisis di sekitarnya. Resiliensi berarti menganggap pengalaman yang menyakitkan sebagai ujian keteguhan dan kesempatan untuk bangkit meskipun keadaan di sekitarnya tidak membantu individu untuk bangkit (Rudwan & Alhashimia, 2018).

Resiliensi remaja dipengaruhi oleh faktor risiko dan faktor protektif (Zolkoski & Bullock, 2012). Resiliensi selalu melibatkan adanya *adversity* (penderitaan) sebagai faktor risiko dan adanya *positive adjustment* yang mengacu pada faktor protektif sebagai reaksi dalam menghadapi risiko. Faktor protektif adalah segala sesuatu yang dapat melindungi seseorang dari ancaman dan membentuk resiliensi. Teori faktor protektif berkaitan positif dengan perkembangan resiliensi remaja (Maesaroh et al., 2019). Resiliensi akan menjadi optimal ketika faktor protektif diperkuat (Benzies & Mychasiuk, 2009).

Faktor protektif terbagi dua yaitu faktor protektif internal dan eksternal (Austin dan Duerr, 2007). Faktor internal merupakan keterampilan yang dimiliki individu, sedangkan faktor eksternal yaitu segala sesuatu yang berasal dari keluarga, sekolah, masyarakat, dan teman sebaya. Dalam hal ini subjek memiliki faktor protektif internal yang luar biasa, seperti usaha dan harapan untuk sembuh, penerimaan diri, menemukan kekuatan untuk bertahan, serta kesadaran dan kemampuan untuk menahan diri dari perilaku yang merugikan. Strategi menghadapi rasa cemas dan perasaan negatif dengan memanfaatkan mekanisme koping yang adaptif juga menjadi bagian dari faktor protektifnya. Faktor protektif subjek lebih didominasi oleh kualitas individu masing-masing yang memiliki harapan dan kesediaan

untuk berkembang menjadi lebih baik. Hasil penelitian Wardhani & Sunarti (2017) juga menemukan bahwa faktor protektif internal berpengaruh positif terhadap resiliensi remaja yang mengindikasikan bahwa resiliensi remaja meningkat dipengaruhi oleh bertambahnya faktor protektif internal.

Hasil penelitian Maesaroh et al. (2019) juga menemukan bahwa faktor protektif eksternal memiliki pengaruh signifikan terutama dimensi keluarga, masyarakat, dan teman sebaya. Apabila remaja mendapatkan faktor protektif eksternal secara optimal dari lingkungannya maka remaja memiliki resiliensi yang baik. Namun, dalam menghadapi tekanan ini, subjek tidak memiliki dukungan sosial yang cukup dari lingkungan terdekatnya, seperti keluarga dan teman-teman. Akan tetapi, seorang individu akan berupaya mendapatkan dukungan sosial dari keluarga, masyarakat, dan layanan sosial untuk memfasilitasi perkembangan resiliensinya (Wang et al., 2014).

b. *Help-Seeking* sebagai Jalan Keluar: Mencari Bantuan Profesional di Tengah Kekurangan Dukungan Sosial

Kekurangan dukungan sosial ini mendorong subjek untuk mencari bantuan profesional dengan pergi ke psikolog sebagai langkah pertama dalam mengatasi gangguan psikologis yang dialaminya. Hal ini sejalan dengan penelitian Bretherton (2021) jika tingkat dukungan sosial yang dimiliki individu tinggi maka mereka cenderung tidak menggunakan layanan kesehatan mental. Meskipun dukungan sosial yang diterima subjek sangat terbatas, keberadaan faktor protektif internal yang kuat membantu subjek untuk mencari solusi dari permasalahannya.

Sikap mencari bantuan profesional dapat mencerminkan kesadaran individu akan pentingnya peran dukungan sosial dalam menjaga kesehatan mental dan fisiknya. Hammer & Spiker (2018) mendefinisikan *help-seeking* sebagai perilaku individu yang dilakukan dengan tujuan untuk mencari bantuan pada sumber profesional atau layanan kesehatan mental. *Help-seeking* terdapat komunikasi dengan orang lain untuk meminta bantuan berupa wawasan, nasihat, informasi, serta bantuan dan dukungan emosional

dalam memandang situasi masalah yang kompleks. Mencari bantuan (*help-seeking*) dari sumber formal menjadi hal yang penting dilakukan bagi individu, khususnya mereka yang tidak mampu menyelesaikan masalahnya sendiri karena dapat memberikan perlindungan terhadap berbagai risiko problem mental (Rickwood et al., 2005).

Ashley & Foshee (2005) menjelaskan sikap mencari bantuan terdapat tiga jenis dukungan sosial, yakni dukungan emosional (perhatian, penerimaan, pengertian, dan dorongan), dukungan informasional (masukan untuk membantu memecahkan masalah), dukungan instrumental (berkontribusi secara sumber daya material). Bantuan dari psikolog dapat berupa dukungan emosional, pemahaman, dan strategi yang dibutuhkan untuk mengatasi tantangan kesehatan mental dan meningkatkan kualitas hidup. Ketika individu mendapatkan bantuan dari sumber bantuan yang tepat, maka dapat berpotensi untuk mengurangi tekanan psikologis dan meningkatkan kesehatan mental (Sanghvi & Mehrotra, 2021). Hal ini terlihat pada subjek, dimana setelah ia mendapatkan bantuan dari seorang psikolog, subjek mulai mengembangkan strategi untuk menghadapi masalahnya.

c. Melampaui Kecemasan Menuju Kehidupan yang Lebih Bermakna

Subjek mulai melakukan kegiatan yang memberikan makna dan tujuan bagi hidupnya, seperti bekerja, membuka usaha, berolahraga, membaca buku, serta memiliki ambisi besar untuk menggapai mimpi dan masa depannya. Keduanya telah menunjukkan perkembangan positif dalam pola pikirnya, dengan berusaha tidak terlalu terpuruk dalam masalahnya, menerima keadaan diri serta mengabaikan hal-hal yang tidak terlalu berpengaruh sehingga subjek lebih fokus pada solusi yang bisa dilakukan saat ini. Menurut Shanahan et al. (2022) strategi coping atau kemampuan menyelesaikan masalah juga merupakan bagian dari resiliensi, berkaitan dengan menurunnya tingkat distress yang ditunjukkan dalam rutinitas sehari-hari, aktivitas fisik, dan penilaian positif. Resiliensi dalam hal kemampuan menyelesaikan masalah, dapat mempengaruhi kondisi kesehatan mental.

Proses ini mencerminkan kesungguhan subjek dalam mengatasi rintangan yang dihadapinya dan menunjukkan semakin kuatnya faktor protektif untuk meningkatkan resiliensi.

Dalam perjalanan kesembuhannya, subjek mulai merasakan dukungan sosial yang semakin muncul dari orang-orang terdekatnya. MHLD mencoba terbuka dengan ibunya, meskipun akhirnya memilih untuk pisah terlebih dahulu dengan keluarga sebagai cara untuk mengurangi stres dan lebih fokus pada dirinya sendiri. Meskipun demikian, ibu MHLD tetap mendukung dan memahami keadaannya, bersama dengan dukungan dari orang terdekat lainnya seperti teman, adik, dan pacarnya. Begitu juga, TDL mengalami komunikasi yang lebih terbuka dengan ibu dan kakaknya, membawa kesadaran dan dukungan dari mereka. Terbukanya komunikasi ini memberikan dampak positif dalam hubungan mereka dan berkontribusi pada perbaikan gejala yang dirasakan sebelumnya.

Dukungan sosial dari orang-orang terdekatnya menjadi faktor penting dalam proses kesembuhan subjek, memperkuatnya dalam menghadapi setiap rintangan dan mengarahkannya menuju kesejahteraan psikologis yang lebih baik. Hal ini menunjukkan bahwa kepedulian dan harapan keluarga kepada anak dapat menurunkan pengaruh negatif ancaman yang dihadapinya. Sejalan dengan penelitian (Sunarti et al., 2018) bahwa dukungan keluarga merupakan faktor protektif yang dapat menurunkan pengaruh negatif faktor risiko yang dihadapi remaja.

Ketika individu mendapatkan dukungan dari lingkungan maka segalanya akan terasa lebih mudah. Apabila ada dukungan, maka rasa percaya diri akan bertambah dan motivasi untuk menghadapi masalah yang terjadi akan meningkat (Atmaja & Rahmatika, 2018). Dukungan sosial yang tinggi diprediksi akan memberikan pengaruh positif terhadap kesejahteraan psikologis. Dukungan sosial yang bagus akan membuat individu memiliki pandangan yang positif terhadap dirinya dan orang lain, cepat dalam mengambil keputusan, mampu mengatur perilakunya, memiliki tujuan hidup yang baik, serta mampu mengembangkan dirinya sendiri

(Purwaningsih et al., 2023). Hal ini menunjukkan bahwa perjalanan menuju kesembuhan tidak hanya tentang usaha individu, tetapi juga tentang keberadaan dan pengaruh lingkungan yang positif dalam memperkuat dan mendukung individu yang mengalami kesulitan. Resiliensi subjek dipengaruhi secara signifikan oleh faktor protektif internal maupun faktor protektif eksternal sehingga berdampak positif pada kesejahteraan psikologis subjek.

Melalui faktor protektif internal dan eksternal, subjek mulai menjalani kehidupan yang lebih baik daripada sebelumnya. Gejala psikologis yang dahulu dirasakan oleh kedua subjek telah membaik. MHLD tidak lagi merasakan keluhan sebelumnya, saat ini ia menganggap rasa cemas sebagai hal yang wajar dan harus dihadapi dalam hidupnya. Masalah keluarga dan finansial telah terselesaikan. Selain itu, ia telah mengembangkan rasa percaya diri dan menemukan arah hidup yang jelas. Sementara itu, TDL juga telah mengalami perkembangan yang signifikan. Meskipun masih ada sedikit keraguan tentang diri sendiri, TDL telah membuat kemajuan dalam mengelola kecemasan dan sensitivitas emosinya. Ia kini mulai merawat diri dengan lebih baik, menjadi lebih percaya diri dan berani mengekspresikan diri di media sosial.

Perkembangan ini menunjukkan bahwa kedua subjek telah mengatasi gejala dan mampu menangani tantangan kehidupan sehari-hari dengan lebih baik. Subjek mulai berdamai dengan diri mereka sendiri dan menemukan identitas diri yang lebih kuat sehingga kehidupan kini lebih terarah dan lebih produktif. Dalam hal ini berarti kesejahteraan psikologis subjek mulai meningkat. Ryff & Singer (dalam Sagone & Caroli, 2014) menjelaskan bahwa individu yang memiliki kesejahteraan psikologis tinggi sering dikaitkan dengan beberapa kriteria, diantaranya rasa penerimaan diri, hubungan positif dengan individu lain, otonomi, menciptakan lingkungan yang sesuai dengan kondisi psikisnya, memiliki arah dan tujuan hidup, serta terus mengembangkan diri menjadi pribadi yang lebih baik. Hasil penelitian Kaur (2021) juga menyimpulkan bahwa

dengan memiliki kesejahteraan psikologis, seseorang dapat tetap menjalankan aktivitasnya dengan positif, tetap berkonsentrasi saat bekerja, dapat mengontrol emosi-emosi negatif yang dimilikinya sehingga memunculkan rasa puas, bahagia, dan sejahtera secara psikologis maupun fisik.

Penelitian yang dilakukan oleh Sagone & Caroli (2014) menduga bahwa semakin remaja cenderung untuk bertahan dalam situasi yang penuh tekanan, maka semakin tinggi kesejahteraan psikologis mereka. Penelitian ini merupakan kontribusi penting untuk memahami hubungan antara resiliensi dan kesejahteraan psikologis pada masa remaja yang dalam perspektif Erikson dianggap sebagai periode fundamental yang penuh dengan perubahan dan tantangan dengan lingkungan internal dan eksternal. Sejalan dengan beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa resiliensi merupakan prediktor yang baik untuk kesejahteraan psikologis (Godaa et al., 2019; Ropret et al., 2023; Saputri & Mulawarman, 2022).

Penelitian ini memiliki beberapa implikasi secara praktis maupun teoritis. Mengingat tingginya angka gangguan kecemasan pada remaja, maka diperlukan intervensi yang sistematis dan tindakan preventif untuk mengurangi angka tingkat kecemasan. Dilihat dari faktor pemicu pada penelitian ini, diketahui bahwa faktor utama yang sangat berpengaruh pada perkembangan gangguan psikologis pada subjek yaitu lingkungan keluarga. Lingkungan keluarga adalah sebuah basis awal kehidupan bagi setiap individu. Orang tua yang tidak harmonis, disfungsi keluarga, konflik dalam hubungan antara anak dan orang tua (Esfandyari & Nowzari, 2009; Idiarni et al., 2018; Y. Wang et al., 2020), serta pola asuh otoriter (Polcari et al., 2014; Scharf et al., 2016; Syahratriery & Luthfiyah, 2022) dapat menjadi pemicu munculnya gangguan psikologis. Maka sebagai tindakan preventif diperlukan optimalisasi fungsi serta peran keluarga guna meminimalisir dampak negatif yang tidak diinginkan.

Secara khusus, penting untuk mengembangkan dan melaksanakan program-program untuk meningkatkan resiliensi, karena resiliensi merupakan faktor protektif yang kuat pada saat terjadi kesulitan. Selain itu, resiliensi dapat

dipandang sebagai sifat yang dapat dimodifikasi (Johnson et al., 2020; Richards & Dixon, 2020), dan memang penelitian terbaru mendukung penggunaan intervensi untuk meningkatkan resiliensi sebagai strategi preventif (Ang et al., 2022). Pada dasarnya, setiap individu memiliki potensi yang sangat besar untuk menjalani dan menghadapi setiap tantangan yang ada dalam kehidupannya. Ketika seorang individu mengalami problem mental, hal yang perlu dilakukan adalah mendampingi individu tersebut untuk mengetahui kekuatan-kekuatan yang ia miliki dan membantu untuk meningkatkan atau munculkan kekuatan tersebut untuk membantu dirinya sendiri dalam menghadapi tantangan dalam hidupnya. Maka dari itu, pada layanan kesehatan mental direkomendasikan untuk menemukan kekuatan klien dan mendampingi bagaimana ia bisa menggunakan kekuatan tersebut. Selain itu, dukungan sosial juga menjadi faktor penting dalam memperkuat resiliensi subjek dan mengarahkannya menuju kesejahteraan psikologis yang lebih baik.

Selain intervensi yang disebutkan di atas, penting untuk mencari bantuan profesional saat menghadapi permasalahan kesehatan mental. Bantuan dari psikolog atau psikiater dapat memberikan panduan yang tepat dan efektif sesuai dengan kondisi individu. Dengan bantuan profesional, individu dapat menerima diagnosa yang akurat dan rencana perawatan yang terstruktur untuk mengatasi masalah yang dihadapi. Memperoleh dukungan dan bimbingan dari ahli di bidang kesehatan mental juga membantu mencegah kondisi yang mungkin semakin memburuk serta mempercepat proses pemulihan. Oleh karena itu, mencari bantuan profesional adalah langkah penting dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan mental.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan cemas menyeluruh yang dialami subjek dipicu oleh serangkaian peristiwa yang saling berkaitan serta melibatkan faktor eksternal dan internal. Faktor eksternal berasal dari lingkungan keluarga seperti, pola komunikasi yang kurang sehat, pola asuh otoriter, hubungan keluarga kurang harmonis, masalah finansial, dan adanya poligami dalam keluarga. Pengalaman perundungan oleh teman sebaya juga turut menjadi pemicu eksternal. Sedangkan faktor internal mencakup genetik dan krisis identitas selama masa remaja akibat pengalaman hidup sebelumnya, yang juga diikuti dengan munculnya gejala gangguan psikologis.

Berdasarkan kriteria dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), subjek mengalami “Gangguan Cemas Menyeluruh”. Kecemasan subjek MHLD tampak lebih tinggi dibandingkan dengan TDL, hal ini disebabkan karena lebih banyaknya pengalaman negatif yang dialami oleh MHLD. Namun, perpaduan antara faktor protektif internal (kemauan mencari bantuan, mekanisme koping adaptif, kontrol diri dari perilaku berbahaya, serta usaha dan harapan untuk sembuh) dan eksternal (dukungan dari orang terdekat dan bantuan profesional) yang dimiliki subjek memainkan peran penting dalam proses pemulihan. Hal ini membantu subjek dalam mengatasi gangguan cemas menyeluruh yang dialaminya dan mencapai kesejahteraan psikologis yang lebih baik.

B. Saran

1. Subjek

MHLD perlu belajar mengontrol perilaku agresifnya saat sedang merasakan emosi negatif. Penting bagi MHLD untuk mengadopsi strategi koping yang adaptif seperti teknik relaksasi, meditasi, atau olahraga yang dapat membantu menenangkan diri dalam situasi-situasi tegang. Sementara untuk TDL, disarankan untuk lebih mempelajari cara mengontrol perasaannya yang sangat sensitif. Hal ini bisa dilakukan dengan mengembangkan kemampuan pengaturan diri, seperti pengelolaan stres dan

refleksi diri untuk memahami dan mengelola respons emosional secara lebih efektif.

Perlu ditekankan bahwa subjek berharga dan hebat sudah mampu melewati setiap tantangan hidup dan berhasil mencapai titik ini. Penting untuk terus semangat mencari dan menggunakan kekuatan diri sendiri untuk bangkit dan menghadapi setiap tekanan dalam hidup. Subjek juga disarankan untuk meningkatkan dukungan sosial dengan berkomunikasi terbuka mengenai masalah yang dihadapi kepada keluarga dan teman, serta bergabung dengan komunitas pendukung yang dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis. Selain itu, penting untuk mencari bantuan profesional secara berkelanjutan jika masih membutuhkan arahan dan dukungan.

2. Orang Tua

Sebagai saran kepada orang tua berdasarkan hasil penelitian ini, penting untuk memperhatikan kesiapan dalam memiliki anak dan merawat mereka dengan sepenuh hati. Perhatikan pola komunikasi dalam keluarga untuk mencapai keharmonisan antar anggota keluarga. Selain itu, sangat dianjurkan untuk menerapkan pendekatan dalam pola asuh yang lebih demokratis dan mendukung, daripada yang otoriter atau terlalu mengontrol. Kedua orang tua sebaiknya berperan aktif dalam mengasuh anak, memberikan dukungan dan kehadiran yang konsisten dalam setiap fase kehidupannya, karena merawat anak adalah tanggung jawab bersama. Hal ini tidak hanya membantu mengurangi risiko gangguan cemas pada anak, tetapi juga mendukung perkembangan mereka secara emosional dan psikologis dengan lebih baik.

3. Masyarakat

Perlu untuk mengoptimalkan fungsi keluarga karena keluarga merupakan tempat utama tumbuh kembang individu dan sangat mempengaruhi kesejahteraan psikologis anggotanya. Masyarakat juga harus memberikan dukungan sosial kepada orang-orang yang membutuhkan dan menghilangkan stigma terhadap individu yang

mengunjungi layanan kesehatan mental dan mengalami gangguan psikologis. Jangan takut untuk mengunjungi layanan kesehatan mental jika memang diperlukan, karena hal itu bisa sangat membantu dalam menghadapi permasalahan psikologis.

4. Layanan Kesehatan Mental

Disarankan untuk mengembangkan dan melaksanakan intervensi yang fokus pada peningkatan resiliensi, karena resiliensi adalah faktor protektif yang kuat dalam menghadapi kesulitan. Pada dasarnya, setiap individu memiliki potensi yang sangat besar untuk menjalani dan menghadapi setiap tantangan yang ada dalam kehidupannya. Ketika seorang individu mengalami problem mental, hal yang perlu dilakukan adalah mendampingi individu tersebut untuk mengetahui kekuatan-kekuatan yang ia miliki dan membantu untuk meningkatkan atau munculkan kekuatan tersebut untuk membantu dirinya sendiri dalam menghadapi tantangan dalam hidupnya.

5. Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya disarankan untuk melibatkan orang-orang terdekat subjek penelitian untuk menambah keakuratan data dan agar berbagai sudut pandang dapat diketahui. Perlu juga untuk menambah teknik pengumpulan data yang lain guna memperkaya dan mendapatkan data yang lebih variatif. Selain itu, disarankan untuk mendalami faktor-faktor pencetus gangguan psikologis dengan menggunakan pendekatan teori ekologi Bronfenbrenner, mengingat lingkungan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap perkembangan psikologis. Sejalan dengan prevalensi yang tinggi dari kecemasan remaja, penelitian lebih lanjut perlu dilakukan untuk mengeksplorasi faktor-faktor risiko dan protektif lain yang mungkin belum terungkap dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Adwas, A. A., Jbireal, J. M., & Azab, A. E. (2019). *Anxiety : Insights into Signs , Symptoms , Etiology , Pathophysiology , and Anxiety : Insights into Signs , Symptoms , Etiology , Pathophysiology , and Treatment*. October.
- Ahulu, L. D., Gyasi-Gyamerah, A. A., & Anum, A. (2020). Predicting risk and protective factors of generalized anxiety disorder: a comparative study among adolescents in Ghana. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1), 574–584. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1698440>
- Ajhuri, K. F. (2019). Psikologi Perkembangan Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan. In *Psikologi Perkembangan Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Penebar Media Pustaka.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed*. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amir Singh, J., Siddiqi, M., Parameshwar, P., & Chandra-Mouli, V. (2019). *World Health Organization Guidance on Ethical Considerations in Planning and Reviewing Research Studies on Sexual and Reproductive Health in Adolescents*. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.01.008>
- Andayani, B. (2004). Tinjauan Pendekatan Ekologi tentang Perilaku Pengasuhan Orang Tua. *Buletin Psikologi*, 1, 44–60. http://kalsel.litbang.pertanian.go.id/ind/index.php?option=com_content&view=article&id=898:administrator&catid=14:alsin&Itemid=43
- Ang, W. H., Lau, T., Cheng, L. J., Chew, H. S. J., Tan, J., Shorey, S., & Ying, L. (2022). Effectiveness of Resilience Interventions for Higher Education Students: A Meta-Analysis and Metaregression. *Journal of Educational Psychology*. <https://doi.org/10.1037/edu0000719>
- Anggaraino, R. D., Amin, N. S., & Amiruddin, A. (2021). The Relationship Between Authoritarian Parenting With Students' Aggressive Behavior. *ALTRUISTIK : Jurnal Konseling Dan Psikologi Pendidikan*, 1(2), 94–101. <https://doi.org/10.24114/altruistik.v1i2.28610>
- Anindyajati, P. D. (2013). Status identitas remaja akhir: Hubungannya dengan gaya pengasuhan orangtua dan tingkat kenakalan remaja. *Character*, 01(02), 1–6.
- Annisa, M. (2017). Hubungan Antara Konsep Diri Dengan Kecemasan Umum Pada Remaja Awal. *Jurnal Psikologi*, 10(100), 106–111.
- Ardiansyah, S., Yunike, Ardiansyah, S., Tribakti, I., Suprpto, Saripah, E., Febriani, I., Zakiyah, Kuntoadi, G. B., Muji, R., Kusumawaty, I., Narulita, S., Juwariah, T., Akhriansyah, M., Putra, E. S., & Kurnia, H. (2023). *Buku Ajar Kesehatan Mental* (1st ed.). PT Global Eksekutif Teknologi.
- Arinny, L. (2023). Deteksi Dini Masalah Perilaku Psikososial Pada Remaja Di

- Sekolah Menengah Atas Kota Semarang. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 12(1), 67–74. <https://stikes-nhm.e-journal.id/NU/article/view/1749>
- Asebedo, S. D., & Wilmarth, M. J. (2017). Does how we feel about financial strain matter for mental health? *Journal of Financial Therapy*, 8(1), 63–78. <https://doi.org/10.4148/1944-9771.1130>
- Ashley, O. S., & Foshee, V. A. (2005). Adolescent help-seeking for dating violence: prevalence, sociodemographic correlates, and sources of help. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 36(1), 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.12.014>
- Asmundson, G. J. G., Taylor, S., & Smits, J. A. J. (2014). Panic disorder and agoraphobia: an overview and commentary on DSM-5 changes. *Depression and Anxiety*, 31(6), 480–486. <https://doi.org/10.1002/da.22277>
- Atmaja, R. A. J., & Rahmatika, R. (2018). Peran Dukungan Sosial Keluarga terhadap Motivasi Menjaga Kesehatan Melalui Aktivitas Fisik pada Lansia. *Jurnal Psikogenesis*, 5(2), 180–187. <https://doi.org/https://doi.org/10.24854/jps.v5i2.506>
- Ayuni, D. (2021). Pencegahan Bullying dalam Pendidikan Anak Usia Dini. *Journal of Education Research*, 2(3), 93–100. <https://doi.org/10.37985/jer.v2i3.55>
- Ayuningtyas, D., Misnaniarti, M., & Rayhani, M. (2018). Analisis Situasi Kesehatan Mental Pada Masyarakat Di Indonesia Dan Strategi Penanggulangannya. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.26553/jikm.2018.9.1.1-10>
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2015). Abnormal psychology : an integrative approach. In *Cengage Learning* (Seventh ed). Cengage Learning Australia. <https://doi.org/LK> - <https://worldcat.org/title/875851784>
- Bastaman, H. D. (1995). *Integrasi psikologi dengan Islam : menuju psikologi Islami*. 243.
- Beazley, H., Butt, L., & Ball, J. (2018). ‘Like it, don’t like it, you have to like it’: children’s emotional responses to the absence of transnational migrant parents in Lombok, Indonesia. *Children’s Geographies*, 16(6), 591–603. <https://doi.org/10.1080/14733285.2017.1407405>
- Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child & Family Social Work*, 14(1), 103–114. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2008.00586.x>
- Berns, R. (2004). Child, family, school, community : socialization and support. In *Wadsworth/Thomson Learning* (6th ed). Wadsworth/Thomson Learning. <https://doi.org/LK> - <https://worldcat.org/title/53007156>
- Boutelle, K., Eisenberg, M. E., Gregory, M. L., & Neumark-Sztainer, D. (2009). The reciprocal relationship between parent—child connectedness and adolescent emotional functioning over 5 years. In *Journal of Psychosomatic*

- Research* (Vol. 66, Issue 4, pp. 309–316). Elsevier Science. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.10.019>
- Breheny, M., Stephens, C., & Spilsbury, L. (2013). Involvement without interference: How grandparents negotiate intergenerational expectations in relationships with grandchildren. *Journal of Family Studies*, *19*, 176–186. <https://doi.org/10.5172/jfs.2013.19.2.174>
- Bretherton, S. J. (2021). The Influence of Social Support, Help-Seeking Attitudes and Help-Seeking Intentions on Older Australians' use of Mental Health Services for Depression and Anxiety Symptoms. *The International Journal of Aging and Human Development*, *95*(3), 308–325. <https://doi.org/10.1177/00914150211050882>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development, Volume 1, 5th ed.* (pp. 993–1028). John Wiley & Sons, Inc.
- Cahyaningsih, D. S. (2017). *Pertumbuhan perkembangan anak dan remaja*. CV Trans Info Media.
- Carney, C. E., & Edinger, J. D. (2010). Insomnia and anxiety. In *Insomnia and anxiety*. Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1434-7>
- Center for Reproductive Health, University of Queensland, & Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. (2022). *Indonesia – National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS): Laporan Penelitian*. Pusat Kesehatan Reproduksi.
- Craske, M. G., & Stein, M. B. (2016). *Anxiety*. *6736*(16). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6)
- Craske, S. (2023). *Managing Anxiety : Causes , Symptoms , and Treatment Options*. *12*(1000509), 1–2. <https://doi.org/10.35248/2167-1044.23.12.509.Citation>
- Cristóbal-Narváez, P., Sheinbaum, T., Ballespí, S., Mitjavila, M., Myin-Germeys, I., Kwapil, T., & Barrantes-Vidal, N. (2016). Impact of Adverse Childhood Experiences on Psychotic-Like Symptoms and Stress Reactivity in Daily Life in Nonclinical Young Adults. *FOCUS*, *14*, 387–395. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.140301>
- Davis, K. L., Charney, D., Coyle, J. T., & Nemeroff, C. (2012). *Neurobiological Basis of Anxiety. Disorders. Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress* (pp. 901–921).
- Davis, R., Campbell, R., Hildon, Z., Hobbs, L., & Michie, S. (2015). Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review*, *9*(3), 323–344. <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.941722>
- De Oliveira Pimentel, F., Della Méa, C. P., & Dapieve Patias, N. (2020). Victims of bullying, symptoms of depression, anxiety and stress, and suicidal ideation

- in teenagers. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(2 SE-Artículos), 205–240. <https://doi.org/10.14718/ACP.2020.23.2.9>
- Dian, C., Hasanah, U., & Ambarini, T. R. I. K. (2018). HUBUNGAN FAKTOR TRAUMA MASA LALU DENGAN STATUS MENTAL. *Jurnal Psikologi Dan Kesehatan Mental*, 3(2), 73–82. <https://doi.org/10.20473/jpkm.v3i22018.73-82>
- Elvira, S. D. (2017). *Buku ajar psikiatri*. <https://lib.ui.ac.id>
- Esfandyari, B., & Nowzari, L. (2009). The Relationship between Inter-parental Conflicts and Externalizing Behaviour Problems Among Adolescents. *European Journal of Social Sciences*, 12.
- Fadlillah, A. (2018). *Problematika Keluarga Poligami*. Universitas Islam Negeri “SMH” Banten.
- Feist, J., Feist, G. J., & Roberts, T.-A. (2017). *Teori kepribadian edisi 8*. Penerbit Salemba Humanika.
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Fernández De La Cruz, L., Chamorro, J., Pérez-Vigil, A., Ioannidis, J. P. A., Solanes, A., Guardiola, M., Almodóvar, C., Miranda-Olivos, R., Ramella-Cravaro, V., Vilar, A., Reichenberg, A., Mataix-Cols, D., Vieta, E., Fusar-Poli, P., Fatjó-Vilas, M., & Radua, J. (2020). Risk and protective factors for anxiety and obsessive-compulsive disorders: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychological Medicine*, 50(8), 1300–1315. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001247>
- Ghufron, & Risnawita. (2011). *Teori-Teori Psikologi*. Ar-Ruzz Madia.
- Godaa, A. M. A. M., Satohe, A. M. Al, & Hareede, N. M. M. (2019). The Relationship between Psychological Resilience and Psychological Well-being (An Empirical Study On banks’ employees in Mansoura). *Scinito*, 39(1), 1–20. <https://doi.org/10.21608/caf.2019.125707>
- Hadi, A., Asrori, & Rusman. (2021). *Penelitian Kualitatif: Studi Fenomenologi, Case Study, Grounded Theory, Etnografi, Biografi* (1st ed.). CV. Pena Persada.
- Hammer, J. H., & Spiker, D. A. (2018). Dimensionality, reliability, and predictive evidence of validity for three help-seeking intention instruments: ISCI, GHSQ, and MHSIS. *Journal of Counseling Psychology*, 65(3), 394–401. <https://doi.org/10.1037/cou0000256>
- Hamwey, M. K., & Whiteman, S. D. (2021). Jealousy Links Comparisons with Siblings to Adjustment among Emerging Adults. *Family Relations*, 70(2), 483–497. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/fare.12428>
- Hamzah, F., Bhagat, V., Mahyiddin, N. S., & Che Mat, K. (2018). Test Anxiety and its Impact on first year University Students and the over View of mind and body Intervention to Enhance coping Skills in Facing Exams. *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 11, 2220–2228. <https://doi.org/10.5958/0974-360X.2018.00411.0>

- Hanifah, R., & Farida, N. A. (2023). Peran Keluarga dalam Mengoptimalkan Perkembangan Anak. *Az-Zakiy: Journal of Islamic Studies*, 1(01), 23–33. <https://doi.org/10.35706/azzakiy.v1i01.9951>
- Hanurawan, F. (2010). *Psikoogi Sosial Suatu Pengantar*. Remaja Rosdakarya.
- Harrison, P., Cowen, P., Burns, T., & Fazel, M. (2018). *Shorter Oxford textbook of psychiatry* (Seventh ed). Oxford University Press Oxford.
- Hartanto, D., & yuliani, S. (2019). POLA PENGASUHAN ANAK DALAM KONTEKS PENDIDIKAN PERAN PEMERINTAH DAN ORANG TUA: Children's Care Patterns in Educational Context; Role of Government and Parents. *Perspektif Pendidikan Dan Keguruan*, 10(1 SE-Articles), 90–98. [https://doi.org/10.25299/perspektif.2019.vol10\(1\).3106](https://doi.org/10.25299/perspektif.2019.vol10(1).3106)
- Herdiansyah, H. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif untuk Ilmu-ilmu Sosial*. Salemba Humanika.
- Hibbert, A., Godwin, A., & Dear, F. (2008). *Rujukan cepat psikiatri*. EGC.
- Hidayah Nur, H. (2016). Krisis Identitas Diri Pada Remaja “Identity Crisis of Adolescences.” *Sulesana Volume*, 10, 49–62.
- Hyett, M. P., & McEvoy, P. M. (2018). Social anxiety disorder: looking back and moving forward. *Psychological Medicine*, 48(12), 1937–1944. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003816>
- Hyoscyamina, D. E. (2012). PERAN KELUARGA DALAM MEMBANGUN KARAKTER ANAK. *Jurnal Psikologi*, 10(2), 144–152. <https://doi.org/https://doi.org/10.14710/jpu.10.2.144-152>
- Idiarni, S., Nurdin, S., Program, A. B., Bimbingan, S., Konseling, D., Keguruan, F., & Pendidikan, I. (2018). Hubungan Antara Keharmonisan Keluarga dengan Kestabilan Emosi Remaja. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Bimbingan Dan Konseling*, 3(April), 68–75.
- Ikatan Psikolog Klinis Indonesia. (2021). *Pedoman Nasional Pelayanan Psikologi Klinis* (A. Heru (ed.); Edisi Pert). IPK Indonesia.
- Ismail, A., Abdelgaber, A., Hegazi, H., Lotfi, M., Kamel, A., & Ramdan, M. (2015). The prevalence and risk factors of anxiety disorders in an Egyptian sample of school and students at the age of 12-18 years. *African Journal of Psychiatry (South Africa)*, 18(5). <https://doi.org/10.4172/2378-5756.1000316>
- Johnson, J., Simms-Ellis, R., Janes, G., Mills, T., Budworth, L., Atkinson, L., & Harrison, R. (2020). Can we prepare healthcare professionals and students for involvement in stressful healthcare events? A mixed-methods evaluation of a resilience training intervention. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1094. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05948-2>
- Kaur, G. (2021). Psychological Well Being Pada Tenaga Medis Selama Pandemi Covid-19. *Buletin KPIN*, 7(1).
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). *Hasil Utama RISKESDAS*. Riset Kesehatan

Dasar.

- Kendler, K. S., & Prescott, C. A. (2006). Genes, environment, and psychopathology: Understanding the causes of psychiatric and substance use disorders. In *Genes, environment, and psychopathology: Understanding the causes of psychiatric and substance use disorders*. Guilford Press.
- Kuntjojo. (2009). *Metodologi Penelitian*. Materi Diklat pada Universitas Nusantara PGRI Kediri.
- Kurniati, R., Menanti, A., & Hardjo, S. (2019). Hubungan Antara Pola Asuh Otoriter dan Kematangan Emosi Dengan Perilaku Agresif Pada Siswa SMP Negeri 2 Medan. *Tabularasa: Jurnal Ilmiah Magister Psikologi*, *1*, 59–68. <https://doi.org/10.31289/tabularasa.v1i1.277>
- Lahaling, H., & Makkulawuzar, K. (2021). Dampak Pelaksanaan Perkawinan Poligami Terhadap Perempuan dan Anak. *Al-Mujtahid: Journal of Islamic Family Law*, *1*(2), 80–90. <https://doi.org/http://doi.org/1.2:80-90>
- Lauren S. Hallion, P. D., a, Shari A. Steinman, P. D., & b, and Susan N. Kusmierski, B. A. (2017). Difficulty Concentrating in Generalized Anxiety Disorder: An Evaluation of Incremental Utility and Relationship to Worry. *Physiology & Behavior*, *176*(5), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.10.007>.Difficulty
- Maesaroh, S., Sunarti, E., & Muflikhati, I. (2019). Ancaman, Faktor Protektif, dan Resiliensi Remaja di Kota Bogor. *Jurnal Ilmu Keluarga Dan Konsumen*, *12*(1), 63–74. <https://doi.org/10.24156/jikk.2019.12.1.63>
- Marshall, G. L., Kahana, E., Gallo, W. T., Stansbury, K. L., & Thielke, S. (2021). The price of mental well-being in later life: the role of financial hardship and debt. *Aging & Mental Health*, *25*(7), 1338–1344. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1758902>
- Mil, S., & Ningsih, A. S. (2023). Pengaruh Pola Asuh Otoriter Terhadap Perilaku Agresif Anak. *Aulad: Journal on Early Childhood*, *6*(2), 219–225. <https://doi.org/10.31004/aulad.v6i1.500>
- Moleong, L. (2001). *Metode Penelitian Kualitatif*. Remaja Rosdakarya.
- Moore, S. E., Norman, R. E., Suetani, S., Thomas, H. J., Sly, P. D., & Scott, J. G. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, *7*(1), 60–76. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60>
- Mulyanti, S., Kusmana, T., & Fitriani, T. (2021). Pola Pengasuhan Orangtua Terhadap Perkembangan Anak Usia Pra Sekolah :Literature Review. *HealthCare Nursing Journal*, *3*(2), 116–124. <https://www.journal.umtas.ac.id/index.php/healthcare/article/view/1333>
- Muyasaroh, H. (2020). Kajian Jenis Kecemasan Masyarakat Cilacap dalam menghadapi Pandemi Covid 19. *LP2M UNUGHA Cilacap*, *3*. <http://repository.unugha.ac.id/id/eprint/858>

- National Institute of Mental Health. (2023). Obsessive- Compulsive Disorder : When Unwanted Thoughts or Repetitive Behaviors Take Over. *National Institutes of Health Publication*.
- Natsuaki, M. N., Ge, X., Reiss, D., & Neiderhiser, J. M. (2009). Aggressive behavior between siblings and the development of externalizing problems: Evidence from a genetically sensitive study. In *Developmental Psychology* (Vol. 45, Issue 4, pp. 1009–1018). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/a0015698>
- Nurbaeti. (2018). *Dampak Negatif Poligami terhadap Perkembangan Emosi Istri dan Anak*. UIN Sultan Maulana Hasanudin Banten.
- Nuringtyas, R., & Rani Rachim, dan. (2013). Trauma Kekerasan Masa Kanak dan Kekerasan dalam Relasi Intim. *Makara Seri Sosial Humaniora*, 17(1), 33–42. <https://doi.org/10.7454/mssh.v17i1.1800>
- Nurrahmasia, N., Amalia, E., & Sari, D. P. (2021). Hubungan Mekanisme Koping Dengan Skor Kecemasan Dalam Menghadapi Ujian Keterampilan Medik Pada Mahasiswa Prodi Pendidikan Dokter Universitas Mataram. *Smart Medical Journal*, 4(1), 18. <https://doi.org/10.13057/smj.v4i1.47695>
- O’Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (2009). Risk and Protective Factors for Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Across the Life Cycle. *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders among Young People: Progress and Possibilities*, 2.
- Poerwandari, E. K. (2005). *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia*. Fakultas Psikologi UI.
- Polcari, A., Rabi, K., Bolger, E., & Teicher, M. H. (2014). Parental verbal affection and verbal aggression in childhood differentially influence psychiatric symptoms and wellbeing in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 91–102. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.003>
- Pramulia, F., Munthe, M. S., Andreansyah, Y., Syahrial, & Noviyanti, S. (2023). Jurnal Pendidikan dan Konseling. *Jurnal Pendidikan Dan Konseling*, 5(1), 4093–4096.
- Prasetya, E. C., Lestari, R. D., Mahyuddin, M. H., Haniifah, U., & Atsira, O. (2023). Psychodynamic Overview of Generalized Anxiety Disorder in Young Adults. *Medical and Health Science Journal*, 7(01), 46–53. <https://doi.org/10.33086/mhsj.v7i01.3558>
- Purwaningsih, I. E., Sugiarto, R., & Budiarto, S. (2023). Kesejahteraan psikologis dalam hubungannya dengan kecemasan dan dukungan sosial. *SOSIOHUMANIORA: Jurnal Ilmiah Ilmu Sosial Dan Humaniora*, 9(1), 1–16. <https://doi.org/10.30738/sosio.v9i1.13427>
- Rachman, A., Yochanan, E., Samanlangi, A., & Purnomo, H. (2024). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D* (1st ed.). CV Saba Jaya Publisher.
- Rahmatullah, A. (2018). Kelekatan Ayah-Anak sebagai Media Dasar

- Memberfungsikan Kejiwaan Positif Anak. *AL-MURABBI: Jurnal Studi Kependidikan Dan Keislaman*, 5, 1–14. <https://doi.org/10.53627/jam.v5i1.3398>
- Rahmatullah, R., Hudriansyah, H., & Mursalim, M. (2021). M. Quraish Shihab dan Pengaruhnya terhadap Dinamika Studi Tafsir Al-Qur'an Indonesia Kontemporer. *Suhuf*, 14(1), 127–151. <https://doi.org/10.22548/shf.v14i1.618>
- Ramadhanu, C. A., Sunarya, Y., & Nurhuda. (2019). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Identitas Diri. *Journal of Innovative Counseling: Theory, Practice & Research*, 3(1), 7–17. http://journal.umtas.ac.id/index.php/innovative_counseling
- Richards, M., & Dixon, L. B. (2020). Resilience. *Psychiatric Services*, 71(8), 878–879. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.71804>
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218–251. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>
- Ropret, N., Košir, U., Roškar, S., Klopčič, V., & Vrdelja, M. (2023). Psychological Well-Being and Resilience of Slovenian Students During the COVID-19 Pandemic. *Slovenian Journal of Public Health*, 62(2), 101–108. <https://doi.org/10.2478/sjph-2023-0014>
- Rudwan, S., & Alhashimia, S. (2018). The Relationship between Resilience & Mental Health among a Sample of University of Nizwa Students - Sultanate of Oman. *European Scientific Journal, ESJ*, 14(2), 288. <https://doi.org/10.19044/esj.2018.v14n2p288>
- Ryu, S., & Fan, L. (2023). The Relationship Between Financial Worries and Psychological Distress Among U.S. Adults. *Journal of Family and Economic Issues*, 44(1), 16–33. <https://doi.org/10.1007/s10834-022-09820-9>
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2010). *Kaplan & Sadock Buku Ajar Psikiatri Klinis*. EGC.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & MD, P. R. (2015). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (11th ed.). Wolters Kluwer. <https://books.google.co.id/books?id=QQmOngEACAAJ>
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Sagone, E., & Caroli, M. E. De. (2014). Relationships between Psychological Well-being and Resilience in Middle and Late Adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 141, 881–887. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.05.154>
- Sahithya, B. R., Manohari, S. M., & Vijaya, R. (2019). Parenting styles and its impact on children – a cross cultural review with a focus on India. *Mental Health, Religion & Culture*, 22(4), 357–383.

<https://doi.org/10.1080/13674676.2019.1594178>

- Salsabila, U. H. (2018). Teori Ekologi Bronfenbrenner Sebagai Sebuah Pendekatan Dalam Pengembangan Kurikulum Pendidikan Agama Islam. *Al-Manar*, 7(1). <https://doi.org/10.36668/jal.v7i1.72>
- Sanghvi, P., & Mehrotra, S. (2021). Help-seeking for mental health concerns: review of Indian research and emergent insights. *Journal of Health Research*, 36, 428–441. <https://doi.org/10.1108/JHR-02-2020-0040>
- Santrock, J. W. (2012). *Life-Span Development, Perkembangan Masa Hidup* (13th ed.). Erlangga.
- Saputri, N. R., & Mulawarman. (2022). Resiliensi Sebagai Prediktor Kesejahteraan Psikologis Remaja di Pantu Asuhan. *Jurnal Bimbingan Dan Konseling Indonesia*, 7(2).
- Saputro, K. Z. (2018). Memahami Ciri dan Tugas Perkembangan Masa Remaja. *Aplikasia: Jurnal Aplikasi Ilmu-Ilmu Agama*, 17(1), 25. <https://doi.org/10.14421/aplikasia.v17i1.1362>
- Scharf, M., Maysel, O., & Rousseau, S. (2016). When somatization is not the only thing you suffer from: Examining comorbid syndromes using latent profile analysis, parenting practices and adolescent functioning. *Psychiatry Research*, 244, 10–18. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.015>
- Seidl, E., Venz, J., Ollmann, T. M., Voss, C., Hoyer, J., Pieper, L., & Beesdo-Baum, K. (2021). How current and past anxiety disorders affect daily life in adolescents and young adults from the general population-An epidemiological study with ecological momentary assessment. *Depression and Anxiety*, 38(3), 272–285. <https://doi.org/10.1002/da.23133>
- Septiani, D., & Nasution, I. (2018). Peran Keterlibatan Ayah dalam Pengasuhan Bagi Perkembangan Kecerdasan Moral Anak. *Jurnal Psikologi*, 13, 120. <https://doi.org/10.24014/jp.v13i2.4045>
- Shanahan, L., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Murray, A. L., Nivette, A., Hepp, U., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2022). Emotional distress in young adults during the COVID-19 pandemic: evidence of risk and resilience from a longitudinal cohort study. *Psychological Medicine*, 52(5), 824–833. <https://doi.org/10.1017/S003329172000241X>
- Shin, K. E., Lafreniere, L. S., & Newman, M. G. (2019). Generalized Anxiety Disorder. In *The Cambridge Handbook of Anxiety and Related Disorders*. <https://doi.org/10.1017/9781108140416.019>
- Sluzki, C. E. (2002). Review of Concise Guide to Marriage and Family Therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 600. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.4.600a>
- Smetana, J. G. (2017). Current research on parenting styles, dimensions, and beliefs. *Current Opinion in Psychology*, 15, 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.02.012>


- Sochib, M. (2000). *Pola Asuh Orang Tua. Dalam Membantu Anak Mengembangkan Disiplin Dir.* Rineka Cipta.
- Solobutina, M. (2020). Ego identity of intellectually gifted and sport talented individuals in puberty and adolescence. *Education & Self Development*, 12–20. <https://doi.org/10.26907/esd15.1.02>
- Suedfeld, P., Soriano, E., McMurtry, D. L., Paterson, H., Weiszbeck, T. L., & Krell, R. (2005). Erikson's "Components of a Healthy Personality" among Holocaust Survivors Immediately and 40 Years after The War. *The International Journal of Aging & Human Development*, 60(3), 229–248. <https://doi.org/10.2190/U6PU-72XA-7190-9KCT>
- Sunarti, E., Islamia, I., Rochimah, N., & Ulfa, M. (2018). Resiliensi Remaja: Perbedaan Berdasarkan Wilayah, Kemiskinan, Jenis Kelamin, dan Jenis Sekolah. *Jurnal Ilmu Keluarga Dan Konsumen*, 11, 157–168. <https://doi.org/10.24156/jikk.2018.11.2.157>
- Syahratriery, Y., & Luthfiyah, N. U. (2022). Psychological dynamics of generalized anxiety disorder in early adult. *Journal of Counseling and Educational Technology*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.32698/01531>
- Teerawichitchainan, B., & Low, T. Q. Y. (2021). The situation and well-being of custodial grandparents in Myanmar: Impacts of adult children's cross-border and internal migration. *Social Science & Medicine (1982)*, 277, 113914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113914>
- Vallance, A. K., & Fernandez, V. (2016). *Anxiety disorders in children and adolescents: aetiology, diagnosis and treatment* †. 22, 335–344. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.014183>
- Wang, P.-H., Liu, D., & Zhao, X. (2014). The Social Ecology of Resilience: A Comparison of Chinese and Western Researches. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 116, 3259–3265. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:143145538>
- Wang, Y., Tian, L., Guo, L., & Huebner, E. S. (2020). Family dysfunction and Adolescents' anxiety and depression: A multiple mediation model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 66, 101090. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.101090>
- Wardhani, R., & Sunarti, E. (2017). Ancaman, Faktor Protektif, Aktivitas, dan Resiliensi Remaja: Analisis Berdasarkan Tipologi Sosiodemografi. *Jurnal Ilmu Keluarga Dan Konsumen*, 10, 47–58. <https://doi.org/10.24156/jikk.2017.10.1.47>
- Windra, A., □ D., & Mukhtar, W. (2020). Hubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak Prasekolah. *Jurnal Kesehatan*, 13, 46–52. <https://doi.org/10.32763/juke.v13i1.180>
- Woodgate, R. L., Tennent, P., Barriage, S., & Legras, N. (2020). The lived experience of anxiety and the many facets of pain: A qualitative, arts-based

- approach. *Canadian Journal of Pain*, 4(3), 6–18.
<https://doi.org/10.1080/24740527.2020.1720501>
- World Health Organization. (2016). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision ICD-10 : Tabular List. *World Health Organization*, 1, 2, 33–95.
<http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>
- World Health Organization. (2023). *Adolescent health*.
- Wulandari, C. (2018). Hubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Perkembangan Pada Anak Usia Dini (3-4 Tahun) Di Paud Dharma Wanita Desa Pojoksari Kecamatan Sukomoro Kabupaten Magetan. *Jurnal Delima Harapan*, 3(1).
<https://doi.org/https://doi.org/10.31935/delima.v3i1.30>
- Yanuari, T., & Rahmasari, D. (2011). HUBUNGAN ANTARA SIBLING RIVALRY DENGAN STRES PADA ANAK. *Jurnal Psikologi Teori Dan Terapan*, 2, 46. <https://doi.org/10.26740/jppt.v2n1.p46-57>
- Yetter, T. A., & Masten, E. (2022). Post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 35(5), 62–63.
<https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000824984.90489.95>
- Yulianto, A. (2009). Cemburu dalam Hubungan Percintaan [Jealousy in intimate relationship]. *Metamorfosis Buletin Ilmiah Psikologi UKRIDA*, 3, 6–11.
- Yuliaty Nanik. (2020). Krisis Identitas Sebagai Problem Psikososial Remaja. In *LaksBang Presindo* (Vol. 5, Issue 3).
- Yuniarti, Andriyani, S. and, & Mira. (2017). Hubungan Pola Asuh Orang Tua Dengan Perkembangan Anak Prasekolah Di R. A Almardiyah Rajamandala. *Prosiding Seminar Nasional Ilmu Pengetahuan Dan Teknologi Jendral Achmad Yani (SNIJA)*, 103–111.
- Zimmermann, M., Chong, A. K., Vechiu, C., & Papa, A. (2020). Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review. *Psychiatry Research*, 285, 112705.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112705>
- Zolkoski, S. M., & Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2295–2303.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.08.009>

LAMPIRAN

Lampiran 1. Keterangan MBKM di RSUD Dr. Saiful Anwar


NO : 313



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR
TERAKREDITASI PARIPURNA

★★★★★

30 November 2022 s.d. 20 November 2026
Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 Malang 65111
Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384
E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id
bagianumum.rssa@gmail.com
Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id



SURAT KETERANGAN
NOMOR : 423.4/ 2 2 4 1 1 /102.7/2023

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. dr. Fauzan Adima, M.Kes
NIP : 197202262003121003
Pangkat / Gol : Pembina Utama Muda / IVC
Jabatan : Wakil Direktur Pendidikan dan Pengembangan Mutu Pelayanan
RSUD Dr. Saiful Anwar

Dengan ini menerangkan bahwa :


Nama : Firdah Widya Safinah
NIM : 200401110116
Institusi : Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim

Telah selesai melaksanakan praktik di RSUD Dr. Saiful Anwar, pada tanggal 12 Juni s.d. 13 Oktober 2023 di Kelompok Staff Medik (KSM) Psikiatri.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 16 AUG 2023

Wakil Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar
Wakil Direktur Pendidikan & Pengembangan Mutu Pelayanan



Dr. dr. FAUZAN ADIMA, M.Kes
Pembina Utama Muda
NIP. 197202262003121003

Lampiran 2. *Informed Consent* Subjek MHL D



FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM
MALANG

INFORMED CONCENT


Nama saya adalah Firdah Widya Safinah NIM: (200401110116), yang merupakan mahasiswa program pendidikan Sarjana Psikologi di Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang. Saat ini, saya sedang melakukan penelitian untuk memenuhi tugas akhir (skripsi) dengan judul “Dinamika Psikologis Gangguan Cemas Menyeluruh pada Remaja”.

Pada kesempatan ini, saya memohon kesediaan Anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

1. Partisipasi Anda dalam penelitian ini bersifat sukarela. Anda memiliki hak untuk membatalkan dan tidak melanjutkan partisipasi sebagai narasumber tanpa dikenakan sanksi apapun. Jika Anda memutuskan untuk menghentikan dan membatalkan partisipasi Anda, hanya peneliti yang mengetahui hal tersebut.
2. Peran Anda dalam penelitian ini sangat berarti, namun jika Anda merasa tidak nyaman, Anda berhak menolak menjawab pertanyaan yang diajukan oleh peneliti. Kesejahteraan Anda selama proses penelitian menjadi prioritas utama.
3. Partisipasi Anda dalam penelitian ini akan melibatkan wawancara dengan peneliti, yang mungkin memerlukan waktu 30-45 menit dalam beberapa pertemuan. Dengan izin Anda, peneliti berencana untuk mencatat atau merekam proses wawancara menggunakan alat perekam.
4. Peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas Anda dalam laporan, dan kerahasiaan Anda sebagai narasumber akan dijamin sepenuhnya. Data dan informasi yang diperoleh oleh peneliti hanya akan digunakan untuk kepentingan ilmiah dan akan dijamin kerahasiaannya.

Setelah membaca penjelasan tertulis diatas, Saya memutuskan untuk (~~Bersedia/ Tidak Bersedia~~*) untuk berpartisipasi menjadi subjek penelitian dan bersedia melakukan pemeriksaan sesuai dengan data yang diperlukan. Demikian pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari pihak manapun. (*coret salah satu)

Mahasiswa


(Firdah Widya S.)

Malang, 06 September 2023
Subjek


MHL D

Lampiran 3. *Informed Consent* Subjek TDL



FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM
MALANG

INFORMED CONCENT

Nama saya adalah Firdah Widya Safinah NIM: (200401110116), yang merupakan mahasiswa program pendidikan Sarjana Psikologi di Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang. Saat ini, saya sedang melakukan penelitian untuk memenuhi tugas akhir (skripsi) dengan judul “Dinamika Psikologis Gangguan Cemas Menyeluruh pada Remaja”.

Pada kesempatan ini, saya memohon kesediaan Anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

1. Partisipasi Anda dalam penelitian ini bersifat sukarela. Anda memiliki hak untuk membatalkan dan tidak melanjutkan partisipasi sebagai narasumber tanpa dikenakan sanksi apapun. Jika Anda memutuskan untuk menghentikan dan membatalkan partisipasi Anda, hanya peneliti yang mengetahui hal tersebut.
2. Peran Anda dalam penelitian ini sangat berarti, namun jika Anda merasa tidak nyaman, Anda berhak menolak menjawab pertanyaan yang diajukan oleh peneliti. Kesejahteraan Anda selama proses penelitian menjadi prioritas utama.
3. Partisipasi Anda dalam penelitian ini akan melibatkan wawancara dengan peneliti, yang mungkin memerlukan waktu 30-45 menit dalam beberapa pertemuan. Dengan izin Anda, peneliti berencana untuk mencatat atau merekam proses wawancara menggunakan alat perekam.
4. Peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas Anda dalam laporan, dan kerahasiaan Anda sebagai narasumber akan dijamin sepenuhnya. Data dan informasi yang diperoleh oleh peneliti hanya akan digunakan untuk kepentingan ilmiah dan akan dijamin kerahasiaannya.

Setelah membaca penjelasan tertulis diatas, Saya memutuskan untuk (~~Bersedia~~ **Bersedia***) untuk berpartisipasi menjadi subjek penelitian dan bersedia melakukan pemeriksaan sesuai dengan data yang diperlukan. Demikian pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari pihak manapun. (*coret salah satu)

Mahasiswa

(Firdah Widya S.)

Malang, 19 Juni 2023
Subjek

TDL

Lampiran 4. Alat Tes GAD-7 MHL D

MHL D

GAD-7				
Selama 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda terganggu oleh masalah-masalah berikut? <i>(Gunakan "✓" untuk menandai jawaban Anda)</i>	Tidak pernah	Beberapa hari	Lebih dari separuh waktu yang dimaksud	Hampir setiap hari
1. Merasa gelisah, cemas atau amat tegang	0	1	2	(3)
2. Tidak mampu menghentikan atau mengendalikan rasa khawatir	0	1	(2)	3
3. Terlalu mengkhawatirkan berbagai hal	0	1	(2)	3
4. Sulit untuk santai	0	1	2	(3)
5. Sangat gelisah sehingga sulit untuk duduk diam	0	(1)	2	3
6. Menjadi mudah jengkel atau lekas marah	0	1	2	(3)
7. Merasa takut seolah-olah sesuatu yang mengerikan mungkin terjadi	0	1	(2)	3

(For office coding: Total Score T___ = $\frac{1}{1} + \frac{6}{6} + \frac{9}{9}$)
= 16 (kecemasan berat)

Dikembangkan oleh Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke dan rekan-rekan sejawat, dengan hibah pendidikan dari Pfizer Inc. Tidak diperlukan izin untuk memperbanyak, menerjemahkan, memajang atau menyebarkan.

Lampiran 5. Alat Tes GAD-7 TDL

TDL

GAD-7				
Selama 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda terganggu oleh masalah-masalah berikut? <i>(Gunakan "✓" untuk menandai jawaban Anda)</i>	Tidak pernah	Beberapa hari	Lebih dari separuh waktu yang dimaksud	Hampir setiap hari
1. Merasa gelisah, cemas atau amat tegang	0	1	2	3
2. Tidak mampu menghentikan atau mengendalikan rasa khawatir	0	1	2	3
3. Terlalu mengkhawatirkan berbagai hal	0	1	2	3
4. Sulit untuk santai	0	1	2	3
5. Sangat gelisah sehingga sulit untuk duduk diam	0	1	2	3
6. Menjadi mudah jengkel atau lekas marah	0	1	2	3
7. Merasa takut seolah-olah sesuatu yang mengerikan mungkin terjadi	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = $\frac{3}{3} + \frac{0}{0} + \frac{9}{9}$)
= 12 (kecemasan sedang)

Dikembangkan oleh Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke dan rekan-rekan sejawat, dengan hibah pendidikan dari Pfizer Inc. Tidak diperlukan izin untuk memperbanyak, menerjemahkan, memajang atau menyebarkan.

Lampiran 6. Alat Tes SCL-90 MHL D

RSU Dr. SAIFUL ANWAR MALANG
SMF PSIKIATRI SIE PSIKOLOGI

Nama :
Umur : 17
Jenis Kelamin : Laki 2
Pendidikan : S.M.K
.....

[SCL 90]

Dibawah ini adalah daftar dari masalah-masalah dan keluhan yang kadang-kadang kita alami. Bacalah baik-baik dan pilihlah satu nomor jawaban disebelah kanan yang paling cocok menggambarkan penderitaan anda karena problem dan keluhan tersebut yang terjadi selama satu bulan terakhir ini termasuk hari ini.

Silanglah [X] nomor jawaban yang telah tersedia di sebelah kanan dari setiap problema.

Jangan ada pernyataan yang dilewati, dan jika anda ingin ganti pendapat, hapuslah atau coretlah jawaban yang pertama dengan sempurna. Jika masih belum jelas, tanyakan pada petugas.

Nomor-nomor jawaban :

0 = Tidak sama sekali

1 = Sedikit

2 = Cukup / Kadang-kadang

3 = Agak banyak / Sering

4 = Banyak / Sering sekali

Pertanyaan :

1	Sakit kepala	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
2	Gugup atau berdebar-debar	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
3	Mengulang pikiran yang tidak menyenangkan yang sukar dihilangkan	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
4	Rasa mau pingsan atau pusing	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
5	Tak ada gairah atau kesenangan sex	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
6	Perasaan kritis terhadap orang lain	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
7	Perasaan bahwa orang lain dapat mengontrol pikiran anda	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
8	Perasaan mau menyalahkan orang lain atas sebagian kesulitan anda	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Susah mengingat sesuatu	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
10	Khawatir melakukan kelalaian atau sesuatu yang kotor	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
11	Perasaan mudah terganggu atau tersinggung	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
12	Rasa sakit didaerah dada	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
13	Perasaan kekurangan tenaga atau lambat dalam tindakan	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
14	Perasaan takut di tempat-tempat luas atau di jalan-jalan	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
15	Terpikir untuk mengakhiri hidup	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
16	Mendengar suara dimana orang lain tidak mendengarnya	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
17	Gemetar	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Perasaan bahwa orang-orang lain tak dapat dipercaya	0	1	2	3	4
19	Nafsu makan Menurun	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
20	Mudah menangis	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
21	Merasa malu-malu atau tidak tenang dengan lain jenis kelamin	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
22	Perasaan mau dijebak atau ditangkap	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
23	Perasaan mendadak takut tanpa sebab	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
24	Perasaan meledak yang tak dapat dikontrol	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
25	Perasaan takut untuk keluar rumah sendiri	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4

Hasil Tes SCL-90

Somatisasi	92,65
Obsesif Kompulsif	77,96
Interpersinal Sensitifitas	80,19
Depresi	86,36
Anxietas	87,25
Hostilitas	79,82
Phobic Anxietas	64,76
Ide Paranoid	84,64
Psikotik	86,93

Lampiran 7. Alat Tes SCL-90 TDL

RSU Dr. SAIFUL ANWAR MALANG
SMF PSIKIATRI SIE PSIKOLOGI

Nama :

Umur : 17

Jenis Kelamin : Perempuan

Pendidikan : SMK

[SCL 90]

Dibawah ini adalah daftar dari masalah-masalah dan keluhan yang kadang-kadang kita alami. Bacalah baik-baik dan pilihlah satu nomor jawaban disebelah kanan yang paling cocok menggambarkan penderitaan anda karena problem dan keluhan tersebut yang terjadi selama satu bulan terakhir ini termasuk hari ini.

Silanglah [X] nomor jawaban yang telah tersedia di sebelah kanan dari setiap problema.

Jangan ada pernyataan yang dilewati, dan jika anda ingin ganti pendapat, hapuslah atau coretlah jawaban yang pertama dengan sempurna. Jika masih belum jelas, tanyakan pada petugas.

Nomor-nomor jawaban :

0 = Tidak sama sekali

1 = Sedikit

2 = Cukup / Kadang-kadang

3 = Agak banyak / Sering

4 = Banyak / Sering sekali

Pertanyaan :

1	Sakit kepala	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
2	Gugup atau berdebar-debar	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
3	Mengulang pikiran yang tidak menyenangkan yang sukar dihilangkan	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Rasa mau pingsan atau pusing	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
5	Tak ada gairah atau kesenangan sex	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
6	Perasaan kritis terhadap orang lain	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
7	Perasaan bahwa orang lain dapat mengontrol pikiran anda	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
8	Perasaan mau menyalahkan orang lain atas sebagian kesulitan anda	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
9	Susah mengingat sesuatu	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Khawatir melakukan kelalaian atau sesuatu yang kotor	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
11	Perasaan mudah terganggu atau tersinggung	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
12	Rasa sakit di daerah dada	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
13	Perasaan kekurangan tenaga atau lambat dalam tindakan	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
14	Perasaan takut di tempat-tempat luas atau di jalan-jalan	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
15	Terpikir untuk mengakhiri hidup	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
16	Mendengar suara dimana orang lain tidak mendengarnya	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3	4
17	Gemetar	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
18	Perasaan bahwa orang-orang lain tak dapat dipercaya	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
19	Nafsu makan Menurun	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
20	Mudah menangis	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
21	Merasa malu-malu atau tidak tenang dengan lain jenis kelamin	0	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Perasaan mau dijebak atau ditangkap	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
23	Perasaan mendadak takut tanpa sebab	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
24	Perasaan meledak yang tak dapat dikontrol	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
25	Perasaan takut untuk keluar rumah sendiri	0	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4

Hasil Tes SCL-90

Somatisasi	77.06
Obsesif Kompulsif	74.21
Interpersinal Sensitifitas	71.95
Depresi	69.24
Anxietas	61.24
Hostilitas	55.04
Phobic Anxietas	75.70
Ide Paranoid	64.08
Psikotik	64.64