

LAPORAN PENELITIAN HIBAH INTERNAL



**Penerapan Terapi Spesialis Kelompok Terapeutik Psikoedukasi
Keluarga Dalam Menstimulasi Perkembangan Identitas Diri
Remaja Menggunakan Pendekatan Teori Stuart Dan King**

TIM PENGUSUL

Uswatun Hasanah, S.Kep., Ns, M.Kep., Sp.Kep.J (0710069006)

Reliani, S.Kep., Ns., M.Kes (0711028104)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA

TAHUN 2018/2019

HALAMAN PENGESAHAN

PENELITIAN HIBAH INTERNAL

Judul Penelitian : Penerapan Terapi Spesialis Kelompok Terapeutik Dan Psikoedukasi Keluarga Dalam Menstimulasi Perkembangan Identitas Diri Remaja Menggunakan Pendekatan Teori Stuart Dan King

Skema : Penelitian

Jumlah Dana : Rp. 14.400.000

Ketua Penelitian :

a. Nama Peneliti : Uswatun Hasanah, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J

b. NIDN/NIDK : 0710069006

c. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli

d. Program Studi : S1 Keperawatan

e. Nomor Hp : 082132675704

f. Alamat Email : ns.uswatunskep@yahoo.com

Anggota Peneliti 1

a. Nama Lengkap : Reliani S.Kep., Ns., M.Kes

b. NIDN : 0711028104

c. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Surabaya

Anggota Peneliti 2

a. Nama mahasiswa : Hanifah Allyah Fatinah

b. NIM : 20151660086

Anggota Peneliti 3

a. Nama mahasiswa : Achmad Mahbubil Muttaqin

b. NIM : 20151660087

Surabaya, 28 Juni 2019

Dekan/Ketua



Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197403232005011

Mengetahui,

Ketua Peneliti

Uswatun Hasanah, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J
NIDN. 0710069006

Menyetujui,
Ketua LP/LPPM



Dr. Sujinah, M.Pd
NIK.01202196590004

ABSTRAK

PENERAPAN TERAPI SPESIALIS KELOMPOK TERAPEUTIK DAN PSIKOEDUKASI KELUARGA DALAM MENSTIMULASI PERKEMBANGAN IDENTITAS DIRI REMAJA MENGGUNAKAN PENDEKATAN TEORI STUART DAN KING

Uswatun Hasanah, Reliani Reliani, Hanifah Allyah Fatinah, Achmad Mahbubil Muttaqin

Perkembangan pada masa remaja seringkali dihubungkan dengan periode yang penuh dengan tantangan. Oleh sebab remaja dituntut untuk menyelesaikan tugas perkembangan identitas diri agar mampu mencapai kepuasan, kebahagiaan dan memiliki identitas diri yang positif. Tujuan penulisan ini yaitu menggambarkan perbandingan peningkatan aspek perkembangan identitas diri remaja yang memperoleh terapi kelompok terapeutik dan remaja yang memperoleh terapi kelompok terapeutik dan psikoedukasi keluarga. Terapi Kelompok Terapeutik merupakan terapi spesialis keperawatan jiwa yang dapat meningkatkan potensi dan mengembangkan kualitas antar anggota kelompok dalam mengatasi masalah kesehatan. Psikoedukasi keluarga diberikan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam menstimulasi pencapaian identitas diri remaja. Klien terdiri dari empat remaja dengan rentang usia 13-14 tahun, dua remaja hanya mendapat terapi kelompok terapeutik, sedangkan dua remaja lain mendapatkan terapi kelompok terapeutik dan psikoedukasi keluarga. Hasil evaluasi menunjukkan terjadi peningkatan aspek dan tugas perkembangan remaja dengan nilai pencapaian maksimal pada remaja yang diberi terapi Kelompok Terapeutik dan Psikoedukasi keluarga. Proses analisis dilakukan dengan menggunakan pendekatan model stres adaptasi Stuart dan King. Rekomendasi laporan kasus ini dapat dijadikan sebagai standar dalam terapi spesialis keperawatan jiwa dan disosialisasikan serta dilaksanakan pada tatanan pelayanan kesehatan jiwakomunitas.

Kata Kunci : Identitas Diri, Remaja, Psikoedukasi Keluarga, Teori King

ABSTRACT**UTILIZATION OF SPECIALIST THERAPY OF THERAPEUTIC GROUP THERAPY AND FAMILY PSYCHO-EDUCATION IN STIMULATING ADOLESCENT'S IDENTITY DEVELOPMENT BY USING STUART AND KING THEORY APPROACH**

Uswatun Hasanah, Reliani Reliani, Hanifah Allyah Fatinah, Achmad Mahbubil Muttaqin

Development in adolescence is often associated with a period full of challenge. Therefore, an adolescent is required to complete the task of self-identity development in order to be able to achieve satisfaction, to reach happiness, and to have a positive identity. The purpose of this paper was to describe a comparison of improvement aspects of adolescents' self-identity development between adolescents who received therapeutic group therapy and those who received therapeutic group therapy and family psycho-education. Therapeutic group therapy is a mental health nursing specialist therapy that can improve potential and develop quality among group members in overcoming health problems. The family psycho-education was given to increase knowledge and ability of family in stimulating adolescents' identity achievement. The therapeutic group therapy and psycho-education were given to four adolescent girls with age range of 13-14 years. The evaluation results indicated an increase in aspect and task of adolescents' development with maximum attainment value in adolescents who had been given the therapeutic group therapy and family psycho-education. The analysis process was done by using Stuart and King Adaptation stress model approach. This case report is used as recommendation to provide standard in the mental health nursing specialist's therapy, to be socialized, and to be carried out in community mental health services.

Keywords: Self-Identity, Adolescent, Family Psycho-education, King Theory

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGESAHAN	vi
ABSTRAK	ix
<i>ABSTRACT</i>	x
DAFTAR ISI	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Tujuan	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Sistem Personal Remaja	16
2.1.1 Faktor Predisposisi dan Presipitasi	17
2.1.2 Respon Terhadap Stresor	19
2.2 Sistem Interpersonal	25
2.3 Tugas Perkembangan dan Aspek Perkembangan Remaja	36
BAB 3 HASIL PELAKSANAAN ASUHAN DAN PELAYANAN KEPERAWATAN JIWA PADA REMAJA DIKOMUNITAS	38
3.1 Gambaran Umum Wilayah Kelolaan	38
3.2 Manajemen Pelayanan Keperawatan	41
3.3 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	45
3.3.1 Gambaran Kasus	46
3.3.2 Pengkajian	51
3.3.3 Diagnosa Keperawatan	61
3.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan	61
BAB 4 PEMBAHASAN	70
4.1 Pengkajian Remaja	72
4.1.1 Karakteristik	73
4.1.2 Faktor Predisposisi Remaja	77
4.1.3 Faktor Presipitasi Remaja	80
4.1.4 Respons Remaja Terhadap Stresor	82
4.2 Keterbatasan	90
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	92
5.1 Kesimpulan	92
5.2 Saran	93
DAFTAR PUSTAKA	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus selalu dijaga. Individu dikatakan sehat jiwa jika berada dalam suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal serta perkembangan individu berjalan selaras dengan keadaan orang lain pada umumnya. Kesehatan merupakan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual, dan sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (UU RI No.36 Tahun 2009, Tentang Kesehatan). Berdasarkan pengertian tersebut, individu dikatakan sehat berdasarkan kondisinya secara holistik, yang mencakup keseluruhan dimensi hidup dari individu.

Sehat jiwa merupakan kondisi yang tidak terpisahkan dari kesehatan individu secara umum dan merupakan unsur utama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup individu secara utuh. Menurut UU RI No 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa, kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Kondisi individu dikatakan sehat jiwa jika kondisinya sejahtera, menyadari kemampuan yang dimiliki, mampu mengatasi stress dalam kehidupan, mampu bekerja secara produktif dan mempunyai kontribusi dalam kehidupan bermasyarakat (WHO, 2001).

Kesehatan jiwa merupakan hak seluruh individu, oleh sebab itu upaya memperluas cakupan kesehatan jiwa di masyarakat dapat dilakukan melalui upaya promotif dan preventif. Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari upaya membangun manusia seutuhnya. Hal tersebut dapat diwujudkan antara lain dengan mengupayakan terwujudnya kesehatan sedini mungkin sejak individu berada dalam kandungan, dengan tujuan untuk mempertahankan kelangsungan hidup sekaligus meningkatkan kualitas hidup individu agar mencapai tumbuh

kembang optimal baik fisik, mental, emosional maupun sosial serta memiliki intelegensi majemuk sesuai dengan potensi genetiknya (Depkes, 2008). Selama proses perkembangan individu akan mengalami perubahan dan proses adaptasi dalam mencapai kemampuan optimalnya. Seperti disebutkan di atas, tahap awal perkembangan manusia dimulai sejak dalam kandungan, kemudian akan melewati tahap perkembangan usia bayi, kanak-kanak, pra sekolah, sekolah, remaja, dewasa dan lanjut usia.

Perkembangan pada masa remaja seringkali dihubungkan dengan periode yang penuh dengan tantangan, karena masa ini remaja beradaptasi dan mengalami fase transisi dari usia kanak-kanak menuju dewasa. Sejalan dengan perubahan-perubahan yang terjadi dalam diri, remaja juga dihadapkan pada tugas-tugas yang berbeda dari tugas-tugas pada fase anak termasuk tugas perkembangan identitas diri. Adanya perbedaan remaja dengan kelompok usia yang lebih muda pada hakikatnya karena remaja sudah tidak banyak bergantung kepada orang tua dan keluarga, serta memiliki otonomi (The Royal College of Psychiatrics, 2009 dalam Papalia, Olds & Feldman, 2008).

Masa remaja juga dikatakan sebagai masa pencarian identitas diri. Identitas adalah potret diri yang tersusun atas berbagai aspek, antara lain, identitas pekerjaan/karir, identitas politik, identitas spiritual, identitas relasi (lajang, menikah, bercerai), identitas prestasi/intelektual, identitas seksual, identitas budaya/etnik, minat, kepribadian dan identitas fisik (Santrock, 2012). Identitas diri bersifat konsisten serta dapat berkembang setiap saat. Seseorang yang memiliki identitas diri dapat memiliki perasaan menjadi orang yang sama di berbagai tempat ataupun situasi sosial (Erikson, 1968 dalam Papalia, et al., 2011). Hal tersebut menjadikan orang lain dapat merespons dengan tepat, karena menyadari adanya keunikan karakter seseorang (Kroger, 1997 dalam Papalia, et al., 2011).

Tugas perkembangan identitas diri harus mampu dicapai agar remaja mampu mencapai kepuasan, kebahagiaan dan pencapaian tugas perkembangan pada fase ini akan menentukan keberhasilan dalam memenuhi tugas-tugas perkembangan

pada fase berikutnya. Erikson dalam Santrock (2011), menyatakan bahwa remaja yang memiliki identitas diri positif dapat menerima keadaan dirinya dan memahami diri sendiri dengan sangat baik. Remaja yang mampu mencapai tugas perkembangannya, akan memiliki identitas diri yang positif. Identitas diri yang positif akan menjadikan remaja mampu menilai perannya di masyarakat, mampu menentukan jenis pekerjaan sesuai dengan minat, berperilaku sesuai dengan norma agama yang dianut, mampu mengambil keputusan tanpa melibatkan orang lain, memiliki prestasi yang baik, mempunyai cita-cita, memiliki hobi yang positif, dan mampu bersosialisasi baik dengan keluarga, teman sebaya dan lingkungan sekitar. Remaja yang tidak mampu menyelesaikan tugas perkembangannya, akan mengalami kekacauan identitas dan berdampak pada ketidakmampuan remaja menilai perannya di masyarakat, memiliki kepribadian yang labil, tidak memiliki cita-cita, hobi dan rencana untuk masa depan, serta memiliki sikap dan perilaku yang buruk, bahkan remaja tidak menunjukkan ketertarikan dalam berbagai hal (Marcia, 1980). Beberapa masalah yang dialami remaja saat ini adalah masalah emosi, peyesuaian diri, perilaku seksual menyimpang, masalah perilaku sosial, masalah moral dan masalah keluarga. Perilaku menyimpang lainnya yang banyak banyak terjadi antara lain konsumsi minuman keras, penyalahgunaan narkoba, *bulllying*, perkelahian antar pelajar, perilaku seks diluar nikah, kejahatan dan kriminalitas (Said, 2010).

Selama proses pembentukan dan pencarian identitas diri ini, remaja akan bersinggungan dengan keluarga, teman sebaya dan lingkungan masyarakat. Hal ini disebabkan karena pada dasarnya pembentukan identitas diri remaja tidak didapatkan dari hasil meniru orang lain saja, namun juga dengan melakukan sintesis identifikasi dan memodifikasinya lebih dahulu (Papalia, et al., 2011). Kemampuan dan pencapaian identitas diri remaja dapat ditingkatkan melalui proses pembelajaran formal di sekolah, meningkatkan pola asuh orangtua, meningkatkan komunikasi antar remaja atau teman sebaya, dengan demikian diharapkan remaja mampu menghadapi tuntutan untuk meningkatkan kemampuan kognitif dan kepribadian dengan prestasi yang baik (Depkes, 2010). Menghadapi situasi seperti ini diperlukan kerjasama antar semua pihak di antaranya individu itu sendiri (sistem personal), keluarga, kelompok masyarakat dan pemerintah

sebagai penentu kebijakan serta perlu peran serta tenaga kesehatan khususnya perawat spesialis jiwa dalam melakukan stimulasi perkembangan remaja. Lingkungan terdekat remaja yang dapat membantu pencapaian identitas diri yang optimal adalah keluarga.

Keluarga memiliki peranan yang sangat penting dalam membantu proses pencapaian identitas diri pada remaja. Hal ini dikarenakan remaja lebih banyak menghabiskan waktu, tumbuh dan berkembang di lingkungan keluarga. Salah satu tugas perkembangan keluarga adalah menyeimbangkan antara kebebasan dan tanggung jawab remaja, melatih remaja agar memiliki otonomi yang semakin bertambah, membina komunikasi terbuka antara orangtua dan anak serta memfokuskan hubungan pernikahan yang harmonis (Friedman, 2010). Peranan keluarga sangat penting dalam pencapaian tugas perkembangan identitas diri remaja, Gray & Steinberg (1999), mengungkapkan bahwa semakin banyak keterlibatan, pemberian otonomi, dan struktur yang mereka dapat dari orang tuanya, semakin positif seorang remaja mengevaluasi keseluruhan perilaku, perkembangan psikososial, dan kesehatan mental. Papalia, et.al. (2011) menyatakan bahwa remaja yang dibesarkan oleh orang tua yang humoris, memberikan banyak pujian, sering mendengarkan dan meminta pendapat, menunjukkan perkembangan yang sangat pesat. Berbeda dengan remaja yang dibesarkan oleh orang tua yang selalu menentang pendapat, dan menceramahi, perkembangannya menjadi lambat.

Selain lingkungan keluarga, peranan tenaga kesehatan juga memberikan kontribusi dalam pencapaian tugas perkembangan identitas diri remaja. Keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang memegang peranan penting dalam upaya meningkatkan perkembangan individu termasuk remaja agar mampu mencapai tugas perkembangan sesuai tahapan usianya. Berbagai pelayanan kesehatan bisa diberikan oleh perawat baik yang bersifat umum maupun dalam bentuk pelayanan spesialis keperawatan jiwa. Pemberian pelayanan tidak hanya difokuskan pada tatanan rumah sakit dan puskesmas saja, namun yang terpenting adalah pemberian pelayanan yang

berorientasi pada upaya promotif dan preventif di tatanan komunitas untuk mengurangi masalah psikososial dan gangguan jiwa di masyarakat khususnya pada remaja.

Perawat sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan memiliki peran yang besar dalam membantu mewujudkan program peningkatan kualitas perkembangan remaja melalui upaya pelayanan kesehatan jiwa. Pendekatan perawatan kesehatan jiwa berbasis masyarakat menjadi prioritas untuk mencapai kondisi kesehatan jiwa secara holistik. Fenomena perawatan kesehatan jiwa berbasis masyarakat harus menjadi perhatian karena fokus kesehatan jiwa bukan hanya menangani orang dengan gangguan jiwa saja namun juga menekankan pada *Quality of Life* (QOL) (WHO, 2001).

Pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat yang sudah dikembangkan di Indonesia adalah *Community Mental Health Nursing* (CMHN). CMHN adalah pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistik dan paripurna berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stress yang biasa disebut orang dengan masalah kejiwaan (ODMK) dan individu yang sedang tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan (Keliat dkk, 2011). Salah satu peran perawat jiwa di komunitas menurut Fortinas (2004) adalah membantu klien untuk mempertahankan fungsinya pada tingkat yang tertinggi dan memandirikan pasien. Oleh karena itu pelaksanaan keperawatan kesehatan jiwa komunitas dilakukan pada individu atau keluarga sehat, resiko gangguan jiwa atau orang dengan masalah kejiwaan (ODMK) dan individu yang mengalami gangguan jiwa. Pelayanan yang diberikan perawat pada tatanan komunitas tidak hanya berfokus di puskesmas namun juga memberikan pelayanan dan asuhan langsung pada individu, keluarga dan kelompok di lingkungan tempat tinggalnya. Pelayanan kesehatan bersifat umum yang diberikan berupa edukasi kesehatan terkait pertumbuhan dan perkembangan remaja dan deteksi tumbuh kembang remaja hingga mencapai tugas perkembangan identitas diri.

Saat ini jumlah remaja mencapai 1,2 milyar dari jumlah penduduk dunia (Departemen Kesehatan RI, 2016). Berdasarkan data proyeksi penduduk pada tahun 2014, jumlah remaja di Indonesia lebih kurang mencapai 255 juta jiwa dari jumlah penduduk yaitu sekitar 25 persen (Ucup, 2015). Jumlah remaja di Propinsi Jawa Barat (usia 10-19 tahun) sebanyak 8.145.616 jiwa yang terdiri dari 51,8% laki-laki dan 48,2% perempuan (BPS, 2015). Besarnya jumlah kelompok remaja ini akan sangat mempengaruhi pertumbuhan penduduk kelompok usia 10-24 tahun perlu mendapat perhatian serius mengingat remaja masih termasuk dalam usia sekolah dan usia produktif, kedepannya remaja akan memasuki angkatan kerja dan memasuki usia reproduksi (BKKBN, 2011).

Beberapa tindakan yang telah dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan remaja dalam memaksimalkan aspek perkembangan identitas diri adalah dengan pendidikan kesehatan, terapi individu, keluarga dan kelompok. Salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan remaja dalam upaya promotif dan preventif adalah dengan melakukan terapi kelompok terapeutik (TKT). Terapi kelompok terapeutik merupakan salah satu terapi kelompok yang memberikan kesempatan kepada anggotanya untuk saling berbagi pengalaman, saling membantu antar anggota kelompok dengan tujuan mencari cara untuk menyelesaikan masalah dan mengantisipasi masalah yang akan dihadapi dengan melatih cara yang efektif untuk mengedalikan stress (Townsend, 2009).

Penelitian oleh Bahari, Keliat, dan Helena (2010) tentang pengaruh terapi kelompok terapeutik terhadap perkembangan identitas diri remaja di kota Malang menunjukkan kemampuan perkembangan identitas diri remaja berkembang secara bermakna pada kelompok yang diberikan terapi dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi. Fernandes, Keliat dan Helena (2014) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa terjadi peningkatan kemampuan remaja dalam menstimulasi perkembangan dan perkembangan identitas diri lebih tinggi terjadi pada kelompok yang diberikan terapi kelompok terapeutik, pendidikan kesehatan dan pemberdayaan kader. Terapi kelompok merupakan tempat

pembelajaran sosial yang penting karena interaksi sosial adalah suatu aspek kunci proses perkembangan remaja (Bandura, 1989 dalam Wood, 2009).

Terapi yang diberikan pada remaja tidak sebatas terapi individu dan kelompok saja, namun keluarga juga dilibatkan dalam pemberian terapi yaitu psikoedukasi keluarga/ *family psychoeducation* (FPE). Pemberian terapi psikoedukasi pada keluarga ini diharapkan menjadikan keluarga lebih siap dalam memberikan stimulasi perkembangan pada remaja. Pemberian terapi pada keluarga penting karena keluarga adalah sistem yang memiliki kedekatan dengan remaja, selain itu lingkungan keluarga merupakan tempat belajar untuk mengembangkan perilaku, sikap, nilai, dan keyakinan (Keliat, 1995).

Pemberian terapi keperawatan juga membutuhkan pendekatan teori yang dapat digunakan untuk membantu menyelesaikan masalah remaja secara menyeluruh yaitu biologis psikologis sosial kultural. Model Stres Adaptasi dan teori King yaitu *Interacting Systems Framework and Theory of Goal Attainment* dapat menjadi landasan dalam pencapaian identitas diri remaja. Model Stress Adaptasi Stuart digunakan sebagai pendekatan asuhan keperawatan melalui proses pengkajian sampai dengan intervensi secara menyeluruh. Model Stress adaptasi Stuart dapat memberikan gambaran proses asuhan keperawatan melalui aspek predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping dan mekanisme koping. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan identitas diri remaja terdiri yaitu perilaku sebelumnya yang melatarbelakangi pembentukan identitas diri remaja (faktor predisposisi) dan stimulus atau kondisi remaja saat ini (faktor presipitasi) yang terdiri biologis, psikologis dan sosial. Perilaku yang dimunculkan remaja adalah mekanisme koping remaja untuk mempertahankan dirinya terhadap masalah-masalahnya (stressor).

Kaitannya dengan Teori King (1981, dalam Fitzpatrick & Wall, 1998) manusia/individu dipandang sebagai sistem terbuka yang berinteraksi dengan lingkungan. Individu dalam hal ini remaja disebut dengan sistem personal. Remaja dalam proses pencarian identitas dirinya banyak meniru, menilai dan

mempersiapkan apa yang terjadi disekitarnya. Hal ini sesuai dengan teori King yang menyatakan bahwa individu sebagai sistem personal memiliki persepsi, penilaian diri, dan gambaran diri sebagai hasil interaksi dengan orang lain dan lingkungan sepanjang usia tumbuh kembangnya (Fitzpatrick & Wall, 1998; Tomey & Alligood, 2006). Aplikasi konsep King menyatakan bahwa manusia merupakan sistem sosial dikaitkan dengan keberadaan remaja didalam keluarga, sekolah dan lingkungan tempat tinggalnya. Keluarga, sekolah dan masyarakat dapat menjadi *support system (social support)* sekaligus sumber stresor bagi remaja, demikian juga sekolah maupun masyarakat. Kondisi keluarga yang tidak mengetahui dan memahami cara menstimulasi tumbuh kembang remaja akan menjadi sumber stresor bagi remaja karena perilaku yang muncul pada remaja dipengaruhi oleh faktor internal maupun faktor eksternal yaitu keluarga maupun teman sebaya. Oleh karena itu, keluarga sebagai sistem sosial perlu mendapatkan pengetahuan dan kemampuan sehingga dapat menjadi *support system* dalam menstimulasi perkembangan identitas diri remaja.

Melalui model stres adaptasi Stuart dan teori King diharapkan dapat menambah kemampuan personal remaja (*personal ability*) dalam mencapai tugas perkembangan identitas diri, dengan terapi kelompok yang menstimulasi perkembangan remaja. Selanjutnya psikoedukasi keluarga diharapkan dapat mendukung pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam menstimulasi perkembangan identitas diri remaja.

Pemberian terapi kelompok terapeutik pada remaja dan FPE dilakukan selama mahasiswa menjalani praktik klinik keperawatan jiwa III di RW 09 kelurahan mulyaharja kecamatan bogor selatan. Kelurahan mulyaharja terdiri dari 12 RW dan 58 RT, serta 1 pelayanan kesehatan yaitu puskesmas mulyaharja. Praktik klinik yang dilakukan selama sembilan minggu menuntut penulis untuk berbaur dan mengamati kebiasaan-kebiasaan yang ada di masyarakat khususnya remaja. Berdasarkan hasil pengamatan yang dilakukan jumlah remaja yang berada di RW 09 adalah sebanyak 154 remaja. Fenomena yang penulis temui adalah banyaknya jumlah remaja yang tidak melanjutkan pendidikan atau putus sekolah,

remaja yang menikah diusia dini, perilaku merokok, dan remaja yang sudah bekerja. Penyebab utama dari fenomena ini adalah kondisi ekonomi dan persepsi orang tua terkait masa depan remaja. Pada akhirnya kondisi ekonomi dan persepsi keluarga mempengaruhi pencapaian tugas perkembangan identitas diri remaja dalam aspek identitas pendidikan, prestasi, cita-cita, pekerjaan, spiritual, budaya, seksual, relasi, dan kepribadian. Santrock (2011) mengatakan bahwa identitas adalah potret diri yang tersusun atas berbagai aspek, antara lain, identitas pekerjaan/karir, identitas politik, identitas spiritual, identitas relasi (lajang, menikah, bercerai), identitas prestasi/intelektual, identitas seksual, identitas budaya/etnik, minat, kepribadian dan identitas fisik.

Kondisi ekonomi yang tidak memadai dan persepsi keluarga terkait masa depan remaja mengakibatkan terjadinya perubahan tugas dan peran remaja menjadi pencari nafkah, menikah, dan memiliki anak. Ditemukan banyak remaja putra setelah SMP tidak melanjutkan pendidikan dan bekerja menjadi buruh, satpam, dan penjaga toko sedangkan untuk yang perempuan dinikahkan pada usia muda menjadi istri dan ibu muda. Fenomena lain yang dialami remaja yang menikah diusia muda adalah mereka akan tinggal serumah dengan orang tua, sehingga setiap proses pengambilan keputusan dalam mengatasi masalah pasangan muda ini sangat dipengaruhi oleh orang tua dan keluarga.

Berdasarkan fenomena tersebut, penulis membentuk terapi kelompok terapeutik remaja serta memberikan FPE sebagai upaya preventif agar tugas perkembangan identitas diri remaja di RW 09 kelurahan Mulyaharja dapat tercapai. Adanya kegiatan kelompok serta pemberian FPE ini diharapkan remaja mampu mencapai tugas perkembangan identitas diri. Selain itu kedepannya remaja akan memiliki tujuan hidup, mencapai cita-cita dan memiliki masa depan yang lebih baik.

1.2 Tujuan penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Diperolehnya gambaran perbandingan peningkatan aspek perkembangan identitas diri remaja yang memperoleh terapi kelompok terapeutik dan remaja yang

memperoleh terapi kelompok terapeutik dan psikoedukasi keluarga dengan menggunakan pendekatan teori Stuart dan King.

1.2.2 Tujuan Khusus

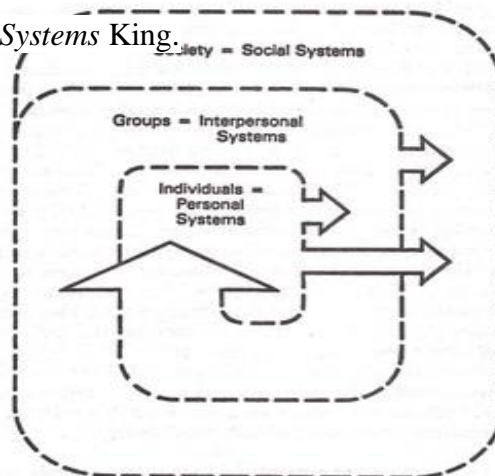
- 1.2.2.1 Teridentifikasi karakteristik remaja meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan dan status ekonomi keluarga.
- 1.2.2.2 Teridentifikasi masalah, kebutuhan, kemampuan dan aspek perkembangan identitas diri remaja di RW 09 kelurahan Mulyaharja
- 1.2.2.3 Tersusunnya rencana penerapan terapi spesialis kelompok terapeutik dan psikoedukasi keluargaterhadap kemampuan dan perkembangan identitas diri remaja dengan menggunakan pendekatan teori Stuart dan King
- 1.2.2.4 Terlaksananya penerapan terapi spesialis kelompok terapeutik dan psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan dan perkembangan identitas diri remaja dengan menggunakan pendekatan teori King
- 1.2.2.5 Teridentifikasinya hasil penerapan terapi spesialis kelompok terapeutik terhadap kemampuan dan perkembangan identitas diri remaja dengan menggunakan pendekatan teori Stuart dan King
- 1.2.2.6 Teridentifikasinya hasil penerapan terapi spesialis kelompok terapeutik dan psikoedukasi keluargaterhadap kemampuan dan perkembangan identitas diri remaja dengan menggunakan pendekatan teori Stuart dan King
- 1.2.2.7 Tersusunnya rencana tindak lanjut terapi spesialis kelompok terapeutik dan psikoedukasi keluargaterhadap kemampuan dan perkembangan identitas diri remaja dengan menggunakan pendekatan teori Stuart dan King
- 1.2.2.8 Tersusunnya rekomendasi berdasarkan implikasi hasil penerapan terapi spesialis kelompok terapeutik dan psikoedukasi terhadap kemampuan dan perkembangan identitas diri remaja dengan menggunakan pendekatan teori Stuart dan King
- 1.2.2.9 Tersusunnya kesimpulan tentang kemanfaatan penggunaan teori Stuart dan King sebagai pendekatan dalam penulisan tulisan ilmiah ini.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Penulisan karya ilmiah ini menggunakan pendekatan Model Stress Adaptasi Stuart dan King pada remaja yang diberikan Terapi Kelompok Terapeutik (TKT) dan Psikoedukasi keluarga/ *family psychoeducation*(FPE). Model Stres Adaptasi Stuart digunakan dalam proses pengkajian, sedangkan teori King digunakan dalam seluruh proses asuhan keperawatan.

King mengidentifikasi kerangka kerja konseptual (*Conceptual Framework*) sebagai sebuah kerangka kerja sistem terbuka, dan teorinya sebagai suatu pencapaian tujuan. King memiliki asumsi dasar pada kerangka kerja konseptualnya, yaitu manusia seutuhnya (*Human Being*). Asumsi *Human Being* sebagai sistem terbuka yang secara konsisten berinteraksi dengan lingkungannya. Asumsi lain yang disampaikan King bahwa keperawatan berfokus pada interaksi antara manusia dan lingkungan, dengan tujuan membantu individu maupun kelompok dalam memelihara kesehatannya. Tiga sistem interaksi King dikenal dengan *Dynamic Interacting Systems* yang terdiri dari: personal systems (individuals), interpersonal systems (groups) dan social systems (keluarga, sekolah, organisasi sosial, industri, sistem pelayanan kesehatan, dan lingkungan yang lebih luas lainnya). Asumsi dasar King tentang manusia seutuhnya (*Human Being*) meliputi sosial, perasaan, rasional, reaksi, kontrol, tujuan, orientasi kegiatan dan orientasi pada waktu (Masters, 2015). Skema 2.1 menggambarkan *Dynamic Interacting Systems* King.

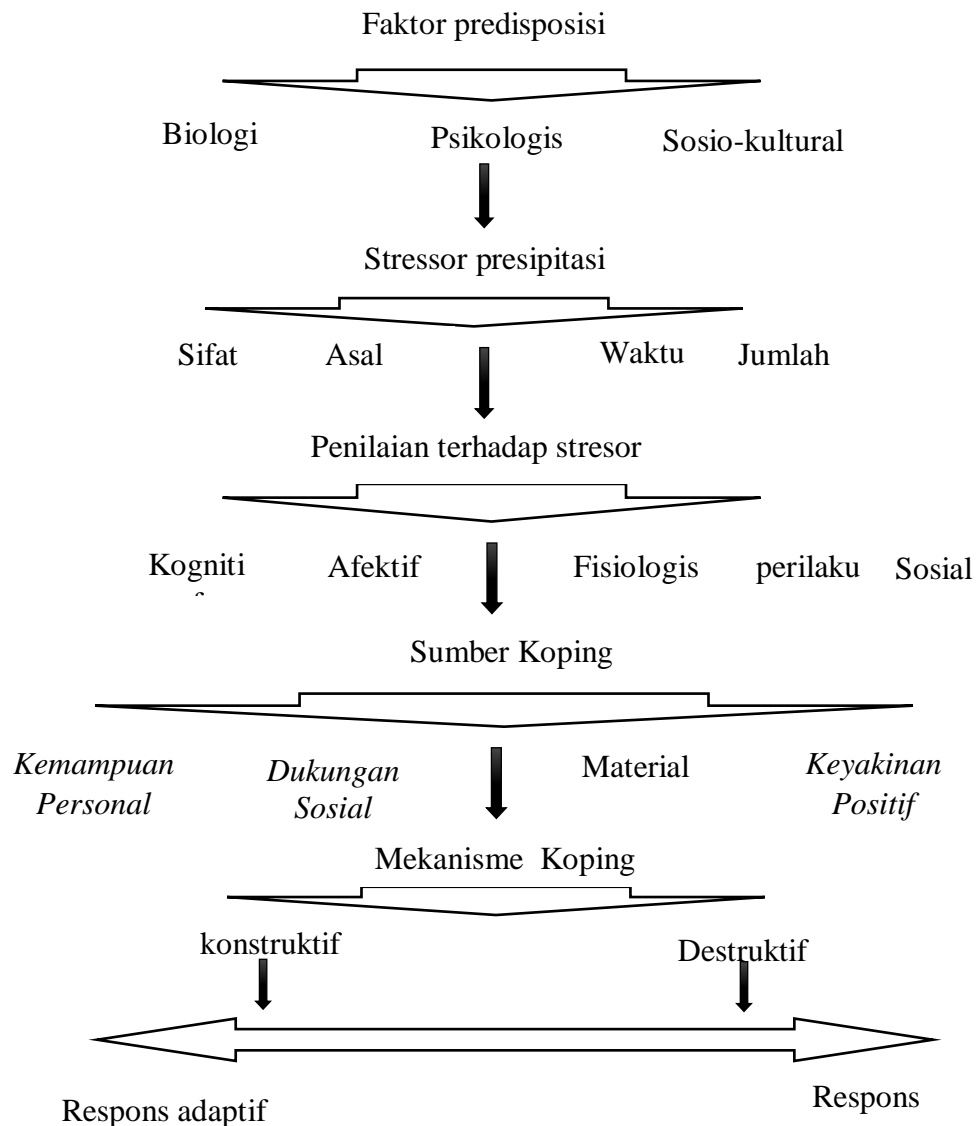


Skema 2.1 *Dynamic Interacting Systems* King (Fawcett & Madeya, 2013).

King menderivat kerangka kerja konseptual (*Conceptual Framework*) dan asumsi dasar *human being*, menjadi teori Pencapaian Tujuan (*Theory of Goal Attainment*). Elemen utama dari teori pencapaian tujuan adalah interpersonal systems, dimana dua orang (perawat-klien) yang tidak saling mengenal berada bersama-sama di organisasi pelayanan kesehatan untuk membantu dan dibantu dalam mempertahankan status kesehatan sesuai dengan fungsi dan perannya. Dalam interpersonal systems perawat-klien berinteraksi dalam suatu area (*space*) (Alligood, 2014). Menurut King intensitas dari interpersonal systems sangat menentukan dalam menetapkan dan pencapaian tujuan keperawatan. Dalam interaksi tersebut terjadi aktivitas-aktivitas yang dijelaskan sebagai sembilan konsep utama, dimana konsep-konsep tersebut saling berhubungan dalam setiap situasi praktek keperawatan, meliputi: Interaksi, persepsi, komunikasi, transaksi, peran, stress, tumbuh kembang, waktu, dan ruang (Fawcett & Madeya, 2013).

Selain menggunakan pendekatan teori king, pada proses asuhan keperawatan dalam laporan kasus ini juga menggunakan pendekatan Stres Adaptasi Stuart. Model Stres Adaptasi Stuart merupakan model yang mengintegrasikan aspek biologis, psikologis, sosial budaya, lingkungan dan aspek legal-etis dari pelayanan kepada pasien ke dalam satu kerangka kerja untuk praktik. Model ini dibuat oleh Stuart sebagai suatu sintesis dari ilmu pengetahuan yang berbeda-beda dari perspektif keperawatan jiwa, dan yang tidak kalah pentingnya adalah sebagai aplikasi pengetahuan ke dalam tatanan pelayanan (Stuart, 2013). Model stres adaptasi Stuart digunakan untuk melakukan pengkajian keperawatan dalam bentuk *scanning*.

Model Stres Adaptasi Stuart tentang pelayanan keperawatan jiwa memandang perilaku manusia dari perspektif holistik yang mengintegrasikan aspek biologis, psikologis dan sosial budaya dari pelayanan. Praktik keperawatan yang holistik mengkaji semua aspek dari individu dan lingkungannya. Aspek biopsikosial dari Model Stress Adaptasi Stuart digambarkan pada skema 2.2.



Skema 2.2 Model Stres Adaptasi Stuart

Sumber : Stuart, 2013

Berdasarkan dua pendekatan tersebut, maka terbentuk kerangka konseptual yang disusun sebagai landasan teori dalam penulisan karya ilmiah. Kerangka konseptual dimulai dengan menjelaskan input, proses dan output. Input mengacu pada sistem personal yaitu remaja, dari remaja didapatkan data awal dengan menggunakan pendekatan model stress adaptasi Stuart dan teori King. Proses adalah gambaran dari sistem interpersonal yaitu hubungan antara remaja dan perawat, keluarga dan perawat serta remaja dan keluarga untuk membantu remaja dalam mencapai identitas diri. Esensi dari proses adalah terjadinya penyelesaian

masalah yang dihadapi remaja dalam mencapai identitas diri. Setelah melewati proses, output yang diharapkan yaitu terjadi peningkatan aspek perkembangan sehingga remaja mampu mencapai tugas perkembangan identitas dirinya.

Input berisi penjelasan terkait remaja sebagai sistem personal. King (1981 dalam Alligood, 2014) dalam sistem konseptual dan pencapaian tujuannya berdasarkan pada asumsi bahwa fokus keperawatan adalah manusia yang berinteraksi dengan lingkungannya, yang mengarahkan individu sebagai sistem personal pada keadaan sehat yang merupakan sebuah kemampuan untuk berfungsi dalam peran sosial. Sistem konseptual dinamis King mewakili sistem personal/individu (remaja), sistem interpersonal (remaja dan kelompok) dan sistem sosial sebagai domain keperawatan. Sistem personal (remaja) didalamnya mencakup karakteristik, faktor predisposisi dan presipitasi perkembangan, serta penilaian terhadap stressor yang meliputi 10 aspek perkembangan.

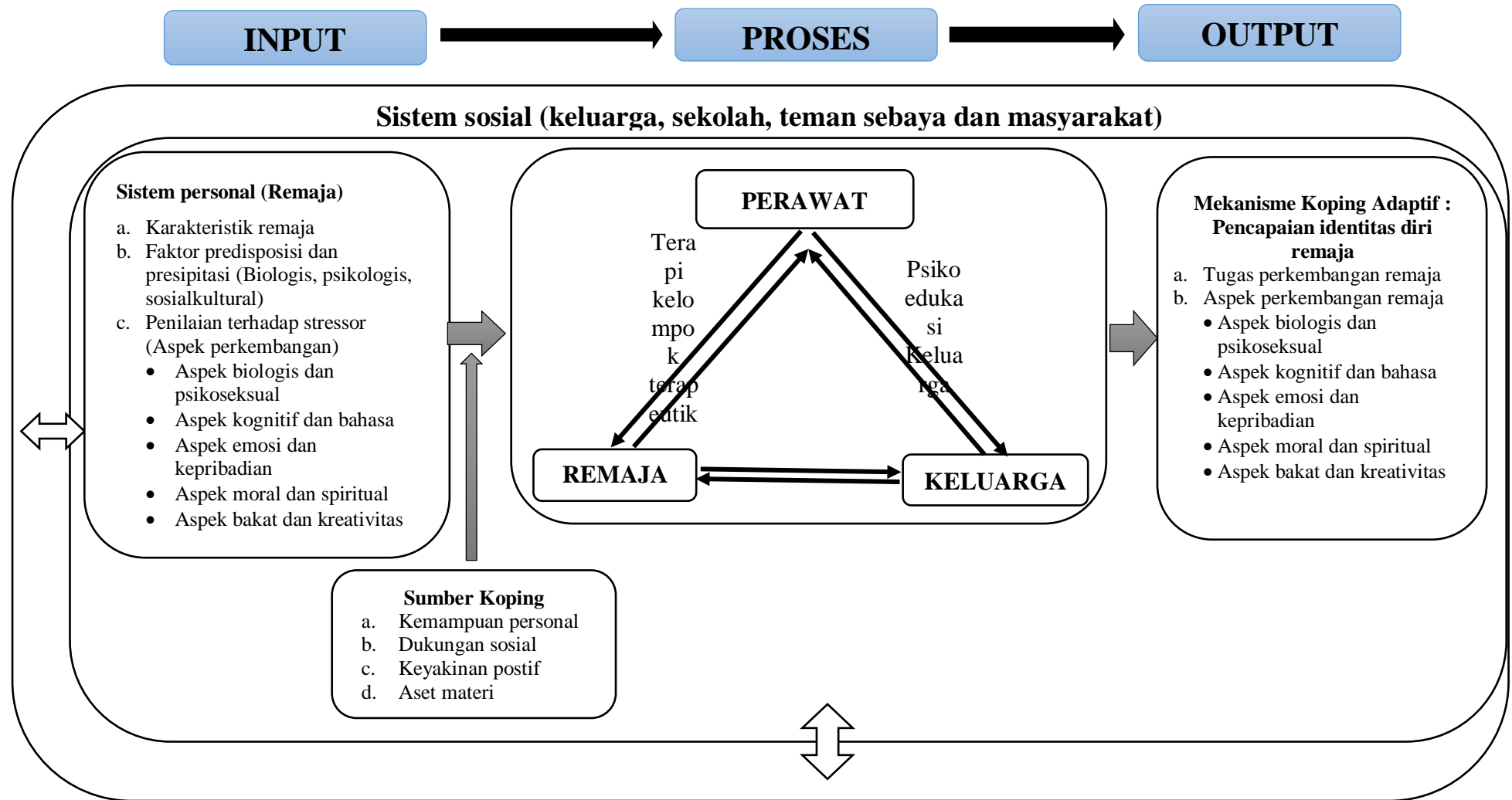
Proses pencarian dan pembentukan identitas diri dipengaruhi oleh karakteristik remaja, seperti usia, jenis kelamin, urutan kelahiran, jumlah saudara, pendidikan dan status ekonomi keluarga. Pengkajian dengan pendekatan model Stress Adaptasi Stuart terbagi menjadi beberapa komponen yaitu faktor predisposisi, presipitasi yang terdiri atas faktor biologi, psikologi, serta sosialkultural dan penilaian terhadap stressor pada 10 aspek perkembangan remaja. Selain faktor predisposisi yang telah ada semenjak remaja didalam kandungan, faktor presipitasi juga berperan dalam pencapaian identitas diri remaja. Banyaknya stimulus positif yang didapatkan remaja akan mempengaruhi tercapai atau tidaknya tugas perkembangan identitas diri. Stimulus-stimulus tersebut bisa berasal dari lingkungan keluarga, sekolah, teman sebaya, dan lingkungan masyarakat tempat remaja tinggal.

Sistem interpersonal digambarkan sebagai komponen proses. Sistem interpersonal terbentuk saat dua atau lebih individu berinteraksi, membentuk diad (dua orang) atau triad (tiga orang). Diad dari seorang perawat dan seorang klien (remaja) sebagai salah satu jenis sistem interpersonal. Keluarga, ketika bertindak sebagai kelompok kecil, juga dapat dianggap sebagai sistem interpersonal. Memahami sistem interpersonal membutuhkan konsep komunikasi, interaksi, peran, tekanan,

dan transaksi (Alligood, 2014). Sistem interpersonal menggambarkan tentang hubungan antara perawat dan klien yang dikenal dengan teori pencapaian tujuan (*theory of goal attainment*), pencapaian tujuan dalam proses yaitu dengan memberikan terapi kelompok terapeutik pada remaja dan terapi psikoedukasi pada keluarga. Pemberian terapi kelompok terapeutik diharapkan mampu meningkatkan 10 aspek perkembangan remaja sehingga mampu mencapai identitas diri, sedangkan psikoedukasi keluarga/ *family psychoeducation* diharapkan dapat memberikan pemahaman pada keluarga terkait perkembangan dan tugas perkembangan remaja. Selanjutnya keluarga diharapkan mampu mendukung dan memberikan stimulasi perkembangan secara optimal sehingga tugas perkembangan identitas diri pada remaja dapat tercapai.

Sistem sosial juga turut mempengaruhi pencapaian identitas diri remaja. King 1995 (dalam Alligood, 2014) mengatakan bahwa sistem sosial merupakan sistem interaksi yang lebih komprehensif terdiri dari kelompok-kelompok yang membentuk masyarakat. Sistem agama, pendidikan, dan perawatan kesehatan merupakan contoh sistem sosial. Perilaku berpengaruh dari sebuah keluarga besar pada pertumbuhan dan perkembangan individu adalah contoh sistem sosial yang lain. Konsep otoritas, pengambilan keputusan, organisasi, kekuasaan, dan status memandu pemahaman sistem dalam sistem sosial.

Pada bagian output dalam proses asuhan keperawatan, digambarkan hasil yang ingin dicapai setelah diberikan terapi kelompok terapeutik pada remaja serta terapi psikoedukasi pada keluarga. Hasil pemberian kedua terapi ini mempengaruhi dan meningkatkan 10 aspek perkembangan remaja. Seperti dijelaskan sebelumnya pada tahap proses, bahwa terapi kelompok terapeutik diberikan untuk menstimulasi aspek perkembangan remaja sehingga pencapaian identitas diri optimal, dan terapi psikoedukasi pada keluarga akan meningkatkan pengetahuan keluarga terkait perkembangan dan tugas perkembangan remaja serta meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan stimulasi sehingga pencapaian identitas diri remaja optimal. Adapaun pendekatan model stress adaptasi dan teori King tergambar pada skema 2.3



Skema 2.3 Kerangka Konsep Aplikasi Asuhan Keperawatan dalam Pencapaian Identitas Diri Remaja Melalui Pendekatan Model Stress Adaptasi Stuart dan Teori King
Sumber : Stuart, 2013; Alligood, 2014

2.1 Sistem Personal Remaja

Setiap sistem mengidentifikasi manusia sebagai elemen dasar dalam sistem, sehingga unit analisis dalam kerangka itu adalah perilaku manusia dalam berbagai lingkungan sosial (King, 1995 dalam Alligood, 2014). King menentukan konsep tentang citra tubuh, pertumbuhan dan perkembangan, persepsi, diri, ruang, dan waktu untuk memahami manusia sebagai pribadi (Alligood, 2014).

Fitzpatrick & Whall (1998) dalam Alligood (2014) juga menyatakan bahwa fokus kerangka kerja King adalah manusia/ individu yang bersifat dinamis, mempunyai persepsi terhadap objek, orang dan kejadian yang mempengaruhi individu dalam berperilaku, berinteraksi secara sosial dan kesehatan. Pemahaman tentang hubungan manusia yang meliputi persepsi, diri sendiri, gambaran diri, pertumbuhan dan perkembangan waktu dan tempat didasari oleh konsep-konsep dalam sistem personal.

King merinci asumsi-asumsi tertentu yang terkait dengan individu yaitu 1) individu adalah makhluk spiritual, 2) individu memiliki kemampuan melalui bahasa dan simbol-simbol lain untuk merekam sejarah mereka dan melestarikan budayanya, 3) individu adalah unik dan holistik, dari nilai intrinsik, dan mampu berfikir rasional dan mengambil keputusan dalam banyak situasi, 4) individu berbeda dalam kebutuhan, keinginan, dan tujuan mereka (Alligood, 2014). Seperti yang dijelaskan dalam asumsi King bahwa individu adalah unik dan holistik, dimana King memandang manusia atau individu secara utuh yang mencakup aspek biologi, psikologi, fisik, emosional, sosial dan budaya.

Asumsi King tentang individu yang unik dan holistik sejalan dengan Model Stress Adaptasi Stuart yang memandang perilaku manusia secara holistik yaitu mencakup aspek biologi, psikologi dan sosial kultural (Stuart, 2013). Proses keperawatan yang holistik mengkaji individu dari semua aspek kehidupannya baik biologi, psikologi dan sosial kultural.

Manajemen asuhan keperawatan pada remaja dengan pendekatan model stress adaptasi stuart diaplikasikan saat melakukan proses pengkajian keperawatan. proses keperawatan meliputi tahap pengkajian (pengumpulan data), identifikasi

masalah/ diagnosa, perencanaan, pelaksanaan/ implementasi dan evaluasi. Selama proses pengkajian keperawatan/pengumpulan data terjadi interaksi antara perawat dan klien melalui komunikasi terapeutik dengan tujuan untuk mendapatkan informasi status kesehatan klien. Asuhan keperawatan jiwa mengintegrasikan berbagai aspek di antaranya yaitu aspek biologis, psikologis dan sosial budaya serta legal etik ke dalam kerangka praktik keperawatan yang utuh dengan menggabungkan landasan teoritis, biologis, psikologis, sosial, rentang respons koping, dan aktivitas keperawatan (Stuart & Laraia, 2005; Stuart 2013).

Model adaptasi stuart mengintegrasikan berbagai aspek yaitu biologis, psikologis, sosial kultural, lingkungan dan aspek legal etis pelayanan yang diberikan pada klien ke dalam suatu kerangka kerja untuk praktik. Model yang dibuat Stuart ini menjadi sintesis ilmu pengetahuan yang beragam dari perspektif keperawatan jiwa, hal penting lainnya yaitu model ini merupakan aplikasi pengetahuan yang diaplikasikan dalam tatanan pelayanan (Stuart, 2013). Model stres adaptasi Stuart diaplikasikan dalam proses pengkajian keperawatan dalam bentuk format *scanning*.

Pengkajian dengan model adaptasi stres oleh Stuart terbagi menjadi tiga elemen utama yaitu faktor predisposisi, presipitasi, dan penilaian terhadap stressor. Faktor predisposisi dan stressor presipitasi dibagi dalam tiga kategori utama yaitu biologi, psikologi dan sosial-kultural. Stressor biologi dapat berasal dari genetik, riwayat kesehatan yang lalu, kerusakan struktur/fungsi otak, dan penggunaan obat-obatan terlarang, sedangkan stressor psikososial berkaitan dengan kepribadian, konsep diri, pola asuh orang tua/keluarga, kejadian tidak menyenangkan, kegagalan dalam kehidupan, dan kehilangan orang/sesuatu yang dicintai/berharga (Stuart, 2013).

2.1.1 Faktor Predisposisi dan Presipitasi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang menjadi penyebab terjadinya stress. Faktor predisposisi terbagi menjadi tiga yaitu biologis, psikologis dan sosial kultural (Stuart, 2013). Faktor predisposisi akan dijelaskan secara rinci pada tabel 2.1

Tabel 2.1
Gambaran faktor predisposisi yang mempengaruhi pembentukan identitas diri remaja

Biologis	Psikologis	Sosiokultural
1. Riwayat imunisasi	1. Kepribadian	1. Usia
2. Status nutrisi	2. Intelektualitas	2. Tingkat pendidikan, putus sekolah atau tidak
3. Riwayat sakit fisik	3. Keterampilan komunikasi	3. Status (anak kandung / tidak)
4. Riwayat trauma kepala	4. Riwayat kehilangan	4. Kondisi ekonomi keluarga
5. Riwayat genetik gangguan jiwa dalam keluarga	5. Riwayat kekerasan dalam keluarga	5. Kemampuan bergaul dirumah dan luar rumah
	6. Kegagalan berulang	6. Pola komunikasi dengan anggota keluarga
	7. Semangat bersekolah	7. Tugas dan tanggung jawab dalam keluarga
	8. Motivasi tinggi dan optimis dalam melakukan sesuatu	8. Membina hubungan dengan teman sebaya
	9. Senang beraktivitas dan mengikuti perlombaan	9. Hobi yang sama dengan teman sebaya
	10. Ideal diri	10. Mematuhi norma dan aturan yang berlaku di rumah dan di sekolah
	11. Memiliki cita-cita	

(Sumber : Viedebeck, 2008; Stuart dan Laraia, 2009; Stuart, 2013)

Kondisi biologi, psikologi, dan sosial yang optimal merupakan dasar bagi remaja dalam mencapai tugas perkembangan pada jenjang selanjutnya yaitu saat memasuki tahap usia dewasa muda. Oleh sebab itu penting bagi remaja untuk mampu beradaptasi terhadap perubahan yang dialami sehingga mampu mencapai tugas perkembangan identitas diri sesuai tahapan usianya.

Selain faktor predisposisi, faktor presipitasi berupa stimulus positif yang didapatkan remaja dari lingkungan (keluarga, sekolah, dan masyarakat) secara optimal pada tahap perkembangannya juga mempengaruhi pencapaian identitas diri remaja. Faktor presipitasi juga terbagi menjadi tiga aspek yaitu biologi, psikologi dan sosial kultural. Hal ini dapat dilihat pada tabel 2.2

Tabel 2.2
Gambaran faktor presipitasi yang mempengaruhi pembentukan identitas diri remaja

Biologis	Psikologis	Sosiokultural
1. Tanda-tanda pubertas	1. Menerima arahan untuk rencana masa depan	1. Diberikan kesempatan menjalin hubungan dengan teman sebaya
2. Memiliki tubuh yang ideal	2. Menerima dan beradaptasi terhadap perubahan fisik	2. Diberi kesempatan menjalankan hobi yang disukai bersama teman sebaya
3. Sakit fisik	3. Diberi kepercayaan untuk melakukan tugas dan tanggung jawab	3. Diberi kebebasan dalam memilih tanpa campur tangan orang tua
4. Trauma kepala	4. Diberikan kesempatan untuk menyukai dan meniru idola	4. Diajarkan untuk menjalankan nilai dan norma
5. Merokok, konsumsi alkohol, narkoba dll.	5. Diberikan kesempatan untuk mengungkapkan pendapat	5. Dilatih untuk bertanggung jawab
6. Olahraga dan latihan fisik cukup dan teratur	6. Dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan	
7. Melakukan perawatan tubuh		

(Sumber : Stuart dan Laraia, 2009)

Aspek biologis merupakan aspek pertumbuhan dan perkembangan yang paling mudah diamati dari perlembangan remaja. Pada beberapa kasus, terdapat remaja tidak mampu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi, oleh sebab itu dibutuhkan dukungan dari keluarga, guru, teman sebaya dan masyarakat pada umumnya dalam mendukung pencapaian identitas diri remaja.

2.1.2 Respons Terhadap Stressor

Sebagai sistem personal, King membuat konsep tentang citra tubuh, pertumbuhan, perkembangan, persepsi, diri, ruang, dan waktu untuk memahami manusia sebagai individu (King, 1995 dalam Alligood, 2014). Saat berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan, remaja berespons secara kognitif, memproses peristiwa yang dialami sehingga remaja akan melakukan penilaian terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Hasanah, Hamid, dan Helena, 2015). Hal tersebut sejalan dengan apa yang diungkapkan oleh King bahwa individu sebagai sistem personal memiliki persepsi, penilaian diri, serta gambaran diri yang diperoleh dari hasil interaksi dengan orang lain dan lingkungan sepanjang tahap perkembangan dan usianya (Fitzpatrick & Wall, 1998 dalam Toney & Alligood).

Perkembangan remaja tergambar pada 10 aspek perkembangan yaitu aspek biologis dan psikoseksual, kognitif dan bahasa, moral dan spiritual, emosi dan

psikososial, serta bakat dan kreativitas. Berikut akan dijelaskan 10 aspek perkembangan tersebut.

2.1.2.1 Fisik dan Psikoseksual

Perkembangan pada remaja awal ditandai dengan perubahan fisik yang pesat, termasuk tinggi badan, kematangan sistem reproduksi, kemunculan ciri seks sekunder, peningkatan kekuatan otot, dan berat badan. Dalam waktu yang sama terjadi perkembangan otak, perubahan emosi yang meningkat, modifikasi memory, dan hubungan antara bagian otak yang mengatur impuls emosi, kontrol impuls, dan penilaian meningkat secara bertahap (Brownlee, 1999; Spear, 2000; Newman and Newman, 2012). Serangkaian perubahan biologis yang dialami selama masa remaja dikenal dengan masa pubertas. Masa pubertas ini melibatkan serangkaian kejadian biologis yang menghasilkan perubahan pada tubuh. Perubahan biologis ini terbagi menjadi dua kategori yaitu perkembangan otak dan hormonal (Stuart, 2013).

Perkembangan psikoseksual pada remaja berkaitan erat dengan pengaruh perkembangan biologis. Menurut Freud selama masa pubertas terjadi fase genital dimana timbul ketertarikan seksual, fantasi seksual meningkat, perhatian terhadap lawan jenis, lebih memperhatikan penampilan sesuai dengan jenis kelaminnya (Stuart & Laraia, 2005). Pada perkembangan psikoseksual, remaja diharapkan berperilaku sesuai dengan jenis kelaminnya. Hal ini akan berpengaruh terhadap keyakinan remaja akan identitas dirinya, selain itu salah satu tugas perkembangan remaja yaitu mempersiapkan diri untuk membentuk keluarga atau menikah. Hal ini penting untuk diketahui remaja sehingga dapat mencegah kecenderungan pernikahan usia dini yang dapat mempengaruhi kesehatannya.

Terjadinya perubahan pada aspek biologis dan psikososial, mengharuskan remaja untuk beradaptasi. Proses adaptasi terhadap perubahan tidak akan berhasil dilakukan oleh remaja jika tidak mendapatkan dukungan dari lingkungan sekitarnya. Bentuk perilaku atau respons positif yang muncul akibat perubahan fisik yaitu perasaan tertarik pada lawan jenis, lebih memperhatikan penampilan, meningkatnya khayalan seksual, dan berusaha menjaga kesehatan diri dengan olahraga dan melakukan perawatan diri. Tidak semua remaja mampu beradaptasi

terhadap perubahan fisik yang terjadi, sehingga menyebabkan muncul rasa tidak puas terhadap penampilan diri, tidak percaya diri, merasa canggung, perasaan tidak nyaman, tidak menerima keadaan diri dan merasa minder jika berada di antara teman-temannya (Sarwono, 2011).

2.1.2.2 Kognitif dan Bahasa

Pada masa ini perkembangan kognitif remaja masuk pada tahapan operasional formal yang menurut Piaget, merupakan tingkat perkembangan tertinggi, yaitu saat remaja mampu mengembangkan kapasitasnya untuk berpikir secara abstrak (Papalia, Olds, dan Feldman, 2013). Kemampuan berpikir abstrak juga memiliki konsekuensi emosional, konsekuensi emosional pada remaja seperti seorang anak dapat menyayangi orang tua dan membenci teman sekelas. Saat remaja mereka dapat mencintai kebebasan dan membenci eksploitasi, hal-hal yang ideal menarik bagi pemikiran dan perasaan (Ginsburg & Opper, 1979 dalam, Papalia, Olds, dan Fildman, 2013).

Seiring dengan bertambahnya usia, saat memasuki tahap remaja akhir remaja sudah tidak dibatasi oleh kenyataan dan aktual, yang merupakan ciri dari periode berpikir nyata, remaja juga sudah mampu memperhatikan kemungkinan yang bisa terjadi. Pemikiran yang sudah jauh kedepan tanpa selalu hanya memperhatikan situasi yang sedang dialami saat ini. Artinya remaja telah mampu membayangkan hal-hal yang akan dilakukan, peristiwa yang akan terjadi, bentuk masa depan yang akan direncanakan seperti pekerjaan, pendidikan selanjutnya, perubahan dalam pola hubungan baik dengan keluarga dan orang lain, dan konsekuensi dari segala sesuatu yang diperbuat. Walaupun cara berpikir remaja belum matang namun remaja telah memiliki nilai moral dan mampu berpikir secara abstrak. Menurut Yusuf (2010) perkembangan kognitif pada usia remaja telah mampu menghubungkan ide, konsep atau pemikiran, mampu menganalisis dan menyelesaikan masalah yang dihadapi. Perkembangan kognitif remaja memiliki kaitan yang erat dengan perkembangan bahasa.

Perkembangan kognitif individu akan tampak dalam perkembangan bahasa yaitu kemampuan remaja dalam membentuk pengertian, menyusun pendapat dan

menarik kesimpulan (Yusuf, 2017). Bahasa merupakan kemampuan untuk berkomunikasi dengan orang lain, dimana perasaan dan pikiran dinyatakan dalam bentuk lambang atau simbol untuk mengungkapkan sesuatu, baik dengan lisan, tulisan, isyarat, bilangan, lukisan, dan mimik wajah (Yusuf, 2017).

Yusuf (2017) menyatakan bahwa empat tugas pokok yang harus diselesaikan atau dikuasai oleh individu yaitu pemahaman, pengembangan perbendaharaan kata, penyusunan kata-kata menjadi kalimat, dan pengucapan. Pada umumnya remaja mengenal sekitar 80.000 kata saat usia 16-18 tahun, mereka berbicara dengan bahasa yang berbeda dengan teman sebayanya dibandingkan dengan orang dewasa (Owen s, 1996 dalam Papalia, Olds & Feldman, 2013). Bahasa pergaulan remaja merupakan bagian dari proses perkembangan identitas diri yang berbeda dari dunia orangtua dan orang dewasa, remaja memiliki kemampuan dalam bermain dengan kata-kata yang baru saja muncul untuk mendefinisikan cara pandang unik generasi mereka dalam hal nilai, selera dan preferensi (Elkind, 1998 dalam Papalia, Olds & Feldman, 2013).

Hal tersebut menjelaskan bahwa remaja memiliki bahasa dan istilah sendiri yang hanya dapat dimengerti oleh sesamanya dalam mendefinisikan serta menilai sesuatu. Istilah-istilah yang sering remaja gunakan dalam berkomunikasi dalam kesehariannya dikenal dengan sebutan “bahasa gaul”. Melalui kemampuan berbahasa, semua manusia dapat berkomunikasi antar sesama serta lingkungan sekitarnya.

2.1.2.3 Moral dan Spiritual

Moral berarti adat istiadat, peraturan, kebiasaan, peraturan/nilai-nilai tata cara kehidupan, sedangkan moralitas adalah kemauan untuk menerima dan melakukan peraturan, nilai-nilai atau prinsip moral. Seseorang dapat dikatakan bermoral jika tingkah laku orang tersebut sesuai dengan nilai-nilai moral yang dijunjung tinggi oleh kelompok sosialnya (Yusuf, 2017). Pada tahap ini remaja berada pada tahap perkembangan moral *postconvensional* atau *principle level*, dimana remaja memiliki kesadaran serta keyakinan bahwa dirinya dan lingkungannya saling mempengaruhi baik positif ataupun negatif (Fortinash & Holoday, 2004).

Individu khususnya remaja dikatakan memiliki tingkah laku sesuai moral jika mampu menjalankan nilai atau prinsip-prinsip moral seperti, berbuat baik kepada orang lain, memelihara keaman dan ketertiban, memelihara kebersihan dan hak orang lain, tidak melakukan perbuatan tercela seperti mencuri, berzina, membunuh, minum-minuman keras dan berjudi (Yusuf, 2017).

Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan mempertahankan keyakinan dan menjalankan kewajiban agama yang dianut, kebutuhan untuk mendapatkan pengampunan dan maaf serta menjalin hubungan yang penuh rasa percaya pada Tuhan (Carson, 1989, dalam Hamid, 2009). Yusuf (2017), menyatakan bahwa fitrah beragama memiliki kemungkinan untuk berkembang, kualitas dan arah perkembangan remaja sangat bergantung pada proses pendidikan yang diterimanya, dan lingkungan terutama keluarga. Selain faktor pendidikan dan lingkungan keluarga, faktor penting yang dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang adalah tahapan perkembangan, keluarga, latar belakang etnik dan budaya, pengalaman sebelumnya dan asuhan keperawatan (Tylor dkk, 1997, dalam Hamid, 2009).

Remaja yang kurang mendapatkan bimbingan keagamaan dalam keluarga, kondisi keluarga yang kurang harmonis, orangtua yang kurang memberikan kasih sayang, dan hubungan pertemanan dengan kelompok sebaya yang kurang memiliki nilai-nilai agama akan menjadi pemicu berkembangnya sikap dan perilaku remaja yang kurang baik, seperti pergaulan bebas, minum-minuman keras, penggunaan obat terlarang, dan suka membuat onar dalam masyarakat (Yusuf, 2017). Hal tersebut menggambarkan bahwa perkembangan spiritual yang baik dari remaja, akan menjadi kontrol diri dan mencegah terjadinya perilaku buruk remaja.

2.1.2.4 Emosi dan Psikososial

Masa remaja merupakan puncak emosionalitas, yaitu perkembangan emosi yang tinggi. Pertumbuhan fisik, terutama organ-organ seksual mempengaruhi perkembangan emosi atau perasaan-perasaan dan dorongan baru yang dialami sebelumnya, seperti perasaan cinta, rindu, dan keinginan untuk berkenalan lebih dekat dengan lawan jenis. Perkembangan emosi diusia remaja awal menunjukkan sifat sensitif dan reaktif yang sangat kuat terhadap berbagai peristiwa atau situasi

sosial, emosinya bersifat negatif dan tempramental, namun emosi sudah mampu dikendalikan saat memasuki fase remaja akhir (Yusuf, 2017). Pola gejala emosional merupakan karakteristik sebagian kecil remaja yang mungkin melibatkan konflik dengan keluarga, keterasingan dari lingkungan orang dewasa, perilaku ceroboh dan penolakan terhadap nilai-nilai orang dewasa (Papalia, Olds & Feldman, 2013).

Yusuf (2017), menyatakan bahwa remaja dalam proses perkembangannya berada dalam iklim yang kondusif, cenderung akan memperoleh perkembangan emosi yang matang, kematangan emosi tersebut ditandai dengan memiliki emosi yang adekuat (cinta kasih, simpati, respek, dan senang menolong orang lain), mampu mengendalikan emosi (tidak mudah tersinggung, tidak agresif, bersikap optimis), dan mampu menghadapi situasi secara wajar. Sebaliknya, tidak sedikit remaja yang menghadapi ketidaknyamanan emosi dengan reaksi yang defensif, reaksi ini muncul sebagai upaya untuk melindungi kelemahan diri. Reaksi tersebut tampil dalam perilaku *maladjustment* seperti agresif yaitu melawan, keras kepala, bertengkar berkelahi, senang mengganggu), dan melarikan diri dari kenyataan dengan cara melamun, pendiam, senang menyendiri, minum-minuman keras atau obat-obatan terlarang.

Selain perkembangan emosi, pada tahapan ini remaja kemampuan sosial remaja juga mulai berkembang. Pada masa ini berkembang "*social cognition*" yaitu kemampuan untuk memahami orang lain sebagai individu yang unik, baik menyangkut sifat pribadi ataupun minan nilai-nilai maupun perasaannya. Pemahaman ini mendorong remaja untuk menjalin hubungan sosial yang lebih akrab dengan orang lain terutama teman sebaya, hubungan ini dapat berupa persahabatan ataupun percintaan (pacaran).

Pada masa ini juga berkembang sikap "*comformity*", yaitu kecenderungan untuk menyerah atau mengikuti opini, pendapat, nilai, kebiasaan, kegemaran (*hobby*) atau keinginan orang lain (teman sebaya). Konformitas pada remaja dapat berdampak positif maupun negatif (Yusuf, 2017). Perkembangan kemampuan

sosial menuntut remaja untuk memiliki penyesuaian sosial, yaitu kemampuan untuk bereaksi secara tepat terhadap realitas sosial, situasi dan relasi baik dalam lingkungan keluarga, sekolah dan masyarakat luas.

2.1.2.5 Bakat dan Kreatifitas

Perkembangan kreativitas erat kaitannya dengan perkembangan kognitif remaja. Kreatifitas merupakan kemampuan untuk menciptakan sesuatu yang baru (Barron, 1982 dalam Bahari, 2010). Kreativitas muncul karena adanya perpaduan fungsi otak kanan dan otak kiri. Remaja yang kreatif memiliki rasa ingin tahu yang besar, berani mengungkapkan pendapat, senang mencari pengalaman baru, serta menyukai tantangan atau hal-hal sulit, memiliki inisiatif, tekun, energik dan ulet, mampu menyelesaikan banyak tugas, percaya diri, memiliki rasa humor, menyukai keindahan, memiliki wawasan tentang masa depan, dan memiliki imajinasi (Utami, 1992 dalam Ali & Asrori, 2009).

Perkembangan bakat khusus remaja merupakan kemampuan bawaan berupa potensi khusus pada bidang tertentu. Conny dan Utami (1987, dalam Ali & Ansori, 2009) mengklasifikasikan bakat menjadi lima bidang yaitu akademik, bakat kreatif-produktif, psikomotor/kinestetik, dan bakat sosial. Bakat dapat memungkinkan seseorang untuk mendapatkan prestasi yang diinginkan, namun untuk mewujudkannya diperlukan pengetahuan, latihan, motivasi dan pengalaman yang cukup. Keberhasilan dan prestasi yang didapatkan dari bakat akademik maupun bakat lainnya dapat meningkatkan harga diri (Hockenberry, dkk, 2003). Seseorang dapat memiliki bakat unik yang tidak dimiliki oleh orang lain, yang selanjutnya akan menjadi identitasnya. Bakat khusus yang dimiliki tersebut kedepannya akan berpengaruh terhadap penentuan masa depan seperti pemilihan dan pengembangan karir, serta tipe pekerjaan yang diinginkan (Mahoney, 2001).

2.2 Sistem Interpersonal (Remaja dan Keluarga, Remaja dan Kelompok)

Sistem interpersonal terbentuk saat dua atau lebih individu berinteraksi, membentuk diad (dua orang) atau triad (tiga orang). Diad dari seorang perawat dan seorang klien (remaja) sebagai salah satu jenis sistem interpersonal. Keluarga, ketika bertindak sebagai kelompok kecil, juga dapat dianggap sebagai sistem

interpersonal. Memahami sistem interpersonal membutuhkan konsep komunikasi, interaksi, peran, tekanan, dan transaksi (Alligood, 2014). Sistem interpersonal menggambarkan tentang hubungan antara perawat dan klien yang dikenal dengan teori pencapaian tujuan (*theory of goal attainment*).

Selama proses keperawatan, setiap anggota berinteraksi mempersepsikan lawan interaksinya, membuat penilaian, dan mengambil tindakan, pada akhirnya kegiatan ini akan berujung pada reaksi. Hasil interaksi dan jika terjadi keselarasan persepsi dan gangguan bisa di atasi maka terjadi transaksi didalamnya. Proses interaksi manusia membentuk dasar untuk merancang model transaksi yang menggambarkan pengetahuan teoritis yang digunakan oleh perawat untuk membantu individu dan kelompok dalam mencapai tujuan.

King (1995, dalam Alligood, 2014), pengaturan tujuan bersama (antara perawat dan klien) didasarkan pada (a) penilaian perawat terhadap kekhawatiran, masalah, dan gangguan pasien dalam kesehatan; (b) persepsi perawat dan klien terhadap gangguan kesehatan; dan (c) pembagian informasi mereka dimana setiap fungsi akan membantu klien mencapai tujuan yang diidentifikasi. Selain itu, perawat juga berinteraksi dengan anggota keluarga ketika klien tidak dapat berpartisipasi secara verbal dalam penetapan tujuan.

Adapun aplikasi dari teori pencapaian tujuan berdasarkan proses keperawatan dimulai dengan pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi keperawatan serta evaluasi. Pada tahap perencanaan, King menggambarkan konsep pengambilan keputusan terkait tujuan yang ingin dicapai dalam pencapaian identitas diri remaja. Pada fase ini terjadi proses transaksi dengan harapan remaja mampu mengambil keputusan terkait perawatan yang dibutuhkan. Tujuan dari keperawatan yaitu menjaga kesehatan sehingga tetap dapat berfungsi dalam peran (Cristensen & Kenney, 2009). Tujuan yang telah ditetapkan bersama antara perawat dan klien, selanjutnya menjadi panduan perawat dalam membantu remaja untuk mencapai perkembangan identitas dirinya.

Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan. Perawat diharapkan mampu berperan secara profesional, kompeten secara

keilmuan dan keterampilan dalam memberikan stimulasi pada remaja melalui proses transaksi antara perawat dan klien yang berlangsung secara terus-menerus. Evaluasi merupakan proses penilaian terhadap tujuan yang akan dicapai apakah sudah tepat dan sesuai dengan apa yang sudah direncanakan. King menyatakan bahwa evaluasi tidak hanya sebatas melakukan penilaian terhadap tujuan yang telah dicapai, akan tetapi juga mengukur efektifitas pemberian asuhan dan pelayanan keperawatan, persepsi, komunikasi, interaksi, pengambilan keputusan dan transaksi yang terjadi.

Kekuatan pada model pendekatan sistem King terletak pada partisipasi aktif klien dalam menentukan tujuan yang ingin dicapai, pengambilan keputusan, dan interaksi dalam menerima tujuan oleh klien. Oleh sebab itu sangat penting adanya kolaborasi profesional antara tenaga kesehatan yang nantinya dapat digunakan untuk individu, keluarga dan kelompok dengan menekankan pada aspek psikologi, sosialkultural, serta konsep interpersonal

Lingkungan merupakan sistem sosial dalam kemasyarakatan yang bersifat dinamis dan mempengaruhi perilaku sosial, persepsi, integrasi sosial dan kesehatan baik di klinik, rumah sakit, sekolah, komunitas, maupun kawasan industri (Christenen & Kenney, 2009). Sistem sosial yang didalamnya terdapat keluarga, teman sebaya, tetangga, dan lingkungan tempat tinggal juga sangat mempengaruhi proses perkembangan remaja. Perilaku yang remaja tampilkan bisa berasal dari proses interaksi yang baik dengan keluarga, teman sebaya, tetangga serta lingkungan masyarakat tempat tinggal remaja.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada remaja diawali dengan pemberian tindakan generalis yaitu pendidikan kesehatan terkait dengan tumbuh kembang dan tugas perkembangan remaja secara umum. Pada tindakan keperawatan generalis, disampaikan pada remaja terkait perkembangan remaja yang normal atau sesuai dan penyimpangan perkembangan serta menjelaskan cara untuk mencapai tugas perkembangan diusia remaja. Setelah memberikan terapi generalis, dilanjutkan dengan pemberian terapi spesialis kelompok terapeutik yang merupakan salah satu jenis terapi kelompok yang memberikan kesempatan pada setiap anggotanya untuk saling berbagi pengalaman, membantu satu sama

lainnya, sehingga akhirnya ditemukan jalan keluar untuk menyelesaikan masalah dan atau mengantisipasi permasalahan yang akan dihadapi dengan melatih cara yang efektif dalam mengendalikan stres (Townsend, 2009).

Selain terapi spesialis terapi kelompok terapeutik, terapi spesialis psikoedukasi keluarga juga diberikan pada keluarga remaja. Psikoedukasi keluarga diharapkan dapat memberikan pemahaman pada keluarga terkait perkembangan dan tugas perkembangan remaja. Selanjutnya keluarga diharapkan mampu mendukung dan memberikan stimulasi perkembangan secara optimal sehingga tugas perkembangan identitas diri pada remaja dapat tercapai.

2.2.1 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan untuk remaja ditegakkan berdasarkan hasil analisa data yang didapatkan setelah tahap pengkajian dilakukan sehingga ketelitian dalam melakukan analisa data mempengaruhi ketepatan dalam penegakkan diagnosa (Fortinash & Worret, 2004). Ciri perilaku remaja dengan diagnosis potensial pembentukan identitas diri di antaranya yaitu mampu menilai diri secara objektif, memiliki rencana masa depan, mampu mengambil keputusan, menyukai diri sendiri, mampu berinteraksi dengan lingkungan, bertanggung jawab, mandiri, mampu menyelesaikan masalah yang dihadapi dengan meminta bantuan dari orang lain yang dianggap mampu (*Modul IC CMHN, 2011*). Penyimpangan perilaku remaja ditandai dengan remaja tidak menemukan ciri khas (kelebihan dan kekurangan) diri, merasa bingung dan ragu, tidak memiliki rencana untuk masa depan, tidak mampu berinteraksi dengan lingkungan, perilaku antisosial, tidak menyukai diri sendiri, kesulitan dalam mengambil keputusan, tidak memiliki minat dan tidak mandiri (*Modul IC CMHN, 2011*).

Hasil pengamatan dan pengkajian terkait perilaku remaja harus dianalisa lebih lanjut untuk mengetahui perilaku tersebut tergolong pada perkembangan yang normal yaitu identitas diri atau terjadi penyimpangan (bingung peran). Erickson (dalam Gunarsa, 2010), menyatakan bahwa tugas utama dari perkembangan remaja yaitu pembentukan identitas diri. Identitas diri tidak terbentuk secara tiba-tiba, namun terbentuk sedikit-demi sedikit melalui proses eksplorasi dan pengalaman yang diperoleh remaja (Santrock, 2012). Pada dasarnya pembentukan

identitas diri remaja tidak didapatkan dari hasil meniru orang lain saja, namun juga dengan melakukan sintesis identifikasi dan kemudian memodifikasinya lebih dahulu (Papalia, et al., 2011).

2.2.2 Sumber koping

Sumber koping merupakan kemampuan maupun sumber potensi yang dapat dimanfaatkan untuk membantu menyelesaikan permasalahan yang dihadapi akibat dari stresor yang muncul, sumber koping dapat berasal dari dalam diri remaja sendiri (internal) maupun eksternal (Stuart, 2013). Sumber koping internal merupakan kemampuan yang dimiliki remaja untuk mengatasi masalah yang dihadapi (Merry & Townsend, 2009). Sumber koping yang berasal dari luar yaitu dukungan keluarga dan ketersediaan materi atau aset ekonomi. Empat hal yang menjadi sumber koping remaja dalam mencapai tugas perkembangan identitas diri yaitu kemampuan individu/remaja (*personal abilities*), dukungan sosial (*social support*), ketersediaan materi/ aset ekonomi (*material assets*), kepercayaan positif (*positive belief*).

Personal abilities atau kemampuan personal adalah kemampuan remaja dalam mencapai identitas diri yang positif, salah satu kemampuan yang harus remaja miliki yaitu pengetahuan yang cukup terkait apa yang terjadi terhadap dirinya. pengetahuan remaja terkait perkembangan dan tugas perkembangannya adalah kunci dari kesadaran diri akan perubahan-perubahan yang menuntut remaja untuk mampu menyesuaikan diri dan memenuhi harapan lingkungannya (Stuart & Laraia, 2009). Peningkatan kemampuan personal remaja dapat dilakukan dengan mencari informasi yang dapat membantunya menjadi lebih memahami segala sesuatu terkait perubahan yang terjadi pada dirinya, sehingga remaja mampu menyadari aspek-aspek positif yang dimiliki dalam mengoptimalkan pencapaian identitas dirinya.

Social support atau dukungan sosial yang bisa didapatkan remaja dalam membantu proses pencapaian identitas diri dapat berasal dari keluarga (orang tua maupun saudara), sekolah (guru, teman sebaya), lingkungan masyarakat (tetangga, tokoh masyarakat). Keluarga yang memahami tentang perkembangan dan perubahan remaja, akan lebih mudah mengetahui cara mengatasi masalah

yang remaja hadapi. Pengetahuan yang perlu keluarga miliki adalah cara memberikan motivasi, memberikan pujian yang realistis untuk menumbuhkan percaya diri remaja dan menstimulasi tumbuh kembang remaja dengan baik (Gunarsa, 2010).

Material aset merupakan salah satu sumber yang dapat digunakan untuk mendukung individu dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Townsend (2009) menyatakan bahwa status ekonomi yang mencukupi adalah sumber coping yang dapat digunakan dalam menghadapi situasi stres. Material aset menjadi penting terhadap proses pencapaian identitas diri remaja yaitu untuk mendukung keberlangsungan pendidikan remaja, mendukung dan memfasilitasi kegiatan-kegiatan serta minat dan bakat remaja. Material aset dapat berupa uang, tabungan, rumah, tanah/kebun, pelayanan kesehatan terdekat, dan fasilitas pendidikan.

Positive belief merupakan keyakinan diri yang menumbuhkan motivasi untuk menyelesaikan masalah atau stresor yang dihadapi (Nurjanah, Hamid & Wardani, 2013). Keyakinan diri yang positif terhadap kemampuan diri untuk mencapai perkembangan identitas diri, akan menjadikan remaja termotivasi untuk berusaha belajar dan berlatih dalam meningkatkan kemampuan aspek perkembangan dirinya. Sebaliknya, keyakinan diri yang negatif akan menghambat pencapaian identitas diri remaja.

2.2.3 Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi diagnosa keperawatan atau masalah yang dihadapi klien. Tindakan keperawatan yang diberikan pada sistem klien secara individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat dilakukan secara menyeluruh sebagai upaya dalam menyelesaikan masalah klien (Keliat & Akemat, 2005).

Tindakan keperawatan yang diberikan pada remaja meliputi terapi keperawatan generalis dan spesialis

2.2.3.1 Terapi Keperawatan Generalis

Intervensi keperawatan generalis/umum dapat dilakukan oleh perawat CMHN yang bertugas atau bertanggung jawab di puskesmas Mulyaharja. Tindakan keperawatan yang diberikan yaitu memberikan penjelasan atau edukasi tentang ciri perkembangan remaja yang normal dan menyimpang. Selanjutnya, perawat menjelaskan hal-hal yang bisa remaja lakukan agar mencapai perkembangan psikososial normal dan sesuai, seperti menganjurkan remaja untuk berinteraksi dengan orang lain atau teman sebaya, menceritakan perasaan dan mencurahkan perasaan khawatir terkait masalah yang dihadapi pada orang-orang yang membuatnya merasa nyaman, memberikan motivasi untuk mengikuti organisasi, menganjurkan untuk melakukan kegiatan positif, membantu remaja menyusun dan melaksanakan rencana kegiatan yang telah dibuatnya (*Modul IC CMHN, 2011*).

2.2.3.2 Terapi Keperawatan Spesialis

Selain pemberian terapi generalis berupa edukasi kesehatan dan penyuluhan, perlu adanya terapi spesialis yang diberikan sebagai upaya meningkatkan aspek perkembangan agar tugas perkembangan identitas diri remaja dapat tercapai. Terapi spesialis yang diberikan dapat dilakukan secara langsung pada individu, kelompok, dan juga keluarga.

1) Terapi Kelompok Terapeutik (TKT)

Terapi kelompok terapeutik merupakan salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa sebagai salah satu upaya promosi kesehatan jiwa untuk meningkatkan kondisi kesehatan jiwa pada tiap tahap perkembangan sehingga menjadi semakin optimal. Pengertian kelompok dalam terapi kelompok terapeutik adalah individu yang memiliki hubungan satu dengan yang lainnya, saling ketergantungan dan mempunyai norma yang sama (Stuart, 2013). Terapi kelompok merupakan suatu bentuk psikoterapi yang dilakukan dalam kelompok kecil dimana individu yang masuk dalam kelompok dipilih melalui seleksi yang dilakukan secara hati-hati, pertemuan kelompok dilakukan secara teratur dengan dipimpin oleh seorang terapis. (Yalom, 1995). Terapi kelompok terapeutik adalah salah satu jenis terapi kelompok yang memberikan kesempatan pada setiap anggotanya untuk saling

berbagi pengalaman, membantu satu sama lainnya, sehingga akhirnya ditemukan jalan keluar untuk menyelesaikan masalah dan atau mengantisipasi permasalahan yang akan dihadapi dengan melatih cara yang efektif dalam mengendalikan stres. Kelompok terapeutik berfokus pada interaksi antar anggota, mempertimbangkan isu-isu tertentu dan selalu berfokus pada hubungan yang ada di dalam kelompok (Townsend, 2009).

Kelompok merupakan lingkungan alamiah bagi remaja, kelompok dapat berperan penting dalam mempengaruhi hubungan antar anggotanya. Merujuk pendapat Crockett (1984 dalam Johnson, 1995) interaksi kelompok dapat memberikan kesempatan perkembangan psikologis remaja seperti pembentukan hubungan sosial, ketrampilan sosial, meningkatkan interaksi sosial, dan memahami diri dan orang lain. Remaja adalah makhluk sosial yang sedang belajar keterampilan sosial, mereka sering lebih mempercayai teman sebaya dibanding orang yang lebih dewasa (Fleitman, 2009). Oleh sebab itu remaja memiliki keterikatan sangat kuat dengan kelompok sebayanya. Potensi masalah dan sumber coping dapat berasal dari kelompok sebaya. Identitas diri remaja dapat dibentuk dari cara dia memandang dan berespons terhadap orang lain dalam kelompok sebayanya (Johnson, 1995).

Berdasarkan hal tersebut di atas, dalam upaya menangani masalah perkembangan yang dihadapi remaja pendekatan terapi kelompok terapeutik merupakan pilihan ideal dan penting bagi kelompok umur ini. Remaja menjadi mampu belajar antar satu sama lain sesuai tahap perkembangannya (Wood, 2009). Remaja dalam kelompok dapat saling membantu untuk memenuhi kebutuhannya secara positif, bermakna bagi kelompok sebaya dan pembentukan identitas diri (Stuart, 2009).

Terapi kelompok dilakukan dengan sangat bersahabat, relaks, saling berbagi, terbuka dan tanpa tekanan lingkungan (Fleitman, 2009). Hal tersebut akan membantu remaja dan keluarganya menciptakan hubungan yang lebih baik. Menciptakan terapi kelompok dengan suasana menyenangkan, bersahabat, santai membuat remaja merasa tidak tertekan sehingga menjadi suasana dinamis dan

interaktif. Segalah permasalahan dapat disampaikan dengan terbuka dan tanpa rasa takut dan malu pada anggota kelompok yang lain.

Stuart (2013), menyatakan bahwa terdapat komponen kelompok kecil dalam terapi kelompok terapeutik yang meliputi; struktur, ukuran kelompok yang terdiri dari 6-10 anggota, lamanya sesi, adanya komunikasi dan umpan balik, peran, kekuasaan, norma, dan kohesif. Pelaksanaan TKT terbagi menjadi enam sesi dengan rincian sebagai berikut:

- a) **Sesi pertama:** Stimulasi perkembangan biologis/fisik dan psikoseksual. Pada sesi ini anggota berdiskusi tentang stimulasi perkembangan biologi dan psikoseksual dan berbagi pengalaman stimulasi perkembangan yang pernah diperoleh dari lingkungan keluarga, sekolah, maupun masyarakat.
- b) **Sesi kedua:** Stimulasi perkembangan kognitif dan bahasa. Pada sesi ini anggota berdiskusi tentang stimulasi perkembangan kognitif dan bahasa serta berbagi pengalaman stimulasi perkembangan yang pernah diperoleh dari lingkungan keluarga, sekolah, maupun masyarakat. Pada sesi ini dilakukan permainan “Tebak idolaku”. Remaja diminta berpendapat mengenai tokoh tersebut, apa yang bisa dicontoh darinya.
- c) **Sesi ketiga:** Stimulasi perkembangan moral dan spiritual. Pada sesi ini anggota berdiskusi tentang stimulasi perkembangan moral dan spiritual dan berbagi pengalaman stimulasi perkembangan yang pernah diperoleh dari lingkungan keluarga, sekolah, maupun masyarakat. Pada sesi ini terapis melakukan permainan yang diberi nama “*The best values*” yang berisi tentang berbagai nilai-nilai pribadi dari yang paling penting – kurang penting.
- d) **Sesi keempat:** Stimulasi perkembangan emosi dan psikososial. Pada sesi ini anggota berdiskusi tentang stimulasi perkembangan emosi dan psikososial, selanjutnya mereka berbagi pengalaman stimulasi perkembangan yang pernah diperoleh dari lingkungan keluarga, sekolah maupun masyarakat. Stimulasi dilakukan dengan menggunakan permainan “siapa aku”. Masing-masing anggota kelompok diinstruksikan untuk menuliskan perasaannya sesuai pertanyaan yang telah disediakan. Selanjutnya membaca

perasaannya disertai bahasa non verbal di depan kelompok dan diselingi permainan kursi putar. Kemudian masing-masing saling memberi tanggapan terhadap perasaan yang muncul.

- e) **Sesi kelima:** Stimulasi perkembangan bakat dan kreatifitas. Pada sesi ini anggota berdiskusi tentang stimulasi perkembangan bakat dan kreativitas dengan berbagi pengalaman stimulasi perkembangan yang pernah diperoleh dari lingkungan keluarga, sekolah maupun masyarakat. Pada sesi ini dilakukan permainan yang bernama “unjuk gigi” yaitu masing-masing anggota diinstruksikan menampilkan bakat dan kreatifitasnya yang dimiliki selanjutnya anggota lain memberikan penghargaan.
- f) **Sesi keenam:** Monitoring dan Evaluasi manfaat latihan stimulasi yang telah dilakukan. Pada sesi ini anggota berbagi pengalaman tentang manfaat kegiatan selama pertemuan, perubahan apa yang telah dirasakan dan kegiatan positif apa yang telah dilakukan di rumah, sekolah dan masyarakat. Selanjutnya anggota diberi tindak lanjut untuk mengeksplorasi semua potensi yang dimiliki, nilai-nilai, keyakinan dan membuat komitmen terhadap pilihan yang positif dan disenangi terkait rencana masa depan, hobi dan bakat yang ingin dikembangkan, komitmen dalam mencapai cita-cita yang ingin dicapai, menjalankan ibadah dengan baik dan menjadi remaja yang memiliki identitas diri yang positif.

2) Psikoedukasi keluarga/ *family psychoeducation* (FPE)

Terapi psesialis yang diberikan pada keluarga adalah FPE. Intervensi kepada keluarga dimaksudkan untuk memperkuat sistem keluarga, mencegah atau menghambatterjadinya penyimpangan perkembangan, dan membantu pencapaian perkembangan identitas diri remaja. Program psikoedukasi ini memperlakukan keluarga sebagai sumber, bukan sebagai stressor, dengan berfokus pada penyelesaian masalah yang konkrit, dan perilaku menolong yang spesifik untuk beradaptasi dengan stress dengan melibatkan perawat spesialis jiwa sebagai fasilitator.

FPE adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart, 2009). FPE merupakan intervensi yang berfokus untuk mengubah pola interaksi keluarga dan berupaya untuk memperbaiki fungsi keluarga sebagai suatu unit yang terdiri dari klien-klien (Kaplan, 2010). Menurut Carson (2008), FPE dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat remaja yang mengalami gangguan mood.

Penelitian yang dilakukan oleh Hasanah, Hamid, dan Helena (2015), menunjukkan bahwa, pemberian terapi kelompok terapeutik remaja, latihan asertif dan FPE dapat meningkatkan aspek perkembangan dan pencapaian tugas perkembangan identitas diri remaja. Berdasarkan pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa FPE adalah terapi keluarga yang berfokus untuk merubah pola interaksi dalam keluarga untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam merawat anggota keluarga lain dengan pendekatan edukasi dan pragmatik.

Proses pelaksanaan terapi FPE diawali dengan mengunjungi keluarga yang ditentukan, keluarga diberi kesempatan untuk bertanya, bertukar pikiran, bersosialisasi dengan anggota keluarga yang lain serta tenaga kesehatan. Keluarga diidentifikasi dan diseleksi sesuai dengan indikasi, selanjutnya menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilakukan, membuat kontrak waktu dengan orangtua/keluarga yang tinggal serumah dengan remaja. Terapi FPE terbagi dalam beberapa sesi yaitu:

- a) Sesi pertama : Mengenal masalah keluarga dalam mendampingi remaja. Melakukan pengkajian terhadap keluarga dalam melakukan stimulasi tumbuh kembang remaja. Terapis menyakan perasaan keluarga terhadap perubahan yang dialami remaja serta pengalaman melakukan stimulasi remaja, masalah yang dihadapi caregiver terhadap anggota keluarga yang lain, tantangan atau hambatan dalam melakukan stimulasi tumbuh kembang remaja, menggali perubahan-perubahan yang terjadi di keluarga dalam menstimulasi tumbuh kembang remaja, serta mengkaji harapan dan keinginan keluarga selama mengikuti FPE.

- b) Sesi kedua : melatih cara merawat dan melakukan stimulasi perkembangan remaja. Terapis mendiskusikan cara melakukan stimulasi perkembangan remaja, menjelaskan cara melakukan stimulasi perkembangan remaja, memberi kesempatan pada keluarga untuk bertanya, memberikan pujian terhadap apa yang sudah keluarga lakukan.
- c) Sesi ketiga : manajemen stres dan manajemen beban keluarga dalam melakukan stimulasi tumbuh kembang remaja. Terapis mengkaji cara keluarga melakukan stimulasi perkembangan remaja, memberikan *reinforcement* positif untuk kemampuan keluarga, menjelaskan perasaan cemas yang muncul akibat ketidakmampuan dalam melakukan stimulasi pada remaja, meminta keluarga mengidentifikasi tanda dan gejala serta cara untuk mengurangi kecemasan sesuai dengan arahan terapis, mengulang kembali latihan mengontrol kecemasan dan mengurangi beban yang dialami keluarga dengan latihan relaksasi.
- d) Sesi keempat : memberdayakan masyarakat untuk membantu keluarga dalam melakukan stimulasi perkembangan remaja. Terapis mengidentifikasi hambatan yang keluarga rasakan selama melakukan stimulasi perkembangan remaja, mengidentifikasi peran masing-masing anggota keluarga dalam menstimulasi remaja, menjelaskan cara berbagi peran dalam keluarga selama mendampingi remaja, mendiskusikan cara menyelesaikan masalah dan hambatan dengan mencari solusi terbaik untuk *caregiver* utama dan anggota keluarga lainnya, memberikan *reinforcement* positif atas kemampuan keluarga.

2.3 Tugas Perkembangan dan aspek perkembangan remaja

Output adalah hasil akhir atau pencapaian yang diharapkan terjadi setelah proses atau kegiatan dilakukan. *Output* dari tindakan yang dilakukan pada Karya Ilmiah Ini yaitu pencapaian tugas perkembangan identitas diri remaja dengan peningkatan kemampuan 10 aspek perkembangan identitas diri remaja.

2.3.1 Tugas Perkembangan

Masa remaja juga dikatakan sebagai masa pencarian identitas diri. Menurut Erikson, tugas remaja adalah mengatasi krisis identitas diri versus kebingungan

identitas (Papalia, et al., 2011). Identitas adalah potret diri yang tersusun atas berbagai aspek, antara lain, identitas pekerjaan/karir, identitas politik, identitas spiritual, identitas relasi (lajang, menikah, bercerai), identitas prestasi/intelektual, identitas seksual, identitas budaya/etnik, minat, kepribadian dan identitas fisik (Santrock, 2012). Pencarian identitas adalah untuk menjawab pertanyaan “siapakah saya dan kemanakah saya?”. Nilai yang ingin dicapai pada fase remaja ini adalah kesetiaan, artinya penyesuaian hidup berdasarkan pada standar yang berlaku di masyarakat (Atkinson, Atkinson, dan Hilgard, 2009 dalam Saam dan Wahyuni, 2012).

Marcia menyatakan bahwa pembentukan identitas terjadi melalui dua proses yaitu eksplorasi (krisis) dan komitmen yang kemudian membawa pada empat status identitas : 1) *identity diffusion* atau identitas difusi yang menunjukkan tidak adanya krisis dan komitmen, 2) identitas *foreclosure* dimana individu tidak mengalami krisis tetapi memiliki komitmen. Individu tidak memiliki otonomi untuk memilih karena adanya peran figur otoritas (misalnya orangtua) atau karena pengaruh orang lain seperti teman sebaya. 3) *identity moratorium* dimana individu mengalami krisis tetapi tidak memiliki komitmen, 4) identitas *achievement* dimana individu mengalami krisis dan kemudian memiliki komitmen. Empat elemen ini menjadi berbeda karena ditentukan oleh ada dan tidaknya krisis dan komitmen, yang menurut Erikson merupakan komponen penting dalam pembentukan identitas. (Marcia, 1980 dalam Papalia, Olds, dan Feldman, 2013).

Remaja yang mampu menyelesaikan konflik identitas akan tumbuh dengan pemahaman diri yang baik dan dapat diterima oleh lingkungannya seperti yang telah diungkapkan oleh Erikson sebelumnya (Santrock, 2012).

2.3.2 Aspek perkembangan

Pencapaian tugas perkembangan identitas diri remaja dilakukan dengan melakukan stimulasi 10 aspek perkembangan secara optimal. Adapun 10 aspek perkembangan tersebut meliputi aspek biologis, psikoseksual, kognitif, bahasa, moral, spiritual, emosi, psikososial, bakat dan kreativitas. Masing-masing aspek saling berhubungan dan mempengaruhi satu sama lain, sehingga diperlukan

stimulasi yang optimal dan berkelanjutan agar tercapai tugas perkembangan identitas diri pada remaja.

BAB 3

HASIL PELAKSANAAN ASUHAN DAN PELAYANAN KEPERAWATAN JIWA PADA REMAJA DI KOMUNITAS

Bab ini memaparkan tentang pelaksanaan manajemen pelayanan dan asuhan keperawatan pada klien remaja melalui pemberian terapi kelompok terapeutik dengan pendekatan Model Stress Adaptasi Stuart. Pemberian asuhan keperawatan dimulai dengan melakukan pengumpulan data status kesehatan klien (pengkajian) lalu selanjutnya menegakkan diagnosa sesuai dengan data yang didapatkan. Setelah menegakkan diagnosa, selanjutnya klien diberikan terapi generalis berupa edukasi kesehatan terkait tumbuh kembang, dilanjutkan dengan pemberian terapi spesialis yaitu terapi kelompok terapeutik remaja dan tahapan terakhir adalah monitoring dan evaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan.

Pemberian asuhan keperawatan dilaksanakan selama praktik residensi 3 yaitu pada tanggal 12 Februari – 13 April 2018. Jumlah remaja yang mengikuti terapi kelompok adalah sebanyak 7 orang remaja, dan penulis memilih 4 orang remaja untuk dilaporkan dalam karya ilmiah ini. Pemilihan keempat remaja ini didasarkan pada motivasi dan komitmen klien I, L, R, dan A dalam mengikuti proses terapi kelompok terapeutik sampai akhir sesi. Pada keluarga diberikan FPE dengan melibatkan keluarga dari dua remaja I dan L. Penentuan keluarga yang diberikan FPE berdasarkan pada kesediaan keluarga remaja pada saat dilakukan kunjungan rumah. Keluarga Remaja R dan A tidak bersedia terlibat dalam pemberian FPE karena waktu yang tidak memungkinkan. Sehingga penulis memutuskan memberikan FPE pada keluarga yang bersedia dan memberikan edukasi pada keluarga klien yang lainnya. Adapun hasil manajemen asuhan keperawatan yang telah dilakukan akan dipaparkan dibawah ini.

3.1 Manajemen Pelayanan Keperawatan Kesehatan Jiwa Masyarakat (CMHN) di Kelurahan Mulyaharja

Pengembangan Program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa (CMHN) di kelurahan Mulyaharja dilakukan di 11 RW bekerjasama dengan Mahasiswa

Program Spesialis Keperawatan Jiwa FIK UI. Mahasiswa memberikan tindakan keperawatan dalam rangka meningkatkan dan mengoptimalkan tumbuh kembang individu disetiap tahapan usia, termasuk remaja. Tindakan keperawatan yang telah diberikan meliputi tindakan keperawatan generalis dan tindakan keperawatan spesialis.

Tindakan keperawatan generalis yaitu dengan memberikan edukasi tentang tumbuh kembang remaja. Remaja diberikan penjelasan tentang ciri perkembangan yang normal dan menyimpang, cara mencapai perkembangan yang normal seperti menganjurkan remaja berinteraksi dengan orang lain ataupun teman sebaya yang dirasa nyaman untuk mencurahkan perasaan, memberikan motivasi untuk berpartisipasi dalam kegiatan organisasi baik di rumah atau di sekolah, menganjurkan untuk melakukan kegiatan yang positif, menjalankan tugas sesuai perannya didalam rumah, dan mendampingi remaja dalam membuat dan melaksanakan jadwal kegiatan yang telah disusun. Tindakan keperawatan spesialis yang dilakukan pada remaja yaitu terapi kelompok terapeutik dan psikoedukasi keluarga/ *family psychoeducation* untuk keluarga remaja.

Terapi psikoedukasi pada keluarga dimulai dengan memberikan edukasi tentang tumbuh kembang remaja dan cara mendorong atau merangsang (menstimulasi) pencapaian tugas perkembangan identitas diri remaja. Hampir seluruh keluarga yang dilakukan kunjungan rumah mengatakan belum pernah mendorong pencapaian perkembangan identitas diri pada remajanya, belum tau cara melakukan stimulasi, merasa kesulitan melakukan stimulasi dan membiarkan remaja tumbuh dan berkembang seperti biasa cukup dengan pengawasan saja. Berdasarkan diskusi dengan keluarga remaja, stres dan beban muncul saat anak tidak mau mendengarkan apa yang diarahkan dan memaksakan keinginannya dan terjadi kesenjangan komunikasi antara orangtua dan remaja. Kesenjangan komunikasi antara orang tua dan remaja mulai menunjukkan tingkat kemandirian diri, sehingga remaja ingin menunjukkan eksistensi diri sebagai individu yang mampu mengambil keputusan tanpa campur tangan orang lain.

Purwadi (2004), menyatakan bahwa perubahan-perubahan yang terjadi pada remaja, menyebabkan remaja mengalami transisi posisi dan eksistensi antara

kanak-kanak dengan dewasa, sehingga menunjukkan sikap dan perilaku yang ambigu. Suatu saat ingin menampilkan dirinya sebagai sosok individu mandiri yang tidak mau ada campur tangan orang tua atau orang dewasa yang lain, sementara di saat lain masih ingin mendapat perhatian dan pelayanan penuh dari orang tua maupun orang dewasa di sekitarnya. Lebih lanjut Purwadi menyampaikan bahwa Ambiguitas sering pula diperoleh remaja, yaitu adanya perlakuan tidak konsisten dari pihak luar, baik orang tua maupun orang dewasa yang lain. Kadang remaja dianggap sebagai anak kecil, belum boleh tahu dan ikut menyelesaikan persoalan orang dewasa. Tapi pada waktu lain, dituntut menampilkan kemampuan sebagai individu dewasa, mengambil tanggung jawab dan membantu menyelesaikan masalah-masalah orang dewasa. Situasi mendua itu, dapat menimbulkan konflik internal menyangkut peran, dan kemudian menimbulkan krisis identitas, muncul pertanyaan tentang siapa dirinya, bagaimana mengambil peran yang tepat dalam berbagai kondisi, dan interaksi dilingkungannya.

Uraian di atas menjadi salah satu alasan pentingnya pemberian FPE dilakukan, hal tersebut dilakukan agar keluarga memahami tentang tumbuh kembang remaja karena keluarga adalah sistem yang memiliki kedekatan dengan remaja, selain itu lingkungan keluarga merupakan tempat belajar untuk mengembangkan perilaku, sikap, nilai, dan keyakinan (Keliat, 1995). Jika ditinjau dari lima tugas kesehatan keluarga, pemahaman keluarga tentang tumbuh kembang remaja sangat penting. Adapun lima tugas kesehatan keluarga yaitu : 1) mengenal masalah kesehatan, 2) mengambil keputusan, 3) memberikan perawatan pada anggota keluarga, 4) memodifikasi lingkungan, dan 5) memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Pemberian FPE diharapkan akan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengenal masalah keluarga, khususnya masalah yang dihadapi oleh remaja dalam proses tumbuh kembangnya. Menurut Setiadi (2008) mengenal masalah kesehatan keluarga adalah sejauh mana keluarga, mengenal dan memahami fakta-fakta dari masalah kesehatan keluarga yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah. Kemampuan keluarga dalam mengenal pertumbuhan dan perkembangan remaja

selanjutnya sangat penting dalam upaya meningkatkan dan mengoptimalkan pencapaian identitas diri remaja.

Tugas kesehatan keluarga yang kedua yaitu mengambil keputusan. Pengetahuan dan pemahaman yang telah dimiliki terkait perkembangan remaja, akan membantu keluarga dalam mengambil keputusan jika terdapat penyimpangan perkembangan dan membantu mengoptimalkan dan mendorong pencapaian identitas diri remaja pada remaja sehat. Keluarga merupakan kunci utama bagi kesehatan serta perilaku sehat sakit, oleh karena itu keluarga terlibat langsung dalam mengambil keputusan dan terapeutik pada setiap tahap sehat-sakit anggota keluarga (Setiadi, 2008). Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan terhadap perkembangan remaja yaitu mengerti hal yang akan dilakukan untuk membantu pencapaian perkembangan remaja dan hal yang perlu dilakukan jika terjadi penyimpangan perkembangan pada remaja. Oleh sebab itu keluarga perlu memantau perkembangan remaja. Suprajitno (2004), Peran ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara keluarga yang mempunyai keputusan untuk memutuskan tindakan yang tepat. Friedman (2010), menyatakan kontak keluarga dengan sistem akan melibatkan lembaga kesehatan profesional ataupun praktisi lokal (Dukun) dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan keluarga sangat bergantung pada sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, apakah masalah dirasakan, menyerah terhadap masalah yang dihadapi, takut akan akibat tindakan penyakit, mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan.

Tugas kesehatan keluarga yang ketiga yaitu memberikan perawatan pada anggota keluarga. Perawatan tidak hanya diberikan pada anggota keluarga yang sakit atau mengalami gangguan, namun juga diberikan pada anggota keluarga yang sehat (remaja sehat). Pemberian perawatan terutama dalam membantu pencapaian identitas diri remaja dengan cara keluarga berperan aktif dalam mendorong dan mendampingi remaja dalam pencapaian identitas diri, mencari pertolongan atau dukungan serta memfasilitasi pencapaian identitas diri remaja dan aktif mencari informasi terkait perkembangan remaja yang sehat maupun yang

menyimpang dan cara melakukan stimulasi maupun cara menangani penyimpangan perkembangan jika muncul.

Tugas kesehatan keluarga yang keempat yaitu modifikasi lingkungan, modifikasi lingkungan mencakup pengetahuan keluarga tentang sumber yang dimiliki disekitar yang dapat digunakan, pentingnya sanitasi lingkungan dan kebersamaan dalam meningkatkan serta memelihara lingkungan rumah sehingga membantu pencapaian identitas diri remaja secara optimal. Tugas kesehatan keluarga yang terakhir yaitu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Pemberian edukasi dan FPE pada keluarga diharapkan mampu memberikan pengetahuan tentang keuntungan adanya tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan. Pengetahuan yang keluarga dapatkan juga dapat membantu keluarga menentukan kapan situasi yang mengharuskan keluarga menghubungi petugas kesehatan, menggunakan fasilitas kesehatan dan fasilitas kesehatan mana yang dapat keluarga jangkau.

Berdasarkan uraian di atas, pemberian FPE sangat penting dalam membantu keluarga menjalankan tugas kesehatannya dan dengan demikian keluarga mampu memberikan stimulasi secara optimal sehingga remaja mampu menyelesaikan tugas perkembangan identitas dirinya. Selain keluarga, kader kesehatan jiwa (KKJ) juga diikutsertakan untuk mendampingi remaja dalam setiap kegiatan stimulasi dan kunjungan rumah. Setelah semua kegiatan selesai dilakukan, kader kesehatan jiwa melanjutkan monitoring, evaluasi dan kunjungan rumah sesuai dengan jadwal yang dibuat. Jika terjadi penyimpangan perkembangan pada remaja, maka KKJ akan melakukan rujukan pada perawat CMHN dan puskesmas untuk ditindaklanjuti.

3.3 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Manajemen asuhan keperawatan dimulai dengan pengkajian dengan menggunakan pendekatan scanning sehat (Stuart, 2013), perencanaan, diagnosis keperawatan, pelaksanaan terapi dan evaluasi. Pelaksanaan asuhan keperawatan pencapaian tugas perkembangan identitas diri pada remaja menggunakan pendekatan Model Stres Adaptasi Stuart dan Teori King. Pengkajian meliputi karakteristik, faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber

koping, dan mekanisme koping dilakukan dengan menggunakan Model Stres Adaptasi Stuart. Selanjutnya setelah data terkumpul dan dianalisis, menetapkan diagnosa keperawatan sehat pada remaja, perencanaan, pelaksanaan dan terakhir melakukan evaluasi dari pelaksanaan terapi yang telah dilakukan. Teori King sendiri digunakan pada keseluruhan proses asuhan keperawatan yang memandang manusia sebagai sistem personal, interpersonal, dan sistem sosial yang saling berinteraksi dan saling mempengaruhi antara satu sama lain.

3.3.1 Gambaran Kasus

3.3.1.1 Klien I

Klien Nn. I, usia 14 tahun, saat ini duduk di bangku kelas 2 Sekolah Menengah Pertama (SMP), status ekonomi keluarga menengah dengan $\leq 2.500.000$ /bulan berada di bawah UMP Kota Bogor. Keluarga remaja tidak menyebutkan secara pasti jumlah penghasilan yang didapatkan setiap bulannya. Saat hamil klien ibu tidak mengalami masalah, kontrol rutin ke bidan, lahir normal dibantu dukun beranak, berat badan lahir 3100 gr, panjang badan lahir 47 cm. Klien mendapatkan ASI eksklusif dan MP ASI di usia 6 bulan, imunisasi lengkap, belum pernah sakit parah/berat dan belum pernah dirawat di RS, tidak ada riwayat genetik penyakit kronis maupun gangguan jiwa dalam keluarga, tidak ada riwayat jatuh dan trauma kepala. Klien sudah menstruasi saat usia 12 tahun, memiliki tubuh yang ideal, berat badan 45 Kg dan tinggi badan 152 cm, klien senang berolah raga terutama berenang, melakukan perawatan tubuh dengan baik, mandi 2 kali sehari. Klien tidak merokok, minum alkohol atau menggunakan obat-obatan terlarang. Klien I telah mencapai tugas perkembangan sebelumnya dengan baik, dan tidak ada keterlambatan dalam perkembangannya. Klien I memiliki kepribadian terbuka dan mau menceritakan masalahnya pada teman dekat maupun pada ibunya sebagai orang terdekat. Tidak memiliki masalah dalam berkomunikasi dengan orang lain ataupun orang baru, orang tua memberikan kesempatan mencoba hal yang baru dengan pengawasan dan berusaha untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan remaja. Klien belum pernah mengalami kehilangan orang atau sesuatu yang dicintai/berharga, tidak memiliki masa lalu yang tidak menyenangkan. Klien mampu membuat rencana masa depan, klien mengatakan rencana masa depan yang terpikirkan adalah ingin melanjutkan sekolah setelah

SMP tapi belum tau akan sampai kuliah atau tidak. klien I mampu menerima perubahan fisiknya, meskipun di awal klien merasa risih dengan tumbuhnya jerawat, perubahan bentuk dan postur tubuh, namun saat ini klien sudah mampu beradaptasi dengan baik. Klien mengatakan kadang-kadang diberikan tanggung jawab untuk menyelesaikan tugas dan tanggung jawab seperti menyelesaikan pekerjaan rumah saat orang tua tidak di rumah. Klien memiliki tokoh idola yang disukai, seperti artis dan tokoh pahlawan. Klien mengatakan kadang-kadang diberikan kesempatan untuk berpendapat, namun tidak selalu. Orang tua akan mendengarkan pendapatnya saat klien jika perdebatan telah selesai dan klien merasa kesal. Klien belum pernah dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan dan pengambilan keputusan oleh orang tua. Faktor sosial kultural remaja I, penghasilan orang tua $\geq 2.500.000$ /bulan dan cukup untuk memenuhi kebutuhan dasar keluarga. Klien belum pernah putus sekolah dan saat ini duduk di kelas 2 SMP, klien sudah dikenalkan dengan lingkungan sekitar baik di rumah maupun di sekolah sejak kecil. Klien belum mampu menjalankan ibadah dengan baik, teratur dan tepat waktu karena kesibukan kegiatan sekolah dan klien mengatakan terkadang lupa melaksanakan ibadah terutama shalat dan mengaji. Klien memiliki sahabat/ teman dekat di rumah dan di sekolah, klien mendapatkan kesempatan menjalankan hobi (berenang dan olahraga) yang sama dengan teman lainnya secara berkelompok. Klien I mengatakan bahwa dirinya bebas untuk menentukan pilihan tanpa campur tangan orangtua, misalnya dalam memilih kegiatan tambahan di sekolah, memilih untuk berpacaran atau tidak, namun semua harus tetap disampaikan dan sepengetahuan orang tua.

3.3.1.2 Klien L

Klien Nn. L, usia 14 tahun, saat ini duduk di bangku kelas 2 SMP, status ekonomi keluarga menengah dengan $\leq 2.000.000$ /bulan. Saat hamil klien ibu tidak mengalami masalah, tidak rutin kontrol ke bidan atau puskesmas, lahir normal dibantu dukun beranak, berat badan lahir 2900 gr, panjang badan lahir 49 cm. Klien mendapatkan ASI eksklusif dan MP ASI di usia 6 bulan, imunisasi lengkap, belum pernah sakit parah/berat dan belum pernah dirawat di RS, tidak ada riwayat genetik penyakit kronis maupun gangguan jiwa dalam keluarga, tidak ada riwayat

jatuh dan trauma kepala. Klien sudah menstruasi saat usia 12 tahun, memiliki tubuh yang ideal, berat badan 51 Kg dan tinggi badan 155 cm, klien senang berolah raga terutama berenang dan karate, melakukan perawatan tubuh dengan baik, mandi 2 kali sehari. Klien tidak merokok, minum alkohol atau menggunakan obat-obatan terlarang. Klien L telah mencapai tugas perkembangan sebelumnya dengan baik, dan tidak ada keterlambatan dalam perkembangannya. Klien L memiliki kepribadian terbuka dan mau menceritakan masalahnya hanya pada teman dekat. Tidak memiliki masalah dalam berkomunikasi dengan orang lain ataupun orang baru, orang tua memberikan kesempatan mencoba hal yang baru dengan pengawasan dan berusaha untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan remaja. Klien belum pernah mengalami kehilangan orang atau sesuatu yang dicintai/berharga, tidak memiliki masa lalu yang tidak menyenangkan. Klien mampu membuat rencana masa depan, klien mengatakan rencana masa depan yang terpikirkan adalah ingin melanjutkan sekolah ke SMA setelah lulus SMP kemudian ingin bekerja. Klien L mampu menerima perubahan fisiknya, meskipun di awal klien mengatakan merasa belum terbiasa dengan perubahan bentuk dan postur tubuh, namun saat ini klien sudah mampu beradaptasi dengan baik, saat ini masalah yang masih sering dikeluhkan adalah tumbuhnya jerawat. Klien mengatakan kadang-kadang diberikan tanggung jawab untuk menyelesaikan tugas dan tanggung jawab seperti menyelesaikan pekerjaan rumah saat orang tua tidak di rumah. Klien memiliki tokoh idola yang disukai, yaitu artis dan penyanyi. Klien mengatakan kadang-kadang diberikan kesempatan untuk berpendapat. Hal ini tampak saat keluarga mendiskusikan tentang pendidikan remaja atau hal-hal yang berkaitan dengan remaja secara langsung, keluarga meminta pendapat dari remaja. Hal ini terjadi pada saat keluarga berkumpul bersama, namun tidak selalu terjadi. Klien belum pernah dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan dan pengambilan keputusan oleh orang tua. Faktor sosial kultural remaja L, penghasilan orang tua $\leq 2.000.000$ /bulan dan cukup untuk memenuhi kebutuhan dasar keluarga. Klien belum pernah putus sekolah, klien sudah dikenalkan dengan lingkungan sekitar baik di rumah maupun di sekolah sejak kecil. Klien sudah mampu mulai beribadah, namun belum mampu menjalankan ibadah dengan baik, teratur dan tepat waktu. Klien memiliki

sahabat/ teman dekat di rumah dan di sekolah, klien mendapatkan kesempatan menjalankan hobi yang sama dengan teman lainnya secara berkelompok. Klien L mengatakan bahwa dirinya bebas untuk menentukan pilihan tanpa campur tangan orangtua, misalnya dalam memilih kegiatan tambahan di sekolah, memilih teman bermain dan memilih untuk berpacaran atau tidak, namun semua harus tetap disampaikan serta sepengetahuan orang tua.

3.3.1.3 Klien R

Klien Nn. R, usia 13 tahun, saat ini tidak melanjutkan sekolah ke jenjang SMP, klien mengikuti kelas mengaji di pesantren (nyantri). Status ekonomi keluarga golongan bawah dengan penghasilan $\geq 1.000.000$ /bulan, keluarga tidak menyebutkan penghasilan yang didapatkan perbulan secara tepat, klien mengatakan kadang mendapatkan tambahan penghasilan dengan mengerjakan sendal. Saat hamil klien ibu tidak mengalami masalah, rutin kontrol ke bidan atau puskesmas, lahir normal dibantu dukun beranak, berat badan lahir 2700 gr, panjang badan lahir 45 cm. Klien mendapatkan ASI eksklusif, imunisasi lengkap, belum pernah sakit parah/berat dan belum pernah dirawat di RS, tidak ada riwayat genetik penyakit kronis maupun gangguan jiwa dalam keluarga, tidak ada riwayat jatuh dan trauma kepala. Klien belum menstruasi, memiliki tubuh yang ideal, berat badan 38 Kg dan tinggi badan 145 cm, klien senang berolah raga terutama berenang, melakukan perawatan tubuh dengan baik, mandi 2 kali sehari. Klien tidak merokok, minum alkohol atau menggunakan obat-obatan terlarang. Klien R telah mencapai tugas perkembangan sebelumnya dengan baik, dan tidak ada keterlambatan dalam perkembangannya. Klien memiliki kepribadian tertutup, jarang mau menceritakan masalahnya pada teman dekat maupun orang tua. Tidak memiliki masalah dalam berkomunikasi dengan orang lain ataupun orang baru, orang tua memberikan kesempatan mencoba hal yang baru dengan pengawasan dan berusaha untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan remaja. Klien belum pernah mengalami kehilangan orang atau sesuatu yang dicintai/berharga, tidak memiliki masa lalu yang tidak menyenangkan. Klien belum membuat rencana masa depan, karena klien mengatakan bingung bagaimana yang dimaksud dengan rencana masa depan. Klien mampu menerima perubahan fisiknya, meskipun di awal klien mengatakan merasa belum terbiasa dengan perubahan

bentuk dan postur tubuh, namun saat ini klien sudah mampu beradaptasi dengan baik. Klien mengatakan kadang-kadang diberikan tanggung jawab untuk menyelesaikan tugas dan tanggung jawab seperti menyelesaikan pekerjaan rumah, memasak, mencuci dan menjaga adik. Klien memiliki tokoh idola yang disukai, yaitu artis, penyanyi dan ustadz. Klien mengatakan belum pernah diberikan kesempatan untuk berpendapat karena orangtua menganggap klien masih kecil. Klien belum pernah dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan dan pengambilan keputusan oleh orang tua. Faktor sosial kultural remaja R, penghasilan orang tua $\geq 1.000.000$ /bulan dan cukup untuk memenuhi kebutuhan dasar keluarga. Klien putus sekolah, hanya menyelesaikan pendidikan formal sampai sekolah dasar saja, klien sudah dikenalkan dengan lingkungan sekitar baik di rumah maupun di sekolah sejak kecil. Klien sudah mampu mulai beribadah, namun belum mampu menjalankan ibadah dengan baik, teratur dan tepat waktu. Klien memiliki sahabat/ teman dekat di rumah, klien mendapatkan kesempatan menjalankan hobi yang sama dengan teman lainnya secara berkelompok. Klien R mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki kebebasan untuk menentukan pilihan sendiri, semua keputusan ditentukan oleh orang tua dan klien sebagai anak harus menuruti orang tua.

3.3.1.4 Klien A

Klien Nn. A, usia 14 tahun, saat ini tidak melanjutkan sekolah ke jenjang SMP, klien mengikuti kelas mengaji di pesantren (nyantri). Status ekonomi keluarga golongan bawah dengan penghasilan $\geq 1.000.000$ /bulan, keluarga tidak menyebutkan penghasilan yang didapatkan perbulan secara tepat, klien mengatakan kadang mendapatkan tambahan penghasilan dengan mengerjakan sendal. Saat hamil klien ibu tidak mengalami masalah, rutin kontrol ke bidan atau puskesmas, lahir normal dibantu kesehatan, berat badan lahir 2900 gr, panjang badan lahir 46 cm. Klien mendapatkan ASI eksklusif, imunisasi lengkap, belum pernah sakit parah/berat dan belum pernah dirawat di RS, tidak ada riwayat genetik penyakit kronis maupun gangguan jiwa dalam keluarga, tidak ada riwayat jatuh dan trauma kepala. Klien belum menstruasi saat ini, memiliki tubuh yang ideal, berat badan 42 Kg dan tinggi badan 145 cm, klien senang berolah raga terutama berenang, melakukan perawatan tubuh dengan baik, mandi 2 kali sehari.

Klien tidak merokok, minum alkohol atau menggunakan obat-obatan terlarang. Klien A telah mencapai tugas perkembangan sebelumnya dengan baik, dan tidak ada keterlambatan dalam perkembangannya. Klien memiliki kepribadian tertutup, cenderung pemalu dan jarang mau menceritakan masalahnya pada teman dekat maupun orang tua. Tidak memiliki masalah dalam berkomunikasi dengan orang lain ataupun orang baru, orang tua memberikan kesempatan mencoba hal yang baru dengan pengawasan dan berusaha untuk memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan remaja. Klien belum pernah mengalami kehilangan orang atau sesuatu yang dicintai/berharga, tidak memiliki masa lalu yang tidak menyenangkan. Klien belum membuat rencana masa depan, karena klien mengatakan bingung dengan rencana masa depan. Klien A mampu menerima perubahan fisiknya, Klien mengatakan selalu diberikan tanggung jawab untuk menyelesaikan tugas dan tanggung jawab seperti menyelesaikan pekerjaan rumah, memasak, mencuci menjaga adik dan ikut membantu membuat hiasan sendal untuk di jual. Klien memiliki tokoh idola yang disukai, yaitu artis, penyanyi dan ustadz. Klien mengatakan belum pernah diberikan kesempatan untuk berpendapat karena orangtua menganggap klien masih kecil, hal tersebut disampaikan secara verbal oleh orang tua bahwa klien cukup mengikuti keputusan dan apa yang orang tua sampaikan. Klien belum pernah dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan dan pengambilan keputusan oleh orang tua. Faktor sosial kultural remaja A, penghasilan orang tua $\geq 1.000.000$ /bulan dan cukup untuk memenuhi kebutuhan dasar keluarga. Klien putus sekolah, hanya menyelesaikan pendidikan formal sampai sekolah dasar saja, klien sudah dikenalkan dengan lingkungan sekitar baik di rumah maupun di sekolah sejak kecil. Klien sudah mampu mulai beribadah, namun belum mampu menjalankan ibadah dengan baik, teratur dan tepat waktu. Klien memiliki sahabat/ teman dekat di rumah, klien mendapatkan kesempatan menjalankan hobi yang sama dengan teman lainnya secara berkelompok. Klien R mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki kebebasan untuk menentukan pilihan sendiri, semua keputusan ditentukan oleh orang tua dan klien sebagai anak yang berbakti harus menuruti orang tua.

3.3.2 Pengkajian

3.3.2.1 Karakteristik remaja

Karakteristik remaja yang melatarbelakangi pencapaian identitas diri dilihat dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status sosial ekonomi. Adapun karakteristik remaja dapat dilihat pada tabel 3.1

Tabel 3.1
Karakteristik remaja di RW 09 Kelurahan Mulyaharja
Tahun 2018 (n = 4)

No	Variabel	Klien I	Klien L	Klien R	Klien A	Jumlah	(%)
1	Usia 13-14 tahun	√	√	√	√	4	100
2	Jenis kelamin Perempuan	√	√	√	√	4	100
	Pendidikan						
3	SD	-	-	√	√	2	50
	SMP	√	√	-	-	2	50
	Status ekonomi						
4	Ekonomi rendah	-	-	√	√	2	50
	Ekonomi menengah	√	√	-	-	2	50

Berdasarkan tabel 3.1 terlihat bahwa seluruh klien berada pada rentang usia 13-14 tahun, seluruhnya berjenis kelamin perempuan, dua orang remaja dengan tingkat pendidikan SMP dan dua orang remaja berada pada status ekonomi menengah.

3.3.2.2 Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor resiko atau bisa juga merupakan faktor protektif yang ada pada diri remaja, meliputi aspek biologis, psikologis, dan sosial kultural, yang mempengaruhi cara pandang dan perilaku sehat remaja di masa depan. Faktor predisposisi dan perilaku remaja sebelumnya didapatkan melalui pengkajian pada klien, yang tergambar pada tabel 3.2

Tabel 3.2
Faktor Predisposisi pada Remaja
Di RW 09 Kelurahan Mulyaharja Bogor Selatan
Periode Februari-April 2018 (n = 4)

No	Faktor Predisposisi	Jumlah	(%)
1	Biologis		
	• Tidak ada masalah selama kehamilan/kandungan	4	100
	• Tidak ada komplikasi selama proses melahirkan	4	100
	• Berat badan lahir normal	4	100
	• Imunisasi lengkap	4	100
	• Tidak pernah sakit fisik berat	4	100
	• Tidak ada riwayat genetik dalam keluarga	4	100
	• Tidak ada riwayat gangguan jiwa dalam keluarga	4	100
	Rata-rata	4	100
2	Psikologis		
	• Kepribadian terbuka dan mau menceritakan masalah dengan orang lain	2	50
	• Tidak ada keterlambatan tumbuh kembang (bayi s/d usia sekolah)	4	100
	• Tidak memiliki masalah dalam komunikasi	4	100
	• Pengasuhan orangtua memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan	4	100
	• Tidak mengalami kehilangan orang terdekat	4	100
	• Tidak memiliki masa lalu yang buruk	4	100
	Rata-rata	3,6	91,6
3	Sosial Kultural		
	• Penghasilan keluarga memenuhi untuk kebutuhan dasar keluarga	4	100
	• Tidak putus sekolah	2	50
	• Bersosialisasi di lingkungan rumah dan sekolah	4	100
	• Menjalankan ibadah dengan baik	0	0
	Rata-rata	2,5	62,5

Berdasarkan tabel 3.2 dan uraian di atas faktor predisposisi biologis telah tercapai seluruhnya, hal ini menunjukkan bahwa upaya pencapaian kesehatan remaja dimasa lalu cukup optimal. Pencapaian pada predisposisi psikologis kepribadian terbuka dan mau menceritakan masalah dengan orang lain hanya dicapai oleh klien I dan klien L. Pencapaian pada aspek sosial kultural memiliki nilai pencapaian terendah, hal ini dikarenakan hanya terdapat dua remaja yang melanjutkan pendidikan ke jenjang sekolah menengah pertama yaitu remaja I dan L. Pada pencapaian aspek spiritual belum terpenuhi oleh semua klien. Rata-rata klien menyatakan bahwa mereka sudah mulai belajar dan mengerjakan ibadah, namun masih belum bisa berkomitmen untuk melakukannya tepat waktu dan terkadang masih meninggalkan ibadah sehari-hari seperti shalat dan mengaji.

3.3.2.3 Faktor Presipitasi

Selama proses perkembangan remaja akan bersinggungan dengan keluarga, masyarakat dan teman sebaya. Lingkungan sosial akan memberikan berbagai macam stimulus yang dapat mempengaruhi proses perkembangan remaja dalam aspek biologis, psikologis dan sosial kultural. Lingkungan yang memberikan kesempatan dan kebebasan bagi remaja dalam berkembang dibawah pengawasan dan stimulasi yang optimal, maka dengan demikian lingkungan telah ikut membantu proses pembentukan identitas diri remaja. Adapun faktor presipitasi dijabarkan pada tabel 3.3

Tabel 3.3
Faktor Presipitasi pada Remaja
di RW 09 Kelurahan Mulyaharja Bogor Selatan
Periode Februari-April 2018 (n = 4)

No	Faktor Presipitasi	Jumlah	(%)
1	Biologis		
	• Memiliki tubuh yang ideal	4	100
	• Sehat fisik	4	100
	• Tidak merokok	4	100
	• Menyenangi kegiatan olahraga	4	100
	• Melakukan perawatan tubuh dengan baik	4	100
	Rata-rata	4	100
2	Psikologis		
	• Memiliki rencana masa depan	2	2
	• Menerima perubahan fisik	4	100
	• Dipercaya menerima tugas dan tanggung jawab	4	100
	• Diberi kesempatan menyukai tokoh idola	4	100
	• Diberi kesempatan berpendapat	2	50
	• Dilibatkan dalam pengambilan keputusan	0	0
	Rata-rata	2,3	58,3
3	Sosial Kultural		
	• Memiliki teman dekat/ sahabat	4	100
	• Diberi kesempatan menjalankan hobi yang sama dengan teman lain	4	100
	• Diberikan kebebasan menentukan pilihan tanpa campur tangan orangtua	2	50
	Rata-rata	3,3	83,3

Pada tabel 3.3 dapat dilihat beberapa aspek yang dicetak tebal merupakan potensial masalah yang dapat menghambat pencapaian tugas perkembangan identitas diri remaja. Terlihat bahwa faktor presipitasi biologis memiliki nilai pencapaian tertinggi, dan telah terpenuhi pada keempat klien. Faktor presipitasi sosial kultural memiliki nilai pencapaian tertinggi kedua, seluruh remaja memiliki teman dekat, memiliki hobi yang sama dengan teman yang lain sehingga mampu

beraktivitas bersama-sama, pada faktor presipitasi sosial kultural diberikan kebebasan menentukan pilihan tanpa campur tangan orang tua hanya didapatkan oleh klien I dan L. Penentuan pilihan ini mencakup hal-hal sederhana seperti memilih kegiatan yang disukai, mengikuti kegiatan ekstrakurikuler di sekolah dan dalam hal menjalin hubungan dengan lawan jenis (pacaran).

Berbeda dengan klien R dan A yang mengatakan bahwa belum diberikan kebebasan dalam menentukan pilihan tanpa campur tangan orang tua. Salah satu remaja menyatakan bahwa orangtua belum memberikan kebebasan dalam memilih dikarenakan orang tua menganggap klien masih kecil, belum dewasa dan belum tahu apa yang baik untuk dirinya. Remaja lain menyatakan bahwadirinya harus mematuhi apa yang menjadi keputusan orang tua, sebagai sebuah kewajiban anak dan orang tua lebih tau kebutuhan dan yang terbaik untuk anaknya. Persepsi dan pandangan orang tua terhadap remaja tersebut merupakan sebuah potensi masalah yang harus diselesaikan karena dapat menghambat pencapaian perkembangan identitas diri remaja.

Faktor presipitasi psikologis memiliki nilai pencapaian terendah. keseluruhan remaja mampu menerima perubahan fisik, mulai dipercaya menerima tugas dan tanggung jawab, dan diberi kesempatan menyukai tokoh idola. Remaja I dan L telah diberi kesempatan berpendapat baik dalam lingkungan keluarga maupun di sekolah. Berdasarkan penuturan remaja bahwa, mendapatkan kebebasan dalam berpendapat juga tidak langsung diberikan oleh keluarga, artinya terdapat proses dimana remaja melakukan bentuk protes atau tidak menerima keputusan yang diambil oleh keluarga, teman, atau guru sehingga remaja memberanikan diri untuk mengklarifikasi, sehingga diberikan kesempatan untuk menyampaikan pendapatnya.

Remaja R dan A sama sekali tidak mendapatkan kebebasan dalam menyampaikan pendapatnya, terutama didalam lingkungan keluarga. Berdasarkan apa yang disampaikan oleh remaja bahwa keluarga (orangtua) sama sekali tidak pernah meminta pendapat atau mengajak remaja berdiskusi terkait hal apapun. Sehingga remaja hanya menerima keputusan yang telah diambil oleh keluarga dan tidak memiliki keberanian dalam menyampaikan pendapatnya. Keempat remaja belum

pernah dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan dalam keluarga. Berdasarkan apa yang disampaikan oleh remaja kesempatan dilibatkan dalam pengambilan keputusan dalam keluarga tidak diberikan dengan alasan bahwa remaja masih kecil dan belum mengerti tentang permasalahan dan cara penyelesaian masalah.

3.3.2.4 Aspek Perkembangan Identitas Diri Remaja

Perilaku yang dimunculkan oleh remaja merupakan mekanisme koping untuk mempertahankan diri dari berbagai stimulus yang didapat. Stuart & Laraia (2009), menyatakan bahwa serangkaian proses yang dialami remaja dalam menerima stimulus selama masa remaja akan dimunculkan dalam bentuk perilaku, baik perilaku adaptif maupun perilaku maladaptif. Adapun penjelasan terkait perilaku remaja berdasarkan 10 aspek perkembangan terdapat pada tabel 3.4

Tabel 3.4
Aspek Perkembangan Identitas Diri Remaja
di RW 09 Kelurahan Mulyaharja Kecamatan Bogor Selatan
Periode Februari – April 2018

No	Aspek perkembangan identitas diri	Klien				Jumlah	(%)
		I	L	R	A		
1	Perkembangan Biologis						
	• Menstruasi	√	√	-	-	2	50
	• Pembesaran payudara	√	√	√	√	4	100
	• Pinggul bertambah besar	√	√	-	√	3	75
	• Penambahan berat dan tinggi badan	√	√	√	√	4	100
	Rata-rata					3,25	81,25
2	Perkembangan Psikoseksual						
	• Timbul ketertarikan pada lawan jenis	√	√	√	√	4	100
	• Fantasi/khayalan seksual meningkat	√	√	√	√	4	100
	• Perhatian terhadap penampilan diri meningkat	√	-	-	√	2	50
	Rata-rata					33,3	83,3
3	Kognitif						
	• Berpikir sebab dan akibat	-	-	-	-	0	0
	• Mampu membuat keputusan	-	-	-	-	4	100
	• Mampu menggabungkan ide, pikiran dan konsep	√	√	-	-	2	50
	• Mampu menganalisis	-	-	-	-	0	0
	• Mampu memahami orang lain	√	√	√	√	4	100
	• Mampu berpikir sistematis	-	-	-	-	0	0
	• Mampu berpikir logis	-	√	-	-	1	25
	• Mampu berpikir idealistik	-	-	-	-	0	0
	• Mampu menyelesaikan masalah	√	√	√	-	3	75
	• Optimis menjalankan peran	-	-	-	-	0	0
	• Perubahan persepsi diri terhadap peran	-	-	-	-	0	0
	• Puas terhadap peran	-	-	-	-	0	0

No	Aspek perkembangan identitas diri	Klien				Jumlah	(%)
		I	L	R	A		
	• Pengetahuan yang cukup baik tentang peran	-	-	-	-	0	0
	Rata-rata					1,8	26,9
4	Bahasa						
	• Kemampuan bahasa meningkat	√	√	-	-	2	50
	• Menggunakan istilah-istilah khusus (bahasa gaul)	√	√	√	-	3	75
	Rata-rata					2,5	62,5
5	Aspek moral						
	• Mengerti nilai-nilai etika dan norma agama	√	√	√	√	4	100
	• Memperhatikan kebutuhan orang lain	√	√	-	√	3	75
	• Bersikap santun menghormati orangtua dan guru	√	√	√	√	4	100
	• Bersikap baik pada teman	√	√	√	√	4	100
	• Taat dan patuh pada tata tertib di masyarakat	√	√	√	√	4	100
	Rata-rata					3,8	95
6	Aspek spiritual						
	• Mulai rajin beribadah sesuai keyakinan	√	√	√	√	4	100
	• Mau menjalankan perintah Tuhan dan menjauhi larangannya.	√	√	√	√	4	100
	Rata-rata					4	100
7	Aspek emosi						
	• Mampu tidak menuntut orang tua secara paksa untuk memenuhi keinginannya	-	-	-	-	0	0
	• Mampu mengontrol diri	√	√	√	√	4	100
	• Emosi lebih stabil	-	-	-	-	0	0
	Rata-rata					1,3	33,3
8	Aspek psikososial						
	• Mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan	√	√	√	√	4	100
	• Perhatian terhadap orang lain	√	√	-	√	3	75
	• Memiliki prestasi	√	√	√	-	3	75
	Rata-rata					3,3	83,3
9	Aspek Bakat						
	• Memiliki bakat khusus yang terus berkembang	√	-	-	-	1	25
	• Mengikuti kegiatan tambahan (olahraga, kesenian, beladiri, pengajian)	√	√	-	√	3	75
	• Kritis terhadap orang lain	-	-	-	-	0	0
	Rata-rata					1,3	33,3
10	Aspek kreatifitas						
	• Selalu ingin tahu	√	√	√	√	4	100
	• Berani menyatakan pendapat	√	-	-	-	1	25
	• Senang mencari pengalaman baru	√	√	√	√	4	100
	• Senang mengerjakan sesuatu yang sulit	√	√	-	-	2	50
	Rata-rata					2,8	68,8

Aspek perkembangan remaja yang telah tercapai oleh seluruh remaja secara maksimal adalah aspek spiritual, selanjutnya untuk aspek moral yang telah dicapai oleh keempat remaja yaitu mengerti nilai-nilai etikadan norma agama, mampu bersikap santun menghormati orangtua dan guru, mampu bersikap baik pada teman serta taat dan patuh pada tata tertib di masyarakat. Tiga dari empat remaja mampu memperhatikan kebutuhan orang lain, sedangkan remaja R menyatakan

belum memahami dan tidak mengetahui apa yang dimaksud dengan memperhatikan kebutuhan orang lain.

Aspek perkembangan dengan pencapaian terendah adalah aspek emosi dan bakat. Pada aspek emosi keempat remaja menyampaikan bahwa mereka sudah mampu mengontrol diri, namun belum mampu tidak menuntut orangtua dalam memenuhi keinginannya, remaja mengatakan jika menginginkan sesuatu selalu ingin dituruti. Selain belum mampu tidak menuntut orangtua dalam memenuhi keinginannya, keseluruhan remaja juga belum mampu dan belum tahu yang dinamakan emosi dan cara untuk mengontrol/menstabilkan emosi.

Aspek kognitif memiliki pencapaian terendah yang kedua, saat dilakukan pengkajian remaja mengatakan belum memahami yang dimaksud dengan berpikir sebab akibat, analisis, berpikir sistematis, idealistik, belum memahami hal-hal terkait perannya masing-masing.

Berdasarkan data di atas, pemberian terapi baik terapi generalis, terapi spesialis kelompok terapeutik dan terapi keluarga perlu untuk dilakukan. Hal tersebut bertujuan untuk membantu mengoptimalkan stimulasi aspek perkembangan dan pencapaian identitas diri remaja.

3.3.2.5 Perkembangan identitas diri remaja

Menurut Erikson, tugas remaja adalah mengatasi krisis identitas diri versus kebingungan identitas (Papalia, et al., 2011). Tugas perkembangan pada tahap usia remaja harus terselesaikan, agar tumbuh kembangnya optimal, selain selin itu pencapaian tugas perkembangan identitas diri akan menjadikan remaja lebih memahami tujuan hidup, mampu merencanakan masa depan dan siap menghadapi tantangan dimasa mendatang. Apabila remaja berhasil menyelesaikan tugas perkembangan identitas diri, selanjutnya remaja akan mampu dan siap untuk menghadapi tugas perkembangan pada tahap usia selanjutnya. Adapun tugas perkembangan remaja dijelaskan pada tabel 3.5.

Tabel 3.5
Perkembangan Identitas Diri Remaja
di RW 09 Kelurahan Mulyaharja Kecamatan Bogor Selatan
Periode Februari – April 2018

No	Perkembangan identitas diri	Klien				Jumlah	(%)
		I	L	R	A		
1	Menilai diri secara objektif	-	-	-	-	0	0
2	Merencanakan masa depan	√	√	-	-	2	50
3	Dapat mengambil keputusan	√	-	-	-	1	25
4	Menyukai diri sendiri	√	-	√	√	3	75
5	Berinteraksi dengan lingkungan	√	√	√	√	4	100
6	Bertanggung jawab	√	√	√	√	4	100
7	Mulai memperlihatkan kemandirian dalam keluarga	√	-	√	√	3	75
8	Menyelesaikan masalah dengan meminta bantuan orang lain yang menurutnya mampu	-	-	√	-	1	25
Rata-rata						2,9	2.25

Pencapaian identitas diri remaja dapat dilihat dari tabel 3.5. bagian yang tercetak tebal merupakan poin dengan nilai terkecil yang dicapai oleh remaja. Perkembangan yang belum mampu dicapai oleh seluruh remaja yaitu menilai diri secara objektif, berdasarkan apa yang disampaikan oleh remaja, bahwa hal tersebut dikarenakan oleh remaja tidak memahami cara melakukan penilaian diri secara objektif. Selanjutnya masing-masing hanya satu remaja yang mampu melakukan pengambilan keputusan dan satu orang yang mampu menyelesaikan masalah dengan meminta bantuan orang lain yang menurutnya mampu.

Empatremaja mampu berinteraksi dengan lingkungan dan bertanggung jawab. Remaja I, R dan A menyukai diri sendiri dan mulai memperlihatkan kemandirian dalam keluarga. Remaja R dan A menyatakan belum mampu merencanakan masa depan, berdasarkan pengakuannya remaja merasa bingung cara merencanakan masa depan.

Belum tercapainya beberapa komponen perkembangan identitas diri remaja, dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan remaja terkait pertumbuhan, perkembangan dan tugas perkembangan yang harus remaja, kurang optimalnya stimulasi perkembangan yang diperoleh, serta kurangnya dukungan dari lingkungan sekitar. Jika seluruh komponen perkembangan tidak dicapai maka akan mempengaruhi pembentukan identitas diri remaja.

3.3.2.6 Sumber koping

Sumber koping merupakan kemampuan maupun sumber potensi yang dapat dimanfaatkan untuk membantu menyelesaikan permasalahan yang dihadapi akibat dari stresor yang muncul, sumber koping dapat berasal dari dalam diri remaja sendiri (internal) maupun eksternal (Stuart, 2013). Sumber koping remaja dijelaskan pada tabel 3.6

Tabel 3.6
Sumber Koping Perkembangan Identitas Diri Remaja
di RW 09 Kelurahan Mulyaharja Kecamatan Bogor Selatan
Periode Februari – April 2018 (n=4)

No	Perkembangan identitas diri	Jumlah	(%)
1	Kemampuan personal		
	• Tahu tentang perkembangan remaja	0	0
	• Tahu cara melakukan stimulasi tumbuh kembang	0	0
	• Mencari sumber informasi	2	50
	• Mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapi	1	25
	• Tahu cara menyelesaikan masalah	1	25
	• Mengetahui kemampuan diri	3	75
	Rata-rata	1,2	29,1
2	Dukungan sosial		
	• Keluarga tahu hal-hal terkait tumbuh kembang remaja	1	25
	• Keluarga mengerti cara melakukan stimulasi perkembangan remaja	0	0
	• Memberikan motivasi ikut kegiatan positif	2	50
	• Memberi kesempatan untuk mencoba hal baru	2	50
	• Memberikan pujian yang realistis	0	0
	• Menjadi contoh yang baik	4	100
	• Menjadi sumber informasi	2	50
	• Keluarga dan lingkungan memberikan rasa nyaman	4	100
	Rata-rata	1,9	46,9
3	Material Asset		
	• Asuransi kesehatan : BPJS	4	100
	• Penghasilan keluarga mencukupi kebutuhan	4	100
	• Keluarga memiliki tabungan	0	0
	• Keluarga memiliki aset pribadi (rumah/ tanah/ kebun)	4	100
	• Fasilitas pelayanan kesehatan terjangkau	4	100
	• Fasilitas pendidikan terjangkau	4	100
	Rata-rata	3,3	83,3
4	Positive belief		
	• Percaya pada pelayanan kesehatan	4	100
	• Persepsi yang baik terhadap tenaga kesehatan	4	100
	• Keyakinan agama yang berhubungan dengan kesehatan	4	100
	• Keyakinan budaya klien dan keluarga yang berhubungan dengan kesehatan	4	100
	Rata-rata	4	100

Pada tabel 3.6 di atas dapat dilihat secara terperinci berbagai sumber pendukung yang dapat membantu remaja dalam mencapai perkembangan identitas dirinya.

Keyakinan positif (*positive belief*) merupakan salah satu sumber coping yang telah tercapai secara maksimal. Empat yakin dan percaya pada pelayanan kesehatan yang ada, yakin terhadap kinerja tim kesehatan termasuk perawat spesialis jiwa didalamnya, tidak ada keyakinan agama dan budaya yang bertentangan dengan kesehatan.

Sumber pendukung terbanyak kedua yang tersedia adalah *material asset*, dimana seluruh remaja dan keluarga telah memiliki asuransi kesehatan (BPJS), Penghasilan keluarga mencukupi kebutuhan pokok, keluarga memiliki aset pribadi (rumah/ tanah/ kebun), fasilitas pelayanan kesehatan terjangkau, fasilitas pendidikan terjangkau, keempat keluarga juga tidak ada yang memiliki tabungan khusus.

Sumber pendukung lain yang dimiliki remaja adalah kemampuan personal dan dukungan sosial terutama dari keluarga yang rata-rata pencapaiannya dibawah 50%. Kemampuan personal remaja rata-rata tercapai hanya 29,1%, dimana 100% remaja tidak mengetahui tentang perkembangan serta tidak mengetahui cara melakukan stimulasi perkembangan identitas diri, sehingga hal ini akan menjadi salah satu faktor yang dapat menghambat tercapainya perkembangan identitas diri.

Dukungan sosial terutama dari keluarga belum tercapai secara maksimal, hal ini disebabkan oleh keempat keluarga remaja tidak memahami cara melakukan stimulasi perkembangan serta tidak pernah memberikan pujian yang realistis terhadap pencapaian yang remaja peroleh. Hal lain yang dapat menjadi faktor penghambat tercapainya identitas diri yang berasal dari keluarga yaitu hanya dua keluarga remaja I dan L yang memberikan motivasi ikut kegiatan positif, memberi kesempatan untuk mencoba hal baru, dan menjadi sumber informasi. Berdasarkan data tersebut, upaya yang dapat dilakukan dalam memaksimalkan kemampuan dukungan sosial yaitu dengan pemberian psikoedukasi keluarga/ *family psychoeducation*, sehingga keluarga mampu melakukan stimulasi perkembangan pada remaja secara optimal.

3.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegaskan pada 4 orang remaja yang ada di RW 09 Kelurahan Mulyaharja adalah kesiapan peningkatan perkembangan usia remaja

3.3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Berdasarkan data yang didapatkan dari hasil pengkajian dan *pre test* yang dilakukan pada remaja di RW 09 Mulyaharja, tindakan keperawatan yang akan diberikan pada remaja dan keluarga berupa tindakan keperawatan spesialis pada remaja berupa terapi kelompok terapeutik remaja, sedangkan pada keluarga akan diberikan psikoedukasi keluarga/ *family psychoeducation*(FPE).

3.3.4.1 Pelaksanaan Terapi Kelompok Terapeutik Remaja

Terapi kelompok terapeutik (TKT) merupakan terapi yang dilakukan secara berkelompok dengan tujuan untuk melakukan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan remaja. Terdapat satu kelompok yang terdiri dari 4 orangremaja yang akan diberikan TKT. Dari 4 orang remaja, 2 orang hanya akan mendapatkan terapi kelompok terapeutik, dan 2 orang lainnya akan mendapatkan TKT dan FPE. FPE hanya diberikan kepada dua keluarga remaja dikarenakan pada saat proses kunjungan rumah dan kontrak waktu, keluarga remaja R dan A tidak bersedia untuk terlibat dalam pemberian terapi. Ketidaksediaan keluarga dikarenakan tidak memiliki waktu yang cukup karena harus bekerja sejak pagi hingga sore hari. Uraian rencana pelaksanaan tindakan keperawatan dapat dilihat pada tabel 3.7.

Tabel 3.7
Jadwal Pelaksanaan Terapi Kelompok Terapeutik Remaja
Di RW 09 Kelurahan Mulyaharja Bogor Selatan
Periode Februari – April 2018 (n = 4)

No	Remaja	Sesi Terapi Kelompok Terapeutik	Psikoedukasi Keluarga	Waktu Pelaksanaan
1	Nn. I, Nn. L,	Sesi 1 : stimulasi adaptasi perubahan aspek biologis dan psikoseksual		26 Maret 2018
	Nn. R, Nn. A			
2	Nn. I, Nn. L,	Sesi 2 : stimulasi adaptasi perubahan aspek kognitif dan bahasa	Sesi 1 : Identifikasi masalah keluarga dalam melakukan stimulasi remaja dan masalah pribadi <i>care giver</i> dan latihan cara merawat/ menstimulasi remaja (1)	27 Maret 2018
	Nn. R, Nn. A		-	
3	Nn. I, Nn. L,	Sesi 3 : stimulasi adaptasi perubahan aspek moral dan spiritual	Sesi 2 : Latihan cara melakukan stimulasi pertumbuhan dan perkembangan remaja	28 Maret 2018
	Nn. R, Nn. A		-	

No	Remaja	Sesi Terapi Kelompok Terapeutik	Psikoedukasi Keluarga	Waktu Pelaksanaan
4	Nn. I, Nn. L,	Sesi 4 : stimulasi adaptasi perubahan aspek emosi dan psikososial	Sesi 3 : Manajemen stres keluarga dalam melakukan stimulasi tumbuh kembang remaja : melatih <i>care giver</i> dalam mengatasi rasa khawatir/cemas dengan latihan nafas dalam, distraksi.	29 Maret 2018
	Nn. R, Nn. A		-	
5	Nn. I, Nn. L,	Sesi 5 : stimulasi adaptasi perubahan aspek bakat dan kreativitas	Sesi 4 : Manajemen beban keluarga dalam melakukan stimulasi tumbuh kembang remaja : - Melatih mencari alternatif terkait masalah ekonomi dalam memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan remaja	30 Maret 2018
	Nn. R, Nn. A		-	
6	Nn. I, Nn. L,	Sesi 6 : monitoring dan mengevaluasi pengalaman dan manfaat latihan	Sesi 5 : Latihan memanfaatkan sistem pendukung diluar keluarga:kader kesehatan, pelayanan kesehatan, tokoh masyarakat, kelompok swabantu, dll	02 April 2018
	Nn. R, Nn. A		-	
7	Nn. I, Nn. L,	Sesi 6 : monitoring dan mengevaluasi pengalaman dan manfaat latihan	Sesi 6 : mengevaluasi manfaat psikoedukasi keluarga/ <i>family psychoeducation</i>	03 April 2018
	Nn. R, Nn. A		-	

Sebelum pelaksanaan terapi kelompok terapeutik (TKT), tahap pelaksanaan dimulai dengan melakukan *pre test* untuk mendapatkan data kemampuan aspek perkembangan dan perkembangan identitas diri remaja. Pelaksanaan *pre test* oleh mahasiswa dan didampingi salah seorang kader kesehatan jiwa yang bertanggung jawab pada kelompok remaja tersebut. Kegiatan TKT dilaksanakan selama lebih kurang satu minggu, dengan total pertemuan sebanyak 7 kali, lama pelaksanaan tiap sesi TKT rata-rata adalah 60 menit. Seluruh kegiatan dilaksanakan berdasarkan jadwal yang telah disepakati bersama. Selama mengikuti TKT remaja sangat antusias dan berpartisipasi dengan baik, hal ini juga karena dukungan orang tua dan kader kesehatan jiwa dalam melakukan pergerakan. *Post test* dilakukan setelah seluruh kegiatan TKT berakhir untuk kembali mengukur peningkatan kemampuan aspek perkembangan dan pencapaian perkembangan identitas diri remaja.

Pelaksanaan terapi kelompok terapeutik remaja berpedoman pada modul terapi kelompok terapeutik remaja hasil *Workshop* Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2016) yang telah melalui beberapa kali penelitian dan perbaikan. Pelaksanaan terapi kelompok terapeutik terdiri dari enam sesi dan seluruh proses terapi dilaksanakan oleh penulis pribadi. Selama saat pelaksanaan kegiatan TKT, remaja mampu mengikuti seluruh proses pada tiap sesi.

Terapi psikoedukasi keluarga/ *family psychoeducation*(FPE) diberikan secara individu pada keluarga 2 remaja yang telah mengikuti kegiatan TKT dan tinggal serumah. Pelaksanaan FPE dilakukan sesuai dengan jadwal yang telah disepakati bersama, dilakukan selama 6 kali pertemuan pada pagi hari dengan durasi lebih kurang 45-60 menit setiap sesi/pertemuan. Keterlibatan keluarga dalam proses stimulasi perkembangan remaja sangat diperlukan, hal ini dikarenakan keluarga merupakan sistem pendukung yang berhubungan erat dengan remaja. Pemberian psikoedukasi diharapkan akan meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan stimulasi secara optimal sehingga remaja mampu menyelesaikan tugas perkembangan identitas dirinya.

3.3.5 Evaluasi Pelaksanaan

Evaluasi merupakan proses penilaian terhadap tindakan yang telah dilakukan. King menyatakan bahwa evaluasi tidak hanya sebatas melakukan penilaian terhadap tujuan yang telah dicapai, akan tetapi juga mengukur efektifitas pemberian asuhan dan pelayanan keperawatan, persepsi, komunikasi, interaksi, pengambilan keputusan dan transaksi yang terjadi. Evaluasi yang dilakukan adalah berupa evaluasi proses yaitu proses penilaian yang dilakukan selama proses terapi berlangsung, dan evaluasi hasil yang dilakukan setelah seluruh proses dan sesi terapi telah tuntas dilaksanakan.

Proses evaluasi berfokus pada pencapaian perkembangan identitas diri dan peningkatan kemampuan aspek perkembangan remaja. Evaluasi hasil dilakukan pada seluruh remaja dengan membandingkan kemampuan/pencapaian remaja sebelum dan sesudah diberikan tindakan keperawatan.

3.3.5.1 Peningkatan Aspek Perkembangan Remaja Setelah Diberikan Terapi Spesialis TKT

Setelah remaja mengikuti seluruh rangkaian terapi spesialiskelompok terapeitik, *output* yang diharapkan yaitu munculnya perilaku sehat yang dinilai dari peningkatan berbagai aspek perkembangan remaja. Perbedaan kemampuan remaja ditinjau dari sepuluh aspek perkembangan sebelum dan sesudah diberikan terapi tercantum pada tabel 3.8

Tabel 3.8
Perbedaan kemampuan remaja sebelum dan sesudah diberikan terapi spesialis keperawatan di RW 09 kelurahan Mulyaharja Periode Februari – April 2018 (n = 4)

No	Aspek perkembangan remaja	Sebelum		Sesudah		Selisih	
		Jmh	%	Jmh	%	Jmh	%
1	Perkembangan Biologis						
	• Menstruasi	2	50	2	50	0	0
	• Pembesaran payudara	4	100	4	100	0	0
	• Pinggul bertambah besar	3	75	3	75	0	0
	• Penambahan berat dan tinggi badan	4	100	4	100	0	0
	Rata-rata	3.25	81.25	3.25	81.25	0	0
2	Perkembangan Psikoseksual						
	• Timbul ketertarikan pada lawan jenis	4	100	4	100	0	0
	• Fantasi/khayalan seksual meningkat	4	100	4	100	0	0
	• Perhatian terhadap penampilan diri meningkat	2	50	4	100	2	50
	Rata-rata	33.3	83.33	4	100	0.67	16.67
3	Kognitif						
	• Berpikir sebab dan akibat	0	0	4	100	4	100
	• Mampu membuat keputusan	4	100	4	100	0	0
	• Mampu menggabungkan ide, pikiran dan konsep	2	50	3	75	1	25
	• Mampu menganalisis	0	0	1	25	1	25
	• Mampu memahami orang lain	4	100	4	100	0	0
	• Mampu berpikir sistematis	0	0	4	100	4	100
	• Mampu berpikir logis	1	25	2	50	1	25
	• Mampu berpikir idealistik	0	0	3	75	3	75
	• Mampu menyelesaikan masalah	3	75	3	75	0	0
	• Optimis menjalankan peran	0	0	3	75	3	75
	• Perubahan persepsi diri terhadap peran	0	0	2	50	2	50
	• Puas terhadap peran	0	0	4	100	4	100
	• Pengetahuan yang cukup baik tentang peran	0	0	3	75	3	75
	Rata-rata	1.8	26.92	3.07	76.92	1.27	50
4	Bahasa						
	• Kemampuan bahasa meningkat	2	50	3	75	1	25

No	Aspek perkembangan remaja	Sebelum		Sesudah		Selisih	
		Jmh	%	Jmh	%	Jmh	%
	• Menggunakan istilah-istilah khusus (bahasa gaul)	3	75	4	100	1	25
	Rata-rata	2.5	62.5	3.5	87.5	1	25
5	Aspek moral						
	• Mengerti nilai-nilai etika dan norma agama	4	100	4	100	0	0
	• Memperhatikan kebutuhan orang lain	1	25	4	100	3	75
	• Bersikap santun menghormati orangtua dan guru	4	100	4	100	0	0
	• Bersikap baik pada teman	4	100	4	100	0	0
	• Taat dan patuh pada tata tertib di masyarakat	4	100	4	100	0	0
	Rata-rata	3.4	85	4	100	0.6	15
6	Aspek spiritual						
	• Mulai rajin beribadah sesuai keyakinan	4	100	4	100	0	0
	• Mau menjalankan perintah Tuhan dan menjauhi laranganNya.	4	100	4	100	0	0
	Rata-rata	4	100	4	100	0	0
7	Aspek emosi						
	• Mampu tidak menuntut orang tua secara paksa untuk memenuhi keinginannya	0	0	4	100	4	100
	• Mampu mengontrol diri	4	100	4	100	0	0
	• Emosi lebih stabil	0	0	3	75	3	75
	Rata-rata	1.33	33.3	3.66	91.66	2.33	58.33
8	Aspek psikososial						
	• Mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan	4	100	4	100	0	0
	• Perhatian terhadap orang lain	3	75	4	100	1	25
	• Memiliki prestasi	1	75	3	75	2	50
	Rata-rata	2.66	83.33	3.66	91.66	1	25
9	Aspek Bakat						
	• Memiliki bakat khusus yang terus berkembang	1	25	4	100	3	75
	• Mengikuti kegiatan tambahan (olahraga, kesenian, beladiri, pengajian)	2	50	2	50	0	0
	• Kritis terhadap orang lain	0	0	2	50	2	50
	Rata-rata	1	25	2.6	66.66	1.66	41.66
10	Aspek kreatifitas						
	• Selalu ingin tahu	4	100	4	100	0	0
	• Berani menyatakan pendapat	1	25	3	75	2	50
	• Senang mencari pengalaman baru	4	100	4	100	0	0
	• Senang mengerjakan sesuatu yang sulit	2	50	4	100	2	50
	Rata-rata	2.75	68.75	3.75	93.75	1	25

Tabel 3.8 merupakan respons perkembangan remaja setelah diberikan tindakan spesialis keperawatan terapi kelompok terapeutik menunjukkan pencapaian

terbesar adalah pada aspek kognitif berpikir sebab akibat, berpikir sistematis dan puas terhadap peran mengalami peningkatan sebesar 100%. Aspek emosi mampu tidak menuntut orangtua secara paksa meningkat 100%, dimana sebelumnya remaja mengatakan bahwa jika menginginkan sesuatu harus dirturuti dan didapatkan diantaranya dengan memaksa, menangis dan marah. Setelah mendapatkan terapi remaja mampu mengontrol emosi, mampu memahami situasi dan keadaan keluarga maupun lingkungan jika menginginkan sesuatu. Pada aspek moral kemampuan memperhatikan kebutuhan orang lain meningkat sebesar 75%, dan aspek bakat memiliki bakat khusus yang terus berkembang meningkat sebesar 75%. Pada awal pengkajian hanya remaja I yang mampu menyebutkan bakat yang masih dikembangkannya yaitu menggambar. Setelah terapi diberikan remaja L mengatakan bahwa bakat yang terus berkembang saat ini yaitu kemampuan dalam beryanyi dan beladiri (karate), remaja R mengatakan bakatnya adalah mengaji dengan suara merdu dan hafalan. Senada dengan remaja R, remaja A juga memiliki bakat dalam melantunkan ayat Al-Qur'an, menghafal serta menyanyi.

Pada respons biologis dan psikoseksual, tidak terjadi peningkatan. Hal tersebut dikarenakan butuh waktu yang lebih lama dan berkelanjutan untuk melakukan stimulasi pada aspek biologis dan psikoseksual.

3.3.5.2 Aspek perkembangan identitas diri remaja setelah tindakan keperawatan TKT dan FPE

Tabel 3.9 berikut menggambarkan perbandingan perkembangan identitas diri remaja sebelum dan sesudah diberikan tindakan keperawatan spesialis TKT dan FPE di RW 09 Kelurahan Mulyaharja

Tabel 3.9
Perbandingan pencapaian Aspek Perkembangan Identitas Diri Remaja sebelum dan sesudah TKT dan FPE di RW 09 Kelurahan Mulyaharja Periode Februari – April 2018

Aspek perkembangan identitas diri		Terapi Spesialis		Rata-rata
		TKT (n = 2)	TKT + FPE (n = 2)	
Biologis	Sebelum	62.5	100	81.25
	Sesudah	62.5	100	81.25

Aspek perkembangan identitas diri	Terapi Spesialis		
	TKT (n = 2)	TKT + FPE (n = 2)	Rata-rata
	Selisih	0	0
Psikoseksual	Sebelum	83.33	83.33
	Sesudah	100	100
	Selisih	16.67	16.67
Kognitif	Sebelum	23.08	30.77
	Sesudah	65.38	88.46
	Selisih	42.31	57.69
Bahasa	Sebelum	25	100
	Sesudah	75	100
	Selisih	50	0
Moral	Sebelum	80	90
	Sesudah	100	100
	Selisih	20	10
Spiritual	Sebelum	100	100
	Sesudah	100	100
	Selisih	0	0
Emosi	Sebelum	33.33	33.33
	Sesudah	83.33	100
	Selisih	50	66.67
Psikososial	Sebelum	50	83.33
	Sesudah	83.33	100
	Selisih	33.33	16.67
Bakat	Sebelum	0	50
	Sesudah	50	83.33
	Selisih	50	33.33
Kreatifitas	Sebelum	62.5	75
	Sesudah	87.5	100
	Selisih	25	25

Berdasarkan tabel 3.9 dapat dilihat bahwa dari 10 aspek perkembangan identitas diri yang kurang sebelum diberikan adalah aspek kognitif dengan rata-rata 26,92% dan aspek emosi dengan rata-rata 33,33%. Setelah diberikan terapi keperawatan spesialis TKT dan FPE peningkatan terbanyak terjadi pada aspek emosi yaitu sebesar 58,33% dan terjadi peningkatan sebesar 50% pada aspek kognitif.

3.3.4.4 Perkembangan identitas diri remaja

Tabel 3.10 berikut menggambarkan perbandingan perkembangan identitas diri remaja sebelum dan sesudah diberikan tindakan keperawatan spesialis TKT dan FPE di RW 09 Kelurahan Mulyaharja.

Tabel 3.10
Perbandingan Pencapaian Identitas Diri Remaja Sebelum dan Sesudah TKT
dan FPE di RW 09 Kelurahan Mulyaharja
Periode Februari – April 2018

Perkembangan identitas diri		Terapi Spesialis		
		TKT (n = 2)	TKT + FPE (n = 2)	Rata-rata
Menilai diri secara objektif	Sebelum	0	0	0
	Sesudah	50	100	75
	Selisih	50	100	75
Merencanakan masa depan	Sebelum	0	100	50
	Sesudah	100	100	100
	Selisih	100	0	50
Dapat mengambil keputusan	Sebelum	0	50	25
	Sesudah	100	100	100
	Selisih	0	50	25
Menyukai diri sendiri	Sebelum	100	50	75
	Sesudah	100	100	100
	Selisih	0	50	25
Berinteraksi dengan lingkungan	Sebelum	100	100	100
	Sesudah	100	100	100
	Selisih	0	0	0
Bertanggung jawab	Sebelum	100	100	100
	Sesudah	100	100	100
	Selisih	0	0	0
Mulai memperlihatkan kemandirian dalam keluarga	Sebelum	100	50	75
	Sesudah	100	100	100
	Selisih	0	50	25
Menyelesaikan masalah dengan meminta bantuan orang lain yang menurutnya mampu	Sebelum	0	50	25
	Sesudah	100	100	100
	Selisih	100	50	75
Rata-rata	Sesudah	93.75	100	

Pada tabel 3.10, perkembangan identitas diri remaja setelah diberikan TKT dan FPE tercapai 100% sedangkan pada remaja yang diberikan TKT rata-rata peningkatan adalah sebesar 93,75%. Pencapaian perkembangan identitas diri dengan selisih tertinggi yaitu pada kemampuan menilai diri secara objektif, kemampuan mengambil keputusan, menyukai diri sendiri dan mulai memperlihatkan kemandirian dalam keluarga. Beberapa kemampuan identitas diri yang lain telah sepenuhnya tercapai sebelum di berikan TKT maupun FPE, hal ini merupakan faktor protektor bagi remaja dalam meningkatkan pencapaian dan pembentukan identitas diri selanjutnya.

BAB 4

PEMBAHASAN

Di dalam bab ini, akan dibahas tentang hasil laporan kasus yang diperoleh dan keterbatasannya. Hasil karya ilmiah akhir akan diinterpretasikan dengan membahas kesenjangan antara hasil dengan teori terkait dan berbagai penelitian sebelumnya yang mempunyai makna sejenis. Pembahasan hasil karya ilmiah meliputi karakteristik anakremaja, perkembangan anak remaja serta penerapan terapi kelompok terapeutik dan psikoedukasi menggunakan model Stres Adaptasi Stuart dan teori *Interacting System Framework and Theory of Goal Attainment* King. Sedangkan pada bagian keterbatasan karya ilmiah akan diuraikan berbagai keterbatasan selama proses residensi.

Pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan remaja, menggunakan pendekatan Model Stres Adaptasi Stuart dan Teori King. Pendekatan Model Stres Adaptasi Stuart digunakan pada saat proses pengkajian dengan menggunakan format *scanning*. Pada proses keperawatan, untuk dapat memahami proses pencapaian identitas diri remaja sebagai sistem personal digunakan teori *Interacting Systems Framework* King dan *Theory of Goal Attainment* (individu sebagai sistem interpersonal) pada proses interaksi antara perawat dan klien. Teori King berfokus pada proses interaksi dan transaksi antara perawat-klien. Pendekatan *framework system* King (sistem personal, interpersonal dan sosial) dapat digunakan dalam proses pemberian asuhan keperawatan (Christensen & Kenney, 1995).

Penggunaan teori King dalam manajemen kasus ini seluruhnya memegang prinsip bahwa manusia merupakan sistem personal, sistem interpersonal, dan sistem sosial. King menggambarkan pemahaman manusia sebagai sistem personal melalui konsep tentang citra tubuh, pertumbuhan dan perkembangan, persepsi, diri, ruang, dan waktu (Alligood, 2014). Menurut Meleis (2007), sistem personal dapat dipahami dengan mengamati konsep interaksi berupa persepsi, diri, gambaran diri, pertumbuhan dan perkembangan, waktu dan jarak. Sistem personal dalam laporan ini adalah remaja sebagai individu dengan sistem terbuka, yang dapat saling berinteraksi dengan lingkungan. Remaja adalah individu yang

memiliki kemampuan untuk bereaksi, memiliki perasaan, menerima, memiliki keinginan dan harapan tertentu sesuai dengan haknya. Banyak faktor yang mempengaruhi pencapaian perkembangan identitas diri remaja sebagai sistem personal, faktor-faktor tersebut dapat diketahui melalui proses pengkajian melalui pendekatan Stres Adaptasi Stuart yaitu faktor predisposisi, presipitasi, respons stresor dan sumber koping.

Sistem interpersonal King menggambarkan hubungan antara perawat dan klien melalui teori *goal attainment* atau teori pencapaian tujuan. Sistem interpersonal terjadi jika terdapat dua atau lebih individu yang saling berhubungan. Pemahaman terkait komunikasi, interaksi, transaksi, peran, dan stress perlu untuk dipahami dalam sistem interpersonal. Konsep utama dalam teori King adalah proses keperawatan. Hasil akhir yang diharapkan dalam pemberian asuhan keperawatan adalah agar tercapainya tujuan yang telah disepakati bersama dengan klien. Mekanisme proses keperawatan merupakan interaksi yang dilakukan oleh perawat pada klien secara sungguh-sungguh yang dimulai dengan pertukaran informasi, penentuan tujuan, partisipasi dalam menentukan tujuan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Meleis, 2007). Sistem interpersonal King salah satunya berfokus pada interaksi perawat – klien melalui pendekatan sistem. Pada laporan kasus ini, sistem interpersonal terbentuk melalui interaksi antara perawat dan remaja dalam upaya mengatasi masalah kesehatan yang dialami oleh remaja. Remaja bersama perawat berpartisipasi dalam menentukan tujuan yang ingin dicapai dan ikut dalam proses pengambilan keputusan. Perawat melakukan pengkajian dan menilai kebutuhan remaja, selanjutnya menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Lingkungan merupakan sistem sosial masyarakat yang dinamis serta mempengaruhi perilaku sosial, integrasi sosial, dan kesehatan baik di rumah sakit, klinik, sekolah, komunitas, dan kawasan industri (Christensen & Kenney, 1995). Salah satu faktor yang mempengaruhi proses perkembangan remaja yaitu sistem sosial. Sistem sosial merupakan sistem dinamis yang akan menjaga keselamatan dan keseimbangan lingkungan (Alligood, 2006). Pengaruh hubungan remaja pada kelompoknya bergantung pada pemahaman remaja terhadap perilaku,

kepercayaan dan sikap orang lain terhadap remaja. Sumber dukungan remaja dapat berasal dari keluarga, kelompok, teman sebaya, lingkungan tempat tinggal remaja dan pemberi pelayanan kesehatan. Remaja dituntun untuk mampu berinteraksi dengan lingkungan agar mampu bertahan hidup, berkembang, mempertahankan dan meningkatkan status kesehatannya. Melalui proses interaksi remaja memperoleh kepuasan hidup, hal ini dikarenakan interaksi manusia dan lingkungan merupakan hal yang mutlak dilakukan oleh manusia sebagai makhluk sosial. Remaja sebagai makhluk sosial harus mampu memilih dan menyaring hasil interaksi atau pengaruh yang baik dari lingkungan, karena hal tersebut akan mempengaruhi proses pertumbuhan dan perkembangannya.

4.1 Pengkajian Remaja

Tugas utama yang harus dicapai oleh remaja adalah menghadapi identitas diri versus bingung peran (Papalia, Olds, Fieldman, 2011). Erickson (dalam Gunarsa, 2010), menyatakan bahwa tugas utama dari perkembangan remaja yaitu pembentukan identitas diri. Pada masa ini sejumlah besar remaja sudah menunjukkan proses menuju kematangan identitas. Erikson dalam Santrock (2011), menyatakan bahwa remaja yang memiliki identitas diri positif dapat menerima keadaan dirinya dan memahami diri sendiri dengan sangat baik. Sebaliknya remaja yang tidak mampu menyelesaikan tugas perkembangannya akan mengalami bingung peran dan kekacauan identitas diri akan menarik diri, mengisolasi diri atau meleburkan diri dalam kelompok sebaya sehingga kehilangan identitas dirinya. Salah satu faktor yang mempengaruhi pencapaian identitas diri remaja adalah adanya dukungan sosial, baik dari keluarga, teman sebaya dan lingkungan sekitar. Adalanya dukungan sosial dapat menjadi sumber rasa aman dan motivasi bagi remaja. Oleh sebab itu, remaja membutuhkan tindakan keperawatan yang tepat agar mampu mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangannya.

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data mengenai status kesehatan dan informasi lainnya mengenai remaja. Selama tahap pengkajian terjadi proses interaksi, komunikasi, transaksi, dan terdapat peran yang berbeda antara perawat

dan klien. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh King bahwa manusia merupakan sistem interpersonal (Fitzpatrick & Whall, 1989).

Hasil pengkajian pada remaja di RW 09 kelurahan Mulyaharja mencakup karakteristik, faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, dan sumber coping klien. Pada pembahasan ini, terdapat beberapa bagian dari faktor predisposisi dan presipitasi dari aspek sosial budaya yang terintegrasi dalam karakteristik pasien antara lain usia, pendidikan, dan status ekonomi orang tua.

4.1.1 Karakteristik

4.1.1.1 Usia

Penggolongan usia remaja menurut Erikson (1963, dalam Townsend, 2009) adalah usia > 12–20 tahun dan berada pada tahapan usia remaja dengan tugas perkembangan *identity versus role confusion*. Papalia, Olds & Feldman (2013), menyatakan bahwa pada umumnya rentang usia masa remaja dimulai sekitar 12 atau 13 tahun lalu berakhir pada sekitar usia belasan ataupun awal usia 20 tahun. Pada laporan kasus ini, rentang usia remaja adalah 13-14 tahun dengan rincian satu orang remaja berusia 13 tahun dan tiga remaja berusia 14 tahun. Rentang usia klien dapat digolongkan dalam tahap usia remaja awal. Batubara, (2016), dalam penelitiannya mengatakan bahwa pada masa remaja awal anak-anak terpapar pada perubahan tubuh yang cepat, adanya akselerasi pertumbuhan, dan perubahan komposisi tubuh disertai awal pertumbuhan seks sekunder dan mengalami pubertas. Sejalan dengan teori tersebut, klien I dan klien L, telah mengalami pertumbuhan seks sekunder dan mengalami menstruasi, sedangkan pada Klien R dan A hanya mengalami pertumbuhan seks sekunder dan belum mengalami menstruasi.

Pada tahapan usia 13-14 tahun ini remaja sudah memiliki otonomi dan tidak bergantung pada orang tua dan keluarga. The Royal College of Psychiatrists (2009), menyatakan bahwa remaja berbeda dengan kelompok usia yang lebih muda karena pada hakikatnya, remaja sudah tidak banyak bergantung kepada orang tua dan keluarga, serta memiliki otonomi. Pada kasus ini kemampuan otonomi yang tampak pada remaja yaitu dalam hal memutuskan untuk mengikuti kegiatan TKT tanpa melibatkan orang tua. Selain kemampuan otonomi, remaja

juga sudah mulai berpikir mengenai masa depan walaupun masih terbatas (Browning, 2003). Remaja pada tahap awal mulai mencoba untuk menunjukkan identitas dirinya, peningkatan konflik dengan orang tua, tidak mau diatur, perubahan suasana hati/ perasaan meningkat, dan tidak jarang bersikap kekanak-kanakan jika mengalami stres (Ali & Ansori, 2010).

Pada tahapan usia remaja ini juga ditandai dengan berkembangnya kemampuan berfikir yang baru. Teman sebaya memiliki peran yang penting. Pada masa ini remaja juga mengembangkan kematangan tingkah laku, belajar membuat keputusan sendiri dan selain itu penerimaan dari lawan jenis menjadi penting bagi individu. (Frisch & Frisch, 2006). Empat remaja yang mengikuti kegiatan TKT menyatakan bahwa lebih senang jika bermain atau menghabiskan waktu dengan kelompok teman sebaya dibandingkan menghabiskan waktu bersama keluarga di rumah. Remaja di usia awal menyebutkan pentingnya memiliki teman yang baik dan hilangnya persahabatan menjadi stressor yang cukup besar bagi mereka. Remaja lebih suka memiliki kelompok teman sebaya untuk mendiskusikan masalah yang dialaminya. Setelah usia tersebut yaitu menginjak usia remaja pertengahan dan akhir kemungkinan dapat terjadi peningkatan perkembangan identitas diri.

Teori King menggambarkan pemahaman manusia sebagai sistem personal melalui konsep tentang citra tubuh, pertumbuhan dan perkembangan, persepsi, diri, ruang, dan waktu (Alligood, 2014). Hal ini menunjukkan bahwa manusia sebagai individu melewati masa usia tumbuh kembang dengan berbagai tugas perkembangan pada setiap tahapannya akan mempersepsikan semua rangsangan (stimulus) yang datang dari dalam diri maupun dari luar. Upaya remaja dalam mencapai identitas diri akan mempengaruhi tahap perkembangan selanjutnya, sebaliknya demikian jika pada usia remaja tidak mampu mencapai identitas diri, maka remaja akan mengalami kebingungan peran yang dimanifestasikan dalam dua gejala, yaitu mengisolasi dan menarik diri, dari teman sebaya maupun keluarga, atau remaja akan membaurkan dirinya dalam kelompok sebaya sehingga kehilangan identitasnya ditengah kelompok (Santrock, 2012).

4.1.1.2 Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan karakteristik sekaligus salah satu bagian dari aspek sosial budaya pada faktor predisposisi dan presipitasi dalam tumbuh kembang remaja yang dapat mempengaruhi terjadinya kontrol diri (Stuart, 2013). Identitas gender menggambarkan jenis kelamin dengan mana remaja mengidentifikasi dirinya menjadi seorang laki-laki atau perempuan (Ferguson, 2013). Pada kasus ini teridentifikasi 4 orang klien berjenis kelamin perempuan (100%). Penentuan jenis kelamin yang homogen, agar pada saat pelaksanaan TKT, remaja bisa mengeksplor pengalaman secara lebih terbuka tanpa merasa malu dengan keberadaan lawan jenisnya (laki-laki). Remaja secara aktif membangun identitas mereka melalui tema-tema umum dari percakapan antara persahabatan sesama jenis tentang masalah yang dialaminya. Tema umum dari percakapan bersama teman-teman dekat akan lebih membantu pembentukan identitas diri mereka dalam kehidupan (Morgan dan Koborov, 2011). Tema percakapan dan sharing pengalaman yang dilakukan antar remaja perempuan meliputi perubahan biologis (menstruasi, perawatan diri, dan perubahan fisik), ketertarikan terhadap lawan jenis (pacar) dan membicarakan hobi yang sama. Berdasarkan diskusi dengan remaja yang mengikuti terapi, mereka lebih nyaman menceritakan masalahnya dan berdiskusi dengan teman sesama jenis. tema

Perbedaan jenis kelamin juga mempengaruhi kematangan emosi yang merupakan pengaruh sosialisasi awal emosi. Remaja laki-laki diharapkan lebih mandiri, aktif, dan percaya diri, sementara anak perempuan diharapkan lebih ekspresif, suka menolong, hangat secara emosional, serta sensitif (Astuti, 2005). Pada empat remaja peserta TKT, saat proses TKT berlangsung tampak bahwa remaja perempuan menunjukkan sikap saling menolong dan memiliki kepedulian yang tinggi. Hal ini terlihat ketika salah satu peserta kesulitan tidak memiliki alat tulis langsung berinisiatif untuk meminjamkan, saat ada salah satu anggota kelompok TKT yang tidak terlihat hadir tepat waktu, mereka berinisiatif untuk menjemput ke rumah dan agar bisa mengikuti kegiatan bersama. Saling memberikan dukungan antar remaja perempuan sangat terlihat jelas pada saat proses pelaksanaan TKT, remaja putri terlihat jika terdapat salah satu peserta yang tidak berani mengungkapkan pendapat atau merasa bingung, secara langsung

teman lain akan memberikan dukungan pada remaja yang merasa malu dan bingung untuk mencoba mengungkapkan apa yang dipikirkan. Kematangan emosi dapat dipengaruhi jenis kelamin. Santrock (2007), menyatakan bahwa laki-laki cenderung memiliki ketidakmatangan emosi jika dibandingkan dengan perempuan.

Perilaku sosial pada masa remaja dapat dipengaruhi oleh gender, dimana remaja perempuan cenderung memandang dirinya sebagai sosok yang lebih proporsional, empatik, dan lebih banyak terlibat dalam perilaku prososial dibandingkan dengan laki-laki (Eisenberg 2006 dalam Santrock, 2012).

4.1.1.3 Pendidikan dan Status Ekonomi Keluarga

Tingkat pendidikan juga merupakan bagian dari aspek sosial budaya dalam faktor predisposisi dan presipitasi. Pendidikan termasuk sumber coping bagi individu dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi dalam kehidupan. Berdasarkan tingkat pendidikan, didapatkan bahwa 2 orang remaja (50%) klien 1 dan 2 duduk di bangku kelas 2 SMP, sedangkan klien 3 dan 4 tidak melanjutkan studi ke jenjang SMP namun hanya mengikuti pendidikan agama nonformal (nyantri) untuk mempelajari agama lebih baik. Selama proses pelaksanaan terapi terdapat perbedaan yang mencolok antara klien 1 dan 2 yang berstatus pelajar dan klien 3 dan 4 yang saat ini putus sekolah. Pada klien 1 dan 2 pemahaman akan materi/topik yang disampaikan pada tiap sesi sangat baik tanpa harus didampingi secara individual dan pengulangan topik lebih sedikit. Klien 3 dan 4 yang menjalani pendidikan non formal lebih sulit memahami penyampaian, terutama menyangkut istilah-istilah yang digunakan, sehingga saat menyampaikan topik bahasan dan melakukan stimulasi pada beberapa sesi terapi dibutuhkan pengulangan dan tidak jarang didampingi sehingga klien dapat mengikuti latihan stimulasi dengan baik. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Fernandes, Keliat dan Helena (2014), dalam penelitiannya bahwa tingkat pendidikan akan menentukan kemampuan kognitif dan psikomotor dalam berperilaku, sejalan dengan perkembangan usia remaja, semakin tinggi tingkat pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan dan pengalaman remaja dalam mencapai perkembangan identitas diri.

Fenomena yang banyak ditemukan di wilayah RW 09 adalah rendahnya tingkat pendidikan masyarakat. Contoh kecil dapat dilihat pada karakteristik pendidikan peserta TKT. Beberapa faktor yang menjadi penyebab rendahnya tingkat pendidikan adalah kondisi ekonomi dan persepsi keluarga terkait pentingnya pendidikan. Berdasarkan data yang didapatkan klien 1, 2, dan klien 4 berada pada ekonomi menengah, dan klien 3 berada pada keluarga dengan ekonomi rendah. Klien 3 dan 4 tidak melanjutkan pendidikan selain karena status ekonomi juga disebabkan oleh persepsi orangtua yang memandang bahwa, pendidikan yang tinggi bagi perempuan tidaklah terlalu penting, karena pada dasarnya perempuan akan menjadi ibu dan mengurus anak-anak, sama seperti perempuan pada umumnya.

Tidak terfasilitasinya pendidikan remaja karena status sosial ekonomi akan mempengaruhi pencapaian identitas diri remaja. Berdasarkan studi Waterman (1985, dalam Sprinthal & Collins, 1995) pada remaja berpendidikan SMP, SMA, perguruan tinggi, diperoleh kesimpulan semakin tinggi pendidikan mengalami peningkatan proporsi status *identity achieved* dan penurunan status *identity diffused*. Tingkat pendidikan akan menentukan kemampuan kognitif dan psikomotor dalam berperilaku. Hal tersebut sejalan dengan Soetjiningning (2010), yang menyatakan bahwa kejadian penyimpangan perilaku atau kenakalan remaja cenderung meningkat pada keadaan sosial ekonomirendah. Santrock (2011), menyatakan bahwa perilaku menyimpang pada remaja salah satunya dipengaruhi oleh keadaan sosial ekonomi yang rendah pada keluarga.

Terkait dengan status ekonomi, Friedman (2010) menyatakan bahwa fungsi ekonomi merupakan salah satu fungsi keluarga dalam menyediakan sumber-sumber ekonomi yang memadai dan menempatkan sumber-sumber tersebut secara efektif. Seperti penyediaan fasilitas dalam menunjang perkembangan remaja yaitu seperti fasilitas pendidikan. Fitriani (2010) mengemukakan keluarga yang status sosial ekonominya rendah ditandai dengan kecenderungan kurang otoritas, bimbang dalam mengambil keputusan dan tidak terorganisasi. Orang tua jarang hadir, apatis dan biasanya tidak mampu merespons terhadap masalah yang dialami keluarga. Perekonomian yang cukup akan menyebabkan anak mendapat

kesempatan yang lebih luas untuk mengembangkan berbagai macam kemampuan yang tidak dapat berkembang apabila tidak terdapat fasilitas yang mendukung kemampuan yang dimiliki.

4.1.2 Faktor predisposisi remaja

Faktor predisposisi biologis yang ditemukan pada klien I, L, R, dan A secara keseluruhan tidak memiliki riwayat/ masalah selama kehamilan atau di dalam kandungan, tidak terdapat komplikasi selama proses persalinan, berat badan lahir normal, imunisasi lengkap, tidak pernah mengalami sakit fisik yang berat, tidak ada riwayat genetik dan tidak ada riwayat gangguan jiwa dalam keluarga. Sehingga dapat dikatakan faktor predisposisi secara biologis pada remaja sudah tercapai secara optimal dan dapat menjadi sumber pendukung dalam pencapaian identitas diri.

Pada predisposisi psikologis hasil pengkajian menunjukkan bahwa seluruh klien tidak mengalami keterlambatan dalam pertumbuhan dan perkembangan, tidak memiliki masalah dalam komunikasi, pengasuhan orang tua memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan, tidak mengalami kehilangan orang terdekat dan tidak memiliki masa lalu yang buruk. Klien I dan L memiliki kepribadian yang terbuka, dan mau menceritakan masalah dengan orang lain terutama pada teman sebaya, klien mengatakan bahwa bercerita pada teman sebaya membuatnya lebih nyaman dibandingkan bercerita pada orang tua atau anggota keluarga yang lain. Klien R dan A memiliki pribadi yang tertutup, jarang menceritakan masalah atau pengalaman pada teman lain ataupun orangtua. Stuart (2013) menyatakan bahwa faktor psikologis, meliputi konsep diri, kepribadian, intelektualitas, moralitas, keterampilan komunikasi secara verbal, pengalaman masa lalu, dan coping mempengaruhi perilaku seseorang dalam hubungannya dengan orang lain.

Beberapa komponen pada aspek sosial budaya telah dibahas sebelumnya. Data lain yang ditemukan pada aspek sosial budaya adalah seluruh remaja menyatakan bahwa penghasilan keluarga dapat memenuhi kebutuhan dasar keluarga, dan seluruh remaja mampu bersosialisasi dengan lingkungannya. Sebagaimana telah dibahas sebelumnya bahwa faktor ekonomi juga memiliki pengaruh dalam proses pencapaian identitas diri remaja. Keluarga dengan ekonomi yang baik akan

mampu memfasilitasi remaja dalam proses pencapaian identitas diri.

Dua orang remaja mengalami putus sekolah, hal ini telah dibahas pada karakteristik pendidikan, dimana klien I dan L berada pada jenjang pendidikan SMP kelas 2 dan klien R dan A tidak melanjutkan studi formal namun mengikuti pendidikan di pesantren pada waktu-waktu tertentu yaitu setiap sore pada hari senin-jum'at. Data lain yang didapatkan terkait sosial budaya yaitu seluruh remaja belum mampu menjalankan ibadah dengan baik. Belum menjalankan ibadah dengan baik dalam hal ini berdasarkan hasil pengkajian, klien I, L, R dan A menyatakan bahwa mereka telah mulai melakukan ibadah, namun masih belum bisa berkomitmen untuk melaksanakannya dengan baik, tepat waktu dan tidak jarang masih meninggalkan kegiatan ibadah karena lupa dan kesibukan sehari-hari.

4.1.3 Faktor Presipitasi Remaja

Faktor presipitasi biologis remaja secara keseluruhan telah tercapai secara optimal, remaja I, L, R, dan A memiliki tubuh yang ideal, sehat fisik, tidak merokok, suka berolahraga, melakukan perawatan tubuh dengan baik. Sehingga seluruh remaja memiliki keunggulan untuk dapat mengoptimalkan pencapaian perkembangan identitas dirinya.

Berdasarkan aspek psikologis seluruh remaja menerima perubahan fisik, dipercaya menerima tugas dan tanggung jawab, dan diberikan kesempatan menyukai tokoh idola. Pada tahap usia remaja, perubahan yang terlihat jelas adalah perubahan fisik, selama usia remaja fisik berkembang sangat pesat sehingga akhirnya sampai pada bentuk fisik orang dewasa. Remaja I, L, R dan A mengatakan menerima dan mampu beradaptasi dengan perubahan yang terjadi pada tubuhnya selama memasuki usia remaja. Remaja I dan L memiliki keluhan yang sama saat menyadari bahwa terjadi perubahan pada bentuk fisiknya, dimana terjadi pembesaran payudara, pinggul dan pantat yang terlihat lebih menonjol serta perut terlihat sedikit buncit. Remaja R dan A lebih mengeluhkan perubahan pada bagian pinggul, karena merasa tidak nyaman meskipun pada akhirnya mereka mampu menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi.

Perasaan tidak nyaman yang disampaikan oleh keempat remaja tersebut sejalan dengan apa yang diungkapkan oleh Papalia, Olds & Feldman (2013), bahwa perubahan fisik yang dramatis memiliki efek psikologis, karena sebagian besar remaja muda lebih peduli mengenai penampilan mereka dibandingkan tentang aspek lain dalam diri mereka. Rosenblum & Lewis (1999, dalam Santrock, 2013), menyatakan bahwa remaja perempuan cenderung lebih tidak bahagia dengan penampilan mereka dibandingkan dengan remaja laki-laki, mencerminkan tekanan budaya yang lebih besar pada atribut fisik perempuan.

Al-Mighwar (2011), menyatakan bahwa tidak sedikit remaja yang merasa tidak puas dengan perubahan bentuk tubuhnya. Kekhawatiran terhadap bentuk tubuh yang dihadapi remaja merupakan lanjutan dari berbagai kekhawatiran yang dialami pada masa remaja awal. Selain itu adanya reaksi sosial terhadap berbagai perubahan bentuk tubuh mengakibatkan remaja khawatir akan pertumbuhan tubuhnya yang tidak sesuai dengan teman-teman sebayanya. Ketidakmampuan menyikapi kekhawatiran dan ketidakpuasan terhadap bentuk tubuh ini, selanjutnya akan menjadi penyebab remaja merasa rendah diri. Smolak (2002) menyatakan bahwa 40-70% remaja putri merasa tidak puas terhadap beberapa bagian tubuhnya, di antaranya yaitu bagian pinggul, perut, pantat, dan paha. Penelitian lain yang dilakukan oleh Konstanski dan Gullone (1998) mengungkapkan bahwa hampir 80% remaja merasa tidak puas terhadap perubahan fisiknya.

Ketidakpuasan terhadap citra tubuh berkaitan dengan kematangan emosi, pikiran yang berlebihan tentang citra tubuh, rendahnya harga diri, dan pola hidup. Perhatian remaja sangat besar terhadap penampilannya sehingga sering khawatir dengan bentuk tubuh yang kurang proporsional. Soetjiningsih (2010) menyatakan bahwa apabila remaja sudah mendapat informasi tentang perubahan fisik yang dialami, maka remaja tidak akan mengalami kekhawatiran dan respons negatif lainnya, tetapi bila remajakurang mendapat informasi akan membuat remaja merasakan pengalaman yang negatif. Ketidaksiapan terhadap perubahan fisik mempengaruhi psikologis yaitu dapat menimbulkan kebingungan, kecanggungan serta kecemasan bagi remaja.

Data faktor presipitasi psikologis lain yang didapatkan yaitu remaja I & L diberikan kesempatan untuk mengungkapkan pendapat, Berdasarkan penuturan remaja I & L, mendapatkan kebebasan dalam berpendapat juga tidak langsung diberikan oleh keluarga, artinya terdapat proses dimana remaja melakukan bentuk protes atau tidak menerima keputusan yang diambil oleh keluarga, teman, atau guru sehingga remaja memberanikan diri untuk mengklarifikasi, sehingga diberikan kesempatan untuk menyampaikan pendapatnya. Pengalaman berbeda disampaikan oleh remaja R & A yang tidak mendapatkan kesempatan untuk mengungkapkan pendapatnya, terutama didalam lingkungan keluarga. Berdasarkan apa yang disampaikan oleh remaja bahwa keluarga (orangtua) sama sekali tidak pernah meminta pendapat atau mengajak remaja berdiskusi terkait hal apapun. Sehingga remaja hanya menerima keputusan yang telah diambil oleh keluarga dan tidak memiliki keberanian dalam menyampaikan pendapatnya.

Pada faktor presipitasi sosial kultural didapatkan data bahwa seluruh remaja memiliki teman dekat dan menjalankan hobi yang sama dengan teman sebayanya. Remaja I dan L diberikan kebebasan menentukan pilihan tanpa campur tangan orang tua. Sebaliknya remaja R & A belum mendapatkan kebebasan menentukan pilihan secara mandiri. Remaja R menyatakan bahwa orangtua belum memberikan kebebasan dalam memilih dikarenakan masih belum dewasa dan belum tahu apa yang baik atau buruk untuk dirinya. Berbeda dengan remaja R, Remaja A menyatakan bahwa dirinya harus mematuhi apa yang menjadi keputusan orang tua, sebagai sebuah kewajiban anak dan orang tua lebih tau kebutuhan dan yang terbaik untuk anaknya.

Temuan pada kasus tersebut menunjukkan bahwa dukungan orang tua sebagai *social support* dalam pembentukan identitas diri remaja memiliki peranan yang penting. Sitepu, (2009) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa, keluarga terutama orangtua memiliki peran dan pengaruh yang besar dalam pembentukan norma-norma, nilai-nilai dan identitas diri remaja. Hal serupa juga disampaikan oleh Papalia et. al. (2011), remaja yang dibesarkan oleh orang tua yang humoris, memberikan banyak pujian, sering mendengarkan dan meminta pendapat, menunjukkan perkembangan yang sangat pesat, berbeda dengan remaja yang

dibesarkan oleh orang tua yang selalu menentang pendapat, dan menceramahi, perkembangannya menjadi lambat. Hal ini dikuatkan oleh penelitian yang dilakukan oleh Chang, et. al (2004), yang mengungkapkan bahwa pengasuhan yang positif dari keluarga akan menghasilkan perilaku yang baik bagi remaja, begitu pula sebaliknya.

Sebagian besar remaja yang unggul dalam kehidupan, mereka berasal dari lingkungan yang mereka senangi dan tinggal bersama orang-orang yang peduli. Gaya pengasuhan orang tua dapat mendukung identitas diri remaja (Papalia, et al., 2011). Gray & Steinberg (1999), mengungkapkan bahwa semakin banyak keterlibatan, pemberian otonomi, dan struktur yang mereka dapat dari orang tuanya, semakin positif seorang remaja mengevaluasi keseluruhan perilaku, perkembangan psikososial, dan kesehatan mental.

4.1.4 Respons remaja terhadap stressor

Respons terhadap stresor berdasarkan hasil pengkajian dimanifestasikan dalam 10 aspek perkembangan remaja. Nilai kemampuan remaja yang tertinggisebelum mendapatkan terapi yaitu aspekmoral dan diikuti oleh aspekspiritual, selanjutnya diikuti oleh kemampuan aspek psikososial, psikoseksual dan aspek biologis. Kemampuan aspek kognitif memiliki nilai pencapaianpaling rendah sebelum diberikan terapi. Dua kemampuan lain yang pencapaiannya masih kurang yaituaspek emosi dan aspek bakat.

Perubahan aspek biologis yang dialami oleh keempat klien yang dapat diamati secara langsung antara lain perubahan fisik (pembesaran payudara, penambahan berat dan tinggi badan dan pinggul yang bertambah besar). Pesatnya pertumbuhan remaja (*adolescent growth spurt*) ditunjukkan dengan peningkatan tinggi badan secara pesat dan umumnya dialami anak perempuan pada rentang usia 10 tahun – 14 tahun, pesatnya pertumbuhan remaja perempuan biasanya dimulai lepenelitian oleh bih awal dibandingkan dengan remaja laki-laki (Papalia, Olds & Feldman, 2013). Remaja I, L, R dan A berada pada rentang usia remaja awal yaitu 13-14 tahun. Perbedaan pencapaian aspek perkembangan pada keempat remaja adalah pada remaja I, L sudah mengalami menstruasi dan pada remaja R, A belum mengalami menstruasi.

Penelitian oleh Hasanah, Hamid, dan Helena (2015), menyatakan bahwa pada remaja terjadi pertumbuhan fisik yang pesat, namun tidak diimbangi oleh perkembangan sosial, psikologis, dan emosional, dimana remaja memiliki pertumbuhan fisik dan kemampuan yang menyamai orang dewasa, akan tetapi secara sosial, psikologis, maupun emosional masih labil dan memiliki ketergantungan yang tinggi. Bahari, Keliat, dan Helena (2010), dalam penelitiannya menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna terhadap pencapaian perkembangan biologis antara sebelum dengan setelah dilakukan terapi kelompok terapeutik pada kelompok yang mendapat dan tidak mendapat terapi kelompok terapeutik. Artinya kemampuan perkembangan biologis tidak mengalami peningkatan pada remaja yang mendapat maupun tidak mendapat terapi kelompok terapeutik. Ali dan Asrori (2009), menyatakan bahwa stimulasi yang diberikan secara optimal yaitu dengan cara mendorong remaja untuk hidup sehat, menjaga kebersihan dan kesehatan badan, olahraga dengan teratur, segera berobat jika sakit, konsumsi makanan yang baik (segar, sehat, dan bergizi) sehingga dapat berpengaruh terhadap kecepatan pertumbuhan dan perkembangan fisik/biologis remaja.

Selanjutnya Bahari, Keliat, dan Helena (2010), menyatakan bahwa tidak adanya peningkatan pencapaian perkembangan aspek biologis dapat dikarenakan oleh terapi TKT yang diberikan tidak menstimulasi perkembangan biologis remaja secara langsung, pemberian TKT hanya sebatas meningkatkan pengetahuan serta kemampuan cara melakukan stimulasi perkembangan fisik/biologis. Stimulasi pencapaian perkembangan aspek biologis remaja dapat dilakukan dengan memberikan tugas yang terintegrasi dengan kegiatan sehari-hari remaja. Selain itu untuk meningkatkan kemampuan perkembangan biologis dibutuhkan rangkaian stimulasi secara optimal dan berkelanjutan, serta perlu dilakukan evaluasi dalam jangka waktu yang lama.

Perkembangan aspek psikoseksual yaitu timbul ketertarikan pada lawan jenis dan fantasi/khayalan seksual meningkat telah dicapai oleh seluruh remaja. Remaja I dan L mengakui tertarik pada lawan jenis dan saat ini sudah memiliki pacar, sedangkan remaja R dan A menyatakan masih sekedar menyukai lawan jenis saja,

belum berpacaran. Terkait fantasi/khayalan seksual yang meningkat, keempat remaja menyampaikan bahwa mereka senang membayangkan hubungan yang lebih dekat dengan lawan jenis yang disukai, membayangkan/ memiliki keinginan untuk memeluk, berkencan hanya berdua, dan bergandengan tangan. Menurut Freud (dalam Stuart & Laraia, 2005) selama masa pubertas terjadi fase genital dimana timbul ketertarikan seksual, fantasi seksual meningkat, perhatian terhadap lawan jenis, lebih memperhatikan penampilan sesuai dengan jenis kelaminnya.

Pada perkembangan psikoseksual, remaja diharapkan berperilaku sesuai dengan jenis kelaminnya, karena hal ini akan berpengaruh terhadap keyakinan remaja terhadap identitas dirinya. Selanjutnya Freud menyatakan bahwa identitas gender dapat mempengaruhi orientasi seksual, dan menurutnya ciri perkembangan psikoseksual fase genital pada usia remaja (12-18 th) yang normal yaitu fantasi seksual meningkat, timbul ketertarikan seksual, dan perhatian terhadap penampilan sesuai identitas jenis kelaminnya (Stuart & Laraia, 2005). Fernandes, Keliat dan Helena (2014), dalam penelitiannya menyatakan bahwa perkembangan aspek psikoseksual sejalan dengan perkembangan biologis yang dipengaruhi oleh pertumbuhan dan perkembangan biologis, dimana terjadinya perubahan fisik terutama organ reproduksi, mempengaruhi terjadinya perubahan hormonal, sehingga proses stimulasi secara optimal membutuhkan waktu yang lama dan tidak cukup hanya 6 sesi kegiatan.

Perkembangan aspek kognitif remaja memiliki nilai pencapaian yang terendah sebelum diberikan terapi dan mengalami peningkatan setelah diberikan terapi. Hal ini senada dengan apa yang disampaikan oleh Fernandes, Keliat dan Helena (2014), dalam penelitiannya yaitu terjadi peningkatan pada aspek perkembangan kognitif setelah diberikan terapi kelompok terapeutik. Berbeda dengan penelitian oleh Bahari, Keliat, dan Helena (2010), yang menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna pada perkembangan kognitif sebelum dan sesudah diberikan terapi kelompok terapeutik.

Respons kognitif memiliki peranan penting dalam proses penyesuaian diri yang selanjutnya akan mempengaruhi pemilihan coping yang digunakan dalam menghadapi stress (Stuart & Laraia, 2009). Smith, Xiao & Bechara (2012),

mengungkapkan bahwa respons kognitif dapat mempengaruhi individu dalam proses pengambilan keputusan maupun melakukan perencanaan dalam kehidupannya. Hal senada juga diungkapkan oleh Santrock (2011), yaitu remaja telah memiliki pola pikir untuk merencanakan pencapaian tujuannya di masa depan. Piaget (1936 dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2013), menyatakan bahwa pada tahap remaja telah terjadi kematangan dan peningkatan kemampuan kognitif, dimana interaksi struktur otak telah sempurna, kondisi lingkungan sosial yang semakin luas memungkinkan remaja dapat berpikir secara abstrak.

Pada masa remaja perkembangan kognitif remaja masuk pada tahapan operasional formal yang menurut Piaget merupakan tingkat perkembangan tertinggi, yaitu saat remaja mampu mengembangkan kapasitasnya untuk berpikir secara abstrak (Papalia, Olds, dan Feldman, 2013). Hal lain diungkapkan oleh Yusuf (2010), mengenai perkembangan kognitif remaja, Yusuf menyatakan bahwa perkembangan kognitif pada usia remaja telah mampu menghubungkan ide, konsep atau pemikiran, mampu menganalisis dan menyelesaikan masalah yang dihadapi. Penjelasan-penjelasan di atas menegaskan bahwa perkembangan kognitif semakin sempurna di antaranya dengan kemampuan remaja berpikir abstrak dan melakukan analisis. Pencapaian perkembangan kognitif juga dipengaruhi oleh interaksi remaja dengan lingkungan yang semakin luas. Hal tersebut selanjutnya menstimulasi pola pikir remaja sehingga mampu merencanakan tujuannya di masa depan.

Perkembangan bahasa memiliki kaitan yang erat dengan perkembangan kognitif. Pada laporan kasus ini, hampir seluruh remaja mengalami kemajuan dalam aspek bahasa. Perbedaan yang mencolok saat proses pemberian terapi adalah kemampuan dan pemahaman remaja dalam mencerna istilah atau kosa kata baru. Seperti yang telah dibahas sebelumnya, hal ini berkaitan dengan tingkat pendidikan remaja yang berbeda. Remaja I dan L lebih mudah mengenal/memahami kosa kata baru, maupun kosa kata bahasa asing karena mendapatkan mata pelajaran bahasa di sekolah. Berbeda dengan remaja R dan A, dalam melakukan stimulasi diperlukan pengulangan dan penjelasan lebih lanjut dalam memberikan dan meningkatkan kemampuan dalam berbahasa. Secara keseluruhan

setelah diberikan terapi, terjadi peningkatan kemampuan berbahasa pada remaja, dan seluruh remaja mengungkapkan dalam kesehariannya memiliki istilah tersendiri, bahasa gaul dan kode yang hanya bisa dipahami oleh kelompok sebayanya masing-masing.

Yusuf (2017), mengatakan bahwa perkembangan kognitif individu akan tampak dalam perkembangan bahasa yaitu kemampuan remaja dalam membentuk pengertian, menyusun pendapat dan menarik kesimpulan. Bahasa pergaulan remaja merupakan bagian dari proses perkembangan identitas diri yang berbeda dari dunia orangtua dan orang dewasa, remaja memiliki kemampuan dalam bermain dengan kata-kata yang baru saja muncul untuk mendefinisikan cara pandang unik generasi mereka dalam hal nilai, selera dan preferensi (Elkind, 1998 dalam Papalia, Olds & Feldman, 2013). Yusuf (2017) menyatakan bahwa empat tugas pokok yang harus diselesaikan atau dikuasai oleh individu yaitu pemahaman, pengembangan perbendaharaan kata, penyusunan kata-kata menjadi kalimat, dan pengucapan.

Pada kesehariannya berinteraksi dengan teman sebaya, remaja mengatakan bahwa mereka menggunakan bahasa atau istilah yang hanya dimengerti oleh dirinya dan teman sebaya. Berbeda halnya saat remaja berinteraksi dengan orang tua, guru atau orang yang dewasa lainnya, remaja lebih menggunakan bahasa formal. Hal ini senada dengan apa yang disampaikan oleh Owen's (1996 dalam Papalia, Olds & Feldman, 2013) yaitu, pada umumnya remaja mengenal sekitar 80.000 kata saat usia 16-18 tahun, mereka berbicara dengan bahasa yang berbeda dengan teman sebayanya dibandingkan dengan orang dewasa.

Aspek perkembangan selanjutnya yang harus dicapai oleh remaja yaitu aspek moral dan spiritual. Aspek moral spiritual dalam kasus ini memiliki nilai pencapaian yang optimal sehingga peningkatan yang terjadi tidak banyak. Hal ini sejalan dengan penelitian Bahari, Keliat, dan Helena (2010), yang menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna aspek perkembangan moral pada remaja sebelum dan setelah diberikan terapi kelompok terapeutik. Penelitian oleh Fernandes, Keliat dan Helena (2014), juga mengungkapkan hal yang sama yaitu tidak ada perbedaan yang bermakna aspek perkembangan moral pada remaja

sebelum dan setelah diberikan terapi kelompok terapeutik. Keempat klien mengatakan bahwa telah mendapatkan pendidikan mengenai pendidikan moral dan spiritual baik pada jenjang formal maupun informal (dari orangtua, masyarakat dan lingkungan sekitar). Hasil observasi yang telah dilakukan, menunjukkan bahwa lingkungan RW 09 Mulyaharja memiliki iklim religiusitas yang tinggi, budaya saling menghormati dan mengayomi antara yang tua dan yang muda, serta menghormati tokoh masyarakat dan sesepuh masih cukup kental. Hal ini terlihat dengan adanya kegiatan marawis setiap sore, majelis ta'lim, taman pengajian Al-Qur'an, jarang terjadi pelanggaran norma di lingkungan RW 09 dan bahkan beberapa remaja juga memiliki orang yang dikagumi yang menjadi panutannya dalam bersikap sehari-hari.

Perilaku adaptif maupun maladaptif remaja dipengaruhi oleh perkembangan moralnya, sebagaimana yang disampaikan Havigurst (1972, dalam Hurlock, 1999; Stuart & Laraia, 2005), bahwa perangkat nilai serta sistem etik merupakan pedoman dalam berperilaku. Nilai-nilai dan norma tersebut selanjutnya dijadikan pedoman dalam mengendalikan gejolak maupun dorongan yang ada di dalam diri remaja. Salah satu gejolak maupun dorongan yang ada dalam diri remaja yaitu dorongan terkait emosi. Aspek emosi memiliki nilai pencapaian terendah dari seluruh aspek perkembangan identitas diri. Sebelum diberikan terapi keempat remaja belum mampu tidak menuntut orangtua secara paksa untuk memenuhi keinginannya, dan emosi cenderung tidak stabil. Remaja mengatakan bahwa jika menginginkan sesuatu, selalu ingin segera dipenuhi, jika tidak terpenuhi remaja berspon dengan marah, menangis, dan berdiam diri. Hal lain yang diungkapkan remaja terkait perasaan sensitif mereka jika sedang bergurau dengan teman-teman yang mampu membuat remaja tersinggung, marah, dan terkadang menangis.

Stuart (2013), mengungkapkan bahwa, respons emosi yang ekstrem pada remaja dipengaruhi oleh tingkat hormon, lebih lanjut Stuart mengungkapkan bahwa tingkat hormon dapat mempengaruhi perilaku remaja dan menghasilkan respons emosional yang ekstrem seperti perubahan suasana hati dan emosi yang meledak-ledak. Selain pengaruh tingkat hormon, perubahan emosi pada remaja juga terjadi karena adanya perkembangan dan perubahan struktur otak yang berhubungan

dengan penilaian, kontrol diri, emosi, organisasi dan perilaku (Papalia, Olds, dan Feldman, 2013). Kecenderungan ledakan emosi dan kecenderungan melakukan perbuatan yang beresiko bahkan kejam oleh remaja berlangsung antara masa pubertas pada periode remaja awal (ACT for Youth, 2002; Steinberg & Scott, 2003 dalam Papalia, Olds, dan Feldman, 2013).

Goleman (1995), mengatakan perubahan emosi pada periode remaja awal terjadi karena perubahan organ seks semakin nyata, seringkali mengalami kesukaran menyesuaikan diri sehingga tidak jarang menyendiri, kurang perhatian pada orang lain, sulit mengontrol diri, cepat marah dengan cara-cara yang kadang kurangwajar. Mahoney (2001), menyatakan bahwa perkembangan emosi selanjutnya akan membentuk karakter remaja dalam menyikapi permasalahan dan membentuk mekanisme coping. Kondisi dinamika psikologis, masalah psikologis yang dialami, kompleksitas pertahanan ego dan karakter remaja tersebut dapat mempengaruhi pembentukan identitas diri (Mahoney, 2001).

Aspek perkembangan identitas diri selanjutnya yaitu perkembangan psikososial. Perkembangan aspek psikososial meningkat setelah diberikan terapi. Pencapaian pada aspek psikososial mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan dan, memberikan perhatian terhadap orang lain telah dicapai secara maksimal oleh seluruh remaja. Erikson (1968) dalam Papalia, Olds, dan Feldman (2013), mengungkapkan tugas perkembangan utama pada masa remaja yaitu menghadapi krisis identitas versus kecacauan identitas, agar dapat berkembang menjadi individu dewasa yang unik, memiliki pemahaman diri yang baik dan mempunyai peran yang bernilai dalam masyarakat.

Aspek psikososial memiliki prestasi telah mampu dicapai oleh remaja I, L, dan R, sedangkan remaja A mengatakan masih belum memiliki prestasi yang dicapai. Remaja A memiliki pemahaman bahwa prestasi adalah memperoleh piala, menjadi juara kelas, dan menang lomba, sehingga remaja A mengatakan bahwa selama ini dirinya belum memiliki prestasi. Perkembangan psikososial remaja ditandai dengan penekanan terhadap perkembangan identitas diri, otonomi, serta orientasi tentang masa depan (Lee, 2010)

Aspek perkembangan identitas diri selanjutnya yang harus dicapai oleh remaja adalah aspek bakat dan kreativitas. Setelah diberikan terapi, terjadi peningkatan pencapaian aspek bakat dan kreativitas. Masing-masing remaja mampu mengenali dan berkomitmen untuk melatih bakat yang dimiliki serta mengasah kreativitasnya. Remaja I memiliki bakat melukis/ menggambar, remaja L memiliki bakat menyanyi dan bela diri (karate), Remaja R dan A memiliki bakat mengaji dan menghafal ayat Al-Qur'an. Remaja I dan L mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan bakat dan kreativitas yang dimiliki melalui kegiatan tambahan yang ada di lingkungan sekolah, sedangkan remaja R dan A mengasah kemampuan atau bakat yang dimiliki dengan mengikuti kegiatan mengaji secara rutin tanpa mengikuti latihan tambahan. Perkembangan bakat khusus distimulasi dengan cara memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi remaja untuk mengembangkan diri, memberikan perasaan bebas untuk berekspresi, kesempatan untuk mengeksplorasi lingkungan (Ali & Asrori, 2009) dan penghargaan terhadap bakat.

Stimulasi aspek bakat dan kreatifitas membutuhkan latihan, proses yang panjang dan intens agar remaja mampu menguasai bakat yang dimiliki secara optimal yang selanjutnya akan menjadi bagian identitas yang unik dan mudah dikenali oleh orang lain. Penelitian oleh Bahari, Keliat, dan Helena (2010), mengungkapkan bahwa Kemampuan perkembangan bakat tidak mengalami peningkatan dikarenakan perkembangan bakat memerlukan waktu yang optimal dan perlu terus distimulasi dengan latihan. Identitas diri akan menguat ketika mempunyai penyaluran positif untuk mengekspresikan dan mengembangkan bakat-bakat (Rifany, 2009).

Pemberian TKT dalam laporan kasus ini mampu meningkatkan aspek perkembangan identitas diri pada remaja, sehingga tugas perkembangan identitas diri tercapai. Selain itu pemberian FPE pada laporan kasus ini terbukti dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam melakukan stimulasi dan pendampingan pada remaja dalam mencapai tugas perkembangan identitas diri di lingkungan keluarga secara optimal. Penelitian oleh Bahari, Keliat, dan

Helena (2010), menunjukkan kemampuan perkembangan dan identitas diri remaja meningkat secara bermakna setelah mendapatkan terapi kelompok terapeutik, sedangkan yang tidak mendapatkan tidak terjadi peningkatan yang bermakna. Hasil penelitian oleh Fernandes, Keliat dan Helena (2014), menunjukkan peningkatan terhadap kemampuan remaja dalam menstimulasi perkembangan dan perkembangan identitas diri lebih tinggi pada kelompok yang diberikan terapi kelompok terapeutik, pendidikan kesehatan keluarga dan pemberdayaan kader. Hasanah, Hamid, dan Helena (2015), dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa hasil evaluasi pemberian TKT remaja, latihan asetif dan psikoedukasi keluarga menunjukkan adanya peningkatan aspek dan tugas perkembangan remaja.

Stimulasi perkembangan aspek perkembangan dan pencapaian identitas diri remaja sangat diperlukan sebagai penentu keberhasilan pencapaian tugas perkembangan selanjutnya yaitu usia dewasa. Pencapaian perkembangan identitas diri juga akan menjadi awal mula keberhasilan remaja di masa depan, dengan terbentuknya identitas diri remaja akan mampu mencapai masa depan yang lebih baik, memiliki pekerjaan yang sesuai dengan minat dan bakat, sukses dalam karir, kehidupan pernikahan, organisasi maupun politik. Pada tahap perkembangan remaja, Erikson menyatakan bahwa pada masa ini remaja berada dalam tahap kelima yaitu *identity versus identity confusion* (identitas dan kekacauan identitas) dimana remaja mencoba mengembangkan pemahaman diri yang koheren, termasuk peran yang akan dijalani di masyarakat. Erikson (1968) dalam Papalia, Olds, dan Feldman (2013), mengungkapkan tugas perkembangan utama pada masa remaja yaitu menghadapi krisis identitas versus kekacauan identitas, agar dapat berkembang menjadi individu dewasa yang unik, memiliki pemahaman diri yang baik dan mempunyai peran yang bernilai dalam masyarakat.

Identitas yang telah terbentuk pada saat remaja diharapkan mampu menyelesaikan tiga persoalan besar yaitu pilihan terkait pekerjaan, pemilihan tentang nilai-nilai yang akan digunakan dalam menjalani kehidupan dan kepuasan yang didapatkan karena perkembangan identitas seksual. Hal ini sejalan dengan apa yang

diungkapkan oleh Santrock (2011), identitas diri tersusun atas berbagai aspek, antara lain, identitas pekerjaan/karir, identitas politik, identitas spiritual, identitas relasi (lajang, menikah, bercerai), identitas prestasi/intelektual, identitas seksual, identitas budaya/etnik, minat, kepribadian dan identitas fisik. Hal senada juga diungkapkan oleh Papalia, Olds, dan Feldman (2013), tugas perkembangan utama pada masa remaja yaitu menghadapi krisis identitas versus kecacauan identitas, agar dapat berkembang menjadi individu dewasa yang unik, memiliki pemahaman diri yang baik dan mempunyai peran yang bernilai dalam masyarakat. Identitas yang telah terbentuk pada saat remaja diharapkan mampu menyelesaikan tiga persoalan besar yaitu pilihan terkait pekerjaan, pemilihan tentang nilai-nilai yang akan digunakan dalam menjalani kehidupan dan kepuasan yang didapatkan karena perkembangan identitas seksual.

4.2 Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik terhadap Perkembangan Identitas Diri Remaja menggunakan pendekatan Model Stress Adaptasi Stuart dan King

Teori keperawatan sangat penting sebagai landasan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan agar lebih efektif dan optimal. Model Model Stress Adaptasi Stuart digunakan sebagai pendekatan asuhan keperawatan melalui proses pengkajian sampai dengan intervensi secara menyeluruh. Model Stress adaptasi Stuart memberikan gambaran proses asuhan keperawatan melalui aspek predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping dan mekanisme coping. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan identitas diri remaja terdiri yaitu perilaku sebelumnya yang melatarbelakangi pembentukan identitas diri remaja (faktor predisposisi) dan stimulus atau kondisi remaja saat ini (faktor presipitasi) yang terdiri biologis, psikologis dan sosial. Perilaku yang dimunculkan remaja adalah mekanisme coping remaja untuk mempertahankan dirinya terhadap masalah-masalahnya (stressor).

Teori King (1981, dalam Fitzpatrick & Wall, 1998) sendiri memandang manusia/individu sebagai sistem terbuka yang berinteraksi dengan lingkungan. Individu dalam hal ini remaja disebut dengan sistem personal. Remaja dalam proses pencarian identitas dirinya banyak meniru, menilai dan mempersepsikan apa yang terjadi disekitarnya. Hal ini sesuai dengan teori King yang menyatakan bahwa individu sebagai sistem personal memiliki persepsi, penilaian diri, dan gambaran diri sebagai hasil interaksi dengan orang lain dan lingkungan sepanjang usia tumbuh kembangnya (Fitzpatrick & Wall, 1998; Tomey & Alligood, 2014). Aplikasi konsep King menyatakan bahwa manusia merupakan sistem sosial dikaitkan dengan keberadaan remaja didalam keluarga, sekolah dan lingkungan tempat tinggalnya. Keluarga, sekolah dan masyarakat dapat menjadi *support system (social support)* sekaligus sumber stresor bagi remaja, demikian juga sekolah maupun masyarakat. Kondisi keluarga yang tidak mengetahui dan memahami cara menstimulasi tumbuh kembang remaja akan menjadi sumber stresor bagi remaja karena perilaku yang muncul pada remaja dipengaruhi oleh faktor internal maupun faktor eksternal yaitu keluarga maupun teman sebaya. Oleh karena itu, keluarga sebagai sistem sosial perlu mendapatkan pengetahuan dan kemampuan sehingga dapat menjadi *support system* dalam menstimulasi perkembangan identitas diri remaja.

Melalui penggunaan Model Stres Adaptasi Stuart dan teori King dapat mengoptimalkan pemberian asuhan keperawatan pada remaja dengan pemberian terapi kelompok terapeutik. Hal ini dapat meningkatkan kemampuan personal remaja (*personal ability*) remaja dalam pembentukan identitas diri dapat tercapai secara maksimal. Hasil pemberian terapi kelompok terapeutik dan psikoedukasi keluarga/ *family psychoeducation* (FPE) menunjukkan lebih banyak peningkatan pada aspek perkembangan dan peningkatan pencapaian identitas diri remaja jika dibandingkan pada remaja yang hanya diberikan terapi kelompok terapeutik (TKT).

Pada kelompok remaja yang diberikan TKT dan FPE terjadi peningkatan pada aspek emosi sebesar 66,67%, aspek kognitif sebesar 57,69%, dan aspek bakat sebesar 33,33%. Sedangkan pada kelompok remaja yang diberikan TKT saja

pada aspek bahasa, emosi danbakat masing-masing mengalami peningkatan sebesar 50%, dan aspek kognitif sebesar 42,31%. Pada pencapaian perkembangan identitas diri, kelompok remaja yang diberikan TKT dan FPE mampu mencapai perkembangan identitas diri dengan rata-rata pencapaian sebesar 100%, sedangkan pada remaja yang diberikan TKT memiliki rata-rata pencapaian sebesar 93,75%. Hasil di atas menunjukkan bahwa terapi yang diberikan dapat membantumeningkatkan aspek perkembangan dan pembentukan identitas diri remaja secara optimal.

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Maryatun (2014), yang menunjukkan adanya peningkatan kemampuan perkembangan diri remaja dan perbedaan secara bermakna pada kelompok intervensi setelah diberikan terapi kelompok terapeutik dengan p value 0,010. Penelitian lainnya oleh Fernandes, Keliat, dan Daulima (2014) didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan kemampuan remaja dalam melakukan stimulasi perkembangan identitas diri melalui pemberian terapi kelompok terapeutik, pendidikan kesehatan dan pemberdayaan kader. Hasanah, Hamid, dan Helena (2015), dalam hasil penelitiannya menunjukkan bahwa pemberian terapi kelompok terapeutik remaja, latihan asertif dan FPE dengan pendekatan Model Stres Adaptasi Stuart dan King dapat meningkatkan aspek perkembangan dan pencapaian tugas perkembangan identitas diri remaja.

Melalui pemberian TKT, klien dilatih untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan yang terjadi selama masa remaja. Latihan tersebut dimaksudkan agar remaja mampu mencapai tugas perkembangannya. Terdapat sepuluh aspek perkembangan identitas diri yang dilatih selama TKT yaitu, aspek biologi, psikoseksual, kognitif, bahasa, moral, spiritual, emosi, psikososial serta aspek bakat dan kreativitas. Berbagai macam latihan yang diberikan diharapkan mampu digunakan oleh klien untuk beradaptasi terhadap perubahan serta mengatasi berbagai masalah yang dihadapi baik selama masa remaja maupun di tahap perkembangan selanjutnya. Stuart (2013), menyatakan bahwa identitas diri pada remaja dapat tercapai bergantung pada kemampuannya dalam menyelesaikan masalah pada tahap perkembangan sebelumnya.

Selama kegiatan TKT, masing-masing aspek dilatih sedemikian rupa dengan berpedoman pada buku kerja dan buku evaluasi yang tersedia. Beberapa latihan menggunakan tambahan metode latihan yang berbeda, diantaranya pada aspek kognitif dan bahasa. Pada kedua aspek ini penulis memodifikasi latihan dengan memberikan tugas pada masing-masing remaja untuk mempelajari kosa kata, yang selanjutnya kemampuan dalam mengingat berbagai macam kosa kata tersebut akan dievaluasi dengan metode kompetisi tebak kata (*games tournament*) atau cerdas cermat. Penerapan metode ini diharapkan mampu meningkatkan kemampuan belajar dan mengingat remaja dengan cara yang menyenangkan. Hasil penelitian oleh Sholihah (2016), didapatkan bahwa hasil belajar matematika siswa yang diajarkan dengan *group games tournament* lebih tinggi dibandingkan dengan siswa yang diajarkan dengan model pembelajaran *student teams achievement divisions*. Kelebihan penggunaan metode *group games tournament* diantaranya yaitu mengedepankan penerimaan perbedaan antar individu, klien mampu menguasai materi/ topik secara mendalam dengan waktu yang sedikit, klien menjadi lebih aktif dan melatih klien dalam bersosialisasi dengan orang lain (Suarjana, 2000 dalam Ekocim, 2011). Oleh sebab itu metode ini dapat digunakan dalam pemberian TKT.

Metode lain yang digunakan selama proses TKT yaitu metode penulisan diari khusus untuk melatih perkembangan aspek emosi, moral dan spiritual remaja. Pada aspek emosi remaja diharuskan menuliskan kejadian yang menyebabkan terjadinya perubahan emosi, hal yang dirasakan serta cara mengatasi perasaannya saat itu. Pada aspek moral dan spiritual, remaja ditugaskan untuk membuat jadwal ibadah dan mencatat hal-hal terkait pelaksanaan ibadah yang telah dilakukan serta mencatat penerapan aspek moral yang telah dilakukan di masyarakat. Penerapan metode tersebut dalam TKT dapat membantu meningkatkan aspek emosi yaitu seperti mampu menyesuaikan diri dalam situasi baru, perhatian terhadap orang lain, mampu mengendalikan keinginan, dan mampu mengontrol kemarahan. Hal ini sejalan dengan penelitian Maryatun (2013), dimana hasil penelitiannya menunjukkan perbedaan yang bermakna pada kemampuan perkembangan emosi remaja antara sebelum dengan setelah dilakukan terapi kelompok terapeutik

pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Begitupula pada aspek moral, terjadi peningkatan setelah diberikan terapi kelompok terapeutik, hal ini sesuai dengan pandangan Stuart & Laraia (2008), yang menyatakan terapi kelompok terapeutik dapat membantu anggota untuk merubah perilaku maladaptif. Selain itu menurut Zelaskowski (2009), terapi kelompok terapeutik dapat mendorong pola perilaku baru dan dapat belajar kasih sayang.

Berdasarkan uraian di atas, pemberian asuhan Keperawatan pada dua kelompok remaja dengan pemberian TKT, dan TKT dengan FPE yang dianalisis menggunakan pendekatan Model Stres Adaptasi Stuart dan King dapat meningkatkan aspek perkembangan dan pencapaian identitas diri remaja.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menguraikan kesimpulan dari laporan kasus yang telah disusun serta saran bagi pihak-pihak terkait.

5.1 Kesimpulan

- 5.1.1.1 Didapatkan karakteristik remaja adalah remaja awal dengan rentang usia 13-14 tahun dengan jenis kelamin perempuan, dua remaja pendidikan Sekolah Menengah Pertama, 2 remaja putus sekolah dan 2 remaja status ekonomi menengah.
- 5.1.1.2 Faktor predisposisi dan presipitasi dengan nilai pencapaian tertinggi yaitu pada aspek biologis, dimana seluruh remaja telah mengupayakan pencapaian kesehatan yang optimal sebelumnya.
- 5.1.1.3 Sumber coping terbanyak yang telah dicapai adalah keyakinan positif dan sedangkan nilai pencapaian terendah pada kemampuan personal remaja.
- 5.1.1.4 Terjadi peningkatan aspek perkembangan identitas diri pada keempat remaja setelah diberikan terapi kelompok terapeutik, terutama pada aspek emosi meningkat sebesar 58,33%
- 5.1.1.5 Perpaduan antara TKT dan FPE yang diberikan pada 2 remaja didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan pada aspek perkembangan remaja, terutama pada aspek emosi meningkat sebesar 66,67%
- 5.1.1.6 Hasil yang didapatkan pada 10 aspek perkembangan, pencapaian tertinggi terjadi pada remaja yang diberikan TKT dan FPE terutama pada aspek bakat dengan selisih peningkatan 33,33%
- 5.1.1.7 Pelaksanaan TKT remaja dapat mengoptimalkan peningkatan pencapaian 10 aspek perkembangan identitas diri yaitu aspek biologis, psikoseksual, kognitif, bahasa, moral, spiritual, emosi, psikososial, bakat dan kreativitas.
- 5.1.1.8 Model Stres Adaptasi Stuart dan Teori King sangat sesuai untuk digunakan sebagai pendekatan dalam memberikan asuhan keperawatan spesialis mulai dari proses pengkajian sampai dengan evaluasi hasil.

Penggunaan kombinasi teori ini mampu mengoptimalkan pembentukan dan pencapaian tugas perkembangan identitas diri remaja.

5.2 Saran

5.2.1 Puskesmas Mulyaharja

5.2.1.1 Memfasilitasi sarana dan prasarana dalam pemberian pelayanan keperawatan jiwa masyarakat.

5.2.1.2 Perawat puskesmas bersama kader kesehatan jiwa melakukan monitoring, evaluasi perkembangan perilaku remaja yang telah mengikuti kegiatan TKT sebelumnya dan bekerjasama dengan perawat spesialis jiwa dalam memberikan terapi pada remaja yang belum mendapatkan terapi.

5.2.1.3 Perawat puskesmas melakukan kerja sama lintas program bersama penanggung jawab program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dan membentuk Usaha Kegiatan Jiwa Sekolah (UKJS) pada tiap jenjang pendidikan di sekolah-sekolah yang berada di wilayah kelurahan Mulyaharja, untuk mendeteksi perilaku yang menyimpang pada individu dan remaja khususnya, sehingga dapat ditindaklanjuti.

5.2.1.4 Perawat penanggung jawab program kesehatan jiwa di puskesmas mengadakan program pembinaan pada remaja dan keluarga sebagai upaya promotif dan preventif untuk mencapai perkembangan yang optimal pada remaja.

5.2.2 Profesi Keperawatan Jiwa

5.2.2.1 Hasil laporan kasus ini dapat digunakan sebagai *evidence based* untuk mengembangkan terapi kelompok terapeutik pada berbagai kelompok usia khususnya remaja sehingga dapat menjadi terapi modalitas keperawatan jiwa yang efektif dalam mencegah timbulnya masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat.

5.2.2.2 Hasil penerapan terapi dapat dijadikan sebagai acuan bagi penulis untuk ikut ambil bagian dalam mengembangkan program keperawatan kesehatan jiwa masyarakat di wilayah lainnya.

5.2.3 Riset Keperawatan

5.2.3.1 Perlu melakukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh TKT dan psikoedukasi Keluarga dengan indikasi kurangnya kemampuan remaja di

aspek emosi, kognitif dan bahasa serta terhadap pencapaian identitas diriremaja.

5.2.3.2 Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait analisis faktor-faktoryang mempengaruhi pencapaian identitas diri remaja, seperti faktor geografi, budaya, dender serta kebiasaan masyarakat setempat, sehingga didapatkan faktor yang paling mempengaruhi pencapaian dan pembentukan identitas diriremaja.

5.2.3.3 melakukan penelitian tentang pemberian TKT dan FPE pada klien dengan tahapan usia dan perkembangan yang berbeda seperti pada usia pra sekolah dan anak usia sekolah.

5.2.4 Keluarga klien

5.2.4.1 Memberikan kesempatan dan memfasilitasi remaja dalam mencapai tugas perkembangan identitas dirinya

5.2.4.2 Menyesuaikan dan mengubah pola asuh otoriter menjadi demokratis untuk dapat membantu mengoptimalkan perkembangan anal dan remaja.

5.2.4.3 Menghubungi tenaga kesehatan terkait untuk berkonsultasi jika menemukan penyimpangan perkembangan yang tidak mampu ditangani.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, M. dan Asrori, M. (2009). *Psikologi remaja perkembangan peserta didik*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Astuti, H., 2005, Psikologi perkembangan masa dewasa, Surabaya: Usaha Nasional.
- Al-Mighwar, M. (2011). Psikologi Remaja : Petunjuk bagi Guru dan Orangtua. Bandung: Pustaka Setia
- Ali, M & Ansori, M. (2010). *Psikologi remaja perkembangan peserta didik*. Edisi 6. Jakarta : PT Bumi Aksara.
- Ali, M. dan Asrori, M. (2009). *Psikologi remaja perkembangan peserta didik*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Alligood, M. R. (2014). Nursing theory & their work (8 th ed). The CV Mosby. Company St. Louis.
- Bahari, K., Keliat, B.A dan Helena, N. (2010): Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik terhadap Perkembangan Identitas Diri remaja di Kota Malang. Tesis FIK UI: Tidak dipublikasikan.
- Batubara, J. R. (2016). Adolescent development (perkembangan remaja). *Sari Pediatri*, 12(1), 21-9.
- BKKBN (2011). *Kajian Profil Penduduk Remaja 10 – 24 Tahun : Ada apa dengan Remaja?*. Policy Brief Puslitbang Kependudukan – BKKBN. Seri I No.6/Pusdu-BKKBN/Desember 2011
- Christensen, P.J & Kenney J.W. (2009) Proses Keperawatan Aplikasi Model Konseptual edisi 4. Jakarta: EGC
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Laporan Nasional 2007: Riset kesehatan dasar tahun 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. (2016). Infodatin: Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI, Situasi kesehatan Reproduksi Remaja. www.depkes.go.id/folder/.../structure-publikasi-pusdatin-info-datin.htm. Diakses tanggal 26 Mei 2018 15.30 WIB.
- Fawcett, J., & Madeya, S. D. (2013). Nursing Knowledge : Analisis and Evaluation of Nursing Models and Theories 3rd ed. F.A. Davis Company : USA

- Ferguson, J.C., (2013), *Adolescents, Crime and the Media A Critical Analysis*: Springer New York.
- Fitzpatrick, J. J., Whall, A. L. 1989. *Conceptual Models of Nursing Analysis and Application*. California: Appleton & Lange.
- Fleitmen, M.(n.d.). *Group therapy for adolescents (ages 13-18)*. January 6, 2010. <http://www.revitalizingpsychiatry.com/contactUs.html>
- Fortinash, K.M. & Holoday, P.A. (2004). *Psychiatric mental health nursing. Third edition*, St. Louis Missouri: Mosby – Year Book Inc.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, teori, dan praktik Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Frisch, N.C., & Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric mental health nursing 3rd edition*. Canada: Thomson Delmar Learning.
- Gunarsa. (2010). *Psikologi Remaja*. Edisi 1. Jakarta : PT BPK Gunung Mulia.
- Hamid, Achir, Y. (2009). *Bunga rampai asuhan keperawatan kesehatan jiwa*. Edisi 1. Jakarta : EGC
- Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., & Kline, N. (2003) *Nursing care of infant and children 7 ed*. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier
- Johnson, B.S. (1995). *Child, adolescence, and family psychiatric nursing*. Philadelphia: J.B Lippincott Company.
- Keliat, B. A. (1995). *Peran Serta Keluarga Dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Keliat, BA. dan Akemat. (2005). *Keperawatan Jiwa : Terapi Aktivitas*. Kelompok Cetakan I. Jakarta.
- Keliat, BA., Akemat., Helena N.C.D., Heni, N. (2011). *Keperawatan kesehatan jiwa komunitas; CMHN (basic course)*. Jakarta: EGC
- Khairani, R., & Putri, D. E. (2011). *Kematangan emosi pada pria dan wanita yang menikah muda*. *Jurnal Ilmiah Psikologi*, 1(2).
- Lee HK, Ahn HJ, Kim SJ, Yoon SC, & Bong SY (2003, September). Effects of interpersonal group therapy for adolescents with behavioral problems. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*. 42 (5), p.608-620. diakses 28 Mei 2018. <http://www.kamje.or.kr/>.

- Mahoney (2001). *In search of the gifted identity from abstract concept to workable counseling constructs*. February 1, 2010. <http://www.counselingthegifted.com/>
- Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. *Handbook of adolescent psychology*, 9(11), 159-187
- Maryatun, S. (2015). Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik Terhadap Perkembangan Remaja di Panti Sosial Marsudi Putra Dharmapala Inderalaya. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 1(1), 12-20.
- Maryatun, S. (2013). The Effect of Therapeutic Group Therapy to Adolescent Development at Social Institutions “Marsudi Putra Dharmapala” in Inderalaya, South of Sumatra. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 4(3), 212-219.
- Masters, K. (2015). *Nursing Theories a Framework for Professional Practice* 2nd ed. Jones & Barlett Company: USA
- Meleis Ibrahim A., (2007). *Theoretical nursing: development and progress*, 3rd edition, Philadelphia: Lippincott.
- Morgan, E. M. & Koborov, N. (2011). Interpersonal Identity Formation in Conversations with Close Friends About Dating Relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 920-
- Newman, B.M., Newman, P.R. (2012). *Life-Span Development : A Psychosocial Approach*. Australia: Wadsworth Cengage Learning
- Nurjanah, S., Hamid, A. Y. S. & Wardani, I. Y (2013). Manajemen Kasus Spesialis Keperawatan Jiwa pada Klien Resiko Bunuh Diri dengan Pendekatan Teori *Chronic Sorrow* di Ruang Utari Rumah Sakit Marzoeke Mahdi Bogor Tahun 2013. Naskah ringkas, Tidak di Publikasikan.
- Papalia D.E., Old S.W., & Feldman R.D. (2008). *Human Development (Psikologi Perkembangan) Edisi X*. (Terjemahan oleh A.K Anwar). Edisi X Cetakan 1 Buku 2. Jakarta: Kencana.
- Papalia D.E., Old S.W., & Feldman R.D. (2013). *Human Development (Psikologi Perkembangan) Edisi XII*. (Terjemahan oleh A.K Anwar). Edisi XII Cetakan 1 Buku 2. Jakarta: Kencana.
- Papalia, et. al. (2011) *Human Development*, 10th ed. Salemba humanika: Jakarta

- Rahayu, D. A., & Nurhidayati, T. (2017). Penilaian terhadap Stresor & Sumber Koping Penderita Kanker yang Menjalani Kemoterapi. In *PROSIDING SEMINAR NASIONAL & INTERNASIONAL* (Vol. 1, No. 1).
- Rifany. (2009). *Identitas remaja yang sehat*. 10 Juni 2018. http://penulismuda.com/index.php?option=com_content&task=view&id=812&Itemid=42
- Saam, Z., & Wahyuni, S. (2012). Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Said, H.H., dkk. (2010). *Pengembangan Pendidikan Budaya Dan Karakter Bangsa*. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Pusat Kurikulum
- Santrock, J.W. (2011). *Life Span Development, Edisi Ketigabelas*. Jakarta: Erlangga. Kementrian Pendidikan Nasional.
- Santrock, J.W. (2012). *Adolescence* 14th ed. North America: McGraw-Hill.
- Santrock, J. W. (2012). *Life-Span Development (Perkembangan Masa Hidup)* ed. 13. USA : McGraw-Hill Humanities
- Sarwono, S.W. (2011). *Psikologi remaja*. Edisi 14. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada
- Sitepu, A. (2009). Dampak Lokalisasi Prostitusi Terhadap Perilaku Remaja Di Sekitarnya. Tidak dipublikasikan
- Smith, D. G., Xiao, L., & Bechara, A. (2012). Decision making in children and adolescents: Impaired iowa gambling task performance in early adolescence. *Developmental Psychology*, 48(4), 1180-1187. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0026342>
- Soetjiningsih. (2010). *Buku Ajar Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta : Sagung Seto.
- Sprinthall & Collins. (1995). *Adolescence psychologi*. New York: Mc Graw Hill, INC
- Stuart, G.W. (2013). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa, Buku 2 Edisi Indonesia*. Elsevier: Singapore.
- Stuart, G.W., & Laraia M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing, (8th ed)*, St. Louis: Mosby.
- Stuart, G.W & Laraia, M.T (2009). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (8th edition). St Louis: Mosby
- Stuart, G.W & Laraia, M.T (2009). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (8th edition). St Louis: Mosby

- Tomey, M & Alligood (2006). *Nursing Theorist and Their Work*. 6th edition. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Townsend & Mary (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (6th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Ucup. (2015). Pertumbuhan Remaja Indonesia 25 Persen dari Jumlah Penduduk. Diakses dari <http://bareskrim.com/2015/05/21/pertumbuhan-remaja-indonesia-25-persen-dari-jumlah-penduduk/>. Tanggal 26 Mei 2018. 13.55WIB
- Varcarolis E. M, Carson, V.B., & Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of psychiatric mental health nursing 5th ed*. St. Louis Missouri: Saunders Elsevier
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- WHO (2001). *Adolescence mental health promotion trainer's guide on enhancement of self-confidence*. New Delhi: Health and Behaviour Unit Departement of Sustainable Development and Healthy Environments, World Health Organization Regional Office for South-East Asia
- Wood, D. (2009). *Group therapy for adolescents: clinical paper*. March 15, 2010. http://www.mental-health-matters.com/index.php?option=com_content&view
- Yanti, A., & Rahmalia, H. D. Hubungan Pola Asuh Orangtua dengan Status Identitas Diri Remaja. *Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau*, 2(2), 899-907.
- Yusuf, H.S. (2010). *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja* Cetakan 18. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Yusuf, H.S. (2017). *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Zelaskowski. (2009). *Adolescence mental health promotion trainer's guide on enhancement of self-confidence*. New Delhi:
- _____. (2009). *Naskah Undang-undang Republik Indonesia No.36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Diakses tanggal 18 April 2018. http://binfar.depkes.go.id/dat/lama/1303887905_UU%2036-2009%20Kesehatan.pdf.
- _____. (2014). *Naskah Undang-undang Republik Indonesia No 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa*. Diakses tanggal 18 April 2018.

<http://yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/UU%20No.%2018%20Th%202014%20ttg%20Kesehatan%20Jiwa.p>

_____. (2015). Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035. Jakarta: Badan Pusat Statistik=[article&id=99:group-therapy-for-adolescents-clinical-paper&catid=43:parenting&Itemid=1652](#)

LAMPIRAN

Lampiran 1 Laporan Keuangan

NO	HONOR KEGIATAN	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Honorarium Asisten Penelitian 1	3	Bulan	Rp 500.000,00	Rp 1.500.000,00
2	Honorarium Asisten Penelitian 2	3	Bulan	Rp 500.000,00	Rp 1.500.000,00
3	Honorarium Pembantu Lapangan	1	Orang	Rp 500.000,00	Rp 500.000,00
Sub Total					Rp 3.500.000,00
NO	BELANJA BAHAN HABIS	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Kertas HVS	5	Rim	Rp 52.900,00	Rp 264.500,00
2	Tinta Printer Brother CMYK	4	Botol	Rp 132.500,00	Rp 530.000,00
3	Data Kuota Internet (Pulsa 100 ribu)	6	Orang	Rp 101.000,00	Rp 606.000,00
4	Konsumsi Asisten Penelitian	2	Orang	Rp 90.000,00	Rp 180.000,00
5	Bolpoin	6	Box	Rp 16.050,00	Rp 96.300,00
6	Bolpoin tebal	2	Buah	Rp 26.500,00	Rp 53.000,00
7	Map Coklat	5	Lusin	Rp 32.000,00	Rp 29.000,00
8	Map L Transparan	5	Lusin	Rp 27.500,00	Rp 137.500,00
9	Map Kancing tebal	10	Buah	Rp 12.300,00	Rp 123.000,00
10	Boxfile	6	Buah	Rp 18.900,00	Rp 113.400,00
11	Lem	3	Buah	Rp 7.800,00	Rp 23.400,00
12	Souvenir Responden (Mainan Edukatif)	4	Buah	Rp 250.000,00	Rp 1.000.000,00
13	Pembelian Konsumsi Rapat Koordinasi	4	Bulan	Rp 275.000,00	Rp 1.100.000,00
14	Pembelian Konsumsi Responden	4	Kotak	Rp 55.000,00	Rp 220.000,00
15	Parsel Buah	6	Buah	Rp 225.000,00	Rp 1.350.000,00
16	Penggandaan Pedoman Wawancara	20	Eksemplar	Rp 5.100,00	Rp 102.000,00
17	Penggandaan Penjelasan penelitian	20	Eksemplar	Rp 3.200,00	Rp 64.000,00
18	X-Banner Edukasi Ruangan	4	Buah	Rp 87.000,00	Rp 348.000,00
19	Absensi Kegiatan Penelitian	1	Paket	Rp 32.750,00	Rp 32.750,00
20	Voice recorder	3	Buah	Rp 85.000,00	Rp 255.000,00

21	Software Nvivo	1	Paket	Rp 450.000,00	Rp 450.000,00
22	Penggandaan Laporan	8	Eksemplar	Rp 47.000,00	Rp 376.000,00
Sub Total					Rp 7.953.850,00
NO	Lain-lain	VOLUME	SATUAN	JUMLAH	TOTAL
1	Perjalanan Perijinan Penelitian	4	Kali	Rp 50.000,00	Rp 200.000,00
2	Perjalanan Melakukan Penelitian	10	Kali	Rp 50.000,00	Rp 500.000,00
3	Publikasi Jurnal	1	Kali	Rp 1.650.000,00	Rp 1.650.000,00
4	Profread	1	Paket	Rp 796.150,00	Rp 796.150,00
5	Etik Penelitian	1	Paket	Rp 300.000,00	Rp 300.000,00
Sub Total					Rp 3.446.150,00
TOTAL PENGELUARAN					Rp 14.400.000,00

Lampiran 2 Jadwal Pelaksanaan Penelitian

No	Kegiatan	Bulan Desember - Juni					
		1	2	3	4	5	6
1	Mengadakan pertemuan awal antara ketua dan Asisten Penelitian	■					
2	Menetapkan rencana jadwal kerja dan Menetapkan pembagian kerja	■					
3	Menetapkan desain penelitian dan Menentukan instrument penelitian	■					
4	Pengurusan Etik Penelitian		■				
5	Mengurus perijinan penelitian dan persiapan awal penelitian			■			
6	Mempersiapkan dan menyediakan bahan dan peralatan penelitian			■			
7	Melaksanakan penelitian dan pengambilan data penelitian			■			
8	Menyusun dan mengisi format tabulasi dan membahas data hasil penelitian				■		
9	Melakukan analisis data dan menyusun hasil penelitian serta membuat kesimpulan				■		
10	Menyusun Manuskrip hasil penelitian				■	■	
11	Menyusun laporan penelitian dan laporan keuangan					■	■