

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hubungan romantis yang ideal dapat menjadi sumber kebahagiaan, dukungan, dan perkembangan individu. Namun, tidak semua hubungan memenuhi harapan tersebut. Sebagian individu terjebak dalam hubungan dimana salah satu pihak merasa tidak didukung, direndahkan, diremehkan, diserang sehingga menyebabkan perasaan tertekan, terancam kemudian terpaksa. Ini sering dikenal dengan *toxic relationship* yang merupakan jenis hubungan antar individu yang ditandai dengan pola perilaku yang merusak secara emosional, psikologis, dan fisik dari salah satu atau kedua belah pihak. Jenis hubungan tersebut memiliki potensi besar membuat korban menjadi tidak produktif, menyebabkan gangguan mental dan memicu terjadinya reaksi emosional ekstrim yang berisiko menyebabkan tindak kekerasan (Sahabang et al., 2023).

Toxic relationship sering kali terjadi dalam hubungan berpacaran, khususnya di kalangan remaja dimana pada usia ini remaja berlomba-lomba untuk memiliki pasangan atau pacar. Pada masa remaja, individu sedang dalam tahap pencarian jati diri dan belajar mengenali dinamika hubungan interpersonal. Minat dalam hubungan berpacaran lebih menonjol pada remaja akhir dibandingkan remaja awal. Remaja akhir cenderung menjalin hubungan berpacaran dengan lebih serius dibandingkan dengan remaja awal, serta memiliki ikatan emosional yang lebih kuat dan stabil seperti pada fase dewasa (Salsabila & Chaerani, 2021). Namun, kurangnya pengalaman dan pemahaman tentang hubungan yang sehat sering kali membuat remaja rentan terjebak dalam hubungan berpacaran yang *toxic*.

Toxic relationship di usia remaja dapat menjadi risiko serius karena pada umumnya remaja belum memiliki kemampuan untuk mengendalikan emosi mereka. Pelampiasan emosi atau perasaan yang tidak terkendali dapat menyebabkan stres atau depresi dan akan melakukan perilaku negatif karena tidak mampu dalam mengelola stress (Putri & Kurniawan, 2023). Laki-laki maupun perempuan memiliki kemungkinan untuk menjadi korban *toxic relationship*. Meski begitu, beberapa kasus yang pernah terjadi menunjukkan bahwa perempuan memiliki kemungkinan yang lebih besar menjadi korban *toxic relationship*. Rini (2022) mengatakan bahwa tidak banyak laki-laki yang akan mengakui bahwa mereka adalah korban *toxic relationship*. Ini terjadi dari stigma yang melekat pada laki-laki, karena laki-laki khawatir akan dilihat sebagai pengecut dan lemah. Hal ini sejalan dengan penelitian Ferawati dan Gusnita (2024) menyimpulkan bahwa laki-laki yang menjadi korban *toxic relationship* menghadapi berbagai *labelling* atau penilaian yang melibatkan stereotip gender memperkuat gagasan bahwa laki-laki memiliki kekuatan, ketahanan, dan kemampuan untuk mengatasi situasi tanpa meminta bantuan dari orang lain sehingga mempengaruhi persepsi mereka tentang diri sendiri serta pengalaman mereka.

Remaja yang mengalami *toxic relationship* sering kali menghadapi berbagai tantangan dalam mengatasi konflik yang muncul. Setiap individu memiliki pendekatan dalam menangani konflik atau masalah yang mereka hadapi. Tidak

sedikit individu yang menghadapi konflik dengan kekerasan. Hal ini dibuktikan dengan tingginya angka kekerasan dari tahun ke tahun. Secara umum, kekerasan yang terjadi meliputi kekerasan fisik, kekerasan psikologis, dan kekerasan seksual. Selain itu, terdapat juga bentuk-bentuk kekerasan lain seperti pembatasan aktivitas dan kekerasan ekonomi (Rini, 2022).

World Health Organization (WHO) (2024) menyatakan satu dari tiga wanita di seluruh dunia atau sekitar 736 juta jiwa mengalami kekerasan fisik atau seksual oleh pasangan intim dalam hidupnya. Prevalensi kekerasan oleh pasangan intim sepanjang hidup menunjukkan variasi antar wilayah, dengan estimasi berkisar dari 20% di wilayah Pasifik Barat, 22% di negara-negara berpendapatan tinggi dan Eropa, hingga 25% di Kawasan Amerika. Angka tersebut meningkat menjadi 31% di Kawasan Mediterania Timur, serta mencapai 33% di kawasan Afrika dan Asia Tenggara. Data dari *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS)*, sekitar 41% perempuan dan 26% laki-laki mengalami kekerasan seksual, kekerasan fisik, atau penguntitan serta lebih dari 61 juta wanita dan 53 juta pria pernah mengalami agresi psikologis dari pasangan intim. Data tersebut menunjukkan bahwa secara global, lebih dari seperempat pernah mengalami kekerasan (CDC, 2024).

Berdasarkan data dari Catatan Tahunan Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (KOMNAS Perempuan) di Indonesia pada tahun 2024 tercatat Kekerasan dalam Pacaran (KDP) sebanyak 407 kasus dengan bentuk kekerasan yang terjadi yaitu kekerasan psikis, fisik, seksual, dan ekonomi. Korban kekerasan terbanyak berusia 18-24 tahun dengan latar belakang SMA dan perguruan tinggi. Data Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana (DP3A Dalduk KB) Sulawesi Selatan tahun 2024 tercatat korban kekerasan terhadap perempuan sebanyak 1.606 kasus dengan jenis kekerasan fisik sebanyak 616 kasus, kekerasan psikis 535 kasus, dan kekerasan seksual sebesar 556 kasus. Korban kekerasan terbanyak berusia 13-17 tahun dengan jumlah 613 kasus dan berdasarkan klasifikasi Kekerasan dalam Pacaran (KDP) sebanyak 423 kasus. Data Dinas Perlindungan Perempuan Anak Kota Makassar pada tahun 2024 tercatat kekerasan fisik sebanyak 175 kasus, kekerasan psikis sebanyak 61 kasus, dan kekerasan seksual sebanyak 179 kasus dengan korban kekerasan terbanyak usia 13-17 tahun sebanyak 237 kasus.

Toxic relationship sering kali juga disebut dengan kekerasan dalam pacaran. Persepsi remaja terkait *toxic relationship* meliputi hubungan kekerasan fisik, memiliki perasaan tertekan, memiliki rasa takut berkepanjangan, rassa tidak nyaman dan kekerasan seksual. Dampak dari kekerasan dalam pacaran terhadap kesehatan remaja meliputi kesehatan fisik (lebam, memar, luka, lecet, ginekologi dan patah tulang) dan kesehatan mental (stres dan kecemasan, depresi, trauma, memiliki waktu yang sangat sulit berkonsentrasi, menunjukkan perilaku bunuh diri, memiliki masalah tidur dan merasa harga diri yang rendah) (Safitri & Sama'i, 2023). Terjadinya kekerasan dalam hubungan tentunya dapat membawa dampak buruk kepada korban yang mengalaminya, baik terhadap kesehatan fisik maupun kesehatan mental. Penelitian Piolanti et al. (2023) menunjukkan bahwa kekerasan

dalam pacaran memiliki hubungan signifikan dan jangka panjang dengan berbagai hasil negatif, termasuk peningkatan gejala depresi dan risiko bunuh diri di kalangan remaja. Hal ini sejalan dengan penelitian Ferdy et al. (2021) menyatakan bahwa remaja korban kekerasan dalam pacaran menderita depresi seperti adanya rasa bersalah, takut dan pesimis dalam menghadapi masa depan, tidak nafsu makan dan masalah kesehatan fisik.

Kekerasan dalam pacaran merupakan bentuk perilaku merugikan yang terjadi dalam hubungan berpacaran. Hubungan yang seharusnya menjadi sumber dukungan dan kebahagiaan dapat berubah menjadi sumber stres bagi individu. Sumber stres ini sering kali berasal dari berbagai bentuk kekerasan, baik fisik, emosional maupun psikologis yang dialami korban. Penilaian terhadap situasi kekerasan dalam pacaran sangat penting dalam memahami dampaknya terhadap kesehatan mental. Menurut teori stres yang dikembangkan Lazarus dan Folkman (1984), individu melakukan penilaian kognitif terhadap situasi yang mereka hadapi. Pada kekerasan dalam pacaran, korban menilai hubungan tersebut sebagai ancaman terhadap kesejahteraan emosional dan fisik mereka. Penilaian ini bersifat subjektif, dimana satu individu mungkin merasa terjebak dan tidak berdaya, sementara yang lain melihat peluang untuk keluar dari situasi tersebut. Stres yang dihasilkan dari kekerasan dalam pacaran dapat menyebabkan distres yaitu keadaan ketidaknyamanan emosional yang berkepanjangan. Distres ini dapat muncul dalam berbagai bentuk, seperti kecemasan, depresi, dan gangguan tidur. Korban sering kali mengalami perasaan cemas yang berlebihan, ketakutan atau kekerasan yang lebih lanjut, serta rasa malu atau stigma yang terkait dengan pengalaman mereka. Hal ini dapat mengganggu fungsi sehari-hari dan mengurangi kualitas hidup secara keseluruhan. Dampak dari stres dan distres yang berkepanjangan dapat berkontribusi pada penurunan kesehatan mental.

Kesehatan mental merupakan isu yang semakin mendapat perhatian secara global. Satu dari tujuh (14%) anak usia 10-19 tahun akan mengalami masalah kesehatan mental (WHO, 2024). Di Indonesia, data Survei Indonesia National Adolescent Mental Health Survei (I-NAMHS) tahun 2022 tercatat 2,45 juta (5,5%) remaja usia 10-17 tahun mengalami gangguan mental. Hasil survei I-NAMHS menunjukkan gangguan cemas yang dialami remaja (3,7%), diikuti gangguan depresi (1%), gangguan perilaku (0,9%), *Post-Traumatic Stress Disorder* atau PTSD (0,5%) dan *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* atau ADHD (0,5%). Hasil penelitian Kaligis et al. (2021) menyatakan bahwa sebanyak 95,4% pernah mengalami gejala kecemasan dan 88% pernah mengalami gejala depresi dalam menghadapi permasalahan pada remaja usia 16-24 tahun di Indonesia. Prevalensi yang tinggi dan dampak besar pada kualitas hidup penderita menjadikan gangguan mental sebagai isu penting yang perlu ditangani dengan serius (Florensa et al., 2023).

Kesehatan mental merupakan keadaan kesejahteraan dimana individu menyadari potensi dirinya sendiri, dapat mengatasi tekanan hidup yang normal, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya. Kesehatan mental tidak hanya berarti tidak adanya gangguan mental, tetapi juga mencakup kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial.

Menurut Keyes (2002), terdapat tiga komponen atau aspek kesehatan mental yang positif yaitu a) Kesejahteraan emosional, yang mencakup kemampuan individu untuk mengelola emosi secara positif dan seimbang; b) Kesejahteraan Psikologis, yang mencakup evaluasi positif terhadap diri sendiri, pengembangan potensi individu, dan pencapaian tujuan hidup yang bermakna. Ini melibatkan memiliki rasa percaya diri yang sehat, otonomi pribadi, kemampuan untuk mengatasi kesulitan dan kebermaknaan dalam kehidupan; c) Kesejahteraan sosial, mencakup kemampuan untuk membentuk hubungan yang sehat, merasa terhubung dengan orang lain dan mendukung serta menerima dukungan dari lingkungan sosial.

Remaja yang terjebak dalam hubungan dengan kekerasan sering mengalami penurunan dalam kesehatan mental, termasuk aspek kesejahteraan emosional, psikologis dan sosial. Kesehatan mental melibatkan kesejahteraan di mana mampu menyadari potensi mereka, mengatasi tekanan hidup yang normal, bekerja secara produktif, dan memberikan kontribusi pada komunitas mereka. Namun, bagi remaja yang terjebak dalam hubungan dengan kekerasan, mencapai tingkat kesehatan mental yang optimal menjadi sangat sulit (WHO, 2022).

Kondisi emosional remaja korban kekerasan dalam pacaran sering kali terganggu oleh perasaan depresi, kecemasan, dan perubahan suasana hati yang ekstrem. Kekerasan dalam pacaran melibatkan perilaku berbahaya oleh salah satu atau kedua pasangan, yang menyebabkan kerugian emosional seperti kritik, meremehkan, manipulasi, kontrol yang berlebihan, kecemburuan, dan pelecehan fisik atau verbal. Perilaku berbahaya dalam kekerasan dalam pacaran ini dapat menyebabkan tekanan emosional yang mengakibatkan masalah kesehatan mental seperti kecemasan, depresi dan rendahnya harga diri. Penelitian Forth et al. (2022) mengatakan bahwa para korban melaporkan berbagai pengalaman pelecehan dan berbagai gejala negatif yang melibatkan konsekuensi emosional, biologis, perilaku, kognitif dan interpersonal. Tingkat keparahan kekerasan dalam pacaran dan koping maladaptif berhubungan signifikan dengan PTSD dan depresi, sedangkan koping adaptif hanya berhubungan dengan penurunan depresi. Sementara itu, hasil penelitian Zulfiana et al. (2023) mengatakan remaja yang terlibat dalam *toxic relationship* dapat merasakan tekanan emosional yang signifikan, kehilangan rasa percaya diri dan bahkan mengalami perasaan putus asa yang dapat berujung pada tindakan bunuh diri.

Kondisi psikologis korban kekerasan dalam pacaran juga terganggu, dengan banyak yang menghadapi *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) akibat kekerasan emosional atau fisik yang mereka alami. Korban *toxic relationship* yang sering mengalami perlakuan kekerasan verbal seperti penghinaan, manipulasi, mengontrol atau merendahkan korban secara emosional berdampak pada aspek kognitif mencakup distorsi kognitif seperti perasaan tidak berharga dan bersalah. Perasaan bersalah dan merasa tidak bahagia dan menderita yang dirasakan oleh korban juga akan mempengaruhi pada penerimaan diri (*self-acceptance*). Korban merasa bahwa mereka tidak pantas mendapatkan perlakuan yang baik atau tidak mampu untuk memperbaiki hubungan serta mengalami kesulitan dalam membuat keputusan dan merasa bingung atau bimbang tentang realitas hubungan mereka.

Fenomena kekerasan dalam sebuah hubungan adalah salah satu masalah yang dapat menyebabkan penerimaan diri korban menjadi rendah (Nihaya et al., 2022).

Dampak dari hubungan toxic yang dialami oleh seseorang akan berpengaruh pada kelangsungan hubungan itu sendiri diantaranya, sebagian pasangan akan mencoba untuk mengakhiri atau memutuskan hubungan, ada yang lebih memilih untuk bertahan dengan sebuah alasan, bahkan ada yang mengalami trauma untuk menjalin hubungan kembali dengan orang lain, atau bahkan ada juga yang sulit untuk membangun relasi dikarenakan dampak fisik dan psikologis yang muncul terutama pada remaja ini (Lestari et al., 2024).

Kekerasan dalam pacaran juga dapat mempengaruhi kesejahteraan sosial dan emosional seseorang. Korban dari kekerasan dalam pacaran mengalami kesulitan dalam membina dan mengembangkan diri, terutama dalam hal interaksi sosial dan adaptasi lingkungan. Merasa terisolasi dan terputus dari sistem pendukungnya, baik karena merasa malu dan takut untuk membicarakan masalahnya kepada orang lain. Hal ini dapat mengakibatkan penurunan dukungan sosial, yang semakin memperparah kondisi mental dan emosional korban. Menurut Ryff dalam Yunanto dan Kenward (2024), individu memiliki hubungan positif yang rendah dengan orang lain dapat menimbulkan rasa frustrasi dan membuat terancam terisolasi dalam hubungan interpersonal.

Oleh karena itu, sebagai akibat dari banyaknya kasus yang timbul akibat kekerasan dalam pacaran banyak remaja yang mengalami gangguan kesehatan mental dan psikologis. Semakin lama berada dalam suatu hubungan yang toxic maka akan semakin besar kemungkinan seseorang akan mengalami stres, depresi dan gangguan kecemasan. Sehingga hubungan yang mengalami kekerasan merupakan suatu hubungan yang sangat merugikan (Puteri et al., 2022). Kekerasan dalam pacaran memiliki dampak negatif pada aspek sosial, kesehatan mental (kondisi yang mempengaruhi pikiran, perasaan, dan suasana hati seseorang) dan fisik yang dapat menghambat interaksi sosial dalam masyarakat dan menyebabkan stres, ketegangan serta keseimbangan emosional yang berkepanjangan di antara individu terlibat (Priscilia et al., 2023).

Peneliti melakukan survei awal secara daring kepada remaja usia 18-24 tahun di Kota Makassar (n=21). Hasil survei tersebut menunjukkan sekitar 52,4% responden pernah mengalami kekerasan dalam pacaran. Bentuk-bentuk kekerasan yang dialami responden berupa kekerasan fisik (dipukul), kekerasan emosional (menghina, merendahkan untuk mengontrol, diselingkuhi, dibohongi, dibentak), kekerasan psikologis (merasa tidak mendapatkan keadilan, tertekan) dan kekerasan ekonomi. Aspek yang berpengaruh bagi kesehatan mental yang dirasakan para korban yakni berdampak pada kondisi emosional dan psikologis seperti perasaan galau, stres, cemas, tertekan, malu, pikiran kacau yang menyebabkan sulit fokus atau konsentrasi, dan harga diri yang rendah. Berdasarkan beberapa hal tersebut, maka peneliti mengkaji lebih mendalam informasi tentang kesehatan mental remaja akhir korban kekerasan dalam pacaran yang ada di Kota Makassar.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka rumusan masalah penelitian ini yaitu “bagaimana kondisi kesehatan mental remaja korban kekerasan dalam berpacaran di Kota Makassar?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mendapatkan informasi mendalam tentang kesehatan mental remaja korban kekerasan dalam berpacaran di Kota Makassar.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini diantaranya:

- a. Mengidentifikasi informasi tentang bentuk-bentuk kekerasan dalam pacaran yang dialami remaja korban kekerasan dalam berpacaran di Kota Makassar.
- b. Mendeskripsikan informasi tentang kondisi distres yang dialami remaja korban kekerasan dalam berpacaran di Kota Makassar.
- c. Mendeskripsikan informasi tentang kesehatan mental berdasarkan kondisi emosional remaja korban kekerasan dalam berpacaran di Kota Makassar.
- d. Mendeskripsikan informasi tentang kesehatan mental berdasarkan kondisi psikologis remaja korban kekerasan dalam berpacaran di Kota Makassar.
- e. Mendeskripsikan informasi kesehatan mental berdasarkan kondisi sosial remaja korban kekerasan dalam berpacaran di Kota Makassar.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Ilmiah

Penelitian ini menjadi referensi terkait data atau informasi serta memperkaya ilmu pengetahuan khususnya di bidang kesehatan masyarakat serta dapat menjadi acuan atau referensi untuk penelitian selanjutnya terkait kesehatan mental remaja akhir korban kekerasan dalam pacaran.

1.4.2 Manfaat Institusi

Penelitian ini dijadikan saran untuk meningkatkan pengetahuan dan wawasan peneliti mengenai kesehatan mental pada korban kekerasan dalam pacaran dan sebagai kesempatan bagi peneliti untuk menerapkan ilmu yang diperoleh selama pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

1.4.3 Manfaat bagi Korban Kekerasan dalam Pacaran

Hasil penelitian ini mampu memberikan informasi atau pemahaman yang lebih baik tentang tantangan kesehatan mental yang dihadapi oleh remaja akhir dan dapat membantu membangun keterampilan coping dan meningkatkan kesejahteraan mental setelah keluar dari *toxic relationship*.

1.5 Tinjauan Umum

1.5.1 Tinjauan Umum tentang Kesehatan Mental

A. Sejarah Perkembangan Kesehatan Mental

Gangguan mental telah dikenal sejak zaman kuno. Dalam kepercayaan animisme, diyakini bahwa kehidupan manusia senantiasa berada di bawah pengaruh roh-roh atau dewa. Dalam konteks peradaban Yunani kuno, gangguan mental dipandang sebagai akibat dari kemarahan para dewa terhadap individu tertentu, yang berdampak pada kondisi kejiwaannya. Selain itu, masyarakat saat itu juga mempercayai bahwa gangguan mental dapat disebabkan oleh masuknya roh asing ke dalam tubuh seseorang, yang kemudian mengacaukan keseimbangan jiwa individu tersebut (Fakhriyani, 2019).

Pada zaman Hippocrates (460-367 SM), terjadi pergeseran signifikan dari kepercayaan animisme dalam praktik pengobatan, termasuk penanganan gangguan kejiwaan. Hippocrates dan para pengikutnya memperkenalkan pendekatan naturalisme, sebuah pandangan revolusioner yang menyatakan bahwa gangguan fisik dan mental bersumber dari faktor alamiah, bukan entitas supernatural seperti roh, dewa, setan, atau hantu. Namun, adopsi pendekatan naturalistik ini tidak berlanjut dalam perkembangan pengobatan di kalangan Kristen selanjutnya. Berabad-abad kemudian, Philippe Pinel (1745-1825), seorang dokter Prancis, memperkenalkan filosofi politik dan sosial baru untuk mengatasi masalah gangguan mental. Pada masa itu, pasien dengan gangguan mental seringkali diperlakukan secara tidak manusiawi, dengan pembatasan fisik berupa rantai selama bertahun-tahun, bahkan hingga dua dekade atau lebih. Tindakan ini didasari anggapan bahwa pasien tersebut berbahaya bagi diri sendiri maupun orang lain jika dibiarkan bebas. Meskipun demikian, metode pelepasan rantai yang diinisiasi Pinel justru menunjukkan hasil positif; banyak pasien mengalami perbaikan kondisi dan tidak lagi menunjukkan kecenderungan untuk melukai diri sendiri atau orang lain.

Benjamin Rush (1745-1813) merupakan sosok penting dalam reformasi perawatan individu dengan gangguan mental, yang pada masanya sering disebut "lunatics". Rush memperkenalkan pendekatan yang lebih humanis dalam pengobatan, mendorong 24 pasiennya untuk berpartisipasi dalam pekerjaan, rekreasi, dan berbagai aktivitas lain guna mencapai kehidupan sehari-hari yang lebih aktif. Perkembangan ini menandai evolusi signifikan dalam bidang psikologi abnormal dan psikiatri, yang kemudian berkontribusi pada munculnya konsep Kesehatan Mental sebagai disiplin ilmu dan berbagai gerakan terorganisir. Gagasan dan inspirasi dari tokoh-tokoh seperti Dorothea Lynde Dix dan Clifford Whittingham Beers turut memengaruhi pembentukan konsep kesehatan mental. Secara khusus, awal mula gerakan mental hygiene di Amerika Serikat sering dikaitkan dengan karya Clifford W. Beers pada tahun 1908 (Dahlia et al., 2021).

B. Pengertian Kesehatan Mental

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2004 kesehatan didefinisikan sebagai "keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh, dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan." Definisi ini menunjukkan bahwa sejak awal, WHO telah mengintegrasikan konsep kesejahteraan secara menyeluruh ke dalam pengertian kesehatannya. Kesehatan mental dianggap sebagai komponen intrinsik dari kesehatan secara keseluruhan, yang sangat terkait dengan kesehatan fisik dan perilaku. Kesehatan mental diartikan sebagai kondisi di mana individu mampu menyadari potensinya, dapat mengatasi tekanan hidup sehari-hari, mampu bekerja secara produktif dan bermanfaat, serta berkontribusi positif bagi komunitasnya.

American Psychological Association (APA) mendefinisikan kesehatan mental sebagai kondisi pikiran yang ditandai oleh beberapa aspek penting. Ini mencakup kesejahteraan emosional, kemampuan untuk menunjukkan penyesuaian perilaku yang baik, serta relatif terbebas dari kecemasan dan gejala-gejala yang melumpuhkan. Selain itu, kesehatan mental juga meliputi kapasitas individu dalam membangun hubungan yang konstruktif dan mengatasi berbagai tuntutan serta tekanan kehidupan sehari-hari.

Kesehatan mental memiliki kaitan erat dengan beberapa aspek fundamental kehidupan seseorang: Pertama, kesehatan mental memengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, dan menjalani aktivitas sehari-hari. Ini mencakup bagaimana individu memproses informasi, mengelola emosi, dan berinteraksi dengan lingkungan. Kedua, kesehatan mental membentuk persepsi seseorang terhadap diri sendiri dan orang lain. Bagaimana individu melihat harga diri mereka, memahami niat orang lain, dan membangun hubungan interpersonal sangat dipengaruhi oleh kondisi mentalnya. Ketiga, kesehatan mental berperan krusial dalam kemampuan seseorang untuk mengevaluasi berbagai alternatif solusi dan mengambil keputusan terhadap situasi yang dihadapi. Ini termasuk kemampuan untuk menganalisis masalah, mempertimbangkan konsekuensi, dan membuat pilihan yang efektif (Fakhriyani, 2019).

Menurut Galdaresi, et al. (2015) mendefinisikan kesehatan mental sebagai kondisi keseimbangan internal yang dinamis. Keseimbangan ini memungkinkan individu untuk memanfaatkan kemampuannya agar selaras dengan nilai-nilai universal masyarakat. Untuk mencapai keseimbangan internal tersebut, beberapa komponen penting berperan, di antaranya: Keterampilan kognitif dan sosial dasar: Kemampuan berpikir dan berinteraksi secara efektif; Pengelolaan emosi: Kemampuan untuk mengenali, mengekspresikan, dan memodulasi emosi diri sendiri, serta berempati dengan orang lain; Fleksibilitas dan resiliensi: Kapasitas untuk mengatasi peristiwa buruk dalam hidup dan tetap berfungsi dalam peran sosial; Harmoni tubuh dan pikiran: Hubungan yang seimbang antara

kondisi fisik dan mental. Semua komponen ini berkontribusi, pada tingkat yang berbeda-beda, terhadap terbentuknya keadaan keseimbangan internal yang merupakan esensi dari kesehatan mental.

Keyes mengemukakan bahwa kesehatan mental dapat dioperasionisasikan sebagai suatu sindrom yang terdiri dari kumpulan gejala kesejahteraan subjektif (subjective well-being/SWB). Kesejahteraan subjektif ini merefleksikan persepsi dan evaluasi individu terhadap kehidupannya, mencakup aspek tingkat afektif, fungsi psikologis, dan fungsi sosial. Berdasarkan pemikiran tersebut, Keyes lebih lanjut mengoperasionisasikan kesehatan mental sebagai gabungan sindrom yang mengombinasikan gejala kesejahteraan emosi (emotional well-being) dengan gejala kesejahteraan psikologis dan kesejahteraan sosial (psychological and social well-being) (Aryono, 2021).

C. Dimensi Kesehatan Mental

Berdasarkan dengan definisi Keyes (2002) kesehatan mental terdiri dari tiga aspek utama: kesejahteraan emosional, kesejahteraan psikologis, dan kesejahteraan sosial.

- a. Kesejahteraan emosional adalah sekumpulan gejala yang mencerminkan ada atau tidaknya perasaan positif terhadap kehidupan. Ini berkaitan dengan pengalaman emosi menyenangkan dan kepuasan hidup.
- b. Kesejahteraan psikologis menggambarkan bagaimana individu berfungsi secara positif dalam hidupnya, diukur melalui enam dimensi yang dikembangkan oleh Keyes dan Reff. Individu dianggap sejahtera secara psikologis jika mereka mampu menerima sebagian besar dirinya sendiri, memiliki hubungan yang hangat dan dapat dipercaya dengan orang lain, mampu melihat dirinya sebagai individu yang terus berkembang dan lebih baik, memiliki tujuan hidup yang jelas, mampu mengelola lingkungan untuk memenuhi kebutuhannya, dan mampu menentukan arah hidupnya sendiri.
- c. Kesejahteraan sosial mengacu pada evaluasi individu terhadap keberfungsian dalam lingkup yang lebih luas, yaitu masyarakat dan lingkungan sosialnya. Individu dikatakan berfungsi positif secara sosial ketika mereka merasa masyarakat berarti bagi mereka dan memahami mereka, merasa masyarakat memberikan peluang untuk tumbuh, merasa menjadi bagian dan diterima oleh masyarakat, mampu menerima masyarakat tempat mereka berada, dan mampu memberikan kontribusi terhadap masyarakat.

Berdasarkan definisi *World Health Organization* (WHO) tahun 2022, seseorang dengan mental yang sehat memiliki beberapa karakteristik utama:

- a. Mampu mengendalikan tekanan/stres dengan baik. Ini berarti individu dapat mengelola tantangan dan kesulitan hidup tanpa merasa kewalahan atau mengalami dampak negatif yang parah.
- b. Belajar dan bekerja secara produktif. Seseorang yang sehat mentalnya dapat terlibat dalam proses belajar dan menjalankan pekerjaannya dengan efisien dan efektif.
- c. Mengembangkan bakat dan kemampuan. Individu mampu mengenali dan mengoptimalkan potensi serta keterampilannya.
- d. Berkontribusi untuk komunitas. Mereka tidak hanya fokus pada diri sendiri tetapi juga mampu memberikan sumbangsih positif bagi lingkungan sosialnya.

Menurut Yusuf (2018) individu yang memiliki kesehatan mental yang baik ditandai oleh beberapa karakteristik yang terbagi dalam empat aspek utama:

- a. Aspek Fisik
Secara fisik, individu yang sehat mentalnya menunjukkan perkembangan normal, mampu berfungsi optimal untuk melaksanakan tugas-tugasnya, dan berada dalam kondisi sehat serta tidak mudah sakit.
- b. Aspek Psikologis
Dalam aspek psikologis, karakteristik yang menonjol meliputi:
 - a) Memiliki rasa hormat terhadap diri sendiri dan orang lain.
 - b) Memiliki pemahaman diri (*insight*) dan rasa humor yang baik.
 - c) Menunjukkan respons emosional yang proporsional.
 - d) Mampu berpikir secara realistis dan objektif.
 - e) Bersikap terbuka, kreatif, inovatif, dan fleksibel.
 - f) Merasa bebas untuk memilih, menyatakan pendapat, dan bertindak.
- c. Aspek Sosial
Dari sisi sosial, individu dengan kesehatan mental yang baik dicirikan oleh:
 - a) Memiliki perasaan empati dan kasih sayang terhadap sesama, serta senang menolong mereka yang membutuhkan.
 - b) Mampu berinteraksi dengan orang lain secara sehat, penuh cinta kasih dan persahabatan.
 - c) Bersikap toleran dan menerima orang lain tanpa memandang kelas sosial, tingkat pendidikan, politik, agama, suku, ras, atau warna kulit.
- d. Aspek Moral-Religius yang terdiri dari:
 - a) Beriman kepada Allah swt, dan taat mengamalkan ajaran-Nya,
 - b) Jujur, amanah (dapat dipercaya) dan ikhlas dalam beramal.

D. Kategori Kesehatan Mental

Keyes (2002) mengemukakan bahwa kesehatan mental dapat dipahami sebagai sebuah kontinum, bukan sekadar ada atau tidak

adanya penyakit. Pada ujung positif dari kontinum ini terdapat individu dengan kesehatan mental yang utuh, yang disebut sebagai individu *flourishing* (berkembang). Individu yang *flourishing* dicirikan oleh tingkat kesejahteraan yang tinggi. Mereka menjalani hidup dengan emosi positif yang melimpah dan menunjukkan fungsi psikologis serta sosial yang optimal. Ini berarti mereka tidak hanya bebas dari gangguan mental, tetapi juga aktif mengalami kepuasan hidup dan berfungsi secara produktif dalam berbagai aspek kehidupan.

Dalam konteks spektrum kesehatan mental, individu dapat dikelompokkan berdasarkan tingkat kesejahteraan yang dialami. Kelompok pertama adalah mereka yang cukup sehat mental, yang ditandai dengan tingkat kesejahteraan sedang atau berada pada standar umum. Sebaliknya, individu dengan kesehatan mental yang tidak utuh digambarkan sebagai merana (*languishing*). Mereka memiliki tingkat kesejahteraan yang rendah, sering merasakan kehampaan, dan mengalami stagnasi dalam kehidupan. Di antara kedua kategori ini antara individu yang berkembang (*flourishing*) dengan kesejahteraan tinggi dan individu yang *languishing* terdapat individu yang sehat mental secara moderat (Aryono, 2021).

E. Prinsip-Prinsip Kesehatan Mental

Jaelani (2001) mengemukakan beberapa prinsip dasar yang perlu ditegakkan oleh individu untuk mencapai dan mempertahankan kesehatan mental serta mencegah gangguan kejiwaan diantaranya:

1. Gambaran dan sikap yang baik terhadap diri sendiri
Memiliki pandangan dan sikap yang baik terhadap diri sendiri adalah fondasi utama kesehatan mental. Individu dengan persepsi diri yang positif cenderung memiliki kemampuan adaptasi yang lebih baik terhadap berbagai situasi.
2. Integritas Diri
Prinsip ini melibatkan keseimbangan antara kekuatan mental, konsistensi pandangan, dan kapasitas individu dalam menghadapi serta mengatasi stres.
3. Berkemampuan menerima orang lain, melakukan aktivitas sosial dan menyesuaikan diri dengan lingkungan
Kesehatan mental juga ditunjukkan oleh kesediaan individu untuk menerima, mencintai, menghargai, menjalin persahabatan, dan memperlakukan orang lain dengan baik. Hal ini mencakup kesediaan berkolaborasi dengan masyarakat dan tidak mengisolasi diri dari lingkungan sosial.
4. Berminat dalam tugas dan pekerjaan
Individu yang memiliki minat pada tugas dan pekerjaannya akan merasakan kebahagiaan batin dan mampu mengurangi beban penderitaan. Tanpa minat, seseorang akan sulit merasakan kesenangan dalam kegiatan sehari-hari.

5. Agama, cita-cita dan falsafah hidup
Agama dapat membantu individu mengatasi persoalan yang melampaui batas kemampuan manusia. Cita-cita memberikan semangat dan gairah hidup, sedangkan falsafah hidup membekali individu untuk menghadapi tantangan dengan lebih mudah.
6. Rasa benar dan tanggung jawab
Manusia secara inheren ingin menghindari perasaan bersalah, berdosa, dan kecewa. Oleh karena itu, rasa kebenaran dan tanggung jawab sangat penting dalam membimbing perilaku individu.

F. Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Mental

Kesehatan mental dipengaruhi oleh berbagai faktor. Berdasarkan *World Health Organization* (2024), faktor-faktor yang dapat menyebabkan stres selama masa remaja sebagai berikut:

- a. Kegagalan: Mengalami kegagalan, baik dalam akademik, sosial, maupun bidang lainnya, dapat menjadi sumber stres signifikan bagi remaja.
- b. Tekanan Sosial: Terdapat tekanan kuat untuk menyesuaikan diri dengan teman sebaya, yang bisa memicu stres terkait penerimaan dan identitas diri.
- c. Eksplorasi Identitas: Proses pencarian dan pembentukan identitas diri pada masa remaja sering kali diwarnai ketidakpastian dan konflik batin, yang dapat menimbulkan stres.
- d. Kualitas Hubungan: Dinamika dan kualitas hubungan dalam lingkungan rumah tangga serta dengan teman sebaya turut memengaruhi tingkat stres remaja.
- e. Kekerasan: Paparan terhadap kekerasan, khususnya kekerasan seksual dan perundungan (*bullying*), merupakan faktor risiko serius bagi kesehatan mental remaja.
- f. Pola Asuh Orang Tua yang Keras: Gaya pengasuhan yang otoriter atau keras dari orang tua juga dapat menyebabkan stres dan berdampak negatif pada kesehatan mental remaja.
- g. Masalah Sosial Ekonomi Berat: Kondisi sosial ekonomi yang parah dan menekan secara signifikan merupakan salah satu faktor risiko yang diakui dapat memengaruhi kesehatan mental remaja.

WHO juga mengatakan bahwa beberapa remaja memiliki risiko yang lebih besar terhadap kondisi kesehatan mental yaitu:

- a. Kondisi kehidupan mereka
- b. Stigma
- c. Diskriminasi atau pengucilan, atau
- d. Kurangnya akses terhadap dukungan dan layanan berkualitas (tinggal di lingkungan yang tidak layak dan rapuh)
- e. Remaja dengan penyakit kronis
- f. Gangguan spectrum autism

- g. Disabilitas intelektual, atau kondisi neurologis lainnya
- h. Remaja yang sedang hamil, berada dalam pernikahan dini atau pernikahan paksa
- i. Anak yatim piatu
- j. Remaja dengan latar belakang etnis atau seksual minoritas atau kelompok yang terdiskriminasi lainnya.

Berbeda dengan paparan diatas, Latipun dan Notosoedirdjo (2023) menyebutkan kondisi kesehatan individu dipengaruhi oleh dua kategori faktor utama yaitu faktor internal dan faktor eksternal.

1. Faktor internal

a. Faktor biologis

Dalam kehidupan sehari-hari, manusia tak lepas dari berbagai aspek biologis seperti makan, minum, tidur, belajar, dan bekerja. Meskipun pada mulanya hubungan antara fisik dan jiwa sering dianggap sebagai misteri spiritual yang tak terjangkau ilmu pengetahuan, kemajuan zaman telah memungkinkan pemahaman ilmiah mengenai keterkaitan tersebut. Tak dapat dipungkiri, kesehatan mental sangat dipengaruhi oleh faktor biologis. Beberapa faktor biologis kunci yang berdampak pada kesehatan mental meliputi fungsi dan struktur otak, predisposisi genetik, sistem sensori, serta kondisi ibu selama masa kehamilan.

a) Otak

Otak adalah organ tubuh yang mengatur aktivitas manusia melalui penggunaan sensor motoris. Otak manusia juga berfungsi untuk mengekspresikan seluruh pengalaman hidup seseorang, sehingga kesehatan mental yang baik dapat dihasilkan dari otak yang berfungsi dengan baik. Sebaliknya, gangguan pada fungsi otak dapat berdampak signifikan pada timbulnya masalah kesehatan mental. Pentingnya perlindungan dari berbagai bentuk gangguan selama masa kanak-kanak menjadi faktor krusial dalam membentuk otak yang sehat, yang pada gilirannya mendukung kesehatan mental sepanjang hidup.

b) Sistem Endokrin

Sistem endokrin memiliki peran krusial dalam mengoordinasikan fungsi otak. Sistem ini terdiri dari berbagai kelenjar, seperti tiroid, adrenal, timus, gonad, paratiroid, pankreas, dan pituitari, yang masing-masing menghasilkan senyawa kimiawi berupa hormon. Hormon-hormon ini disebarkan melalui darah ke seluruh tubuh, memengaruhi berbagai proses fisiologis dan mental. Apabila sistem endokrin tidak berfungsi optimal, hal ini dapat berdampak negatif pada kesehatan mental. Gangguan pada sistem ini bisa bermanifestasi dalam bentuk ketidakstabilan emosi,

perilaku agresif, penurunan tingkat kecerdasan, serta peningkatan frekuensi kecemasan.

c) Genetik

Faktor genetik memiliki dampak signifikan terhadap kondisi mental individu. Beberapa gangguan mental, seperti *schizophrenia* dan gangguan bipolar (mania-depresif), diketahui memiliki komponen hereditas, yang berarti dapat diturunkan secara genetik.

d) Sensori

Sistem sensorik berperan sebagai media penerima segala rangsangan dari lingkungan eksternal, meliputi penglihatan, penciuman, perabaan, pendengaran, dan pengecap. Ketika individu mengalami gangguan pada sistem sensorik, kemampuannya untuk menerima informasi dari luar akan terhambat. Gangguan sensorik, seperti kebutaan, bisu, atau tuli, umumnya dapat terjadi sejak lahir. Kondisi-kondisi ini memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan mental seseorang. Hambatan dalam penerimaan informasi sensorik dapat menghambat perkembangan sosial dan emosi, yang pada gilirannya dapat memicu gangguan afeksi. Gangguan afeksi merujuk pada kondisi di mana individu memiliki tingkat kecurigaan yang berlebihan dan tidak berdasar terhadap orang lain.

e) Faktor ibu selama masa kehamilan

Kesehatan fisik dan mental ibu selama masa kehamilan memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan janin dan perkembangan mental anak. Berbagai faktor yang berperan dalam memengaruhi kesehatan mental anak sejak dalam kandungan meliputi: usia ibu saat mengandung, konsumsi obat-obatan dan paparan radiasi, stres dan komplikasi kehamilan/persalinan, konsumsi rokok dan alkohol, serta penyakit dan gizi ibu hamil.

b. Faktor Psikologis

Kondisi psikis individu memiliki keterkaitan erat dengan sistem biologis, dan secara signifikan memengaruhi kesehatan mental. Aspek spiritual dalam diri seseorang, seperti pelaksanaan kewajiban beragama melalui ibadah, juga memiliki hubungan yang kuat dengan kesehatan mental. Adapun faktor-faktor psikis yang dapat berdampak pada kesehatan mental adalah sebagai berikut:

a) Pengalaman Awal

Pengalaman awal, yang merujuk pada rangkaian kejadian yang dialami individu di masa lampau, merupakan faktor krusial yang dapat membentuk dan memengaruhi kondisi mental seseorang di kemudian hari.

b) Proses Pembelajaran

Proses pembelajaran, yang merupakan hasil dari pelatihan dan pengalaman, secara fundamental membentuk perilaku individu. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa perilaku atau kebiasaan seseorang adalah manifestasi dari proses pembelajaran. Manusia memiliki kapasitas bawaan untuk belajar dari lingkungan sekitarnya sejak usia dini. Oleh karena itu, faktor lingkungan memiliki dampak signifikan terhadap perilaku manusia, yang pada gilirannya akan membentuk karakter atau mental seseorang.

c) Kebutuhan

Kebutuhan mencakup kebutuhan secara biologis, rasa aman, kebutuhan harga diri, kebutuhan pengetahuan, kebutuhan keindahan serta kebutuhan untuk dicintai.

2. Faktor Eksternal

Faktor eksternal, khususnya kondisi sosial budaya, memiliki potensi signifikan dalam memengaruhi kesehatan mental individu. Faktor-faktor ini dapat bersifat mendukung atau justru mengganggu kesejahteraan mental seperti lingkungan fisik (polusi, kebisingan, kualitas udara, dan penyinaran), serta bencana alam (kemarau panjang, gempa bumi, tsunami, dan banjir). Selain itu, lingkungan sosial turut membentuk perilaku manusia. Perilaku yang selaras dengan nilai-nilai dan norma setempat cenderung akan diterima oleh komunitas, sementara perilaku yang menyimpang dapat menimbulkan konflik. Penting untuk dicatat bahwa lingkungan sosial juga memiliki dampak substansial terhadap pola sakit dan sehat individu, baik secara fisik maupun mental.

G. Tujuan dan Fungsi Kesehatan Mental

1. Tujuan Kesehatan Mental

Menurut Sundari HS (2005), tujuan utama dari kesehatan mental meliputi::

- a. Mengupayakan agar setiap individu memiliki kemampuan mental yang sehat dan berfungsi secara optimal
- b. Berusaha mencegah munculnya faktor-faktor penyebab gangguan dan penyakit mental sejak dini
- c. Mencegah perkembangan lebih lanjut dari berbagai jenis gangguan dan penyakit mental yang sudah ada
- d. Berupaya mengurangi dampak atau menyembuhkan gangguan dan penyakit mental yang sudah terjadi

Untuk mencapai tujuan-tujuan ini, diperlukan berbagai upaya yang harus dilakukan oleh setiap individu, termasuk usaha pemeliharaan, pencegahan, suportif, dan perbaikan.

2. Fungsi Kesehatan Mental

a. Prevention (Preventif/Pencegahan)

Kesehatan mental berfungsi untuk mencegah timbulnya kesulitan atau gangguan mental, sehingga individu dapat terhindar dari penyakit kejiwaan. Fungsi ini diwujudkan melalui penerapan prinsip-prinsip yang bertujuan mencapai kondisi mental yang sehat. Salah satu cara untuk mencapai hal tersebut adalah dengan menjaga kesehatan fisik dan memenuhi kebutuhan psikologis. Pemenuhan kebutuhan dasar psikologis seperti memperoleh kasih sayang, rasa aman, penghargaan diri, dan aktualisasi diri sangat penting. Dengan terpenuhinya kebutuhan ini secara semestinya, individu akan mampu memaksimalkan potensi yang dimilikinya, yang pada gilirannya mendukung kesehatan mental yang optimal.

Penerapan prinsip-prinsip kesehatan mental di seluruh aspek kehidupan termasuk di rumah, sekolah, tempat kerja, dan lingkungan lainnya, memainkan peran penting dalam membentuk mental yang sehat dan mencegah timbulnya gangguan jiwa. Secara khusus di lingkungan rumah, sikap dan perlakuan hangat dari orang tua, kasih sayang, serta penerimaan dan penghargaan dari individu-individu di sekitar sangat memungkinkan pengembangan hubungan interpersonal yang positif pada setiap anggota keluarga.

b. *Amelioration* (Kuratif/Perbaikan)

Fungsi ini berupaya pada peningkatan kemampuan individu untuk beradaptasi serta pengendalian perilaku dan mekanisme pertahanan diri agar dapat berfungsi optimal.

c. Preservation (Pengembangan)

Fungsi ini bertujuan untuk mengembangkan kepribadian atau mental yang sehat agar individu mampu meminimalisir hambatan dalam perkembangannya. Pengembangan kesehatan mental ini krusial, meskipun prosesnya bervariasi antarindividu. Ada yang dapat mencapai kesehatan mental optimal dengan relatif mudah, sementara yang lain menghadapi berbagai hambatan dalam perkembangannya. Oleh karena itu, setiap individu akan menerapkan fungsi pengembangan kesehatan mental secara berbeda, disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi masing-masing.

Ketika individu mengalami kesulitan dalam mencapai kondisi kesehatan mental yang optimal, hal ini dapat berujung pada sakit mental (*mental illness*). Kondisi ini sering kali ditandai dengan berbagai gejala, seperti kecemasan yang berlebihan, perilaku agresif, sifat mudah tersinggung, adanya gejala psikosomatis, yaitu munculnya keluhan fisik yang bersumber dari

gangguan psikologis, dan ketidakmampuan menghadapi kenyataan secara realistis (Fakhriyani, 2019).

1.5.2 Tinjauan Umum Tentang *Toxic Relationship*

A. Pengertian *Toxic Relationship*

Menurut Dr. Lilian Glass (1995) *Toxic relationship* adalah hubungan dimana orang tidak saling mendukung, ada konflik yang berusaha merusak, tidak ada rasa hormat dan kurangnya kekompakan. Thomas L. Cory mengatakan bahwa *toxic relationship* adalah hubungan ketika salah satu pihaknya merasa tidak nyaman, mengalami kerusakan diri, dan terganggu kesehatan mental.

Toxic relationship berarti gangguan dalam hubungan yang ditandai dengan ketidaksetaraan, situasi yang tidak setara dimana salah satu dari dua pasangan bergantung pada yang lain sehingga menimbulkan mekanisme dominasi dan ketundukan. *Toxic relationship* berarti kekerasan psikologis dan terkadang fisik, yang dapat berujung pada kematian yang tragis (Kanda & Kivania, 2024).

Toxic relationship terdiri dari dua kata, yaitu *toxic* yang artinya racun, dan kata *relationship* yang artinya keterhubungan. Maka *toxic relationship* merupakan hubungan yang merusak dan membunuh antara dua individu atau kelompok, dimana salah satu pihak merasakan tindakan negatif seperti serangan fisik, psikis atau emosional yang berdampak pada kesehatan mental seseorang. *Toxic relationship* juga menciptakan gangguan emosional yang disebabkan oleh ketidaknyamanan terhadap lingkungan, termasuk masalah pribadi, keluarga, ekonomi, sosial, percintaan dan gejolak batin. Meskipun hubungan biasanya mengalami pasang surut, *toxic relationship* secara berkelanjutan menguras energi individu dan berpotensi merusak kesehatan mentalnya (Keny et al., 2023).

B. Tanda-Tanda dalam *Toxic Relationship*

Menurut Murphy & Smith (2010), tanda-tanda dalam hubungan *toxic relationship* yaitu:

1. Diskriminasi Gender
Individu yang mendiskriminasi gender untuk merendahkan pasangan dan cenderung tidak menghargai pendapat lawan jenisnya. Padahal dalam hubungan, komunikasi dua arah adalah hal yang paling utama.
2. Menghina Pasangan
Pasanganmu dengan mudah menghina penampilan, perlakuan, bahkan hasil karya yang kamu buat dengan cara yang tidak pantas. Baik dilakukan secara pribadi atau di depan umum.
3. Kasar secara Verbal
Agresi verbal yang dilakukan pada saat perdebatan sengit seperti memaki

4. Over Protektif dan Pencemburu
Cemburu/posesif yang ditandai dengan pengawasan berlebihan terhadap keberadaan dan aktivitas pasangan
5. Pembatasan Sosial
Pembatasan sosial dengan melarang pasangan keluar rumah dan melakukan kehidupan sosial di luar hubungan.
6. Taktik *Exit-Control*
Taktik *exit-control* dengan melakukan segala cara untuk mempertahankan pasangan dalam hubungan, termasuk mengancam akan membunuh jika pasangan pergi.

Menurut Riani (2021) ada beberapa tanda *toxic relationship* diantaranya yaitu:

1. Selalu dikontrol oleh pasangan
Tanda yang paling terlihat jelas dari *toxic relationship* adalah salah satu pihak selalu mengontrol pihak lainnya. Pasangan akan selalu memaksakan kehendaknya terhadap hidup yang dijalani, apa pun yang dilakukan semuanya berdasarkan perintah atau persetujuannya, walaupun mungkin keinginan tidak sejalan.
2. Sulit untuk menjadi diri sendiri
Karena terlalu sering dikontrol, sehingga tidak dapat menjadi diri sendiri. Selalu bersikap apa yang diinginkan, bahkan untuk sekedar berpendapat saja bisa sampai berpikir berkali-kali karena takut apa yang diucapkan menjadi kesalahan dimatanya.
3. Tidak mendapat dukungan
Hubungan yang sehat adalah hubungan yang selalu memberi dukungan satu sama lain. Namun, pada *toxic relationship* setiap pencapaian yang diperoleh akan dianggap menjadi kompetisi. Alih-alih mendapat dukungan dan apresiasi, hanya mendapatkan perkataan kasar dan kritik tidak membangun yang malah menghambat kesuksesanmu.
4. Selalu dicurigai dan dikekang
Rasa cemburu dalam hubungan antar pasangan sebenarnya merupakan reaksi yang normal sebagai salah satu bentuk kepedulian. Namun, dalam hubungan akan menjadi *toxic* jika rasa cemburu ini berlebihan atau melakukan hal yang ekstrim seperti menyita handphone atau melabrak orang yang ia cemburui.
5. Sering dibohongi
Kejujuran merupakan salah satu pondasi untuk membentuk hubungan yang sehat. Namun, jika pasangan sering berbohong dan menutupi banyak hal, ini merupakan tanda sedang berada dalam *toxic relationship*.
6. Menerima kekerasan fisik
Selain kekerasan verbal, suatu hubungan dikatakan *toxic* jika sudah ada kekerasan fisik di dalamnya. Pasangan yang tidak sehat secara

emosional sering kali akan “main tangan” jika terjadi perselisihan dalam hubungan.

C. Jenis-Jenis *Toxic Relationship*

Menurut Thomas L. Cory (2022), pelaku *toxic relationship* dapat dikelompokkan menjadi 8 (delapan) jenis, yaitu:

1. *Deprecator-Belittler* (Meremehkan): pelaku cenderung meremehkan
2. *Bed Temper* (Temperamen): pelaku ingin mengontrol, pemarah, gampang kehilangan kesabaran dan hobi menyalahkan.
3. *The Guilt-Inducer* (Menciptakan Rasa Bersalah: pelaku gemar mengintimidasi dan mendoktrin agar seseorang merasa bersalah setiap kali melakukan hal yang tidak disukainya.
4. *The Overreactor/Deflector* (Reaktif), pelaku bersikap berlebihan dan membuat seseorang harus terus menjaga perasaannya demi mempertahankan hubungan.
5. *The Over-Dependent Partner* (Bergantung Penuh) pelaku sangat pasif dan bergantung pada seseorang dalam membuat keputusan. Hal ini membuat seseorang harus bertanggung jawab atas hasil keputusan tersebut.
6. *The Independent Toxic Controller* (Pengatur): pelaku mengatur hubungan namun tidak menepati komitmen. Ia akan melarang seseorang untuk membuat rencana sendiri.
7. *The User* (Pengambil Keuntungan): pelaku harus mendapatkan semua yang diinginkannya dan harus menguntungkannya.
8. *The Possessive Toxic Controller* (Paranoid): pelaku akan cemburu berlebihan, curigaan dan mengontrol bahkan berusaha memutus hubungan seseorang dengan lingkaran pertemanan bahkan keluarganya.

D. Bentuk-Bentuk *Toxic Relationship*

Toxic relationship terbagi menjadi dua bentuk yaitu fisik dan emosional. Bentuk *toxic relationship* secara fisik melibatkan tindakan kekerasan langsung yang bertujuan untuk menimbulkan rasa takut, cedera, atau penderitaan fisik serta merusak tubuh. Sementara dalam aspek emosional, *toxic relationship* terjadi ketika seseorang mempermalukan atau menghina pasangannya. Kekerasan emosional tidak hanya terjadi saat seseorang berteriak atau menggunakan nada tinggi, tetapi juga bisa terjadi dengan cara yang lebih halus melalui kata-kata yang menyakitkan. Kekerasan emosional ini muncul ketika seseorang berusaha untuk merusak karakter atau harga diri orang lain (Dafiq et al., 2023).

E. Dampak *Toxic Relationship*

Toxic relationship memberikan dampak yang buruk bagi kehidupan meliputi, dampak psikis, fisik, sosial dan bahkan finansial/ekonomi (Sekarlina & Margaretha, 2013).

1. Dampak secara Psikis

Toxic relationship dapat memberikan dampak berupa distorsi kognitif, kesulitan dalam berkonsentrasi, kecemasan, depresi, serta penurunan motivasi untuk beraktivitas secara produktif.

2. Dampak secara Fisik

Toxic relationship dapat berdampak pada luka ringan hingga berat, bahkan dapat mengakibatkan kematian. *Toxic relationship* yang dialami individu menyebabkan dirinya melakukan tindakan yang menyakiti diri sendiri maupun kekerasan yang ditujukan kepada pasangan secara langsung berbentuk kekerasan fisik

3. Dampak secara Sosial

Toxic relationship juga akan berdampak pada kehidupan sosial individu. Keberadaan perilaku posesif dalam suatu hubungan akan menimbulkan pembatasan dalam interaksi sosial yang lebih luas di lingkungan sekitar. *Toxic relationship* dapat menciptakan ketergantungan pada satu individu atau kelompok tertentu. Akibatnya, individu tersebut, akan merasakan adanya pembatasan dalam ruang gerak yang dapat menghalangi potensi dan peluangnya untuk tumbuh dan berkembang dalam lingkungan yang lebih luas

4. Dampak secara Ekonomi

Toxic relationship dapat menyebabkan peningkatan pengeluaran pada hal-hal yang tidak esensial atau tidak diperlukan. Karena kurangnya kemampuan untuk mengendalikan peran dalam hubungan yang sedang dijalani, seseorang cenderung untuk menuruti segala keinginan pasangannya, termasuk dalam hal pengeluaran materi.

1.5.3 Tinjauan Umum tentang Kekerasan dalam Pacaran

A. Pengertian Kekerasan dalam Pacaran

Menurut *World Health Organizations* (WHO) mendefinisikan kekerasan merupakan penggunaan secara sengaja kekuatan fisik dan kekuasaan, ancaman atau tindakan nyata melawan diri sendiri, orang lain, atau melawan kelompok atau masyarakat yang menyebabkan cedera, kematian, trauma psikologis, terhambat perkembangannya atau terampas haknya.

Simon Fisher et al. (2001) mendefinisikan kekerasan sebagai tindakan, perkataan, sikap, berbagai struktur atau sistem yang menyebabkan kerusakan secara fisik, mental sosial atau lingkungan, dan atau menghalangi seseorang untuk meraih potensinya secara penuh.

Cate dan Llyod dalam mengungkapkan pacaran adalah semua hal yang meliputi hubungan berpacaran (*dating relationship*) baik yang mengarah ke perkawinan maupun yang putus sebelum perkawinan terjadi.

Kekerasan dalam pacaran adalah penerapan kekuatan atau kontrol oleh setidaknya satu anggota dari pasangan yang belum menikah dalam hal emosional, psikologis, spiritual, bentuk paksaan fisik, atau seksual (Warthe & Tutty, 2009).

Kementerian PPA (2018) juga mendefinisikan kekerasan dalam pacaran atau *dating violence* sebagai tindak kekerasan terhadap pasangan yang belum terikat pernikahan meliputi kekerasan fisik, emosional, ekonomi dan pembatasan aktivitas.

Berdasarkan uraian di atas dapat diperoleh kesimpulan bahwa kekerasan dalam pacaran mencakup berbagai bentuk tindakan kekerasan dan kontrol yang dapat merugikan fisik, mental, dan emosional, serta membatasi hak dan potensi individu dalam hubungan tersebut.

B. Bentuk Kekerasan dalam Pacaran

Menurut *Centers for Disease Control and Prevention* (2024), bentuk jenis kekerasan dalam hubungan berpacaran terdiri dari empat yaitu:

1. Kekerasan fisik adalah ketika seseorang menyakiti atau mencoba menyakiti pasangannya dengan menggunakan kekuatan fisik (memukul, menendang atau melakukan kekerasan fisik yang lain).
2. Kekerasan seksual adalah pemaksaan atau upaya untuk memaksa pasangannya untuk melakukan tindakan seksual, sentuhan seksual, atau peristiwa seksual nonfisik (misalnya sexting) ketika pasangannya tidak dapat menyetujuinya.
3. Kekerasan psikologis adalah penggunaan komunikasi verbal dan nonverbal dengan maksud untuk menyakiti pasangan secara mental atau emosional atau untuk melakukan kontrol terhadap pasangannya.
4. Menguntit adalah pola perhatian dan kontak yang berulang-ulang dan tidak diinginkan oleh pasangannya yang menimbulkan ketakutan atau kekhawatiran terhadap diri sendiri atau keselamatan orang dekat korban.

Sementara menurut Kementerian PPA (2018), terdapat lima bentuk kekerasan dalam pacaran yaitu:

1. Kekerasan fisik seperti memukul, menampar, menendang, mendorong, mencengkram dengan keras pada tubuh pasangan dan kekerasan fisik lainnya.
2. Kekerasan emosional atau psikologis seperti mengancam, memanggil dengan sebutan yang mempermalukan pasangan, menjelek-jelekkan dan lainnya.

3. Kekerasan ekonomi seperti meminta pasangan untuk mencukupi segala keperluan hidupnya seperti memanfaatkan atau menguras harta pasangan.
4. Kekerasan seksual seperti memeluk, mencium, meraba hingga memaksa untuk melakukan hubungan seksual dibawah ancaman.
5. Kekerasan pembatasan aktivitas fisik seperti pasangan terlalu posesif, terlalu mengekang, sering menaruh curiga, selalu mengatur apapun yang dilakukan, hingga mudah marah dan suka mengancam.

C. Dampak Kekerasan dalam Berpacaran

Centers for Disease Control and Prevention (2020) menemukan bahwa hubungan yang tidak sehat, kasar, atau penuh kekerasan dapat memiliki efek negatif jangka pendek dan jangka panjang, termasuk konsekuensi yang parah, pada remaja yang sedang berkembang. Misalnya, remaja yang menjadi korban kekerasan dalam pacaran cenderung mengalami:

- a. Gejala depresi dan kecemasan
- b. Terlibat dalam perilaku tidak sehat seperti menggunakan tembakau, narkoba dan alkohol
- c. Menunjukkan perilaku antisosial seperti berbohong, mencuri, menggertak atau memukul
- d. Berpikir tentang bunuh diri.

Menurut Safitri (2023), menyimpulkan bahwa dampak negatif dari terjadinya kekerasan dalam berpacaran yaitu sebagai berikut:

- a. Dampak Psikologis
Perempuan menjadi trauma atau benci kepada laki-laki sehingga takut menjalin hubungan di masa depan. Korban bisa mengalami depresi, stres dan kecemasan, memiliki waktu yang sangat sulit berkonsentrasi, menunjukkan perilaku bunuh diri, memiliki masalah tidur dan merasa harga dirinya rendah.
- b. Dampak Seksual
Pelecehan seksual yang dihadapi dari perempuan dalam berbagai bentuk, mulai dari komentar yang berkonotasi seksual dan kontak fisik secara tersembunyi (memegang, sentuhan bagian tubuh tertentu) hingga ajakan yang dilakukan secara terang-terangan meskipun pasangannya merasa sangat keberatan. Dampak dari kekerasan seksual yaitu mengalami sebuah trauma bagi korban dan menunjukkan stres yang dirasakan dalam bentuk kata-kata dan tangisan, yang lain menginternalisasi penderitaan yang dialami.
- c. Dampak Fisik
Pelecehan yang sering dan parah dapat mengakibatkan cedera yang lebih parah seperti lebam, memar, luka, lecet, ginekologi, dan patah tulang dapat terjadi.

d. Dampak Sosial

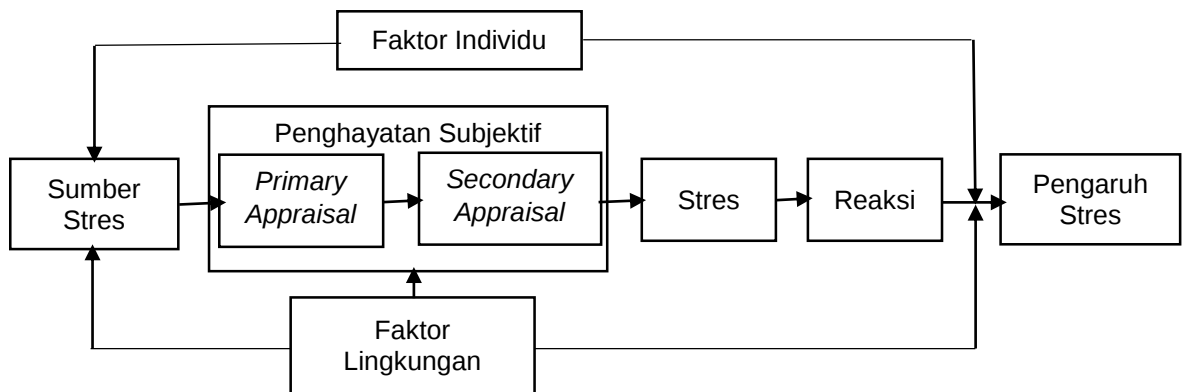
Posisi perempuan menjadi lemah dalam hubungannya dengan laki-laki. Apabila perempuan yang merasa telah menyerahkan keperawanannya pada pacarnya, biasanya merasa minder untuk menjalin hubungan lagi.

1.5.4 Tinjauan Umum tentang Stres Model Transaksional

A. Pengertian Stres Model Transaksional

Model stres transaksional berfokus pada respons emosional dan proses kognitif yang timbul dari interaksi individu dengan lingkungannya. Secara fundamental, model ini menekankan bahwa penilaian individu terhadap suatu penyebab stres merupakan faktor penentu utama dalam membentuk respons yang akan diberikan. Dengan kata lain, pengalaman stres tidak hanya ditentukan oleh peristiwa itu sendiri, tetapi lebih pada bagaimana individu menginterpretasikan dan mengevaluasi peristiwa tersebut (Gaol, 2016).

Menurut Lazarus dan Folkman (1984), **stres** didefinisikan sebagai hubungan antara individu dan lingkungannya yang dinilai oleh individu tersebut sebagai suatu tuntutan atau ketidakmampuan dalam menghadapi situasi yang berpotensi membahayakan atau mengancam kesehatan. Pengaruh stres terhadap performa dapat bersifat positif maupun negatif, tergantung pada interpretasi subjektif individu terhadap kondisi di lingkungannya. Sumber stres (*stressors*) adalah kondisi, situasi, atau peristiwa yang dapat memicu stres. Stres terjadi ketika individu menilai bahwa kemampuannya tidak memadai untuk memenuhi tuntutan dari lingkungan fisik dan sosial. Sebaliknya, jika individu merasa mampu mengatasi tuntutan tersebut, stres tidak akan muncul. Dengan demikian, pengalaman stres sangat bergantung pada penghayatan subjektif individu terhadap sumber stres yang dihadapinya. Perbedaan individual dalam pengalaman stres tercermin dari dinamika transaksional antara individu dan lingkungannya, yang melibatkan proses penilaian (*assessment process*) atau yang dikenal sebagai penilaian kognitif (*cognitive appraisal*). Penilaian kognitif ini merupakan proses mental atau interpretasi subjektif di mana individu mengevaluasi sumber stres (baik kondisi, situasi, maupun peristiwa) yang berkaitan dengan aspek-aspek seperti lokasi kendali eksternal (*locus of control external*), peran yang dimainkan, dan dukungan sosial yang tersedia (Wijono, 2012). Berikut situasi digambarkan dalam suatu model dibawah ini:



Gambar 1.1 Model Stres Transaksional

(Lazarus dan Folkman; Stoop and Brouwer, Werk Stres; Soewondo dalam Wijono., 2010)

Lazarus dan Folkman menekankan bahwa penilaian kognitif (*cognitive appraisal*) adalah faktor fundamental yang menentukan intensitas stres yang dialami individu saat menghadapi situasi yang berpotensi berbahaya atau mengancam. Dengan kata lain, stres bukan sekadar reaksi otomatis terhadap suatu peristiwa, melainkan merupakan hasil dari interaksi transaksional antara individu dan penyebab stres, yang melibatkan proses evaluasi subjektif terhadap situasi tersebut. (Dewe et al., 2012). Stres timbul ketika suatu kejadian atau situasi melampaui kapasitas kognitif individu dalam menghadapinya. Saat dihadapkan pada rangsangan tersebut, individu akan secara otomatis melakukan penilaian (*appraisal*) dan penanggulangan (*coping*). Oleh karena itu, tingkat keparahan stress apakah akan memburuk atau berangsur-angsur berkurang sangat bergantung pada bagaimana individu berusaha mengelola dan berinteraksi dengan sumber stres tersebut (Gaol, 2016).

Penilaian (*appraisal*) adalah suatu tindakan evaluasi, interpretasi, dan respons terhadap peristiwa yang terjadi. Menurut Lazarus dan Folkman (1984), ketika seseorang mengalami stres, terdapat dua tahap penilaian yang dilakukan: penilaian primer (*primary appraisal*) dan penilaian sekunder (*secondary appraisal*).

1. *Primary Appraisal*

Penilaian tahap awal (*primary appraisal*) adalah proses yang dilakukan individu begitu menghadapi suatu peristiwa. Pada tahap ini, individu secara khusus mengevaluasi potensi dampak yang mungkin timbul dari tuntutan-tuntutan terhadap sumber daya yang dimiliki, terutama yang berkaitan dengan kondisi kesehatan (Lyon, 2012). Lazarus dan Folkman (1984) membagi proses *primary appraisal* ini menjadi tiga kategori utama yaitu tidak relevan (*irrelevant*), positif-netral (*benign-positive*), dan penuh tekanan (*stressful*).

- a. Tidak relevan (*irrelevant*) terjadi ketika individu dihadapkan pada situasi yang dianggap tidak memberikan dampak signifikan terhadap kesejahteraan atau kesehatan mereka. Dengan kata lain, individu tidak merasa perlu mengeluarkan usaha apa pun saat menghadapi masalah atau kejadian tersebut, karena tidak ada yang hilang maupun diterima dalam proses interaksi ini.
- b. Positif-netral (*benign-positive*) terjadi ketika saat hasil dari suatu interaksi memberikan dampak positif yang meningkatkan kesejahteraan individu. Akibatnya, akan timbul luapan emosi positif seperti kebahagiaan, kasih sayang, dan kesenangan.
- c. Penuh tekanan (*stressful*) terjadi ketika individu merasa kemampuan personalnya tidak lagi memadai untuk menghadapi penyebab stres. Akibatnya, individu akan mengalami sensasi merugikan (*harmful*), mengancam (*threatening*), atau menantang (*challenging*). Kerugian/Bahaya (*Harm/loss*) adalah indikasi bahwa sesuatu yang merugikan sedang terjadi pada individu. Ancaman (*threat*) menandakan adanya kemungkinan bahaya tersebut akan berlanjut di kemudian hari. Tantangan (*challenge*) melibatkan keterlibatan individu dengan tuntutan yang ada. Tantangan ini seringkali memicu emosi seperti pengharapan, keinginan, dan keyakinan pada kemampuan diri untuk mengatasi situasi.

2. *Secondary Appraisal*

Secondary appraisal (penilaian sekunder) merujuk pada evaluasi yang lebih disadari oleh individu terhadap suatu kondisi, situasi, atau peristiwa. Tahap penilaian ini melibatkan keputusan individu mengenai apakah mereka memiliki kapasitas yang memadai untuk mengatasi potensi ancaman yang dapat menimbulkan stres. (Wijono, 2012).

Menurut Lazarus, terdapat tiga komponen utama dalam penilaian sekunder (*secondary appraisal*) yang krusial untuk mengatasi masalah yang mengganggu dan mengancam kesejahteraan individu yaitu tanggung jawab (*blame or credits*), potensi penanggulangan (*coping potential*), harapan masa depan (*future expectations*).

Secondary appraisal ini juga berfungsi sebagai proses penentuan jenis penanggulangan (*coping*) yang dapat diterapkan dalam menghadapi situasi mengancam (Lyon, 2012). Efektivitas *coping* sangat bergantung pada penilaian individu terhadap tindakan yang dapat dilakukan untuk mengubah atau mengelola situasi. Lazarus dan Folkman (1984) membagi metode *coping* dalam menghadapi stres menjadi dua kategori utama yaitu penanggulangan berfokus pada masalah (*problem-focused coping*) dan penanggulangan berfokus pada emosi (*emotion-focused coping*).

1. Penanggulangan berfokus pada masalah (*problem-focused coping*) adalah strategi yang diterapkan untuk mengatasi stres dengan secara langsung menangani sumber permasalahan.

Pendekatan ini efektif ketika masih ada peluang untuk melakukan tindakan konkret guna meredakan atau menghilangkan stres. *Problem-focused coping* bertujuan untuk menghindari atau mengurangi stres melalui penanganan langsung terhadap akar masalah. Ada tiga cara dalam menerapkan *problem-focused coping* yaitu:

- a. *Penyelesaian Masalah Terencana (Planful Problem Solving)*: Individu bereaksi dengan melakukan upaya terstruktur untuk mengubah situasi, diikuti dengan pendekatan analitis dalam menyelesaikan masalah.
 - b. *Penanggulangan Konfrontatif (Confrontative Coping)*: Merupakan reaksi untuk mengubah keadaan yang melibatkan pengambilan risiko.
 - c. *Mencari Dukungan Sosial (Seeking Social Support)*: Individu bereaksi dengan mencari bantuan dari pihak luar, yang dapat berupa informasi, bantuan nyata, atau dukungan emosional.
2. *Penanggulangan berfokus pada emosi (emotion-focused coping)* merupakan strategi yang digunakan untuk mengatasi stres dengan mengelola respons emosional dan mengubah penilaian individu terhadap sumber stres. Metode ini sering diterapkan ketika tidak ada lagi tindakan langsung yang bisa dilakukan untuk mengubah situasi penyebab stres. Ada lima cara dalam menerapkan *emotion-focused coping* yaitu:
- a. *Self-controlling*: Individu meregulasi perasaan dan tindakan mereka sebagai respons terhadap stres.
 - b. *Distancing*: Individu tidak melibatkan diri secara emosional atau kognitif terlalu dalam dalam permasalahan.
 - c. *Escape-avoidance*: Individu berupaya menghindari atau melarikan diri dari masalah yang sedang dihadapi.
 - d. *Accepting responsibility*: Individu menyadari peran mereka dalam masalah yang dihadapi dan berusaha menerima keadaan sebagaimana adanya.
 - e. *Positive reappraisal*: Individu menciptakan makna positif dari pengalaman stres, seringkali dengan tujuan untuk pengembangan diri, termasuk melibatkan aspek religius atau spiritual.

B. Akibat dari Stres

Stres tidak selalu berdampak negatif, karena dalam situasi tertentu, stres juga dapat memberikan pengaruh yang positif bagi individu. Fenomena ini digambarkan seperti dua sisi mata uang, yakni memiliki sisi yang menguntungkan dan sisi yang merugikan. Stres yang memberikan dampak positif dikenal dengan istilah *eustress*, sedangkan stres yang berdampak negatif disebut *distress* (Gadzella et al., 2012). Kupriyanov dan Zhdanov (2014) menyimpulkan bahwa *eustress*

merupakan hasil reaksi tubuh terhadap sumber-sumber stres yang mengarah pada peningkatan kinerja dan kesehatan. Sebaliknya, ketika individu mengalami distress, hal itu mengakibatkan penurunan kinerja, memburuknya kesehatan, serta timbulnya masalah dalam hubungan interpersonal.

Kurva Yerkes-Dodson menggambarkan perbedaan antara *distress* (stres negatif) dan *eustress* (stres positif). Merujuk pada kurva ini, Le Fevre, Metheny, dan Kolt menginterpretasikan bahwa *eustress* yakni stres yang memberikan dampak positif pada kesehatan dan kinerja terjadi ketika tingkat stres tidak melampaui batas maksimal. Sebaliknya, stres yang berlebihan atau melampaui tingkat optimal dapat berdampak negatif pada kinerja dan kesehatan, kondisi ini disebut sebagai *distress*. Menurut Gaol (2016) munculnya stres yang berdampak positif atau negatif sangat ditentukan oleh jumlah tuntutan yang diterima individu dan ketersediaan kemampuan mereka, baik secara fisik maupun psikologis, untuk menghadapi sumber stres tersebut.

Menurut Afandi (2017), reaksi dari stres menjadi beberapa gejala yaitu:

- a. Gejala fisiologis mencakup keluhan fisik seperti sakit kepala, sembelit, diare, sakit pinggang, ketegangan otot di tengkuk, tekanan darah tinggi, kelelahan, sakit perut, perubahan selera makan, kesulitan tidur, dan kehilangan semangat.
- b. Gejala emosional berupa keluhan gelisah, cemas, mudah marah, gugup, takut, mudah tersinggung, sedih dan depresi.
- c. Gejala kognitif berupa keluhan susah konsentrasi, sulit membuat keputusan, mudah lupa, melamun secara berlebihan, dan pikiran kacau.
- d. Gejala interpersonal berupa sikap acuh tak acuh pada lingkungan, apatis, agresif, minder, kehilangan kepercayaan pada orang lain dan mudah menyalahkan orang lain.
- e. Gejala organisasional berupa meningkatnya keabsenan dalam kerja/kuliah, menurunnya produktivitas, ketegangan dengan rekan kerja, ketidakpuasan kerja, dan menurunnya dorongan untuk berprestasi.

1.5.5 Tinjauan Umum tentang Remaja

Remaja merupakan individu yang berada dalam fase peralihan dari masa kanak-kanak menuju kedewasaan, yang ditandai dengan proses perkembangan yang dinamis serta berbagai perubahan dan tantangan dalam aspek kehidupan. Masa ini mencakup transformasi yang signifikan secara fisik, mental, sosial, dan emosional (Tyas et al., 2023). Berdasarkan definisi *World Health Organization* (WHO), remaja berada pada rentang usia 10 hingga 19 tahun, sedangkan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menggunakan istilah *youth* untuk kelompok usia 15 hingga 24 tahun. Sementara itu, pedoman dari *The Health Resources and Service*

Administration's Guidelines di Amerika Serikat, menetapkan usia remaja antara 11 hingga 21 tahun. Di Indonesia, Kementerian Kesehatan (2024) mengategorikan remaja sebagai individu berusia 10–18 tahun. Adapun, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) mendefinisikan remaja adalah remaja dalam rentang usia 10–24 tahun. Sejalan dengan itu, *State Adolescent Health Resource Center* (SAHRC), juga menggambarkan masa remaja sebagai periode pertumbuhan dan perkembangan yang kompleks dengan cakupan usia 10–24 tahun.

Masa remaja merupakan salah satu tahap penting dalam siklus kehidupan manusia yang ditandai dengan proses perkembangan biologis, psikologis, dan sosial. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) (2023) membagi masa remaja ke dalam tiga tahap perkembangan berdasarkan kelompok usia, yaitu remaja awal, remaja pertengahan, dan remaja akhir.

1. Masa Remaja Awal (10-13 tahun)

Pada tahap ini, individu mulai memasuki masa pubertas yang ditandai oleh percepatan pertumbuhan fisik. Perubahan biologis seperti pertumbuhan rambut di ketiak dan organ genital, menstruasi pada perempuan, serta mimpi basah dan pembesaran testis pada laki-laki mulai terjadi. Selain perubahan fisik, perhatian terhadap penampilan meningkat dan kebutuhan akan privasi menjadi lebih dominan. Remaja awal cenderung mulai menjaga jarak dengan keluarga sebagai bentuk pembentukan identitas diri.

2. Masa Remaja Pertengahan (14-17 tahun)

Fase ini ditandai dengan perkembangan fisik yang semakin nyata. Pada perempuan, perubahan mencakup pelebaran panggul, pembesaran bokong dan payudara, serta menstruasi yang menjadi lebih teratur. Sementara pada laki-laki terjadi pertumbuhan tinggi badan, pembentukan otot, perubahan suara, dan pertumbuhan rambut di wajah. Dari sisi psikososial, remaja mulai menggunakan logika dalam berpikir, namun masih dipengaruhi oleh emosi. Minat terhadap hubungan romantis mulai berkembang dan interaksi sosial dengan teman sebaya menjadi lebih dominan dibandingkan hubungan dengan keluarga.

3. Masa Remaja Akhir (18-24 tahun)

Fase ini ditandai dengan perkembangan fisik yang semakin nyata. Pada perempuan, perubahan mencakup pelebaran panggul, pembesaran bokong dan payudara, serta menstruasi yang menjadi lebih teratur. Sementara pada laki-laki terjadi pertumbuhan tinggi badan, pembentukan otot, perubahan suara, dan pertumbuhan rambut di wajah. Dari sisi psikososial, remaja mulai menggunakan logika dalam berpikir, namun masih dipengaruhi oleh emosi. Minat terhadap hubungan romantis mulai berkembang dan interaksi sosial dengan teman sebaya menjadi lebih dominan dibandingkan hubungan dengan keluarga.

1.5.6 Tabel Sintesa

Dalam penelitian ini mengacu pada penelitian terdahulu yang relevan (2020-2024) mengenai Kesehatan Mental Remaja Korban Kekerasan dalam Pacaran. Berikut beberapa hasil penelitian terkait yang akan dijadikan bahan kajian oleh peneliti:

Tabel 1.1 Tabel Sintesa terkait Kesehatan Mental Remaja Korban Kekerasan dalam Pacaran

No.	Judul Penelitian	Nama Peneliti/Tahun	Populasi dan Sampel	Desain	Kesimpulan
1.	Kekerasan dalam Berpacaran dengan Kecemasan pada Remaja	Apipin, Mariyati & Tamrin/ 2022	Mahasiswa yang mengalami kekerasan dalam pacaran dengan jumlah 83 responden	Penelitian kuantitatif dengan pendekatan noneksperimen, dengan desain <i>cross sectional</i>	Perilaku kekerasan tinggi mempengaruhi tingkat kecemasan remaja dengan nilai p value =0,000 dan nilai rho = 0,529 artinya ada hubungan antara perilaku kekerasan dalam pacaran dengan tingkat kecemasan di Universitas Widya Husada Semarang.
2.	<i>Description of Depression Tendency on Adolescents Private Vocational School Due to Dating Violence at Integrated Service Centers for Empowerment of Women and Children in Tangerang</i>	Siti Nadiya Akmalia, Triana Indrayani & Andi Julia Rifiana/2020	Remaja Usia 10-19 tahun dengan jumlah responden 4 orang	Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif	Remaja korban kekerasan dalam pacaran menderita depresi setelah kejadian dan menolak bertemu kembali dengan pelaku kekerasan setelahnya. Depresi yang dialami yaitu adanya rasa bersalah, takut dan pesimis dalam menghadapi masa depan. Akibatnya responden menjadi sering menangis, merasa tidak berdaya, merasa bersalah, tidak nafsu makan, menghindari keluar rumah dan bahkan terdapat keinginan untuk melakukan bunuh diri.
3.	Pengalaman Laki-Laki yang Menjadi Korban Kekerasan dalam	Andrea Maria dan Hastaning Sakti/2021	Remaja laki-laki usia 18-25 tahun dengan jumlah 3 responden	Penelitian kualitatif dengan pendekatan metode fenomenologis	Kekerasan yang dialami partisipan adalah kekerasan fisik, emosional atau psikologis, seksual dan ekonomi. Dampak yang ditimbulkan berupa

	Pacaran (KDP): Sebuah <i>Interpretative Phenomenologica I Analysis</i>				dampak fisik (luka memar dan luka cakar) dan dampak emosional (kehilangan rasa percaya diri, ketakutan dinilai lemah sebagai laki-laki, kehilangan motivasi dalam menyelesaikan kegiatan akademik, trauma terhadap perempuan dan benda tertentu).
4.	Pengaruh Dukungan Sosial terhadap <i>Psychological Well-Being</i> Remaja Korban Kekerasan dalam Pacaran	Ferdinanda Hendriyanti/ 2024	Remaja usia 16-21 tahun dengan jumlah 166 responden	Penelitian kuantitatif	Dukungan sosial berpengaruh secara signifikan terhadap <i>psychological well-being</i> remaja korban kekerasan dalam pacaran sebesar 21,4%. Pengaruh dukungan sosial terhadap <i>psychological well-being</i> bersifat positif dengan nilai persamaan garis regresi $Y' = 61,500 + 0,446X$.
5.	<i>Long-term Adverse Outcomes Associated With Teen dating Violence: A Systematic Review</i>	Antonio Piolanti, Franziska Waller, Schmid, & Foran / 2023	Remaja Usia 14-16 tahun yang terdiri 38 studi yang melibatkan 23 sampel.	Penelitian kuantitatif dengan pendekatan studi longitudinal	Kekerasan dalam pacaran memiliki hubungan signifikan dan jangka panjang dengan berbagai hasil negatif, termasuk peningkatan gejala depresi, dan risiko bunuh diri di kalangan remaja yang mengalaminya, perilaku berisiko tinggi seperti penggunaan zat terlarang dan perilaku seksual yang tidak aman serta risiko kesehatan fisik, termasuk risiko kardiovaskular.
6.	Dampak Psikologis pada Perempuan yang Pernah Mengalami Kekerasan dalam Pacaran (<i>Dating</i>	Nur Hidayah Astriani & Satiningsih/2021	Dua orang remaja perempuan usia 16-24 tahun dengan kriteria yang sesuai dan dibutuhkan peneliti	Penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus	Bentuk-bentuk kekerasan yang mereka alami yaitu fisik, psikologis atau emosional dan seksual. Hal tersebut menyebabkan dampak psikologis yang dialami responden yaitu kecemasan, tertekan, kepercayaan dan harga diri rendah, terganggunya aktivitas harian

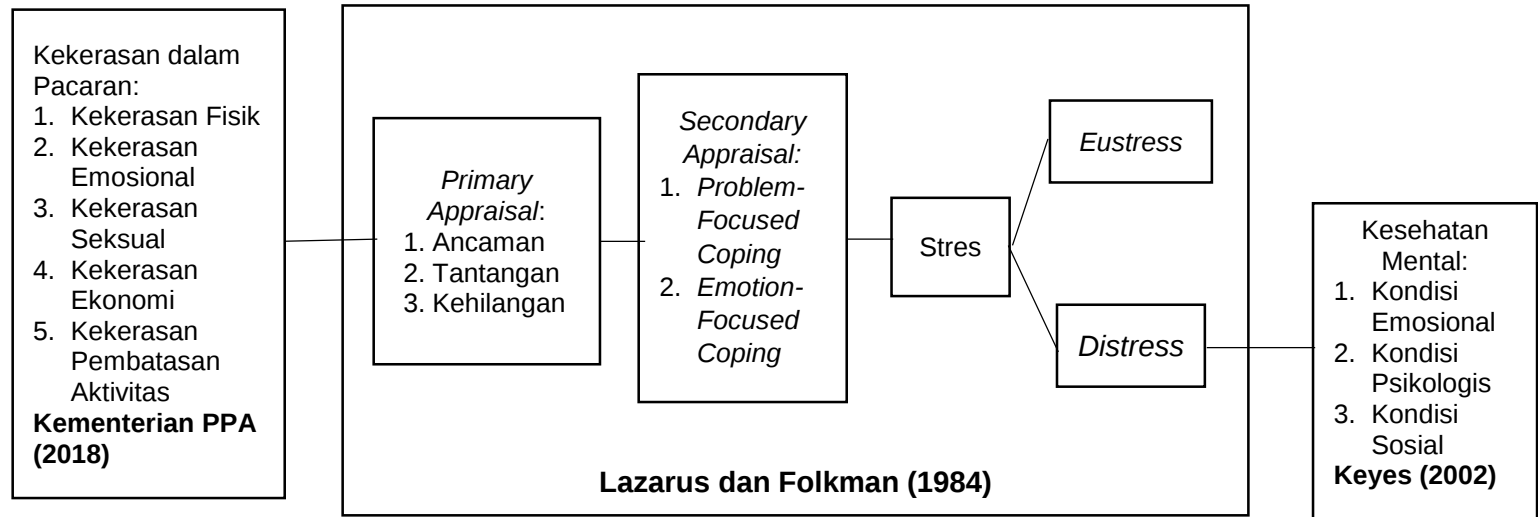
	Violence): Studi Kasus di Kalimantan Timur				dan konsep diri negatif. Strategi koping yang dilakukan oleh responden yaitu secara internal dengan melakukan hal-hal yang mereka sukai dan menyibukkan diri mereka sehingga tidak harus larut dalam kesedihan dan melupakan semua rasa sakit yang mereka alami serta dukungan dari orang-orang disekitar yang selalu memberikan semangat dan rangkulan terhadap responden sehingga merasa bahwa dirinya berharga dan tidak pantas untuk sedih.
7.	Gambaran Disonansi Kognitif pada Perempuan Dewasa Awal yang Bertahan dalam Hubungan <i>Intimate Partner Violence</i> (IPV)	Endhitya Davina Maritza dan Tiara Diah Sosialita/2023	Perempuan dewasa awal usia 21-23 tahun dengan jumlah 3 orang informan	Penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus	Bentuk kekerasan yang dialami informan adalah kekerasan fisik, psikologis, seksual dan pembatasan interaksi sosial. Dampak yang dialami informan yaitu tekanan emosional, stres, depresi, kecemasan, mengalami kesulitan membuka diri dan beradaptasi dalam lingkungan pertemanan. Mereka merasa tidak pantas dan takut untuk bergaul, yang dapat mengisolasi mereka dari dukungan sosial mereka.
8.	Bentuk Kekerasan dalam Berpacaran (KDP) dan Dampak Psikologisnya pada Wanita Dewasa Awal	Prilianti Putri Lestari, Zainal Abidin, & Fitri Ariyanti Abidin/2023	4 wanita korban kekerasan verbal, fisik, dan seksual berusia 20-24 tahun.	Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	Dampak psikologis pada korban kekerasan verbal dan fisik adalah merasa trauma dan tertekan dengan tuntutan dari pasangan karena takut diperlakukan kasar, sedangkan dampak pada korban kekerasan seksual adalah muncul perasaan menyalahkan diri, rendah diri,

	sebagai Korban Kekerasan				dependen pada pasangan, hingga melukai diri.
9.	Gambaran Pengalaman Perempuan Korban Kekerasan Dalam Pacaran (KDP) di Indonesia	Dinda Audreya Azhari Barenns & Ni Luh Indah Desira Swandi/ 2023	20 perempuan berusia 19-30 tahun	Penelitian kualitatif deskriptif	Dampak kekerasan dalam pacaran dalam penelitian ini adalah efek traumatis, ketakutan atau kecemasan, kehilangan kepercayaan pada orang lain dan diri sendiri, bahkan hingga menyebabkan perubahan perilaku seperti mengisolasi diri, gelisah di tempat ramai, hingga gangguan kecemasan akibat <i>trigger</i> dari pelaku ataupun pengalaman kekerasan dalam pacaran.
10.	Stres pada Wanita yang Mengalami <i>Dating Violence</i> (Kekerasan dalam Pacaran) di Usia Dewasa Awal: Bagaimana Peran Resiliensi?	Prima Rizqi Isania Putra, Herlan Pratikto & Akta Ririn Aristawati/ 2023	Subjek sebanyak 100 orang	Penelitian kuantitatif korelasional	Analisis data menunjukkan tingkat signifikansi sebesar 0,418 dengan Sig=0,000 atau $p < 0,05$. Artinya, semakin tinggi tingkat resiliensi yang diberikan maka semakin tinggi pula stres pada wanita yang mengalami <i>dating violence</i> begitu pula sebaliknya.

Paparan tabel sintesa di atas merupakan hasil analisis terhadap studi penelitian terdahulu yang relevan terkait kesehatan mental remaja korban kekerasan dalam pacaran. Oleh karena itu, tabel sintesa bertujuan untuk membantu menyatukan berbagai temuan dan teori yang relevan, sehingga memudahkan pemahaman tentang dampak kekerasan dalam pacaran pada kesehatan mental remaja serta agar penelitian ini lebih terfokus pada suatu masalah sehingga mampu menciptakan kebaruan penelitian. Berdasarkan analisis tabel sintesa tersebut dapat disimpulkan beberapa komponen atau aspek utama kesehatan mental yang terpengaruh oleh kekerasan dalam pacaran, diantaranya: a) Aspek kondisi emosional, penelitian menunjukkan bahwa remaja yang terjebak kekerasan dalam pacaran memiliki risiko tinggi mengalami depresi. Mereka sering merasa tidak berharga, kehilangan rasa percaya diri, putus asa, dan kehilangan minat pada aktivitas yang biasanya menyenangkan. Tingkat kecemasan juga ditemukan pada remaja korban kekerasan dalam pacaran, ketidakpastian dan ancaman dalam hubungan ini menciptakan lingkungan yang penuh stres, yang mengarah pada kecemasan kronis. b) Aspek kondisi psikologis, studi menunjukkan bahwa kekerasan dalam pacaran secara signifikan merusak harga diri remaja. Kritik dan penghinaan yang terus-menerus dari pasangan membuat mereka merasa tidak berharga dan kehilangan rasa percaya diri. Pengalaman kekerasan fisik atau emosional dalam kekerasan dalam pacaran dapat menyebabkan PTSD, insomnia dan gangguan pencernaan. c) Aspek kondisi sosial, remaja dalam hubungan kekerasan sering diisolasi dari teman dan keluarga. Pasangan yang *toxic* cenderung mengontrol dan membatasi interaksi sosial korban, menyebabkan perasaan kesepian dan ketergantungan yang tidak sehat. Pengalaman yang buruk dalam hubungan ini dapat mempengaruhi kemampuan remaja untuk membangun dan mempertahankan hubungan yang sehat di masa depan. Mereka menjadi kurang percaya pada orang lain dan kesulitan dalam mempercayai hubungan baru.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yang telah diuraikan serta hubungannya dengan rencana penelitian yang akan dilaksanakan, peneliti memutuskan untuk menetapkan fokus penelitian yang didasari oleh penelitian-penelitian tersebut. Tujuan kebaruan dalam penelitian ini adalah untuk menghasilkan gagasan yang lebih dalam terkait kesehatan mental remaja akhir korban kekerasan dalam pacaran di Kota Makassar.

1.5.7 Kerangka Teori



Gambar 1.2 Kerangka Teori

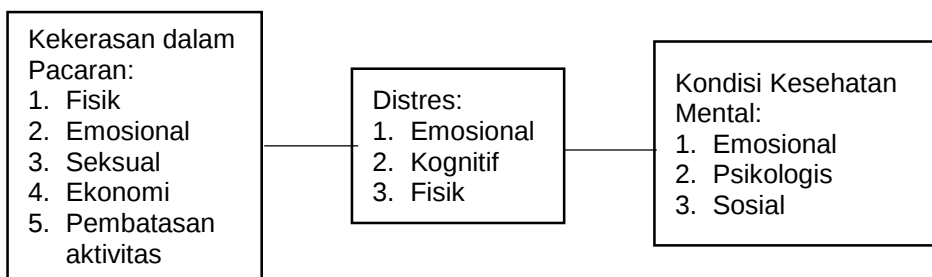
Modifikasi Kementerian PPA (2018), Lazarus dan Folkman (1984) dan Keyes (2002)

Kerangka teori penelitian ini menggunakan Model Stres Transaksional yang dikemukakan oleh Lazarus dan Folkman (1984) dan Model Kesehatan Mental yang dikemukakan oleh Keyes (2002) untuk memahami bagaimana stres akibat kekerasan dalam pacaran mempengaruhi berbagai aspek kesehatan mental individu. Model ini mengintegrasikan aspek kondisi emosional, psikologis dan sosial untuk memberikan gambaran yang menyeluruh tentang kesehatan mental.

Model stres transaksional yang dikembangkan oleh Lazarus dan Folkman (1984) menyediakan kerangka kerja yang komprehensif untuk memahami yang komprehensif untuk memahami bagaimana individu mengevaluasi dan mengelola stres. Dengan menekankan penilaian (*appraisal*) dan strategi koping, model ini dapat diterapkan untuk memahami pengalaman remaja korban kekerasan dalam pacaran dan bagaimana mereka dapat dibantu untuk mengatasi situasi stres tersebut secara efektif.

Konsep kunci dari Model Keyes (2002), aspek kondisi emosional menilai aspek positif dari kesehatan mental seperti kepuasan hidup, kesejahteraan emosional, dan kebahagiaan. Dalam hal kekerasan dalam pacaran, kondisi emosional remaja akhir dapat terganggu oleh perasaan depresi, kecemasan, dan kehilangan rasa bahagia. Aspek kondisi psikologis menilai aspek individu dan hubungan dengan orang lain seperti penerimaan diri, pertumbuhan pribadi, otonomi, tujuan hidup dan penguasaan lingkungan serta hubungan positif dengan orang lain. Remaja akhir yang berada dalam kekerasan dalam pacaran mungkin mengalami penurunan harga diri, kehilangan tujuan hidup, dan merasa kurang mampu mengelola lingkungan mereka. Aspek kondisi sosial melibatkan hubungan sosial yang sehat, partisipasi dalam komunitas dan perasaan menjadi bagian dari masyarakat. Kekerasan dalam pacaran dapat menyebabkan isolasi sosial, perasaan tidak diakui, dan gangguan dalam hubungan sosial lainnya.

1.5.8 Kerangka Konsep



Gambar 1.3 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah gambaran visual atau naratif yang menggambarkan hubungan antara konsep-konsep utama dalam suatu penelitian, serta bagaimana variable-variabel tersebut saling berinteraksi. Kerangka konsep membantu mengarahkan penelitian dengan memberikan pedoman mengenai aspek-aspek yang perlu diteliti atau diukur (Pinzon & Edi, 2021). Berdasarkan kerangka teori yang dipaparkan sebelumnya, maka kerangka konsep ini mengilustrasikan bagaimana kekerasan dalam pacaran dapat menyebabkan distress pada remaja, yang kemudian berdampak pada berbagai kondisi kesehatan mental mereka.

Kekerasan dalam pacaran mencakup tindakan yang merugikan pasangan, termasuk kekerasan fisik, kekerasan emosional (penggunaan

komunikasi verbal dan nonverbal)), kekerasan ekonomi, kekerasan seksual dan kekerasan pembatasan aktivitas. Kejadian kekerasan dalam pacaran dapat menyebabkan distres yaitu respon emosional negatif yang muncul akibat pengalaman kekerasan dalam pacaran seperti perasaan cemas, depresi, ketakutan dan putus asa. Distres yang berkelanjutan dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan remaja dan berdampak buruk pada kesehatan mereka. Kesehatan mental remaja korban kekerasan dalam pacaran melalui tiga aspek kesehatan mental yaitu kondisi emosional mencakup perasaan bahagia, puas, dan frekuensi emosi negatif; kondisi psikologis mencakup penerimaan diri, perkembangan diri, tujuan hidup, penguasaan lingkungan, otonomi, dan hubungan positif dengan orang lain; serta kondisi sosial mencakup kemampuan untuk membangun dan mempertahankan hubungan yang sehat dan suportif dengan orang lain.

1.5.9 Definisi Konsep

Tabel 1.2 Definisi Konsep Variabel Penelitian

No.	Variabel	Definisi Konsep	Metode Pengumpulan	Alat Ukur	Informan
1.	Kekerasan dalam Pacaran	Segala bentuk tindakan menyakiti, mengontrol, atau merugikan pasangan yang dilakukan secara sengaja dan berulang, baik secara fisik, emosional, seksual, ekonomi, maupun pembatasan aktivitas.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	- Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah mengalami kekerasan dalam pacaran - Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah melakukan kekerasan dalam pacaran - Ahli Klinis/Psikolog
2.	Kekerasan Fisik	Tindakan yang dilakukan untuk menyakiti tubuh pasangan secara langsung, seperti memukul, menampar, menendang, mendorong, mencekik, atau menggunakan benda sebagai alat untuk melukai.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	- Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah mengalami kekerasan dalam pacaran - Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah melakukan kekerasan dalam pacaran - Ahli Klinis/Psikolog
3.	Kekerasan Emosional	Bentuk perlakuan yang merendahkan, menyakit perasaan, atau mengganggu kestabilan psikologis pasangan seperti hinaan, ejekan, ancaman, intimidasi, pengendalian berlebihan, atau membuat pasangan merasa bersalah dan tidak berharga.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	- Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah mengalami kekerasan dalam pacaran - Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah melakukan kekerasan dalam pacaran - Ahli Klinis/Psikolog
4.	Kekerasan Ekonomi	Bentuk kekerasan yang dilakukan dengan cara menghambat atau mengontrol akses pasangan terhadap sumber daya keuangan, seperti melarang pasangan bekerja, mengambil paksa uang pasangan, atau membatasi penggunaan uang secara tidak adil.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	- Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah mengalami kekerasan dalam pacaran - Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah melakukan kekerasan dalam pacaran - Ahli Klinis/Psikolog

5.	Kekerasan Seksual	Tindakan memaksa pasangan untuk melakukan aktivitas seksual tanpa persetujuan atau melawan kehendaknya seperti pasangan hubungan intim, pelecehan seksual, atau komentar yang bersifat seksual yang tidak diinginkan.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	- Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah mengalami kekerasan dalam pacaran - Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah melakukan kekerasan dalam pacaran - Ahli Klinis/Psikolog
6.	Kekerasan Pembatasan Aktivitas	Tindakan membatasi ruang gerak dan kebebasan pasangan untuk bersosialisasi, beraktivitas atau berpendapat seperti melarang bertemu teman atau keluarga, mengatur dengan siapa boleh bertemu, atau mengontrol penggunaan media sosial dan ponsel.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	- Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah mengalami kekerasan dalam pacaran - Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah melakukan kekerasan dalam pacaran - Ahli Klinis/Psikolog
7.	Distress emosional	Reaksi perasaan yang intens dan negatif seperti sedih, marah, takut, cemas, atau merasa tidak berdaya yang muncul akibat tekanan psikologis.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	- Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah mengalami kekerasan dalam pacaran - Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah melakukan kekerasan dalam pacaran - Ahli Klinis/Psikolog
8.	Distress Kognitif	Gangguan atau tekanan pada proses berpikir, seperti sulit berkonsentrasi, pikiran yang terus-menerus dipenuhi oleh kejadian negatif yang membuat informan mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan secara logis dan objektif.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	- Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah mengalami kekerasan dalam pacaran - Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah melakukan kekerasan dalam pacaran - Ahli Klinis/Psikolog
9.	Distress Fisik	Respons tubuh terhadap tekanan psikologis yang dialami informan, ditandai dengan gejala seperti sakit kepala, gangguan tidur, kelelahan, jantung berdebar, nyeri oto, atau gangguan pencernaan.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	- Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah mengalami kekerasan dalam pacaran

					- Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah melakukan kekerasan dalam pacaran - Ahli Klinis/Psikolog
10.	Kondisi emosional	Kondisi emosional mengacu pada kemampuan informan untuk mengelola dan mengekspresikan emosi secara sehat mencakup ketahanan emosional serta kemampuan informan untuk merasakan dan mengelola emosi positif seperti perasaan bahagia, puas dan keseimbangan emosi.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	- Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah mengalami kekerasan dalam pacaran - Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah melakukan kekerasan dalam pacaran - Ahli Klinis/Psikolog
11.	Kondisi Psikologis	Kondisi psikologis mencakup kesejahteraan emosional dan psikis secara keseluruhan termasuk aspek kognitif dan perilaku seperti penerimaan diri, perkembangan diri, tujuan hidup, penguasaan lingkungan, otonomi (kemampuan membuat keputusan sendiri), hubungan positif dengan orang lain.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	- Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah mengalami kekerasan dalam pacaran - Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah melakukan kekerasan dalam pacaran - Ahli Klinis/Psikolog
12.	Kondisi Sosial	Kondisi sosial mencakup kemampuan informan untuk membangun dan mempertahankan hubungan yang sehat dan suportif dengan orang lain, merasa dihargai dalam komunitas, serta memiliki pandangan optimis terhadap perkembangan sosial.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	- Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah mengalami kekerasan dalam pacaran - Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah melakukan kekerasan dalam pacaran - Ahli Klinis/Psikolog
13.	Kesehatan Mental Korban Kekerasan dalam Pacaran	Hubungan yang ditandai dengan perilaku yang merusak secara emosional, psikologis dan fisik yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan mental informan yang terlibat didalamnya	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	- Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah mengalami kekerasan dalam pacaran - Remaja akhir (18-24 tahun) yang pernah melakukan kekerasan dalam pacaran - Ahli Klinis/Psikolog

BAB II

METODE PENELITIAN

2.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologi. Menurut Moleong (2018), penelitian kualitatif merupakan metode untuk mengeksplorasi dan menafsirkan dari pengalaman manusia dalam konteks nyata, dengan menggunakan bahasa sebagai media utama untuk menggambarkan dan menganalisis temuan. Penelitian kualitatif digunakan karena metode ini memungkinkan peneliti untuk mengeksplorasi terhadap pengalaman subjektif baik secara emosional, psikologis dan sosial korban secara lebih menyeluruh, sehingga dapat memahami makna yang diberikan partisipan.

Pendekatan studi fenomenologi merupakan metode yang bertujuan untuk memahami esensi dari pengalaman hidup individu terkait suatu fenomena tertentu, sebagaimana yang dialami dan diinterpretasikan oleh individu sendiri (Moleong, 2018). Dalam penelitian ini, pendekatan studi fenomenologi digunakan untuk mengidentifikasi dan memahami pengalaman hidup remaja korban kekerasan dalam pacaran, serta bagaimana pengalaman tersebut membentuk makna dan berdampak pada kesehatan mental mereka.

Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya menggambarkan fenomena yang terjadi, tetapi juga berupaya memahami secara mendalam pengalaman subjektif remana terhadap kekerasan dalam pacaran dan dampaknya terhadap kesehatan mental korban. Pendekatan ini juga memungkinkan fleksibilitas dalam pengumpulan data, dimana wawancara mendalam menjadi teknik utama yang digunakan untuk mendapatkan informasi yang kaya dan detail dari sudut pandang informan. Oleh karena itu, jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik ini dipilih karena dianggap relevan dengan topik yang dibahas dan didasari dengan tujuan untuk menjelaskan dan menganalisis secara lebih detail dan mendalam tentang kesehatan mental remaja akhir korban kekerasan dalam pacaran.

2.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Lokasi dalam penelitian ini berada di Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan. Pelaksanaan pengumpulan data pada penelitian ini dilaksanakan yakni November 2024 – Februari 2025 yang mencakup pelaksanaan penelitian, pengumpulan data, pengolahan data dan analisis data.

2.3 Informan

2.3.1 Penentuan Informan

Informan dalam penelitian ini yaitu remaja akhir dengan rentang usia 18-24 tahun yang berada di Kota Makassar yang pernah mengalami kekerasan dalam pacaran. Remaja fase akhir berdasarkan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Peneliti melakukan survei awal secara daring kepada remaja usia 18-24 tahun di Kota Makassar (n=21). Dalam melakukan survei awal, peneliti menggunakan

teknik *snowball sampling* yaitu mendapatkan rekomendasi responden yang diperoleh sebelumnya. Dengan demikian, peneliti dapat menjaring remaja akhir di Kota Makassar yang berasal dari daerah yang berbeda di Kota Makassar. Kemudian, responden survei awal yang bersedia menjadi informan, peneliti melakukan wawancara mendalam kepada mereka.

Setelah melakukan survei awal, peneliti selanjutnya menggunakan teknik pemilihan informan dengan teknik *purposive sampling* yaitu mengambil informan berdasarkan pertimbangan subjektif peneliti dengan asumsi bahwa informan tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Pinzon & Edi., 2021).

2.3.2 Kriteria Informan

Kriteria informan dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Remaja akhir usia 18-24 tahun
2. Domisili Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan
3. Pernah mengalami kekerasan dalam pacaran minimal selama 6 bulan
 - a. Rentang waktu yang memadai untuk stabilisasi dan manifestasi gejala kesehatan mental yang mungkin timbul akibat paparan kekerasan (APA, 2013)
 - b. Mengidentifikasi pola dan siklus kekerasan yang berulang. Kekerasan dalam pacaran jarang terjadi sebagai insiden tunggal sebaliknya seringkali merupakan bagian dari siklus yang berulang dan dinamis (CDC, 2024; Kemenppa, 2018)
 - c. Meminimalkan risiko *recall bias*, meningkatkan kemungkinan ingatan informan mengenai kejadian kekerasan akan lebih akurat dan detail (Cohen et al., 2003)
4. Bersedia menjadi informan
5. Bersedia untuk wawancara langsung

2.4 Jenis Data

1. Data Primer

Data primer yang dikumpulkan dalam proses penelitian ini melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan kuesioner (angket) *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF) dengan para informan yang menjadi objek penelitian. Data primer dalam penelitian ini meliputi karakteristik responden, informasi terkait variabel kesehatan mental yaitu aspek kondisi emosional, psikologis, dan sosial. Kondisi emosional mencakup perasaan positif yang dirasakan, seperti kebahagiaan dan kepuasan hidup. Kondisi psikologis mengacu pada fungsi psikologis dalam mengelola diri dan lingkungannya, termasuk penerimaan diri, otonomi dalam pengambilan keputusan, pengelolaan lingkungan, pertumbuhan pribadi, tujuan hidup, dan hubungan positif dengan orang lain. Kondisi sosial berkaitan dengan hubungan sosial di masyarakat, seperti penerimaan sosial, kontribusi terhadap masyarakat, aktualisasi sosial, integrasi sosial, dan kohesi sosial.

2. Data Sekunder

Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari instansi terkait yaitu Dinas Pemberdayaan Perlindungan Perempuan dan Anak (DP3A) Kota Makassar dan literatur-literatur yang berkaitan dengan penelitian dari jurnal nasional dan internasional.

2.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan kuesioner *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF). Teknik ini digunakan untuk memperoleh data secara proporsional.

Wawancara mendalam (*in-depth interview*) merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan peneliti untuk mendapatkan informasi secara lisan melalui tanya jawab yang melibatkan interaksi langsung antara peneliti dan informan untuk mengeksplorasi pengalaman, pandangan, dan perasaan informan. Metode ini bertujuan untuk memperoleh keterangan langsung dari informan dengan memberikan gagasan pokok dan garis besar pertanyaan yang sama dalam proses wawancara ke dalam beberapa informan.

Dalam penelitian ini, dilakukan wawancara pada korban dan pelaku kekerasan dalam pacaran dengan memberikan informasi tentang tujuan penelitian, kerahasiaan data, dan hak-hak informan sebelum wawancara dimulai. Sebelum pelaksanaan wawancara, informan terlebih dahulu mengisi kuesioner *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF) untuk memperoleh gambaran awal mengenai kondisi kesehatan mental mereka. Hasil dari kuesioner ini digunakan sebagai bahan pendalaman selama proses wawancara berlangsung. Wawancara direkam menggunakan alat perekam (*handphone*) untuk memastikan seluruh percakapan terdokumentasi dengan baik. Selain itu, peneliti juga membuat catatan lapangan untuk mencatat hal-hal penting yang mungkin tidak terekam secara verbal. Wawancara menggunakan pedoman yang telah disusun berdasarkan tiga aspek kesehatan mental (emosional, psikologis, dan sosial), namun tetap fleksibel untuk mengeksplorasi jawaban informan lebih lanjut melalui teknik probing.

Pedoman wawancara disusun merujuk pada instrumen penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Forth et al. (2022) yang berjudul *Toxic Relationship: The Experience and Effect of Psychopathy in Romantic Relationships* dengan melakukan beberapa modifikasi yang disesuaikan dengan tujuan dan desain penelitian. Modifikasi tersebut mencakup penyesuaian pada pertanyaan wawancara agar lebih spesifik mengeksplorasi bentuk kekerasan dalam pacaran, pengalaman distress psikologis korban, serta dampak terhadap aspek-aspek kesehatan mental. Adapun data yang dikumpulkan melalui wawancara mendalam ini terdiri dari tiga item aspek kesehatan mental yaitu kondisi emosional, psikologis, dan sosial. Kondisi emosional mencakup perasaan positif yang dirasakan, seperti kebahagiaan dan kepuasan hidup. Kondisi psikologis mengacu pada fungsi psikologis dalam mengelola diri dan lingkungannya, termasuk penerimaan diri, otonomi dalam pengambilan keputusan, pengelolaan lingkungan, pertumbuhan pribadi, tujuan hidup, dan hubungan positif dengan orang lain. Kondisi sosial berkaitan dengan

hubungan sosial di masyarakat, seperti penerimaan sosial, kontribusi terhadap masyarakat, aktualisasi sosial, integrasi sosial, dan kohesi sosial.

2.6 Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan untuk membuktikan apakah penelitian yang dilakukan benar-benar merupakan penelitian ilmiah dan juga untuk menguji kebenaran dari data yang diperoleh. Keabsahan data dapat ditetapkan dengan teknik pemeriksaan didasarkan pada empat kriteria, yaitu standar *credibility*, standar *transferability*, standar *dependability* dan standar *confirmability* (Harahap, 2020).

Keabsahan data dalam penelitian adalah standar *credibility* dengan metode triangulasi data. Triangulasi data merupakan teknik pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara dan berbagai waktu, yang terdiri dari triangulasi sumber, triangulasi metode, triangulasi teori dan triangulasi peneliti (Amrullah et al., 2022). Adapun metode triangulasi data yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber, dan triangulasi teori. Triangulasi sumber dilakukan dengan cara membandingkan informasi yang diberikan oleh korban mengenai bentuk dan dampak kekerasan dengan pengakuan dari pelaku serta analisis profesional dari psikolog. Kesamaan informasi antar sumber digunakan untuk memperkuat validasi data, sedangkan perbedaan dianalisis lebih lanjut untuk memahami konteks dan memperkaya interpretasi. Triangulasi teori dilakukan dengan cara membandingkan pandangan yang didapatkan oleh peneliti dengan perspektif teori yang sepadan dan relevan untuk menghindari adanya bias individual dari peneliti terhadap temuan atau kesimpulan pada penelitian.

2.7 Pengelolaan dan Analisis Data

Langkah analisis data yang digunakan adalah analisis model Miles dan Huberman karena memudahkan peneliti dalam menganalisis pemaknaan pengalaman korban kekerasan dalam berpacaran dan aspek yang mempengaruhi kesehatan mental korban secara kritis dan sistematis. Terdapat tiga langkah cara dalam analisis data, yaitu:

1. Reduksi Data
Merujuk pada proses pemilihan, penyederhanaan, abstraksi, dan data mentah yang terjadi selama di lapangan. Ada beberapa langkah dalam reduksi data, yaitu membuat rangkuman, pengkodean, membuat tema, gugus-gugus, pemisahan dan menulis memo-memo.
2. Data Display (Penyajian Data)
Langkah kedua dalam analisis data yaitu melakukan model data. Model didefinisikan sebagai suatu kumpulan informasi yang tersusun dan membolehkan pendeskripsian kesimpulan dan mengambil tindakan. Dalam penelitian ini model data yang digunakan adalah teks naratif.
3. Penarikan dan Verifikasi Kesimpulan
Kesimpulan hasil penelitian yang diambil dari hasil reduksi dan model data merupakan kesimpulan sementara. Kesimpulan ini masih bisa berubah jika ditemukan bukti kuat pada saat proses verifikasi data di lapangan. Proses verifikasi data dilakukan dengan mengubah hasil kesimpulan sementara.

Apabila diperoleh data yang memiliki kesamaan dengan pengumpulan sebelumnya, maka dapat diambil kesimpulan yang baku dan selanjutnya dimuat dalam hasil penelitian.

Sedangkan teknik analisis data yang digunakan yakni analisis tematik deskriptif, yang merupakan pendekatan sistematis untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan melaporkan pola-pola bermakna (tema) dalam data kualitatif. Teknik analisis ini digunakan karena fleksibel dan sesuai dengan pendekatan fenomenologis, dimana fokus diarahkan pada pengalaman subjektif dan makna yang diberikan oleh informan terhadap peristiwa yang mereka alami (Braun & Clarke, 2006).

2.8 Etik Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan rekomendasi persetujuan etik dari komisi etik penelitian Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin dengan nomor protokol: 11024092301