

STUDI DESKRIPTIF KESEHATAN MENTAL REMAJA

Marcella Mariska Aryono

Program Studi Psikologi (Kampus Kota Madiun) – Fakultas Psikologi

Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya

E-Mail: marcella.m.aryono@ukwms.ac.id

ABSTRACT

The main objective of this study was to determine the mental health of early adolescents in Surabaya. This study was a quantitative descriptive research. A total 750 respondents were involved in this study throughout purposive sampling technique who had characteristics aged 11 to 15 years, able to read and write, and lived with their parents. The Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF) were administered to determine the mental health of adolescents. The data were analyzed by descriptive analysis. Based on the result of the data analysis, it could be concluded that 577 early adolescents (76,93%) in Surabaya fit the criteria for flourishing. This means that adolescents are able to achieve well-being but they still need to develop skills which can enhance the social well-being. The rest of the findings revealed that 21,73% fit the criteria of moderate mental healthy category and 1,33%. fit the criteria of languishing category.

Keywords: *adolescents, early adolescents, mental health, well-being*

A. Pendahuluan

Saat ini isu kesehatan mental semakin menjadi perhatian masyarakat. Namun, tidak sedikit masyarakat yang mengasosiasikan sehat mental dengan tidak adanya penyakit atau gangguan. Pandangan yang dilihat dari segi negatif membuat masyarakat mengesampingkan kondisi yang seharusnya dimiliki individu. Kondisi tersebut adalah kesejahteraan atau *well-being*. *World Health Organization* (2014) mengungkapkan bahwa kondisi kesejahteraan atau *well-being* adalah kondisi individu mengenali kemampuannya, mampu mengatasi masalah atau tantangan hidup, bekerja secara produktif, dan memiliki hubungan yang baik dengan orang lain. Ketika individu memiliki kondisi-kondisi tersebut, individu tersebut dapat dikatakan sehat mental. Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan mental di lihat secara positif dan dapat diidentifikasi melalui kesejahteraan individu itu sendiri. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa rendahnya tingkat kesejahteraan dapat berindikasi adanya masalah emosional dan psikologis (Bizarro, 2006). Peneliti-peneliti dan berbagai organisasi melihat permasalahan ini dan mencoba mengidentifikasi lebih dalam tentang kesejahteraan. Mereka juga berusaha mempromosikan pentingnya kesehatan mental dengan cara mengidentifikasi dan memahami kesejahteraan (Coram Voice, 2015).

Zaff, et al., (2003) menyarankan agar kesejahteraan dipahami secara keseluruhan, serta kondisi yang tidak bisa dipisahkan satu sama lain. Ada tiga aspek

utama dalam *well-being*, yaitu *physical*, *socio-emotional*, dan *cognitive* (Zaff, et al., 2003). Begitu juga dengan Karyani et al. (2015) yang mengidentifikasi adanya enam domain dalam kesejahteraan. Keenam domain tersebut adalah fisik, kognitif, emosi, pribadi, sosial, dan spiritual.

Kesehatan mental tidak hanya dapat dilihat saat dewasa, melainkan dapat mulai terbentuk sebelum masa dewasa. Pasalnya kesehatan mental remaja kerap kali terabaikan, orang tua atau masyarakat sekitar lebih mementingkan prestasi akademik. Padahal kesehatan mental remaja bukan hanya sekedar dilihat dari tidak adanya penyakit. Begitu juga yang diungkap oleh Huebner and Gilman (dalam Kurniastuti & Azwar, 2015) yang mengatakan bahwa anak-anak cenderung lebih mudah mengalami masalah perilaku di masa depan ketika mereka tidak puas atau bahagia dengan kehidupan mereka. Anak-anak selalu menghadapi berbagai macam tantangan yang dapat mempengaruhi kesejahteraan mereka, seperti meningkatnya ekspektasi orang di sekitarnya, meningkatnya tekanan di rumah dan sekolah, ataupun perubahan-perubahan yang terjadi seiring dengan pertumbuhan mereka.

Pada masa remaja awal (11-15 tahun), mereka mengalami perubahan biologis, seperti pubertas, perpindahan dari sekolah dasar menuju sekolah menengah, begitu juga perubahan psikologis (Eccles, 1999). Anak-anak pada usia ini dapat kehilangan kepercayaan diri jika impian atau harapan yang dimiliki tidak sesuai dengan kenyataan. Terutama ketika mereka memiliki kebutuhan untuk menjadi lebih mandiri namun orang tua masih belum dapat memberi kepercayaan yang penuh, sehingga mereka dapat dengan mudahnya memunculkan pola perilaku yang negatif sebagai bentuk ekspresi atau kompensasi mereka. Berbagai perubahan ini mampu memberi efek yang positif ataupun negatif terhadap kesejahteraan anak (Eccles, 1999). Semakin banyak pula para remaja yang sudah memiliki perilaku menyimpang (Purnomowardani & Koentjoro, 2002). Hal ini menunjukkan betapa pentingnya untuk menjaga kesehatan mental remaja. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kesehatan mental remaja awal (usia 11-15 tahun).

B. Tinjauan Pustaka

1. Definisi Kesehatan Mental

World Health Organization (WHO, 2015) mendefinisikan kesehatan mental sebagai suatu kondisi sejahtera di mana individu menyadari kemampuannya, dapat menghadapi stres normal dalam kehidupan sehari-hari, dapat bekerja secara produktif dan memberikan manfaat, dan dapat berkontribusi kepada masyarakat sekitarnya. Definisi yang disampaikan WHO ini melihat kesehatan mental dari aspek positif.

Keyes (2002) sebelumnya telah memperkenalkan pengukuran kesehatan mental dari aspek positif. Keyes (2002) memperkenalkan adanya kontinum dalam melihat kesejahteraan individu dan psikopatologi. Keyes (2002) mengemukakan bahwa kesejahteraan individu dan psikopatologi saling terkait, namun merupakan dua dimensi yang berbeda dalam kesehatan mental. Keyes (2002) memaparkan bahwa kesehatan mental dapat dioperasionalkan sebagai sindrom yang berisikan kumpulan

gejala kesejahteraan subjektif (*subjective well-being*/SWB). Keyes (2002) memaparkan lebih lanjut bahwa SWB merupakan persepsi dan evaluasi individu terhadap kehidupannya dalam aspek tingkat afektif dan, fungsi psikologis dan fungsinya sosialnya.

Menurut Keyes (2002) individu yang bisa berfungsi secara positif itu tidak hanya dalam bagaimana individu mengevaluasi dirinya dalam ranah personal, tapi juga bagaimana individu melihat dirinya dalam secara sosial dalam ranah publik. Oleh karena itu, kesejahteraan sosial (*social well-being*) individu juga perlu dilihat. Dari pemikiran ini, Keyes kemudian mengoperasionalkan kesehatan mental sebagai sekumpulan sindrom yang mengkombinasikan gejala kesejahteraan emosi (*emotional well-being*), dengan gejala kesejahteraan psikologis dan kesejahteraan sosial (*psychological and social well-being*).

2. Dimensi Kesehatan Mental

Sesuai dengan definisi Keyes (2002) terhadap kesehatan mental, terdapat 3 aspek dalam kesehatan mental, yaitu kesejahteraan emosi, kesejahteraan psikologis, dan kesejahteraan sosial.

- a. Kesejahteraan emosi merupakan sekumpulan gejala yang merefleksikan ada/tidaknya perasaan positif terhadap kehidupan. Respon individu terhadap aspek ini dapat dilihat dari indikator adanya afek positif, tidak adanya afek negatif dan merasa puas terhadap kehidupan.
- b. Kesejahteraan psikologis menggambarkan bagaimana individu berfungsi positif dalam kehidupannya. Kemampuan individu berfungsi secara positif dalam hidupnya dilihat menggunakan 6 dimensi kesejahteraan psikologis yang dikembangkan oleh Keyes and Ryff (dalam Keyes, 2002). Individu dapat dikatakan sejahtera secara psikologis bila ia menerima sebagian besar dirinya, memiliki hubungan yang hangat dan dapat dipercaya dengan orang lain, mampu melihat dirinya menjadi individu yang lebih baik, memiliki tujuan hidup, mampu mengelola lingkungan untuk dapat memuaskan kebutuhannya, dan mampu menentukan hidupnya sendiri.
- c. Kesejahteraan sosial menggambarkan evaluasi individu terhadap keberfungsian dalam hidup dalam aspek yang lebih luas, yaitu masyarakat dan lingkungan sosialnya. Individu dikatakan berfungsi positif secara sosial pada saat mereka melihat masyarakat berarti bagi individu dan memahami individu, masyarakat memberikan individu peluang untuk tumbuh, individu merasa menjadi bagian dan diterima oleh masyarakat, saat individu menerima masyarakat tempat ia berada, dan saat individu berkontribusi terhadap masyarakat.

Ketiga dimensi ini kemudian diturunkan ke dalam skala pengukuran untuk melihat kesehatan mental individu secara positif.

3. Kategori Kesehatan Mental

Keyes (2002) memandang kesehatan mental sebagai suatu kontinum, dari kesehatan mental yang tidak utuh hingga kesehatan mental yang tidak utuh. Individu dengan kesehatan mental yang utuh disebut sebagai individu yang *flourishing* (berkembang), yang memiliki tingkat kesejahteraan yang tinggi. Individu dalam

kategori *flourishing* memiliki kehidupan yang dipenuhi dengan emosi positif dan berfungsi baik secara psikologis dan sosial.

Kategori cukup sehat mental diartikan ketika individu memiliki tingkat kesejahteraan yang sedang. Individu pada kategori ini cenderung pada titik standar kesejahteraan. Sedangkan individu dengan kesehatan mental yang tidak utuh disebut sebagai individu yang merana (*languishing*) dalam hidupnya, memiliki kesejahteraan yang rendah. Individu yang berada dalam kategori *languishing* bisa merasa hampa dan mengalami stagnasi dalam hidupnya. Individu yang berada di antara kontinum *flourishing* dan *languishing* disebut sebagai individu yang sehat mental secara moderat.

C. Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif deskriptif yang bertujuan untuk mendeskripsikan kesejahteraan remaja. Responden utama penelitian ini remaja usia 11-15 tahun yang tinggal di Surabaya. Sebanyak 750 remaja terlibat dalam penelitian ini, 379 remaja perempuan (50,5%) dan 371 remaja laki-laki (49,5%). Teknik pengambilan responden menggunakan *purposive sampling*, dengan kriteria tertentu. Adapun kriteria yang digunakan adalah usia 11-15 tahun, dapat membaca dan menulis, dan tinggal bersama dengan orang tua.

Skala yang digunakan untuk mengukur kesejahteraan remaja adalah *Mental Health Continuum - Short Form* (MHC-SF) yang dibuat oleh Corey Keyes (Keyes, 2009). MHC-SF terdiri atas 14 butir pernyataan dalam skala Likert (1= tidak pernah, 2= sekali atau dua kali dalam sebulan, 3= sekali dalam seminggu, 4= dua atau tiga kali seminggu, 5= hampir setiap hari, 6= setiap hari). Skala ini mencakup tiga aspek, yaitu kesejahteraan emosional, kesejahteraan sosial, dan kesejahteraan psikologis. Aspek kesejahteraan emosional terdiri atas tiga butir pernyataan (Bahagia, Tertarik pada kehidupan, Puas), aspek kesejahteraan sosial terdiri atas 5 butir pernyataan (Kontribusi sosial, Integrasi Sosial, Aktualisasi Sosial, Penerimaan Sosial, Koherensi Sosial), dan aspek kesejahteraan psikologis terdiri atas enam butir pernyataan (Penerimaan diri, Penguasaan lingkungan, Hubungan positif dengan orang lain, Pertumbuhan pribadi, Otonomi, Tujuan hidup).

Skor kemudian dianalisis dengan mengkategorikan menurut diagnosis kategori yang terdiri atas 3 diagnosis kategori yaitu berkembang pesat / *flourishing*, cukup sehat mental, dan lemah/ *languishing* (Keyes, 2009). Diagnosis berkembang pesat / *flourishing* jika seseorang merasakan 1 dari 3 gejala hedonik (item 1-3) "setiap hari" atau dalam "hampir setiap hari" dan merasakan 6 dari 11 gejala fungsi positif (item 4-14) "setiap hari" atau dalam "hampir setiap hari". Diagnosis lemah/ *languishing* jika seseorang merasakan 1 dari 3 gejala hedonik (item 1-3) "tidak pernah" atau dalam "sekali atau dua kali" dan merasakan 6 dari 11 gejala fungsi positif (item 4-14) "tidak pernah" atau dalam "sekali atau dua kali". Jika individu tidak termasuk dalam dua kategori tersebut maka dapat dikategorikan cukup sehat mental.

Skala ini telah terlebih dahulu diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia menggunakan metode *back-to-back translation* dan validasi isi dilakukan melalui proses *expert judgement* yang melibatkan empat ahli di bidang psikologi. Setelah diujicobakan,

MHC-SF memiliki validitas dan reliabilitas yang tinggi, yaitu dengan internal konsistensi .887, dengan koefisien korelasi aitem total berkisar antara .494 hingga .697.

Teknik analisis data deskriptif kuantitatif digunakan dalam penelitian ini. Data yang diperoleh dari kuesioner, dikelompokkan sesuai dengan bentuk instrumen yang digunakan, disajikan dalam bentuk tabel, kemudian dianalisis dan diinterpretasikan (Arikunto, 2006).

D. Hasil Penelitian dan Pembahasan

Penelitian ini ingin mengetahui gambaran kesejahteraan remaja usia 11-15 tahun di Surabaya. Berikut ini deskripsi data tingkat kesehatan mental remaja awal di Surabaya dilihat dari setiap aspek dan dimensinya.

1. Aspek Kesejahteraan Emosi

Data aspek Kesejahteraan Emosi pada dimensi Bahagia, dimensi Ketertarikan pada Kehidupan, dan dimensi Puas dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 1
Data Aspek Kesejahteraan Emosi

Waktu	Dimensi-Dimensi Kesejahteraan Emosi					
	Bahagia		Tertarik pada Kehidupan		Puas	
	f	%	f	%	f	%
Tidak Pernah	10	1,33	19	2,53	42	5,60
1 atau 2 kali sebulan	25	3,33	6	0,80	15	2,00
Seminggu sekali	24	3,20	24	3,20	38	5,07
2 atau 3 kali seminggu	69	9,20	76	10,13	85	11,33
Hampir setiap hari	401	53,47	293	39,07	247	32,93
Setiap hari	221	29,47	332	44,27	323	43,07
Total	750	100	750	100	750	100

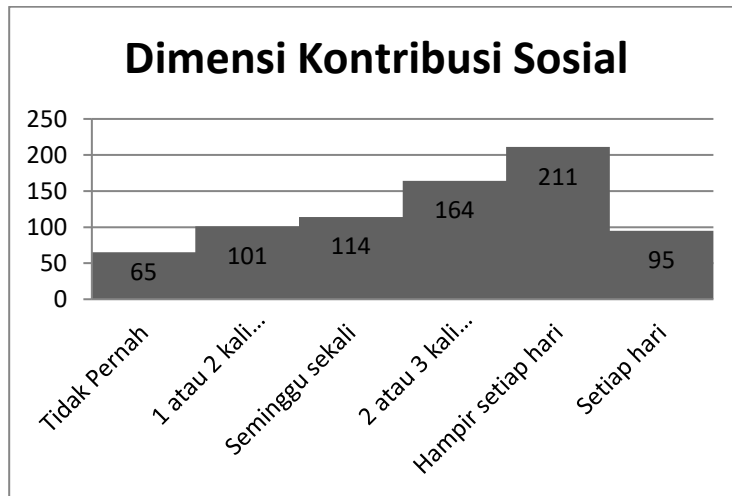
Dari tabel 1. dapat diketahui secara keseluruhan bahwa sebagian besar remaja sudah mengalami kesejahteraan emosi dalam kehidupan sehari-harinya. Hal ini dapat dilihat dari hanya 10 remaja saja yang tidak pernah merasa bahagia. Sebanyak 92,1% remaja sudah merasakan kebahagiaan minimal 2 atau 3 kali seminggu.

Begitu pula dengan dimensi yang kedua, sebanyak 601 remaja (93,47%) menunjukkan ketertarikan pada kehidupan dan hanya 19 remaja (2,53%) yang merasa tidak pernah tertarik pada kehidupan. Namun sedikit berbeda pada dimensi Puas,

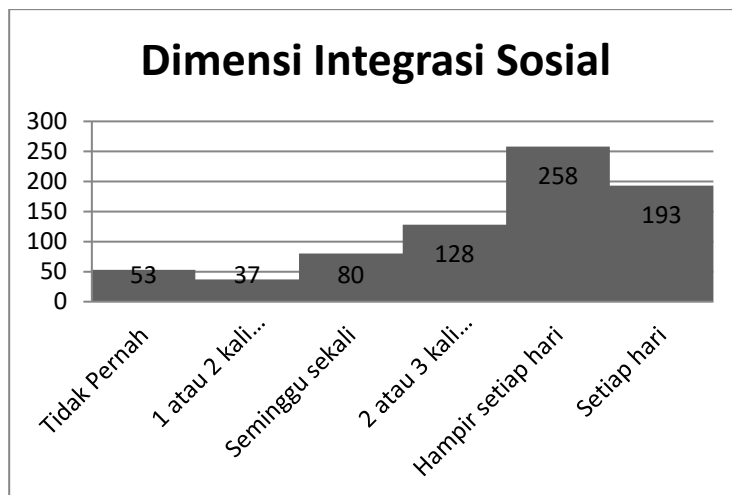
sebanyak 12,6% remaja masih merasa kurang puas. Hal ini terlihat dari 42 remaja (5,6%) yang merasa belum puas, 15 remaja (2%) yang merasa puas sebanyak 1 atau 2 kali sebulan, dan 38 remaja (5,07%).

2. Aspek Kesejahteraan Sosial

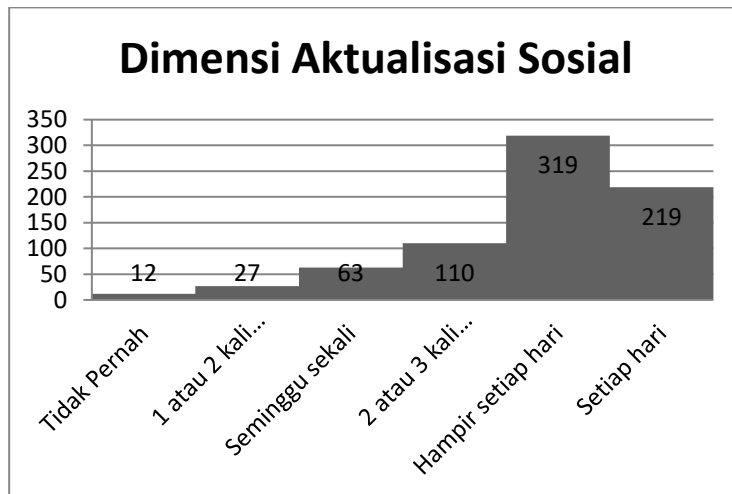
Data aspek Kesejahteraan Sosial pada dimensi Kontribusi Sosial, dimensi Integrasi Sosial, dimensi Aktualisasi Sosial, dimensi Penerimaan Sosial, dan dimensi Koherensi Sosial dapat dilihat pada gambar berikut ini:



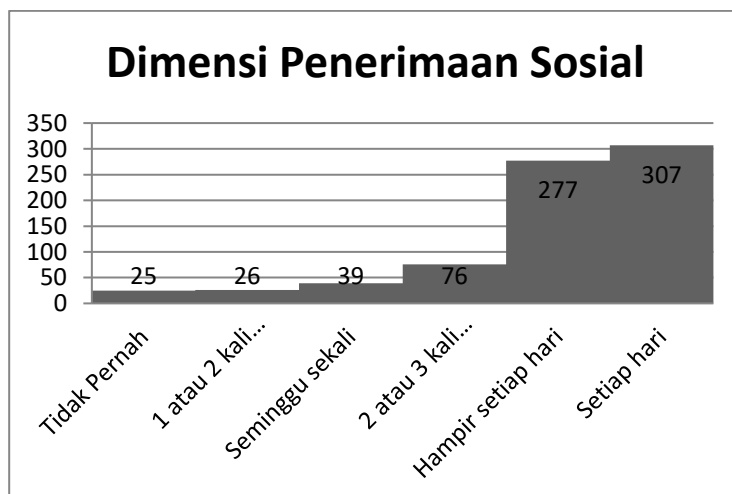
Gambar 1. Aspek Kesejahteraan Sosial (Dimensi Kontribusi Sosial)



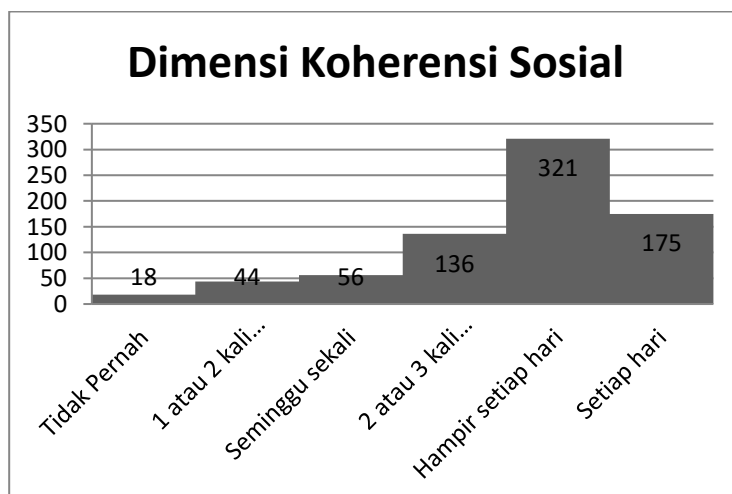
Gambar 2. Aspek Kesejahteraan Sosial (Dimensi Integrasi Sosial)



Gambar 3. Aspek Kesejahteraan Sosial (Dimensi Aktualisasi Sosial)



Gambar 4. Aspek Kesejahteraan Sosial (Dimensi Penerimaan Sosial)



Gambar 5. Aspek Kesejahteraan Sosial (Dimensi Koherensi Sosial)

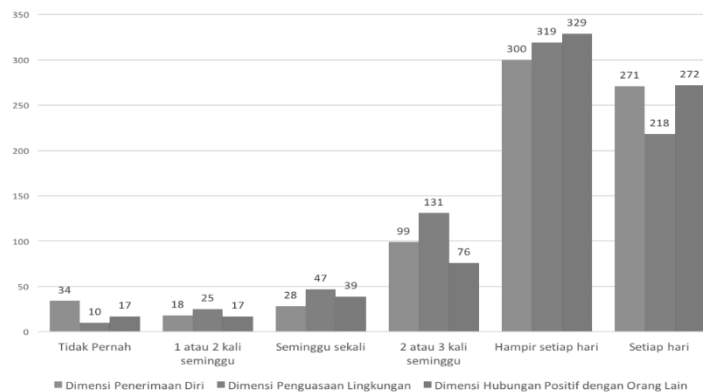
Berbeda dengan aspek kesejahteraan emosi, data pada aspek kesejahteraan sosial menunjukkan kurang dari 50% remaja yang merasa sejahtera secara sosial setiap harinya. Berdasarkan gambar 1, dapat diketahui bahwa hanya 95 remaja (12,67%) yang melakukan kontribusi sosial setiap harinya, 211 remaja (28,13%) melakukan kontribusi sosial hampir setiap hari, 164 remaja (21,87%) melakukan kontribusi sosial 2 atau 3 kali seminggu, 114 remaja (15,20%) melakukan kontribusi sosial seminggu sekali, 101 remaja (13,47%) melakukan kontribusi sosial 1 atau 2 kali sebulan, dan hanya 65 (8,67%) yang tidak pernah memberikan kontribusi sosial. Pada dimensi yang kedua yaitu Integrasi Sosial, 451 remaja merasa menjadi bagian dari masyarakat atau kelompok. Sebanyak 193 remaja (34,40%) merasakan kenyamanan dengan kelompok atau masyarakat setiap harinya, dan 258 remaja (25,37%) merasakan hal yang sama hampir setiap hari. Namun masih ada 53 remaja (7,07%) yang tidak pernah merasakan kenyamanan atau tidak pernah memiliki perasaan sebagai bagian dari masyarakat.

Dimensi Aktualisasi Sosial juga tidak berbeda jauh dengan dimensi sebelumnya. Pada gambar 3, diketahui bahwa 319 remaja (42,53%) melakukan aktualisasi diri di lingkungan hampir setiap hari, dan hanya 12 remaja (1,6%) yang tidak pernah melakukan aktualisasi diri dalam lingkungan masyarakat. Pada dimensi Penerimaan Sosial, sebanyak 307 remaja (40,93%) mendapatkan penerimaan sosial hampir setiap harinya. Namun masih ada 25 remaja (3,33%) yang tidak pernah mendapatkan penerimaan dari lingkungannya.

Dimensi yang terakhir adalah dimensi koherensi sosial. Dimensi ini menunjukkan seberapa jauh ketertarikan remaja akan kehidupan sosial, dan merasa bahwa dinamika masyarakat dan budaya adalah sesuatu yang dapat dipahami, logis, dan bermakna. Sebanyak 175 remaja (23,33%) melakukan koherensi sosial setiap harinya, dan hanya 18 remaja (2,40%) yang tidak pernah memiliki ketertarikan akan kehidupan sosial.

3. Aspek Kesejahteraan Psikologis

Data aspek Kesejahteraan Psikologis pada dimensi Penerimaan Diri, dimensi Penguasaan Lingkungan, dimensi Hubungan Positif dengan Orang Lain, dimensi Pertumbuhan Pribadi, dimensi Otonomi, dan dimensi Tujuan Hidup dapat dilihat pada gambar berikut ini.



Gambar 6. Aspek Kesejahteraan Psikologis

Pada gambar di atas dapat diketahui bahwa secara keseluruhan sebagian besar remaja memiliki kesejahteraan psikologis yang baik. Hal ini dapat dilihat pada 271 remaja (36,13%) yang melakukan penerimaan diri setiap hari, dan 300 remaja (40%) yang melakukan penerimaan diri hampir setiap hari. Hanya 34 remaja (4,53%) yang tidak pernah menerima keadaan dirinya. Bukti yang kedua yaitu pada dimensi penguasaan lingkungan. Hanya 10 remaja (1,33%) yang tidak pernah melakukan penguasaan lingkungan, namun sebanyak 218 remaja (29,07%) sudah melakukan penguasaan lingkungan setiap harinya, dan 319 remaja (42,53%) melakukan penguasaan lingkungan hampir setiap hari.

Data pada dimensi hubungan positif dengan orang lain juga tidak jauh berbeda dengan data pada dimensi sebelumnya. Mayoritas remaja yaitu sebanyak 329 remaja (43,87%) memiliki hubungan positif dengan orang lain hampir setiap hari. Namun, masih ada 17 remaja (2,27%) yang tidak pernah memiliki hubungan positif dengan orang lain, dan 17 remaja (2,27%) hanya melakukan hubungan positif dengan orang lain sebanyak 1 atau 2 kali dalam sebulan. Pada dimensi pertumbuhan pribadi dapat diketahui bahwa hanya 6 remaja (0,8%) yang tidak pernah merasakan pertumbuhan pribadi setiap harinya dan mayoritas 301 remaja (40,13%) merasakan pertumbuhan pribadi hampir setiap hari.

Berdasarkan gambar 6, sebanyak 25 remaja (3,33%) tidak pernah merasakan otonomi, 50 remaja (6,67%) merasakan otonomi sebanyak 1 atau 2 kali dalam sebulan, dan mayoritas 259 remaja (34,53%) merasakan otonomi hampir setiap hari. Sedangkan pada dimensi yang terakhir yaitu dimensi tujuan hidup, sebanyak 478 remaja (63,73%) memiliki tujuan hidup setiap hari. Hal ini berarti mayoritas remaja sudah tahu hal yang ingin dicapai dalam sehari harinya. Namun, masih ada 20 remaja (2,67%) ingat akan tujuan hidupnya 1 atau 2 kali dalam sebulan, bahkan 6 remaja (0,8%) yang tidak memiliki tujuan hidup.

Tabel 2
Tingkat Kesehatan Mental

Kategori	N	%
Berkembang Pesat/ <i>Flourishing</i>	577	76,93%
Cukup Sehat Mental	163	21,73%
Lemah/ <i>Languishing</i>	10	1,33%
Total	750	100%

Tingkat kesehatan mental dapat dilihat atas pilihan jawaban yang dikategorikan menurut diagnosis kategori yang terdiri dari 3 diagnosis kategori, yaitu berkembang pesat/*flourishing*, cukup sehat mental, dan lemah/*languishing* (Keyes, 2009). Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa 76,93% remaja sudah dapat dikatakan berkembang pesat atau sehat mental, dan hanya 10 remaja (1,33%) yang dikatakan masih lemah.

Berdasarkan hasil analisis deskriptif dapat diketahui bahwa mayoritas remaja di Surabaya memiliki kesehatan mental yang tergolong sehat. Pada aspek kesejahteraan emosional dengan dimensi bahagia, mayoritas remaja (53,47%) merasakan bahagia hampir setiap hari. Mayoritas remaja (44,27%) memiliki ketertarikan pada kehidupan masing-masing, dan 323 remaja (43,07%) merasa puas setiap harinya. Ketiga dimensi ini menunjukkan bahwa aspek kesejahteraan emosional tergolong cukup baik. Aspek kesejahteraan emosional sangatlah penting bagi para remaja, karena kebahagiaan, ketertarikan akan kehidupan, dan perasaan puas mampu mengarahkan para remaja untuk melakukan hal-hal yang positif. Remaja yang emosinya stabil akan lebih positif dalam membentuk konsep diri, harga diri, identitas diri ataupun dalam menghadapi permasalahan (Zaff et al., 2003; Seligman, 2011; Halle, 2003; Bridges, 2003a, 2003b).

Aspek kesejahteraan sosial juga menjadi aspek yang penting dalam kesehatan mental. Mayoritas remaja (28,13%) memberikan kontribusi pada masyarakat hampir setiap hari. Memberikan kontribusi pada masyarakat akan membuat remaja merasa lebih berguna. Remaja yang memiliki rasa integrasi sosial, ia akan merasa memiliki komunitas dan mendapatkan kenyamanan. Perasaan nyaman menjadi bagian dari komunitas dialami 258 remaja (34,40%). Ciri remaja yang beraktualisasi diri adalah mempunyai kemampuan untuk menjalin hubungan yang akrab dengan orang lain. Hal ini dialami oleh 319 remaja (42,53%). Pada dimensi yang ke empat, remaja yang mendapat penerimaan sosial akan memperkuat makna keberadaannya dalam lingkungan atau masyarakat. Sebanyak 307 remaja (40,93%) mendapatkan pengakuan dan penghargaan dari orang lain sebagai bentuk penerimaan sosial. Ketika remaja merasa dirinya lebih berguna, mampu berinteraksi positif dengan orang lain, memiliki perasaan bagian dari komunitas akan melatih remaja untuk membangun empati, ketulusan, melatih coping stress, dan menjadi lebih produktif (Zaff et al., 2003; Seligman, 2011; Halle, 2003; Bridges, 2003a, 2003b). Aspek kesejahteraan psikologis lebih melihat bagaimana individu memaksimalkan fungsi dirinya. Sebanyak 40% remaja memiliki penerimaan diri yang positif, mengakui dan menerima kelebihan dan kekurangan dalam diri serta memiliki perasaan positif tentang kehidupan masa lalu. Penguasaan lingkungan digambarkan dengan kemampuan individu untuk mengatur lingkungannya, memanfaatkan kesempatan yang ada di lingkungan, menciptakan dan mengontrol lingkungan sesuai dengan kebutuhan (Ryff & Keyes, 1995). Sebanyak 319 remaja (42,53%) merasa telah mampu melakukan penguasaan lingkungan hampir setiap hari.

Sebanyak 329 remaja (43,87%) memiliki hubungan positif dengan orang lain hampir setiap hari. Individu yang memiliki hubungan positif dengan orang lain juga memiliki kepedulian terhadap kesejahteraan orang lain, dapat menunjukkan empati, afeksi, serta memahami prinsip memberi dan menerima dalam hubungan antar pribadi (Ryff & Keyes, 1995). Total 301 remaja (40,13%) merasakan pertumbuhan pribadi hampir setiap hari. Individu yang tinggi dalam dimensi pertumbuhan pribadi ditandai dengan adanya perasaan mengenai pertumbuhan yang berkesinambungan dalam dirinya, memandang diri sebagai individu yang selalu tumbuh dan

berkembang, terbuka terhadap pengalaman-pengalaman baru, memiliki kemampuan dalam menyadari potensi diri yang dimiliki, dapat merasakan peningkatan yang terjadi pada diri dan tingkah lakunya setiap waktu serta dapat berubah menjadi pribadi yang lebih efektif dan memiliki pengetahuan yang bertambah (Ryff & Keyes, 1995).

Mayoritas 259 remaja (34,53%) memiliki otonomi yang cukup tinggi ditandai dengan bebas, mampu untuk menentukan nasib sendiri, dan mengatur perilaku diri sendiri, kemampuan mandiri, tahan terhadap tekanan sosial, mampu mengevaluasi diri sendiri, dan mampu mengambil keputusan tanpa adanya campur tangan orang lain. Sebanyak 478 remaja (63,73%) memiliki tujuan hidup setiap hari yang berarti memiliki keyakinan yang memberikan tujuan hidup serta memiliki tujuan dan sasaran hidup.

Jika dilihat dari diagnosis kriteria, 577 remaja sudah dapat dikatakan sehat secara mental, yang berarti kesejahteraannya sudah berkembang dengan pesat. Namun jika dilihat dari ketiga aspek, aspek kesejahteraan sosial masih belum terlalu tinggi, sehingga hal ini dapat diartikan bahwa masih ada yang perlu ditingkatkan kaitannya dengan kesejahteraan sosial, atau hubungan dengan orang lain.

E. Kesimpulan dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat disimpulkan bahwa tingkat kesehatan mental remaja di Surabaya berada pada kategori sehat secara mental sebanyak 577 remaja (76,93%). Hal ini berarti remaja di Surabaya cukup mampu mencapai kesejahteraan namun masih perlu mengembangkan keterampilan yang berkaitan dengan kesejahteraan sosial. Sisanya berada pada kategori cukup sehat mental sebanyak 21,73%, dan pada kategori languishing atau lemah sebanyak 1,33%.

Sebagai keterbatasan penelitian, peneliti tidak membandingkan tingkat kesehatan mental remaja dengan usia, karena rentang usia remaja awal yang terlalu pendek. Peneliti juga tidak mempertimbangkan karakteristik remaja lainnya seperti remaja yang tidak tinggal bersama dengan orang tua dan status ekonomi.

Berdasarkan hasil dan kesimpulan penelitian, penelitian selanjutnya diharapkan mampu memperluas populasi dan sampel penelitian baik dari segi usia ataupun daerah penelitian. Penelitian ini perlu mempertimbangkan karakteristik remaja lainnya, seperti remaja yang tidak tinggal bersama dengan orang tua dan status ekonomi sehingga dapat menggambarkan lebih rinci tentang kesejahteraan remaja.

Daftar Pustaka

- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*(Edisi Revisi VI). Jakarta : PT Rineka Cipta
- Bizarro, L. 2006. *Adolescence psychological well-being: Effects of problems with parents*. Association Internationale de Formation et de Recherche en Education Familiale. Diunduh pada Agustus 16, 2016, http://aifref.uqam.ca/actes/pdf_ang/bizarro.pdf

- Bridges, L. J. 2003a. Coping as an element of developmental well-being. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, K. A. Moore (Eds). *Well-being: positive development across the life course*. N.J. : Lawrence Erlbaum Associates.
- Bridges, L. J. 2003b. Autonomy as an element of development well-being. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, K. A. Moore (Eds). *Well-being: positive development across the life course*. N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coram Voice. 2015. Measuring Well-Being A Literature Review. Diunduh pada Agustus 16, 2016, <http://www.coramvoice.org.uk/sites/default/files/Measuring%20Wellbeing%20FINAL.pdf>
- Eccles, J. S. 1999. The development of children age 6 to 14. *The future of children*, 9(2), 30-44. <http://dx.doi.org/10.2307/1602703>.
- Halle, T. G. 2003. Emotional development and well-being. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, K. A. Moore (Eds). *Well-being: positive development across the life course*. N.J. : Lawrence Erlbaum Associates.
- Karyani, U., Prihartanti, N., Prastiti, W.D., Lestari, R., Hertinjung, W.S., Prasetyaningrum, J., Yuwono, S., & Partini. 2015. The dimensions of student well-being. Diunduh pada Agustus 16, 2016, <http://mpsi.umm.ac.id/files/file/413-419%20Umi%20karyani.pdf>
- Keyes, C. L. 2002. The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222
- Keyes, C. L. 2009. *Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF)*. Diunduh pada Agustus 31, 2016, <http://www.sociology.emory.edu/ckeyes/>.
- Kurniastuti, I., & Azwar, S. 2015. Construction of Student Well-being Scale for 4-6th Graders. *Jurnal Psikologi*, 41(1), 1 - 16.
- Purnomowardani & Koentjoro. 2002. Pengungkapan diri, pelaku seksual dan penyalahgunaan narkoba. *Jurnal Psikologi: Universitas Indonesia*.
- Ryff, C. D. & Keyes C. L. M. 1995. The structure of psychological well-being revisited. *J. Pers. Soc. Psychol.* 69:719-27
- Seligman, M. E. P. 2011. *Flourish*. New York, NY: Simon & Schuster.
- WHO. 2014. Mental health: A state of well-being (WHO factfile, Agustus, p. 1). Geneva: WHO.
- Zaff, J. F., Smith, D. C., Rogers, M. F., Leavitt, C. H., Halle, T. G. & Bornstein, M. H. 2003. Holistic well-being and the developing child. In M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, K. A. Moore (Eds). *Well-being: positive development across the life course*. N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.