

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Internet

Internet (*Inter-Network*) adalah sebutan untuk sekumpulan jaringan komputer yang menghubungkan situs akademik, pemerintahan, komersial, organisasi, maupun perorangan (Ramadhani, 2003). Ada beberapa aktivitas yang dapat dilakukan melalui internet, seperti *surfing*, *emailing*, *downloading*, *social networking*, *blogging*, *navigating in virtual worlds*, *gaming*, *chatting*, dan lain-lain (Correa *et al.*, 2010). Internet dapat diakses melalui komputer, laptop, telepon seluler, ataupun tablet (Mascheron & Ólafsson, 2013). Dengan semakin mudahnya pengaksesan internet, pengaksesan internet juga semakin meningkat. Berdasarkan data *Global Digital Snapshot*, pengguna internet yang aktif di seluruh dunia telah mencapai sekitar 3.010 triliun jiwa (Kemp, 2015). Sebagian besar pengguna internet di seluruh dunia berasal dari kelompok umur 16-24 tahun (National Statistics, 2014).

2.2 Teori Adiksi Internet

Adiksi internet adalah keadaan dimana individu tidak mampu untuk mengontrol pengaksesan internet. Adiksi internet dapat berupa adiksi terhadap jejaring sosial, *e-mail*, pornografi, judi *online*, *game online*, *chatting*, dan lain-lain yang berhubungan dengan internet (Block, 2008). Seseorang yang pertama kali mengusulkan fenomena adiksi internet adalah seorang psikiater dari New York yang bernama Ivan Goldberg. Pada tahun 1995, Ivan Goldberg menyatakan bahwa gejala adiksi internet berhubungan dengan gejala ketergantungan zat menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (Wildt, 2011), akan tetapi Kimberly Young yang pertama kali menginvestigasi fenomena tersebut secara metodologis dan mendefinisikan adiksi internet berdasarkan kriteria *pathological gambling* menurut DSM-IV (Young, 1998). Penelitian Kimberly Young mengenai fenomena adiksi internet telah menjadi pelopor bagi peneliti lainnya (Dowling & Quirk, 2009).

Adiksi internet termasuk dalam adiksi perilaku karena dapat menunjukkan gejala-gejala, seperti *salience*, modifikasi mood, toleransi, reaksi penarikan, konflik, dan kekambuhan. *Salience* menunjukkan keadaan di mana pengaksesan internet menjadi aktivitas paling penting dalam kehidupan dan cenderung untuk mendominasi pikiran, perasaan, dan perilaku. Modifikasi mood menunjukkan adanya perubahan emosi setelah pengaksesan internet sebagai strategi koping atau sesuatu yang menyenangkan. Toleransi menunjukkan terjadi proses peningkatan intensitas pengaksesan internet

untuk mencapai efek modifikasi mood. Reaksi penarikan menunjukkan adanya perasaan dan efek fisik yang tidak menyenangkan (gemetar, *moody*, iritabel) yang terjadi ketika tidak mampu untuk mengakses internet. Konflik menunjukkan adanya perselisihan dengan orang lain ataupun dengan aktivitas lainnya. Kekambuhan menunjukkan ketergantungan untuk kembali mengulangi pengaksesan internet secara terus-menerus (Rosenberg & Feder, 2014).

2.3 Epidemiologi Adiksi Internet

Hingga sekarang pendataan prevalensi adiksi internet terkendala oleh metodologi penelitian yang berkaitan dengan diagnosis dan heterogenitas alat ukur (Jares *et al.*, 2013). Terdapat penelitian yang menuliskan prevalensi adiksi internet berdasarkan kriteria ketergantungan zat menurut DSM-IV, yang menunjukkan prevalensi adiksi internet berkisar dari 9,8 % - 15,2 % (Lavin *et al.*, 2005). Penelitian lain yang menggunakan kuesioner diagnostik Young yang merupakan modifikasi dari judi patologis, menuliskan prevalensi adiksi internet berkisar 2 % - 37,9 % (Leung, 2004).

Perbedaan budaya dan teknologi antarnegara berperan dalam prevalensi adiksi internet, hal ini terlihat pada fenomena adiksi internet dilakukan penelitian paling banyak di Asia yang menggambarkan lebih banyak orang-orang Asia yang mengalami adiksi internet. Korea Selatan merupakan negara yang paling terdampak oleh internet. Begitu pula dengan Cina, di

mana pemerintah telah membatasi jumlah jam untuk bermain permainan *online* (Block, 2008).

Fokus penelitian lebih banyak dilakukan pada anak dan remaja dibandingkan populasi dewasa, hal ini menunjukkan bahwa gangguan ini lebih banyak dialami oleh usia muda. Penelitian Brenner pada 563 pengguna internet, sedikit individu dewasa yang mengeluhkan gejala adiksi internet, dibandingkan anak dan remaja (Jares *et al.*, 2013). Beberapa peneliti menuliskan pria lebih banyak mengalami adiksi internet yang dihubungkan dengan *game*, pornografi, dan perjudian (Cash *et al.*, 2012).

Terdapat tujuh penelitian yang menggunakan kuesioner adiksi internet Young pada anak dan remaja dengan rentang usia 8-24 tahun dengan jumlah responden berkisar 1.618-17.599 (Weinstein & Lejoyeux, 2010). Didapatkan prevalensi yang bervariasi secara signifikan pada dua negara yaitu 0,8 % pelajar SMA di Italia mengalami adiksi internet (Poli & Agrimi, 2012), sedangkan di Korea Selatan berkisar 20,3 % remaja dan 13,8 % anak-anak mengalami hal yang demikian (Ha *et al.*, 2006). Prevalensi kasus adiksi internet pada remaja Asia ditemukan lebih tinggi dibandingkan dengan negara-negara barat (Kuss *et al.*, 2013).

2.4 Faktor Risiko Adiksi Internet

Dari perspektif biopsikososial, adiksi internet merupakan hasil interaksi dari banyak faktor, termasuk predisposisi biologis atau genetik, konstitusi psikologis (faktor personalitas, nir sadar, sikap, ekspektasi, *value* dan *coping mechanism*) serta lingkungan sosial (Griffiths, 2005). Integrasi dari semua faktor ini menghasilkan perilaku yang berpotensi menjadi adiksi terutama saat pengaksesan internet dilakukan secara maladaptif dan berulang (Byun *et al.*, 2009).

a. Faktor Biologis

Remaja dengan gejala ADHD secara signifikan berisiko tinggi untuk mengalami adiksi internet, hal ini disebabkan karena rasa cepat bosan, enggan untuk menunda *reward*, dan terdapat aktivitas abnormal di otak yang berkaitan dengan kelemahan dalam inhibisi perilaku. Akibatnya, timbul kontrol diri yang buruk dalam pengaksesan internet sehingga rentan terhadap adiksi internet (Rosenberg & Feder, 2014). Tidak hanya ADHD, remaja yang dengan gejala depresi, *hostility*, dan *antisocial* juga lebih berisiko untuk mengalami adiksi internet (Ko *et al.*, 2014).

Berdasarkan model neurobiologis, adiksi internet dihubungkan dengan perubahan neurotransmitter dopamin. Penelitian-penelitian menuliskan bahwa pengaksesan internet yang berlebih menyebabkan penurunan pemindahan dopamin sehingga terjadi penumpukan dopamin di celah

sinaps. Penurunan pemindahan dopamin juga terlihat pada gangguan penggunaan zat dan perilaku adiktif lainnya (Pauline, 2014). Diketahui juga bahwa adiksi mengaktifasi *rewards system* (Maté, 2010). Pelepasan dopamin terjadi pada *nucleus accumbens* (Ko *et al.*, 2009), yang merupakan *rewards system* terkait dengan adiksi. Ketika teraktivasi, terjadi peningkatan pelepasan dopamin, opiat, dan neurokimia lainnya yang mempengaruhi reseptor sehingga menimbulkan perubahan pola perilaku (American Society of Addiction Medicine, 2011).

Penggunaan teknologi digital dapat meningkatkan tahapan kesenangan terutama saat menggunakan aplikasi teknologi yang beragam, begitu juga pada pengaksesan internet, dikarenakan internet memiliki fungsi aplikasi yang beragam, seperti *general surfing*, *pornography*, *chat rooms*, *message boards*, *social networking sites*, *video games*, *email*, *texting*, dan *games*. Aktivitas ini mendukung *rewards system* otak akibat stimulasi yang bervariasi dari pengaksesan internet. Tahapan kesenangan dapat lebih meningkat lagi apabila terjadi perubahan suasana perasaan, seperti mengakses situs porno dengan melakukan stimulasi seksual, bermain *video games* dengan harapan mendapatkan penghargaan sosial, mengakses situs kencan dengan berfantasi yang romantis, bermain *online poker* dengan memiliki finansial yang berkecukupan, ataupun ikut dalam *chat room* dengan perasaan memiliki (Young & Abreu, 2010).

b. Faktor Genetik

Perilaku adiktif dan judi patologis menunjukkan heritabilitas sekitar 50 % (Slutske *et al.*, 2010). Lee *et al* meneliti hubungan antara pengaksesan internet yang berlebih dan ekspresi gen transporter serotonin. Promotor dari gen transporter serotonin (5HTTLPR) berperan dalam regulasi neurotransmitter serotonergik. Varian alel panjang homozigot (L) berhubungan dengan konsentrasi lebih tinggi mRNA serotonin dan peningkatan *reuptake* serotonin dibandingkan varian yang mengandung varian alel pendek (S). Pada individu adiksi internet terdapat *short allelic variant of the serotonin transporter gene* (SS-5HTTLPR) yang lebih tinggi sehingga *reuptake* serotonin akan berkurang. Peningkatan serotonin dapat meningkatkan rasa senang dan individu akan merasa dalam kondisi yang lebih baik dalam beraktivitas (Lee *et al.*, 2008).

c. Faktor Psikososial

Faktor psikologis yang dapat mempengaruhi meliputi karakteristik internal, *personality*, variabel sosial, dan variabel keluarga. Contoh dari karakteristik internal adalah regulasi mood, kepuasan dalam kehidupan, kesejahteraan yang rendah, kesepian, *self-esteem* yang rendah, preferensi terhadap interaksi sosial *online*, dan dampak hidup yang negatif. Contoh dari karakteristik personalitas, seperti suka mencari hal baru, penghindaran bahaya, ketergantungan, kesenangan yang rendah, rendahnya harga diri, frustrasi, introvesi, dan kesadaran yang rendah. Contoh variabel sosial, seperti adaptasi sosial, stres, prestasi akademik

yang buruk, hubungan yang buruk di sekolah, bosan, dan saudara atau teman yang minum alkohol. Contoh variabel keluarga, seperti konflik keluarga, ketidakpuasaan dalam keluarga, dan ikatan antara orang tua dan anak yang buruk (Kuss *et al.*, 2013).

Tidak hanya faktor psikologis, faktor sosial juga dapat mempengaruhi adiksi internet, seperti pendapatan yang memadai (Ak *et al.*, 2013), jenis kelamin (pria), tinggal di daerah perkotaan (Yen *et al.*, 2009), dan pendidikan SMA (Xu *et al.*, 2012). Variabel-variabel tersebut mendukung terjadinya adiksi internet (Kuss *et al.*, 2013). Selain itu, *parenting* atau pengasuhan *care giver* juga berperan terhadap terjadinya adiksi internet, seperti miskomunikasi dan kurangnya aturan dalam pengaksesan internet (Eijnden *et al.*, 2010).

Perilaku adiktif juga dapat dipicu oleh lingkungan, sebagai contoh: ketika individu mendapatkan tempat yang menyenangkan dan dapat mengakses internet secara gratis, teman-teman yang memiliki kesamaan hobi dalam *game online*, atau aktivitas lainnya yang dapat meningkatkan minat dari individu tersebut untuk mengakses internet. Perilaku adiktif juga dapat dipicu oleh pikiran dan perasaan yang negatif, seperti depresi, tidak berdaya, kesepian, tidak menarik, *self-esteem* yang buruk, dan pesimistik mengenai masa depan. Individu yang merasakan hal tersebut akan mencari cara untuk menghindari atau menanggulangi pikiran dan perasaan negatif tersebut dengan melakukan hal lain. Lama-kelamaan hal tersebut

dapat menguatkan perilaku adiktif apabila dilakukan secara terus menerus untuk mengatasi pikiran dan perasaan negatif. Perilaku adiktif sering berperan sebagai sebuah pilihan individu untuk mengatasi kebutuhan-kebutuhan yang hilang atau tidak terpenuhi sehingga individu tersebut dapat melupakan masalah untuk sementara waktu. Namun, perilaku adiktif dapat menyebabkan masalah yang dihadapi individu menjadi lebih buruk (Young, 1999).

2.5 Gejala Adiksi Internet

Gejala dari adiksi internet tidak selalu terlihat pada awal pemeriksaan, oleh karena itu klinisi perlu secara rutin untuk menilai kehadiran adiksi internet. (Kuss *et al.*, 2013). Gejala adiksi internet yang paling umum adalah penderita menghabiskan waktu secara berlebihan untuk *online*. Gangguan tersebut mendesak penderita untuk menggunakan internet ketika *offline* dan secara signifikan mengalihkan waktu dan pikirannya. Pada saat penderita mulai untuk mengurangi pengaksesan internet, penderita tersebut akan merasa cemas, iritabel, dan depresi. Ansietas dapat timbul sebelum mengakses internet dan hilang ketika berhasil mengakses internet. Adiksi internet yang berlebihan dapat menyebabkan gangguan yang signifikan pada pekerjaan, pendidikan, keluarga, atau interaksi sosial. Beberapa penderita adiksi internet tidak menganggap bahwa adiksi internet merupakan suatu masalah sehingga hanya sedikit penderita yang mencari pengobatan ke tenaga kesehatan profesional (Jares *et al.*, 2013).

2.6 Komorbiditas Adiksi Internet

Masih belum jelas adiksi internet merupakan manifestasi dari gangguan yang mendasari atau merupakan gangguan tersendiri (Weinstein & Lejoyeux, 2010). Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Dong *et al* menyatakan bahwa depresi, kecemasan, sensitivitas interpersonal, dan psikosis merupakan konsekuensi dari adiksi internet (Dong *et al.*, 2011). Banyak peneliti dan klinisi yang menganggap bahwa beragam gangguan mental dapat terjadi bersamaan dengan adiksi internet. Hingga sekarang, terdapat perbedaan pendapat mengenai adiksi internet, mana yang terjadi lebih dahulu, adiksi internet atau gangguan mental lainnya (Kratzer & Hegerl, 2008).

Komorbiditas dapat muncul antara adiksi internet dengan gangguan psikiatrik lainnya, seperti gangguan afektif, gangguan kecemasan, ADHD, penggunaan zat dan alkohol, depresi, ide bunuh diri, skizofrenia, gangguan obsesif-kompulsif, psikotik, perilaku agresif, antisosial, dan masalah psikosomatik, seperti kondisi kesehatan yang buruk, tidur yang berlebihan, kurangnya energi, disfungsi fisiologis, imunitas yang lemah, obesitas, dan penglihatan yang buruk (Kuss *et al.*, 2013). Sebuah *systematic review* menuliskan bahwa terdapat korelasi adiksi internet sebesar 75 % dengan depresi, 57 % dengan kecemasan, 100 % dengan gejala ADHD, 60 % dengan gejala obsesif-kompulsif, dan 66 % dengan *hostility* (Carli *et al.*, 2013).

Untuk menjelaskan hubungan antara adiksi internet dan gejala-gejala psikiatrik lainnya, terdapat empat mekanisme yang dapat dipertimbangkan: 1) gejala psikiatri dapat menyebabkan onset atau persistensi adiksi internet, 2) adiksi internet dapat mempercepat gejala psikiatrik, 3) adiksi internet dan gejala psikiatrik dapat meningkatkan kerentanan satu sama lain, 4) faktor risiko (genetik atau lingkungan) dapat memulai onset atau persistensi gejala psikiatrik dan adiksi internet (Yen *et al.*, 2008).

2.7 Diagnosis Adiksi Internet

Wawancara psikiatri menjadi baku emas dalam penilaian adiksi internet. Selama wawancara psikiatri, penggalian riwayat pasien dan pemeriksaan status mentalis harus lengkap. Riwayat psikiatrik harus ditelusuri secara hati-hati karena banyak gejala yang mirip dengan kriteria gangguan psikiatrik lainnya, seperti depresi berat, gangguan cemas, atau gangguan kontrol-impuls (Shaw & Black, 2008). Wawancara psikiatri meliputi faktor biopsikososial yang perlu dikaji ulang agar dapat mengerti bagaimana internet telah mempengaruhi pasien. Wawancara harus mengarah pada tingkat motivasi untuk berubah dan dampak perilaku tersebut terhadap kehidupan pasien (Beard, 2005).

Beberapa peneliti telah menyarankan beberapa kriteria untuk mendiagnosis adiksi internet. Berdasarkan kuesioner diagnostik yang dikembangkan oleh Young, individu dianggap mengalami adiksi internet apabila memenuhi

minimal lima poin dari delapan poin kriteria adiksi internet yang telah dimodifikasi dari kriteria diagnosis judi patologis (Young, 1998). Kriteria tersebut terdiri dari: 1) preokupasi terhadap internet, 2) membutuhkan waktu *online* yang lebih lama (> 40 jam/bulan), 3) usaha yang berulang untuk mengurangi pengaksesan internet, 4) reaksi penarikan ketika mengurangi pengaksesan internet, 5) bermasalah dalam manajemen waktu, 6) distres lingkungan (keluarga, sekolah, pekerjaan, dan pertemanan), 7) melakukan kebohongan mengenai waktu yang dihabiskan untuk *online*, dan 8) modifikasi mood melalui pengaksesan internet (Koç, 2011). Beard and Wolf memodifikasi kriteria Young dengan merekomendasikan lima kriteria di awal harus terpenuhi dan minimal satu dari tiga kriteria terakhir untuk mendiagnosis adiksi internet (Beard & Wolf, 2001).

Ada beberapa instrumen terstandarisasi yang telah dikembangkan untuk menilai adiksi internet (Weinstein & Lejoyeux, 2010). Salah satunya adalah *Young Internet Addiction Test*. Kuesioner tersebut didesain untuk menilai status dan tingkatan adiksi internet pada individu (Widyanto & McMurrin, 2004). Kuesioner ini telah divalidasi di banyak negara dan digunakan di beberapa penelitian epidemiologi. YIAT dikatakan lebih reliabel pada populasi yang lebih muda dan populasi yang tinggal di daerah Asia (Frangos, 2012). Untuk pengujian validitas dan reliabilitas YIAT sudah pernah diteliti di Indonesia dan menunjukkan validitas dan reliabilitas yang tinggi (Ningtyas, 2013). Sejak perkembangan dari YIAT, instrumen penilaian adiksi internet lain juga berkembang, seperti *Chen Internet Addiction Scale*,

Compulsive Internet Use Scale, Problematic Internet Use Questionnaire, Generalized Problematic Internet Use Scale, Internet-Related Addictive Behavior Inventory, dan Pathological Internet Use Scale (Jares *et al.*, 2013).

2.8 Penatalaksanaan Adiksi Internet

Penelitian mengenai penatalaksanaan farmakologis dan non-farmakologis pada adiksi internet sudah diteliti dan direkomendasikan pada pasien yang sudah ditegakkan diagnosis nya (Chakraborty *et al.*, 2010).

Adiksi internet memiliki dimensi biologis, maka obat, seperti obat antidepresan (amitriptilin, imipramine), antiansietas (diazepam, klorazepat) atau antipsikotik (klorpromazin, trifluoproazin, haloperidol) dapat membantu mengurangi gejala. Untuk sejauh ini penelitian mengenai pengobatan farmakologis yang telah diketahui keefektivannya untuk mengurangi gejala adiksi internet adalah Escitalopram (Atmaca, 2007) dan Bupropion (Han & Renshaw, 2012).

Untuk terapi non-farmakologis, *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) adalah salah satu terapi yang telah diuji efektif pada pasien adiksi internet. CBT membantu pasien untuk mengenali kognisi yang maladaptif, memodifikasi, dan merekonstruksi kognisi adaptif. CBT dapat diberikan pada pasien berusia minimal 8 tahun. Pasien diajarkan untuk memonitor pikiran mereka dan mengidentifikasi apa yang dapat memicu perasaan dan tindakan adiktif

sambil pasien juga mempelajari kemampuan koping dan cara untuk mencegah kekambuhan (Young, 2009). CBT diberikan sebanyak 12 sesi selama 6 bulan. Selama pengobatan hingga 6 bulan, pasien bertambah motivasinya untuk keluar dari perilaku yang bermasalah, isolasi sosial, disfungsi seksual, dan dapat memanajemen waktu *online* dengan baik (Young, 2007).

2.9 Dampak Negatif dari Adiksi Internet

Terdapat banyak dampak negatif yang dapat ditimbulkan dari adiksi internet. Pada penelitian ini lebih difokuskan menjadi masalah emosi, masalah perilaku, hiperkativitas, dan masalah dengan sesama yang dapat mencerminkan terjadinya gangguan mental emosional dan perilaku.

a. Masalah Emosi

Banyak pengguna internet yang menggunakan internet lebih lama ketika merasa terisolasi atau depresi (Shuhail & Bergess, 2006). Apabila sudah menjadi adiksi, individu akan mengalami kesulitan untuk mengontrol emosi dan cara berpikir (Young, 2008). Individu dapat mengalami iritabilitas, kecemasan, semangat yang rendah untuk melakukan aktivitas lain, dan memiliki keinginan berlebih untuk terkoneksi dengan internet disaat mereka melakukan aktivitas yang lain. Individu tersebut merasa bahwa untuk mengurangi masalah dan stres yang dihadapi adalah dengan menggunakan internet (Ferraro *et al.*, 2007).

b. Masalah Perilaku

Individu yang mengalami adiksi internet dapat mengalami masalah perilaku dan bereaksi berbeda daripada perilaku normal yang biasanya dilakukan (Kubey *et al.*, 2001), hal ini terlihat dengan terjadinya toleransi, manajemen waktu yang tidak optimal, pengaksesan internet hingga larut malam, dan penurunan prestasi akademik (Shuhail & Bergess, 2006). Individu tersebut juga kurang memperhatikan pola hidup yang sehat; menghindari sarapan, diet tidak sehat, tidak berolahraga, dan pola tidur yang buruk. Biasanya individu yang mengalami kecanduan internet memiliki BMI > 25 dan mengalami hipersomnia (> 10 jam/hari). Efek jangka panjang apabila hal ini terus dilakukan adalah terjadi kelemahan dan penurunan sistem imun tubuh sehingga individu akan mudah terserang penyakit (Jean *et al.*, 2010).

c. Hiperaktivitas

Hiperaktivitas adalah keadaan aktivitas berlebih yang bermanifestasi menjadi tindakan impulsif dan gerakan yang berlebihan. Hiperaktivitas dalam adiksi internet terlihat dari pengaksesan internet yang berlebih. Dominasi waktu sehari-harinya dilakukan untuk mengakses internet dan cenderung mengabaikan aktivitas lainnya (Young, 2008), hal ini diakibatkan oleh aktivitas abnormal di otak yang berhubungan dengan inhibisi adiksi yang melemah. Kelemahan kontrol diri membuat individu menjadi semakin sulit untuk mengontrol pengaksesan internet. Di dunia kerja, hiperaktivitas dalam pengaksesan internet berakibat penurunan

produktivitas kerja dan menunda tugas pekerjaan yang penting. Pengaksesan internet yang cenderung ditujukan untuk kepentingan personal selama jam-jam kerja menyebabkan individu harus bekerja lebih ekstra ketika mendekati *deadline* (Young, 2010).

d. Masalah dengan sesama

Dampak negatif dari adiksi internet juga terlihat pada konflik hubungan interpersonal di mana hubungan individu menjadi jauh dengan lingkungannya, termasuk dengan keluarga. Sebanyak 50 % responden mendapat keluhan dari anggota keluarganya akibat *online* yang terlalu lama. Pengguna internet biasanya menggunakan internet untuk kepentingan sosial sehingga hubungan dengan teman-teman *online* menjadi kuat, akan tetapi hubungan kontak langsung justru menjadi lemah (Shuhail & Bergees, 2006).

2.10 Teori Perilaku dan Emosi

Emosi merupakan setiap kegiatan atau pergolakan pikiran, perasaan dan keinginan, baik itu bersifat positif atau negatif (Hamzah, 2008). Proses pembentukan emosi melibatkan faktor psikologis maupun faktor fisiologis. Pandangan teori kognitif menyebutkan emosi lebih banyak ditentukan oleh hasil interpretasi individu terhadap sebuah peristiwa. Kebangkitan emosi pertama kali muncul akibat adanya stimulus atau sebuah peristiwa, yang bisa netral, positif, ataupun negatif. Stimulus tersebut kemudian ditangkap oleh

reseptor, lalu melalui otak, diinterpretasikan kejadian tersebut sesuai dengan kondisi pengalaman dan kebiasaan dalam mempersepsikan sebuah kejadian. Interpretasi yang dibuat kemudian memunculkan perubahan secara internal dalam tubuh. Perubahan tersebut misalnya napas tersengal, mata memerah, keluar air mata, dada menjadi sesak, perubahan raut wajah, intonasi suara, cara menatap dan perubahan tekanan darah (Hude, 2002).

Perilaku adalah tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsangan atau lingkungan (Kemdikbud, 2015). Perilaku manusia merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan. Dengan kata lain, perilaku merupakan respon atau reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Sarwono, 2004).

Perilaku pada manusia terbentuk karena adanya kebutuhan-kebutuhan yang harus dipenuhi. Menurut Abraham Harold Maslow, manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yakni:

- a. Kebutuhan fisiologis atau biologis, yang merupakan kebutuhan pokok utama, yaitu H_2 , H_2O , cairan elektrolit, makanan dan seks. Apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi akan terjadi ketidakseimbangan fisiologis.
- b. Kebutuhan rasa aman, misalnya: terhindar dari pencurian, konflik, rasa sakit, dan penyakit.
- c. Kebutuhan mencintai dan dicintai, misalnya: mendambakan kasih sayang dari orang tua teman, dan kekasih.

- d. Kebutuhan harga diri, misalnya: ingin dihargai, diperhatikan orang lain, dan saling menghargai.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri, misalnya: ingin dipuji atau disanjung, ingin sukses, dan ingin menonjol daripada yang lain (Maslow, 1987).

2.11 Perkembangan Emosi dan Perilaku pada Remaja

Remaja merupakan masa peralihan dari anak-anak menuju dewasa. Remaja pada masa ini mengalami masa pubertas yaitu terjadinya pertumbuhan yang cepat, timbul ciri-ciri seks sekunder, dan tercapai fertilitas (Nelson, 2011). Perubahan psikososial yang menyertai pubertas pada remaja dimulai dalam kehidupan individu di mana masyarakat tidak lagi memandang individu sebagai seorang anak, tetapi juga belum diakui sebagai seorang dewasa dengan segala hak dan kewajibannya (Batubara, 2010).

Pada masa remaja, kepekaan emosi biasanya meningkat, sehingga rangsangan sedikit saja sudah menimbulkan luapan emosi yang besar, misalnya menjadi mudah marah atau mudah menangis (Marheni, 2004). Masa remaja didominasi oleh peran emosi, hal ini dapat dilihat dari ciri emosi remaja yang mudah mengalami depresi (sedih dan putus asa), kemudian melawan dan memberontak. Selain itu, remaja juga bersemangat untuk ingin tahu, agresif, mudah terangsang, dan mempunyai loyalitas tinggi kalau sudah menyukai sesuatu atau individu (Sarwono, 2003).

Selain itu, remaja berusaha untuk mampu membina hubungan lebih matang dengan teman sebaya. Berbeda halnya dengan masa kanak-kanak, hubungan teman sebaya remaja lebih didasari pada hubungan persahabatan. Sebagian besar waktunya dihabiskan untuk bergaul atau berhubungan dengan teman sebaya. Karena remaja lebih banyak berada di luar rumah bersama dengan teman-teman sebaya sebagai kelompok, maka dapatlah dimengerti bahwa pengaruh teman-teman sebaya pada sikap, pembicaraan, minat, penampilan dan perilaku lebih menjelaskan dari pada pengaruh keluarga (El-Idhami, 2005).

Perkembangan remaja dalam perjalanannya dibagi menjadi tiga fase:

a. Remaja awal (10-13 tahun)

Remaja pada masa ini mengalami pertumbuhan fisik dan seksual dengan cepat. Pikiran difokuskan pada keberadaanya dan pada kelompok sebaya. Identitas terutama difokuskan pada perubahan fisik dan perhatian pada keadaan normal. Perilaku seksual remaja pada masa ini lebih bersifat menyelidiki dan tidak membedakan sehingga kontak fisik dengan teman sebaya adalah normal. Remaja pada masa ini berusaha untuk tidak bergantung pada orang lain. Rasa penasaran yang tinggi atas diri sendiri menyebabkan remaja membutuhkan privasi.

b. Remaja pertengahan (14-16 tahun)

Remaja pada fase ini mengalami masa sukar baik untuk dirinya sendiri maupun orang dewasa yang berinteraksi dengan dirinya. Proses kognitif

remaja pada masa ini lebih rumit. Melalui pemikiran operasional formal, remaja pertengahan mulai bereksperimen dengan ide, memikirkan apa yang dapat dibuat dengan barang barang yang ada, mengembangkan wawasan, dan merefleksikan perasaan kepada orang lain. Remaja pada fase ini berfokus pada masalah identitas yang tidak terbatas pada aspek fisik tubuh. Remaja pada fase ini mulai bereksperimen secara seksual, ikut serta dalam perilaku berisiko, dan mulai mengembangkan pekerjaan di luar rumah. Usaha remaja fase pertengahan untuk tidak bergantung, menguji batas kemampuan, dan keperluan otonomi mencapai maksimal mengakibatkan berbagai permasalahan yang dengan orang tua, guru, maupun figur yang lain.

c. Remaja akhir (17-19 tahun)

Remaja pada fase ini ditandai dengan pemikiran operasional formal penuh, termasuk pemikiran mengenai masa depan baik itu pendidikan, kejuruan, dan seksual. Remaja akhir biasanya lebih berkomitmen pada pasangan seksualnya daripada remaja pertengahan. Kecemasan karena perpisahan yang tidak tuntas dari fase sebelumnya dapat muncul pada fase ini ketika mengalami perpisahan fisik dengan keluarganya (Spano, 2004).

2.12 Gangguan mental emosional dan perilaku Remaja

Gangguan mental emosional dan perilaku didefinisikan sebagai sesuatu yang menghambat, merintangi, atau mempersulit remaja dalam usahanya menyesuaikan diri dengan lingkungan dan pengalaman-pengalamannya. Gangguan tersebut dibagi menjadi dua kategori, yaitu internalisasi dan eksternalisasi.

1) Gambaran internalisasi :

- Temperamen bingung/cemas
- Khawatir berlebihan
- Pemikiran pesimistis
- Perilaku menarik diri
- Kesulitan menjalin hubungan dengan teman sebaya (terisolasi, menolak, *bullied*)

2) Gambaran eksternalisasi:

- Temperamen sulit
- Ketidakmampuan memecahkan masalah
- Gangguan perhatian, hiperaktivitas
- Perilaku menentang (tidak suka ditegur/diberi masukan positif, tidak mau ikut aturan)
- Perilaku agresif (Damayanti, 2011).

2.13 Faktor yang Mempengaruhi Emosi dan Perilaku Remaja

Terdapat dua faktor yang dapat mempengaruhi perilaku dan emosi remaja, yaitu faktor protektif dan faktor risiko. Faktor protektif dan faktor risiko akan berinteraksi satu sama lain dengan hasil akhir berupa terjadi atau tidaknya masalah emosi atau perilaku, atau gangguan mental di kemudian hari.

a. Faktor Risiko

Faktor risiko yang disertai kerentanan psikososial dan ketahanan yang buruk pada seorang remaja akan memicu terjadinya gangguan mental emosional dan perilaku yang khas pada seorang remaja. Faktor risiko meliputi:

1) Faktor Individu

Berbagai gangguan mental yang mempunyai latar belakang genetik, seperti gangguan tingkah laku, gangguan kepribadian, dan gangguan psikologik lainnya. Kurangnya kemampuan keterampilan sosial seperti menghadapi rasa takut, rendah diri, dan rasa tertekan juga dapat mempengaruhi.

2) Faktor Keluarga

Ketidakharmonisan antara orang tua, orang tua yang menyalahgunakan zat, orang tua yang mengalami gangguan mental, pola asuh orang tua yang cenderung tidak empatik, otoriter, tidak disiplin, dan *overprotective*.

3) Faktor Sekolah

Physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, dan neglect.

Diantara bentuk-bentuk kekerasan tersebut yang paling sering dialami adalah *emotional abuse*. Bentuk umum dari *emotional abuse* adalah *verbal abuse*, seperti mengancam, mengkritik, membentak, memarahi, dan memaki dengan mengeluarkan kata-kata yang tidak pantas.

4) Faktor Peristiwa Hidup

Kesulitan transisi sekolah, anggota keluarga yang meninggal, trauma emosional, perceraian orang tua, dan penyakit kronik pada remaja.

5) Faktor Sosial

Diskriminasi, isolasi, masalah sosial ekonomi (kemiskinan, pengangguran), dan kurangnya akses ke pelayanan sosial.

b. Faktor protektif

Faktor protektif merupakan faktor yang memodifikasi, merubah, atau menjadikan respons individu menjadi lebih kuat menghadapi berbagai macam tantangan yang datang dari lingkungannya. Yang termasuk faktor protektif, yaitu:

1) Faktor individu

Temperamen mudah, kemampuan sosial dan emosional yang baik serta gaya hidup optimistik.

2) Faktor Keluarga

Keharmonisan keluarga, dukungan keluarga, dan hubungan kekeluargaan yang tinggi.

3) Faktor Sekolah

Suasana sekolah yang kondusif atau positif sehingga menimbulkan rasa memiliki dan hubungan yang baik dengan pihak sekolah.

4) Faktor Peristiwa Hidup

Dukungan dari berbagai pihak yang selalu ada bila dibutuhkan.

5) Faktor Sosial

Berpartisipasi dalam organisasi, keamanan ekonomi, dan kekuatan sosial budaya (IDAI, 2010b).

2.14 Penilaian Gangguan Mental Emosional dan Perilaku

Gangguan mental emosional dan perilaku dapat dinilai dengan salah satu kuesioner yang sudah diteliti yaitu *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). SDQ merupakan kuesioner untuk skrining perilaku anak dan remaja yang berusia 4-17 tahun, yang praktis, ekonomis dan mudah digunakan oleh klinisi, orang tua, maupun guru. Kuesioner SDQ dapat diisi sendiri oleh anak usia 11-17 tahun, sedangkan untuk anak usia kurang dari 11 tahun selain diisi sendiri oleh anak tersebut, kuesioner juga diisi oleh orang tua atau guru anak tersebut.

Di dalam penilaian SDQ, terdapat 25 poin penilaian aspek psikologi yang dibagi menjadi lima bagian, yaitu: masalah emosional, masalah *conduct*, hiperaktivitas atau inatensi, masalah hubungan antar sesama, dan perilaku sosial. Masing-masing bagian tersebut terdiri dari lima pertanyaan. Setiap pertanyaan mengandung 3 tiga jawaban, yaitu: tidak benar, agak benar, dan benar yang dapat dipilih oleh pengisi kuesioner dengan cara memberi tanda pada pernyataan yang sesuai. Setelah kuesioner terisi, jawaban diberi skor sesuai kelompok bagiannya masing-masing sesuai dengan nilai yang telah ditentukan. Kemudian dapat diinterpretasikan menjadi: normal, *borderline*, atau abnormal.

Pada penggunaan kuesioner SDQ dapat dinilai secara global atau keseluruhan dengan menggabungkan nilai dari masalah emosional, masalah *conduct*, hiperaktivitas/inatensi, dan masalah hubungan antar sesama, penilaian global tersebut dapat menghasilkan *total difficulties score* yang mencerminkan gangguan mental emosional dan perilaku, sedangkan skala *prosocial behaviour score* menghasilkan *total strength score* yang menunjukkan faktor protektif terhadap gangguan mental emosional dan perilaku (Wiguna *et al.*, 2010).

Beberapa manfaat SDQ antara lain digunakan pada pelayanan kesehatan untuk menilai gangguan mental pada anak dan remaja, evaluasi sebelum dan sesudah intervensi, pengambilan data dasar epidemiologi atau pemetaan masalah remaja, alat bantu penelitian di bidang perkembangan, genetik,

sosial, klinis, dan pendidikan. SDQ juga dapat digunakan sebagai skrining gangguan tingkah laku pada suatu komunitas umum, sekolah, maupun pasien anak dan remaja (Brøndbo *et al.*, 2011).

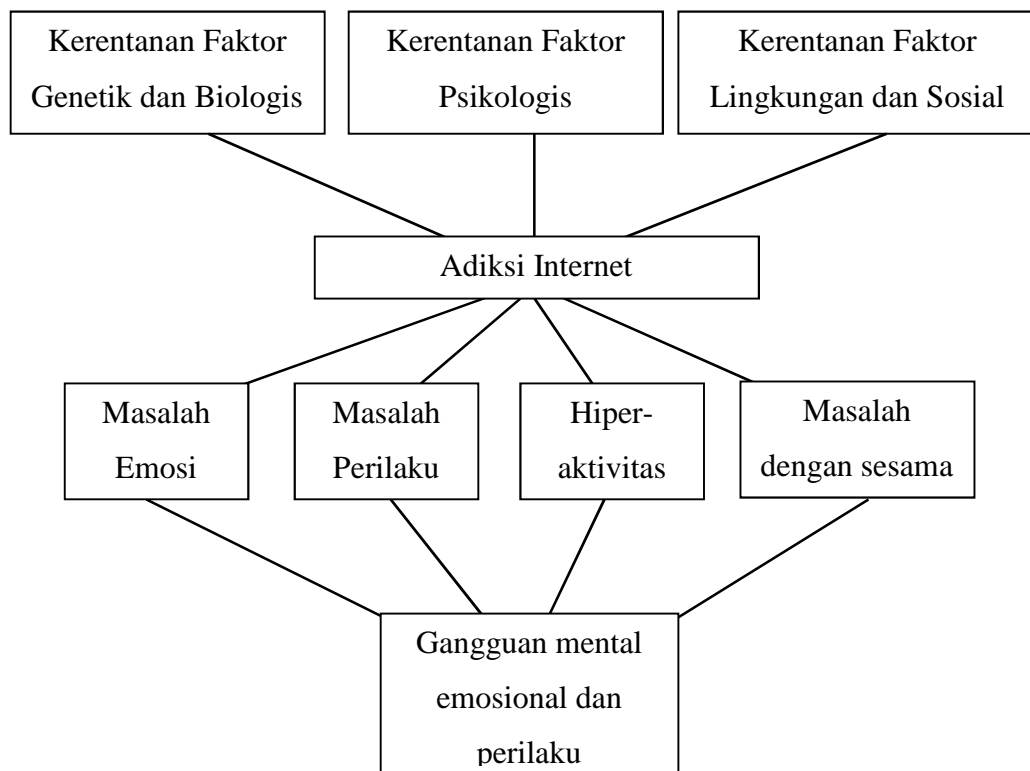
Berdasarkan hasil penelitian, psikometri SDQ tergolong memuaskan. SDQ sensitif dan spesifik jika digunakan sebagai instrumen skrining gangguan tingkah laku (Oktaviana & Wimbari, 2014). SDQ mempunyai sensitivitas sebesar 85 % dan spesifisitas sebesar 80 % sehingga dapat digunakan untuk dapat mengetahui secara spesifik masalah-masalah psikiatri (IDAI, 2010a).

2.15 Kerangka Teori

Adiksi internet merupakan keadaan dimana terjadi ketidakmampuan individu untuk mengontrol pengaksesan internet (Block, 2008). Dari perspektif biopsikososial, adiksi internet merupakan hasil dari interaksi antara banyak faktor, termasuk predisposisi biologis atau genetik, konstitusi psikologis, lingkungan, dan sosial (Griffiths, 2005). Intergrasi dari semua faktor ini menghasilkan perilaku yang berpotensi menjadi adiksi terutama pengaksesan internet dilakukan secara maladaptif dan repetitif (Byun *et al.*, 2009).

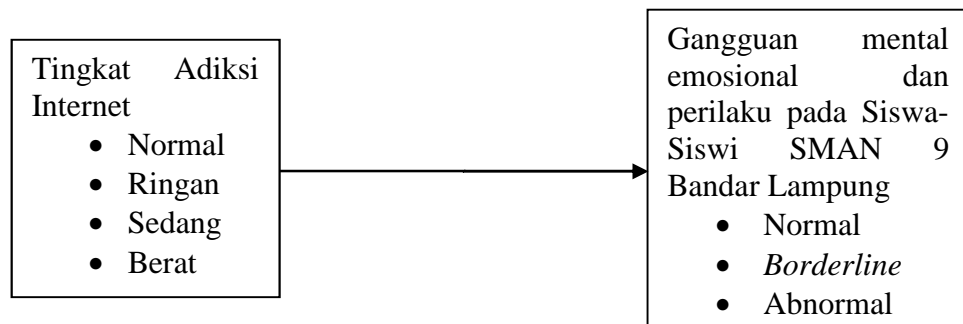
Terdapat banyak dampak negatif yang timbul dari adiksi internet. Pada penelitian ini lebih difokuskan menjadi masalah emosi (iritabilitas, cemas, mood yang rendah untuk melakukan aktivitas lain), masalah perilaku

(toleransi, manajemen waktu yang tidak optimal, pengaksesan internet hingga larut malam, pola hidup tidak sehat), hiperaktivitas (tingginya tingkat aktivitas akses internet dan mengabaikan aktivitas lainnya), dan masalah dengan sesama (hubungan individu menjadi jauh dengan lingkungannya, termasuk dengan keluarga) (Khazaal, 2012). Keempat masalah tersebut mencerminkan gangguan mental emosional dan perilaku dan dapat dinilai dengan SDQ (Wiguna *et al.*, 2010).



Gambar 1. Kerangka Teori

2.16 Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

2.17 Hipotesis

Terdapat hubungan tingkat adiksi internet dengan gangguan mental emosional dan perilaku pada siswa-siswi SMAN 9 Bandar Lampung.