

IDENTIFIKASI JENIS LAYANAN BK DALAM UPAYA MENJAGA DAN MENINGKATKAN KESEHATAN MENTAL SISWA

Qonita Ali¹, Usmi Karyani²
Universitas Muhammadiyah Surakarta ^{1,2}
qonitaali@icloud.com¹
uk257@ums.ac.id²

Permasalahan kesehatan mental banyak terjadi pada anak-anak dan remaja. Pada tahap ini anak dan remaja banyak menghabiskan waktu di sekolah sebagai seorang siswa. Sekolah menyediakan layanan bimbingan dan konseling (BK) untuk mencegah peningkatan permasalahan kesehatan mental dan membantu siswa yang memiliki masalah kesehatan mental. Tujuan dari penelitian mix-methods eksplanatori sekuensial ini untuk mengidentifikasi kesesuaian antara layanan BK yang disediakan sekolah dengan yang dibutuhkan siswa. Data kualitatif didapat dari guru BK dan Kepala Sekolah yang mengisikan kuesioner terbuka. Data kuantitatif diperoleh melalui pengisian Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) oleh 170 siswa. Data kualitatif dianalisis menggunakan teknik deskriptif-naratif dan data kuantitatif dianalisis menggunakan chi-square. Hasil dari guru BK dan Kepala Sekolah menunjukkan bahwa sekolah telah menyediakan semua jenis layanan BK, layanan universal, targeted dan universal. Namun, pihak sekolah belum menerapkan pengetahuan yang dimiliki kedalam program-program layanan BK. Hal ini dibuktikan dari perolehan angka yang menunjukkan bahwa 61.67% siswa memiliki setidaknya satu permasalahan kesehatan mental. Hasil dari SDQ menunjukkan pada setiap aspeknya terdapat lebih dari 10% siswa yang memiliki masalah. Sehingga dapat disimpulkan bahwa program layanan BK yang disediakan belum sesuai dengan kebutuhan siswa.

Kata kunci : *bimbingan dan konseling, kesehatan mental, sekolah.*

PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa atau mental menurut UU No. 18/2014 adalah "kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya". Individu dengan mental yang sehat tidak akan mudah terganggu saat menghadapi tekanan-tekanan dari dalam maupun luar dirinya [stressor] (Komisi Nasional Hak Asasi Manusia, 2009). WHO (2004) menuliskan dalam laporannya, bahwa pada tahun 2001 terdapat tidak kurang dari 450 juta penduduk dunia menderita

kesehatan mental. WHO (2004) memperkirakan bahwa pada tahun 2020 kondisi neuropsikiatri akan mencapai 15% dari kecacatan di seluruh dunia. Studi dari *World Bank* menemukan bahwa 8.1% penduduk di negara-negara yang didata oleh badan Kesehatan Global Masyarakat (*Global Burden Disease*) mengalami gangguan jiwa (Wirnata, dalam Sari & Istichomah, 2015).

Kesehatan mental merupakan masalah penting yang masih dianggap *enteng* bagi masyarakat Indonesia. Pentingnya kesehatan mental ini dibuktikan dengan peringatan Hari Kesehatan Mental Sedunia setiap tahunnya pada tanggal 10 Oktober. *British Broadcasting Corporation* (BBC)

Indonesia memaparkan peningkatan jumlah penderita kesehatan mental di Indonesia secara tidak disadari mengalami lonjakan drastis karena, namun hingga kini masih banyak orang yang tidak memahami masalah ini (Safitri, 2011). Masyarakat Indonesia sendiri memiliki kondisi kesehatan mental yang memprihatinkan dan menjadi masalah yang sangat serius. Hal ini dibuktikan dengan prosentase sebesar 14,3% atau +57.000 kasus pemasangan yang terjadi terhadap penderita gangguan mental (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Menurut Daradjat (2001) kesehatan mental adalah keadaan seseorang yang tidak memiliki gejala-gejala gangguan jiwa maupun gejala-gejala penyakit jiwa. Semiun (2006) mendefinisikan dari kalangan psikiater bahwa kesehatan mental adalah keadaan dimana seseorang yang menguasai dan mengatasi segala perasaan dalam hidupnya sehingga tidak menimbulkan masalah kesehatan mental. Pieper dan Uden (2006) menjabarkan kesehatan mental merupakan keadaan dimana seseorang terbebas dari perasaan bersalah terhadap dirinya sendiri, dapat menerima kekurangan atau kelemahan, mampu menyelesaikan masalah, memiliki kepuasan dalam kehidupan sosialnya, bahagia serta memiliki estimasi yang realistis terhadap dirinya sendiri. Kesehatan mental menurut Kaplan dan Sadock (dalam Malekirad, Fathi, Bishak, Azammofidi, & Rahzani, 2013) adalah memiliki makna saat seseorang melakukan interaksi sosial dan dapat merasakan makna tersebut.

Selain itu, bentuk lain dari kesehatan mental adalah kepribadian yang berfungsi maksimal yang dicetuskan oleh Car Roger sebagai konsep *fully functioning* (Pieper & Uden, 2006). Notosoedirjo dan

Latipun (2005) menjabarkan beberapa mendefinisikan kesehatan mental (*mental hygiene*) sebagai berikut:

- a. Sehat mental karena tidak mengalami gangguan mental
- b. Sehat mental jika tidak sakit akibat adanya *stressor*
- c. Sehat mental jika sejalan dengan kapasitasnya dan selaras dengan lingkungannya
- d. Sehat mental karena tumbuh dan berkembang secara positif

Frank (dalam Notosudirjo & Latipun, 2005) mengemukakan bahwa kesehatan mental adalah seseorang yang terus menerus tumbuh, berkembang dan matang dalam hidupnya, bertanggungjawab, dapat menyesuaikan dalam berpartisipasi pada aturan sosial dan budayanya. Sedangkan Jahoda (dalam Jaelani, 2000) berpendapat bahwa kesehatan mental bukan hanya seorang yang terbebas dari gejala-gejala gangguan mental tetapi juga bericirikan sebagai berikut:

- 1) Mengetahui dirinya dengan baik.
- 2) Mengalami pertumbuhan, perkembangan, dan perwujudan diri dengan baik.
- 3) Seimbang mentalnya, memiliki kesatuan pandangan, dan kebal terhadap *stressor*.
- 4) Otonomi diri yang mencakup unsur-unsur pengatur kelakuan dari dalam atau kelakuan-kelakuan bebas.
- 5) Realistis, bebas dari penyimpangan kebutuhan, dapat berempati dan peka terhadap lingkungan sosial.
- 6) Mampu menguasai lingkungan dan berintegrasi dengan baik.

Kesehatan mental dapat diartikan sebagai keadaan psikologi yang baik sehingga dapat merefleksikan *self-perceptions* individu (perasaan dan

pemikiran) terkait dalam memenuhi 3 area kebutuhan psikologis (Morrison & Peterson, 2013). 3 area tersebut adalah *relatedness, competency and autonomy*. WHO (Tumanggor, 2002) telah menetapkan ciri-ciri seseorang orang yang dianggap sehat mentalnya. Adapun ciri-ciri mental sehat tersebut adalah:

- 1) dapat menyesuaikan diri,
- 2) memiliki kepribadian utuh/kokoh,
- 3) bebas dari rasa gagal, pertentangan batin, kecemasan dan tekanan,
- 4) *normatif*, semua sikap dan tingkah laku yang dilahirkannya tidak ada yang lolos dari jaringan Nilai/Adat/Agama/Peraturan/UU,
- 5) bertanggung jawab,
- 6) terdapatnya kematangan dalam melakukan suatu sikap dan tingkah laku-tingkah laku itu dijalankan penuh pertimbangan,
- 7) mandiri atas segala tugas-tugas atau kewajiban yang menjadi bebannya, tanpa suka memikul bebannya kepada orang lain secara tidak terpaksa,
- 8) dapat mengambil keputusan dengan baik.

Berdasarkan pendapat dari ahli tersebut, dapat disimpulkan bahwa kesehatan mental merupakan keadaan dimana seorang individu terhindar atau terbebas dari gejala-gejala penyakit atau gangguan jiwa, fisik maupun pikiran. Individu yang sehat mentaknya akan dapat melakukan interaksi sosial dengan baik, bahagia, dapat menyesuaikan diri, bisa mengambil keputusan, bertanggung jawab, dan berfungsi sepenuhnya.

Ada beberapa faktor yang berkontribusi terhadap tingkat kesehatan mental yakni faktor yang mempengaruhi kesehatan mental adalah biologis, psikologis, lingkungan dan sosial budaya (Tambunan, 2010). Faktor-faktor ini dapat dispesifikan seperti keadaan

individu secara biologis, keturunan, pengalaman, proses belajar, kebutuhan, interaksi sosial, perubahan-perubahan, serta lingkungan sekitar individu.

Ikatan Dokter Anak Indonesia (Wiguna, 2013) menyatakan bahwa jumlah remaja sebesar 29% dari keseluruhan penduduk dunia dan sebagian besar (80%) tinggal di negara berkembang. Pada tahun 2005 sensus jumlah remaja usia 10-19 tahun di Indonesia adalah 41 juta orang, 20% % dari jumlah total penduduk Indonesia dalam tahun yang sama (Badan Pusat Statistik [BPS], 2010). Kemudian, pada tahun 2014 BPS mencatat peningkatan jumlah penduduk di Indonesia menjadi sebesar 252,04 juta dan sebanyak 61,83 juta jiwa atau sekitar 24,53% adalah remaja (Badan Pusan Statistik, 2014).

Riset Kesehatan Dasar [Rikerdas] oleh Kementerian Kesehatan RI (2015) mencatatkan pada tahun 2013 terdapat 6% dari prevalensi gangguan mental emosional (gejala-gejala depresi dan kecemasan) adalah remaja berusia 15 tahun ke atas. *National Alliance on Mental Illness* (Mental Health Facts & Teens, 2016) menjelaskan bahwa 50% permasalahan kesehatan mental permanen dimulai dari usia 14 tahun. Frydenberg (Akerman, dkk., 2010) mencatat dari penelitian sebelumnya, faktor utama dari penyebab permasalahan kesehatan mental pada remaja adalah kesuksesan dan keberhasilan di sekolah, hubungan pertemanan dan keluarga, serta masalah sosial seperti; lingkungan, kemiskinan, dan tidak memiliki pekerjaan.

Permasalahan yang terjadi dalam proses perkembangan remaja jika tidak terselesaikan dengan baik dapat menyebabkan masalah kesehatan mental. Permasalahan tersebut dapat berasal dari dalam maupun luar diri

remaja tersebut. Permasalahan kesehatan mental pada siswa yang terjadi banyak disebabkan oleh kesulitan belajar, kenakalan remaja dan masalah perilaku seksual (Davison, Neale, & Kring, 2010). Marin dan Brown menjabarkan dalam *Child Trends Research Brief* (2008) bahwa lingkungan sekolah dapat mempengaruhi kesehatan mental siswa melalui pembelajaran dan stres-sosial yang dialami siswa. Namun, sekolah adalah tempat dimana kesehatan mental dapat diidentifikasi dengan adanya pendampingan dari guru untuk mendapatkan penanganan yang tepat.

Tugas seorang guru di sekolah, sesuai dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1989 Pasal 1 Ayat 8, adalah membimbing, mengajar dan/atau melatih peserta didik (Sistem Pendidikan Nasional, n.d.). Terdapat 2 teknik yang dapat digunakan dalam pemberian layanan BK, yaitu pendekatan secara kelompok dan individual (Tohirin, 2007).

Pada sistem pendidikan, BK merupakan salah satu bagian integral yang sangat penting. Tanpa BK, penyelenggaraan pendidikan di sekolah tidak dapat berhasil secara maksimal. Sesuai dengan UU Republik Indonesia No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, UU RI No. 14 Tahun 2005 mengenai Guru dan Dosen, dan Permendikbud RI No. 111 Tahun 2014 tentang BK pada Pendidikan Dasar dan Menengah (Samino, 2015). Layanan ini bertujuan untuk membantu semua siswa agar mencapai tugas-tugas perkembangan secara normal, memiliki mental yang sehat, dan memperoleh keterampilan dasar hidupnya (Pengawas Sekolah Pendidikan Menengah, 2008). Layanan BK dapat dibedakan menjadi 3 jenis yakni:

a. Intervensi Universal

Layanan ini ditujukan pada siswa-siswa secara umum dan keseluruhan tanpa ada ciri atau gejala khusus (Centre for Community Child Health, 2006) dan efektif bagi siswa yang rentang (Reeves, Brock, & Cowan, 2008). Layanan ini bersifat pencegahan dan proaktif yang ditujukan untuk pemberian kebutuhan dasar siswa (Center for Mental Health in Schools UCLA, 2011). Layanan universal dapat diberikan dengan menciptakan suasana yang aman dan mendukung untuk semua siswa agar dapat menjalani kegiatan di sekolah dengan baik (National Association of School Psychologists [NASP], 2015). Kegiatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Pendidikan kesehatan secara umum
- 2) Program pembelajaran mengenai sosial dan emosi
- 3) Program rekreasi / *outbound*
- 4) *Homevisit*
- 5) Pendidikan mengenai zat adiktif dan alkohol
- 6) Pemberian dukungan pada siswa yang mengalami transisi
- 7) Pembekalan ketrampilan
- 8) UKS
- 9) *Screening*
- 10) Memonitoring progres pada siswa

b. Intervensi Targeted

Intervensi ini menyediakan layanan pada siswa yang memiliki gejala-gejala yang tampak (Centre for Community Child Health, 2006). Intervensi tahap kedua ini bisa dilakukan di dalam ataupun di luar kelas dengan sistematis selama 20-30 menit selama 4 sampai 6 minggu. Intervensi *targeted* bersifat moderate dan merupakan layanan jangka pendek (Center for Mental Health in Schools UCLA, 2011). Kegiatan layanan ini dapat dijalankan melalui program seperti berikut:

- 1) Konseling zat adiktif

- 2) Pencegahan kehamilan diluar pernikahan
- 3) Pencegahan kekerasan
- 4) Pencegahan pembentukan *gang*
- 5) Pencegahan *dropout*
- 6) Pencegahan bunuh diri
- 7) Program kerja
- 8) Membuat program-program sesuai hasil *screening*.

c. Intervensi Intensif

Layanan intervensi intensif diberikan kepada siswa yang memiliki permasalahan akut, seperti; kesehatan secara fisik, kesehatan mental, penyalahgunaan obat-obtan terlarang, kriminalitas dan lain-lain (Centre for Community Child Health, 2006). Intervensi pada tahap ini diberikan untuk jangka lama dan intensitas yang lebih tinggi dan sistematis dari pada intervensi tahap kedua (Center for Mental Health in Schools UCLA, 2011).

Kesehatan mental pada siswa dapat dideteksi sejak dini melalui pengisian *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). SDQ merupakan skala untuk *menscreening* kesehatan mental pada anak usia 3-16 tahun yang dapat digunakan oleh orang tua, guru, dan anak-anak. SDQ telah digunakan secara luas untuk riset di Amerika dan negara-negara lain untuk mengukur kesejahteraan anak dalam komunitas, seperti sekolah (Goodman & Goodman, 2009) selain itu, SDQ juga telah diterjemahkan kedalam lebih dari 40 bahasa (Suryadarma, 2013). SDQ memiliki 25 aitem yang mewakili atribut-atribut positif dan negatif dari remaja (Adolescent Mental Health: Connections to the Community, 2015). SDQ memiliki 4 aspek psikologis dan 1 aspek tingkah laku (Suryadarma, 2013). Pada setiap aspeknya akan diungkap beberapa hal sebagai berikut:

a. Emotional symptoms

Aspek ini akan mengungkap perasaan cemas, tidak bahagia dan rasa takut yang mudah muncul pada siswa.

b. Conduct problems

Pada bagian ini akan diungkap perilaku siswa dalam hal perkuliahan, berbohong, berbuat curang, mencuri di rumah ataupun di sekolah.

c. Peer problems

Aspek ini dapat mengungkap siswa yang merasa kesepian, yang banyak disukai oleh teman dan memiliki setidaknya satu sahabat.

d. Pro-social behavior

Aspek ini dapat mengungkap kepekaan siswa terhadap perasaan orang lain, sikap suka membantu orang lain, dan baik hati kepada siswa lain yang lebih muda.

e. Hyperactivity/inattention

Hal yang akan diungkap pada aspek ini adalah kemampuan siswa dalam mengerjakan tubuh mereka, konsentrasi, dan apakah mereka dapat berdiam diri atas suatu kegiatan dalam waktu yang lama.

Sesuai dengan Direktorat Tenaga Kependidikan Direktorat Jenderal Peningkatan Mutu Pendidik dan Tenaga Kependidikan Departemen Pendidikan Nasional (Pengawas Sekolah Pendidikan Menengah, 2008) struktur program BK yang ada di sekolah ada layanan dasar bimbingan diberikan kepada semua siswa secara keseluruhan dan merata umum, layanan responsif bantuan yang diberikan secara khusus kepada siswa yang memerlukan bantuan karena kebutuhan atau permasalahan tertentu, layanan perencanaan individual merupakan proses bantuan kepada siswa dalam merencanakan aktifitas yang berkaitan dengan masa depan, dan layanan dukungan sistem yang diberikan berupa program atau fasilitas kelancaran perkembangan siswa

Berdasarkan penjelasan di atas maka tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi kesesuaian antara layanan BK yang disediakan sekolah dengan yang dibutuhkan siswa. Pertanyaan penelitian yang diajukan peneliti adalah: Bagaimana kesesuaian layanan BK yang disediakan oleh pihak sekolah dengan layanan BK yang dibutuhkan siswa?

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode campuran ekplanatori sekuensial dengan penentuan subjek dan informan menggunakan *purposive sampling*. Kriteria yang telah ditentukan adalah siswa, guru BK dan Kepala Sekolah berasal dari SMP Muhammadiyah yang memiliki guru BK dan menyediakan layanan BK.

a. Studi Kuantitatif

Alat ukur studi kuantitatif yang digunakan untuk mengukur kesehatan mental dalam penelitian ini adalah dengan *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). SDQ merupakan skala untuk *menscreening* kesehatan mental pada anak usia 3-16 tahun yang dapat digunakan oleh orang tua, guru, dan anak-anak. SDQ mempunyai sensitivitas sebesar 63% dan spesifisitas sebesar 94,6% (YouthInMind, 2009). SDQ memiliki 4 aspek psikologis dan 1 aspek tingkah laku (Suryadarma, 2013). 4 aspek psikologis tersebut merupakan aspek *emotional symptom*, *pro-social*, *peer problem*, dan *conduct problem*. 1 aspek tingkah laku yang dapat diungkap dengan SDQ adalah *hyperactivity-inattention*.

Hasil dari pengisian SDQ akan diinterpretasikan per-aspek dan dibedakan menjadi 3 tingkatan, *low need*, *some need* dan *high need*. Siswa

yang mendapatkan hasil *low need* merupakan siswa yang terbebas dari permasalahan kesehatan mental atau kebutuhan akan bantuan. *Some need* dan *high need* merupakan tingkatan dimana siswa terindikasi permasalahan kesehatan mental dan kebutuhan akan bantuan tinggi. SDQ diisi oleh siswa SMP Kelas 7 hingga 9 dan dianalisis menggunakan *chi-square* tes.

b. Studi Kualitatif

Fokus pada studi kualitatif penelitian ini adalah jenis dan frekuensi layanan BK yang disediakan oleh pihak sekolah dalam upaya menjaga dan meningkatkan kesehatan mental siswa. Jenis layanan BK diukur dengan menggunakan kuesioner terbuka yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan aspek-aspek yang tercantum pada Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2014 dan Bimbingan dan Konseling di Sekolah (Pengawas Sekolah Pendidikan Menengah, 2008). Kuesioner terbuka diisi oleh guru BK dan Kepala Sekolah yang kemudian hasil datanya dianalisis menggunakan metode deskriptif-naratif. Kepala Sekolah merupakan informan 1 dan Guru BK adalah informan 2 dalam penelitian ini.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Siswa dalam penelitian ini sebagai informan yang mengisi SDQ. Siswa yang dijadikan sebagai informan adalah semua siswa dari SMP Muhammadiyah A yang pada saat proses pengambilan data hadir di kelas. Tercatat beberapa siswa sedang absen saat proses pengambilan data dilakukan. Karakter siswa yang menjadi informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 1.

Karakteristik informan penelitian data kuantitatif		Aspek	<i>Lowneed</i>	<i>Someneed</i>	<i>Highneed</i>	Siswa terindikasi	
Karakteristik						SM	
						P M A	
Kelas	7	Laki-Laki				39	
		Perempuan				34	
	8	Laki-Laki				30	
		Perempuan				10	
	9	Laki-Laki				39	
		Perempuan				18	
Pendidikan Terakhir		SD				16	
		SMP				27	
		SMA/ sederajat lainnya				68	
	Ibu	D1				3	
		D2				-	
		D3				5	
		S1				19	
		S2				1	
		S3				1	
	NA*					30	
			SD				9
			SMP				20
			SMA/ sederajat lainnya				67
		Ayah	D1				2
			D2				-
D3					6		
S1					19		
S2					6		
	S3				3		
	NA*				30		

*NA = No Answer

Karakteristik informan menjelaskan secara umum mengenai latar belakang

informan dan proses pemberian informasi oleh informan di sekolah masing-masing informan.

n. Jumlah informan dalam pengumpulan data kualitatif penelitian ini ada 2 orang, Kepala Sekolah dan Guru BK dari kedua sekolah.

Tabel 2.

Karakteristik informan penelitian data kualitatif

Karakteristik	SMP M A	
	Informan 1	Informan 2
Jenis Kelamin	Laki-laki	Perempuan
Jabatan	Kepala Sekolah	Guru BK
Lama masa menjabat (sampai pada 2017)	2 tahun	9 tahun
Pendidikan terakhir	S2: Magister Pendidikan	S2: Magister Sains Psikologi

Siswa terindikasi adalah siswa yang berada pada taraf *some need* dan *high need* pada satu atau lebih aspek SDQ. Hasil pengisian SDQ menunjukkan bahwa 105 dari 170 siswa (61.76%) terindikasi setidaknya 1 dari 5 jenis permasalahan kesehatan mental –*pro-social*, *emotional*, *hyperactivity*, *conduct* dan *peer-problem*.

<i>Pro-sosial</i>	154	10	6	9.41%	Tabel 3. Pro sentase Siswa yang
<i>Hyperactivity</i>	145	15	10	14.71%	
<i>Emotional</i>	137	9	24	19.41%	
<i>Peer - problem</i>	126	34	10	25.88%	
<i>Conduct</i>	108	27	35	36.47%	

Membutuhkan Bantuan

Masalah perilaku pada siswa memiliki prosentase tertinggi (36.47%) dan hasil ini sesuai dengan pernyataan informan 2 mengenai banyaknya kasus *pelabrakan* oleh siswa tingkat atas kepada adik tingkat.

Jika ditinjau dari jenis kelamin dan tingkat kelas, siswa yang paling banyak membutuhkan bantuan pada setiap aspek SDQ adalah sebagai berikut:

Tabel 4.
Siswa yang paling banyak membutuhkan bantuan

Aspek SDQ	Jenis kelamin	Tingkat kelas
Pro-Sosial	Laki-laki	7,8,9 (sama)
Hiperaktifitas	Perempuan	8,9
Masalah emosi	Perempuan	9
Masalah perilaku	Laki-laki	7
Masalah pertemanan	Laki-laki	9

Siswa laki-laki banyak memiliki masalah pada masalah pro-sosial, perilaku dan pertemanan. Sedangkan siswa perempuan mempunyai banyak masalah dalam hal hiperaktifitas dan emosi. Dilihat dari tingkat kelas, siswa kelas 9 memiliki masalah paling banyak, pada semua aspek kecuali masalah perilaku. Pada siswa kelas 8 masalah yang banyak dialami adalah masalah pro-sosial dan hiperaktifitas. Sedangkan siswa kelas 7 memiliki masalah dalam hal pro-sosial dan perilaku. Hasil ini menunjukkan bahwa kebutuhan layanan antara siswa dalam setiap tingkat berbeda.

Hal mendasar yang perlu diketahui pihak sekolah untuk dapat menyediakan layanan BK yang sesuai dengan kebutuhan siswa adalah memahami pengertian kesehatan mental secara tepat.

Tabel 5.
Pemahaman Kesehatan Mental oleh Informan

Informan*	Siswa yang sehat mentalnya
1	Sehat jiwanya
2	Sehat hubungannya dengan Allah

Sesuai dengan tabel 2. informan 1 menganggap siswa yang sehat mentalnya adalah siswa yang tidak memiliki gejala gangguan jiwa. Hal ini

sejalan dengan pemahaman Daradjat (2001) bahwa kesehatan mental adalah keadaan seseorang yang tidak memiliki gejala-gejala gangguan maupun penyakit jiwa. Pandangan ini merupakan pemahaman umum yang banyak diketahui dari sisi psikiatri menurut Semiun (2006). Namun hal ini belum mencakup keseluruhan dari kesehatan mental, selain itu, terbebas dari gangguan jiwa/mental merupakan 1 dari 4 bagian dari definisi kesehatan mental menurut Notosoedirjo dan Latipun (2005). WHO (2004) menjelaskan individu yang sehat mentalnya adalah yang sempurna baik secara fisik, mental maupun sosial, individu bebas dari penyakit atau kelemahan.

Kesehatan mental secara menyeluruh dari sisi fisik, psikis, spiritual, dan sosial, seperti yang tercantum dalam UU No. 18/2014. Informan 1 melihat kesehatan mental dari sisi psikisnya. Sedangkan informan 2 memandang kesehatan mental dari sisi sosial. Pendapat informan 2 yang bahwa siswa yang dapat berinteraksi dengan lingkungan adalah siswa yang sehat mentalnya sesuai dengan Kaplan dan Sadock (dalam Malekirad, Fathi, Bishak, Azammofidi, & Rahzani, 2013) yang menganggap pada saat siswa melakukan interkasi sosial dan dapat merasakan makna tersebut, siswa tersebut dianggap sehat mentalnya. Siswa yang mampu menguasai lingkungan dan berintegrasi dengan baik juga dianggap sehat mentalnya oleh Marie Jahoda (dalam Jaelani, 2000). Notosoedirjo dan Latipun (2005) menjelaskan bahwa 1 dari 4 ciri individu yang sehat mentalnya adalah yang selaras dengan lingkungannya.

Sebelum menentukan jenis layanan BK yang sesuai dengan kebutuhan

siswa, selain memahami makna kesehatan mental pihak sekolah juga memahami permasalahan yang dialami oleh siswa. Hal ini adalah sesuatu yang positif karena sesuai dengan prinsip pelaksanaan layanan BK oleh Sukmadinata (2011), sebelum memberi bimbingan, guru terlebih dahulu harus berusaha memahami kesulitan yang dihadapi siswa serta bimbingan yang diberikan hendaknya disesuaikan dengan masalah serta faktor-faktor yang melatarbelakanginya.

Peneliti mendapati masalah-masalah kesehatan mental yang sering terjadi menurut para informan adalah sebagai berikut:

Tabel 6.
Jenis Masalah Kesehatan Mental pada Siswa

Jenis masalah kesehatan mental pada siswa	Informan	
	1	2
Gejala masalah emosi	√	√
Gejala masalah pro-sosial	√	
Masalah pertemanan	√	√
Sindroma Ujian Nasional	√	√
Perilaku yang mengganggu	√	√
Gangguan belajar dan komunikasi		√

Gangguan-gangguan yang telah disebutkan oleh informan memiliki keterbalikan dengan ciri individu yang sehat mentalnya menurut WHO (Tumanggor, 2002). Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa guru BK dan Kepala Sekolah telah memahami jenis permasalahan kesehatan mental yang dialami oleh siswa mereka. Siswa yang melakukan pelanggaran dan memiliki masalah kesehatan mental menurut informan 2 disebabkan oleh beberapa faktor yang sesuai dengan pendapat Tambunan (2010) berikut:

Tabel 7.
Penyebab masalah kesehatan mental siswa

Penyebab	Informan
----------	----------

		2
Psikologis	Pengalaman Awal	
	Proses Pembelajaran	
	Kebutuhan	√
	Stratifikasi sosial	√
	Interaksi sosial	
Sosial Budaya	Keluarga	√
	Perubahan sosial	√
	Sosial budaya	
Lingkungan	<i>Stessor</i> psikososial lainnya	
		√

Siswa yang berasal dari keluarga berekonomi rendah dirasa oleh informan 2, memiliki permasalahan kesehatan mental karena kurangnya perhatian dari pihak rumah. Hal ini menjadi penyebab siswa melakukan pelanggaran-pelanggaran yang dapat membuat mereka diperhatikan. Setiap siswa memiliki kebutuhan-kebutuhan yang berbeda dalam kelangsungan hidupnya, salah satu kebutuhan tersebut adalah kebutuhan akan perhatian. Kebutuhan yang terpenuhi maupun tidak terpenuhi dapat mempengaruhi kondisi kesehatan mental. Siswa yang tidak terpenuhi kebutuhannya dianggap mengalami gangguan mental oleh Maslow (Tambunan, 2010). Informan 2 merasa keluarga merupakan faktor penyebab terjadinya masalah kesehatan mental pada siswa di masing-masing sekolah. Keluarga yang tidak lengkap dan tidak berfungsi secara baik akan mempengaruhi kesehatan mental dan kestabilan emosi siswa (Tambunan, 2010). Kesehatan mental dapat diartikan sebagai keadan psikologi yang baik sehingga dapat merefleksikan *self-preceptions* individu (perasaan dan pemikiran) terkait dalam memenuhi 3 area kebutuhan psikologis - *relatedness*,

competency and autonomy (Morrison & Peterson, 2013).

Menurut informan 2 perubahan sosial juga dapat mempengaruhi atau menjadi penyebab terjadinya masalah kesehatan mental. Pada SMP Muhammadiyah A, hal ini banyak terjadi pada siswa baru (kelas 7) yang harus melakukan penyesuaian terhadap lingkungan SMP setelah 6 tahun bersekolah ditempat yang sama. Fenomena ini sering disebut dengan fenomena *top-dog*. Fenomena *top-dog* merupakan gerakan dari posisi puncak (di sekolah dasar, menjadi siswa yang tertua, terbesar dan paling kuat) ke posisi rendah [di sekolah menengah pertama, menjadi siswa yang termuda, terkecil dan paling tidak memiliki kekuatan] (Santrock, 2009). Perubahan sosial dapat memberikan dampak baik terhadap kesehatan mental individu jika perubahan sosial tersebut merupakan hal yang sesuai dengan harapan dan menimbulkan kepuasan. Namun, sebaliknya jika perubahan sosial menimbulkan kegagalan dalam penyesuaian dapat berdampak buruk pada kesehatan mental individu (Tambunan, 2010).

Pengaruh lingkungan dari teman sebaya juga menjadi penyebab terjadinya banyak pelanggaran dan masalah kesehatan mental siswa menurut informan 2. Interaksi yang dilakukan setiap siswa memiliki pengaruh terhadap kesehatannya. Jika kondisi lingkungan baik dan sehat akan berdampak positif pada kesehatan mental, termasuk didalamnya adalah lingkungan sekolah (Marin dan Brown, 2008).

Informasi yang telah diberikan oleh informan telah dapat menggambarkan penyebab terjadinya permasalahan yang sering dialami oleh siswa pada tiap-tiap

sekolah. Gambaran mengenai faktor-faktor latar belakang penyebab dapat membantu pihak sekolah untuk menyediakan bimbingan yang sesuai dengan kebutuhan dan masalah yang dialami oleh siswa.

SMP Muhammadiyah A memiliki TIM Khusus yang terdiri dari guru BK dan Kesiswaan. Penanganan oleh pihak sekolah akan disesuaikan dengan alasan siswa melakukannya. Menurut informan 2, terkadang siswa melakukan pelanggaran atau hal-hal yang salah karena mereka tidak memahami bahwa hal tersebut adalah sebuah kesalahan. Hal ini sesuai dengan Direktorat Tenaga Kependidikan Direktorat Jenderal Peningkatan Mutu Pendidik dan Tenaga Kependidikan Departemen Pendidikan Nasional (Pengawas Sekolah Pendidikan Menengah, 2008) bahwa salah satu jenis layanan yang dapat disediakan oleh sekolah adalah layanan responsif atau

bantuan yang diberikan secara khusus kepada siswa yang memerlukan bantuan karena kebutuhan atau permasalahan tertentu. Sehingga penanganan yang dilakukan oleh pihak sekolah disesuaikan dengan kebutuhan siswa. Terdapatnya layanan BK pada jam KBM sekolah menjadikan layanan dasar bimbingan juga tersedia untuk siswa.

Informan 1 menyatakan bahwa di sekolah mereka terdapat kegiatan yang merupakan layanan yang dapat meningkatkan kesehatan mental siswa. Setelah disesuaikan menurut beberapa teori dari *Centre for Community Child Health* (2006), *Center for Mental Health in Schools* UCLA (2011), *National Association of School Psychologists* [NASP] (2015) serta Reeves, Brock, & Cowan, (2008) dapat disimpulkan jenis dan frekuensi layanan bimbingan BK dalam kedua sekolah adalah sebagai berikut:

Tabel 8.
Jenis Layanan BK

	Layanan Universal	Layanan <i>Targeted</i>	Layanan Intensif
SMP M A	PMR Group media sosial (<i>Facebook, What's App, BBM</i>) Duta Kesehatan Sekolah BK di kelas UKS	Konseling Individu Konseling kelompok MOS	Konseling Individu

Tabel 5. menunjukkan bahwa SMP Muhammadiyah A telah menyediakan semua jenis layanan BK. Selain itu pada SMP Muhammadiyah A telah memberika layanan BK dalam jam KBM sehingga dapat diberikan secara merata kepada siswa. Namun, program-program yang diberikan belum tepat sasaran karena tidak sesuai dengan kebutuhan siswa. Hasil ini menjelaskan masih tingginya

siswa yang memiliki masalah kesehatan mental. Keberadaan layanan BK yang kurang maksimal mempengaruhi kesehatan mental siswa. Hal ini sejalan dengan signifikansi yang ditunjukkan antara layanan BK dengan kesehatan mental siswa (Khoiriah, 2015).

SIMPULAN

Siswa terindikasi masalah kesehatan mental di SMP Muhammadiyah A mencapai angka 61.76% dari jumlah keseluruhan siswa. Hal ini disebabkan karena belum sesuai layanan BK yang disediakan oleh pihak sekolah dengan kebutuhan siswa.

Pihak SMP Muhammadiyah A telah memiliki pemahaman mengenai kesehatan mental dengan benar walaupun belum menyeluruh. Pihak sekolah juga telah menyadari permasalahan kesehatan mental yang dialami oleh siswanya

dan mengetahui latar belakang yang menyebabkan. Namun, hal ini belum dituangkan dalam program-program layanan BK. Sehingga, walaupun SMP Muhammadiyah A memiliki program-program yang dapat dikelompokkan menjadi layanan intervensi universal, intervensi *targeted*, dan intervensi intensif. Sehingga angka permasalahan kesehatan mental masih terbilang tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adolescent Mental Health: Connections to the Community (Areej Hassan ed.). (2015). New Jersey: Apple Academic Press.
- Aiken, L. (1985). Three Coefficient for Analyzing the Reliability and Validity of Ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 131-142.
- Akerman, B. A., Allodi, M. W., Eriksson, C., Fischbein, S., Granlund, M., Gustafsson, J-E., et al. (2010). *School, Learning and Mental Health*. Stockholm : Kungl. Vetenskapsakademien.
- Badan Pusat Statistik. (2010). BPS: Sensus Pendudukan 2010. Jakarta: BPS.
- Badan Pusat Statistik. (2014). Statistik Pemuda Indonesia 2014. Jakarta, Indonesia: Badan Pusat Statistik.
- Center for Mental Health in Schools UCLA. (2011). Moving Beyond the Three Tier Intervention Pyramid Toward a Comprehensive Framework for Student and Learning Supports. School Mental Health Project, Psychology. California: University of California Los Angeles.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Centre for Community Child Health. (2006). Services for Young Children and Families: An Integrated Approach. Centre for Community Child Health . Victoria: Policy Brief.
- Centre for Community Child Health. (2006). Services for Young Children and Families: An Integrated Approach. Centre for Community Child Health . Victoria : Policy Brief.
- Daradjat, Z. (2001). Kesehatan Mental. Jakarta: PT. Toko Gunung Agung.
- Davison, G. C., Neale, J. M., & Kring, A. M. (2010). Psikologi Abnormal (9 ed.). Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Departemen Pendidikan Nasional . (2007). Penataan Pendidikan Profesional Konselor dan Layanan Bimbingan dan Konseling Dalam Jalur Pendidikan Formal . Bandung: UPI.
- Goodman, A., & Goodman, R. (2009). Strengths and Difficulties Questionnaire as a Dimensional Measure of Child Mental Health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48 (4), 400-3.
- Jaelani, A. (2000). Penyucian Jiwa (Tazkiyat Al-nafs) & Kesehatan Mental. Jakarta: Amzah.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Rencana Strategis Kementrian Kesehatan Tahun 2015-2019 (No. HK.02.02/MENKES/52/2015). Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Khoiriah, Khusnul. (2015). Hubungan Layanan Bimbingan dan Konseling dengan Kesehatan Mental Siswa Kelas VII SMP Negeri 3 Kalidawir Kabupaten Tulungagung Tahun Pelajaran 2014/2015. (Skripsi yang tidak dipublikasikan). Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan (FKIP), Universitas Nusantara Persatuan Guru Republik Indonesia, Kediri.
- King, L. A. (2010). Psikologi Umum: Sebuah Pandangan Apresiatif. Jakarta: Salemba Humanika.
- Komisi Nasional Hak Asasi Manusia. (2009). Mewujudkan Pemenuhan HAM ODMK. *Jurnal JAK Komisi Nasional Hak Asasi Manusia*, 5, 3.
- Malekirad, A. A., Fathi, A., Bishak, M. A., Azammofidi, F., & Rahzani, K. (2013). Romantic Relationship and Mental Health among Payamen Noor University Students in East Azarbayjan. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 2 (2), 286.
- Marin, P., & Brown, B. (2008, November). The School Environment and Adolescent Well-Being: Beyond Academics. Diakses pada September 2016, dari Child Trends Research Brief: www.childtrends.org
- Mental Health Facts & Teens. (2016, Mei 5). Diakses pada September 2016, dari National Alliance on Mental Illness: www.nami.org
- Morrison, W., & Peterson, P. (2013). *Schools as a Setting for Promoting Positive Mental Health: Better Practices and Perspectives*. (2nd, Ed.) Canada: Pan-Canadian Joint Consortium for School Health.

- National Association of School Psychologists (NASP). (2015). *Mental and Behavioral Health Services for Children and Adolescents*. (301-657-0270), 2. Bethesda.
- Nijs, M. M., Bun, C. J., Tempelaar, W. M., De Wit, N. J., Burger, H., Plevier, C. M., dkk. (2013). Perceived School Safety is Strongly Associated with Adolescent Mental Health Problems. *Community Ment Health J*, 50, 127-134.
- Notosoedirdjo, M., & Latipun. (2005). *Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapan*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.
- Pengawas Sekolah Pendidikan Dasar. (2008). *Bimbingan dan Konseling di Sekolah*. Indonesia: Departemen Pendidikan Nasional .
- Pengawas Sekolah Pendidikan Menengah. (2008). *Bimbingan dan Konseling di Sekolah*. Indonesia: Direktorat Tenaga Kependidikan Direktorat Jenderal Peningkatan Mutu Pendidik dan Tenaga Kependidikan Departemen Pendidikan Nasional.
- Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2014.
- Pettersen, N., & Durivage, A. (2008). *The Structured Interview*. Canada: Preses Del L'Université Du Québec.
- Pieper, J., & Uden, M. V. (2006). *Religion in Coping and Mental Health Care*. New York: Yord University Press Inc.
- Reeves, M. A., Brock, S. E., & Cowan, K. C. (2008). *Managing School Crises: More Than Just Response*. Student Services, PrinciPal Leadership. U.S: National association of School Psychologists (NaSP).
- Republik Indonesia, Peraturan Pemerintah Nomor 29 Tahun 1990 tentang Pendidikan Menengah, pasal 27.
- Safitri, D. (2011, Oktober 11). Bukan Gila Tetapi Menderita Sakit Jiwa. Diakses pada September 2016, dari BBC Indonesia: www.bbc.com/indonesia
- Samino. (2015). *Aktualisasi Bimbingan dan Konseling Menuju Peserta Didik yang Berkarakter*. Aktualisasi Bimbingan dan Konseling pada Pendidikan Dasar Menuju Peserta Didik yang Berkarakter (p.1). Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Sari, N. P., & Istichomah. (2015). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Resiko Perilaku Kekerasan (RPK) terhadap Pengetahuan Keluarga dalam Merawat Pasien di Poli Jiwa RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Klaten Jawa Tengah. *Jurnal Kesehatan "Samodra Ilmu"* , 6 (1), 25-26.
- Semiun, Y. (2006). *Kesehatan Mental (1)*. Yogyakarta: Kanisius.
- Suryadarma, D. (2013). *Education in Indonesia*. Indonesia Update Conference, Australian National University (ANU) (pp. 96-98). Singapore: Institute of Southeast Asian Studies.
- Tambunan, D. (2010). *Perbedaan Kesehatan Mental Pada Gay Ditinjau Dari Perilaku Religius*. Medan: Fakultas Psikologi Universitas Sumatera Utara.
- Tohirin. (2007). *Bimbingan dan Konseling di Sekolah dan Madrasah*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Tumanggor, R. (2002). *Ilmu Jiwa Agama*. Depok: Ulinnuha.
- Undang-Undang Republika Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa.
- Undang-Undang Republika Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Wiguna, T. (2013, September 10). *Masalah Kesehatan Mental Remaja di Era Globalisasi*. Diakses pada September 2016, dari Ikutan Dokter Anak Indonesia: www.idai.or.id
- World Health Organization. (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*. Geneva: WHO.
- YouthInMind. (2009). *SDQ: Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaire*. Diakses pada Oktober 20, 2016, dari SDQInfo: <http://www.sdqinfo.com>