JPII: Jurnal Psikiatri Integratif Indonesia
Vol. 1 No. 3, September 2026
E-ISSN: XXXXXXXXX

Jurnal Psikiatri Integratif INDONESIA

Pendekatan Berbasis Keluarga pada Remaja dengan Adiksi Internet Berat, Gangguan Skizoafektif Tipe Depresif, Suspek Neuropsikiatri Lupus, dan Enuresis: Laporan Kasus

Savitri Yuanita[1] | Luh Nyoman Alit Aryani[2] | I Komang Ana Mahardika[3] | Komang Wiswa Mitra Kenwa[4] | Made Sinta Ayu Suci Nirmala[5]
[1,2,3,4]*Departement Psikiatri, Universitas Udayana, Denpasar, Indonesia*
[5]*Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana, Denpasar, Indonesia*

Korespondensi: Luh Nyoman Alit Aryani (alitaryani24@gmail.com)

Receive: 3 Juli 2026 | ***Accepted***: 29 Juli 2026 | ***Published:*** 28 September 2026

Abstrak—Latar belakang: Adiksi internet atau penggunaan internet bermasalah pada remaja dapat disertai gangguan tidur, penurunan fungsi akademik dan sosial, serta komorbiditas psikiatrik. Kompleksitas meningkat bila terdapat psikosis-afektif, penyakit autoimun yang berpotensi memiliki manifestasi neuropsikiatrik, enuresis, dan disfungsi keluarga. Presentasi kasus: Seorang remaja perempuan berusia 17 tahun dievaluasi karena perubahan perilaku, kesedihan, penggunaan internet hampir sepanjang hari dan malam, marah ketika akses telepon pintar dibatasi, penggunaan secara sembunyi-sembunyi, gangguan tidur, penarikan sosial, dan penurunan fungsi sekolah. Terdapat riwayat halusinasi auditorik dan visual, gejala depresif, enuresis persisten, serta evaluasi medis yang mengarah pada suspek systemic lupus erythematosus dengan keterlibatan neuropsikiatrik. Internet Addiction Test bernilai 82 dan Kuesioner Diagnosis Adiksi Internet 150, keduanya kategori berat; Family Questionnaire bernilai 30 dan diinterpretasikan sebagai ekspresi emosi keluarga tinggi. Diagnosis kerja adalah gangguan skizoafektif tipe depresif (F25.1), adiksi internet, suspek neuropsikiatri lupus, dan enuresis. Intervensi dan hasil: Pasien mendapat risperidone, sertraline, asam valproat, clobazam, psikoterapi suportif, psikoedukasi dan pendekatan berbasis keluarga, serta terapi medis oleh tim pediatri. Mood dan tidur membaik dan fenomena halusinasi yang sebelumnya dilaporkan tidak ditemukan pada evaluasi berikutnya. Namun, skor IAT, KDAI, dan fungsi keluarga pascaintervensi tidak tersedia sehingga efek spesifik pendekatan berbasis keluarga tidak dapat ditentukan. Kesimpulan: Kasus ini menegaskan perlunya formulasi biopsikososial dan tata laksana multidisipliner pada remaja dengan penggunaan internet berat, psikopatologi kompleks, dinamika keluarga bermasalah, dan kemungkinan penyakit autoimun. Keterlibatan keluarga memiliki rasional klinis kuat, tetapi evaluasi longitudinal terstandardisasi diperlukan untuk menilai kontribusi intervensi secara lebih valid.

Kata Kunci: *adiksi internet; remaja; gangguan skizoafektif; family-based intervention; neuropsikiatri lupus.*

I. Pendahuluan

Penggunaan internet telah menjadi bagian integral dari kehidupan remaja, tetapi pada sebagian individu berkembang pola penggunaan persisten yang sulit dikendalikan dan disertai gangguan fungsi. Literatur menggunakan istilah yang beragam, termasuk internet addiction, problematic internet use (PIU), dan internet-use disorder. Heterogenitas definisi dan instrumen menyebabkan estimasi prevalensi bervariasi antarstudi dan antarwilayah, namun tinjauan sistematik dan meta-analisis menunjukkan bahwa masalah ini memiliki beban populasi yang bermakna, terutama pada kelompok usia muda [1–3]. Dalam laporan ini, istilah "adiksi internet" dipertahankan sesuai terminologi asesmen klinis dan instrumen yang digunakan pada pasien, sedangkan PIU digunakan ketika membahas literatur yang memakai konstruk lebih luas.

Kerangka I-PACE menjelaskan perilaku adiktif terkait internet sebagai hasil interaksi predisposisi personal, respons afektif-kognitif, penguatan akibat aktivitas daring, dan kemampuan kontrol eksekutif [4]. Pada remaja, internet dapat menyediakan ganjaran segera, pelarian dari distress, serta sarana kompensasi sosial. Bila pola tersebut menjadi dominan, konsekuensinya dapat mencakup disorganisasi tidur, gangguan fungsi sekolah, konflik keluarga, dan masalah kesehatan mental [5,6]. Hubungan dengan gejala depresi juga dapat bersifat dua arah, sehingga penggunaan internet bermasalah dapat menjadi sekaligus penanda kerentanan dan faktor yang mempertahankan distress [7].

Hubungan PIU dengan pengalaman psikotik semakin mendapat perhatian. Studi pada remaja menemukan asosiasi

antara kejadian hidup negatif, PIU, dan psychotic-like experiences, sedangkan studi kohort menunjukkan bahwa PIU dapat berkaitan secara longitudinal dengan pengalaman psikotik dan depresi [8,9]. Pada populasi remaja dengan skizofrenia, Zhong et al. (2024) juga melaporkan proporsi adiksi internet yang tinggi. Bukti tersebut tidak membuktikan kausalitas, tetapi menegaskan perlunya menilai penggunaan internet sebagai bagian dari asesmen komprehensif pasien remaja dengan psikosis [10].

Keluarga merupakan domain penting dalam formulasi PIU pada remaja. Fungsi keluarga, attachment, konflik, konsistensi pengasuhan, dan kualitas hubungan orang tua-anak dilaporkan berkaitan dengan penggunaan internet atau telepon pintar yang bermasalah [11–13]. Riwayat trauma masa kanak juga memiliki hubungan dengan adiksi internet, dan fungsi keluarga dapat berperan sebagai mediator atau faktor protektif [14,15]. Karena itu, intervensi yang hanya berfokus pada pembatasan perangkat berpotensi tidak memadai bila fungsi emosional dan relasional keluarga tidak ditangani.

Bukti intervensi pada anak dan remaja masih heterogen, tetapi tinjauan uji acak terkontrol mendukung penggunaan pendekatan psikologis dan multimodal yang terstruktur [16]. Secara khusus, terapi berbasis keluarga menunjukkan manfaat pada remaja dan dewasa muda dengan adiksi internet dalam meta-analisis terbaru, sementara multi-family group therapy telah dikaitkan dengan perbaikan komunikasi orang tua-remaja dan gejala adiksi internet [17,18]. Laporan ini menyajikan kasus remaja dengan adiksi internet berat, diagnosis kerja gangguan skizoafektif tipe depresif, suspek neuropsikiatri lupus, dan enuresis yang mendapat pendekatan berbasis keluarga sebagai bagian dari tata laksana multimodal. Manuskrip disusun dengan mengacu pada prinsip CARE untuk pelaporan kasus klinis [19].

II. Presentasi Kasus

A. Informasi pasien dan keluhan utama

Seorang remaja perempuan berusia 17 tahun, berstatus pelajar dengan pendidikan formal terakhir setingkat sekolah menengah pertama, dievaluasi selama perawatan psikiatri dan tindak lanjut rawat jalan. Data diperoleh melalui autoanamnesis, heteroanamnesis dari orang tua, observasi klinis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan psikometri. Informasi yang dapat mengidentifikasi pasien, termasuk alamat dan nomor rekam medis, tidak dicantumkan dalam manuskrip ini.

Keluhan utama pasien adalah perasaan sedih, sedangkan keluarga terutama melaporkan perubahan perilaku. Saat evaluasi awal, pasien tampak kurang terawat, kontak visual terbatas, respons verbal singkat, dan volume suara kecil. Pasien dapat menjawab pertanyaan dasar mengenai orientasi, mengingat informasi sederhana, menjelaskan persamaan dan perbedaan objek, serta memahami peribahasa, tetapi mengalami kesulitan ketika diminta melakukan serial subtraction. Kesadaran jernih dan tidak ditemukan gangguan neurologis fokal pada pemeriksaan dasar.

B. Riwayat penggunaan internet dan gangguan fungsi

Pasien mulai menggunakan telepon pintar sejak sekolah dasar dan intensitas penggunaan meningkat tajam selama pandemi COVID-19. Selanjutnya, telepon pintar digunakan hampir sepanjang hari sejak bangun hingga tidur malam. Aktivitas utama adalah menonton YouTube, terutama konten tata rias dan cerita misteri atau supernatural, serta berkomunikasi melalui percakapan daring. Pasien menyatakan merasa mempunyai teman di dunia maya dan lebih memilih menggunakan telepon pintar dibandingkan berbicara dengan anggota keluarga.

Penggunaan internet sering berlanjut hingga malam hari dan mengganggu pola tidur. Menurut keluarga, pada periode berat pasien lebih banyak tidur pada siang hari dan tetap terjaga pada malam hari karena menggunakan telepon pintar. Ketika internet bermasalah atau telepon pintar dibatasi, pasien dapat marah, mengamuk, dan melempar barang. Pasien juga pernah berbohong serta menggunakan telepon pintar secara sembunyi-sembunyi pada malam hari setelah orang tua melarang akses.

Secara fungsional, penggunaan internet yang semakin dominan beriringan dengan berkurangnya interaksi sosial langsung, ketidakhadiran di sekolah, kesulitan menyelesaikan tugas, penurunan prestasi akademik, dan konflik keluarga. Pasien menunjukkan distress nyata ketika telepon pintar diambil dan masih menginginkan perangkat baru ketika perangkat sebelumnya rusak.

C. Riwayat gejala psikiatrik

Sekitar satu tahun sebelum evaluasi, keluarga melaporkan perubahan perilaku, ketakutan yang sulit dijelaskan, serta pengalaman perseptual abnormal. Pasien memiliki riwayat mendengar suara yang menurutnya berasal dari makhluk halus yang meminta pertolongan dan melihat figur laki-laki atau perempuan yang dipersepsikan sebagai makhluk halus. Pada evaluasi yang menjadi dasar laporan ini, fenomena tersebut tidak lagi dialami secara aktif.

Pasien juga melaporkan perasaan sedih yang telah berlangsung lama dan memberat sekitar satu bulan sebelum evaluasi. Gejala lain mencakup gangguan tidur, penurunan nafsu makan, penarikan sosial, dan penurunan kemampuan perawatan diri. Terdapat riwayat episode merasa sangat gembira dan bersemangat dengan berkurangnya rasa kantuk, terutama ketika menonton konten internet pada malam hari, serta perilaku berkendara dengan kecepatan tinggi. Namun, dokumentasi mengenai durasi, persistensi, dan kumpulan gejala lain belum cukup untuk memastikan suatu episode manik atau hipomanik.

Pasien sebelumnya pernah didiagnosis skizofrenia hebefrenik pada tahun 2024 dan mendapat aripiprazole sirup 5 mg pada malam hari. Pengobatan tersebut kemudian tidak dilanjutkan oleh keluarga karena dinilai tidak menghasilkan perubahan bermakna. Tidak terdapat riwayat penggunaan tembakau, alkohol, kanabis, stimulan, sedativa, inhalansia, atau zat psikoaktif lain; hasil WHO ASSIST berada pada kategori risiko rendah untuk kelompok zat yang dinilai.

D. Riwayat perkembangan, psikososial, dan keluarga

Pasien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara. Perkembangan awal dilaporkan tanpa keterlambatan bermakna. Selama kehamilan pasien, kedua orang tua mengalami konflik berulang terkait hubungan dengan keluarga besar. Pada masa kanak, ayah cenderung lebih permisif dan memenuhi keinginan pasien, sedangkan ibu lebih keras dan disiplin. Pasien dilaporkan pernah mendapat hukuman fisik

berupa cubitan hingga lebam serta sering dimarahi ketika melakukan kesalahan.

Pada masa remaja, pasien semakin tertutup dan memiliki sedikit teman. Ketika duduk di kelas delapan, pasien mengalami perundungan di sekolah tetapi pada awalnya tidak menceritakannya kepada keluarga. Pasien kemudian sering tidak masuk sekolah dan menolak bersekolah. Karena keluarga belum mengetahui pengalaman perundungan tersebut, perilaku ini sempat dipahami sebagai ketidakpatuhan dan pasien mendapat tekanan untuk tetap sekolah. Pasien kemudian dipindahkan dan akhirnya mengikuti pendidikan berbasis rumah.

Ketika menghadapi tekanan, pasien cenderung memendam masalah; bila distress meningkat, pasien dapat menunjukkan perilaku regresif, berteriak, marah, dan melempar barang. Kedua orang tua kemudian mengakui perbedaan pola pengasuhan yang cukup besar dan menyatakan penyesalan atas pendekatan yang terlalu keras terhadap pasien. Dalam formulasi klinis, penggunaan internet dipandang berpotensi berfungsi sebagai strategi koping maladaptif untuk mengurangi distress sekaligus memperoleh pengalaman relasional yang dirasakan lebih aman.

E. Riwayat medis dan enuresis

Pada tahun 2024 pasien menjalani evaluasi karena pembesaran kelenjar getah bening leher dan telah menjalani operasi. Evaluasi pediatri mencatat kecurigaan Kikuchi-Fujimoto lymphadenopathy dan kemungkinan systemic lupus erythematosus (SLE). ANA imunofluoresensi pada Oktober 2024 dilaporkan 1:100. Pada evaluasi berikutnya, ANA imunofluoresensi tercatat 1:1000, ANA profile negatif, dan SLE Disease Activity Index (SLEDAI) sebesar 8 dengan psikosis sebagai komponen penilaian. Berdasarkan keseluruhan temuan klinis dan penilaian tim pediatri, status medis dipertahankan sebagai suspek neuropsikiatri lupus, bukan diagnosis etiologis definitif untuk gejala psikiatrik.

Pasien juga mengalami enuresis yang disebut muncul kembali sejak kelas delapan. Pada awalnya enuresis terutama terjadi ketika pasien cemas atau takut dan pasien masih dapat pergi ke toilet. Dalam sekitar satu tahun terakhir, enuresis menjadi lebih persisten sehingga pasien menggunakan popok setiap hari. Data yang tersedia belum cukup untuk menentukan apakah enuresis terutama disebabkan faktor urologis, neurologis, tidur, psikologis, farmakologis, atau kombinasi beberapa faktor.

F. Pemeriksaan status mental dan penunjang

Pada status mental, kesadaran jernih; mood sedih tetapi dinilai membaik, afek tumpul dan kurang serasi. Proses pikir dicatat nonlogis dan nonrealis, dengan kemiskinan bicara dan ide. Terdapat riwayat halusinasi auditorik tetapi tidak ditemukan halusinasi aktif pada pemeriksaan yang dilaporkan. Gangguan tidur sebelumnya telah membaik dan pasien tampak tenang tanpa raptus.

Pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan hemodinamik stabil, tanpa temuan mayor yang secara langsung menjelaskan perubahan perilaku. Indeks massa tubuh tercatat 16,5 kg/m². Hemoglobin 11,9 g/dL; kadar 25-hydroxyvitamin D 14,20 ng/mL. Foto toraks memberikan kesan pneumonia dengan anjuran korelasi klinis. Pemeriksaan neurologis dasar tidak menunjukkan tanda rangsang meningeal.

Pada psikometri, Internet Addiction Test (IAT) bernilai 82 dan diinterpretasikan sebagai derajat berat. Kuesioner Diagnosis Adiksi Internet (KDAI) bernilai 150, juga kategori berat. Family Questionnaire bernilai 30 dan dalam asesmen klinis pasien diinterpretasikan sebagai ekspresi emosi keluarga tinggi. Temuan ini konsisten dengan riwayat kehilangan kontrol, preokupasi, reaksi emosional saat akses dibatasi, penggunaan malam hari, penggunaan tersembunyi, dan gangguan fungsi yang bermakna.

G. Timeline klinis

Periode	Temuan klinis utama
Masa kanak-kanak	Perkembangan dasar tanpa keterlambatan bermakna; mulai menggunakan telepon pintar sejak sekolah dasar; pola pengasuhan orang tua berbeda dan terdapat riwayat hukuman fisik.
Kelas VIII SMP	Mengalami perundungan, penarikan sosial, bolos/menolak sekolah, serta muncul kembali enuresis terutama saat cemas atau takut.
Pandemi COVID-19 dan sesudahnya	Penggunaan internet meningkat hingga hampir sepanjang hari dan malam; pola tidur terganggu; interaksi sosial langsung dan fungsi sekolah menurun.
Sekitar 2024	Perubahan perilaku, ketakutan, halusinasi auditorik/visual; pernah didiagnosis skizofrenia hebefrenik dan mendapat aripiprazole; evaluasi medis mengarah pada suspek SLE/Kikuchi-Fujimoto lymphadenopathy.
April 2025	Evaluasi psikiatri komprehensif: gejala depresif, riwayat psikosis, penggunaan internet berat, gangguan fungsi, dan enuresis dinilai.
Juni–Juli 2025	ANA IF 1:1000, ANA profile negatif, SLEDAI 8; IAT 82, KDAI 150, Family Questionnaire 30; penilaian suspek neuropsikiatri lupus dilanjutkan.
Periode perawatan	Risperidone, sertraline, asam valproat, clobazam, psikoterapi suportif, psikoedukasi dan sesi pendekatan berbasis keluarga; terapi pediatri termasuk methylprednisolone dosis tinggi.
Evaluasi klinis berikutnya	Mood dan tidur dilaporkan membaik dan fenomena halusinasi sebelumnya tidak aktif. Skor psikometrik pascaintervensi tidak tersedia.

H. Asesmen diagnostik

Formulasi diagnostik mempertimbangkan empat domain utama. Pertama, pasien menunjukkan penggunaan internet berat dengan kehilangan kontrol dan gangguan fungsi yang jelas. Istilah "adiksi internet" digunakan karena sesuai dengan hasil IAT/KDAI dan terminologi klinis yang digunakan pada asesmen, tetapi fenomena klinis tersebut tetap perlu dibedakan dari kategori spesifik seperti gaming disorder. Literatur sendiri menunjukkan variasi konseptual antara generalized problematic internet use dan bentuk perilaku daring spesifik [4,20].

Kedua, terdapat kombinasi gejala depresif dan riwayat psikosis. Diagnosis kerja yang digunakan adalah gangguan skizoafektif tipe depresif (F25.1), dengan diagnosis banding skizofrenia hebefrenik (F20.1) dan gangguan afektif bipolar episode kini depresif berat dengan gejala psikotik (F31.5). Diagnosis skizoafektif pada laporan ini dipertahankan sebagai diagnosis kerja karena dokumentasi longitudinal mengenai hubungan temporal episode mood dan psikosis independen dari episode mood belum lengkap.

Ketiga, riwayat dugaan SLE, peningkatan titer ANA IF, serta SLEDAI dengan komponen psikosis menimbulkan kemungkinan neuropsychiatric systemic lupus erythematosus (NPSLE). Manifestasi neuropsikiatrik pada juvenile-onset SLE sangat heterogen dan atribusi gejala terhadap SLE sering sulit karena perlu mengeksklusi gangguan psikiatrik primer, infeksi, gangguan metabolik, efek obat, serta kondisi neurologis lain [21–23]. Karena data atribusi belum lengkap, istilah "suspek neuropsikiatri lupus" dipertahankan.

Keempat, enuresis persisten dinilai sebagai masalah klinis komorbid yang memperberat perawatan diri dan beban keluarga. Berdasarkan data yang tersedia, penyebab spesifik belum dapat dipastikan. Secara keseluruhan, formulasi awal mencatat GAF saat evaluasi 21–30 dan GAF terbaik satu tahun sebelumnya 51–60, menunjukkan gangguan fungsi yang berat pada fase akut.

III. Penatalaksanaan

A. Intervensi terapeutik

Penatalaksanaan dilakukan secara multimodal. Farmakoterapi psikiatri meliputi risperidone 2 mg setiap 12 jam, sertraline 50 mg pada pagi hari, asam valproat 250 mg pada malam hari, dan clobazam 5 mg pada malam hari. Pasien juga mendapat psikoterapi suportif dan psikoedukasi keluarga. Tim pediatri alergi-imunologi melakukan tata laksana terhadap dugaan keterlibatan SLE, termasuk methylprednisolone dosis tinggi sekitar 30 mg/kg atau 1.000 mg intravena sesuai protokol klinis yang terdokumentasi.

Intervensi terhadap penggunaan internet ditempatkan dalam kerangka multimodal, bukan sebagai abstinensi total dari teknologi. Tinjauan sistematik uji acak pada anak dan remaja menunjukkan bahwa intervensi psikologis yang terstruktur dapat bermanfaat, tetapi bukti masih heterogen dalam definisi kasus, instrumen, teknik terapi, dan durasi follow-up [16]. Kajian pencegahan juga menekankan pentingnya pengembangan kontrol diri, literasi penggunaan internet, serta keterlibatan lingkungan sosial dan keluarga [24].

B. Pendekatan berbasis keluarga

Pendekatan berbasis keluarga dipilih karena terdapat beberapa faktor yang relevan: ekspresi emosi keluarga tinggi pada Family Questionnaire, pola pengasuhan ayah dan ibu yang tidak konsisten, riwayat konflik dan hukuman fisik, komunikasi emosional yang terbatas, serta siklus konfrontatif ketika akses telepon pintar dibatasi. Pada dokumentasi kasus, intervensi keluarga yang tercatat mencakup psikoedukasi dan pelaksanaan sesi pendekatan berbasis keluarga. Sasaran klinisnya adalah meningkatkan pemahaman keluarga terhadap gangguan pasien, mengurangi respons menyalahkan dan reaktif, membangun komunikasi yang lebih suportif, dan menyelaraskan batas penggunaan perangkat digital.

Rasional tersebut konsisten dengan studi yang menunjukkan hubungan antara fungsi keluarga, attachment, dan penggunaan internet bermasalah pada remaja [11,13]. Data populasi juga menunjukkan bahwa lingkungan keluarga, self-control, dan kualitas pertemanan berhubungan dengan masalah penggunaan smartphone pada remaja [12]. Pada kelompok remaja dengan adiksi internet, faktor keluarga dan psikopatologi komorbid dapat saling berinteraksi sehingga intervensi sebaiknya tidak hanya diarahkan pada durasi layer [25].

Riwayat perundungan dan pengalaman pengasuhan keras juga relevan. Meta-analisis menunjukkan hubungan positif antara trauma masa kanak dan adiksi internet, sedangkan penelitian lain menunjukkan bahwa fungsi keluarga dapat menjadi bagian dari jalur yang menghubungkan trauma dengan perilaku adiktif daring [14,15]. Dengan demikian, batas penggunaan perangkat perlu ditempatkan dalam konteks peningkatan rasa aman, validasi emosi, dan alternatif aktivitas sosial, bukan hanya kontrol eksternal.

Bukti langsung untuk terapi keluarga pada adiksi internet juga semakin berkembang. Multi-family group therapy pada remaja dilaporkan menurunkan gejala adiksi internet melalui perbaikan komunikasi orang tua-remaja dan pemenuhan kebutuhan psikologis [17]. Meta-analisis Wang et al. (2024) menunjukkan bahwa family-based therapy memberikan manfaat pada remaja dan dewasa muda, terutama sebagai bagian dari intervensi komprehensif. Namun, dalam kasus ini jumlah sesi, durasi setiap sesi, teknik spesifik, dan treatment fidelity tidak terdokumentasi lengkap; karena itu intervensi dilaporkan secara konservatif sebagai "pendekatan berbasis keluarga" dan tidak diklaim sebagai protokol manual tertentu.

C. Follow-up dan luaran

Pada evaluasi klinis berikutnya, pasien menyatakan kondisinya telah membaik. Gangguan tidur yang sebelumnya menonjol menjadi lebih baik setelah terapi teratur, nafsu makan membaik, dan fenomena halusinasi auditorik maupun visual yang sebelumnya dilaporkan tidak aktif pada wawancara lanjutan. Mood sedih masih ditemukan tetapi dinilai membaik.

Meskipun demikian, pasien masih menunjukkan ketertarikan kuat terhadap telepon pintar dan menyampaikan keinginan memperoleh perangkat baru. Tidak tersedia pengukuran ulang IAT, KDAI, Family Questionnaire, durasi penggunaan layar, fungsi sekolah, maupun GAF setelah rangkaian intervensi. Karena pasien menerima farmakoterapi, lingkungan rawat inap, pembatasan akses perangkat, psikoterapi suportif, intervensi keluarga, dan terapi medis secara simultan, kontribusi spesifik pendekatan berbasis

keluarga terhadap perbaikan klinis tidak dapat dipisahkan secara kausal.

D. Perspektif pasien

Pasien menyampaikan bahwa dirinya merasa "sudah baikan" dan merasa nyaman selama perawatan karena memperoleh perhatian dari tenaga kesehatan serta merasa mempunyai teman. Pada saat yang sama, pasien tetap merasa sedih ketika telepon pintar diambil dan ingin memiliki perangkat baru. Perspektif ini menggambarkan fungsi ganda internet bagi pasien: sebagai perilaku yang menimbulkan gangguan fungsi sekaligus sarana memperoleh hiburan, afiliasi sosial, dan regulasi emosi.

IV. Diskusi

Kasus ini menggambarkan adiksi internet berat pada remaja yang berlangsung dalam konteks psikopatologi kompleks, pengalaman perundungan, disfungsi relasional keluarga, enuresis, dan dugaan penyakit autoimun dengan keterlibatan neuropsikiatrik. Keunikan klinis kasus tidak terletak pada durasi penggunaan internet semata, melainkan pada kombinasi kehilangan kontrol, penggunaan tersembunyi, reaksi afektif yang intens ketika akses dibatasi, gangguan tidur, penarikan sosial, penurunan fungsi sekolah, dan konflik keluarga. Elemen-elemen tersebut lebih bermakna secara klinis dibandingkan screen time saja dan konsisten dengan karakteristik PIU yang banyak dibahas dalam literatur klinis [20].

Secara epidemiologis, estimasi prevalensi adiksi internet sangat bervariasi karena perbedaan definisi, instrumen, usia sampel, dan konteks budaya. Meta-analisis Pan et al. (2020) dan Meng et al. (2022) menunjukkan bahwa gangguan terkait penggunaan digital merupakan fenomena global, tetapi angka prevalensi tidak dapat dipindahkan secara langsung dari satu populasi ke populasi lain. Hal ini penting untuk kasus individual: skor IAT dan KDAI yang tinggi perlu ditafsirkan bersama dengan gangguan fungsi, bukan sebagai diagnosis berdasarkan angka semata.

Model I-PACE membantu menjelaskan bagaimana pola penggunaan internet pasien dapat berkembang dan dipertahankan. Pasien memiliki beberapa faktor predisposisi, termasuk keterbatasan relasi sosial, pengalaman perundungan, kecenderungan memendam distress, konflik keluarga, pola pengasuhan tidak konsisten, dan psikopatologi psikotik-afektif. Internet menyediakan ganjaran cepat, distraksi dari emosi negatif, dan pengalaman pertemanan yang dianggap lebih mudah. Pengulangan pengalaman ini dapat memperkuat kebiasaan digital sekaligus mengurangi kesempatan membangun strategi regulasi emosi dan relasi langsung yang lebih adaptif [4].

Gangguan tidur merupakan salah satu simpul penting dalam kasus ini. Pasien menggunakan perangkat hingga malam, mengalami pembalikan siklus tidur, dan fungsi siang hari menurun. Tinjauan sistematik menemukan hubungan konsisten antara problematic Internet use dan gangguan tidur pada remaja [6]. Hubungan ini berpotensi menciptakan lingkaran perpetuasi karena kurang tidur dapat memperburuk regulasi emosi, konsentrasi, dan fungsi sehari-hari, sedangkan distress pada siang hari dapat meningkatkan kecenderungan mencari pelarian melalui aktivitas daring.

Komorbiditas mood juga membutuhkan perhatian. Studi kohort populasi menunjukkan hubungan dua arah antara PIU dan gejala depresif pada remaja [7], sementara studi pada anak dan remaja di Inggris menemukan hubungan PIU dengan berbagai masalah kesehatan mental [5]. Pada pasien ini, internet tampaknya memiliki fungsi koping terhadap kesedihan, kesepian, dan pengalaman interpersonal negatif. Karena itu, perbaikan penggunaan internet sulit dicapai bila gejala mood dan kebutuhan relasional tidak ditangani secara bersamaan.

Hubungan dengan psikosis lebih kompleks dan tidak boleh ditafsirkan sebagai hubungan sebab-akibat sederhana. Lee et al. (2019) menemukan bahwa kejadian hidup negatif dan PIU berkaitan dengan psychotic-like experiences pada remaja. Studi kohort Narita et al. (2025) selanjutnya melaporkan hubungan longitudinal antara PIU, pengalaman psikotik, dan depresi. Pada remaja dengan skizofrenia, Zhong et al. (2024) juga menemukan prevalensi adiksi internet yang bermakna. Dalam kasus ini, dunia daring dapat berperan sebagai kompensasi atas isolasi sosial, tetapi gangguan tidur dan keterlibatan berlebihan dengan konten tertentu juga dapat memperberat kerentanan klinis. Temuan-temuan tersebut mendukung asesmen bidireksional tanpa menyimpulkan bahwa internet merupakan penyebab psikosis pasien.

Diagnosis gangguan skizoafektif tipe depresif dipertahankan sebagai diagnosis kerja karena pasien memiliki riwayat gejala psikotik dan depresif, tetapi dokumentasi temporal belum cukup rinci untuk membuktikan hubungan mood-psikosis secara longitudinal. Riwayat periode bersemangat, berkurang kantuk, dan perilaku berisiko membuat gangguan bipolar dengan gejala psikotik tetap relevan sebagai diagnosis banding. Di sisi lain, temuan kemiskinan bicara dan ide, afek tumpul, serta gangguan fungsi juga mempertahankan gangguan spektrum skizofrenia dalam diferensial. Kasus ini menegaskan pentingnya evaluasi longitudinal daripada diagnosis potong lintang tunggal.

Pertimbangan NPSLE menambah kompleksitas atribusi. Neuropsychiatric involvement pada juvenile-onset SLE dapat meliputi spektrum luas manifestasi neurologis dan psikiatrik, dan gejala harus dinilai dengan mempertimbangkan aktivitas penyakit, autoimunitas, infeksi, gangguan metabolik, efek obat, serta gangguan psikiatrik primer [21–23]. Pada pasien ini, psikosis telah dilaporkan sebelum pemberian methylprednisolone dosis tinggi, sehingga steroid tidak menjelaskan onset awal gejala. Namun, karena data penunjang untuk atribusi etiologi belum lengkap, istilah suspek neuropsikiatri lupus tetap lebih tepat daripada diagnosis definitif.

Aspek keluarga sangat menonjol. Pasien mengalami pola pengasuhan yang tidak konsisten, pengalaman hukuman fisik, komunikasi emosional yang terbatas, dan konflik ketika penggunaan telepon pintar dibatasi. Penelitian menunjukkan bahwa fungsi keluarga dan pola attachment berhubungan dengan PIU pada remaja [11,13]. Data nasional Korea Selatan juga menunjukkan hubungan lingkungan keluarga, self-control, dan kualitas pertemanan dengan adiksi smartphone pada remaja [12]. Temuan tersebut mendukung formulasi bahwa keluarga bukan sekadar latar belakang masalah, tetapi salah satu target perubahan terapeutik.

Trauma dan perundungan juga perlu ditempatkan dalam jalur etiologis yang lebih luas. Meta-analisis Tang et al. (2024) menunjukkan asosiasi antara trauma masa kanak dan adiksi

internet, sedangkan Hu et al. (2022) menunjukkan bahwa fungsi keluarga dapat berperan dalam jalur mediasi antara trauma dan adiksi internet. Pada pasien ini, perundungan di sekolah tidak segera diketahui keluarga dan penolakan sekolah sempat ditanggapi sebagai perilaku bermasalah. Pengalaman tersebut berpotensi meningkatkan rasa tidak aman interpersonal dan mendorong penggunaan dunia daring sebagai ruang kompensasi. Karena itu, strategi terapi sebaiknya mencakup validasi pengalaman, pemulihan komunikasi, dan pembangunan aktivitas offline yang bermakna.

Pilihan pendekatan berbasis keluarga pada kasus ini memiliki dasar empiris. Liu et al. (2015) menunjukkan manfaat multi-family group therapy pada remaja dengan adiksi internet melalui mekanisme komunikasi orang tua-anak dan pemenuhan kebutuhan psikologis. Meta-analisis Wang et al. (2024) memperkuat bahwa terapi berbasis keluarga dapat menurunkan keparahan adiksi internet pada remaja dan dewasa muda. Meski demikian, bukti intervensi pada populasi anak dan remaja secara keseluruhan masih heterogen, sehingga pendekatan multimodal dan individualisasi tetap diperlukan [16].

Tujuan terapi pada pasien ini sebaiknya bukan sekadar mematikan akses internet, melainkan membangun penggunaan yang terkontrol, memperbaiki pola tidur, meningkatkan aktivitas dan relasi offline, mengembangkan regulasi emosi, serta menciptakan aturan keluarga yang konsisten dan kolaboratif. Strategi pencegahan yang menekankan edukasi, self-regulation, dan keterlibatan konteks sosial sejalan dengan tinjauan Vondráčková dan Gabrhelík (2016). Pada pasien dengan psikosis-afektif, perubahan penggunaan internet juga perlu diselaraskan dengan stabilisasi gejala psikiatrik dan pemantauan keamanan.

Enuresis pada kasus ini turut meningkatkan beban psikososial, rasa malu, ketergantungan dalam perawatan diri, dan ketegangan keluarga. Walaupun dapat berhubungan dengan distress dan pola tidur, data kasus tidak cukup untuk menyimpulkan mekanisme psikogenik. Evaluasi medis dan perilaku yang terpisah tetap dibutuhkan agar gejala somatik tidak direduksi menjadi manifestasi gangguan jiwa semata.

Kekuatan laporan ini adalah integrasi data psikopatologi, penggunaan internet, dinamika keluarga, psikometri, dan kondisi medis dalam satu formulasi biopsikososial. Selain itu, kasus memperlihatkan kolaborasi psikiatri dan pediatri pada situasi dengan kemungkinan neuroimunologis. Keterbatasan utamanya adalah tidak tersedianya skor IAT, KDAI, dan Family Questionnaire pascaintervensi; tidak adanya kuantifikasi objektif screen time sebelum dan sesudah terapi; serta rincian sesi family-based intervention yang belum lengkap. Oleh karena itu, perbaikan klinis tidak dapat diatribusikan secara spesifik kepada intervensi keluarga. Keterbatasan diagnostik juga penting karena hubungan temporal mood-psikosis dan atribusi gejala terhadap SLE belum sepenuhnya terdokumentasi.

Secara klinis, kasus ini mendukung pendekatan yang menghindari dikotomi antara “gangguan adiksi”, “gangguan psikotik”, dan “masalah keluarga”. Ketiganya dapat saling memodulasi dalam perjalanan penyakit. Penilaian yang berulang, formulasi longitudinal, dan pengukuran outcome yang terstandardisasi menjadi penting untuk membedakan perubahan spontan, efek struktur rawat inap, efek farmakoterapi, efek terapi penyakit medis, dan efek intervensi psikososial.

V. Kesimpulan

Kasus ini menunjukkan bahwa adiksi internet berat pada remaja dapat muncul dalam konteks psikopatologi dan kondisi medis yang kompleks. Pada pasien ini, penggunaan internet disertai kehilangan kontrol, gangguan tidur, penurunan fungsi sekolah dan sosial, konflik keluarga, serta penggunaan dunia daring sebagai sarana regulasi emosi dan afiliasi sosial. Pada saat yang sama terdapat gejala psikotik-afektif, enuresis, ekspresi emosi keluarga tinggi, dan dugaan neuropsikiatri lupus.

Pendekatan berbasis keluarga memiliki rasional klinis dan dukungan literatur yang memadai sebagai bagian dari tata laksana multimodal, terutama ketika pola komunikasi dan pengasuhan ikut mempertahankan masalah. Namun, keberhasilan pada kasus individual harus dibuktikan dengan dokumentasi sesi dan outcome longitudinal. Pengukuran ulang IAT/KDAI, fungsi keluarga, durasi penggunaan internet, kualitas tidur, fungsi sekolah, gejala mood-psikosis, dan status medis akan memperkuat evaluasi efektivitas intervensi.

Referensi

[1] Kuss DJ, Lopez-Fernandez O. Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. World J Psychiatry 2016;6:143–76. https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.143.

[2] Meng S-Q, Cheng J-L, Li Y-Y, Yang X-Q, Zheng J-W, Chang X-W, et al. Global prevalence of digital addiction in general population: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2022;92:102128. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102128.

[3] Pan Y-C, Chiu Y-C, Lin Y-H. Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. Neurosci Biobehav Rev 2020;118:612–22. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.08.013.

[4] Brand M, Wegmann E, Stark R, Müller A, Wölfling K, Robbins TW, et al. The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond Internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. Neurosci Biobehav Rev 2019;104:1–10. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.06.032.

[5] El Asam A, Samara M, Terry P. Problematic internet use and mental health among British children and adolescents. Addictive Behaviors 2019;90:428–36. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.09.007.

[6] Kokka I, Mourikis I, Nicolaides NC, Darviri C, Chrousos GP, Kanaka-Gantenbein C, et al. Exploring the effects of problematic Internet use on adolescent sleep: A systematic review. Int J Environ Res Public Health 2021;18:760. https://doi.org/10.3390/ijerph18020760.

[7] Morita M, Ando S, Kiyono T, Morishima R, Yagi T, Kanata S, et al. Bidirectional relationship of problematic Internet use with hyperactivity/inattention and depressive symptoms in adolescents: A population-based cohort study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2022;31:1601–9. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01808-4.

[8] Lee J-Y, Ban D, Kim S-Y, Kim J-M, Shin I-S, Yoon J-S, et al. Negative life events and problematic internet use as factors associated with psychotic-like experiences in adolescents. Front Psychiatry 2019;10:369. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00369.

[9] Narita Z, Ando S, Yamasaki S, Miyashita M, DeVylder J, Yamaguchi S, et al. Association of problematic Internet use with psychotic experiences and depression in adolescents: A cohort study. Schizophr Bull 2025;51:198–207. https://doi.org/10.1093/schbul/sbae089.

[10] Zhong Y, Li Y, Hu A, Zhang X-Y. Prevalence, demographics and clinical characteristics of Internet addiction among Chinese adolescents with schizophrenia. Front Psychiatry 2024;15:1398479. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1398479.

[11] Cacioppo M, Barni D, Correale C, Mangialavori S, Danioni F V, Gori A. Do attachment styles and family functioning predict adolescents' problematic Internet use? A relative weight analysis. J Child Fam Stud 2019;28:1263–71. https://doi.org/10.1007/s10826-019-01357-0.

[12] Kim H-J, Min J-Y, Min K-B, Lee T-J, Yoo S. Relationship among family environment, self-control, friendship quality, and adolescents' smartphone addiction in South Korea: Findings from nationwide data. PLoS One 2018;13:e0190896. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190896.

[13] Şenormancı Ö, Şenormancı G, Güçlü O, Konkan R. Attachment and family functioning in patients with Internet addiction. Gen Hosp Psychiatry 2014;36:203–7. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.10.012.

[14] Hu M, Xu L, Zhu W, Zhang T, Wang Q, Ai Z, et al. The influence of childhood trauma and family functioning on Internet addiction in adolescents: A chain-mediated model analysis. Int J Environ Res Public Health 2022;19:13639. https://doi.org/10.3390/ijerph192013639.

[15] Tang H, Li Y, Dong W, Guo X, Wu S, Chen C, et al. The relationship between childhood trauma and internet addiction in adolescents: A meta-analysis. J Behav Addict 2024;13:36–50. https://doi.org/10.1556/2006.2024.00001.

[16] Ayub S, Jain L, Parnia S, Bachu A, Farhan R, Kumar H, et al. Treatment modalities for internet addiction in children and adolescents: A systematic review of randomized controlled trials (RCTs). J Clin Med 2023;12:3345. https://doi.org/10.3390/jcm12093345.

[17] Liu Q-X, Fang X-Y, Yan N, Zhou Z-K, Yuan X-J, Lan J, et al. Multi-family group therapy for adolescent Internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. Addictive Behaviors 2015;42:1–8. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.021.

[18] Wang H, Li X, Lok GKI, Meng C, Tan Y, Lee UM, et al. Family-based therapy for internet addiction among adolescents and young adults: A meta-analysis. J Behav Addict 2024;13:295–312. https://doi.org/10.1556/2006.2024.00015.

[19] Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley DS, et al. The CARE guidelines: Consensus-based clinical case report guideline development. J Clin Epidemiol 2014;67:46–51. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.003.

[20] Kuss DJ, Lopez-Fernandez O. Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. World J Psychiatry 2016;6:143–76. https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.143.

[21] Benseler SM, Silverman ED. Neuropsychiatric involvement in pediatric systemic lupus erythematosus. Lupus 2007;16:564–71. https://doi.org/10.1177/0961203307078971.

[22] Khajezadeh M-A, Zamani G, Moazzami B, Nagahi Z, Mousavi-Torshizi M, Ziaee V. Neuropsychiatric involvement in juvenile-onset systemic lupus erythematosus. Neurol Res Int 2018;2018:2548142. https://doi.org/10.1155/2018/2548142.

[23] Natoli V, Charras A, Hahn G, Hedrich CM. Neuropsychiatric involvement in juvenile-onset systemic lupus erythematosus (jSLE). Mol Cell Pediatr 2023;10:5. https://doi.org/10.1186/s40348-023-00161-7.

[24] Vondráčková P, Gabrhelík R. Prevention of Internet addiction: A systematic review. J Behav Addict 2016;5:568–79. https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.085.

[25] Rathi M, Guha P, Neogi R. Internet addiction in adolescents: Role of family, personality and comorbid psychopathology in school children in Eastern India. Indian J Psychiatry 2022;64:408–14. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_783_21.