

Integrasi Kesehatan Mental pada Remaja dan Lansia Berbasis Edukasi, Skrining, dan Penguatan Koping Adaptif

Saidah Syamsuddin^{2*}, Dinda Sahyati Rizki Nalia Pohan¹, Khoirunnisa¹, Masnaeni Awaliah¹, Ruth Faustine Jontah Rayo¹, Rina Nurul Qalbi¹, Maya Angela Lisal¹, Riskawaty Salim¹, Agus Durman¹, Athitah Pratiwi¹, Erlyn Limoa², Hawaidah², A. Suheyra Syauki², Agus Japari², Hidajah², Indrawaty Suhuyanli², Ifa Tunisya², Wempy Thioritz², Sonny Teddy Lisal³

^{1,2}Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin, Makassar, Indonesia

³Ketua Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin, Makassar, Indonesia

*Email Korespondensi: psikiatri2310@gmail.com

ABSTRAK

Peningkatan kesehatan mental pada kelompok rentan, khususnya remaja dan lanjut usia (lansia), menjadi perhatian penting. Remaja berisiko mengalami depresi dan kecemasan akibat tuntutan adaptasi akademik dan sosial, termasuk di lingkungan pesantren dan lembaga pembinaan, sementara lansia rentan terhadap kesepian, isolasi sosial, depresi, dan penurunan fungsi kognitif yang memengaruhi kualitas hidup serta kemandirian. Artikel ini mengintegrasikan tiga kegiatan pengabdian kepada masyarakat yang bertujuan meningkatkan literasi kesehatan mental, mendeteksi dini gangguan emosional, dan memperkuat strategi koping adaptif melalui edukasi serta skrining psikologis. Kegiatan menggunakan desain deskriptif potong lintang berbasis komunitas di Pesantren Muhammadiyah Darul Arqam Gombara Kota Makassar, LPKA Kelas II Kabupaten Maros, dan Puskesmas Turikale Kabupaten Maros, meliputi penyuluhan interaktif, diskusi, tanya jawab, serta skrining menggunakan PHQ-9, GAD-7, dan GDS-15. Hasil pada 41 remaja pesantren menunjukkan mayoritas mengalami depresi ringan (63,4%) dan hampir separuhnya tanpa kecemasan (48,8%), dengan rerata skor PHQ-9 6,00 dan GAD-7 5,85. Pada 40 remaja binaan LPKA, sebagian besar mengalami depresi ringan hingga sedang (masing-masing 32,5%) serta kecemasan ringan (37,5%) hingga sedang (32,5%). Pada 20 lansia di Puskesmas Turikale, rerata skor GDS-15 sebesar 2,80, dengan 75% kategori normal dan 25% menunjukkan kemungkinan depresi. Peserta dengan kategori sedang hingga berat dirujuk untuk pendampingan lanjutan. Seluruh kegiatan memperoleh partisipasi yang baik, menegaskan bahwa integrasi edukasi kesehatan mental dan skrining psikologis merupakan pendekatan promotif-preventif berbasis komunitas yang efektif untuk meningkatkan literasi kesehatan mental dan mendukung deteksi dini gangguan psikologis pada berbagai kelompok usia.

Kata kunci: Kesehatan mental; depresi; cemas; geriatri; remaja

ABSTRACT

Improving mental health among vulnerable populations, particularly adolescents and older adults, is an important public health concern. Adolescents are vulnerable to depression and anxiety due to academic and social demands, while older adults are at risk of loneliness, depression, and cognitive decline affecting quality of life and independence. This article integrates three community service activities aimed at improving mental health literacy, promoting early detection of emotional disorders, and strengthening adaptive coping through education and psychological screening. A community-based descriptive cross-sectional design was conducted at Muhammadiyah Darul Arqam Gombara Islamic Boarding School, Class II Juvenile Correctional Facility, and Turikale Public Health Center in South Sulawesi, Indonesia. Activities included interactive education, discussions, question-and-answer sessions, and screening using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), and Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15). Among 41 boarding school adolescents, 63.4% experienced mild depression and 48.8% had no anxiety, with mean PHQ-9 and GAD-7 scores of 6.00 and 5.85. Among 40 adolescents in the correctional facility, 32.5% experienced mild and 32.5% moderate depression, while 37.5% and 32.5% experienced mild and moderate anxiety, respectively. Among 20 older adults, the mean GDS-15 score was 2.80, with 75% classified as normal and 25% indicating possible depression. Participants with moderate-to-severe symptoms were referred for further support. Integrated mental health education and screening may serve as a community-based promotive and preventive approach to improving mental health literacy and supporting early detection across age groups.

Keywords: Mental Health; depression; anxiety; geriatrics; adolescents

1. PENDAHULUAN

Kesehatan mental merupakan bagian penting dari kesehatan secara menyeluruh dan berperan dalam menentukan kualitas hidup individu pada setiap tahap kehidupan. Remaja dan lanjut usia (lansia) termasuk kelompok rentan yang memiliki risiko tinggi mengalami gangguan mental akibat perubahan biologis, psikologis, dan sosial. World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa satu dari tujuh remaja mengalami gangguan mental, dengan depresi dan kecemasan sebagai masalah yang paling sering ditemukan pada kelompok usia tersebut.¹ Beban serupa juga tergambarkan pada tingkat nasional: Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 mencatat prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk usia ≥ 15 tahun sebesar 9,8% dan prevalensi depresi sebesar 6,1%, meningkat dibandingkan tahun 2013.² Beban ini bahkan lebih tinggi pada tingkat lokal. Di Provinsi Sulawesi Selatan, tempat kegiatan ini dilaksanakan prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk usia ≥ 15 tahun tercatat mencapai 12,83%, melampaui angka nasional.³ Secara spesifik pada remaja, Indonesia–National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS) 2022 menemukan bahwa satu dari tiga remaja usia 10–17 tahun (34,9%) mengalami setidaknya satu masalah kesehatan mental dalam 12

bulan terakhir dan 5,5% memenuhi kriteria diagnosis gangguan mental, dengan gangguan cemas (3,7%) dan depresi mayor (1,0%) sebagai yang terbanyak; ironisnya, hanya 2,6% di antaranya yang mengakses layanan kesehatan jiwa.⁴ Temuan ini memperkuat relevansi upaya deteksi dini berbasis komunitas di wilayah tersebut. Gangguan mental pada remaja dapat berdampak terhadap fungsi akademik, hubungan sosial, perilaku berisiko, hingga peningkatan risiko bunuh diri.⁵

Pada kelompok remaja, tekanan akademik, konflik interpersonal, perubahan relasi sosial, dan proses pencarian identitas diri menjadi faktor yang dapat meningkatkan risiko gangguan emosional.⁶ Selain itu, remaja yang tinggal di lingkungan berasrama seperti pesantren maupun lembaga pembinaan khusus anak menghadapi tantangan adaptasi sosial dan emosional yang lebih kompleks. Lingkungan dengan aturan disiplin yang ketat, keterbatasan privasi, dan kurangnya dukungan psikososial dapat memengaruhi kondisi kesehatan mental remaja.⁷ Penelitian menunjukkan bahwa depresi dan kecemasan pada remaja sering kali tidak terdeteksi secara dini sehingga dapat berlanjut hingga usia dewasa dan memengaruhi kualitas hidup jangka panjang.⁸

Dalam konteks lingkungan berasrama dan lembaga pembinaan tersebut, salah satu faktor risiko psikososial yang paling menonjol adalah perundungan (bullying), yaitu perilaku agresif yang dilakukan secara berulang dengan adanya ketidakseimbangan kekuatan antara pelaku dan korban, baik dalam bentuk kekerasan fisik, verbal, relasional, maupun cyberbullying. Keterbatasan privasi, hierarki senioritas, dan pengawasan yang tidak selalu memadai membuat remaja di pesantren maupun LPKA rentan menjadi korban maupun pelaku perundungan, sehingga risiko ini tidak dapat dipisahkan dari pembahasan kesehatan mental mereka. Analisis National Adolescent Mental Health Surveys (NAMHS) di Indonesia menunjukkan bahwa remaja korban perundungan memiliki peluang mengalami gangguan mental sekitar 3,5 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mengalaminya (adjusted OR 3,55; IK 95% 1,47–8,59).⁹ Dampaknya tidak hanya berupa gangguan emosional seperti depresi dan kecemasan, tetapi juga isolasi sosial, rendahnya harga diri, perilaku menyakiti diri, hingga bunuh diri, dan konsekuensi ini dapat menetap hingga dewasa.¹⁰ Oleh karena itu, penguatan literasi kesehatan mental dan intervensi antiperundungan menjadi bagian penting dari upaya promotif-preventif pada remaja di lingkungan berasrama.¹¹

Selain pada remaja, masalah kesehatan mental juga banyak ditemukan pada kelompok lansia. Lansia rentan mengalami gangguan emosional akibat kesepian, isolasi sosial, penyakit kronis, kehilangan pasangan hidup, penurunan fungsi fisik, serta penurunan fungsi kognitif.

WHO melaporkan bahwa sekitar 14% lansia usia di atas 60 tahun mengalami gangguan mental, dengan depresi dan kecemasan sebagai kondisi yang paling sering ditemukan.¹² Di Indonesia, Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi depresi meningkat seiring bertambahnya usia dan tertinggi pada kelompok ≥ 75 tahun (8,9%), sehingga skrining kesehatan jiwa pada kelompok lansia menjadi semakin penting.² Gangguan mental pada lansia sering kali tidak terdeteksi karena adanya stigma, keterbatasan akses pelayanan kesehatan mental, dan anggapan bahwa gangguan emosional merupakan bagian normal dari proses penuaan.¹³ Kondisi tersebut dapat berdampak terhadap penurunan kualitas hidup, peningkatan ketergantungan, dan memburuknya kondisi kesehatan fisik lansia.¹⁴

Pendekatan promotif dan preventif berbasis komunitas memiliki peran penting dalam meningkatkan literasi kesehatan mental serta mendukung deteksi dini gangguan psikologis. Lingkungan pendidikan, lembaga pembinaan, dan pelayanan kesehatan primer merupakan setting strategis dalam pelaksanaan edukasi kesehatan mental dan skrining psikologis sederhana. Edukasi kesehatan mental yang dikombinasikan dengan skrining menggunakan instrumen terstandar seperti Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), dan Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) dapat membantu meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan mental sekaligus memfasilitasi identifikasi dini individu yang membutuhkan intervensi lebih lanjut.^{15,16}

Berdasarkan latar belakang tersebut, kegiatan pengabdian masyarakat ini bertujuan untuk mengintegrasikan edukasi kesehatan mental, skrining psikologis, dan penguatan strategi coping adaptif pada kelompok remaja dan lansia di lingkungan pesantren, LPKA, dan pelayanan kesehatan primer.

2. METODE PELAKSANAAN

2.1 Desain, Waktu, Lokasi, dan Sasaran Kegiatan

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan potong lintang (cross-sectional) berbasis komunitas, yang menggabungkan intervensi edukatif (penyuluhan dan penguatan coping adaptif) dengan skrining kesehatan mental pada satu titik waktu untuk setiap kelompok sasaran. Kegiatan dilaksanakan pada bulan April 2026 di tiga lokasi berbeda, yaitu Pesantren Muhammadiyah Darul Arqam Gombara Makassar, LPKA Kelas II Maros, dan Puskesmas Turikale Kabupaten Maros. Sasaran kegiatan terdiri dari 41 remaja pesantren usia 16–17 tahun, 40 remaja binaan LPKA usia 12–18 tahun, dan 20 peserta lansia. Pemilihan peserta dilakukan secara total sampling pada masing-masing

lokasi sesuai ketersediaan dan kesediaan peserta.

2.2 Metode dan Tahapan Kegiatan

Metode kegiatan dilakukan melalui penyuluhan interaktif, diskusi, dan tanya jawab mengenai kesehatan mental, manajemen stres, strategi koping adaptif, pengenalan depresi dan kecemasan, perundungan (bullying), kesepian pada lansia, serta deteksi dini gangguan kognitif. Kegiatan diawali dengan pemberian informasi dan informed consent, pengisian instrumen skrining, kemudian dilanjutkan dengan penyampaian materi dan skrining kesehatan mental menggunakan instrumen berikut:

1. Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) untuk menilai gejala depresi pada remaja.
2. Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) untuk menilai gejala kecemasan pada remaja.
3. Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) untuk skrining depresi pada lansia.

PHQ-9 dan GAD-7 telah banyak digunakan dan memiliki validitas serta reliabilitas yang baik pada populasi remaja.¹⁵ Begitu pula instrumen GDS-15 yang telah tervalidasi pada kelompok lansia.¹⁶ Analisis data dilakukan secara deskriptif menggunakan distribusi frekuensi, persentase, rerata, dan simpangan baku.

2.3 Persetujuan Etik dan Aspek Etika

Seluruh peserta memperoleh penjelasan mengenai tujuan, manfaat, dan prosedur kegiatan, serta memberikan persetujuan secara sukarela melalui informed consent sebelum pengisian instrumen; untuk peserta remaja di bawah 18 tahun, persetujuan juga diperoleh dari pihak wali/institusi pembina. Kerahasiaan data dijaga dengan melakukan anonimisasi identitas peserta dan penggunaan data hanya untuk keperluan evaluasi kegiatan. Kegiatan ini dilaksanakan dengan menjunjung prinsip etik dasar berupa penghormatan terhadap otonomi, kemanfaatan (beneficence), tidak merugikan (non-maleficence), dan keadilan. Kegiatan telah memperoleh izin pelaksanaan dari institusi terkait.

2.4 Alur Penanganan dan Rujukan

Untuk menjamin keselamatan peserta, kegiatan dilengkapi dengan alur tindak lanjut berbasis hasil skrining. Peserta dengan hasil skrining kategori ringan diberikan psikoedukasi, penguatan strategi koping adaptif, dan anjuran pemantauan mandiri. Peserta yang terskrining pada kategori sedang hingga berat (PHQ-9/GAD-7 ≥ 10 atau GDS-15 yang mengarah pada depresi) menjalani wawancara singkat oleh tenaga kesehatan, diberikan konseling awal, dan dirujuk ke fasilitas layanan lanjutan, yaitu poli/psikolog Puskesmas Turikale atau layanan

kesehatan jiwa terdekat; khusus remaja binaan LPKA dan pesantren, rujukan dikoordinasikan dengan tenaga kesehatan dan pembina institusi. Peserta dengan indikasi risiko menyakiti diri ditangani sebagai prioritas dan dirujuk segera. Alur rujukan ini memastikan kegiatan tidak berhenti pada deteksi, tetapi berlanjut pada intervensi yang sesuai.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada kelompok remaja pesantren sebanyak 41 peserta, hasil skrining menunjukkan rerata skor PHQ-9 sebesar $6,00 \pm 4,27$ dan rerata skor GAD-7 sebesar $5,85 \pm 4,40$. Sebagian besar peserta berada pada kategori depresi ringan sebanyak 26 peserta (63,4%), sedangkan distribusi kecemasan menunjukkan 48,8% peserta tidak mengalami kecemasan dan 26,8% mengalami kecemasan ringan.

Hasil skrining pada Gambar 1 dan Gambar 2 menunjukkan bahwa gejala depresi ringan masih cukup banyak ditemukan pada remaja pesantren. Masa remaja merupakan periode perkembangan yang rentan terhadap perubahan emosional akibat tekanan akademik, proses pencarian identitas diri, dan perubahan hubungan sosial.^{1,5} Lingkungan pendidikan berasrama dengan aturan disiplin yang ketat juga dapat menjadi faktor stres tambahan yang memengaruhi kondisi psikologis remaja.⁶ Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa remaja yang tinggal di lingkungan pendidikan tertutup memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan emosional dibandingkan dengan remaja pada populasi umum.⁷

Pada kelompok remaja binaan LPKA sebanyak 40 peserta, hasil skrining menunjukkan rerata skor PHQ-9 sebesar $10,43 \pm 5,30$ dan rerata skor GAD-7 sebesar $8,75 \pm 5,48$. Sebagian besar responden berada pada kategori depresi ringan dan sedang, masing-masing sebesar 32,5%, depresi sedang-berat sebesar 17,5%, dan depresi berat sebesar 5,0%. Penilaian kecemasan menggunakan GAD-7 menunjukkan 37,5% responden berada pada kategori kecemasan ringan, 32,5% kecemasan sedang, dan 15,0% kecemasan berat.

Hasil skrining pada Gambar 3 dan Gambar 4 pada kelompok remaja binaan LPKA menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami gejala depresi dan kecemasan pada kategori ringan hingga sedang. Tingginya gejala tersebut dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor psikososial, seperti keterbatasan dukungan keluarga, pengalaman traumatis sebelumnya, stigma sosial, serta proses adaptasi terhadap lingkungan pembinaan.^{8,11} Kondisi tersebut sejalan dengan penelitian yang menunjukkan bahwa remaja dalam lembaga pembinaan memiliki kerentanan lebih tinggi untuk mengalami gangguan mental dibandingkan dengan populasi remaja umum.¹⁰ Selain itu, keterbatasan kemampuan membaca dan menulis pada

sebagian responden menjadi tantangan dalam proses skrining, sehingga diperlukan pendekatan komunikasi sederhana dan wawancara terstruktur selama kegiatan berlangsung.

Perbandingan antar-kelompok remaja menunjukkan perbedaan yang mencolok: rerata skor PHQ-9 dan GAD-7 pada remaja binaan LPKA (10,43 dan 8,75) jauh lebih tinggi dibandingkan remaja pesantren (6,00 dan 5,85), dengan proporsi gejala sedang hingga berat yang juga lebih besar. Perbedaan ini dapat dijelaskan oleh akumulasi faktor risiko psikososial yang lebih berat pada remaja binaan. Berbeda dengan santri yang umumnya masih memiliki kontak keluarga, dukungan komunitas keagamaan, serta keikutsertaan yang bersifat sukarela dan terstruktur, remaja binaan LPKA menghadapi kehilangan kebebasan, keterpisahan dari keluarga, ketidakpastian status hukum, stigma sosial, dan beban pengalaman merugikan masa kecil (adverse childhood experiences/ACE) yang cenderung lebih tinggi. Analisis NAMHS menunjukkan bahwa akumulasi ACE berhubungan kuat dengan meningkatnya risiko gangguan mental pada remaja di Indonesia, dan riwayat semacam ini lazim ditemukan pada remaja yang berkonflik dengan hukum.¹⁷ Kombinasi faktor tersebut menjelaskan mengapa gejala depresi dan kecemasan pada remaja binaan LPKA cenderung berada pada rentang sedang hingga berat, sehingga kelompok ini membutuhkan prioritas pendampingan psikologis, penguatan coping adaptif, dan sistem rujukan yang lebih intensif dibandingkan kelompok remaja lainnya.

Pada kelompok lansia di Puskesmas Turikale sebanyak 20 responden, rerata skor Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) sebesar $2,80 \pm 1,82$, dengan sebagian besar responden berada pada kategori normal (75%), sedangkan 25% responden berada pada kategori kemungkinan depresi. Tidak ditemukan responden dengan skor yang mengarah pada depresi berat. Peserta menunjukkan antusiasme tinggi selama kegiatan edukasi dan diskusi.

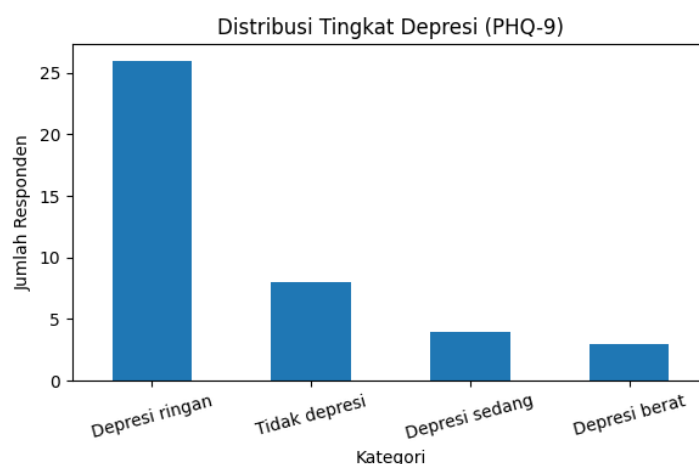
Hasil skrining pada Gambar 5 menunjukkan bahwa sebagian besar lansia masih memiliki kondisi psikologis yang baik, meskipun tetap ditemukan kemungkinan depresi pada sebagian responden. Lansia merupakan kelompok yang rentan mengalami gangguan mental akibat kesepian, penyakit kronis, penurunan fungsi fisik, dan keterbatasan interaksi sosial.^{12,13} Gangguan emosional pada lansia sering kali tidak terdeteksi karena gejalanya dianggap sebagai bagian normal dari proses penuaan.¹⁴ Oleh karena itu, skrining kesehatan mental pada pelayanan kesehatan primer penting dilakukan sebagai bagian dari upaya promotif dan preventif.

Sebagai tindak lanjut, seluruh peserta yang terskrining pada kategori sedang hingga berat—termasuk sebagian remaja binaan LPKA dengan gejala depresi sedang-berat dan lansia

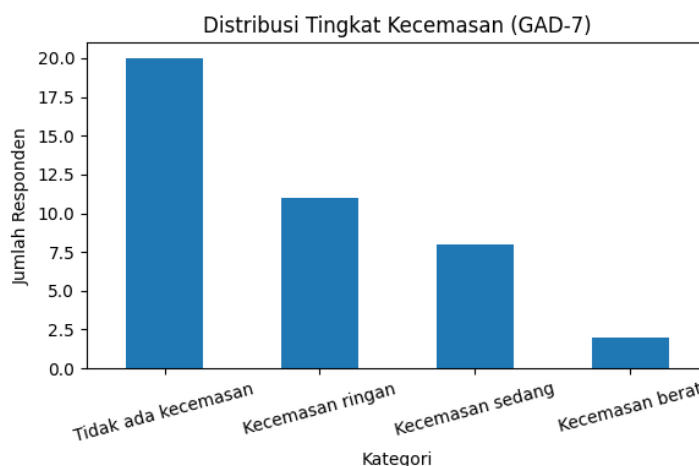
dengan kemungkinan depresi—telah diberikan konseling awal dan dirujuk untuk pemantauan serta penanganan lanjutan sesuai alur yang dijelaskan pada subbab 2.4. Langkah ini penting untuk memastikan bahwa kegiatan skrining memberikan manfaat nyata dan tidak menimbulkan dampak psikologis negatif bagi peserta.

Secara keseluruhan, ketiga kegiatan menunjukkan bahwa edukasi kesehatan mental berbasis komunitas dapat meningkatkan pemahaman peserta mengenai pentingnya kesehatan mental serta membantu proses deteksi dini gangguan emosional. Kelompok remaja menunjukkan kerentanan yang lebih tinggi terhadap depresi dan kecemasan dibandingkan dengan kelompok lansia. Faktor stres psikososial, tekanan lingkungan, keterbatasan dukungan sosial, dan kemampuan koping adaptif menjadi faktor penting yang memengaruhi kondisi emosional peserta.

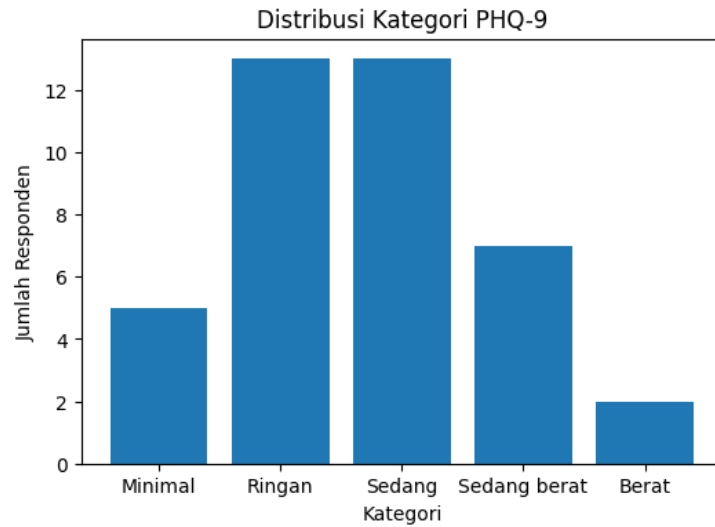
GAMBAR, ILUSTRASI, DAN FOTO



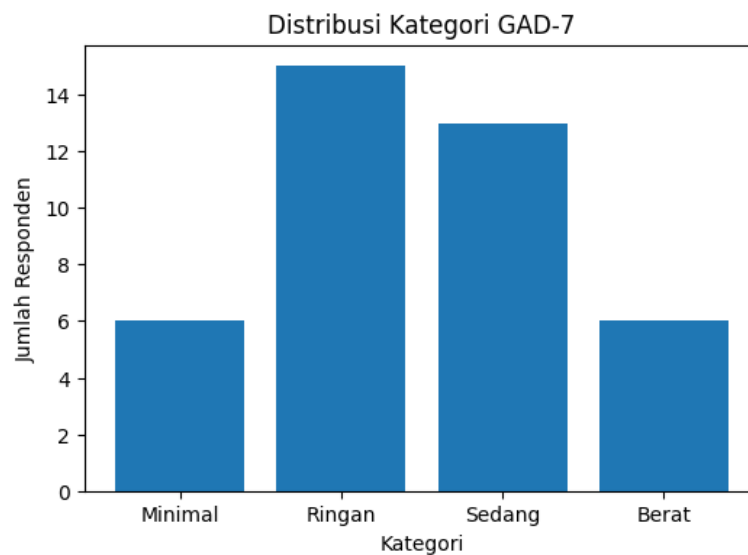
Gambar 1. Diagram Distribusi Tingkat Depresi Remaja Pesantren



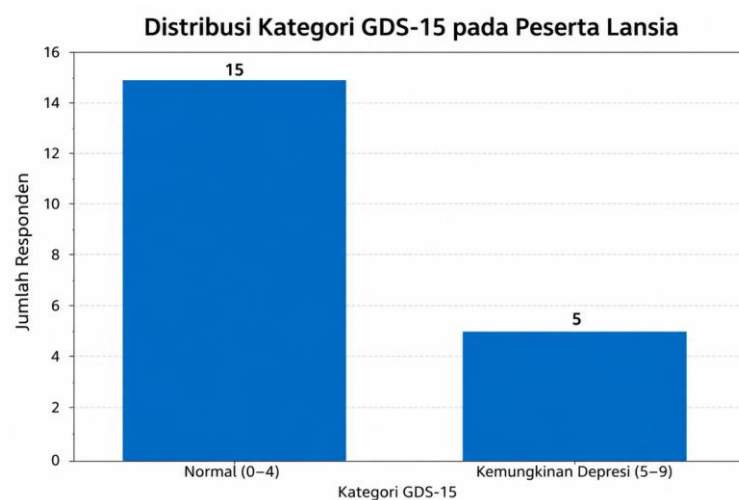
Gambar 2. Diagram Distribusi Tingkat Kecemasan Remaja Pesantren



Gambar 3. Diagram Distribusi Tingkat Depresi Remaja Binaan LPKA



Gambar 4. Diagram Distribusi Tingkat Kecemasan Remaja Binaan LPKA



Gambar 5. Diagram Distribusi Tingkat Depresi Lansia Puskesmas



Gambar 6. Penyampaian Materi Penyuluhan dan Diskusi Remaja Pesantren



Gambar 7. Pengisian Kuisiener PHQ-9 dan GAD-7 Remaja Pesantren



Gambar 8. Penyampaian Materi Penyuluhan dan Diskusi Remaja Binaan LPKA



Gambar 9. Penyampaian Materi Penyuluhan dan Diskusi Lansia Puskesmas



Gambar 10. Pengisian Kuisioner GDS-15 Lansia Puskesmas

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada Pesantren Muhammadiyah Darul Arqam Gombara Makassar, LPKA Kelas II Maros, dan Puskesmas Turikale Kabupaten Maros atas dukungan dalam pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat ini.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Integrasi tiga kegiatan pengabdian masyarakat menunjukkan bahwa edukasi kesehatan mental dan skrining psikologis sederhana dapat diterapkan secara efektif pada berbagai kelompok usia dan *setting* komunitas. Kelompok remaja, terutama remaja pesantren dan remaja binaan LPKA, menunjukkan prevalensi gejala depresi dan kecemasan yang cukup tinggi sehingga memerlukan perhatian lebih lanjut melalui pendekatan promotif, preventif, dan pendampingan psikososial berkelanjutan. Pada kelompok lansia, meskipun sebagian besar peserta berada pada kategori normal, masih ditemukan peserta dengan kemungkinan depresi yang memerlukan pemantauan. Kegiatan psikoedukasi, manajemen stres, penguatan strategi koping adaptif, serta skrining menggunakan PHQ-9, GAD-7, dan GDS-15 dapat menjadi model intervensi komunitas yang mudah diterapkan pada layanan pendidikan dan kesehatan primer. Kegiatan serupa disarankan dilakukan secara berkala dengan evaluasi longitudinal, penguatan sistem rujukan, dan kolaborasi lintas sektor untuk mendukung kesehatan mental masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Adolescent mental health [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2026 May 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
2. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Nasional Risdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI; 2019.
3. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Provinsi Sulawesi Selatan Risdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI; 2019.
4. Erskine HE, Maravilla JC, Wado YD, Wahdi AE, Loi VM, Fine SL, et al. Prevalence of adolescent mental disorders in Kenya, Indonesia, and Viet Nam measured by the National Adolescent Mental Health Surveys (NAMHS): a multi-national cross-sectional study. *Lancet*. 2024;403(10437):1671–80.
5. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2021;175(11):1142–50.
6. Liu Z, He Y, Lee DT, et al. Global burden of depression and anxiety among adolescents and young adults from 1990 to 2021. *BMC Psychiatry*. 2025;25:72.
7. Mugisha J, Ward PB, Kinyanda E, Kiringira JN, Kiwuwa MS, Symon W, et al. The prevalence of depression and anxiety and associated factors among school-going adolescents in poverty and conflict-affected settings in Uganda. *BMC Psychiatry*. 2025;25:1103.
8. Silva SA, Silva SU, Ronca DB, Gonçalves VSS, Dutra ES, Carvalho KMB. Common mental disorders prevalence in adolescents: a systematic review and meta-analyses. *PLoS One*. 2020;15(4):e0232007.
9. Erskine HE, Maravilla JC, Fine SL, Ramaiya A, Li M, Wahdi AE, et al. Bullying victimisation and perpetration and the association with mental disorders among adolescents in Kenya, Indonesia, and Vietnam: findings from the National Adolescent Mental Health Surveys. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2025;19(Suppl 1):87.
10. Moore SE, Norman RE, Suetani S, Thomas HJ, Sly PD, Scott JG. Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. *World J Psychiatry*. 2017;7(1):60–76.
11. Hutson E, Kelly S, Militello LK. Systematic review of cyberbullying interventions for youth and parents with implications for evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2018;15(1):72–9.
12. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 May 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
13. Reynolds CF, Lebowitz BD, Schneider LS. Depression and anxiety in older adults: the need for integrated mental health services. *N Engl J Med*. 2022;386(18):1722–30.
14. Santini ZI, Jose PE, Cornwell EY, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans. *Aging Ment Health*. 2020;24(2):365–74.
15. Fonseca-Pedrero E, Díez-Gómez A, Pérez-Albéniz A, Al-Halabí S, Lucas-Molina B, Debbané M. Youth screening depression: validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in a representative sample of adolescents. *Psychiatry Res*. 2023;328:115486.
16. Johnson SU, Ulvenes PG, Økstedalen T, Hoffart A. Psychometric properties of the General Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale in a heterogeneous psychiatric sample. *Front Psychol*. 2019;10:1713.
17. Wado YD, Njeri A, Odunga SA, Akuku I, Wahdi AE, Fine SL, et al. The association between adverse childhood experiences and mental disorders among adolescents in Kenya, Indonesia, and Vietnam: evidence from the National Adolescent Mental Health Surveys. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2025;19(Suppl 1):86.