

I-NAMHS INDONESIA – NATIONAL
ADOLESCENT MENTAL HEALTH SURVEY

Laporan Penelitian



Indonesia

—

National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS) Laporan Penelitian



UNIVERSITAS
GADJAH MADA



THE UNIVERSITY
OF QUEENSLAND
AUSTRALIA



JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG SCHOOL
of PUBLIC HEALTH



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



Ditulis oleh:

Pusat Kesehatan Reproduksi:

Amirah Ellyza Wahdi

Althaf Setyawan

Yufan Astrini Putri

Siswanto Agus Wilopo

University of Queensland:

Holly E. Erskine

Krystina Wallis

Cartiah McGrath

Sarah J. Blondell

Harvey A. Whiteford

James G. Scott

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health:

Robert Blum

Shoshanna Fine

Mengmeng Li

Astha Ramaiya

Disunting oleh: Amirah Ellyza Wahdi & Akto Adhi Kuntoro

Diterjemahkan oleh: Dita Azka Nadhira

Tata letak & desain oleh: Anang Sayur Asem & Rizka Rachmawati

Dilarang keras untuk mencetak ulang sebagian atau keseluruhan dari isi laporan ini dalam bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

Edisi pertama: Oktober 2022

ISBN:

Penerbit: Pusat Kesehatan Reproduksi

Sitasi yang disarankan:

Center for Reproductive Health, University of Queensland, & Johns Bloomberg Hopkins School of Public Health. (2022). Indonesia – National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS): Laporan Penelitian. Pusat Kesehatan Reproduksi.

Laporan ini merupakan hasil dari I-NAMHS, sebuah kolaborasi yang terdiri dari: Pusat Kesehatan Reproduksi Universitas Gadjah Mada (koordinator utama I-NAMHS), Universitas Sumatera Utara, Universitas Hasanuddin, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, dan University of Queensland (koordinator utama NAMHS).

Copyright© 2022, Pusat Kesehatan Reproduksi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan

Universitas Gadjah Mada

Jalan Mahoni Blok C24, Bulaksumur, Caturtunggal, Depok, Sleman, DI Yogyakarta, 55281

Indonesia

Daftar isi

Sampul	i
Daftar isiiv
Daftar Tabelix
Daftar gambar	xii
Akronim	xiii
Kata pengantar	xv
Ucapan terima kasih	xvi
Ringkasan Eksekutifxvii
Ikhtisar	xvii
Temuan Utamaxviii
Rekomendasi	xix

Pendahuluan.	1
Latar Belakang	1
Apa itu I-NAMHS?	3
I-NAMHS.	3
Siapa yang melaksanakan I-NAMHS?	4
Siapa yang berpartisipasi	5
di I-NAMHS?	5
Apa saja yang ditanyakan kepada para partisipan?	7
Kapan I-NAMHS diselenggarakan?.	8
Apakah COVID-19 berdampak pada I-NAMHS?	9
Apakah cakupan dari laporan ini?	10
Karakteristik Sampel	11
Remaja.	11
Pengasuh utama	12
Rumah tangga.	13

Kesehatan Mental	14
Ikhtisar	14
Pengukuran	15
Informasi yang diukur	15
Masalah gangguan mental dan gangguan mental	16
Hasil	18
Masalah kesehatan mental	18
Gangguan mental	24
Perilaku bunuh diri dan menyakiti diri sendiri	25
Diskusi	27
Interpretasi	27
Keterbatasan	29
Implikasi	31
Penggunaan Layanan	32
Ikhtisar	32
Pengukuran	34
Temuan	35
Frekuensi serta tipe penggunaan layanan	35

Perkiraan kebutuhan layanan serta halangan dalam mengakses layanan	37
Dukungan informal	38
Strategi untuk membantu diri sendiri (<i>self-help</i>)	39
Diskusi	40
Interpretasi.	40
Keterbatasan	41
Implikasi	42
COVID-19	44
Ikhtisar	44
Pengukuran	45
Temuan	46
Diskusi	48
Interpretasi.	48
Keterbatasan	49
Implikasi	50
Lampiran	51
Daftar tim	51
I-NAMHS	51

UQ	52
JHSPH	53
Pengukuran	54
Wawancara pengasuh utama.	54
Wawancara remaja	55
Metodologi.	57
Desain pengambilan sampel	57
Desain penelitian.	57
Ukuran sampel	57
Pemetaan dan pencacahan	59
Uji pilot	59
Kegiatan lapangan	60
Daftar istilah	61
Referensi	65

Daftar Tabel

Tabel 1. Rekrutmen sampel I-NAMHS	6
Tabel 2. Karakteristik remaja berdasarkan usia, jenis kelamin, status pendidikan, dan status pekerjaan	11
Tabel 3. Karakteristik demografi pengasuh utama.....	12
Tabel 4. Karakteristik demografi rumah tangga	13
Tabel 5. Definisi masalah kesehatan mental dan gangguan mental	17
Tabel 6. Prevalensi masalah kesehatan mental di kalangan remaja usia 10-17 tahun berdasarkan kelompok jenis kelamin dan kelompok usia dalam 12 bulan	18
Tabel 7. Prevalensi masalah kesehatan mental di kalangan remaja usia 10-17 tahun dalam 12 bulan	19

Tabel 8. Prevalensi gangguan fungsi pada remaja usia 10-17 tahun dengan masalah kesehatan mental	23
Tabel 9. Prevalensi gangguan fungsi pada remaja usia 10-17 tahun dengan gangguan mental.....	25
Tabel 10. Prevalensi masalah kesehatan mental dan gangguan mental pada remaja 10-17 tahun dengan perilaku bunuh diri	25
Tabel 11. Prevalensi masalah kesehatan mental dan gangguan mental pada remaja 10-17 tahun dengan perilaku menyakiti diri sendiri	25
Tabel 12. Frekuensi penggunaan layanan yang menyediakan dukungan atau konseling untuk masalah emosi dan perilaku dalam kurun waktu 12 bulan di kalangan remaja usia 10-17 tahun berdasarkan jenis kelamin	35

Tabel 13. Penyedia layanan yang paling sering digunakan untuk masalah emosi dan perilaku dalam kurun waktu 12 bulan di kalangan remaja usia 10-17 tahun.....	36
Tabel 14. Halangan dalam mengakses atau mendapatkan layanan untuk masalah emosi dan perilaku remaja usia 10-17 tahun dalam 12 bulan terakhir menurut pengasuh utama	37
Tabel 15. Orang yang remaja usia 10-17 tahun mintai nasihat setiap mereka memiliki kekhawatiran	38
Tabel 16. Strategi untuk membantu diri sendiri yang digunakan untuk mengelola atau mencegah masalah emosi dan perilaku di kalangan remaja usia 10-17 tahun .	39
Tabel 17. Proporsi remaja yang mengalami masalah emosional dan perilaku lebih berat dari biasanya selama pandemi COVID-19 di kalangan remaja usia 10-17 tahun berdasarkan jenis kelamin	46

Daftar gambar

Gambar 3. Masalah kesehatan mental di kalangan remaja usia 10-17 tahun	22
berdasarkan ambang batas gejala dan hendaya yang dikeluhkan	22
Gambar 4. Prevalensi gangguan mental di kalangan remaja usia 10-17 tahun berdasarkan jenis gangguan dalam 12 bulan	24
Gambar 5. Profil ambang batas gejala dan hendaya di kalangan remaja usia 10-17 tahun dengan masalah kesehatan mental yang menggunakan layanan dalam kurun waktu 12 bulan.	36
Gambar 6. Pengalaman selama pandemi COVID-19 di kalangan remaja usia 10-17 tahun.....	47

Akronim

ADHD:	Gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas (Attention-deficit hyperactivity disorder)
BPS:	Badan Pusat Statistik
CPMH:	Center for Public Mental Health
DEFF:	Design effect
DISC-5:	Diagnostic Interview Schedule for Children, Version 5
DSM-5:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
EA:	Area enumerasi
GBD:	Global Burden of Disease
GEAS:	Global Early Adolescent Study
HREC:	Human Research Ethics Committee
I-NAMHS:	Indonesia – National Adolescent Mental Health Survey
JHSPH:	Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
JKN:	Jaminan Kesehatan Nasional
K-NAMHS:	Kenya – National Adolescent Mental Health Survey
Kemendes RI:	Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
NAMHS:	National Adolescent Mental Health Surveys
NIMH:	National Institute of Mental Health

ODK:	Open Data Kit
PDB:	Produk domestik bruto
PKR:	Pusat Kesehatan Reproduksi
PPS:	Probability proportional to size
PTSD:	Gangguan stress pasca-trauma (Posttraumatic stress disorder)
RPJMN:	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (National Medium-Term Development Plan)
SDKI:	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SDQ:	Strengths and Difficulties Questionnaire
TK:	Taman kanak-kanak
TUQIA:	University of Queensland di Amerika Serikat
UGM:	Universitas Gadjah Mada
Unhas:	Universitas Hasanuddin
UQ:	University of Queensland
USU:	Universitas Sumatera Utara
V-NAMHS:	Vietnam – National Adolescent Mental Health Survey
WHO:	World Health Organization

Kata pengantar

Selaras dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020-2024, Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) telah menjadikan kesehatan mental sebagai salah satu prioritas utama dalam program kesehatan nasional. Kesehatan mental merupakan komponen yang penting untuk mendukung pembangunan negara serta sumber daya manusianya, terutama kaum generasi muda yang akan menentukan arah masa depan Indonesia dan merealisasikan Visi Indonesia Emas 2045.

Kementerian Kesehatan menyambut baik adanya Indonesia – National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS). I-NAMHS memberikan kontribusi yang signifikan dengan menghasilkan estimasi berskala nasional yang pertama terkait prevalensi lima gangguan mental yang umum di kalangan remaja di Indonesia. Kelima gangguan mental tersebut adalah gangguan depresi mayor, gangguan cemas, gangguan stres pasca-trauma, gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas dan gangguan perilaku.

Data prevalensi ini menjadi titik awal dari pengembangan kebijakan, program serta penelitian lanjutan terkait gangguan mental serta kesejahteraan remaja di Indonesia yang lebih baik. Hal ini termasuk pencegahan serta deteksi dini gangguan mental, sehingga beban penyakit serta disabilitas yang berhubungan dengan gangguan terkait dapat diminimalisir. Hasil dari I-NAMHS juga menitikberatkan tantangan serta peluang terkait sinergi antara Kemenkes RI dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai pengelola program jaminan kesehatan nasional (JKN) di Indonesia. Informasi ini krusial untuk memastikan agar semua penduduk Indonesia, terutama para remaja, dapat mengakses pelayanan kesehatan mental serta mempunyai kondisi kesehatan mental yang optimal tanpa memandang status sosioekonominya.

I-NAMHS bisa dilakukan dengan bertumpu pada kerja sama banyak pihak. Kementerian Kesehatan mengucapkan terima kasih kepada University of Queensland, Australia sebagai koordinator utama NAMHS Global, dan Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Amerika Serikat yang telah memberikan bantuan teknis kepada I-NAMHS. Apresiasi yang sama juga disampaikan kepada Universitas Gadjah Mada sebagai koordinator utama I-NAMHS, dan Universitas Sumatera Utara dan Universitas Hasanuddin sebagai rekanan I-NAMHS.

Kami berharap I-NAMHS dapat menjadi permulaan dari investasi yang lebih besar dan lebih baik terkait isu-isu kesehatan mental remaja di Indonesia serta menjadi titik mulai untuk sinergi dalam usaha-usaha untuk meningkatkan kesehatan mental remaja dalam rangka mencapai Visi Indonesia Emas 2045.

Maria Endang Sumiwi, MD, MPH
Director General of Public Health
Ministry of Health Republic of Indonesia

Ucapan terima kasih

Penelitian dan laporan ini merupakan hasil dari kolaborasi dari berbagai pihak.

I-NAMHS berhutang budi pada dukungan yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) serta Badan Pusat Statistik (BPS) dalam proses pengembangan penelitian dan laporan ini. Penelitian ini juga didukung oleh Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa FK-KMK UGM, Center for Public Mental Health (CPMH) UGM, serta Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang, Indonesia.

Pengumpulan data survei nasional tidak mungkin dapat terlaksana tanpa dukungan dan kerja keras dari mitra-mitra I-NAMHS, yaitu Universitas Sumatera Utara (USU) and Universitas Hasanuddin (Unhas), yang menyelenggarakan kegiatan pelatihan serta kegiatan lapangan di daerah kerja masing-masing. Layaknya survei pada umumnya, I-NAMHS mengandalkan supervisor serta enumerator lapangan dalam pelaksanaan kegiatan pengumpulan data yang berkualitas tinggi. Oleh karena itu, I-NAMHS turut menyampaikan terima kasih kepada para staf lapangan yang menunjukkan performa yang luar biasa meskipun sedang berada di tengah pandemi global.

National Adolescent Mental Health Surveys (NAMHS) didanai oleh University of Queensland di Amerika Serikat (TUQIA) melalui bantuan dari Pivotal Ventures, sebuah perusahaan milik Melinda French Gates. Pendanaan untuk NAMHS dikelola oleh University of Queensland (UQ) yang kemudian memberikan pendanaan untuk I-NAMHS kepada Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR) UGM. Sebagai bagian dari NAMHS, I-NAMHS juga ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada mitra global kami yaitu African Population and Health Research Center di Kenya, Institute of Sociology di Vietnam, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health di Amerika Serikat, serta University of Queensland di Australia sebagai koordinasi utama dari penelitian ini. Dalam pengembangan serta proses pengadaptasian instrumen ke dalam penelitian ini, I-NAMHS juga didukung oleh Prudence Fisher dari Columbia University, Amerika Serikat.

Penelitian ini mendapat bantuan yang berharga dari dr. Ardhina Ramania, dr. Ajrina Rarasrum, dr. Aristo Tanadi, dr. Dita Azka Nadhira, dr. Luqman Hidayatullah, dr. Nurida Khasanah, dan dr. Teresa Adryana sebagai asisten peneliti I-NAMHS serta Heru Subekti, S. Kep. Ns., MPH dan Mustikaningtyas, MPH, Psikolog yang berperan sebagai asisten penelitian pascasarjana yang juga turut membantu merealisasikan penelitian ini. I-NAMHS juga turut menyampaikan ucapan terima kasih kepada Anggriyani Wahyu Pinandari, SKM., MPH untuk keahlian serta sarannya. Kami ingin mengucapkan terima kasih atas kontribusi Meaghan Enright dan Jamileh Shadid dari UQ yang memberikan dukungan selama implementasi I-NAMHS termasuk selama pelatihan studi pilot, pengujian kuesioner, pemrograman, dan hal lainnya terkait survei ini. Selain itu, kami ingin berterima kasih kepada Johns Hopkins University Global Early Adolescent Study atas dukungan pemrograman dan analisis data mereka, terutama dukungan pemrograman survei dari Mark Emerson.

I-NAMHS berterima kasih kepada para remaja serta pengasuh utama mereka yang telah berpartisipasi di dalam penelitian ini. Tanpa keterlibatan mereka, I-NAMHS tidak akan mungkin bisa terwujud. Laporan ini kami dedikasikan untuk mereka serta para pemimpin masyarakat, petugas fasilitas kesehatan primer serta organisasi-organisasi yang mendalami kesehatan mental remaja di Indonesia. Dan yang paling penting, laporan ini adalah untuk semua remaja Indonesia, semoga masa depan mereka akan selalu cerah.

Ringkasan Eksekutif

Ikhtisar

Prevalensi gangguan mental di kalangan remaja di Indonesia masih belum banyak diketahui. Data prevalensi yang akurat sangat penting untuk tindakan preventif, perencanaan pelayanan serta perancangan kebijakan kesehatan mental yang efektif. Estimasi yang akurat juga dapat memudahkan advokasi serta kampanye kesehatan masyarakat yang berbasis bukti yang dapat meningkatkan kesadaran dan menurunkan stigma terkait kesehatan mental. Laporan ini menyajikan temuan dari Indonesia – *National Adolescent Mental Health Survey* (I-NAMHS), survei pertama yang merepresentasikan prevalensi gangguan mental pada remaja berdasarkan sampel rumah tangga di Indonesia.

Laporan ini menyuguhkan temuan-temuan terkait kesehatan mental (termasuk di dalamnya masalah kesehatan mental serta gangguan mental). Di I-NAMHS, remaja dengan masalah kesehatan mental merupakan remaja yang memenuhi paling tidak setengah dari gejala-gejala kriteria diagnosis suatu gangguan mental. Selain itu, laporan ini juga memuat temuan terkait penggunaan layanan terkait masalah perilaku dan emosi. Ketimbang merujuk langsung ke gangguan mental, istilah ‘masalah emosi dan perilaku’ digunakan pada pertanyaan-pertanyaan terkait penggunaan layanan untuk menjaring berbagai manifestasi gejala gangguan mental yang dapat terjadi serta untuk menghindari isu-isu terkait stigma serta literasi kesehatan mental yang buruk.

Temuan Utama

- Satu dari tiga remaja (34.9%), setara dengan 15.5 juta remaja Indonesia, memiliki satu masalah kesehatan mental dalam 12 bulan terakhir.
- Satu dari dua puluh remaja (5.5%), setara dengan 2.45 juta remaja Indonesia, memiliki satu gangguan mental dalam 12 bulan terakhir.
- Gangguan cemas merupakan gangguan mental yang paling banyak dialami oleh remaja.
- Tidak ada perbedaan, baik berdasarkan jenis kelamin maupun usia, pada prevalensi gangguan mental secara keseluruhan. Namun, terdapat beberapa perbedaan berdasarkan jenis kelamin dan usia pada prevalensi beberapa jenis gangguan mental tertentu.
- Hanya 2.6% dari remaja dengan masalah kesehatan mental yang pernah mengakses layanan yang menyediakan dukungan atau konseling untuk masalah emosi dan perilaku dalam 12 bulan terakhir.
- Secara keseluruhan, hanya satu dari lima puluh remaja (2.0%) yang pernah menggunakan layanan dalam 12 bulan terakhir, dan dua pertiga dari remaja-remaja tersebut (66.5%) hanya pernah menggunakan layanan sebanyak satu kali.
- Saat ditanyakan mengenai penyedia layanan yang manakah yang paling banyak diakses, hampir dua perlima (38.2%) dari keseluruhan pengasuh utama menjawab petugas sekolah (contohnya guru dan petugas sekolah lainnya).
- Hanya 4.3% dari pengasuh utama yang menyatakan bahwa remaja mereka membutuhkan bantuan untuk masalah emosi dan perilaku dalam 12 bulan terakhir (meskipun, di saat yang sama, 34.9% remaja mengalami masalah kesehatan mental).
- Dari semua pengasuh utama yang menyatakan bahwa remaja mereka membutuhkan bantuan, lebih dari dua perlima (43.8%) melaporkan bahwa mereka tidak mencari bantuan dikarenakan mereka lebih memilih untuk menangani sendiri masalah remaja tersebut atau dengan dukungan dari keluarga dan teman-teman.
- Selama pandemi COVID-19, 4.6% remaja melaporkan bahwa mereka sering merasa lebih cemas, lebih depresi, lebih kesepian, atau lebih sulit berkonsentrasi dari biasanya.

Rekomendasi

- Gangguan cemas merupakan masalah kesehatan mental yang paling lazim terjadi di kalangan remaja. Oleh karena itu, upaya-upaya yang mendukung pengelolaan gangguan cemas pada remaja perlu diutamakan. Termasuk di dalamnya yang perlu diutamakan adalah edukasi untuk remaja serta keluarganya terkait kapan dan bagaimana caranya mencari pertolongan profesional untuk gejala cemas.
- Implementasi penapisan dan strategi manajemen yang spesifik disertai dengan integrasi jalur rujukan kesehatan mental ke dalam sistem sekolah dapat digunakan untuk menurunkan prevalensi serta dampak dari masalah kesehatan mental yang dapat terjadi. Hal ini juga dapat mendorong perilaku untuk mencari bantuan di kalangan remaja.
- Program literasi kesehatan mental dengan sasaran pengasuh utama harus berfokus untuk memastikan agar mereka merasa lebih siap untuk menangani kecemasan yang ditunjukkan oleh remaja. Di saat yang sama, perlu dilakukan edukasi yang lebih luas kepada pengasuh utama terkait indikator-indikator masalah kesehatan mental, kemana harus mencari bantuan untuk masalah kesehatan mental, serta apa saja manfaat dari mencari bantuan baik bagi remaja maupun keluarganya.
- Di saat yang bersamaan, pelatihan kesehatan mental harus diberikan untuk tenaga kesehatan di seluruh provinsi di Indonesia untuk meningkatkan kesadaran mengenai kesehatan mental serta penanganannya di dalam lingkup kerja layanan kesehatan yang ada. Sumber daya juga harus dikhususkan untuk *task-shifting* dan usaha peningkatan kapasitas kesehatan mental di kalangan tenaga kesehatan, terutama di daerah terpencil.

Pendahuluan

Latar Belakang

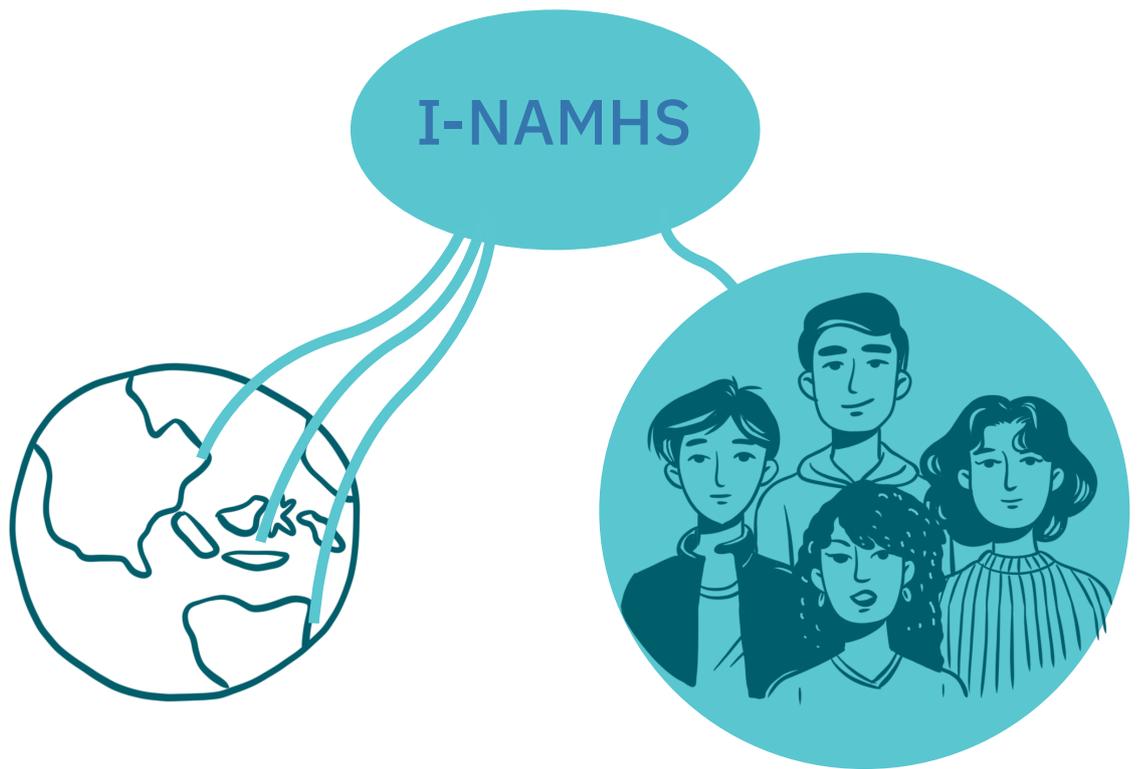
Pada tahun 2016, Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing mengidentifikasi masa remaja sebagai periode penting bagi perkembangan, baik fisik maupun emosi (Patton et al., 2016). Meskipun remaja generasi saat ini lebih terpapar pada teknologi dan fasilitas kesehatan yang lebih canggih dibanding remaja generasi-generasi sebelumnya, generasi sekarang juga menghadapi tantangan kesehatan, sosial, ekonomi dan budaya yang tidak pernah terjadi pada remaja generasi sebelum mereka (Kleinert & Horton, 2016; Patton et al., 2016). Pemahaman mengenai kesehatan mental remaja penting karena lebih dari setengah gangguan mental dimulai saat masa remaja (World Health Organization, 2014) dan dapat menghasilkan dampak kesehatan, sosial dan ekonomi yang berkepanjangan serta merugikan (Erskine et al., 2016; Ormel et al., 2017).

Namun secara global, masih terdapat disparitas yang cukup signifikan mengenai data prevalensi gangguan mental pada remaja. Sebuah studi oleh Erskine et al. (2017) menemukan bahwa hanya 6.7% populasi global anak dan remaja yang terwakili oleh data prevalensi gangguan mental yang ada. Perbedaan yang cukup mencolok terlihat antara data dari negara berpendapatan tinggi (HICs; 26.4%) dan negara berpendapatan rendah dan menengah (LMICs; 4.5%). Di Indonesia, proporsi populasi yang terwakili oleh data gangguan mental di kalangan remaja malah lebih rendah, yaitu kurang dari 0.1% (Erskine et al., 2017). Hal ini menandakan bahwa informasi yang diketahui terkait prevalensi gangguan mental di kalangan remaja Indonesia masih sangat sedikit. Walaupun beberapa studi telah memberikan estimasi terkait gangguan mental di kalangan remaja Indonesia, data-data tersebut dibatasi oleh berbagai isu metodologi. Contohnya, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) melaporkan bahwa prevalensi gejala depresif adalah sebesar 5.1%. Namun, pengukuran survei ini menggunakan pendekatan gejala ketimbang diagnostik, sehingga membatasi kemampuan untuk membedakan antara remaja yang mengalami gejala gangguan mental yang ringan (seperti merasakan sedih) dengan remaja yang mengalami gangguan mental yang memerlukan dukungan dan intervensi (Suryaputri, Mubasyiroh, Idaiani, & Indrawati, 2022). Data prevalensi yang akurat

sangat krusial bagi pengembangan strategi pencegahan, program pelayanan, serta kampanye advokasi yang efektif bagi kesehatan mental. Hal ini memerlukan penggunaan alat diagnostik, pertimbangan mengenai nilai-nilai budaya setempat, serta desain studi yang kuat. Di saat yang bersamaan, informasi terkait bagaimana remaja melibatkan diri dengan pelayanan yang mendukung kesehatan mental serta wawasan terkait faktor-faktor yang memfasilitasi atau menghalangi dalam mencari bantuan juga penting untuk diketahui.

Indonesia – National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS) merupakan survei rumah tangga berskala nasional untuk mengukur prevalensi gangguan mental pada remaja yang pertama di Indonesia. I-NAMHS akan menginformasikan Pemerintah serta pemangku kepentingan lainnya terkait prevalensi, faktor resiko, faktor pelindung, serta penggunaan

pelayanan gangguan mental di kalangan remaja. Data yang terkumpul juga akan dilaporkan kepada agensi dan kelompok penelitian internasional, seperti Global Burden of Disease Study (GBD), yang digunakan oleh berbagai kalangan pemangku kepentingan serta pembuat kebijakan untuk mendukung pengambilan keputusan serta memprioritaskan pendanaan dan usaha promosi kesehatan. Selain itu, I-NAMHS dilengkapi dengan metodologi yang dapat dilaksanakan dengan mudah untuk memastikan bahwa luaran yang dihasilkan akan memiliki kualitas yang tinggi. Metodologi ini dapat direplikasi oleh Indonesia di kemudian hari dan dapat juga diadaptasi oleh negara-negara tetangga. Informasi yang dihasilkan oleh I-NAMHS dapat membantu membentuk dan memperbaiki sistem kesehatan Indonesia serta mendukung perubahan kebijakan yang dapat memberikan dampak positif terhadap remaja di Indonesia. Adanya angka estimasi nasional gangguan mental remaja yang akurat dapat mendorong usaha global yang lebih luas dalam mendukung kesehatan mental serta membangun fondasi yang lebih baik bagi pelayanan kesehatan yang relevan dengan budaya setempat.



Apa itu I-NAMHS?

I-NAMHS merupakan sebuah survei rumah tangga berskala nasional yang dikembangkan dan dilaksanakan melalui kolaborasi antara Pusat Kesehatan Reproduksi (PKR) Universitas Gadjah Mada (UGM) di Indonesia dan University of Queensland (UQ) di Australia sebagai koordinator utama di tingkat global, serta didukung oleh Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) di Amerika Serikat. Indonesia merupakan satu dari tiga negara yang melaksanakan proyek yang serupa di bawah naungan NAMHS yang dipimpin oleh UQ; dua negara lainnya adalah Kenya (K-NAMHS) dan Vietnam (V-NAMHS).

Tujuan utama I-NAMHS adalah untuk:

1. Menentukan prevalensi gangguan mental di kalangan remaja usia 10-17 tahun
2. Mengidentifikasi faktor resiko serta faktor pelindung terkait gangguan mental di kalangan remaja
3. Memahami pola penggunaan, halangan dalam mengakses layanan, serta kebutuhan pelayanan kesehatan mental



Siapa yang melaksanakan I-NAMHS?

PKR bertanggung jawab dalam pengimplementasian I-NAMHS. PKR melakukan konsultasi dengan Kemenkes RI serta Badan Pusat Statistik (BPS) untuk memastikan agar I-NAMHS dapat menyuguhkan informasi yang paling diperlukan oleh pembuat kebijakan. PKR juga didukung oleh Universitas Sumatera Utara (USU) dan Universitas Hasanuddin (Unhas) dalam mengelola proses pengumpulan data di bagian barat (oleh USU) dan timur Indonesia (oleh Unhas). Center for Public Mental Health (CPMH) UGM terlibat dalam uji pilot dari survei ini.

Selaras dengan hukum dan regulasi yang berlaku di Indonesia, I-NAMHS telah disetujui oleh Komisi Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan UGM (nomor pengesahan KE/FK/1212/EC/2019), serta *Human Research Ethics Committee* (HREC) UQ B (nomor pengesahan: 2019001268). I-NAMHS juga mendapat persetujuan dari Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia (Kemendagri RI) untuk melaksanakan survei nasional (nomor pengesahan 440.02/835/Polpum).

Siapa yang berpartisipasi di I-NAMHS?

Partisipan merupakan remaja serta pengasuh utama mereka di 34 provinsi di Indonesia. Remaja yang eligibel merupakan remaja yang berusia 10-17 tahun yang tinggal bersama pengasuh utama mereka lebih dari 50% dari keseluruhan waktu. Remaja usia 18-19 tahun tidak diikutsertakan karena kebanyakan dari mereka sudah tidak tinggal bersama dengan keluarga mereka dan karena pengukuran diagnostik yang diterapkan tidak didesain untuk partisipan usia 18 tahun atau lebih (Erskine et al., 2021). Di dalam rumah tangga yang memiliki lebih dari satu remaja yang memenuhi persyaratan, satu remaja akan dipilih secara acak melalui daftar penghuni rumah tangga oleh instrumen pengumpulan data yang sudah terprogram secara otomatis. Hal ini untuk memastikan agar tidak terjadi bias yang tidak disengaja terkait pemilihan remaja yang akan diikutsertakan dalam survei.

Pengasuh utama merupakan anggota rumah tangga yang berusia dewasa (berusia 18 tahun atau lebih) yang memegang tanggung jawab, memberikan pengasuhan, yang paling mengetahui, serta yang paling bisa menjawab pertanyaan-pertanyaan terkait kesehatan serta kesejahteraan remaja tersebut. Sebuah rumah tangga akan dieksklusi jika:

- Rumah tangga tersebut tidak memiliki remaja berusia 10-17 tahun yang tinggal di rumah terpilih
- Remaja tidak bertempat tinggal di rumah terpilih minimal 50% dari keseluruhan waktu dan/atau remaja sedang pergi jauh dari rumah
- Remaja sudah menikah
- Remaja ATAU pengasuh utama tidak bisa berbahasa Indonesia
- Tidak ada pengasuh utama yang tinggal di rumah terpilih
- Rumah tangga atau pengasuh utama tidak memberikan persetujuan untuk berpartisipasi
- Remaja tidak dapat berpartisipasi akibat gangguan fisik atau kognitif yang berat (yang dinilai dengan pengukuran terstandar)



Seperti yang terlampir di Tabel 1, sebanyak 6.580 rumah tangga dari 34 provinsi di seluruh Indonesia dipilih secara acak berdasarkan rangka sampling survei (lihat Lampiran: Metodologi untuk informasi lebih lanjut). Dari rumah tangga tersebut, sebanyak 5.760 rumah tangga dinyatakan memenuhi syarat dan setuju untuk berpartisipasi sehingga memberikan tingkat respon di angka 92.2% (dihitung dengan membagi jumlah total rumah tangga memenuhi syarat yang berpartisipasi [n = 5.760] dengan jumlah total rumah tangga tanpa rumah tangga yang tidak memenuhi syarat [n = 6.245]). Rumah tangga dengan data yang tidak lengkap (n = 96) tidak dimasukkan ke dalam sampel akhir, sehingga sampel akhir I-NAMHS adalah 5.664 pasang pengasuh utama-remaja.

Tabel 1. Rekrutmen sampel I-NAMHS

Jumlah rumah tangga yang dikunjungi	6.580
Jumlah rumah tangga yang tidak dikunjungi atau yang tidak ditemukan ^a	280
Jumlah rumah tangga yang menolak berpartisipasi	205
Jumlah rumah tangga yang tidak memenuhi syarat	335
Jumlah rumah tangga memenuhi syarat yang berpartisipasi	5.760
Jumlah rumah tangga dengan data yang tidak lengkap	96
Jumlah rumah tangga dengan data yang lengkap	5.664

^a Termasuk rumah tangga di satu area enumerasi (EA) yang tidak dapat dikunjungi akibat konflik.



Apa saja yang ditanyakan kepada para partisipan?

I-NAMHS berfokus pada enam gangguan mental di kalangan remaja, yaitu fobia sosial, gangguan cemas menyeluruh, gangguan depresif berat, gangguan perilaku, gangguan stres pasca-trauma (PTSD) dan gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas (ADHD). Di dalam laporan ini, fobia sosial dan gangguan cemas menyeluruh dilaporkan secara kolektif sebagai ‘gangguan cemas’. Semua gangguan mental diukur menggunakan Diagnostic Interview Schedule for Children, Version 5 (DISC-5) yang dikembangkan oleh tim di Columbia University, Amerika Serikat (Bitsko et al., 2019; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, & Schwab-Stone, 2000). DISC-5 merupakan wawancara terstruktur yang dirancang untuk diadministrasikan oleh enumerator yang tidak memiliki latar belakang klinis maupun medis namun sudah dilatih untuk menggunakan instrumen tersebut (‘enumerator lapangan’).

Di dalam I-NAMHS juga terdapat beberapa pengukuran tambahan terkait faktor resiko dan faktor pelindung yang relevan terhadap gangguan kesehatan mental, seperti perundungan atau *bullying*, sekolah dan pendidikan, hubungan dengan teman sebaya dan keluarga, perilaku seksual, penggunaan zat, pengalaman masa kecil yang merugikan (*adverse childhood experiences*), serta penggunaan layanan. Pengukuran ini diadopsi dan dikembangkan melalui suatu proses kolaboratif yang melibatkan para mitra internasional NAMHS (Erskine et al., 2021). Di dalam instrumen ini juga ada rangkaian pertanyaan yang dirancang secara khusus untuk digunakan di Indonesia. Instrumen ini ditujukan untuk menilai status asuransi kesehatan dan penggunaan akses layanan kesehatan mental bagi remaja. Daftar lengkap instrumen dapat dilihat di Lampiran: Pengukuran.

Instrumen I-NAMHS terbagi ke dalam dua bagian terpisah, yaitu kuesioner untuk pengasuh utama dan kuesioner untuk remaja. Instrumen asli dikembangkan dalam Bahasa Inggris, yang kemudian diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia, lalu diterjemahkan kembali ke dalam Bahasa Inggris dalam rangka pemantauan konsistensi serta ketepatan secara konseptual (seperti memastikan agar makna pertanyaan konsisten dan selaras dengan versi asli dalam Bahasa Inggris). Konsep-konsep yang telah diterjemahkan tersebut kemudian ditinjau secara internal selama pelatihan serta saat ditinjau oleh jajaran klinisi di Indonesia. Instrumen yang telah diterjemahkan tersebut lalu diuji pilot pada bulan Januari 2020 sebelum akhirnya dilakukan revisi beberapa kali dan difinalisasi untuk digunakan dalam pengumpulan data survei nasional.



Kapan I-NAMHS diselenggarakan?

Pengumpulan data I-NAMHS dilaksanakan dari tanggal 8 Maret 2021 hingga 30 November 2021. Dikarenakan adanya pandemi COVID-19, kegiatan pengumpulan data dibagi ke dalam tiga fase dan hanya dilaksanakan setelah dinas kesehatan EA setempat telah menyatakan bahwa situasi sudah cukup aman. Fase pertama dimulai pada bulan Maret 2021 dan terdiri dari EA yang berada di bawah supervisi langsung dari PKR. Sementara untuk fase kedua dan ketiga dimulai pada bulan Juli 2021 dan terdiri dari EA yang berada di bawah supervisi USU dan Unhas, serta beberapa EA yang berada di bawah supervisi PKR yang pelaksanaannya tertunda dikarenakan EA-EA tersebut sebelumnya belum aman untuk pengumpulan data.



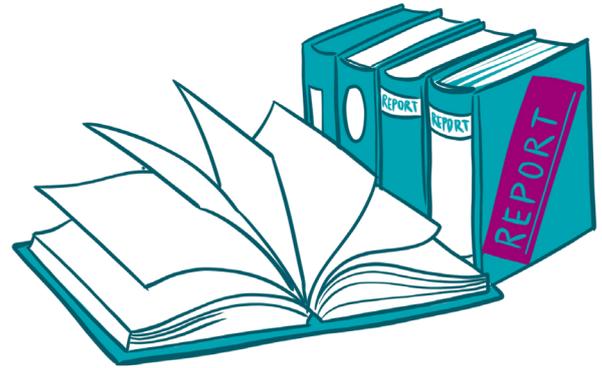
Apakah COVID-19 berdampak pada I-NAMHS?

COVID-19 menyebabkan situasi menjadi tidak menentu sehingga berdampak langsung pada jadwal pelaksanaan I-NAMHS. Awalnya, kegiatan pengumpulan data direncanakan untuk dilaksanakan mulai bulan Juni 2020. Namun setelah mempertimbangkan situasi nasional dan global saat itu dan setelah berkonsultasi dengan mitra domestik maupun internasional, kegiatan pengumpulan data ditunda hingga bulan Maret 2021.

Untuk persiapan kegiatan pengumpulan data selama situasi tersebut, PKR melacak status COVID-19 untuk setiap EA dan mengembangkan suatu sistem pelaporan dan skoring yang menilai kesiapan suatu EA untuk kegiatan pengumpulan data. Protokol keselamatan staf lapangan juga selalu diperbarui selaras dengan protokol keselamatan pandemi COVID-19 terkini. Baik PKR dan UQ juga berkonsultasi dengan Komite Etik untuk memastikan bahwa setiap langkah penting untuk melindungi partisipan dan staf lapangan sudah diambil.

Selain *master training* yang dilaksanakan di Yogyakarta pada bulan Desember 2019, pelatihan penyegaran juga sudah dilakukan secara daring pada bulan Januari 2021 oleh PKR dan UQ. Pelatihan ini kemudian dilanjutkan dengan pelatihan staf lapangan. Kedua pelatihan ini menyuguhkan gambaran yang lengkap mengenai modul-modul yang terdapat pada instrumen I-NAMHS serta proses administrasi yang relevan dengan kegiatan. Desain pelatihan staf lapangan juga dimodifikasi ke dalam model *hybrid*, yang terdiri dari pelatihan daring yang berlangsung selama satu minggu dan kemudian dilanjutkan dengan pertemuan luring selama 2,5 hari.

Dikarenakan adanya pandemi COVID-19, I-NAMHS juga menilai dampak dari pembatasan sosial serta pembatasan kontak dengan teman sebaya serta stresor terkait pandemi yang mungkin terjadi pada kesehatan mental remaja. Dua modul COVID-19 (satu modul untuk pengasuh utama dan satu modul lainnya untuk remaja) dikembangkan khusus untuk survei oleh UQ, JHSPH, PKR, dan tim NAMHS internasional lainnya.



Apakah cakupan dari laporan ini?

Laporan ini menyuguhkan temuan-temuan utama dari I-NAMHS yang berkaitan dengan tujuan utama dari studi ini dan yang relevan dengan para pemangku kebijakan di Indonesia. Laporan ini memiliki tiga bagian utama: kesehatan mental (termasuk perilaku bunuh diri dan menyakiti diri sendiri), penggunaan layanan, dan COVID-19. Termasuk juga di dalam laporan ini adalah karakteristik sampel (demografi) dan informasi lainnya yang berkaitan dengan metodologi serta pelaksanaan survei (tercantum di dalam Lampiran). Semua temuan, seperti proporsi dan angka, telah melalui pembobotan agar bisa merepresentasikan populasi remaja Indonesia usia 10-17 tahun, kecuali jika disebutkan sebaliknya. Meskipun nilai kebermaknaan statistik tidak diikutsertakan di dalam laporan ini, perbedaan-perbedaan yang signifikan secara statistik telah digarisbawahi di dalam tabel atau narasi yang relevan. Perbedaan yang dibahas di dalam narasi laporan hanya spesifik untuk perbedaan yang signifikan secara statistik.

Laporan ini bukan disusun untuk menggambarkan situasi yang komprehensif mengenai semua data dan temuan dari I-NAMHS. Temuan serta analisis mendalam yang lainnya, termasuk temuan-temuan untuk merepresentasikan kabupaten (diwakili oleh Kabupaten Purworejo) dan kota (diwakili oleh Kota Palu), akan disajikan di laporan-laporan lanjutan yang akan datang. Informasi yang dilaporkan di sini ditujukan untuk menyuguhkan pemahaman yang lebih jelas mengenai prevalensi gangguan mental, meningkatkan promosi kesehatan mental, serta mendorong peningkatan ketersediaan layanan kesehatan mental untuk remaja kepada Kemenkes serta pemangku kepentingan lainnya. Walau setiap bab telah disusun untuk memberikan informasi yang cukup lengkap untuk dibaca secara terpisah, namun kami merekomendasikan agar laporan ini dibaca secara keseluruhan.

Karakteristik Sampel

Tabel 2 menunjukkan karakteristik demografi dari sampel remaja, sementara Tabel 3 menunjukkan karakteristik dari sampel pengasuh utama. Tabel 4 menunjukkan informasi mengenai rumah tangga. Semua angka di dalam tabel-tabel tersebut belum melalui proses pembobotan. Semua informasi tersebut dilaporkan oleh pengasuh utama dan dimasukkan ke dalam instrumen remaja sebelum wawancara remaja dilakukan. Jika terjadi perbedaan informasi, perbedaan tersebut diselesaikan melalui metode yang telah ditetapkan di awal.

Remaja

Tabel 2. Karakteristik remaja berdasarkan usia, jenis kelamin, status pendidikan, dan status pekerjaan

Variabel	%	N=5.664 (n)
Usia		
10-13	50.4	(2.857)
14-17	49.6	(2.807)
Jenis kelamin		
Laki-laki	49.5	(2.803)
Perempuan	50.5	(2.861)
Status pendidikan		
Sedang bersekolah	96.4	(5.460)
Sedang tidak bersekolah namun pernah bersekolah dalam 12 bulan terakhir	1.6	(89)
Pernah bersekolah namun tidak dalam 12 bulan terakhir	2.0	(112)
Tidak pernah bersekolah	0.1	(3)
Status pekerjaan		
Sedang bekerja	3.8	(217)
Sedang tidak bekerja namun pernah bekerja dalam 12 bulan terakhir	1.0	(54)
Pernah bekerja namun tidak dalam 12 bulan terakhir	0.5	(27)
Tidak pernah bekerja	94.7	(5.366)
Sedang tidak bekerja maupun bersekolah	2.6	(146)

Usia rata-rata remaja: 13,5 tahun

Pengasuh utama

Tabel 3. Karakteristik demografi pengasuh utama

Variabel	%	N=5.664 (n)
Usia (rata-rata, tahun) ^a	42.7 tahun	
Jenis kelamin		
Laki-laki	20.5	(1.163)
Perempuan	79.5	(4.501)
Hubungan dengan remaja		
Ibu [^]	75.7	(4.290)
Ayah ^{^^}	20.0	(1.132)
Nenek atau kakek	2.3	(132)
Anggota keluarga lainnya	1.9	(108)
Status pernikahan		
Menikah	90.0	(5.098)
Belum pernah menikah	0.7	(40)
Lainnya	9.2	(521)
Pendidikan terakhir		
Tidak pernah bersekolah	2.1	(119)
Sekolah dasar	26.1	(1.480)
Sekolah menengah	55.1	(3.119)
Sekolah menengah kejuruan atau setara	4.1	(234)
Perguruan tinggi	12.2	(693)
Sedang bersekolah	1.2	(111)
Status pekerjaan		
Penuh waktu	31.5	(1.783)
Paruh waktu	26.5	(1.500)
Tidak bekerja namun sedang mencari pekerjaan	2.4	(135)
Tidak bekerja dan tidak sedang mencari pekerjaan	39.4	(2.231)

^a n = 5,616 (setelah mengeksklusi usia <18 tahun [n=1] serta jawaban yang tidak bermakna [n=47]);

[^] termasuk ibu tiri (pilihan jawaban yang terpisah) dan ibu angkat;

^{^^} termasuk ayah tiri (pilihan jawaban yang terpisah) dan ayah angkat.

Rumah tangga

Tabel 4. Karakteristik demografi rumah tangga

Variabel	%	N=5.664 (n)
Kuintil status ekonomi ^a		
Q1	20.2	(1.146)
Q2	20.7	(1.170)
Q3	20.7	(1.172)
Q4	17.6	(999)
Q5	20.8	(1.177)
Lokasi ^b		
Perkotaan	69.1	(3.913)
Pedesaan	30.9	(1.751)
Wilayah		
Sumatera	22.2	(1.258)
Jawa/ Bali	58.2	(3.295)
Kalimantan/Indonesia Bagian Timur	19.6	(1.111)

^a Berdasarkan instrumen Wealth Index yang dijawab oleh pengasuh utama

^b Berdasarkan klasifikasi Kementerian Dalam Negeri

Kesehatan Mental

Ikhtisar

Seperlima dari total penduduk Indonesia adalah remaja (Statistics Indonesia, 2021). Generasi saat ini disebut-sebut sebagai ‘Generasi Emas’ karena pentingnya generasi tersebut terhadap pertumbuhan perekonomian dan posisi Indonesia di kancah global (Wilopo et al., 2021). Namun, masih banyak yang tidak diketahui mengenai prevalensi gangguan mental di kalangan remaja Indonesia walaupun sudah ada penelitian mancanegara yang mengindikasikan bahwa gangguan mental di masa pertumbuhan tersebut dapat memberi dampak buruk seumur hidup (Erskine et al., 2016; Ormel et al., 2017). Penelitian terdahulu di Indonesia menemukan bahwa hampir 28% remaja usia akhir (usia 15-19 tahun) mengeluhkan gejala-gejala depresif (Purborini, Lee, Devi, & Chang, 2021), sementara penelitian lainnya menemukan bahwa prevalensi gejala-gejala depresif ada di angka 5% (Suryaputri et al., 2022). Selain depresi, satu penelitian yang berfokus pada dampak dari tsunami tahun 2004 menemukan bahwa 8.9% anak usia 4-18 tahun di Aceh Utara memenuhi kriteria gangguan mental (Wiguna, Guerrero, Kaligis, & Khamelia, 2010).

Namun, penelitian-penelitian ini didasarkan pada gejala, bukan diagnostis. Penelitian-penelitian ini juga memiliki ukuran sampel yang kecil, lokasi atau rentang usia yang terbatas, dan/atau berfokus hanya pada gangguan mental tertentu. Satu penelitian yang melihat sejauh mana representasi data prevalensi gangguan mental pada anak dan remaja menemukan bahwa hanya kurang dari 1% populasi generasi muda Indonesia yang terwakili oleh data yang dihasilkan dengan menggunakan pendekatan diagnostik (Erskine et al., 2017). Oleh karena itu, bukti yang dapat mendukung kebijakan kesehatan mental dan kemampuan untuk melaksanakan tindak lanjut masih terbatas.

Tujuan utama dari I-NAMHS adalah untuk menghasilkan estimasi prevalensi gangguan mental pada remaja di Indonesia yang representatif secara nasional. Bab ini akan menjelaskan secara garis besar bagaimana kesehatan mental diukur di I-NAMHS. Selain itu, bab ini juga memuat penjelasan tentang perbedaan dari masalah kesehatan mental dan gangguan mental, serta dasar dalam melaporkan keduanya. Temuan-temuan yang dilaporkan di sini disuguhkan (sebagai proporsi dan angka yang sudah melalui pembobotan) baik untuk masalah kesehatan mental maupun gangguan mental. Sebagai tambahan, prevalensi perilaku bunuh diri dan menyakiti diri sendiri juga disuguhkan dalam konteks kesehatan mental. Terakhir, pertimbangan terkait interpretasi dari temuan-temuan ini serta implikasinya untuk para pembuat kebijakan juga dibahas secara singkat.

Pengukuran



Informasi yang diukur

Modul diagnostik DISC-5 digunakan untuk menilai prevalensi gangguan mental dalam 12 bulan terakhir. DISC-5 merupakan suatu instrumen diagnostik terstandar (Bitsko et al., 2019; Shaffer et al., 2000) yang dikembangkan oleh Columbia University dengan dukungan dari United States National Institute of Mental Health (NIMH). DISC-5 dirancang untuk diadministrasikan oleh enumerator lapangan yang sudah terlatih, yaitu individu yang tidak memiliki latar belakang klinis namun sudah dilatih mengenai tata cara penggunaan DISC-5. DISC-5 digunakan untuk menilai gangguan cemas (fobia sosial dan gangguan cemas menyeluruh), gangguan depresi mayor, gangguan perilaku, PTSD, serta ADHD. Gangguan-gangguan tersebut dipilih karena mereka lazim ditemukan di kalangan remaja dan kontribusinya signifikan pada proporsi beban penyakit di kelompok usia tersebut (Erskine et al., 2015). Semua modul DISC-5 ditanyakan ke remaja, kecuali untuk modul ADHD yang ditanyakan ke pengasuh utama.

Pengukuran perilaku bunuh diri dan menyakiti diri sendiri diikutsertakan di dalam sini. Perilaku bunuh diri termasuk pikiran bunuh diri (pikiran yang serius terkait mengakhiri hidup), merancang rencana bunuh diri (membuat suatu rencana untuk mengakhiri hidup), atau percobaan untuk bunuh diri (saat tindakan atau perilaku melukai diri sendiri dilakukan dengan niat untuk mengakhiri hidup). Perilaku menyakiti diri sendiri adalah tindakan yang bertujuan untuk menyakiti atau melukai diri sendiri tanpa ada niat untuk mengakhiri hidup (*non-suicidal self-injury* [NSSI]). Semua remaja ditanyakan pertanyaan-pertanyaan terkait perilaku bunuh diri dan perilaku menyakiti diri sendiri, tanpa memandang status gangguan mentalnya. Khusus untuk perilaku bunuh diri dalam 12 bulan terakhir, remaja hanya ditanyakan mengenai rencana bunuh diri jika mereka mengakui adanya pikiran untuk melakukan bunuh diri, dan remaja hanya ditanyakan mengenai percobaan bunuh diri jika mereka mengakui adanya perencanaan percobaan bunuh diri.



Masalah gangguan mental dan gangguan mental

Konten dan struktur DISC-5 dirancang untuk mengikuti kriteria diagnostik gangguan mental Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) yang berlaku dan sudah diperbarui (American Psychiatric Association, 2013). Menurut DSM-5, suatu diagnosis gangguan mental hanya bisa ditegakkan saat seseorang tidak hanya mengalami gejala-gejala dari suatu gangguan mental tersebut, namun juga yang memenuhi batas minimal tertentu terkait frekuensinya, keparahannya, manifestasi gejala, dan gangguan fungsi (*impairment* atau hendaya). Pertanyaan-pertanyaan di DISC-5 mencerminkan kriteria DSM-5 dengan menanyakan gejala tertentu begitu wawancara dimulai, dilanjutkan dengan menanyakan pertanyaan-pertanyaan yang lebih terinci mengenai karakteristik spesifik dari gejala tersebut yang diperlukan untuk sebuah diagnosis. Hal ini yang membedakan instrumen diagnostik seperti DISC-5 dengan instrumen pengukuran gejala yang hanya menanyakan secara umum terkait ada tidaknya suatu gejala. Oleh karena itu, instrumen pengukuran gejala cenderung melaporkan angka prevalensi yang lebih tinggi ketimbang instrumen diagnostik (Ferrari et al., 2013; GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022; Santomauro et al., 2021).

Namun, seseorang dapat mengalami distress dan gangguan fungsi tanpa memenuhi kriteria diagnosis DSM-5 untuk gangguan mental tertentu. Individu-individu tersebut dapat menjadi kelompok penting untuk target program pencegahan sebelum berlanjut menjadi suatu gangguan mental (Pagliaro, Pearl, Lawrence, Scott, & Diminic, 2021). Di saat bersamaan, perlu dipertimbangkan dampak penerapan kriteria diagnostik DSM-5 pada budaya non-Barat dan bagaimana budaya berpengaruh pada penggunaan instrumen terstandar seperti DISC-5 (Canino & Alegria, 2008; Patel & Winston, 1994).

Menyorot potensi tantangan tersebut, I-NAMHS menggunakan dua definisi prevalensi. Pertama, khusus untuk laporan ini, prevalensi masalah gangguan mental didefinisikan sebagai proporsi remaja yang memenuhi minimal setengah dari keseluruhan gejala untuk suatu gangguan mental tertentu yang diukur oleh DISC-5. Remaja di kelompok ini tidak harus memenuhi semua kriteria diagnosis yang diperlukan untuk diagnosis ditentukan oleh DSM-5. Definisi kedua yang digunakan adalah prevalensi gangguan mental. Remaja yang termasuk di dalam kelompok ini adalah remaja yang memenuhi kriteria diagnostik suatu gangguan mental sesuai dengan kriteria DSM-5. Tabel 5 di bawah ini memberikan definisi umum, definisi yang digunakan oleh I-NAMHS serta definisinya menurut hukum yang berlaku di Indonesia untuk kedua prevalensi. Istilah-istilah yang digunakan untuk masalah kesehatan mental dan gangguan mental juga disertakan.

Tabel 5. Definisi masalah kesehatan mental dan gangguan mental

	Masalah kesehatan mental	Gangguan Mental
Definisi umum	Kondisi di mana seseorang terganggu dalam caranya berpikir, merasa, serta berperilaku, namun lebih ringan dibandingkan dengan gangguan mental. Bisa dialami sementara, atau sebagai suatu reaksi akut terhadap tekanan hidup.	Suatu perilaku, sindrom psikologis, atau pola yang signifikan secara klinis, yang terjadi pada individu dan berkaitan dengan distress yang sedang berlangsung (seperti gejala yang menyakitkan), disabilitas (gangguan dalam satu area fungsional atau lebih), dan/atau resiko yang secara signifikan lebih tinggi untuk terjadinya kematian, kesakitan, disabilitas, atau kehilangan kebebasan.
Definisi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (berdasarkan UU No.18 Tahun 2014 terkait kesehatan jiwa) (Republic of Indonesia, 2014)	Orang yang memiliki masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau orang dengan kualitas hidup yang buruk yang menyebabkan orang tersebut berisiko untuk mengalami gangguan mental.	Orang yang mengalami gangguan pikir, perilaku, dan perasaan yang bermanifestasi sebagai beberapa gejala dan/atau perubahan perilaku yang signifikan, dan yang dapat menyebabkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia.
Definisi yang diberlakukan dalam I-NAMHS	Seorang remaja dianggap memiliki masalah gangguan mental jika remaja menunjukkan <u>paling tidak setengah</u> dari gejala-gejala yang diperlukan untuk diagnosis suatu gangguan mental (kondisi yang disebut 'di bawah ambang batas' atau <i>subthreshold</i>). Oleh karena itu, remaja dengan masalah gangguan mental juga termasuk remaja dengan gejala di bawah ambang batas maupun remaja dengan gejala di atas ambang batas, dengan atau tanpa hendaya. Sehingga remaja yang memenuhi kriteria untuk gangguan mental juga termasuk ke dalam kelompok ini.	Seorang remaja dianggap memenuhi kriteria DSM-5 untuk gangguan mental tertentu jika semua syarat gejala (kondisi yang disebut 'memenuhi ambang batas' atau <i>full threshold</i>) dan memiliki hendaya akibat gejala-gejala tersebut. Diagnosis ini mengikuti algoritma skoring terstandar yang telah ditetapkan oleh DISC-5.

Istilah untuk jenis yang berbeda	Depresi	Gangguan depresi mayor
	Kecemasan	Gangguan cemas
	Stres pasca-trauma	PTSD
	Masalah perilaku	Gangguan perilaku
	Masalah terkait pemusatan perhatian dan/atau hiperaktivitas	ADHD

Hasil

Masalah kesehatan mental

Lebih dari sepertiga dari semua remaja (34.9%) menunjukkan suatu masalah mental dalam 12 bulan terakhir (Tabel 6). Tidak terlihat adanya perbedaan pola baik antara laki-laki dan perempuan maupun antara remaja usia lebih muda (10-13 tahun) dan remaja usia lebih tua (14-17 tahun).

Tabel 6. Prevalensi masalah kesehatan mental di kalangan remaja usia 10-17 tahun berdasarkan kelompok jenis kelamin dan kelompok usia dalam 12 bulan

Karakteristik	10-13 tahun		14-17 tahun		Total	
	%	(n/N)	%	(n/N)	%	(n/N)
Laki-laki	36.1	(540/1.498)	33.0	(457/1.385)	34.6	(997/2.883)
Perempuan	34.2	(498/1.458)	36.2	(479/1.322)	35.1	(977/2.781)
Total	35.1	(1.038/2.956)	34.6	(936/2.708)	34.9	(1.974/5.664)

n=pembilang; N=penyebut

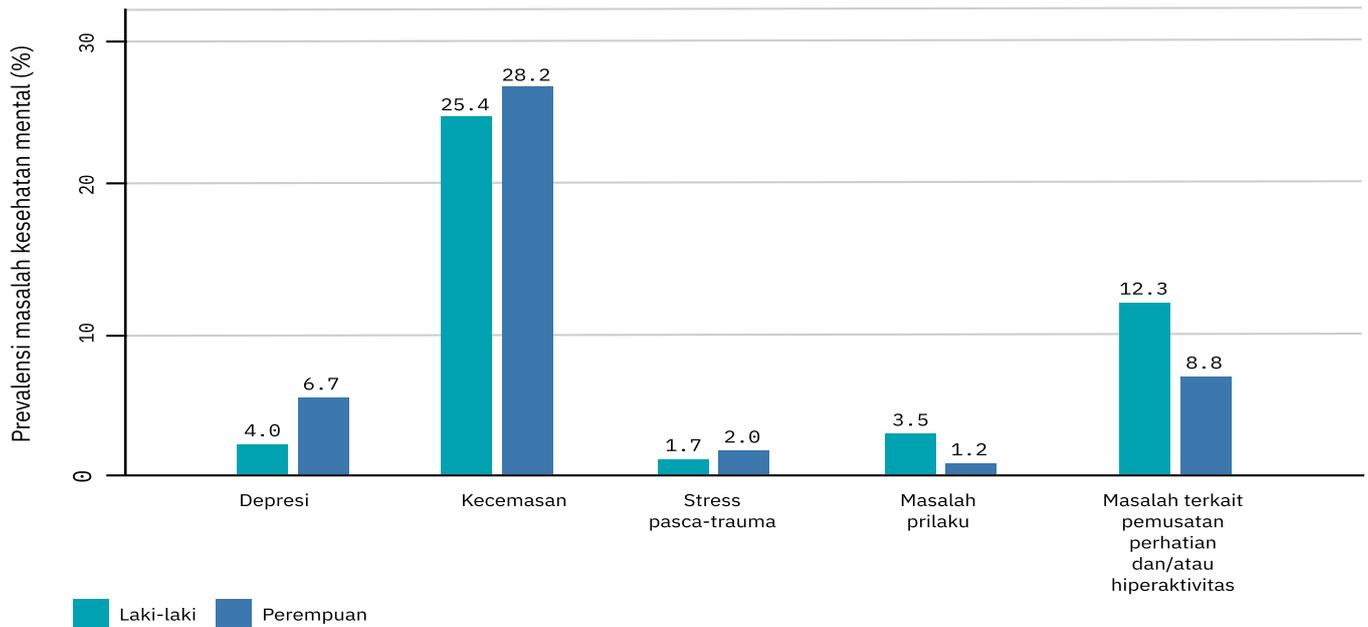


Seperti yang ditunjukkan di Tabel 7, kecemasan merupakan masalah gangguan mental yang paling lazim (26.7%) di kalangan remaja usia 10-17 tahun di Indonesia.

Tabel 7. Prevalensi masalah kesehatan mental di kalangan remaja usia 10-17 tahun dalam 12 bulan

Masalah kesehatan mental	Total N=5,664	
	%	(n)
Depresi	5.3	(302)
Kecemasan	26.7	(1.514)
Stres pasca-trauma	1.8	(104)
Masalah perilaku	2.4	(134)
Masalah terkait pemusatan perhatian dan/atau hiperaktivitas	10.6	(599)

Kecemasan merupakan masalah kesehatan mental yang paling lazim baik bagi remaja laki-laki (25.4%) dan remaja perempuan (28.2%). Remaja perempuan (6.7%) memiliki prevalensi depresi yang lebih tinggi dibanding pada remaja laki-laki (4.0%), sementara remaja laki-laki memiliki prevalensi masalah perilaku yang lebih tinggi (3.5% vs 1.2%) dan masalah terkait pemusatan perhatian dan/atau hiperaktivitas yang lebih tinggi (12.3% vs 8.8%) dibanding remaja perempuan.



Catatan:

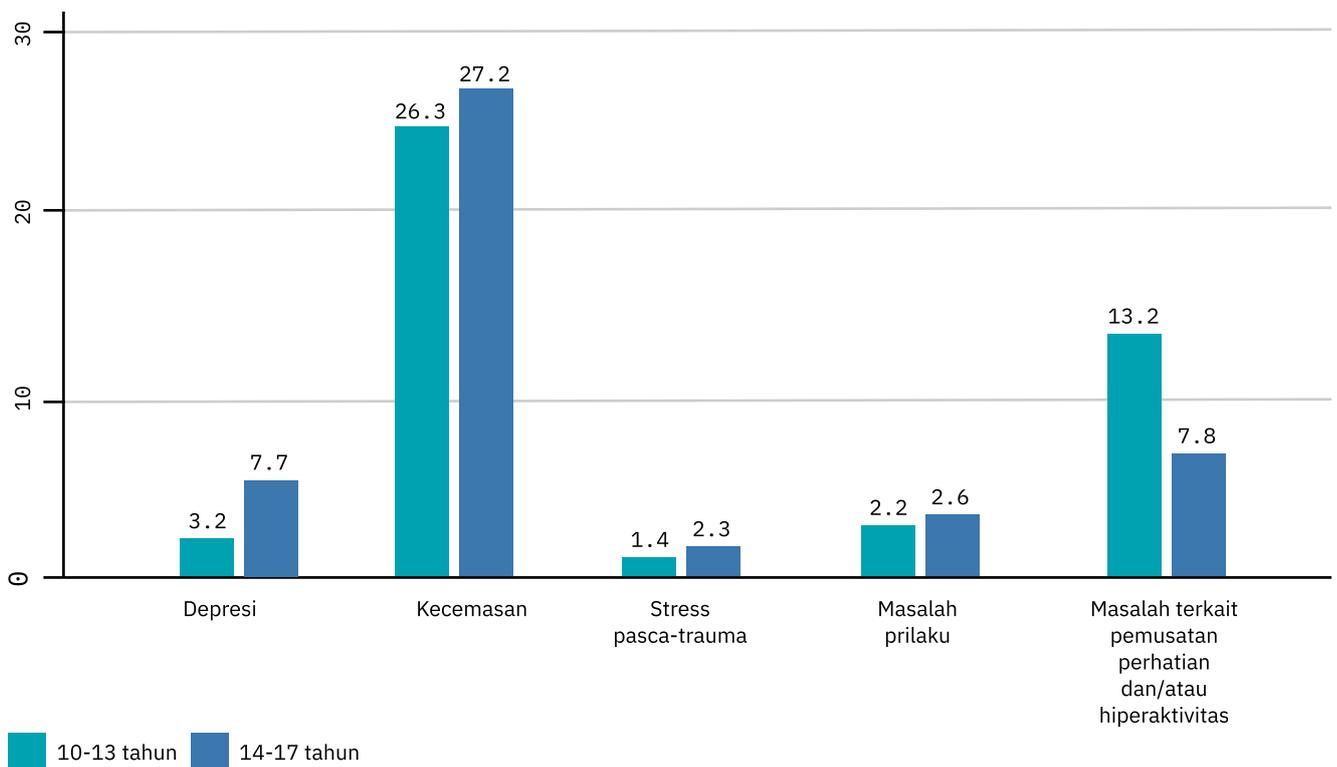
Laki-laki=2.883; Perempuan=2.781; Total=5.664

Perbedaan signifikan secara statistik antara laki-laki dan perempuan untuk depresi, masalah perilaku, dan masalah terkait pemusatan perhatian dan/atau hiperaktivitas

Remaja dapat didiagnosis dengan lebih baik dari satu masalah kesehatan mental

Gambar 1. Prevalensi masalah kesehatan mental di kalangan remaja usia 10-17 tahun berdasarkan jenis kelamin dalam 12 bulan

Seperti yang ditunjukkan di Gambar 2, remaja usia lebih muda memiliki prevalensi masalah terkait pemusatan perhatian dan/atau hiperaktivitas yang lebih tinggi (13.2%) dibanding dengan remaja usia lebih tua (7.8%), sementara remaja usia lebih tua memiliki prevalensi depresi yang lebih tinggi (7.7%) dibanding dengan remaja usia lebih muda (3.2%).



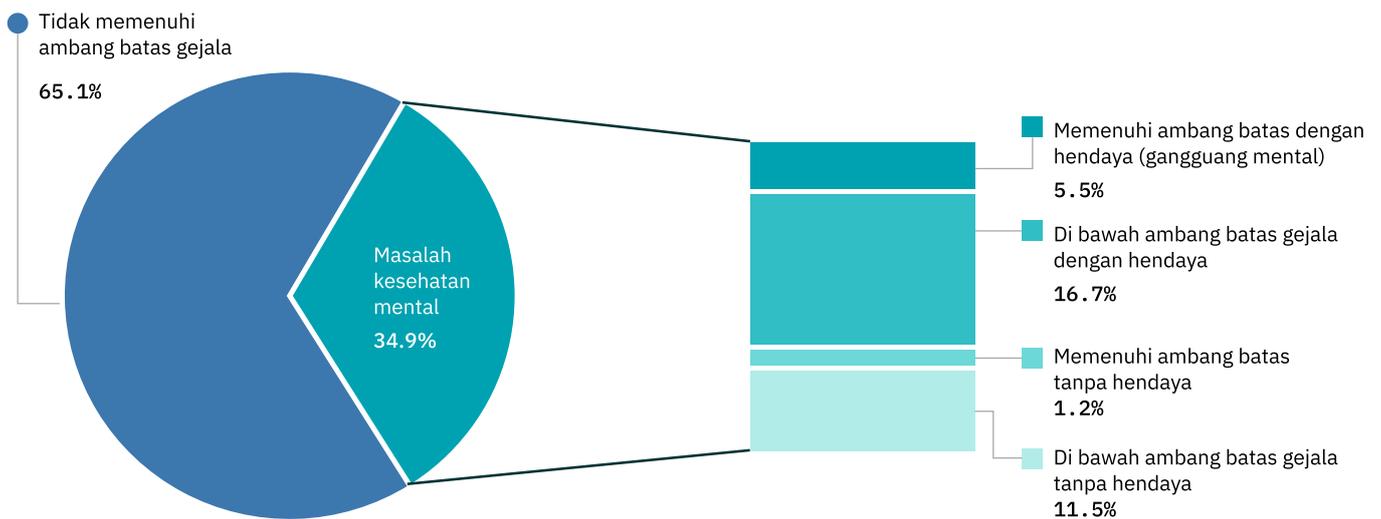
Catatan:

10-13 tahun=2.956; 14-17 tahun=2.708; Total;5.664

Perbedaan signifikan secara statistik antara kelompok umur untuk depresi dan masalah terkait pemusatan perhatian dan/atau hiperaktivitas Remaja dapat didiagnosis dengan lebih dari masalah kesehatan mental

Gambar 2. Prevalensi masalah kesehatan mental di kalangan remaja usia 10-17 tahun berdasarkan kelompok usia dalam 12 bulan

Remaja dengan masalah gangguan mental kemudian dianalisis lebih lanjut untuk menentukan proporsi yang melaporkan impairment akibat gejala dan proporsi gejala di bawah batas ambang (*subthreshold*) serta yang memenuhi ambang batas (*full threshold*). Ambang batas gejala ditentukan berdasarkan kriteria DSM-5 yang didefinisikan sebagai situasi di mana paling tidak setengah dari semua gejala yang diperlukan untuk diagnosis terpenuhi, sementara gejala yang memenuhi batas ambang mengindikasikan bahwa semua gejala yang diperlukan untuk diagnosis terpenuhi. Artinya, remaja dengan masalah kesehatan mental dikategorikan ke dalam satu dari empat kelompok yang ditunjukkan di Gambar 3 (patut diingat bahwa gejala yang memenuhi ambang batas dan disertai dengan hendaya setara dengan gangguan mental). Gambar 3 menunjukkan bahwa kebanyakan remaja dengan masalah kesehatan mental mengeluhkan hendaya akibat gejala-gejala yang dialami, baik semua (5.5%) atau yang paling tidak memenuhi separuh (16.7%) syarat gejala untuk diagnosis gangguan mental berdasarkan DSM-5.



Gambar 3. Masalah kesehatan mental di kalangan remaja usia 10-17 tahun berdasarkan ambang batas gejala dan hendaya yang dikeluhkan

Hendaya pada DISC-5 dapat dibagi ke dalam empat domain: keluarga (masalah pada hubungan dengan pengasuh utama, kesulitan untuk menghabiskan waktu bersama keluarga), teman sebaya (kesulitan untuk menghabiskan waktu bersama teman sebaya), sekolah atau tempat kerja (kesulitan dalam hal sekolah atau pekerjaan), serta distres personal. Remaja juga bisa saja mengeluhkan gangguan fungsi pada lebih dari satu domain. Dari semua yang mengalami masalah kesehatan mental disertai dengan hendaya (n = 1.257), hampir dua pertiganya (64.7%) melaporkan hendaya dalam domain keluarga disusul oleh hendaya dalam hubungan dengan teman sebaya (41.1%) dan sekolah/pekerjaan (39.3%) yang kurang lebih dilaporkan oleh dua perlima remaja yang melaporkan hendaya (Tabel 8).

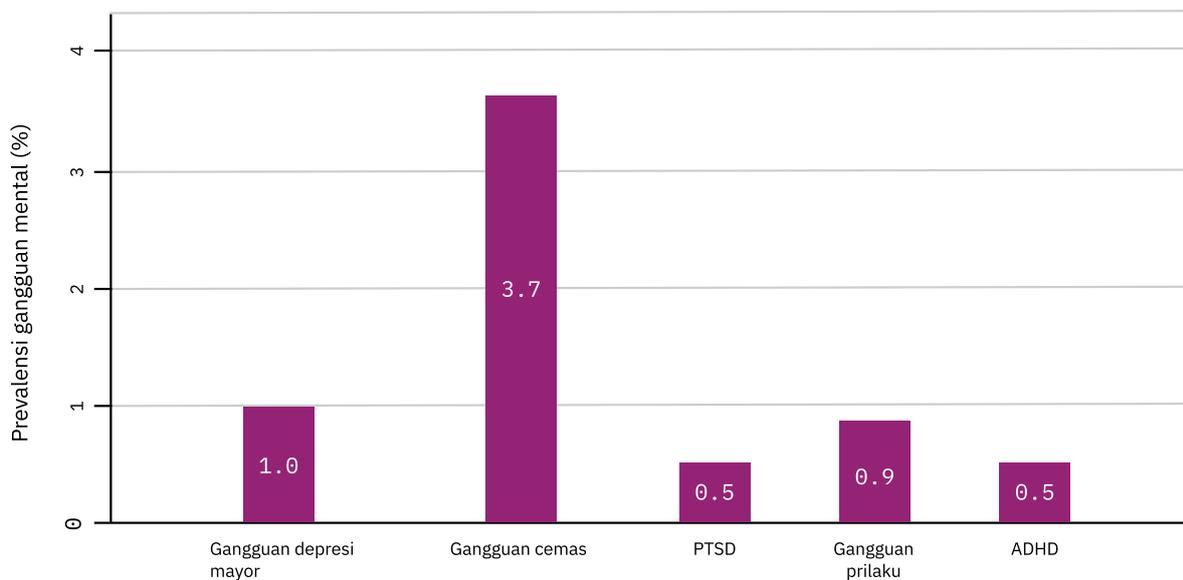
Tabel 8. Prevalensi gangguan fungsi pada remaja usia 10-17 tahun dengan masalah kesehatan mental

Domain gangguan fungsi	Proporsi N=1.257	
	%	(n)
Keluarga	64.7	(814)
Teman sebaya	41.1	(517)
Sekolah atau pekerjaan	39.3	(493)
Distres personal	27.2	(342)



Gangguan mental

Kriteria diagnosis DSM-5 untuk salah satu gangguan mental dipenuhi oleh 5.5% (n = 309) remaja, dan 1% (n = 55) memiliki dua atau lebih gangguan mental dalam 12 bulan terakhir. Tidak ada perbedaan pada prevalensi antara remaja laki-laki (5.8%) dan perempuan (5.1%) atau antara remaja usia lebih muda (4.5%) dan remaja usia lebih tua (6.5%). Seperti yang ditunjukkan oleh Gambar 4, gangguan cemas memiliki prevalensi yang paling tinggi di antara gangguan mental lainnya (3.7%).



Note:
N=309; Remaja dapat didiagnosis lebih dari satu gangguan mental

Gambar 4. Prevalensi gangguan mental di kalangan remaja usia 10-17 tahun berdasarkan jenis gangguan dalam 12 bulan

Pada semua gangguan mental yang diteliti, hendaya yang paling lazim adalah pada domain keluarga (83.9%) (Tabel 9).

Tabel 9. Prevalensi gangguan fungsi pada remaja usia 10-17 tahun dengan gangguan mental

Domain gangguan fungsi	Proporsi N=309	
	%	(n)
Keluarga	83.9	(259)
Teman sebaya	62.1	(192)
Sekolah atau pekerjaan	58.1	(180)
Distres personal	46.0	(142)

Perilaku bunuh diri dan menyakiti diri sendiri

Beberapa remaja melaporkan perilaku bunuh diri dalam 12 bulan terakhir. Di antara keseluruhan sampel, 1.4% melaporkan bahwa mereka memiliki ide bunuh diri, 0.5% telah membuat rencana untuk bunuh diri, dan 0.2% melaporkan bahwa mereka telah mencoba melakukan percobaan bunuh diri dalam 12 bulan terakhir. Hanya 0.4% remaja yang melaporkan bahwa mereka pernah mencoba bunuh diri selama hidupnya. Namun, seperti yang ditunjukkan di Tabel 10, lebih dari 80% dari remaja yang melaporkan perilaku bunuh diri (yang memikirkan, merencanakan, dan/atau melakukan percobaan) dalam 12 bulan terakhir mengalami suatu masalah gangguan mental.

Tabel 10. Prevalensi masalah kesehatan mental dan gangguan mental pada remaja 10-17 tahun dengan perilaku bunuh diri

	Ide bunuh diri dalam 12 bulan terakhir, % (n/N)	Merencanakan bunuh diri dalam 12 bulan terakhir, % (n/N)	Percobaan bunuh diri dalam 12 bulan terakhir, % (n/N)	Pernah melakukan percobaan bunuh diri selama hidupnya, % (n/N)
Masalah kesehatan mental	84.1 (68/81)	96.6 (24/25)	100 (9/9)	90.4 (19/21)
Gangguan mental	30.1 (24/81)	40.3 (10/25)	53.2 (5/9)	58.7 (12/21)

n=pembilang; N=penyebut



Terkait perilaku menyakiti diri sendiri, sebagian kecil (4.4%) dari remaja melaporkan pernah menyakiti diri sendiri secara sengaja sementara 1% melaporkan bahwa mereka pernah melakukan perilaku menyakiti diri sendiri dalam 12 bulan terakhir. Sama dengan perilaku bunuh diri, kebanyakan remaja yang melaporkan perilaku menyakiti diri sendiri dalam 12 bulan terakhir mengalami suatu masalah kesehatan mental (88.3%) (Tabel 11).

Tabel 11. Prevalensi masalah kesehatan mental dan gangguan mental pada remaja 10-17 tahun dengan perilaku menyakiti diri sendiri

	Perilaku menyakiti diri sendiri dalam 12 bulan terakhir, % (n/N)	Pernah belakukan perilaku menyakiti diri sendiri selama hidupnya, % (n/N)
Masalah kesehatan mental	88.3 (45/51)	71.8 (180/251)
Gangguan mental	33.8 (17/51)	26.1 (65/251)

n=pembilang; N=penyebut

Diskusi

Interpretasi

I-NAMHS menemukan bahwa masalah kesehatan mental banyak dialami oleh remaja, di mana satu dari tiga remaja (34.9%) memiliki masalah kesehatan mental dalam kurun waktu 12 bulan. Selain itu, satu dari dua puluh (5.5%) remaja Indonesia memenuhi kriteria untuk satu gangguan mental. Berdasarkan data sensus terkini, prevalensi ini setara dengan 13 juta remaja (yang memiliki masalah kesehatan mental) dan 2 juta remaja (yang memiliki gangguan mental) (Statistics Indonesia, 2021). Temuan I-NAMHS menunjukkan bahwa kesehatan mental merupakan isu kesehatan masyarakat yang cukup serius untuk kelompok usia remaja. Hal ini juga didukung oleh temuan bahwa mayoritas remaja yang melaporkan perilaku bunuh diri atau perilaku menyakiti diri sendiri dalam kurun waktu 12 bulan juga melaporkan bahwa mereka mengalami masalah kesehatan mental.

Terdapat beberapa penelitian yang telah menggunakan pengukuran diagnostik untuk mengestimasi prevalensi gangguan mental di populasi remaja di Indonesia secara umum. Salah satu kelebihan utama I-NAMHS adalah desain penelitian yang ditujukan untuk mengatasi keterbatasan metodologi dari penelitian yang telah dilakukan sebelumnya. Oleh karena itu, perbandingan langsung dengan penelitian-penelitian terdahulu merupakan suatu tantangan tersendiri karena terdapat perbedaan metodologi yang mendasar antara keduanya. Contohnya, sebuah penelitian pada remaja usia 12-17 tahun di Provinsi Jawa Barat menemukan bahwa 31.6% remaja memiliki skor di kategori ambang atau tidak normal. Penelitian ini menggunakan Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), yaitu sebuah kuesioner singkat untuk melakukan penapisan masalah kesehatan mental (Pandia et al., 2021). Meskipun temuan ini tidak terlalu jauh berbeda dari temuan prevalensi masalah gangguan mental yang ada pada I-NAMHS (34.9%), interpretasi temuan dari populasi dan pengukuran yang berbeda harus dilakukan dengan hati-hati. Selain itu, banyak penelitian-penelitian terdahulu yang hanya berfokus pada subpopulasi spesifik, seperti orang-orang yang terdampak oleh kejadian-kejadian luar biasa seperti konflik bersenjata atau bencana alam (Fausiah, Turnip, & Hauff, 2019; Wiguna et al.,

2010). Sebuah penelitian yang menyelidiki tentang prevalensi gangguan mental di kalangan remaja usia 14-18 tahun di Kabupaten Aceh Utara menemukan bahwa 8.9% dari remaja yang terpapar oleh bencana tsunami bulan Desember 2004 memenuhi kriteria untuk suatu gangguan mental berdasarkan asesmen klinis (Wiguna et al., 2010). Namun, peneliti juga menemukan bahwa pada remaja yang pernah terpapar oleh trauma, skor penapisan gejala awal secara signifikan lebih tinggi dibanding pada remaja yang tidak terpapar dengan trauma (46.5% remaja usia 11-18 tahun yang terpapar trauma vs. 12% remaja usia 11-18 tahun yang tidak terpapar trauma). Walaupun prevalensi gangguan mental yang dinilai berdasarkan pemeriksaan klinis di kalangan kelompok yang tidak terpapar trauma tidak dilaporkan oleh peneliti (kemungkinan karena jumlah sampel yang kecil), temuan ini mengindikasikan bahwa prevalensi gangguan mental dalam populasi yang lebih luas (5.5%) yang dilaporkan oleh I-NAMHS bukan sesuatu yang di luar dugaan. Masih kurangnya penelitian komparatif menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan yang besar terkait bukti ilmiah yang ada. Hal ini sekali lagi menyorot pentingnya penggunaan pengukuran yang komprehensif pada sampel yang merepresentasikan populasi dalam skala nasional untuk dapat memahami dengan lebih baik prevalensi gangguan mental pada populasi remaja.

Keterbatasan

Meskipun I-NAMHS memang dirancang untuk menanggulangi keterbatasan metodologi penelitian-penelitian terdahulu, terdapat kemungkinan bahwa beberapa aspek dari metodologi I-NAMHS berdampak terhadap angka prevalensi yang dilaporkan. Contohnya, wawancara dilakukan secara tatap muka oleh enumerator yang telah dilatih oleh I-NAMHS, sementara faktor stigma terkait masalah kesehatan mental dan kurangnya kesadaran awam mengenai kesehatan mental di masyarakat masih tinggi sehingga terdapat kemungkinan adanya dampak pada kerelaan partisipan survei untuk memberikan informasi (Hartini, Fardana, Ariana, & Wardana, 2018). Hal ini bahkan sudah dengan pelatihan enumerator yang dilakukan secara komprehensif, penjaminan privasi, penjaminan kerahasiaan, serta anonimitas data partisipan yang telah dijamin sebagai bagian dari wawancara. Hal ini juga kemungkinan menjadi isu pada pelaporan perilaku bunuh diri dan perilaku menyakiti diri sendiri dikarenakan kedua perilaku tersebut jarang dibahas di kalangan remaja Indonesia (Liem, Prawira, Magdalena, Siandita, & Hudyana, 2022; Putra, Karin, & Ariastuti, 2019). Meskipun prevalensi perilaku bunuh diri di I-NAMHS lebih rendah dibanding dengan penelitian di Indonesia yang terdahulu (Putra et al., 2019), temuan yang mengatakan bahwa remaja yang melaporkan perilaku bunuh diri atau menyakiti diri sendiri lebih mungkin untuk juga melaporkan masalah kesehatan mental selaras dengan temuan dari penelitian negara-negara tetangga. Contohnya, terdapat studi yang menemukan bahwa proporsi remaja yang melaporkan ide bunuh diri lebih tinggi secara signifikan pada remaja dengan gejala depresif (Ahmad, Cheong, Ibrahim, & Rosman, 2014; Peltzer & Pengpid, 2012).

Tantangan selanjutnya adalah terkait dengan definisi-definisi dari gangguan mental menurut DSM-5 yang menjadi dasar DISC-5. DSM-5 dikembangkan oleh American Psychiatric Association (APA) dan kebanyakan terdiri dari kriteria yang berkiblat pada budaya barat (American Psychiatric Association, 2013). Sehingga, sangat mungkin bahwa syarat-syarat suatu diagnosis tidak mempertimbangkan perbedaan-perbedaan budaya seperti bagaimana kesehatan mental digambarkan, dialami, dan diekspresikan di Indonesia. Contohnya, diagnosis gangguan perilaku menurut DSM-5 harus memenuhi syarat adanya perilaku tertentu yang melanggar norma sosial atau norma sesuai usia. Sementara,

norma-norma yang menjadi dasar diagnosis DSM-5 (sehingga juga menjadi perilaku yang menjadi acuan oleh DISC-5) mengacu pada norma-norma di Amerika Serikat. Hal ini menimbulkan tantangan tersendiri saat mengadopsi DISC-5 ke dalam konteks budaya Indonesia, dimana (contohnya) membolos sekolah dianggap sebagai perilaku remaja yang relatif normal jika dilakukan hanya sekali-kali. Hal ini tidak akan sampai mendapat perhatian khusus oleh guru dan orang tua sehingga hal tersebut bukan indikator yang cocok untuk tendensi seorang remaja untuk melanggar aturan atau melanggar norma sosial. Contoh lainnya adalah pertanyaan terkait menyalakan api yang harus dijelaskan lebih lanjut dan diterangkan dengan lebih rinci untuk membedakannya dengan praktek lokal terkait agrikultur/pertanian dan persiapan memasak makanan.

Untuk mengatasi tantangan-tantangan tersebut, upaya yang substansial telah dilakukan untuk mengadopsi DISC-5 agar bisa digunakan di Indonesia tanpa keluar dari batas-batas syarat diagnosis DSM-5. Tujuannya adalah untuk memastikan agar bahasa instrumen (termasuk tata bahasa, idiom, serta contoh-contoh perilaku) sudah cukup mengadopsi konteks Indonesia tapi tetap mengukur konsep yang selaras dengan DSM-5. Hal ini termasuk penerjemahan instrumen (termasuk DISC-5) yang dilakukan dengan berhati-hati ke dalam Bahasa Indonesia oleh PKR, penerjemahan balik oleh penutur asli independen, tinjauan ulang terjemahan, penerjemahan balik oleh PKR dan UQ, revisi berdasarkan umpan balik selama pelatihan awal, serta tinjauan oleh klinisi di Indonesia. Perubahan-perubahan juga dilakukan setelah mendapat masukan selama uji pilot (yang dijelaskan lebih lanjut di Lampiran: Metodologi). Berbagai revisi terus dilakukan sepanjang tahun 2019 dan 2020. Namun, tidak dapat dipungkiri bahwa satu tantangan besar bagi survei nasional manapun di Indonesia adalah fakta bahwa Indonesia memiliki keberagaman linguistik yang luar biasa (Lewis, Simons, & Fennig, 2014). Hanya satu versi dari instrumen I-NAMHS yang digunakan di seluruh pelosok negeri untuk memastikan konsistensi di tingkat nasional. Oleh karena itu, ada kemungkinan bahwa beberapa konsep, perbedaan kecil, atau contoh tidak terlalu dimengerti dengan baik oleh partisipan di lokasi tertentu (Kalfoss, 2019).

Terakhir, agar dapat memahami lebih lanjut mengenai hal-hal yang berpotensi untuk saling mempengaruhi perbedaan budaya dalam kesehatan mental dan syarat diagnosis DSM-5, baik untuk masalah kesehatan mental maupun gangguan mental, keduanya konsep ini disertakan di dalam laporan ini. Hal ini akan memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai kesehatan mental remaja Indonesia terlepas dari syarat dan ketentuan untuk diagnosis yang ditetapkan oleh DSM-5.

Implikasi

Temuan I-NAMHS mengindikasikan bahwa kesehatan mental yang buruk merupakan isu kesehatan yang lazim di kalangan remaja Indonesia, di mana satu dari tiga remaja Indonesia mengalami suatu masalah kesehatan mental dalam 12 bulan dan satu dari dua puluh remaja memenuhi kriteria suatu gangguan mental. Prevalensi ini mengindikasikan bahwa kesehatan mental merupakan isu kesehatan masyarakat yang memerlukan perhatian dari para pembuat kebijakan serta rencana di Indonesia. Tambahan lagi, data dari I-NAMHS dapat menjadi dasar bukti untuk inisiasi kesehatan dan kebijakan. Contohnya, mayoritas dari remaja sedang duduk di bangku sekolah. Sehingga, implementasi strategi penapisan atau pengelolaan yang spesifik yang diintegrasikan dengan kegiatan promosi kesehatan mental di sekolah dapat menjadi suatu gerakan untuk menurunkan prevalensi dan dampak dari masalah kesehatan mental. Selain itu, dikarenakan kecemasan menjadi masalah kesehatan mental yang paling lazim, merancang program berbasis sekolah yang berfokus pada keterampilan dasar pengelolaan kecemasan, cara mengidentifikasi kecemasan, serta cara mencari pertolongan profesional dapat menjadi cara yang efektif meskipun dengan sumber daya yang terbatas.

I-NAMHS menggarisbawahi prevalensi kondisi kesehatan mental yang buruk di kalangan remaja serta besarnya kebutuhan untuk investasi pada kesehatan mental dan kesejahteraan remaja. Manfaat yang ditawarkan dari investasi tersebut terbagi menjadi tiga, yaitu 1) manfaat yang akan dialami sekarang dengan meringankan gejala dan meningkatkan kemampuan untuk berfungsi secara optimal dalam keseharian remaja, 2) manfaat yang akan dialami kelak saat dewasa dengan potensi menghindari atau meminimalisir luaran yang kurang baik dan potensi menghindari gangguan mental kronik, serta 3) manfaat yang akan dialami oleh generasi selanjutnya yang menikmati orang tua yang sehat secara mental (Patton et al., 2016). Isu ini harus menjadi prioritas untuk memastikan agar “Indonesia Emas 2045 dan Generasi Emasnya” terealisasi.

Penggunaan Layanan



Ikhtisar

Awitan gangguan mental cenderung terjadi pada saat masa remaja (Erskine et al., 2015; World Health Organization, 2014). Hal ini menjadi kesempatan yang unik untuk memberikan intervensi dini dan layanan kesehatan mental yang ditargetkan khusus untuk remaja karena penanganan dan dukungan yang efektif dapat menangani dan mengurangi gejala (Colizzi, Lasalvia, & Ruggeri, 2020). Mengumpulkan informasi terkait pola penggunaan layanan dapat membantu untuk mengidentifikasi kesenjangan dalam penyediaan layanan, memberikan informasi mengenai kelayakan dan aksesibilitas dari layanan kesehatan mental yang sudah ada, serta mengidentifikasi halangan dalam mengakses layanan kesehatan. Hal ini penting terutama untuk remaja, karena remaja menghadapi tantangan-tantangan yang unik dalam mengakses layanan kesehatan akibat tekanan dari keluarga, pengaruh teman sebaya, serta kesulitan dalam membayar biaya layanan tersebut (Persson, Hagquist, & Michelson, 2017; Schnyder et al., 2019; World Health Organization, 2014). Pemahaman terkait tantangan-tantangan yang dihadapi oleh remaja dapat membuka jalan untuk intervensi yang ditujukan untuk mengurangi halangan dalam usaha meningkatkan penggunaan serta luaran layanan untuk remaja dengan masalah kesehatan mental atau gangguan mental.



Di Indonesia, Pemerintah Indonesia telah melakukan beberapa usaha untuk meningkatkan akses ke layanan kesehatan mental. Penanganan kesehatan mental ditambahkan ke dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan adanya UU No. 24 tahun 2014 yang mempermudah peningkatan akses ke layanan kesehatan mental. Walaupun konsultasi dan penanganan gangguan mental termasuk di dalam JKN, pembiayaan kesehatan mental di anggaran kesehatan ABPN hanya sebesar 1% sementara anggaran kesehatan secara keseluruhan hanya 3% dari Produk Domestik Bruto (PDB) (World Health Organization, 2017). Saat ini, terdapat 600 dokter spesialis jiwa yang bekerja di Indonesia, 75% di antaranya berlokasi di Pulau Jawa dan 86% dari persentase tersebut berpraktek di Jakarta (Marchira, 2011). Sebagai contoh, Provinsi Jawa Timur hanya memiliki dua rumah sakit jiwa, meskipun provinsi tersebut merupakan salah satu provinsi terbesar di Indonesia dengan populasi lebih dari 39 juta orang. Daerah lain di luar Pulau Jawa pada umumnya bergantung pada layanan berbasis komunitas. Meskipun Kementerian Kesehatan telah mengadvokasikan model layanan kesehatan mental berbasis komunitas, kebanyakan penyedia layanan kesehatan di masyarakat belum terlatih secara adekuat atau cukup berpengalaman untuk bisa mendiagnosis dan merawat pasien dengan gangguan mental secara efektif (Wiguna et al., 2010). Layanan kesehatan mental untuk remaja di Indonesia masih terbatas, terutama di daerah pedesaan dan kepulauan. Tenaga kesehatan mental yang terlatih untuk mengakomodasi kebutuhan generasi muda Indonesia masih terbatas jumlahnya (World Health Organization, 2017). Jumlah dokter spesialis jiwa konsultan jiwa anak serta klinisi lainnya yang terlatih untuk menangani kesehatan mental anak dan remaja malah lebih sedikit dan banyak remaja mengalami kesulitan saat mencoba mengakses layanan kesehatan mental (Wiguna et al., 2010).

Salah satu tujuan utama I-NAMHS adalah untuk mengetahui penggunaan layanan kesehatan mental di kalangan remaja Indonesia, seberapa besar kebutuhan layanan kesehatan yang mereka butuhkan, serta halangan apa saja yang mereka hadapi dalam mengakses layanan kesehatan. Bab ini menggarisbawahi pengukuran penggunaan layanan serta faktor-faktor yang berkaitan. Temuan di bab ini, selain disajikan dalam bentuk data yang telah dilakukan pembobotan, juga disajikan dalam bentuk proporsi. Terakhir, pertimbangan-pertimbangan terkait interpretasi dari temuan di sini serta implikasinya terhadap para pembuat kebijakan juga sedikit dibahas di bab ini.

Pengukuran

Pertanyaan-pertanyaan terkait penggunaan layanan ditanyakan ke semua partisipan tanpa mempertimbangkan terlebih dahulu apakah mereka menunjukkan kecenderungan untuk memiliki gejala gangguan mental atau tidak. Untuk memahami apakah layanan-layanan yang ada sudah diakses untuk mendukung kesehatan mental remaja, istilah ‘masalah emosi dan perilaku’ digunakan di dalam setiap pertanyaan terkait penggunaan layanan. Istilah ini dipilih dengan alasan untuk mengurangi stigma atau dampak yang dapat terjadi akibat pemahaman mengenai istilah-istilah kesehatan mental yang terbatas. Selain itu, ‘masalah emosi dan perilaku’ meliputi beragam manifestasi gejala gangguan mental yang dapat terjadi, dan hal ini bisa berbeda di kelompok usia yang berbeda, atau di latar belakang budaya yang berbeda. Pendekatan ini konsisten dengan studi yang serupa terkait kehatan mental dan penggunaan layanan (Hafekost et al., 2016). Lalu, I-NAMHS juga menyadari bahwa layanan yang digunakan juga termasuk penyedia layanan di luar layanan kesehatan yang resmi. Atas dasar ini, serangkaian layanan mencakupi sektor kesehatan, pendidikan, tradisional atau religius, serta sektor lainnya diikutsertakan sebagai pilihan jawaban dari pertanyaan-pertanyaan yang relevan dengan hal tersebut. Semua pertanyaan terkait dengan situasi partisipan dalam 12 bulan terakhir pada saat survei dilaksanakan. Semua pertanyaan ditanyakan ke pengasuh utama, kecuali pertanyaan terkait dukungan informal serta strategi pertolongan terhadap diri sendiri (*self-help*), yang ditanyakan langsung kepada remaja.



Temuan

Frekuensi serta tipe penggunaan layanan

Hanya 2.6% remaja dengan masalah kesehatan mental yang pernah menggunakan layanan kesehatan yang menyediakan dukungan atau konseling untuk masalah emosi dan perilaku dalam kurun waktu 12 bulan. Secara keseluruhan, hanya 2.0% (n = 111) dari remaja yang pernah menggunakan layanan, dan tidak ada perbedaan yang signifikan di antara remaja laki-laki (2.0%) maupun perempuan (1.9%).

Di antara remaja yang pernah menggunakan layanan tersebut, kebanyakan pengasuh utama dari remaja tersebut melaporkan bahwa penggunaan layanan tersebut membantu atau sangat membantu (93.4%) remaja. Tabel 12 menunjukkan bahwa dua pertiga (66.5%) dari remaja pernah menggunakan layanan lebih dari satu kali, dan sebagian remaja lainnya dengan proporsi yang lebih kecil (21.7%) melaporkan bahwa mereka pernah menggunakan layanan sebanyak dua hingga empat kali dalam kurun waktu 12 bulan. Hanya tiga remaja perempuan (5.5%) yang melampirkan bahwa mereka pernah menggunakan layanan sebanyak lima kali atau lebih.

Tabel 12. Frekuensi penggunaan layanan yang menyediakan dukungan atau konseling untuk masalah emosi dan perilaku dalam kurun waktu 12 bulan di kalangan remaja usia 10-17 tahun berdasarkan jenis kelamin

Jenis kelamin	Satu kali		2-4 kali		5 kali atau lebih	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Laki-laki	71.8	(41)	20.3	(12)	0	(0)
Perempuan	60.7	(33)	23.2	(12)	5.5	(3)
Total	66.5	(74)	21.7	(24)	2.7	(3)

N yang sudah dilakukan pembobotan: laki-laki = 58; perempuan = 54; total = 111

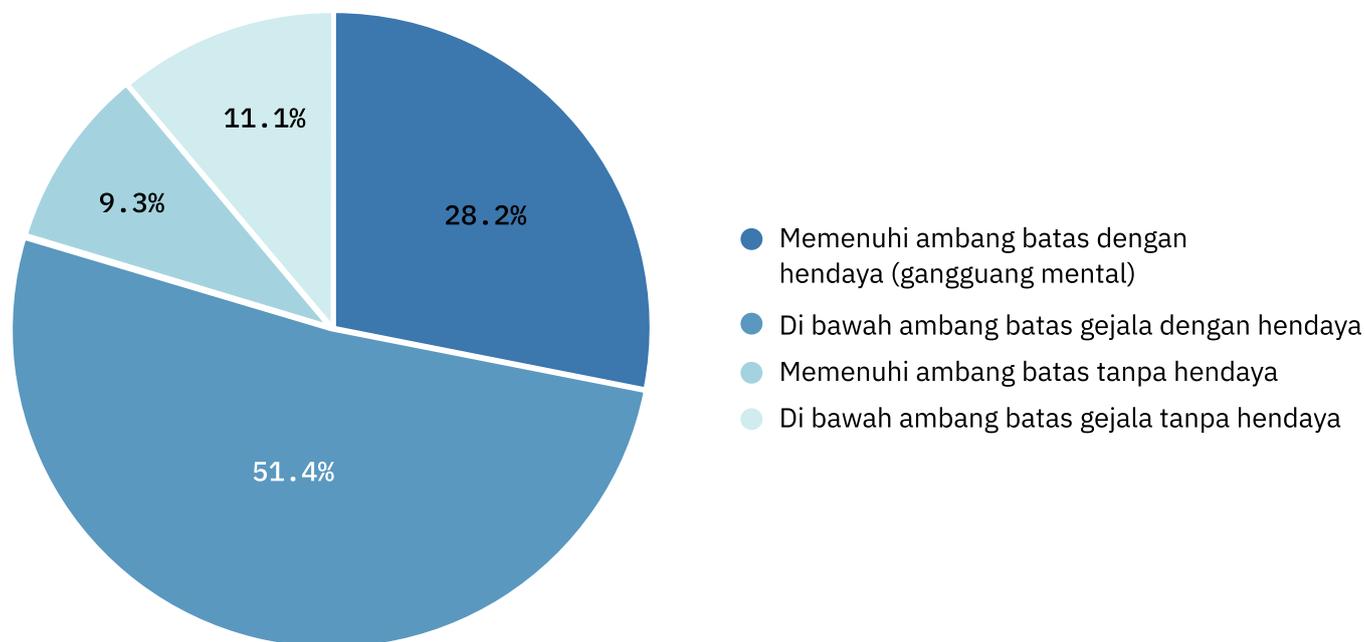
Ketika ditanya mengenai penyedia layanan mana yang paling sering digunakan, hampir dua perlima (38.2%) dari pengasuh utama dari remaja yang menggunakan layanan dalam kurun waktu 12 bulan mengatakan bahwa penyedia layanan yang paling sering digunakan adalah staf sekolah (Tabel 13), diikuti dengan dokter atau perawat (24.3%), dan pemuka agama/ketua adat (20.5%)

Tabel 13. Penyedia layanan yang paling sering digunakan untuk masalah emosi dan perilaku dalam kurun waktu 12 bulan di kalangan remaja usia 10-17 tahun

Jenis penyedia layanan	%	(n)
Staf sekolah	38.2	(43)
Dokter atau perawat	24.3	(27)
Pemuka agama/ketua adat	20.5	(23)
Petugas puskesmas	3.7	(4)
Dokter spesialis, seperti dokter spesialis jiwa	2.9	(3)
Lainnya	2.6	(3)

N yang sudah dilakukan pembobotan = 111

Dari remaja-remaja yang pernah mengakses layanan tersebut, 46.5% dari remaja memiliki masalah kesehatan mental. Seperti yang ditunjukkan di Gambar 5, remaja dengan masalah kesehatan mental yang pernah mengakses layanan lebih mungkin untuk mengeluhkan gangguan, terlepas dari apakah mereka melaporkan gejala-gejala yang memenuhi ambang batas diagnosis (28.2%) atau di bawah ambang batas diagnosis (51.4%).



Gambar 5. Profil ambang batas gejala dan hendaya di kalangan remaja usia 10-17 tahun dengan masalah kesehatan mental yang menggunakan layanan dalam kurun waktu 12 bulan.

Perkiraan kebutuhan layanan serta halangan dalam mengakses layanan

Dari keseluruhan sampel, 4.3% (n = 243) dari pengasuh utama mengatakan bahwa remaja mereka membutuhkan bantuan untuk masalah emosi dan perilaku. Satu dari enam (16.7%, n = 41) pengasuh utama mengatakan bahwa remaja mereka mendapatkan semua bantuan yang mereka butuhkan. Seperti yang ditunjukkan di Tabel 14, 43.8% pengasuh utama mengatakan bahwa mereka lebih memilih untuk mengatasi sendiri masalah-masalah yang dihadapi oleh remaja mereka atau bersama-sama dengan dukungan keluarga atau teman. Perlu diingat bahwa pengasuh utama dapat memilih lebih dari satu opsi jawaban, kecuali jika pengasuh utama memang menjawab bahwa tidak ada jawaban yang sesuai dari pilihan jawaban yang ada.

Tabel 14. Halangan dalam mengakses atau mendapatkan layanan untuk masalah emosi dan perilaku remaja usia 10-17 tahun dalam 12 bulan terakhir menurut pengasuh utama

Alasan	%	(n)
Memilih untuk mengatasi sendiri masalah remaja atau dengan dukungan keluarga atau teman	43.8	(106)
Tidak tahu ke mana harus mencari bantuan	19.2	(47)
Merasa masalah akan membaik dengan sendirinya	15.4	(38)
Merasa biaya layanan terlalu mahal dan keluarga tidak mampu membayar	13.6	(33)
Tidak yakin apakah remaja memerlukan bantuan	11.1	(27)
Khawatir tentang pendapat orang lain jika mereka tahu bahwa remaja mengakses layanan	7.5	(18)
Tidak ada tempat untuk mencari bantuan	6.1	(15)
Terhalang masalah dalam mencari layanan yang dapat membantu	4.4	(11)
Tidak dapat membuat janji temu untuk layanan saat membutuhkan layanan tersebut	4.2	(10)
Tidak ingin untuk mendiskusikan masalah tersebut dengan orang asing	3.7	(9)
Remaja menolak bantuan/tidak hadir di sesi konsultasi atau tidak merasa bahwa mereka ada masalah	3.7	(9)
Meminta bantuan namun tidak mendapatkan bantuan	3.4	(8)
Tidak ada pilihan yang sesuai (lainnya) [^]	1.7	(4)

N yang dilakukan pembobotan = 243

[^] Hanya tersedia sebagai pilihan tunggal

Dukungan informal

Semua remaja ditanya terkait sosok yang biasa mereka mintai nasihat setiap mereka memiliki kekhawatiran. Satu dari enam remaja (16.0%) melaporkan bahwa mereka tidak pernah mencurahkan isi hati ke siapapun (Tabel 15). Sementara itu, remaja yang mengatakan bahwa mereka pernah mencurahkan isi hati ke seseorang, berkata bahwa mereka bisa melakukannya kepada lebih dari satu orang yang berbeda. Tiga perlima (62.0%) dari remaja mengatakan bahwa mereka mencurahkan isi hati ke salah satu anggota keluarga, sementara dua perlima (42.5%) mengatakan bahwa mereka mencurahkan isi hati ke satu orang teman.

Tabel 15. Orang yang remaja usia 10-17 tahun mintai nasihat setiap mereka memiliki kekhawatiran

Sosok yang biasa remaja mintai nasihat setiap mereka memiliki kekhawatiran	%	(n)
Anggota keluarga	62.0	(3,507)
Teman	42.4	(2,400)
Pasangan (pacar)	1.8	(102)
Lainnya	0.8	(42)
Guru	0.7	(38)
Pemuka agama/ketua adat	0.5	(27)
Anggota masyarakat lainnya	0.3	0.3
Dokter	<0.1	(4)

Strategi untuk membantu diri sendiri (*self-help*)

Semua remaja ditanya mengenai strategi-strategi yang mereka gunakan untuk mengelola dan mencegah masalah emosi dan perilaku selama kurun waktu 12 bulan terakhir. Remaja-remaja tersebut bisa memilih lebih dari satu pilihan jawaban, kecuali jika remaja memang mengatakan bahwa mereka tidak menggunakan strategi apapun (4.2%). Tabel 16 menunjukkan lebih dari setengah remaja (55.4%) mengatakan bahwa mereka lebih melibatkan diri dalam melakukan kegiatan yang mereka sukai, diikuti dengan meditasi atau terapi relaksasi (48.8%), serta berdoa atau beribadah (45.4%) untuk mengelola dan mencegah masalah emosi dan perilaku.

Tabel 16. Strategi untuk membantu diri sendiri yang digunakan untuk mengelola atau mencegah masalah emosi dan perilaku di kalangan remaja usia 10-17 tahun

Strategi untuk membantu diri sendiri	%	N=5,664 (n)
Lebih melibatkan diri dalam melakukan kegiatan yang disukai	55.4	(3,139)
Meditasi atau terapi relaksasi	48.8	(2,763)
Berdoa atau beribadah	45.4	(2,569)
Mencari dukungan dari teman-teman	26.6	(1,508)
Mencari dukungan dari keluarga	24.3	(1,379)
Lebih meluangkan waktu untuk berolahraga atau melibatkan diri dalam satu jenis olahraga	20.7	(1,171)
Memperbaiki pola makan	15.2	(860)
Mencari informasi dari buku, majalah atau TV	6.8	(384)
Mencari dukungan melalui jaringan sosial seperti chat room daring, media sosial, atau kelompok internet lainnya	5.1	(287)
Bergabung dengan suatu kelompok sosial tertentu	4.2	(240)
Berhenti merokok, meminum alkohol atau menggunakan obat-obatan	0.6	(36)

Diskusi

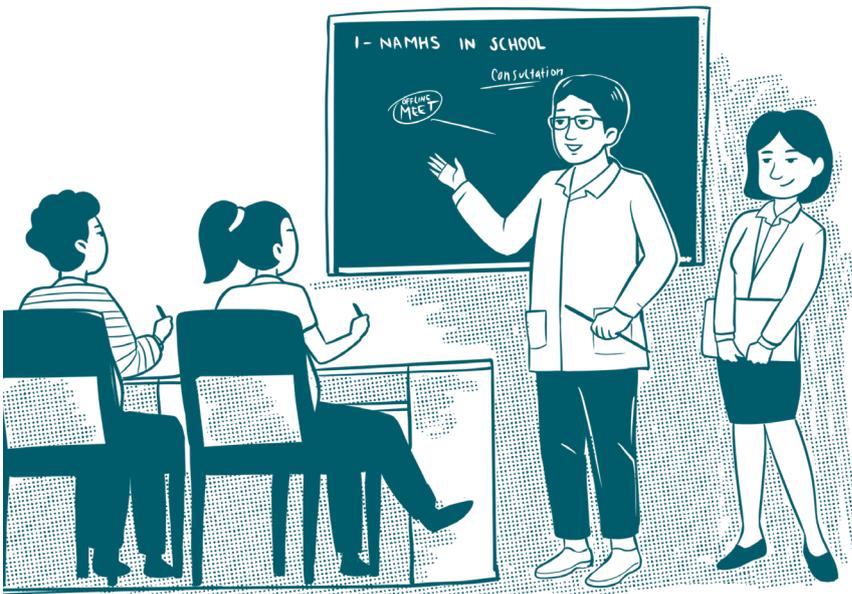
Interpretasi

Temuan-temuan ini mengindikasikan besarnya kemungkinan bahwa kebutuhan layanan kesehatan mental untuk remaja di Indonesia tidak terpenuhi. Kurang dari 3% remaja dengan masalah kesehatan mental yang telah mengakses layanan untuk masalah emosi dan perilaku dalam kurun waktu 12 bulan. Pada saat yang bersamaan, kurang dari 5% dari pengasuh utama yang mengatakan bahwa remaja mereka membutuhkan bantuan untuk masalah emosi dan perilaku mereka, meskipun terdapat sepertiga remaja yang memiliki masalah kesehatan mental dalam kurun waktu 12 bulan. Meskipun ada kemungkinan bahwa sebagian remaja dengan masalah kesehatan mental tidak terlalu memerlukan layanan, hanya satu dari enam pengasuh utama yang melaporkan bahwa mereka membutuhkan bantuan juga melaporkan bahwa remaja mereka telah menerima semua bantuan yang mereka perlukan. Di kalangan pengasuh utama yang menyadari bahwa remaja mereka membutuhkan bantuan, sepertinya halangan dalam mencari bantuan berhubungan dengan literasi kesehatan mental (seperti mereka tidak tahu kemana harus mencari pertolongan) maupun stigma (misalkan mereka lebih memilih untuk mengelola sendiri masalah remaja mereka atau dengan dukungan keluarga atau teman). Halangan yang serupa dalam mengakses layanan kesehatan mental telah diidentifikasi di penelitian-penelitian lainnya di Indonesia (Hartini et al., 2018; Sarfika, Effendi, Malini, & Edwin Nurdin, 2021; Subu et al., 2021). Selaras dengan hal tersebut, dua perlima dari remaja (62.0%) mengaku bahwa mereka mencurahkan isi hati ke salah satu anggota keluarga setiap mereka memiliki suatu kekhawatiran. Hal ini mengindikasikan bahwa keluarga (terutama pengasuhnya) kemungkinan menjadi ‘penjaga gerbang’ bagi remaja yang mungkin memerlukan dukungan tambahan atau layanan kesehatan mental yang lebih formal.



Keterbatasan

Temuan-temuan ini, terlepas dari penggunaan layanan untuk masalah emosi dan perilaku, harus diinterpretasi dengan kehati-hatian. Pertama, kecilnya jumlah remaja yang mengakses layanan untuk masalah emosi dan perilaku (2.0%, $n = 111$) menyulitkan identifikasi pola yang jelas dalam penggunaan layanan (contohnya tipe penyedia layanan). Sehingga, temuan-temuan ini harus dipandang sebagai titik awal bukti ilmiah agar interpretasi yang berlebihan dapat dihindari. Kedua, kebanyakan pertanyaan yang ditanyakan ditujukan kepada pengasuh utama dan bukan kepada remaja karena mempertimbangkan panjangnya durasi wawancara. Dengan begitu, perspektif remaja, terutama yang terkait halangan terhadap layanan kesehatan, tidak diukur. Namun, dikarenakan tiga perlima dari remaja mengatakan bahwa mereka mencurahkan isi hati mereka ke salah satu anggota keluarga setiap mereka memiliki kekhawatiran, peran pengasuh utama sebagai ‘penjaga gerbang’ akses layanan kesehatan mental mengindikasikan bahwa mereka berada di posisi yang cukup memahami situasi yang ada sehingga dapat memberikan informasi yang paling sesuai bagi para pembuat kebijakan terkait halangan dalam mengakses layanan kesehatan. Dan lagi, pertanyaan terkait penggunaan layanan yang ditujukan ke pengasuh utama dapat dengan mudah diadaptasi untuk digunakan pada responden remaja di penelitian-penelitian lanjutan kelak.



Implikasi

I-NAMHS mengindikasikan potensi kebutuhan layanan kesehatan mental remaja yang belum terpenuhi (*unmet need*) di Indonesia masih cukup besar. Tetapi, I-NAMHS juga melaporkan indikasi awal mengenai di mana posisi terbaik untuk upaya-upaya yang akan diambil kelak. Contohnya, selain potensi strategi dan program berbasis sekolah yang sudah disebutkan di awal laporan ini (lihat Kesehatan Mental: Pertimbangan), terdapat kesempatan untuk menentukan mekanisme rujukan ke layanan klinis melalui sekolah, serta pelatihan bagi para staf sekolah. Hal ini sangat penting dikarenakan selain staf sekolah disebut oleh para pengguna layanan sebagai salah satu penyedia layanan yang paling sering digunakan, dua pertiga dari partisipan yang melaporkan bahwa mereka mengakses layanan mengatakan mereka hanya melakukannya sekali. Meskipun temuan-temuan ini hanya berdasarkan pada sekelompok kecil partisipan yang pernah mengakses layanan ($n = 111$), faktanya, kebanyakan remaja tersebut tengah bersekolah. Hal ini mengindikasikan bahwa terdapat kesempatan-kesempatan untuk memanfaatkan struktur yang telah ada di dalam sistem pendidikan sekarang agar dapat memberikan dampak yang positif terhadap kesehatan mental remaja.

Satu dari lima (19.2%) pengasuh utama yang mengasuh remaja yang memerlukan bantuan untuk masalah emosi serta perilakunya mengatakan bahwa mereka kurang yakin ke mana mereka harus mencari pertolongan. Alur layanan kesehatan mental yang dipromosikan dengan baik dan dengan sumber daya yang melibatkan beberapa sektor (seperti sistem pendidikan, layanan kesehatan, serta institusi keagamaan), serta program penjangkauan dan dukungan dasar kesehatan mental dapat menjadi tombak utama dalam mengatasi halangan tersebut. Secara bersamaan, memasukkan program yang bertujuan untuk meningkatkan literasi kesehatan mental (Brooks et al., 2021) ke dalam sektor pendidikan, kesehatan, serta keagamaan dapat menjadi suatu cara yang berpotensi untuk menurunkan stigma seputar kesehatan mental di kalangan remaja serta keluarganya dan orang-orang di lingkungannya (Hartini et al., 2018; Kaligis et al., 2021; Sarfika et al., 2021; Willenberg et al., 2020). Temuan-temuan ini juga mengindikasikan bahwa program literasi kesehatan mental untuk keluarga remaja, terutama pengasuh utamanya, dapat menjadi suatu langkah yang bijaksana. Program-program tersebut harus fokus dalam memastikan agar pengasuh utama merasa lebih siap untuk menangani kekhawatiran yang diutarakan oleh remaja, dan pada saat yang sama dapat mendidik mereka terkait indikator-indikator masalah kesehatan mental, ke mana mereka harus mencari bantuan, serta manfaat dari melakukan hal-hal tersebut baik bagi remaja maupun keluarganya secara lebih luas.

Meskipun penempatan strategi untuk meningkatkan literasi kesehatan mental dalam rangka mempromosikan perilaku mencari bantuan itu penting, peningkatan ketersediaan layanan kesehatan mental untuk remaja juga tidak kalah pentingnya. Prevalensi gangguan mental serta dampaknya menjadi penting dalam mengembangkan kebijakan dan strategi terkait untuk mengarahkan alokasi sumber daya untuk kesehatan mental remaja ke arah yang lebih baik. Dikarenakan masih adanya keterbatasan jumlah ahli yang berkecimpung di kesehatan mental, program pengalihan tanggung jawab (*task-shifting*) dengan melatih tenaga kesehatan yang banyak tersedia (seperti tenaga kesehatan masyarakat atau konselor sekolah) menjadi penting untuk ketersediaan layanan berbasis komunitas. Hal ini berlaku terutama di daerah-daerah yang jauh dari pusat kota. Meskipun terdapat keterbatasan bukti, beberapa penelitian kualitatif condong mengatakan bahwa pendekatan-pendekatan tersebut berhasil (Citraningtyas, Wiwie, Amir, Diatri, & Wiguna, 2017). Dan lagi, terdapat bukti bahwa pelatihan sistematis seputar kesehatan mental untuk dokter umum dan perawat dapat meningkatkan identifikasi isu kesehatan mental secara signifikan (Prasetiyawan, Viora, Maramis, & Keliat, 2006). Data dari I-NAMHS dapat digunakan sebagai titik awal untuk menentukan tingkat dan distribusi kebutuhan layanan berdasarkan proporsi remaja dengan masalah kesehatan mental yang melaporkan hendaya, serta remaja yang memenuhi kriteria untuk suatu gangguan mental. Ke depannya, analisis mengenai tingkat hendaya yang berbeda-beda di kalangan remaja yang memiliki masalah kesehatan mental serta faktor-faktor lainnya yang diukur di NAMHS namun tidak dilaporkan di laporan ini dapat menegakkan basis bukti yang lebih luas untuk perencanaan layanan yang efektif.

COVID-19

Ikhtisar

Langkah-langkah pencegahan penyebaran infeksi COVID-19 yang diberlakukan (termasuk penutupan sekolah-sekolah) berdampak kepada hidup para remaja di seluruh dunia. Langkah pencegahan ini menyebabkan keterbatasan aktivitas sehari-hari, isolasi sosial, serta tekanan atau stres dalam rumah tangga. Selain itu, mulai muncul juga bukti-bukti yang menunjukkan hubungan antara pandemi COVID-19 dengan peningkatan angka kecemasan, depresi, dan stres (Jones, Mitra, & Bhuiyan, 2021), sementara studi-studi lainnya juga menemukan bahwa pandemi COVID-19 memperparah gangguan mental yang sudah dimiliki oleh remaja akibat kurangnya akses ke layanan kesehatan selama pandemi (Bhatia, 2020).

Layaknya negara-negara lainnya, Indonesia mulai mengimplementasikan kebijakan karantina wilayah pada bulan April 2020 untuk menekan penyebaran COVID-19. Pulau Jawa sebagai pulau dengan populasi paling tinggi adalah pulau yang paling terkena dampak kebijakan ini. Setengah dari angka total kasus dan kematian di Indonesia berasal dari pulau ini (Satuan Tugas Penanganan COVID-19, 2022). Akibatnya, Pulau Jawa juga mengalami pembatasan sosial yang paling ketat dan paling lama dibanding dengan wilayah lain. Sejak April 2020, semua kegiatan pembelajaran di sekolah, mulai dari taman kanak-kanak (TK) hingga perguruan tinggi dialihkan menjadi kegiatan pembelajaran daring. Hal ini berlangsung sampai awal tahun 2022 saat beberapa pemerintah daerah mulai mengizinkan kegiatan pembelajaran tatap muka di sekolah secara terbatas.

Memahami bagaimana kebijakan kesehatan masyarakat seperti pembatasan kontak sosial selama pandemi COVID-19 mempengaruhi kesehatan mental remaja adalah penting bagi pengelolaan pandemi yang sedang berlangsung maupun di masa yang akan datang. Hal ini juga untuk mendapatkan informasi terkait dukungan seperti apa yang diperlukan generasi muda yang terdampak COVID-19 yang juga disebut sebagai ‘generasi yang hilang’ (Hafstad & Augusti, 2021). Saat ini, data yang representatif secara nasional baik dari remaja maupun pengasuh utamanya mengenai bagaimana pandemi COVID-19 telah berdampak pada kesehatan mental serta kesejahteraannya masih kurang. Tertundanya kegiatan pengumpulan data I-NAMHS ternyata menjadi suatu kesempatan yang unik untuk mengembangkan serangkaian pertanyaan yang dikhususkan untuk tujuan tersebut. Bab ini mengurai bagaimana elemen-elemen pandemi COVID-19 yang paling berkaitan dengan I-NAMHS diukur. Pertimbangan terkait interpretasi dari temuan-temuan ini serta implikasinya bagi para pembuat kebijakan dalam konteks kesehatan mental juga akan sedikit dibahas di sini.



Pengukuran

Pertanyaan terkait COVID-19 berfokus pada faktor-faktor yang paling mungkin berkaitan dengan kesehatan mental, selaras dengan tujuan utama dari I-NAMHS. Pertanyaan-pertanyaan tersebut tidak ditujukan atau dikembangkan untuk menjadi suatu pengukuran yang komprehensif terhadap semua kejadian atau pengalaman yang dialami selama pandemi COVID-19. Pertanyaan-pertanyaan ini dirancang khusus untuk I-NAMHS dan didasarkan dari tinjauan literatur yang relevan serta dikonsultasikan bersama tim NAMHS global. Pertanyaan-pertanyaan tersebut berkaitan langsung dengan kejadian atau pengalaman selama pandemi dan ditanyakan pada pengasuh utama maupun pada remaja.

Baik pengasuh utama maupun remaja akan ditanya terlebih dahulu mengenai apakah mereka pernah mendengar tentang COVID-19. Bagi partisipan yang menjawab ‘ya’ akan ditanyakan serangkaian pertanyaan terkait pengalaman mereka menghadapi pandemi. Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan ke pengasuh utama berkaitan dengan apakah mereka pernah mengalami kontak langsung dengan COVID-19, karantina, stigma, dampak ekonomi terhadap rumah tangga (termasuk pada pemasukan bulanan dan dana tabungan yang tidak mencukupi untuk kebutuhan sehari-hari), serta perubahan-perubahan terkait penggunaan alkohol atau obat-obatan terlarang. Pengasuh utama juga ditanya mengenai kebutuhan remaja mereka terkait bantuan untuk masalah emosi dan perilaku selama pandemi, apakah mereka menggunakan layanan untuk masalah tersebut selama pandemi, dan apakah halangan yang berkaitan dengan COVID-19 menyebabkan mereka tidak mencari bantuan untuk remaja mereka.

Sementara itu, remaja ditanyai mengenai status pendidikan mereka (situasi persekolahan mereka selama pandemi dan apakah mereka berhenti bersekolah secara permanen selama pandemi). Remaja juga ditanyai mengenai berbagai pengalaman mereka selama pandemi COVID-19 (apakah mereka pernah menyaksikan kekerasan antar orang dewasa di rumah tangga mereka, penggunaan alkohol atau obat-obatan terlarang oleh orang dewasa di rumah tangga mereka, serta penggunaan alkohol atau obat-obatan terlarang oleh mereka sendiri), peningkatan masalah emosi dan perilaku tertentu selama pandemi COVID-19, dan apakah mereka punya seseorang yang mereka percaya untuk diajak berdiskusi selama mereka menghadapi masalah-masalah tersebut.

Temuan

Seperti yang ditunjukkan di Tabel 17, 4.6% dari remaja melaporkan bahwa mereka mengalami paling tidak satu masalah emosi dan perilaku lebih berat dari biasanya selama pandemi COVID-19, dan tidak ada perbedaan antara remaja laki-laki maupun perempuan.

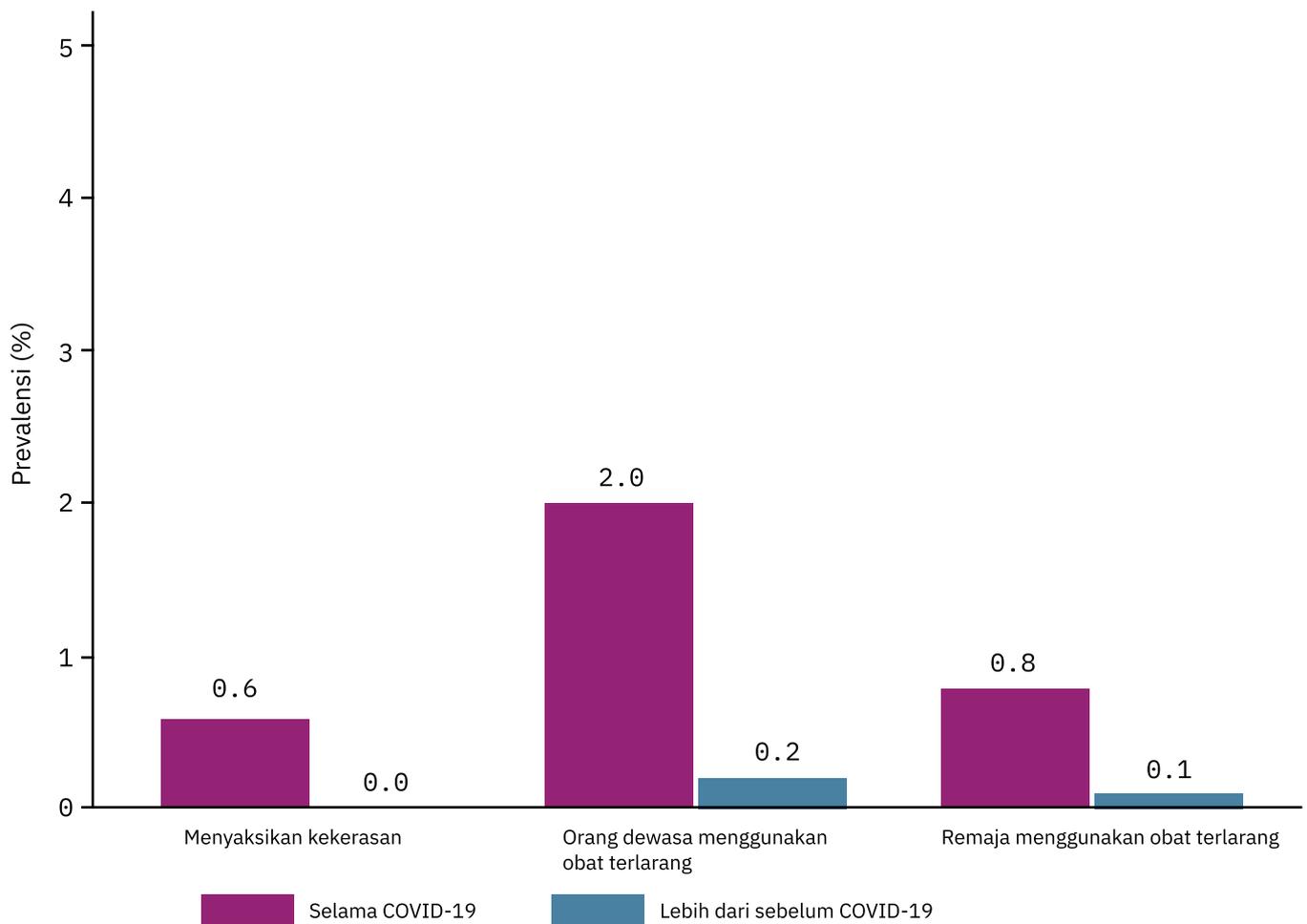
Tabel 17. Proporsi remaja yang mengalami masalah emosional dan perilaku lebih berat dari biasanya selama pandemi COVID-19 di kalangan remaja usia 10-17 tahun berdasarkan jenis kelamin

Jenis kelamin	Lebih merasa cemas atau stres		Lebih merasa sedih atau depresi		Lebih merasa sulit berkonsentrasi		Lebih merasa kesepian atau terisolasi		Total (peningkatan masalah secara umum)	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Laki-laki	2.2	(64)	1.5	(43)	1.6	(47)	2.0	(58)	4.2	(121)
Perempuan	2.7	(74)	1.7	(47)	1.5	(43)	2.1	(58)	5.1	(141)
Total	2.4	(138)	1.6	(90)	1.6	(90)	2.1	(116)	4.6	(263)

N yang sudah dilakukan pembobotan: laki-laki = 2,883; perempuan = 2,781

Sebagian kecil dari pengasuh utama (3.0%; n = 168) melaporkan bahwa remaja mereka membutuhkan bantuan untuk masalah emosi dan perilaku selama pandemi COVID-19. Dari sebagian kecil tersebut, 87.6% (n = 147) di antaranya tidak mengakses layanan yang ada. Walaupun begitu, tidak ada dari mereka yang mengatakan bahwa hal tersebut diakibatkan oleh suatu alasan yang berkaitan dengan COVID-19.

Gambar 6 menunjukkan proporsi remaja yang menyaksikan kekerasan di antara dua orang dewasa di rumah tangga mereka, menyaksikan penggunaan alkohol dan obat-obatan terlarang oleh orang dewasa di rumah tangga mereka, serta proporsi remaja yang pernah meminum alkohol atau menggunakan obat-obatan terlarang selama pandemi COVID-19. Proporsi yang melaporkan bahwa terdapat peningkatan dari pengalaman-pengalaman tersebut juga dibandingkan dengan sebelum pandemi COVID-19. Beberapa remaja mengatakan bahwa mereka pernah menyaksikan atau terlibat dalam hal-hal tersebut, dengan beberapa di antaranya mengatakan bahwa terdapat peningkatan frekuensi dari hal tersebut selama pandemi.



Gambar 6. Pengalaman selama pandemi COVID-19 di kalangan remaja usia 10-17 tahun

Terkait dampak ekonomi rumah tangga selama pandemi COVID-19, dua pertiga dari pengasuh utama (66.0%) melaporkan penurunan pendapatan rumah tangga selama pandemi, sementara 11.4% pengasuh utama mengatakan bahwa mereka sering tidak punya cukup uang untuk kebutuhan dasar sehari-hari selama pandemi.

Diskusi

Interpretasi

Hanya sekitar 5% (4.6%) remaja yang melaporkan bahwa mereka merasa lebih depresi, lebih cemas, lebih merasa terisolasi, atau lebih sering mengalami masalah konsentrasi dari biasanya selama pandemi COVID-19. Angka ini lebih rendah dibanding apa yang dilaporkan oleh penelitian lain yang serupa. Contohnya, sebuah penelitian yang menggunakan kuesioner SDQ pada remaja usia 11-17 tahun menemukan bahwa 15% dari remaja masuk ke dalam kategori 'beresiko' (Wiguna et al., 2020). Namun, studi ini merupakan studi daring yang berskala sangat kecil (n = 113) yang dilakukan selama April hingga Mei 2020, di saat awal pandemi COVID-19. Sebagai tambahan, pertanyaan-pertanyaan di I-NAMHS ditanyakan secara spesifik, yaitu hanya terkait dengan apakah yang dirasakan lebih sering dari biasanya selama pandemi. Hal ini membedakan temuan I-NAMHS dengan studi lainnya yang mengukur prevalensi dasar selama pandemi.

Peningkatan kejadian masalah emosi dan perilaku akibat pandemi yang relatif cukup rendah ini bisa saja didorong oleh beberapa faktor. Salah satunya,

kemungkinan bahwa temuan-temuan yang berskala nasional ini mengaburkan perbedaan antara satu daerah dengan daerah lainnya di Indonesia, di mana keparahan dampak serta waktu munculnya pandemi berbeda-beda antar daerah. Di saat yang sama, ada juga kemungkinan bahwa banyak daerah yang menjadi daerah survei yang tidak terlalu terkena dampak karantina wilayah serta pembatasan sosial, terutama daerah pedesaan dan kabupaten. Tambahan lagi, terdapat bukti bahwa masyarakat sendiri terkadang sudah membentuk ‘bubble’ tersendiri (beberapa rumah tangga akan bersatu untuk membuat batas wilayah karantina di areanya masing-masing) bahkan di daerah-daerah yang sudah diberlakukan karantina wilayah. Situasi ini kemudian didukung oleh Pemerintah Indonesia dan organisasi internasional lainnya di Indonesia. Mereka memanfaatkan struktur komunitas yang sudah ada ini dalam memerangi COVID-19 (Jaffrey, 2020; The World Bank, 2020; UNICEF, 2020). Sikap gotong-royong antar warga ini bisa saja menjadi salah satu faktor pelindung bagi remaja di Indonesia dalam mengatasi masalah emosional dan perilaku dibandingkan dengan negara lain, terutama untuk perasaan terisolasi (Loades et al., 2020). Terdapat juga kemungkinan bahwa remaja Indonesia telah menunjukkan resiliensi terhadap pandemi COVID-19. Rencana analisis data I-NAMHS yang lebih lengkap akan memperdalam informasi mengenai isu-isu tersebut.

Keterbatasan

Meskipun I-NAMHS memanfaatkan kesempatan unik untuk menilai dampak-dampak pandemi COVID-19 terhadap kesehatan mental serta kesejahteraan remaja, penelitian ini tidak dirancang atau dibuat dengan tujuan untuk mengukur semua aspek dari pandemi COVID-19 secara komprehensif. Pertanyaan-pertanyaan I-NAMHS dirancang untuk menyuguhkan ‘cuplikan’ sekilas dari pandemi COVID-19 dalam konteks I-NAMHS dan dibuat untuk membuka jalan untuk analisis lanjutan yang mempertimbangkan dampak pandemi secara menyeluruh. Ada kemungkinan bahwa beberapa aspek yang relevan selama pandemi berlangsung tidak diikutsertakan di dalam penelitian ini. Selain itu, saat kegiatan pengumpulan data dimulai, pandemi COVID-19 telah berlangsung selama lebih dari satu tahun. Ada kemungkinan bahwa remaja maupun pengasuh utama mengalami bias saat mencoba untuk mengingat kembali pengalaman dan hal-hal terkait dampak COVID-19 pada kesehatan mental mereka.

Implikasi

Memahami bagaimana pandemi COVID-19 berdampak pada kesehatan mental serta kesejahteraan remaja adalah penting agar dukungan yang terbaik bisa diberikan pada generasi remaja ini di tengah berlangsungnya pandemi. Hal ini juga agar mitigasi yang efektif dalam menghadapi kejadian-kejadian yang tidak diinginkan pada tingkat populasi di masa yang akan datang bisa lebih dipersiapkan. Menyardingkan temuan ini secara lebih luas dengan temuan terkait dengan minimalnya penggunaan layanan untuk masalah emosi dan perilaku (lihat Penggunaan Layanan: Diskusi), penyediaan layanan dengan akses yang mudah (seperti jaringan telepon atau layanan *chat* secara daring) dapat menjadi pendekatan yang bijak dalam menangani besarnya kebutuhan layanan yang belum terpenuhi dan juga untuk memastikan bahwa penanganan krisis dan keberlanjutan layanan kesehatan mental yang telah ada dapat dipertahankan kendati dalam situasi yang tidak terduga. Di situasi-situasi yang tidak terduga tersebut (contohnya rasa kesepian dan depresi yang berhubungan dengan penutupan sekolah selama pandemi), program promosi kesehatan yang dirancang khusus agar sesuai dengan keadaan berfungsi untuk membantu remaja yang tengah mengalami masalah kesehatan mental. Remaja yang perlu mengakses layanan untuk pertama kalinya bisa saja sedang mengalami kerentanan sehingga pesan kesehatan masyarakat yang menyuguhkan pengetahuan, menurunkan stigma, dan menormalisasi kesehatan mental bisa memainkan peran yang penting.

Lampiran

Daftar tim

I-NAMHS

Prof. dr. Siswanto Agus Wilopo, S.U., M.Sc., Sc.D: Peneliti Utama I-NAMHS

Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, DI Yogyakarta, Indonesia

Pusat Kesehatan Reproduksi, Universitas Gadjah Mada, DI Yogyakarta, Indonesia

dr. Amirah Ellyza Wahdi, MSPH: Manajer I-NAMHS

Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, DI Yogyakarta, Indonesia

Pusat Kesehatan Reproduksi, Universitas Gadjah Mada, DI Yogyakarta, Indonesia

Althaf Setyawan, S.Si., MPH: Manajer Data I-NAMHS

Pusat Kesehatan Reproduksi, Universitas Gadjah Mada, DI Yogyakarta, Indonesia

Yufan Putri Astrini, S.Si.: Asisten Manajer Data I-NAMHS

Pusat Kesehatan Reproduksi, Universitas Gadjah Mada, DI Yogyakarta, Indonesia

Rizka Rachmawati, SKM: Manajer Lapangan I-NAMHS

Pusat Kesehatan Reproduksi, Universitas Gadjah Mada, DI Yogyakarta, Indonesia

Diana Setiyawati, M.HSc.Psy., PhD: Konsultan Klinis I-NAMHS

Center for Public Mental Health, Universitas Gadjah Mada, DI Yogyakarta, Indonesia

Dr. Drs. Zulfendri, M.Kes: Koordinator Regional I-NAMHS untuk Indonesia bagian Barat

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Sumatera Utara, Indonesia

Dr. Drs. R. Kintoko Rochadi, MKM: Manajer Lapangan I-NAMHS Regio Indonesia Barat

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Sumatera Utara, Indonesia

Ansariadi, SKM, M.Sc.PH, PhD: Koordinator Regional I-NAMHS untuk Indonesia bagian Barat

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin, Sulawesi Selatan, Indonesia

Indra Dwinata, SKM, MPH: Manajer Lapangan I-NAMHS Regio Indonesia Timur

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin, Sulawesi Selatan, Indonesia

UQ

Dr. Holly Erskine: NAMHS Principal Investigator

School of Public Health, The University of Queensland, Queensland, Australia
Queensland Centre for Mental Health Research, Queensland, Australia
Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Washington, Amerika Serikat

Prof. Harvey Whiteford: NAMHS Senior Advisor

School of Public Health, The University of Queensland, Queensland, Australia
Queensland Centre for Mental Health Research, Queensland, Australia
Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Washington, Amerika Serikat

Prof. James Scott: NAMHS Clinical Advisor

QIMR Berghofer Medical Research Institute, Queensland, Australia
Queensland Centre for Mental Health Research, Queensland, Australia
Metro North Mental Health Service, Herston, Queensland, Australia

Dr. Sarah Blondell: NAMHS Senior Research Officer

School of Public Health, The University of Queensland, Queensland, Australia
Queensland Centre for Mental Health Research, Queensland, Australia

Krystina Wallis: NAMHS Research Officer

School of Public Health, The University of Queensland, Queensland, Australia
Queensland Centre for Mental Health Research, Queensland, Australia

Cartiah McGrath: NAMHS Research Officer

School of Public Health, The University of Queensland, Queensland, Australia
Queensland Centre for Mental Health Research, Queensland, Australia

JHSPH

Robert Blum, JHSPH NAMHS Project Lead

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Maryland, Amerika Serikat

Shoshanna Fine, JHSPH NAMHS Postdoctoral Fellow

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Maryland, Amerika Serikat

Mengmeng Li , JHSPH NAMHS Senior Data Analyst

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Maryland, Amerika Serikat

Astha Ramaiya, JHSPH NAMHS Research Associate

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Maryland, Amerika Serikat

Pengukuran

Berikut adalah alat-alat ukur yang digunakan pada wawancara pengasuh utama dan remaja. Informasi ini diadopsi dari Erskine et al (2021).

Wawancara pengasuh utama

Pengukuran	Deskripsi
Demografi	Pengumpulan informasi demografi terkait rumah tangga, remaja, dan pengasuh utama. Kelayakan juga dinilai di dalam modul ini menurut kriteria eksklusi yang dijelaskan di Latar Belakang ('Siapa yang berpartisipasi di I-NAMHS?')
Penyakit kronis	Mengukur penyakit berat atau kronis yang dialami oleh remaja atau pengasuh
Pediatric Symptom Checklist – 17 (PSC-17)	Kuesioner penapisan singkat untuk menilai gejala-gejala internalizing dan externalizing pada remaja, digunakan untuk mengukur perspektif pengasuh utama terkait kesehatan mental remaja
Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)	Pengukuran penapisan singkat yang digunakan untuk menyaring simptomatologi depresi pengasuh utama
Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)	Pengukuran penapisan singkat yang digunakan untuk menyaring simptomatologi kecemasan pengasuh utama
DISC-5: Modul pengenalan	Menyusun sebuah linimasa yang terdiri dari kejadian-kejadian yang signifikan dalam 12 bulan terakhir untuk membantu partisipan mengingat kembali kejadian yang lampau dan mengarahkan partisipan mengenai tatacara menjawab pertanyaan modul DISC-5.
DISC-5: ADHD	Mengukur prevalensi ADHD dalam 12 bulan terakhir.
Penggunaan layanan	Mengumpulkan informasi dari pengasuh utama mengenai penggunaan layanan, halangan dalam mengakses layanan, serta perkiraan kebutuhan layanan remaja.
Asuransi kesehatan	Menanyakan apakah keluarga atau remaja memiliki asuransi kesehatan, jenis asuransinya, dan bagaimana penggunaan asuransi ini untuk layanan kesehatan mental dalam 12 bulan terakhir.
COVID-19	Mengukur kontak langsung dengan COVID-19, stigma, dampak ekonomi terhadap rumah tangga, penggunaan alkohol atau obat-obatan terlarang oleh pengasuh utama serta penggunaan layanan oleh remaja selama pandemi COVID-19.

Wawancara remaja

Pengukuran	Deskripsi
DISC-5: Modul pengenalan	Menyusun sebuah linimasa yang terdiri dari kejadian-kejadian yang signifikan dalam 12 bulan terakhir untuk membantu partisipan mengingat kembali kejadian yang lampau dan mengarahkan partisipan mengenai tatacara menjawab pertanyaan modul DISC-5.
DISC-5: Fobia sosial	Mengukur prevalensi fobia sosial dalam 12 bulan terakhir.
DISC-5: Gangguan cemas menyeluruh	Mengukur prevalensi gangguan cemas menyeluruh dalam 12 bulan terakhir.
DISC-5: Gangguan depresi mayor	Mengukur prevalensi gangguan depresi mayor dalam 12 bulan terakhir. Termasuk di dalamnya pertanyaan mengenai perilaku bunuh diri yang ditanyakan ke semua remaja.
Perilaku menyakiti diri sendiri	Mengukur prevalensi, usia awitan, serta kebaruan menyakiti diri sendiri.
DISC-5: Gangguan perilaku	Mengukur prevalensi gangguan perilaku dalam 12 bulan terakhir.
DISC-5: PTSD	Mengukur prevalensi PTSD dalam 12 bulan terakhir.
Strategi bantuan informal dan <i>self-help</i>	Mengumpulkan informasi mengenai strategi bantuan informal dan <i>self-help</i> .
Penilaian diri sendiri mengenai kesehatan dan citra diri	Mengukur penilaian mandiri kesehatan diri serta citra diri oleh remaja sendiri
Aktivitas fisik	Mengukur aktivitas fisik remaja.
Rosenberg Self-Esteem Scale	Pengukuran singkat yang terstandar terkait kepercayaan diri
<i>Bullying</i>	Mengukur viktimisasi <i>bullying</i> dan frekuensi tindakan <i>bullying</i> , termasuk modalitas <i>bullying</i> .
Sekolah dan pendidikan	Mengukur cita-cita (baik cita-cita masa lalu maupun sekarang, tergantung pada status persekolahan), ekspektasi, serta tekanan akademik.
Hubungan dengan teman sebaya dan rasa kesepian	Mengumpulkan informasi tentang pergaulan remaja (termasuk kenakalan teman sebaya) dan rasa kesepian.
Keterikatan keluarga GEAS	Mengumpulkan informasi tentang hubungan remaja dengan pengasuh utama mereka.
Religiusitas	Mengukur dukungan yang dirasakan dari komunitas keagamaan dan hubungan dengan Tuhan.
Keselamatan dan keamanan	Mengukur rasa aman yang dirasakan dalam konteks yang berbeda, misalnya rumah, sekolah, dan lingkungan.

Perilaku seksual*	Mengumpulkan informasi tentang perilaku seksual, seksualitas, dan identitas gender remaja. Hanya ditanyakan kepada remaja berusia 12-17 tahun.
Kuesioner pengalaman masa kecil yang merugikan, atau <i>Adverse Childhood Experiences (ACEs)</i> *	Mengukur paparan seumur hidup dari berbagai tindakan penganiayaan, penelantaran, kekerasan antar orang tua atau pengasuh, serta disfungsi serius lainnya dalam rumah tangga, serta kekerasan.
Penggunaan zat*	Mengukur penggunaan rokok, alkohol, ganja serta obat-obatan terlarang lainnya.
COVID-19	Mengukur kontak langsung dengan COVID-19, dampak terhadap pendidikan, kerugian individu/rumah tangga, serta masalah emosi dan perilaku selama pandemi COVID-19.

* Modul-modul ini diisi sendiri oleh remaja

Metodologi

Desain pengambilan sampel

Desain penelitian

I-NAMHS menggunakan desain *multistage-stratified-clustered*, di mana survei dilakukan pada rumah tangga yang dikelompokkan ke dalam kluster-kluster atau EA yang berbeda-beda. Semua remaja berusia 10-17 tahun ditargetkan untuk mengikuti survei. BPS memilih EA indeks menggunakan metode *probability proportional to size* (PPS) di dalam strata yang terpilih.

Ukuran sampel

Formula yang digunakan untuk menentukan ukuran sampel minimal adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{\delta^2 * R_i * R_j} * DEFF$$

Perhitungan untuk setiap komponen di dalam formula tersebut terlampir sebagai berikut:

Parameter	Simbol	Nasional	Catatan
Kesalahan Tipe I/ <i>alpha</i>	α	0.05	
Absis dari kurva normal pada <i>alpha</i>	$Z(1-\alpha/2)$	1.96	
Prevalensi gangguan mental yang diperkirakan	P	0.011	Prevalensi gangguan depresi berat untuk remaja berusia 10-19 tahun menurut laporan Global Burden of Disease Study tahun 2017 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019)
Batas kesalahan yang dikehendaki	δ	0.03	
Tingkat respons individu	Ri	0.6	Asumsi yang sama dengan laporan SDKI terbaru
Tingkat respons rumah tangga	Rj	0.8	Asumsi yang sama dengan laporan SDKI terbaru
<i>Design effect</i>	DEFF	3	DEFF yang sama dengan laporan SDKI terbaru
Jumlah sampel minimal untuk remaja	ni	2280	
Estimasi jumlah remaja per rumah tangga	ave_hh	0.7	
Jumlah sampel minimal untuk rumah tangga	nh	3257	

Tingkat disagregasi didapatkan berdasarkan kelompok usia (10-14 tahun, 15-19 tahun), jenis kelamin (laki-laki, perempuan), serta tempat tinggal (pedesaan, perkotaan). I-NAMHS menggunakan kelompok usia 15-19 tahun sebagai acuan untuk kelompok usia 15-17 tahun. Semua perhitungan untuk ukuran sampel minimal dikalikan dengan delapan strata (yaitu disagregasi berdasarkan jenis kelamin, kelompok usia, tempat tinggal, serta wilayah). I-NAMHS menggunakan angka standar 35 rumah tangga per EA. Syarat-syarat besar sampel kemudian disesuaikan dengan jumlah provinsi di tingkat nasional, jumlah kecamatan di tingkat provinsi, serta jumlah kelurahan di tingkat kecamatan. Tabel berikut mendeskripsikan jumlah klaster yang diperlukan di setiap tingkat.

	Jumlah sampel minimal	Klaster	Syarat jumlah sampel
NASIONAL	3,257	108	3,780
PROVINSI			
Jawa Tengah	521	35	1225
Sulawesi Tengah	521	21	735
Kecamatan			
Purworejo	521	22	770
Kota Palu	521	18	665
TOTAL		188	6,580

Pemetaan dan pencacahan

Batas-batas dari EA terpilih dipetakan dan semua rumah tangga yang berpenghuni di dalam EA yang terpilih kemudian dicatatkan ke dalam daftar pencacahan oleh enumerator dengan bantuan aparat setempat. Setelah semua rumah tangga yang memiliki remaja berusia 10-17 tahun di EA tersebut dicatat, 35 rumah tangga dengan remaja yang sesuai dengan kriteria survei kemudian akan dipilih secara acak dan diminta persetujuannya untuk dilakukan wawancara. Tidak ada penyesuaian yang dilakukan pada probabilitas pemilihan individu yang akan diwawancarai di suatu rumah tangga.

Uji pilot

Sebelum pelaksanaan survei nasional dilangsungkan, sebuah uji pilot dilakukan terlebih dahulu oleh CPMH Fakultas Psikologi UGM di bawah supervisi PKR. Studi pilot ini berlangsung pada bulan Januari 2020. Untuk uji pilot ini, 50 remaja dan pengasuh utamanya dipilih secara acak dari daerah pedesaan Kulon Progo ($n = 25$) dan perkotaan Kota Yogyakarta ($n = 25$). Kedua wilayah ini tidak termasuk ke dalam sampel survei nasional untuk memastikan bahwa tidak ada partisipan yang ikut di kedua wawancara (uji pilot dan survei nasional). Uji pilot ini mengikuti prosedur yang sama dengan survei nasional. Di akhir wawancara uji pilot, partisipan dan enumerator diminta untuk memberikan masukan terkait wawancara yang mereka ikuti. Masukan ini termasuk yang berkaitan dengan tingkat kesulitan pertanyaan survei, kesesuaian pilihan jawaban, durasi wawancara, serta hal lain terkait proses wawancara itu sendiri. Semua masukan yang diterima kemudian disandingkan dengan hasil pemeriksaan kualitas data untuk memperbaiki isu konten atau proses wawancara survei nasional. Langkah ini sangat penting untuk mengungkap komplikasi, tantangan atau kesalahan yang ada, dan memberi kesempatan untuk perbaikan (contohnya tabel yang gagal, masalah penerjemahan, kesalahan pemrograman, dan lain-lain). PKR bekerja sama dengan UQ secara intens dalam mengembangkan dan memfinalisasi prosedur untuk memperoleh dan menganalisis umpan balik.

Kegiatan lapangan

Satu enumerator ditugaskan ke setiap EA. Satu supervisor bertanggung jawab atas empat hingga delapan enumerator, bergantung pada jaraknya EA yang disupervisi. Untuk staf lapangan yang disupervisi oleh USU dan Unhas, semua supervisor melapor ke koordinator lapangan di setiap regio, yang kemudian akan melapor ke PKR.

Semua enumerator dibekali satu telepon genggam, alat-alat pendukung lainnya, perlengkapan pelindung diri, dokumen-dokumen pendukung yang membantu pencatatan selama kegiatan, serta sebuah kartu tanda pengenal. Kegiatan lapangan di suatu EA hanya mulai dilaksanakan setelah aparat setempat menerbitkan izin. Izin ini juga mempertimbangkan status COVID-19 di EA terkait. Di beberapa EA, enumerator dan supervisor menyelenggarakan pertemuan dengan masyarakat setempat sebelum pelaksanaan kegiatan lapangan dengan tujuan untuk menyampaikan informasi terkait I-NAMHS ke masyarakat tersebut.

Rata-rata, kegiatan lapangan berlangsung selama delapan minggu di tiap EA. Supervisor melakukan -check-in berkala (melalui panggilan telepon atau chat) dengan enumerator untuk mengikuti perkembangan kegiatan lapangan enumerator serta memantau kesehatan fisik dan mental mereka. Jika enumerator mengalami gejala fisik atau distres, maka kegiatan lapangan dihentikan sementara sampai enumerator siap kembali dan mendapat persetujuan dokter untuk bisa melanjutkan tugasnya. Semua staf lapangan (baik enumerator maupun supervisor) diberikan asuransi kesehatan dan memiliki akses ke seorang psikolog. I-NAMHS juga menerapkan Protokol Keselamatan Anak dan Protokol Distres NAMHS untuk melindungi enumerator maupun partisipan survei.

Demi mematuhi hukum dan regulasi di Indonesia, semua data dikumpulkan melalui aplikasi OpenDataKit (ODK) dan disimpan di sistem cloud yang dikelola oleh PKR. PKR mengirimkan data kumulatif ke JHSPH setiap dua hari sesuai dengan perjanjian antar kedua belah pihak. Pembersihan data dilakukan secara simultan dengan upaya kolaboratif antara PKR, UQ, dan JHSPH.

Daftar istilah

Terminologi	Definisi
Prevalensi 12 bulan	<p>Memenuhi kriteria untuk sebuah masalah kesehatan mental atau gangguan mental sesuai dengan pengukuran DISC-5 dalam 12 bulan terakhir sebelum wawancara.</p> <p>Ini termasuk gejala-gejala yang pertama kali muncul dalam 12 bulan terakhir sebelum wawancara, dan gejala-gejala yang muncul jauh sebelumnya namun masih dialami dalam 12 bulan terakhir.</p>
Remaja	<p>Seseorang yang berusia 10-17 tahun.</p> <p>Meskipun WHO mendefinisikan remaja sebagai orang-orang yang berusia 10-19 tahun, namun remaja usia 18-19 tahun dieksklusi dari penelitian ini karena mereka kemungkinan sudah hidup mandiri dan/atau bekerja di luar rumah. Selain itu, pengukuran diagnostik (seperti DISC-5) tidak dirancang untuk diberikan pada orang usia 18 tahun atau lebih, yang biasa dinilai dengan instrumen untuk dewasa di survei yang berfokus pada orang dewasa.</p>
Gangguan cemas	<p>Sekumpulan gangguan mental yang didefinisikan sebagai ketakutan dan kecemasan yang berlebihan. Fobia sosial dan gangguan cemas menyeluruh adalah dua dari gangguan cemas yang diteliti di dalam survei ini.</p>
Gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas (ADHD)	<p>Ditandai dengan pola kesulitan pemusatan perhatian dan/atau hiperaktivitas-impulsivitas yang persisten.</p> <p>Remaja dapat mengalami kesulitan dalam memusatkan perhatian dan berkonsentrasi, melakukan gerakan berlebihan dan/atau mengalami kesulitan mengendalikan perilaku impulsif. Perilaku-perilaku tersebut tidak konsisten dengan usia atau tahap perkembangan remaja dan terjadi di berbagai situasi.</p> <p>Modul ADHD DISC-5 ditanyakan kepada pengasuh utama.</p>
Gangguan perilaku	<p>Ditandai dengan pola perilaku repetitif yang melanggar hak orang lain atau peraturan dan norma sosial yang berlaku. Perilaku tersebut termasuk agresi terhadap orang lain atau hewan, penipuan atau pencurian, atau pelanggaran hukum yang berat.</p> <p>Modul gangguan perilaku DISC-5 ditanyakan kepada remaja.</p>

Kriteria diagnostik	<p>Sekumpulan syarat yang harus dipenuhi oleh seorang remaja agar bisa disebut sebagai remaja dengan gangguan mental. Kriteria bisa termasuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sekumpulan gejala • Usia awitan dari gejala atau perilaku • Frekuensi dan durasi dari gejala • Distres atau hendaya <p>Di I-NAMHS, kriteria diagnosis ditentukan menurut DSM-5.</p>
Diagnostic Interview Schedule for Children, Version 5 (DISC-5)	<p>Instrumen diagnostik yang terstruktur dan dirancang untuk mengidentifikasi anak atau remaja yang memenuhi kriteria diagnostik DSM-5 untuk suatu gangguan mental.</p> <p>Enam modul diagnostik dari DISC-5 diikutsertakan ke dalam survei dan diadaptasi untuk menjamin relevansi budaya tanpa mengabaikan konsistensi konseptual.</p>
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)	<p>Definisi dari masing-masing gangguan mental yang diterbitkan oleh American Psychiatric Association dan digunakan untuk mendefinisikan dan mendiagnosis gangguan mental.</p>
Memenuhi ambang batas (full threshold)	<p>Menunjukkan semua gejala yang disyaratkan untuk memenuhi kriteria diagnosis DSM-5 untuk suatu gangguan mental (perlu diperhatikan bahwa hendaya juga harus terlihat agar bisa menegakkan diagnosis gangguan mental menurut DSM-5)</p>
Gangguan cemas menyeluruh	<p>Ditandai dengan kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan terkait beberapa kejadian atau aktivitas. Intensitas, frekuensi, dan durasi dari kecemasan dan kekhawatiran tersebut di luar batas wajar yang tidak sesuai dengan kemungkinan atau dampak dari kejadian tersebut di dunia nyata.</p> <p>Modul gangguan cemas menyeluruh DISC-5 ditanyakan kepada remaja.</p>
Hendaya	<p>Situasi atau kondisi di mana gejala dari gangguan mental berdampak negatif atau mengganggu berbagai fungsi peran dan/atau aspek di kehidupan remaja.</p> <p>Munculnya hendaya disyaratkan untuk memenuhi kriteria diagnosis DSM-5 untuk suatu gangguan mental (disertai dengan adanya semua gejala yang disyaratkan atau memenuhi ambang batas).</p>

Domain hendaya	Di dalam DISC-5, hendaya diukur oleh enam pertanyaan hendaya di empat domain: keluarga (masalah pada hubungan dengan pengasuh utama, kesulitan untuk menghabiskan waktu dengan keluarga), teman sebaya (kesulitan untuk menghabiskan waktu dengan teman sebaya), sekolah atau pekerjaan (kesulitan dengan sekolah atau pekerjaan), serta distres personal.
Gangguan depresi mayor	Ditandai dengan satu periode minimal selama dua minggu di mana terdapat mood depresi, kehilangan minat atau kesenangan hampir di semua aktivitas, dan/atau iritabilitas. Perasaan-perasaan ini juga berkaitan dengan gejala fisik lainnya seperti kelelahan, gangguan tidur serta gangguan berkonsentrasi. Modul gangguan depresi mayor DISC-5 ditanyakan kepada remaja.
Gangguan mental	Merupakan suatu sindrom perilaku atau psikologis yang signifikan secara klinis, atau pola yang terjadi pada suatu individu dan yang berkaitan dengan suatu distres yang sedang dialami (seperti gejala yang menyakitkan), disabilitas (seperti gangguan fungsi di satu atau lebih dari satu domain fungsional), dan/atau peningkatan yang signifikan dari risiko untuk mengalami kematian, kesakitan, disabilitas, atau kehilangan kebebasan. Dalam konteks laporan ini, remaja dengan gangguan mental adalah yang memenuhi kriteria DSM-5 untuk suatu gangguan mental yang spesifik (yaitu gangguan mental yang diukur oleh I-NAMHS).
Masalah kesehatan mental	Masalah kesehatan mental mirip dengan gangguan mental dalam segi mengganggu cara seseorang berfikir, merasakan, dan berperilaku, namun dengan derajat yang lebih ringan dibandingkan dengan gangguan mental. Ini dapat dialami hanya sementara, atau sebagai suatu reaksi akut terhadap tekanan dalam hidup. Dalam konteks laporan ini, remaja dengan masalah kesehatan mental termasuk remaja yang memenuhi kriteria diagnosis gangguan mental DSM-5 (seperti gejala yang memenuhi batas ambang dan yang menunjukkan hendaya), serta remaja yang tidak menunjukkan hendaya (seperti gejala yang memenuhi ambang tanpa hendaya), dan remaja yang memenuhi minimal setengah dari gejala yang disyaratkan DSM-5 (yaitu gejala di bawah batas ambang) dengan atau tanpa hendaya.
Gangguan stres pasca-trauma (PTSD)	Ditandai dengan pikiran yang mengganggu atau berulang, disosiasi, fungsi kognitif yang terdistorsi atau negatif, peningkatan rangsangan atau reaktivitas atau gejala mengganggu lainnya atau reaksi fisik, dimana semua berkaitan dengan trauma tertentu. Modul PTSD DISC-5 ditanyakan kepada remaja.

Pengasuh utama	<p>Merupakan orang dewasa yang bertanggung jawab atas remaja, yang mengurus remaja, serta yang paling mengetahui remaja sehingga dapat memberikan informasi mengenai remaja.</p> <p>Pengasuh utama ini ditentukan sendiri oleh yang bersangkutan di awal wawancara setelah definisi dari pengasuh utama dibacakan. Hal ini dilakukan di awal sebelum wawancara untuk mengukur gejala dimulai.</p>
Perilaku menyakiti diri sendiri	<p>Perilaku menyakiti diri sendiri merupakan suatu tindakan yang dilakukan secara sengaja dengan tujuan untuk menyebabkan bahaya atau cedera pada diri sendiri, tanpa ada niat untuk mengakhiri hidup. Hal ini yang membedakan perilaku menyakiti diri sendiri dengan percobaan bunuh diri.</p>
Layanan	<p>Di survei ini, layanan merupakan penyedia layanan apa pun yang menyediakan dukungan atau konseling untuk masalah emosi dan perilaku. Penyedia layanan yang termasuk di dalam survei ini adalah sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokter atau perawat • Tenaga profesional (seperti psikolog atau dokter spesialis jiwa) • Tenaga kesehatan • Staf sekolah (seperti guru, pelatih, atau konselor sekolah/guru BK) • Pemuka agama/ketua adat • Lainnya (sesuai dengan definisi oleh partisipan) <p>Definisi dari penyedia layanan diperluas untuk mengikutsertakan pihak-pihak yang tidak biasanya disebut sebagai penyedia layanan (seperti pemuka agama/ketua adat) karena mengantisipasi kemungkinan sektor-sektor tersebut merupakan sektor yang biasa diakses untuk menerima layanan tersebut.</p>

Referensi

- Ahmad, N., Cheong, S. M., Ibrahim, N., & Rosman, A. (2014). Suicidal ideation among Malaysian adolescents. *Asia Pac J Public Health*, 26(5 Suppl), 63s-69s. doi:10.1177/1010539514540746
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bhatia, R. (2020). Editorial: Effects of the COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6). Retrieved from https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2020/11000/Editorial__Effects_of_the_COVID_19_pandemic_on.9.aspx
- Bitsko, R., Adams, H. R., Holbrook, J., Jones, C., Augustine, E., Mink, J., . . . Fisher, P. W. (2019). 2.50 DIAGNOSTIC INTERVIEW SCHEDULE FOR CHILDREN, VERSION 5 (DISC-5): DEVELOPMENT AND VALIDATION OF ADHD AND TIC DISORDER MODULES. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(10), S187. doi:10.1016/j.jaac.2019.08.142
- Brooks, H., Syarif, A. K., Pedley, R., Irmansyah, I., Prawira, B., Lovell, K., . . . Bee, P. (2021). Improving mental health literacy among young people aged 11-15 years in Java, Indonesia: the co-development of a culturally-appropriate, user-centred resource (The IMPeTUs Intervention). *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 15(1), 56. doi:10.1186/s13034-021-00410-5
- Canino, G., & Alegría, M. (2008). Psychiatric diagnosis - is it universal or relative to culture? *J Child Psychol Psychiatry*, 49(3), 237-250. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01854.x
- Citraningtyas, T., Wiwie, M., Amir, N., Diatri, H., & Wiguna, T. (2017). Capacity building for child and adolescent mental health in disaster areas: Learning from the experiences of mental health care workers in Indonesia. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 21(2), 57-64.
- Colizzi, M., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2020). Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *Int J Ment Health Syst*, 14, 23. doi:10.1186/s13033-020-00356-9
- Erskine, H. E., Baxter, A. J., Patton, G., Moffitt, T. E., Patel, V., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 26(4), 395-402. doi:10.1017/s2045796015001158

- Erskine, H. E., Blondell, S. J., Enright, M. E., Shadid, J., Wado, Y. D., Wekesah, F. M., . . . Scott, J. G. (2021). Measuring the Prevalence of Mental Disorders in Adolescents in Kenya, Indonesia, and Vietnam: Study Protocol for the National Adolescent Mental Health Surveys. *Journal of Adolescent Health*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.05.012>
- Erskine, H. E., Moffitt, T. E., Copeland, W. E., Costello, E. J., Ferrari, A. J., Patton, G., . . . Scott, J. G. (2015). A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychol Med*, 45(7), 1551-1563. doi:10.1017/s0033291714002888
- Erskine, H. E., Norman, R. E., Ferrari, A. J., Chan, G. C., Copeland, W. E., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2016). Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 55(10), 841-850. doi:10.1016/j.jaac.2016.06.016
- Fausiah, F., Turnip, S. S., & Hauff, E. (2019). Community violence exposure and determinants of adolescent mental health: A school-based study of a post-conflict area in Indonesia. *Asian J Psychiatr*, 40, 49-54. doi:10.1016/j.ajp.2019.01.020
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). The epidemiological modelling of major depressive disorder: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*, 8(7), e69637. doi:10.1371/journal.pone.0069637
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3
- Hafekost, J., Lawrence, D., Boterhoven de Haan, K., Johnson, S. E., Saw, S., Buckingham, W. J., . . . Zubrick, S. R. (2016). Methodology of Young Minds Matter: The second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*, 50(9), 866-875. doi:10.1177/0004867415622270
- Hafstad, G. S., & Augusti, E.-M. (2021). A lost generation? COVID-19 and adolescent mental health. *The Lancet Psychiatry*, 8(8), 640-641. doi:10.1016/S2215-0366(21)00179-6
- Hartini, N., Fardana, N. A., Ariana, A. D., & Wardana, N. D. (2018). Stigma toward people with mental health problems in Indonesia. *Psychol Res Behav Manag*, 11, 535-541. doi:10.2147/prbm.S175251
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). GBD Results Tool (GBD 2017). Retrieved from <https://gbd2017.healthdata.org/gbd-search/>

- Jaffrey, S. (2020). The role of neighbourhood leaders in Indonesia's COVID-19 response. New Mandala. Retrieved from <https://www.newmandala.org/the-role-of-neighbourhood-leaders-in-indonesias-covid-19-response/>
- Jones, E. A. K., Mitra, A. K., & Bhuiyan, A. R. (2021). Impact of COVID-19 on Mental Health in Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(5). doi:10.3390/ijerph18052470
- Kalfoss, M. (2019). Translation and Adaption of Questionnaires: A Nursing Challenge. *SAGE Open Nursing*, 5, 2377960818816810. doi:10.1177/2377960818816810
- Kaligis, F., Ismail, R. I., Wiguna, T., Prasetyo, S., Indriatmi, W., Gunardi, H., . . . Sourander, A. (2021). Translation, Validity, and Reliability of Mental Health Literacy and Help-Seeking Behavior Questionnaires in Indonesia. *Front Psychiatry*, 12, 764666. doi:10.3389/fpsyt.2021.764666
- Kleinert, S., & Horton, R. (2016). Adolescent health and wellbeing: a key to a sustainable future. *The Lancet*, 387(10036), 2355-2356. doi:10.1016/S0140-6736(16)30297-5
- Lewis, M. P., Simons, G. F., & Fennig, C. D. (2014). *Ethnologue: Languages of Asia*, 17th Edition. Dallas, USA: SIL International, Global Publishing.
- Liem, A., Prawira, B., Magdalena, S., Siandita, M. J., & Hudiyana, J. (2022). Predicting self-harm and suicide ideation during the COVID-19 pandemic in Indonesia: a nationwide survey report. *BMC Psychiatry*, 22(1), 304. doi:10.1186/s12888-022-03944-w
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., . . . Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e1213. doi:10.1016/j.jaac.2020.05.009
- Marchira, C. R. (2011). Integrasi kesehatan jiwa pada pelayanan primer di Indonesia: Sebuah tantangan di masa sekarang. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 14(3), 120-126.
- Ormel, J., Oerlemans, A. M., Raven, D., Laceulle, O. M., Hartman, C. A., Veenstra, R., . . . Oldehinkel, A. J. (2017). Functional outcomes of child and adolescent mental disorders. Current disorder most important but psychiatric history matters as well. *Psychol Med*, 47(7), 1271-1282. doi:10.1017/S0033291716003445

- Pagliari, C., Pearl, M., Lawrence, D., Scott, J. G., & Diminic, S. (2021). Estimating demand for mental health care among Australian children and adolescents: Findings from the Young Minds Matter survey. *Aust N Z J Psychiatry*, 48674211069874. doi:10.1177/000486742111069874
- Pandia, V., Novianhari, A., Amelia, I., Hidayat, G. H., Fadlyana, E., & Dhamayanti, M. (2021). Association of Mental Health Problems and Socio-Demographic Factors Among Adolescents in Indonesia. *Glob Pediatr Health*, 8, 2333794x211042223. doi:10.1177/2333794x211042223
- Patel, V., & Winston, M. (1994). 'Universality of Mental Illness' Revisited: Assumptions, Artefacts and New Directions. *British Journal of Psychiatry*, 165(4), 437-440. doi:10.1192/bjp.165.4.437
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., . . . Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423-2478. doi:10.1016/S0140-6736(16)00579-1
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2012). Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in Thailand. *Int J Environ Res Public Health*, 9(2), 462-473. doi:10.3390/ijerph9020462
- Persson, S., Hagquist, C., & Michelson, D. (2017). Young voices in mental health care: Exploring children's and adolescents' service experiences and preferences. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 22(1), 140-151. doi:10.1177/1359104516656722
- Prasetyawan, Viora, E., Maramis, A., & Keliat, B. A. (2006). Mental health model of care programmes after the tsunami in Aceh, Indonesia. *International Review of Psychiatry*, 18(6), 559-562. doi:10.1080/09540260601039959
- Purborini, N., Lee, M.-B., Devi, H. M., & Chang, H.-J. (2021). Associated factors of depression among young adults in Indonesia: A population-based longitudinal study. *Journal of the Formosan Medical Association*, 120(7), 1434-1443. doi:https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.01.016
- Putra, I., Karin, P., & Ariastuti, N. L. P. (2019). Suicidal ideation and suicide attempt among Indonesian adolescent students. *Int J Adolesc Med Health*, 33(5). doi:10.1515/ijamh-2019-0035
- Republic of Indonesia. (2014). Undang-undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa. Retrieved from <https://ipkindonesia.or.id/media/2017/12/uu-no-18-th-2014-ttg-kesehatan-jiwa.pdf>

- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., . . . Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. doi:10.1016/S0140-6736(21)02143-7
- Sarfika, R., Effendi, N., Malini, H., & Edwin Nurdin, A. (2021). Personal and Perceived Stigmas in Adolescents toward Peers with Mental Disorders in West Sumatra Indonesia. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 9(E), 1010-1016. doi:10.3889/oamjms.2021.6583
- Satuan Tugas Penanganan COVID-19. (2022). Peta Sebaran. Retrieved from <https://covid19.go.id/peta-sebaran>
- Schnyder, N., Lawrence, D., Panczak, R., Sawyer, M. G., Whiteford, H. A., Burgess, P. M., & Harris, M. G. (2019). Perceived need and barriers to adolescent mental health care: agreement between adolescents and their parents. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 29, e60. doi:10.1017/s2045796019000568
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(1), 28-38. doi:10.1097/00004583-200001000-00014
- Statistics Indonesia. (2021). Hasil Sensus Penduduk 2020. Retrieved from https://www.bps.go.id/website/materi_ind/materiBrsInd-20210121151046.pdf
- Subu, M. A., Wati, D. F., Al-Yateem, N., Netrida, N., Priscilla, V., Maria Dias, J., . . . Edwin Nurdin, A. (2021). 'Family stigma' among family members of people with mental illness in Indonesia: A grounded theory approach. *International Journal of Mental Health*, 1-22. doi:10.1080/00207411.2021.1891363
- Suryaputri, I. Y., Mubasyiroh, R., Idaiani, S., & Indrawati, L. (2022). Determinants of Depression in Indonesian Youth: Findings From a Community-based Survey. *J Prev Med Public Health*, 55(1), 88-97. doi:10.3961/jpmp.21.113
- The World Bank. (2020). Community Responses to COVID-19: The Resilience of Indonesia. Retrieved from <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2020/06/01/community-led-responses-to-covid-19-the-resilience-of-indonesia>

- UNICEF. (2020). Amid an infodemic, volunteers help families make sense of COVID-19. Retrieved from <https://www.unicef.org/indonesia/coronavirus/stories/amid-infodemic-volunteers-help-families-make-sense-covid-19>
- Wiguna, T., Anindyajati, G., Kaligis, F., Ismail, R. I., Minayati, K., Hanafi, E., . . . Pradana, K. (2020). Brief Research Report on Adolescent Mental Well-Being and School Closures During the COVID-19 Pandemic in Indonesia. *Front Psychiatry, 11*, 598756. doi:10.3389/fpsyt.2020.598756
- Wiguna, T., Guerrero, A. P. S., Kaligis, F., & Khamelia, M. (2010). Psychiatric morbidity among children in North Aceh district (Indonesia) exposed to the 26 December 2004 tsunami. *Asia-Pacific Psychiatry, 2*(3), 151-155. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1758-5872.2010.00079.x>
- Willenberg, L., Wulan, N., Medise, B. E., Devaera, Y., Riyanti, A., Ansariadi, A., . . . Azzopardi, P. S. (2020). Understanding mental health and its determinants from the perspective of adolescents: A qualitative study across diverse social settings in Indonesia. *Asian Journal of Psychiatry, 52*, 102148. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102148>
- Wilopo, S. A., Retnowati, S., Aryandono, T., Mudjosemedi, M., Kusnanto, H., Haryanto, A., . . . Suryawati, S. (2021). *Pemikiran Guru Besar Universitas Gadjah Mada: Menuju Indonesia Maju 2045. Bidang Kesehatan: Gadjah Mada University Press.*
- World Health Organization. (2014). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade: summary. Retrieved from Geneva: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>
- World Health Organization. (2017). *Mental Health Atlas 2017 Country Profile: Indonesia.* Retrieved from <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2017-country-profiles/idn.pdf>



UNIVERSITAS
GADJAH MADA



THE UNIVERSITY
OF QUEENSLAND
AUSTRALIA



JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG SCHOOL
of PUBLIC HEALTH

I-NAMHS INDONESIA – NATIONAL ADOLESCENT MENTAL HEALTH SURVEY

Copyright© 2022,
Pusat Kesehatan Reproduksi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada
Jalan Mahoni Blok C24, Bulaksumur, Caturtunggal, Depok, Sleman, DI Yogyakarta, 55281
Indonesia