HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
Vol. 6, No. 1, November-Januari 2027
e-ISSN : 2827-8070 | p-ISSN : 2827-8240
Online Journal System : https://jurnalp4i.com/index.php/healthy

GAMBARAN KESEHATAN MENTAL REMAJA INDONESIA BERDASARKAN *MENTAL HEALTH CONTINUUM* (MHC-SF)

Zamralita[1] , Reza Fahlevi[2]
[1,2]Fakultas Psikologi, Universitas Tarumanagara
e-mail: zamralita@fpsi.untar.ac.id, rezaf@fpsi.untar.ac.id

Diterima: *12/10/2026*; Direvisi: *19/10/2026*; Diterbitkan: *2/11/2026*

ABSTRAK

Kesehatan mental remaja merupakan prioritas pembangunan kesehatan di Indonesia, namun kajian empiris masih didominasi sudut pandang psikopatologi dan minim menyoroti kesehatan mental positif. Penelitian ini bertujuan untuk memetakan kondisi kesehatan mental remaja Indonesia menggunakan kerangka *Mental Health Continuum* yang dioperasionalisasikan melalui instrumen *Mental Health Continuum–Short Form* (MHC-SF). Kerangka ini mengklasifikasikan kondisi kesehatan mental ke dalam tiga kategori utama, yaitu *languishing*, *moderate mental health*, dan *flourishing*, yang dievaluasi melalui dimensi *emotional*, *social*, dan *psychological well-being*. Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif deskriptif terhadap 264 remaja berusia 13–18 tahun yang direkrut melalui teknik *convenience sampling*. Hasil analisis menunjukkan bahwa mayoritas remaja berada pada kategori *moderate mental health* (66,67%), diikuti kategori *flourishing* (32,20%), dan sebagian kecil tergolong *languishing* (1,14%). Uji komparasi membuktikan tidak terdapat perbedaan skor kesehatan mental yang signifikan berdasarkan jenis kelamin ($p = 0{,}392$), usia ($p = 0{,}766$), maupun jenjang pendidikan ($p = 0{,}680$).
Kata Kunci: *flourishing, kesehatan mental, Mental Health Continuum, MHC-SF, remaja.*

ABSTRACT

Adolescent mental health is a national health development priority in Indonesia, yet empirical research remains predominantly focused on psychopathology rather than positive mental health. This study aims to delineate the mental health profile of Indonesian adolescents using the Mental Health Continuum framework operationalized via the Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF). This framework classifies mental health into three primary categories: languishing, moderate mental health, and flourishing, evaluated across emotional, social, and psychological well-being dimensions. A quantitative descriptive approach was employed involving 264 adolescents aged 13–18 years recruited through convenience sampling. The findings revealed that the majority of adolescents were in the moderate mental health category (66.67%), followed by flourishing (32.20%), while only a small fraction fell into languishing (1.14%). Comparative analyses demonstrated no statistically significant differences in mental health scores based on sex ($p = 0.392$), age ($p = 0.766$), or educational attainment ($p = 0.680$).
Keywords: *adolescents, flourishing, mental health, Mental Health Continuum, MHC-SF.*

PENDAHULUAN

Kesehatan mental remaja menempati posisi strategis dalam agenda pembangunan kesehatan nasional di Indonesia. Urgensi penanganan persoalan ini tampak nyata dari temuan program skrining Cek Kesehatan Gratis (CKG) periode 2025–2026 yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan RI (2026). Dari sekitar tujuh juta anak yang diskrining, hampir sepuluh

Copyright (c) 2026 HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
https://doi.org/10.51878/healthy.v6i1.16398

HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
Vol. 6, No. 1, November-Januari 2027
e-ISSN : 2827-8070 | p-ISSN : 2827-8240
Online Journal System : https://jurnalp4i.com/index.php/healthy

persen di antaranya terindikasi mengalami gejala gangguan kejiwaan, meliputi kecemasan sebesar 4,4 persen dan depresi sebesar 4,8 persen. Besaran proporsi tersebut mencerminkan kerentanan psikologis yang cukup masif pada populasi usia muda. Oleh sebab itu, penanganan persoalan ini menuntut intervensi sistemik yang melibatkan sinergi keluarga, satuan pendidikan, dan instansi lintas sektor.

Kondisi tekanan mental remaja juga terpotret dalam laporan *Global School-based Student Health Survey* (GSHS) wilayah Jawa dan Bali (World Health Organization & Ministry of Health Indonesia, 2023). Sebanyak 7,9 persen remaja usia 13–17 tahun dilaporkan pernah mempertimbangkan bunuh diri secara serius, serta 8,8 persen pernah melakukan percobaan bunuh diri dalam satu tahun terakhir. Survei yang sama mencatat bahwa lebih dari separuh siswa merasa orang tua jarang memahami permasalahan emosional yang mereka alami. Rendahnya dukungan relasional ini memperberat beban psikologis anak dalam menghadapi masa pubertas. Rokhmah et al. (2022) mengonfirmasi bahwa tingginya dukungan sosial berkorelasi positif dengan penurunan gejala distres kejiwaan, sedangkan stigma negatif justru memperburuk kondisi emosional individu.

Fenomena kerentanan kejiwaan tersebut perlu dipahami melalui paradigma kesehatan mental yang holistik. World Health Organization (2022) menegaskan bahwa kesehatan mental bukan sekadar ketiadaan penyakit kejiwaan, melainkan mencakup kondisi kesejahteraan (*well-being*) yang positif. Keyes (2002, 2005) mengoperasionalisasikan konsep ini ke dalam *Mental Health Continuum*, yaitu kontinum yang bergerak dari kondisi hampa (*languishing*), melewati kondisi moderat (*moderate mental health*), hingga kondisi berkembang optimal (*flourishing*). Model ini memandang bahwa kesehatan mental dan gangguan mental merupakan dua dimensi yang terpisah (*dual-continuum model*). Dengan demikian, individu yang tidak terdiagnosis gangguan klinis belum tentu memiliki kesehatan mental yang prima.

Masa remaja merupakan fase perkembangan krusial dalam pembentukan identitas dan arah kehidupan individu. Menurut teori perkembangan psikososial Erikson (1968), remaja berada pada tahap transisi pencarian identitas melawan kebingungan peran (*identity vs. role confusion*). Mereka menghadapi perubahan fisiologis, emosional, dan sosial yang sangat intensif dalam tempo yang relatif singkat (Steinberg, 2014). Tuntutan akademik, dinamika kelompok sebaya, serta penggunaan media sosial turut memperbesar potensi timbulnya distres psikologis. Kegagalan meregulasi tekanan tersebut dapat menghambat pencapaian kematangan emosi di masa dewasa.

Berbagai penelitian internasional telah mengeksplorasi pentingnya memetakan kesehatan mental positif pada populasi remaja. Antaramian et al. (2010) menemukan bahwa status *flourishing* berhubungan erat dengan tingginya prestasi belajar, keterlibatan aktif di sekolah, dan keharmonisan relasi sosial. Sementara itu, Schotanus-Dijkstra et al. (2017) membuktikan bahwa dukungan sosial dan regulasi emosi menjadi faktor determinan yang mendorong perpindahan individu dari kondisi *languishing* menuju *flourishing*. Di Indonesia, kajian kesehatan mental remaja sebagian besar masih berpusat pada penelusuran tingkat literasi dan faktor risiko psikopatologi (Yuliasari & Pusvitasari, 2023). Akibatnya, pemetaan empiris mengenai proporsi remaja yang mencapai kondisi kesehatan mental positif masih sangat terbatas.

Berdasarkan kesenjangan literatur tersebut, pemetaan kesehatan mental remaja berbasis konstruk kontinum kesejahteraan menjadi kebutuhan yang mendesak. Instrumen *Mental Health Continuum–Short Form* (MHC-SF) telah terbukti memiliki reliabilitas lintas budaya yang tangguh dalam mengukur kesehatan mental positif (Lamers et al., 2011). Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan profil kesehatan mental remaja usia 13–18 tahun di Indonesia

Copyright (c) 2026 HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
https://doi.org/10.51878/healthy.v6i1.16398

HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
Vol. 6, No. 1, November-Januari 2027
e-ISSN : 2827-8070 | p-ISSN : 2827-8240
Online Journal System : https://jurnalp4i.com/index.php/healthy

berdasarkan kategori *languishing*, *moderate mental health*, dan *flourishing*. Pertanyaan penelitian yang diajukan adalah bagaimana gambaran tingkat kesehatan mental remaja dan dimensinya ditinjau dari karakteristik demografis jenis kelamin, usia, dan jenjang pendidikan. Temuan penelitian ini diharapkan menyediakan data dasar (*baseline*) yang berguna dalam merancang program psikoedukasi berbasis kesejahteraan di lingkungan persekolahan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menerapkan pendekatan kuantitatif dengan desain non-eksperimental deskriptif untuk memotret fenomena secara objektif. Metode survei daring digunakan guna menjangkau responden remaja yang menempuh pendidikan pada tingkat menengah di Indonesia. Penelitian tidak memanipulasi variabel perlakuan, melainkan mengukur distribusi skor kesehatan mental berdasarkan kerangka kategorisasi MHC-SF. Pengukuran dilakukan pada satu rentang waktu tertentu (*cross-sectional*) untuk memperoleh gambaran faktual di lapangan. Pendekatan ini memungkinkan peneliti mendeskripsikan variasi tingkat kesejahteraan psikologis pada kelompok sampel yang diteliti.

Kriteria partisipan penelitian mencakup remaja berusia 13 hingga 18 tahun yang sedang menempuh pendidikan formal di Indonesia. Responden disyaratkan mampu membaca dan memahami bahasa Indonesia secara baik serta bersedia mengisi instrumen secara sukarela. Penarikan sampel menggunakan teknik *convenience sampling* dengan menyebarkan kuesioner digital ke berbagai jaringan sekolah mitra dan komunitas remaja. Target ukuran sampel ditetapkan minimal 200 responden guna memenuhi asumsi distribusi analisis inferensial parametrik. Total sampel definitif yang berhasil dikumpulkan dan memenuhi kriteria kelayakan analisis berjumlah 264 orang.

Pengumpulan data menggunakan instrumen *Mental Health Continuum–Short Form* (MHC-SF) versi bahasa Indonesia yang diadaptasi mengacu pada panduan International Test Commission (2017). Alat ukur ini terdiri atas 14 butir pernyataan yang mengukur tiga dimensi *well-being*, yaitu *emotional well-being* (3 butir), *social well-being* (5 butir), dan *psychological well-being* (6 butir) (Keyes et al., 2008). Responden memberikan respon melalui skala Likert 7 poin, mulai dari angka 0 (*tidak pernah*) hingga 6 (*setiap hari*). Uji keandalan instrumen menghasilkan koefisien reliabilitas komposit McDonald's $\omega = 0{,}912$ dan Cronbach's $\alpha = 0{,}911$. Reliabilitas dimensi tercatat memuaskan pada *emotional well-being* ($\omega = 0{,}827$; $\alpha = 0{,}820$), *social well-being* ($\omega = 0{,}819$; $\alpha = 0{,}819$), dan *psychological well-being* ($\omega = 0{,}838$; $\alpha = 0{,}831$).

Pengambilan data daring diselenggarakan melalui platform Google Formulir yang memuat lembar persetujuan (*informed consent*), data demografis, dan butir pernyataan skala. Bagi partisipan di bawah usia 17 tahun, lembar persetujuan orang tua atau wali dikoordinasikan secara tertulis melalui pihak sekolah. Seluruh data partisipan disimpan pada media penyimpanan terenkripsi guna menjamin kerahasiaan identitas personal. Analisis data diolah menggunakan perangkat lunak JASP dengan prosedur statistik deskriptif berupa frekuensi, persentase, nilai rerata (*mean*), dan simpangan baku (*standard deviation*). Uji komparasi hipotesis dianalisis melalui *independent samples t-test* dan uji *one-way* ANOVA untuk menguji perbedaan rerata skor berdasarkan variabel demografis.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Demografis Partisipan

Karakteristik demografis 264 partisipan remaja yang terlibat dalam penelitian ini ditinjau berdasarkan variabel usia, jenis kelamin, dan latar belakang pendidikan. Rentang usia

Copyright (c) 2026 HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
https://doi.org/10.51878/healthy.v6i1.16398

HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
Vol. 6, No. 1, November-Januari 2027
e-ISSN : 2827-8070 | p-ISSN : 2827-8240
Online Journal System : https://jurnalp4i.com/index.php/healthy

partisipan berada pada rentang 13 sampai 18 tahun yang merepresentasikan tahapan remaja awal hingga akhir. Pengelompokan ini penting untuk melihat keterwakilan responden dalam setiap kategori demografis yang dianalisis. Komposisi sebaran frekuensi dan persentase profil responden dipaparkan secara rinci pada tabel berikut.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Demografis Partisipan ($N = 264$)

Variabel	Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Usia	13 tahun	4	1,52
	14 tahun	7	2,65
	15 tahun	23	8,71
	16 tahun	47	17,80
	17 tahun	66	25,00
	18 tahun	117	44,32
Jenis Kelamin	Perempuan	183	69,32
	Laki-laki	81	30,68
Pendidikan	SD/Sederajat	2	0,76
	SMP/Sederajat	20	7,58
	SMK/SMA	242	91,67

Tabel 1 menunjukkan bahwa responden didominasi oleh kelompok remaja berusia 18 tahun, yakni sebanyak 117 orang atau 44,32 persen dari total keseluruhan partisipan. Ditinjau dari jenis kelamin, partisipan perempuan memiliki proporsi lebih besar (69,32%) dibandingkan partisipan laki-laki (30,68%). Berdasarkan jenjang pendidikan, mayoritas responden menempuh pendidikan pada tingkat menengah atas atau kejuruan sebanyak 242 orang (91,67%). Dominasi kelompok remaja akhir ini mencerminkan karakteristik sampel yang sedang berada pada fase persiapan transisi menuju pendidikan tinggi atau dunia kerja.

Distribusi Kategori Kesehatan Mental

Pengelompokan skor instrumen MHC-SF pada awalnya dibagi menjadi enam tingkatan kontinum skor empiris dari skor terendah hingga skor tertinggi. Skor kategori 1 mencerminkan kondisi *languishing*, kategori 2 hingga 4 mencerminkan kondisi *moderate mental health*, serta kategori 5 dan 6 merepresentasikan kondisi *flourishing*. Integrasi kategori ordinal ini dilakukan agar pembaca dapat menelusuri bagaimana sebaran skor kontinu ditransformasikan ke dalam tiga status utama kesehatan mental menurut Keyes et al. (2008). Distribusi frekuensi, persentase, dan parameter usia partisipan pada masing-masing tingkatan skor disajikan pada tabel di bawah ini.

Tabel 2. Distribusi Partisipan Berdasarkan Kategori Kontinum Kesehatan Mental

Kategori Skor	Klasifikasi Diagnostik MHC-SF	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Rerata Usia (M)	Simpangan Baku (SD)	Kesalahan Baku (SE)
1	*Languishing*	3	1,14	3,40	1,00	0,58
2	*Moderate Mental Health* (Bawah)	24	9,09	3,33	1,01	0,21
3	*Moderate Mental Health* (Tengah)	48	18,18	3,42	1,26	0,18

Copyright (c) 2026 HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
https://doi.org/10.51878/healthy.v6i1.16398

HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
Vol. 6, No. 1, November-Januari 2027
e-ISSN : 2827-8070 | p-ISSN : 2827-8240
Online Journal System : https://jurnalp4i.com/index.php/healthy

4	*Moderate Mental Health* (Atas)	104	39,39	3,39	1,34	0,13
5	*Flourishing* (Standar)	71	26,89	3,38	1,06	0,13
6	*Flourishing* (Tinggi)	14	5,30	3,43	1,10	0,29

Tabel 2 memperlihatkan pemetaan kategori kontinum skor yang secara sistematis dikelompokkan kembali ke dalam tiga kategori utama *Mental Health Continuum*. Kategori *languishing* dibentuk oleh Kategori 1 dengan jumlah 3 responden (1,14%). Kategori *moderate mental health* merupakan agregasi dari Kategori 2, 3, dan 4 yang mencakup 176 responden $(24 + 48 + 104)$ dengan total persentase sebesar 66,67 persen. Kategori *flourishing* terbentuk dari akumulasi Kategori 5 dan 6 yang menghimpun 85 responden $(71 + 14)$ dengan total persentase sebesar 32,20 persen. Data ini mengonfirmasi bahwa sebagian besar remaja berada pada taraf kesehatan mental moderat, sedangkan proporsi remaja yang mengalami kondisi terpuruk tergolong sangat minoritas.

Perbedaan Kesehatan Mental Berdasarkan Jenis Kelamin

Uji beda *independent samples t-test* diaplikasikan untuk menguji hipotesis perbedaan tingkat kesehatan mental antara remaja perempuan ($n = 183$) dan laki-laki ($n = 81$). Pengujian dilakukan terhadap skor total kesehatan mental serta ketiga dimensi pembentuknya, yaitu *emotional*, *psychological*, dan *social well-being*. Asumsi normalitas dan homogenitas varians terpenuhi sebelum pengujian statistik inferensial dijalankan. Rekapitulasi perbandingan nilai rerata, simpangan baku, nilai t, dan nilai signifikansi dirangkum pada tabel berikut.

Tabel 3. Hasil Uji Beda Kesehatan Mental Berdasarkan Jenis Kelamin

Variabel / Dimensi	Kelompok Gender	n	Rerata (M)	Simpangan Baku (SD)	Nilai t	Nilai p	Keterangan Uji
Emotional Well-Being	Perempuan	183	4,11	1,23	-1,335	0,183	Tidak Signifikan
	Laki-laki	81	4,33	1,20			
Psychological Well-Being	Perempuan	183	4,02	1,19	-0,919	0,359	Tidak Signifikan
	Laki-laki	81	4,17	1,17			
Social Well-Being	Perempuan	183	4,10	1,13	-0,451	0,652	Tidak Signifikan
	Laki-laki	81	4,17	1,18			
Skor Total Kesehatan Mental	Perempuan	183	3,94	1,07	-0,857	0,392	Tidak Signifikan
	Laki-laki	81	4,06	1,05			

Catatan: Derajat kebebasan (df) = 262; taraf signifikansi dua arah ($p < 0,05$).

Tabel 3 menyajikan perbandingan statistik yang menunjukkan tidak adanya perbedaan signifikan antara remaja laki-laki dan perempuan pada seluruh indikator kesejahteraan. Skor total kesehatan mental menghasilkan nilai $t(262) = -0,857$ dengan signifikansi $p = 0,392$ ($p > 0,05$). Pola yang serupa teramati pada dimensi *emotional well-being* ($p = 0,183$), *psychological well-being* ($p = 0,359$), dan *social well-being* ($p = 0,652$). Meskipun laki-laki memperoleh skor rerata yang sedikit lebih tinggi secara numerik pada seluruh dimensi,

Copyright (c) 2026 HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
https://doi.org/10.51878/healthy.v6i1.16398

HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
Vol. 6, No. 1, November-Januari 2027
e-ISSN : 2827-8070 | p-ISSN : 2827-8240
Online Journal System : https://jurnalp4i.com/index.php/healthy

disparitas tersebut tidak bermakna secara statistik. Hal ini menandakan bahwa faktor jenis kelamin tidak membedakan derajat kesehatan mental positif pada sampel remaja yang diteliti.

Perbedaan Dimensi *Well-Being* Berdasarkan Usia

Analisis varians satu arah (*one-way* ANOVA) diterapkan guna mengevaluasi perbedaan skor dimensi *well-being* pada enam kelompok usia, mulai dari 13 hingga 18 tahun. Pengujian ini bertujuan mendeteksi apakah kematangan usia kronologis berhubungan dengan peningkatan atau penurunan dimensi kesejahteraan mental. Nilai jumlah kuadrat (*sum of squares*), kuadrat tengah (*mean square*), serta nilai rasio F dihitung untuk setiap dimensi. Hasil ringkasan analisis varians antar-kelompok usia disajikan pada tabel di bawah ini.

Tabel 4. Hasil Analisis *One-Way* ANOVA Kesehatan Mental Berdasarkan Usia

Dimensi Kesejahteraan	Jumlah Kuadrat (SS)	Derajat Kebebasan (df)	Kuadrat Rerata (MS)	Nilai F	Nilai p	Keterangan Uji
Emotional Well-Being	10,741	5	2,148	1,434	0,212	Tidak Signifikan
Psychological Well-Being	11,541	5	2,308	1,663	0,144	Tidak Signifikan
Social Well-Being	12,861	5	2,572	1,999	0,079	Mendekati Signifikan
Total Kesehatan Mental	3,764	5	0,753	0,513	0,766	Tidak Signifikan

Tabel 4 memperlihatkan bahwa usia tidak memberikan efek pembeda yang signifikan terhadap skor total kesehatan mental ($F(5,258) = 0{,}513; p = 0{,}766$). Hasil pengujian dimensi *emotional well-being* ($p = 0{,}212$) dan *psychological well-being* ($p = 0{,}144$) juga menunjukkan nilai p yang melampaui batas ambang 0,05. Namun demikian, dimensi *social well-being* menunjukkan kecenderungan yang mendekati signifikansi statistik dengan nilai $F(5,258) = 1{,}999$ dan $p = 0{,}079$. Fenomena marjinal ini mengindikasikan adanya dinamika persepsi sosial yang bervariasi antar-kelompok usia.

Guna menelaah kecenderungan variasi skor tersebut secara deskriptif, dilakukan kalkulasi nilai rerata pada setiap rentang usia partisipan. Rerata skor dimensi disajikan untuk mengidentifikasi kelompok usia mana yang memiliki tingkat kesejahteraan tertinggi maupun terendah. Pola distribusi rerata skor dimensi *well-being* dan kesehatan mental disajikan pada tabel berikut.

Tabel 5. Rerata Skor Dimensi Kesejahteraan Mental Berdasarkan Kelompok Usia

Usia Partisipan	Frekuensi (n)	Rerata Emotional	Rerata Psychological	Rerata Social	Rerata Total	Kategori Kualitatif
13 tahun	4	4,25	3,25	4,25	3,75	Tinggi
14 tahun	7	4,43	3,71	3,86	3,85	Tinggi
15 tahun	23	4,26	4,30	4,61	4,26	Sangat Tinggi
16 tahun	47	3,77	3,75	3,79	3,63	Tinggi
17 tahun	66	4,35	4,21	4,27	4,16	Tinggi
18 tahun	117	4,22	4,13	4,09	3,97	Tinggi

Tabel 5 mendeskripsikan bahwa skor kesehatan mental tergolong tinggi pada hampir semua kelompok umur dengan rentang skor 3,63 hingga 4,26. Partisipan berusia 15 tahun mencatatkan rerata skor tertinggi pada dimensi *social well-being* ($M = 4{,}61$) serta total skor

Copyright (c) 2026 HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
https://doi.org/10.51878/healthy.v6i1.16398

HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
Vol. 6, No. 1, November-Januari 2027
e-ISSN : 2827-8070 | p-ISSN : 2827-8240
Online Journal System : https://jurnalp4i.com/index.php/healthy

kesehatan mental ($M = 4{,}26$). Sebaliknya, kelompok usia 16 tahun mencatatkan rerata skor terendah pada hampir semua dimensi, dengan skor total sebesar 3,63. Data ini menunjukkan tidak adanya kenaikan linear searah antara pertambahan usia kronologis dan tingkat kesehatan mental remaja.

Perbedaan Dimensi *Well-Being* Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan

Analisis *one-way* ANOVA selanjutnya dilakukan untuk menguji komparasi kesehatan mental ditinjau dari latar belakang jenjang pendidikan formal. Kategori pendidikan mencakup jenjang SD, SMP, dan SMA/SMK. Pengujian ini mengevaluasi apakah lingkungan jenjang sekolah berkontribusi terhadap perbedaan tingkat kesejahteraan psikologis. Rangkuman hasil uji varians antar-jenjang pendidikan disajikan pada tabel di bawah ini.

Tabel 6. Hasil Analisis *One-Way* ANOVA Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan

Dimensi Kesejahteraan	Jumlah Kuadrat (SS)	Derajat Kebebasan (df)	Kuadrat Rerata (MS)	Nilai F	Nilai p	Keterangan Uji
Emotional Well-Being	1,363	2	0,682	0,449	0,639	Tidak Signifikan
Psychological Well-Being	2,965	2	1,483	1,055	0,350	Tidak Signifikan
Social Well-Being	3,900	2	1,950	1,493	0,227	Tidak Signifikan
Total Kesehatan Mental	0,880	2	0,440	0,387	0,680	Tidak Signifikan

Berdasarkan paparan data pada Tabel 6, tidak ditemukan perbedaan yang signifikan secara statistik pada skor total kesehatan mental ($F(2{,}261) = 0{,}387; p = 0{,}680$). Hasil serupa tampak pada dimensi *emotional* ($p = 0{,}639$), *psychological* ($p = 0{,}350$), dan *social well-being* ($p = 0{,}227$). Seluruh nilai probabilitas berada jauh di atas taraf signifikansi 0,05, sehingga hipotesis perbedaan ditolak. Temuan inferensial ini memperkuat bukti bahwa jenjang pendidikan tidak menjadi prediktor langsung bagi status kesehatan mental siswa.

Penelusuran deskriptif dilakukan lebih lanjut untuk melihat profil perolehan skor rerata pada setiap jenjang pendidikan yang diuji. Deskripsi komparasi ini menyajikan sebaran skor di tengah ketimpangan jumlah responden antar-kelompok. Rincian rerata skor masing-masing dimensi berdasarkan jenjang pendidikan dipaparkan pada tabel berikut.

Tabel 7. Rerata Skor Kesehatan Mental Berdasarkan Latar Belakang Pendidikan

Jenjang Pendidikan	Frekuensi (n)	Rerata Emotional	Rerata Psychological	Rerata Social	Rerata Total	Kategori Kualitatif
SD/Sederajat	2	5,00	3,50	5,00	4,50	Sangat Tinggi
SMP/Sederajat	20	4,15	3,75	4,05	3,85	Tinggi
SMA/SMK	242	4,17	4,10	4,12	3,98	Tinggi

Tabel 7 mengilustrasikan bahwa skor rerata total kesehatan mental berada pada rentang kategori tinggi di seluruh jenjang sekolah (3,85 hingga 4,50). Kelompok siswa SD mencatatkan skor rerata tertinggi ($M = 4{,}50$), sementara kelompok SMP mencatatkan skor rerata terendah ($M = 3{,}85$). Namun demikian, tingginya rerata pada kelompok SD harus dimaknai secara sangat hati-hati karena jumlah sampel yang sangat kecil ($n = 2$). Oleh karena itu, estimasi nilai pada jenjang sekolah dasar belum dapat digeneralisasikan sebagai representasi populasi anak SD secara menyeluruh.

Copyright (c) 2026 HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
https://doi.org/10.51878/healthy.v6i1.16398

HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
Vol. 6, No. 1, November-Januari 2027
e-ISSN : 2827-8070 | p-ISSN : 2827-8240
Online Journal System : https://jurnalp4i.com/index.php/healthy

Pembahasan

Temuan utama penelitian ini menegaskan bahwa mayoritas remaja Indonesia berada pada kategori *moderate mental health* (66,67%), diikuti oleh kategori *flourishing* (32,20%), dan sebagian kecil pada kategori *languishing* (1,14%). Pola persebaran ini mengonfirmasi postulat teoritis Keyes (2005) bahwa sebagian besar populasi non-klinis menempati spektrum kesehatan mental moderat. Kondisi moderat mencerminkan individu yang berfungsi cukup baik dalam kehidupan sehari-hari, tetapi belum mencapai keberfungsian psikologis yang optimal. Keyes (2002) mengingatkan bahwa kelompok moderat rentan tergelincir ke dalam kondisi *languishing* apabila terpapar stresor psikososial berkepanjangan tanpa mekanisme koping yang adaptif. Fakta ini membuktikan bahwa intervensi promotif tidak boleh hanya ditujukan bagi kelompok yang telah terdiagnosis mengalami gangguan jiwa.

Tidak ditemukannya perbedaan yang signifikan antara remaja laki-laki dan perempuan pada skor total maupun dimensi kesejahteraan mental menjadi temuan yang menarik. Hasil ini berbeda dari kecenderungan riset di negara-negara Barat yang melaporkan bahwa remaja perempuan kerap mengalami tingkat *well-being* yang lebih rendah akibat kerentanan afektif (Deci & Ryan, 2008; Ryff & Keyes, 1995). Pada masyarakat Indonesia yang menjunjung nilai kebersamaan (*collectivistic culture*), dukungan sosial dari keluarga besar dan komunitas pertemanan cenderung dirasakan secara merata oleh kedua gender. Sistem kekerabatan yang erat berperan sebagai penyangga psikologis (*psychological buffer*) yang meredam tekanan emosional pada remaja perempuan maupun laki-laki. Kondisi ini menjelaskan mengapa disparitas gender dalam pencapaian kesejahteraan positif tidak termanifestasi secara nyata pada sampel penelitian ini.

Ditinjau dari faktor usia, dimensi *social well-being* menunjukkan kecenderungan perbedaan yang paling mendekati ambang signifikansi ($p = 0{,}079$). Partisipan berusia 15 tahun mencatatkan skor *social well-being* tertinggi ($M = 4{,}61$), sedangkan usia 16 tahun mencatatkan skor terendah ($M = 3{,}79$). Penurunan persepsi kesejahteraan sosial pada usia 16 tahun bertepatan dengan masa transisi kritis di mana remaja tengah menegosiasikan otonomi diri dan menghadapi tuntutan konformitas teman sebaya yang intens (Erikson, 1968; Steinberg, 2014). Fluktuasi ini sejalan dengan temuan Schotanus-Dijkstra et al. (2017) yang menyatakan bahwa integrasi sosial remaja sangat dinamis dan sensitif terhadap perubahan lingkungan pergaulan. Dinamika relasional tersebut membuktikan bahwa usia remaja madya memerlukan perhatian khusus dalam pembinaan kompetensi sosial di sekolah.

Analisis berdasarkan latar belakang pendidikan membuktikan bahwa jenjang sekolah tidak membedakan skor *psychological* maupun *social well-being* secara signifikan. Ketiadaan perbedaan ini dipengaruhi oleh ketimpangan distribusi sampel yang sangat dominan pada jenjang SMA/SMK (91,67%). Sedikitnya sampel pada tingkat SD ($n = 2$) dan SMP ($n = 20$) membatasi kekuatan daya uji statistik antar-kelompok jenjang. Meskipun demikian, temuan deskriptif memperlihatkan bahwa skor kesejahteraan siswa sekolah menengah tetap bertahan pada taraf yang cukup stabil. Penelitian lanjutan dengan proporsi sampel yang seimbang antar-jenjang diperlukan untuk mengonfirmasi stabilitas konstruk kesejahteraan ini secara komparatif.

Secara teoretis, temuan empiris ini memperkuat validitas kerangka kerja *dual-continuum model* bahwa ketiadaan simtom psikopatologi tidak identik dengan ketercapaian kondisi *flourishing* (Keyes, 2005). Informasi ini memberikan perspektif baru bagi data Kementerian Kesehatan RI (2026) yang menemukan prevalensi kecemasan dan depresi pada anak sekolah. Program penapisan kesehatan jiwa berskala nasional perlu dilengkapi dengan instrumen evaluasi kesehatan mental positif guna mengidentifikasi potensi protektif individu.

Copyright (c) 2026 HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
https://doi.org/10.51878/healthy.v6i1.16398

HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
Vol. 6, No. 1, November-Januari 2027
e-ISSN : 2827-8070 | p-ISSN : 2827-8240
Online Journal System : https://jurnalp4i.com/index.php/healthy

Pengukuran *well-being* yang terintegrasi memungkinkan pembuat kebijakan merancang intervensi yang seimbang antara kurasi gejala klinis dan promosi ketahanan mental(Bohlmeijer & Westerhof, 2021; Naghavi et al., 2021; OECD, 2023; Ruggeri et al., 2020). Dengan demikian, ekosistem pendidikan dapat diarahkan untuk mendorong kelompok remaja moderat bergerak menuju taraf *flourishing*. Pendekatan ini sejalan dengan temuan bahwa flourishing merupakan prevalensi tertinggi pada remaja usia 12–14 tahun, sementara kondisi moderat lebih dominan pada usia 15–18 tahun (Qonita & Suryaratri, 2025; Reinhardt et al., 2020; Rizzo & Góngora, 2022; Waigel & Lemos, 2023).

Penelitian ini memiliki sejumlah keterbatasan metodologis yang perlu dipertimbangkan dalam interpretasi hasil. Penggunaan teknik *convenience sampling* serta pemusatan sampel pada jenjang sekolah menengah kejuruan membatasi derajat representasi temuan terhadap populasi remaja Indonesia secara luas. Desain penelitian yang bersifat potong lintang (*cross-sectional*) juga tidak memungkinkan penarikan kesimpulan kausal mengenai perubahan status kesehatan mental dari waktu ke waktu. Selain itu, penelitian ini belum menyertakan variabel kontekstual eksternal seperti intensitas penggunaan media sosial, pola asuh orang tua, dan iklim sekolah yang relevan bagi kesejahteraan remaja (Valkenburg & Peter, 2011). Penelitian mendatang disarankan menggunakan teknik penarikan sampel acak berstrata (*stratified random sampling*) serta menerapkan desain longitudinal guna memetakan lintasan perkembangan kesehatan mental positif remaja secara berkesinambungan (Knowles et al., 2025; Luo et al., 2023; Sumargi & Giovanni, 2021).

KESIMPULAN

Penelitian ini memetakan kondisi kesehatan mental 264 remaja berusia 13 hingga 18 tahun di Indonesia menggunakan kerangka kerja *Mental Health Continuum–Short Form* (MHC-SF). Hasil analisis membuktikan bahwa mayoritas remaja berada pada kategori *moderate mental health* sebesar 66,67 persen, diikuti oleh kategori *flourishing* sebesar 32,20 persen, dan kategori *languishing* sebesar 1,14 persen. Karakteristik demografis jenis kelamin, usia, dan latar belakang pendidikan tidak terbukti menghasilkan perbedaan skor kesehatan mental yang signifikan secara statistik, kendati dimensi *social well-being* memperlihatkan kecenderungan variasi antar-kelompok usia. Temuan ini menegaskan keabsahan teori bahwa ketiadaan gangguan kejiwaan tidak serta-merta mencerminkan keberfungsian psikologis yang optimal pada diri remaja.

Implikasi praktis dari temuan ini menuntut pergeseran paradigma intervensi kesehatan jiwa di sekolah agar tidak hanya berfokus pada pendekatan kuratif terhadap simtom klinis. Lembaga pendidikan perlu merancang program psikoedukasi promotif yang universal, seperti pelatihan keterampilan hidup (*life skills*), manajemen stres, dan penguatan empati sosial guna membantu remaja dalam kategori moderat bertransformasi menuju kondisi *flourishing*. Keterbatasan riset ini terletak pada metode *convenience sampling* dan dominasi sampel jenjang kejuruan, sehingga generalisasi hasil masih terbatas. Bagi penelitian selanjutnya, disarankan menerapkan teknik penarikan sampel acak probabilitas lintas wilayah geografis serta mengintegrasikan metode longitudinal untuk menguji efektivitas program intervensi berbasis *well-being* di sekolah.

DAFTAR PUSTAKA

Antaramian, S. P., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Valois, R. F. (2010). A dual-factor model of mental health: Toward a more comprehensive understanding of youth functioning.

Copyright (c) 2026 HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
https://doi.org/10.51878/healthy.v6i1.16398

American Journal of Orthopsychiatry, *80*(4), 462–472. https://doi.org/10.1037/a0021196

Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2021). The model for sustainable mental health: Future directions for integrating positive psychology into mental health care. *Frontiers in Psychology*, *12*, Article 747999. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.747999

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, *9*(1), 1–11. https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.

International Test Commission. (2017). *The ITC guidelines for translating and adapting tests* (ed. ke-2). International Test Commission. https://www.intestcom.org

Kementerian Kesehatan RI. (2026, 9 Maret). *Alarm kesehatan mental anak: CKG temukan ratusan ribu anak bergejala cemas dan depresi*. Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik Kementerian Kesehatan RI. https://www.kemkes.go.id/id/alarm-kesehatan-mental-anak-ckg-temukan-ratusan-ribu-anak-bergejala-cemas-dan-depresi

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2), 207–222. https://doi.org/10.2307/3090197

Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(3), 539–548. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539

Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *15*(3), 181–192. https://doi.org/10.1002/cpp.572

Knowles, C., Thornton, E., Mills-Webb, K., Petersen, K. J., Marquez, J., Stojiljković, S., & Humphrey, N. (2025). Local landscapes, evolving minds: Mechanisms of neighbourhood influence on dual-state mental health trajectories in adolescence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *22*(6), Article 951. https://doi.org/10.3390/ijerph22060951

Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, *67*(1), 99–110. https://doi.org/10.1002/jclp.20741

Luo, Y., Ma, T., & Deng, Y. (2023). School climate and adolescents' prosocial behavior: The mediating role of perceived social support and resilience. *Frontiers in Psychology*, *14*, Article 1095566. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1095566

Naghavi, A., Teismann, T., Asgari, Z., Eizadifard, R., & Brailovskaia, J. (2021). Validation of the Persian version of the Positive Mental Health Scale. *BMC Psychiatry*, *21*(1), Article 472. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03487-6

OECD. (2023). *What is population mental health and why should we measure it?* OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/399c6a02-en

Qonita, A., & Suryaratri, R. D. (2025). The overview of differences in student well being flourishing among junior high school and senior high school student in Jabodetabek area. Dalam *Advances in Social Science, Education and Humanities Research* (hlm. 1325–1336). Atlantis Press. https://doi.org/10.2991/978-2-38476-360-3_113

Copyright (c) 2026 HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
https://doi.org/10.51878/healthy.v6i1.16398

Reinhardt, M., Horváth, Z., Morgan, A., & Kökönyei, G. (2020). Well-being profiles in adolescence: Psychometric properties and latent profile analysis of the mental health continuum model – a methodological study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(1), Article 95. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01332-0

Rizzo, I., & Góngora, V. (2022). Prevalencia del flourishing en adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*, *40*(2), 1213–1233. https://doi.org/10.18800/psico.202202.020

Rokhmah, D., Nafikadini, I., & Nofita, E. (2022). Risiko kesehatan mental pada pasien Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) di masyarakat: Literature review. *Jurnal Psikologi Sains dan Profesi*, *6*(3), 263–271. https://doi.org/10.24198/jpsp.v6i3.37928

Ruggeri, K., García-Garzón, E., Maguire, Á., Matz, S., & Huppert, F. A. (2020). Well-being is more than happiness and life satisfaction: A multidimensional analysis of 21 countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(1), Article 192. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01423-y

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*(4), 719–727. https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719

Schotanus-Dijkstra, M., Drossaert, C. H. C., Pieterse, M. E., Boon, B., Walburg, J. A., & Bohlmeijer, E. T. (2017). An early intervention to promote well-being and flourishing and reduce anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, *9*, 15–24. https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.06.003

Steinberg, L. (2014). *Adolescence* (ed. ke-10). McGraw-Hill Education.

Sumargi, A. M., & Giovanni, J. (2021). Strength-based parenting and well-being in adolescence [Strength-based parenting dan kesejahteraan remaja]. *ANIMA Indonesian Psychological Journal*, *36*(1), 1–25. https://doi.org/10.24123/aipj.v36i1.2788

Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2011). Online communication among adolescents: An integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *Journal of Adolescent Health*, *48*(2), 121–127. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.08.020

Waigel, N. C., & Lemos, V. (2023). A systematic review of adolescent flourishing. *Europe's Journal of Psychology*, *19*(1), 79–99. https://doi.org/10.5964/ejop.6831

World Health Organization & Ministry of Health Indonesia. (2023). *Global School-based Student Health Survey (GSHS) Indonesia (Java and Bali) 2023: Fact sheet*. World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/indonesia/2023_indonesia_(java_and_bali)_gshs_fact_sheet.pdf

World Health Organization. (2022, 17 Juni). *Mental health: Strengthening our response*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Yuliasari, H., & Pusvitasari, P. (2023). Mental health literacy ditinjau dari big five personality traits pada remaja di Yogyakarta. *Jurnal Psikologi Sains dan Profesi*, *7*(1), 1–12. https://doi.org/10.24198/jpsp.v7i1.37414

Copyright (c) 2026 HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan
https://doi.org/10.51878/healthy.v6i1.16398