

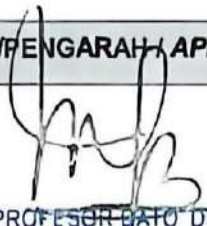
**KAJIAN CAMPURAN PERBANDINGAN PENILAIAN
TAHAP KESIHATAN MENTAL, FAKTOR PENENTU
DAN HALANGAN DALAM KALANGAN REMAJA
MIGRAN INDONESIA DI MALAYSIA
DAN NEGARA ASAL**



ASTA ADYANI

UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA

 UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA <i>The National University of Malaysia</i>	UKM-SPKPPP-PT(PdP)-05-AK04-BO07	No. Semakan: 02	Tarikh Kuat Kuasa: 27/01/2026
	BORANG DAN SENARAI SEMAK PENYERAHAN TESIS/DISERTASI SELEPAS PEMBETULAN FORM AND CHECKLIST OF AMENDED THESIS/DISSERTATION SUBMISSION		

F. KELULUSAN DEKAN/PENGARAH / APPROVAL FROM DEAN/DIRECTOR			
Tandatangan: Signature		Tarikh: 16/6/26 Date	
 PROFESOR DATO' DR MARINA MAT BAKI MD (UKM), MS ORL-HNS (UKM), PhD (UCL) Nama dan Cap Rasmi: Dekan Fakulti Perubatan Name and Official Stamp: Pakar Perunding Kanan ORL-HNS Universiti Kebangsaan Malaysia			
G. PERAKUAN TESIS/ DISERTASI SARJANA / DOKTOR FALSAFAH (CERTIFICATION OF MASTER'S / DOCTORAL THESIS / DISSERTATION)			
Nama penuh pengarang (Author's Full Name)		ASTA MOYANI	
No. Pendaftaran Pelajar (Student's Registration No.)		Sesi Akademik (Academic Session)	2/2018 2019
Tajuk Tesis / Disertasi (Thesis / Dissertation Title)		KAJIAN CAMPURAN PERBANDINGAN PENILAIAN TAHAP KESIHATAN MENTAL, FAKTOR PEHENTU DAN HALANGAN DALAM KALANGAN REMAJA MIGRAN INDONESIA DI MALAYSIA DAN NEGARA ASAL	
Semua tesis/disertasi dan penerbitan berkaitan hasil penyelidikan pelajar adalah tertakluk kepada Dasar Harta Intelek Universiti Kebangsaan Malaysia. All theses/ dissertations and publications relating to the research work of a student are subject to the Intellectual Property Policy of Universiti Kebangsaan Malaysia. Saya mengaku bahawa tahap akses tesis/disertasi ini sebagai (*Tandakan ✓ dalam kotak bagi maklumat yang berkaitan; tandakan satu (1) kotak di bawah sahaja): I hereby declare the level of access for this thesis/dissertation as follows (tick ✓ the relevant box below; tick only one option).			
Pilihan Tahap Akses Access Level Selection		Tafsiran Tahap Akses Tesis/Disertasi Definition of Thesis/Dissertation Access Level	
☐	RAHSIA (CONFIDENTIAL)	Mengandungi maklumat rahsia sepertimana yang diperuntukan bawah Akta Rahsia Rasmi 1972. Contains classified information as stipulated under the Official Secrets Act 1972.	
☐	TERHAD (RESTRICTED)	Mengandungi maklumat yang hanya boleh diakses oleh pihak yang mempunyai kebenaran atau keperluan tertentu untuk mengeluhinya yang ditentukan oleh organisasi/ badan di mana penyelidikan dijalankan. Contains information that may only be accessed by parties with specific authorization	

	UKM-SPKPPP-PT(PdP)-05-AK04-BO07	No. Semakan: 02	Tarikh Kuat Kuasa: 27/01/2026
	BORANG DAN SENARAI SEMAK PENYERAHAN TESIS/DISERTASI SELEPAS PEMBETULAN FORM AND CHECKLIST OF AMENDED THESIS/DISSERTATION SUBMISSION		

		or a defined need to know, as determined by the organization or body where the research is conducted.
☒	AKSES TERBUKA (OPEN ACCESS)	Tesis/disertasi versi akhir dalam format PDF yang boleh diakses secara percuma secara dalam talian dan bebas dari isu hak cipta dan pelesenan <i>The final version of the thesis/dissertation in PDF format that is freely accessible online and free from copyright and licensing issues.</i> Kementerian Pendidikan Tinggi melalui surat bertarikh 27 Mac 2025 memutuskan bahawa kebenaran akses tesis / disertasi dalam borang serahan akses terbuka ditentukan oleh penyelia (bukan pelajar). <i>The Ministry of Higher Education, through a letter dated 27 March 2025, has decided that permission for thesis / dissertation access in the open access submission form shall be determined by the supervisor (not the student).</i>
☐	EMBARGO	Tempoh masa di mana akses kepada tesis/disertasi disekat (ditutup) selama dua (2) tahun atas sebab-sebab tertentu sebagai contoh kerahsiaan atau hak cipta. Tesis/disertasi akan berstatus akses terbuka selepas tamat tempoh embargo. <i>The period during which access to the thesis/dissertation is restricted for two (2) years due to specific reasons, such as confidentiality or copyright. The thesis/dissertation will be granted open-access status upon the expiry of the embargo period.</i>

PENGESAHAN PELAJAR (STUDENT VERIFICATION)	PENGESAHAN PENYELIA (SUPERVISOR VERIFICATION)
 TANDATANGAN PELAJAR (STUDENT'S SIGNATURE)	 TANDATANGAN PENYELIA / PENERUSI JK SISWAZAH (SUPERVISOR'S / CHAIRPERSON SUPERVISION COMMITTEE SIGNATURE)
Nama Pelajar (Student name): ASTA ADYANI No. Pendaftaran Pelajar (Student's Registration No.) : P97228	Nama Penyelia /Pengerusi JK Siswazah : (Supervisor's / Chairperson Supervision Committee Name) PROF. DR. ROSNAH SUTAN
Tarikh: 28hb Mei 2026 (Date)	Tarikh: 29hb Mei 2026 (Date)

KAJIAN CAMPURAN PERBANDINGAN PENILAIAN TAHAP KESIHATAN
MENTAL, FAKTOR PENENTU DAN, HALANGAN DALAM KALANGAN
REMAJA MIGRAN INDONESIA DI MALAYSIA DAN NEGARA ASAL

ASTA ADYANI

TESIS YANG DIKEMUKAKAN UNTUK MEMPEROLEH IJAZAH
DOKTOR FALSAFAH (KESIHATAN MASYARAKAT)



FAKULTI PERUBATAN
UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA
KUALA LUMPUR

2026

PENGAKUAN

Saya akui karya ini adalah hasil kerja saya sendiri kecuali nukilan dan ringkasan yang tiap-tiap satunya telah saya jelaskan sumbernya.

29hb Mei 2026

ASTA ADYANI
P97228



PENGHARGAAN

Alhamdulillah segala puji bagi Allah S.W.T yang memberikan banyak sekali limpahan rahmat dan hidayah sehingga tesis ini dapat diselesaikan. Selawat serta salam sentiasa dicurahkan ke atas junjungan Nabi Muhammad S.A.W, keluarga dan sekalian sahabatnya. Pertama kali, penulis mengucapkan jazakillahu khairan katsiran, kepada Prof Dr. Rosnah Sutan selaku Penyelia Utama yang tidak pernah bosan memberikan sokongan dan motivasi pada saya agar selalu bersemangat untuk segera menyelesaikan pengajian Program Doktor Falsafah (PhD) serta sabar dalam menyemak tesis ini.

Terima kasih penulis ucapkan kepada Prof Madya Dr. Roszita Ibrahim selaku Penyelia Bersama yang tidak pernah bosan memberikan sokongan dan motivasi pada saya agar selalu berjuang untuk segera menyelesaikan pengajian Program Doktor Falsafah (PhD) serta sabar dalam menyemak tesis ini. Terima kasih penulis ucapkan kepada Dr. Nur Mukarromah., S.KM., M. Kes selaku Penyelia Bersama sekaligus sebagai Wakil Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya, Indonesia yang tidak pernah bosan memberikan sokongan dan motivasi pada saya agar selalu berjuang untuk segera menyelesaikan pengajian Program Doktor Falsafah (PhD) serta sabar dalam menyemak tesis ini.

Terima kasih juga kepada semua Pensyarah, Penyelaras program PhD serta Ketua di Jabatan Perubatan Kesihatan Awam (JPKA), Prof Dr Rozita Hod atas dorongan yang diberikan. Semoga amal baik mereka diterima oleh Allah S.W.T. Rakaman terima kasih juga kepada staf JPKA yang penuh komitmen membantu segala keperluan dalam melengkapkan pengajian. Terima kasih pada pihak KBRI Kuala Lumpur, KJRI Johor Bahru dan Pulau Pinang yang telah memberikan kerjasama untuk mengambil data kajian ini. Tidak dilupakan juga untuk mengucapkan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada para Remaja Indonesia di Malaysia atas penyertaan dalam kajian ini dengan memberikan respons dan pendapatnya. Terima kasih juga saya ucapkan pada semua pensyarah dan rakan, program sarjana kebidanan dan pendidikan profesi dan prodi lain di fakultas ilmu kesihatan Universitas Muhammadiyah Surabaya yang penuh kesabaran memberikan semangat untuk menyelesaikan tesis ini. Terima kasih juga saya ucapkan pada sahabat PhD di JPKA terutama dalam kumpulan dibawah bimbingan Prof. Dr. Rosnah Sutan yang saling memberikan sokongan baik diskusi keilmuan ataupun hubungan kekeluargaan. Terima kasih yang tak terhingga saya ucapkan kepada teman teman Sarjana dan PhD di kampus Bangi dengan segala kenangan manis, memberikan bantuan semasa keberadaan di Kampus UKM Bangi, Kepada staf pengurusan Administrasi Kampus (pengurusan Pasport dan Visa). Semoga Allah membalasnya dengan banyak kebaikan.

Akhirnya, ucapan terima kasih dan penghargaan setingginya kepada Allahyarham ayahanda tercinta Handoyo dan Ibunda dan kepada seluruh saudaraku yang telah memberikan sokongan, do'a dan semangat kepada saya untuk melanjutkan pengajian ke tingkatan yang lebih tinggi. Juga buat anakku tercinta Khansa Balqis Khalila, yang sabar memberikan haknya untuk diperhatikan agar ibundanya selesai melengkapkan pengajian PhD. Semoga Allah S.W.T membalasnya dengan kebaikan di dunia dan akhirat. Jazakumullah Khairon

ABSTRAK

Kajian kesihatan mental dalam kalangan remaja migran masih terhad walaupun kadar migrasi terus meningkat, khususnya ke bandar utama negara maju yang menawarkan peluang pendidikan dan pekerjaan yang lebih baik. Namun demikian, proses migrasi turut mendedahkan remaja kepada pelbagai cabaran psikososial yang boleh menjejaskan kesihatan mental mereka. Kajian ini bertujuan menilai tahap kesihatan mental, faktor penentu dan hambatan dalam kalangan remaja migran Indonesia di Malaysia berbanding remaja non-migran di Indonesia. Kajian menggunakan reka bentuk kaedah campuran berturutan eksploratori yang menggabungkan temu bual mendalam dan kajian perbandingan keratan rentas. Peserta terdiri daripada remaja berumur 12–19 tahun di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (SIKL) dan empat sekolah menengah atas terpilih di Surabaya, Indonesia. Temu bual dijalankan bersama guru kaunselor SIKL bagi mengenal pasti isu utama yang dihadapi remaja dan membentuk konstruk soal selidik kajian kuantitatif. Tahap kesihatan mental diukur menggunakan *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) versi Bahasa Indonesia yang telah divalidasi. Dapatan kualitatif mengenal pasti lima tema utama, iaitu akses kepada sokongan sekolah dan perkhidmatan kesihatan, sokongan ibu bapa, sokongan rakan sebaya, tempoh keberadaan di sekolah, interaksi sosial dan tingkah laku berisiko. Kajian kuantitatif menunjukkan majoriti responden berumur 16–19 tahun dan beragama Islam. Remaja migran mencatat prevalens yang lebih tinggi bagi simptom emosi (64.6% berbanding 45.0%), masalah perilaku (81.6% berbanding 32.5%), hiperaktiviti (45.6% berbanding 36.1%) dan tingkah laku prososial (91.1% berbanding 88.0%). Sebaliknya, remaja non-migran menunjukkan prevalens lebih tinggi bagi masalah rakan sebaya (27.2% berbanding 6.3%) dan jumlah kesulitan keseluruhan (55.5% berbanding 36.7%). Analisis multivariat menunjukkan faktor jantina, agama, efikasi sendiri dan pengalaman keganasan berkait signifikan dengan beberapa domain kesihatan mental dalam kalangan non-migran. Bagi migran, sokongan rakan sebaya dan interaksi sosial merupakan faktor utama yang mempengaruhi masalah perilaku, hiperaktiviti dan hubungan rakan sebaya. Secara keseluruhannya, majoriti remaja migran mempunyai tahap kesihatan mental yang normal serta sokongan sosial yang baik. Kajian ini mencadangkan pembangunan intervensi dan dasar yang lebih inklusif, sensitif budaya dan responsif terhadap keperluan kesihatan mental remaja migran dan non-migran di Indonesia.

Kata Kunci : Kesihatan Mental, Remaja Migran, Tingkah Laku Berisiko, Tingkah Laku Kesihatan.

A COMPARATIVE MIXED STUDY ON ASSESSMENT OF MENTAL HEALTH LEVELS, DETERMINANTS, AND BARRIERS AMONG INDONESIA'S MIGRANT ADOLESCENTS IN MALAYSIA AND HOME COUNTRY

ABSTRACT

Mental health studies among migrant adolescents are still limited despite the increasing migration rates, particularly to major cities in developed countries that offer better educational and job opportunities. However, the migration process also exposes adolescents to various psychosocial challenges that can affect their mental health. This study aims to assess the level of mental health, determining factors, and barriers among Indonesian migrant adolescents in Malaysia compared to non-migrant adolescents in Indonesia. The study employs an exploratory sequential mixed-methods design that combines in-depth interviews and cross-sectional comparative studies. Participants consisted of adolescents aged 12–19 years at the Indonesian School of Kuala Lumpur (SIKL) and four selected high schools in Surabaya, Indonesia. Interviews were conducted with the school counselor at SIKL to identify the main issues faced by teenagers and to develop the construct of the quantitative research questionnaire. The level of mental health was measured using the validated Indonesian version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Qualitative findings identified five main themes, namely access to school support and health services, parental support, peer support, duration of school attendance, social interaction, and risky behavior. The quantitative study shows that the majority of respondents are aged 16–19 years and are Muslim. Migrant adolescents recorded a higher prevalence of emotional symptoms (64.6% compared to 45.0%), behavioral problems (81.6% compared to 32.5%), hyperactivity (45.6% compared to 36.1%), and prosocial behavior (91.1% compared to 88.0%). On the other hand, non-migrant adolescents showed a higher prevalence of peer problems (27.2% compared to 6.3%) and overall total difficulties (55.5% compared to 36.7%). Multivariate analysis shows that gender, religion, self-efficacy, and experiences of violence are significantly related to several domains of mental health among non-migrants. For migrants, peer support and social interaction are the main factors influencing behavioral problems, hyperactivity, and peer relationships. Overall, the majority of migrant adolescents have normal mental health levels and good social support. This study suggests the development of more inclusive, culturally sensitive, and responsive interventions and policies for the mental health needs of migrant and non-migrant adolescents in Indonesia.

Keywords : Mental Health, Adolescents Migrant , Risky Behaviors, Health Behaviors.

KANDUNGAN

	Halaman
PENGAKUAN	ii
PENGHARGAAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	vi
KANDUNGAN	viii
SENARAI JADUAL	xiv
SENARAI ILUSTRASI	xviii
SENARAI SINGKATAN	xiv
 BAB I	
PENDAHULUAN	
1.1 Pengenalan	1
1.2 Remaja di Indonesia	3
1.3 Remaja Migran Indonesia di Malaysia	5
1.4 Pernyataan Masalah	7
1.5 Justifikasi Kajian	9
1.6 Persoalan Kajian	10
1.7 Kepentingan Kajian	11
1.8 Objektif Kajian	12
1.8.1 Objektif Umum	12
1.8.2 Objektif Khusus	12
1.9 Hipotesis Kajian	12
1.10 Kesimpulan	13

13BAB II KAJIAN KEPUSTAKAAN

2.1	Pengenalan	14
2.2	Kesihatan Mental Remaja Dunia	14
2.2.1	Kejadian Kesihatan Mental Remaja	16
2.2.2	Kejadian Kesihatan Mental Remaja di Eropah	17
2.2.3	Kejadian Kesihatan Mental Remaja di Asia dan Afrika	20
2.2.4	Kejadian Kesihatan Mental Remaja Indonesia	21
2.2.5	Kejadian Kesihatan Mental Remaja di Malaysia	23
2.3	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesihatan Mental Remaja	37
2.3.1	Sosioekonom	37
2.3.2	Pendidikan Keluarga	38
2.3.3	Kesihatan Keluarga	39
2.3.4	Sokongan Keluarga	39
2.3.5	Prasarana untuk Remaja	40
2.3.6	Polisi Imigrasi	40
2.3.7	Tahap Tingkah Laku Mendapatkan Maklumat Kesihatan Mental Keusahaan Mencapai dan Mempraktis oleh Keluarga dan Remaja	41
2.3.8	Hambatan dalam Memperoleh Pelayanan Kesihatan Mental	41
2.4	Penghijrahan atau Migrasi	42
2.5	2.4.1 Alasan Penghijrahan	43
	2.4.2 Jenis Pekerjaan Pekerja Asing dan Negara Tujuan	43
	2.4.3 Risiko Kesihatan Pekerja Asing dan Keluarga	43
2.5	Pendekatan Teori dalam Kajian	44
2.5.1	Model Kepercayaan Kesihatan (Health Belief Model)	44
2.5.2	Model Biopsikologi dalam Kesihatan Mental	45
2.5.3	Model Tingkah Laku Gelberg-Andersen	46
2.5.4	Jurang dalam Kesihatan Mental Remaja	47
2.6	Kerangka Teori Kesihatan Mental Remaja	48
2.7	Kerangka Konsep Kajian	49
2.8	Kesimpulan	52

BAB III METODOLOGI PENYELIDIKAN

3.1	Pengenalan	53
3.2	Latar Belakang Lokasi Kajian	53
3.2.1	Tempat Kajian	55
3.3	Reka Bentuk Kajian	56
3.4	Fasa Pertama Kajian Kualitatif	57
3.4.1	Tempat dan Jangka Masa	57
3.4.2	Sampel Populasi	57
3.4.3	Sampel Kajian	57
3.4.4	Klasifikasi Pembolehubah	58
3.4.5	Pengumpulan Data	59
3.4.6	Kriteria Kemasukan dan Pengecualian	59
3.4.7	Alat Kajian	59
3.4.8	Analisa Data dan Interpretasi Data	60
3.4.9	Pra Uji/Kajian Rintis	61
3.4.10	Carta Aliran Penyelidikan Kualitatif	61
3.4.11	Prinsip dan Strategi untuk Mengekalkan Kepercayaan Data Kualitatif dan Penemuan	62
3.5	Fasa Kedua Kuantitatif	63
3.5.1	Rekabentuk Kajian Kuantitatif	63
3.5.2	Populasi Sasaran	64
3.5.3	Pengiraan Saiz Sampel	64
3.5.4	Teknik Pensampelan	67
3.5.5	Pemboleh Ubah Bersandar dan Tidak Bersandar	68
3.5.6	Alat Kajian/ Penilaian	71
3.5.7	Definisi Operasi	77
3.6	Pertimbangan Etika	87
3.7	Carta Aliran Penyelidikan	89
3.7.1	Carta Alir Kajian Kuantitatif	90
3.7.2	Carta Alir Reka Bentuk Integrasi	91
3.7.3	Gabungan (Integrasi) Pengumpulan Data Terpadu	92
3.8	Kesimpulan	95

BAB IV	DAPATAN KAJIAN	
4.1	Pengenalan	96
4.2	Tujuan Kajian Kualitatif Dan Kuantitatif	96
4.3	Kajian Fasa Satu: Kualitatif	98
4.3.1	Perihal Peserta kajian Fasa 1	98
4.3.2	Hasil Pengkodan Temu Bual Kualitatif	99
4.3.3	Tujuan dan dasar polisi pendirian Sekolah Indonesia Kuala Lumpur	102
4.3.4	Kurikulum pembelajaran dan pengembangannya	102
4.3.5	Hambatan	104
4.3.6	Saranan Belajar di SIKL dan Luar SIKL	105
4.3.7	Saranan Kesihatan Fizikal dan Kesihatan Mental di SIKL	107
4.3.8	Usaha Sekolah	108
4.3.9	Penyelenggaraan Program Kesiswaan	111
4.3.10	Kerjasama dengan agensi kerajaan tempatan	112
4.3.11	Usaha yang Perlu Dioptimakan	113
4.3.12	Tema Faktor Penentu dan Usaha Mengatasi Kesihatan Mental oleh Pelajar	114
4.4	Kajian Fasa 2 : Kajian Kuantitatif	122
4.4.1	Pengenalan	122
4.4.2	Analisis Deskriptif Responden	122
4.4.3	Analisis Statistik Bivariat	132
4.4.4	Analisis Multivariat Menggunakan Regresi Logistik Berganda	144
4.5	Integrasi Penemuan Analisa yang Digunakan Untuk Paparan Gabungan	161
4.6	Kesimpulan	
BAB V	PERBINCANGAN	
5.1	Pengenalan	178
5.2	Meneroka Pengalaman Kesihatan Mental Remaja	179
5.3	Menilai Tahap Kesihatan Mental, Tahap Perilaku Kesihatan, Tahap Keyakinan Diri, Tahap Sokongan Sosial, dan Tahap Interaksi Sosial	182
5.3.1	Menilai Domain SDQ (tahap kesihatan mental mengikut domain)	182
5.3.2	Menilai Tahap Perilaku Kesihatan	184

5.3.3	Menilai Tahap Perilaku Berisiko	185
5.3.4	Menilai Tahap Keyakinan Diri	188
5.3.5	Menilai Tahap Sokongan Persekitaran Luar	188
5.3.6	Menilai Keterhubungan antara Pembolehubah Tidak Bersandar dan Domain SDQ	192
5.3.7	Penentuan faktor peramal	207
5.4	Integrasi Hasil dapatan Kajian Kualitatif Ke Atas Penemuan Kuantitatif	211
5.5	Kekuatan Kajian	214
5.6	Limitasi Kajian	214
5.7	Kesimpulan	215

BAB VI RUMUSAN DAN CADANGAN

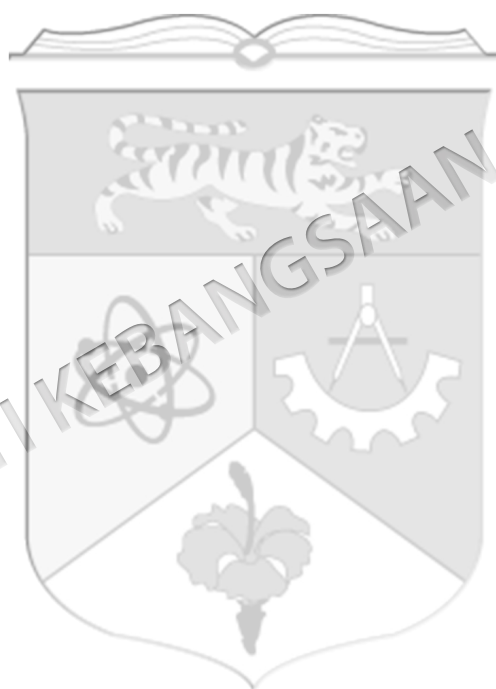
6.1	Pengenalan	216
6.2	Rumusan Kajian	216
6.2.1	Isu Utama dan Cabaran Tekanan Akademik dan Peribadi	218
6.2.2	Sokongan dan Persekitaran Sokongan Sosial	218
6.2.3	Harapan dan Refleksi Remaja	219
6.3	Cadangan	219
6.3.1	Cadangan kepada Pemegang Kebijakan Penyelenggara Pendidikan LN	219
6.3.2	Cadangan kepada Jawatan Imigresen Indonesia dan Malaysia	219
6.3.3	Cadangan kepada Kedutaan Indonesia Bidang Kesihatan	219
6.4	Kesimpulan	222

RUJUKAN 224

LAMPIRAN

Lampiran A	Surat Kelulusan Etika Penyelidikan	230
Lampiran B	Surat Kelulusan dari Sekolah di Malaysia dan Indonesia	233

Lampiran C	Borang Soal Selidik Kuantitatif	234
Lampiran D	Senarai Persoalan untuk Kajian Kualitatif	261
Lampiran E	Maklumat Penyelidikan untuk Ibu Bapa Kuantitatif dan Kualitatif	263
Lampiran F	Gambar yang Diambil Semasa Pengumpulan Data Dengan Izin	270
Lampiran G	Senarai Manuskrip, Jurnal dan Status	272
Lampiran H	Sijil Pembentangan dan Prosiding Abstrak	273



SENARAI JADUAL

No.Jadual		Halaman
Jadual 2.1	Semakan kajian lepas berkaitan kesihatan mental remaja	25
Jadual 3.1	Taburan sasaran peserta untuk penggalan informasi mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian kesihatan mental remaja imigran Indonesia	58
Jadual 3.2	Kemasukan dan Penolakan	59
Jadual 3.3	Prinsip dan strategi untuk mengekalkan kepercayaan data kualitatif dan penemuan	62
Jadual 3.4	Kriteria Kemasukan dan Penolakan	64
Jadual 3.5	Pengiraan sampel kajian kuantitatif berdasarkan objektif kajian	65
Jadual 3.6	Nilai Kebolehpercayaan Instrumen Kajian sedia ada untuk digunakan	74
Jadual 3.7	Analisa kesahan kandungan berdasarkan skop borang soal selidik kajian oleh pakar	75
Jadual 3.8	Definisi operasi	77
Jadual 3.9	Hospital rujukan kes saringan kesihatan mental	88
Jadual 3.10	Paparan Gabungan Pengumpulan Data Terpadu dalam Reka Bentuk Penyelidikan Eksploratori Berurutan Kaedah Campuran	92
Jadual 4.1	Taburan profail penyertaan guru	98
Jadual 4.2	Perihalan profail RMI dan Non RMI	98
Jadual 4.3	Pertanyaan Kajian dalam Temu Bual Guru Skop perincian persoalan kajian	100
Jadual 4.4	Tema Hasil temu bual Guru Sekolah Indonesia Kuala Lumpur	101
Jadual 4.5	Analisis Tematik Hasil Temubual dengan Remaja	114

Jadual 4.6	Taburan Sociodemografi Remaja Migran Indonesia (RMI) dan Non Remaja Migran Indonesia	124
Jadual 4.7	Taburan Perbezaan Tahap Kesihatan Mental Mengikut Domain pada Remaja Migran Indonesia (RMI) dan Non Remaja Migran Indonesia (Non RMI)	126
Jadual 4.8	Nilai min, median, sisihan piawaian bagi domain SDQ antara Remaja Migran Indonesia (RMI) dan Non Remaja Migran Indonesia (Non RMI)	128
Jadual 4.9	Hubungan korelasi antara domain SDQ	129
Jadual 4.10	Perilaku kesihatan dan perilaku berisiko diantara remaja migran Indonesia (RMI) dan non migran Indonesia (Non RMI)	130
Jadual 4.11	Keyakinan Diri dan Sokongan bagi RMI dan Non-RMI	132
Jadual 4.12	Hubungan Regresi Logistik antara faktor pembolehubah dan tahap kesihatan mental domain simptom emosional dalam kalangan Remaja Migran Indonesia (RMI) (N : 79)	133
Jadual 4.13	Hubungan antara faktor pembolehubah dan tahap kesihatan mental domain simptom emosional dalam kalangan Non Remaja Migran Indonesia (Non-RMI) (n=191)	134
Jadual 4.14	Hubungan antara faktor dan tahap kesihatan mental domain masalah perilaku dalam kalangan Remaja Migran Indonesia (RMI) (n=79)	135
Jadual 4.15	Hubungan antara faktor dan tahap kesihatan mental domain masalah perilaku dalam kalangan Non-Remaja Migran Indonesia (Non-RMI) (n=191)	136
Jadual 4.16	Hubungan antara faktor pembolehubah dan tahap kesihatan mental domain hiperaktif dalam kalangan Remaja Migran Indonesia (RMI) (n=79)	137
Jadual 4.17	Hubungan antara faktor dan tahap kesihatan mental domain hiperaktif dalam kalangan Non Remaja Migran Indonesia (Non- RMI) (n=191)	137
Jadual 4.18	Hubungan antara faktor pembolehubah dan tahap kesihatan mental domain masalah perhubungan dengan rakan sebaya dalam kalangan Remaja Migran Indonesia (RMI) (n=79)	138

Jadual 4.19	Hubungan antara faktor pembolehubah dan dan tahap kesihatan mental domain masalah perhubungan dengan rakan sebaya dalam kalangan Non Remaja Migran Indonesia (Non-RMI) (n=191)	139
Jadual 4.20	Hubungan antara faktor pembolehubah dan tahap kesihatan mental domain kesulitan dalam kalangan Remaja Migran Indonesia (RMI) (n=79)	140
Jadual 4.21	Hubungan antara faktor dan tahap kesihatan mental domain kesulitan dalam kalangan Non Remaja Migran Indonesia (Non-RMI) (n=191)	141
Jadual 4.22	Hubungan antara faktor pembolehubah dan tahap kesihatan mental domain prososial (Kekuatan) dalam kalangan RMI (n=79)	142
Jadual 4.23	Hubungan antara faktor dan tahap kesihatan mental domain prososial (Kekuatan) dalam kalangan Non Remaja Migran Indonesia (Non-RMI) (n=191)	143
Jadual 4.24	Pemilihan Variabel tidak bersandar terhadap Emosional Non RMI	146
Jadual 4.25	Ujian Regresi faktor jantina, keyakinan diri, dukungan rakan, dukungan keluarga dan interaksi sosial terhadap Emosional dalam kalangan Non RMI	147
Jadual 4.26	Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain emosional kalangan RMI (n=79)	148
Jadual 4.27	Faktor Keyakinan Diri terhadap domain Emosional dalam kalanga RMI (n=79)	148
Jadual 4.28	Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain masalah perilaku dalam kalangan RMI (n=79)	149
Jadual 4.29	Faktor Keyakinan Diri terhadap domain masalah perilaku dalam kalangan RMI (n=79)	150
Jadual 4.30	Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain masalah perilaku dalam kalangan Non RMI (n=191)	150
Jadual 4.31	Ujian regresi terhadap domain masalah perilaku kalangan Non RMI (n=191)	151
Jadual 4.32	Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain Hiperaktiviti dalam kalangan RMI (n=191)	152

Jadual 4.33	Ujian regresi variabel tidak bersandar terhadap domain hiperaktiviti kalangan Non RMI (n=191)	153
Jadual 4.34	Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain Hiperaktiviti kalangan Non RMI (n=191)	153
Jadual 4.35	Ujian regresi terhadap domain hiperaktiviti kalangan Non RMI (n=79)	154
Jadual 4.36	Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain masalah rakan RMI (n=79)	154
Jadual 4.37	Ujian regresi logistik berganda faktor terhadap masalah rakan pada RMI (n=79)	155
Jadual 4.38	Pemilihan Variabel tidak bersandar terhadap domain Masalah rakan kalangan Non RMI (n=191)	156
Jadual 4.39	Ujian regresi Variabel tidak bersandar terhadap masalah rakan kalangan Non RMI (n=191)	156
Jadual 4.40	Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain Prososial kalangan RMI (n=79)	157
Jadual 4.41	Ujian Regresi Logistik Berganda Variabel tidak bersandar terhadap domain prososial dalam kalangan RMI (n=79)	158
Jadual 4.42	Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain Prososial kalangan Non RMI (n=191)	158
Jadual 4.43	Analisis multivariat antara faktor pembolehubah (sosiodemografi, tingkah laku kesihatan, tingkah laku risiko, sokongan sosial) dan kesihatan mental (mengikut domain)	160
Jadual 4.44	Paparan Bersama Hasil Pengumpulan Data Terintegrasi dalam Reka Bentuk Penyelidikan Kaedah Campuran Sequential Eksploratori oleh Howell Smith et al (2020)	164

SENARAI ILUSTRASI

No. Rajah		Halaman
Rajah 2.1	<i>Health Belief Model</i>	44
Rajah 2.2	<i>Gelberg Anderson Behaviour Model</i>	46
Rajah 2.3	<i>Triadic Model on Mental Health</i> : diadaptasi dari (1) <i>Erichson theory of Pshicososial Development</i> , (2) <i>Bronfenbreneur "Ecological Theory"</i> (3) <i>Lazarus Theory "stress coping theory"</i>	49
Rajah 2.4	Kerangka konsep diadaptasi dari pelbagai teori kerangka kajian lepas Bandura et al 1997 (Duinhof et al (2019); Maehler, et al (2019),. Patel, et al (2016)	50
Rajah 3.1	Peta Taburan Remaja di Sekolah Indonesia di Malaysia	54
Rajah 3.2	Carta alir kajian kualitatif	62
Rajah 3.3	Kiraan Saiz Sampel menggunakan Raosoft	66
Rajah 3.4	Kiraan Jumlah Sampel mnggunakan <i>Sample Size Calculator</i>	67
Rajah 3.5	Carta Alir Pembangunan Kesahan Borang Soal Selidik	72
Rajah 3.6	Pembangunan soal selidik dan Kesahan Konstruk	73
Rajah 3.7	Carta alir kajian kuantitatif	90
Rajah 3.8	Carta Alir Reka Bentuk Integrasi	91
Rajah 3.9	Tahapan Analisis Tahap Penentu	145
Rajah 4.1	Integrasi Data dalam Reka Bentuk Penyelidikan Kaedah Campuran Berurutan Eksploratori	162

SENARAI SINGKATAN

ADik-TKI	Afirmasi Pendidikan Tinggi (ADik) untuk anak Pekerja Migran Indonesia (TKI) Pengukuhan Pendidikan untuk Pekerja Indonesia
CI	<i>Confidence interval</i>
CLC	Pusat Pembelajaran Komuniti
DALYS	<i>Disability-Adjusted Life Years</i>
NCD	Penyakit Tidak Berjangkit
Non RMI	Remaja Migran Indonesia
OR	<i>Odds Ratio</i>
PKBM	Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat
PTSS	Sindrom Stres Pos Trauma
RMI	Remaja Migran Indonesia
SDG	Matlamat Pembangunan Mampan
SIKL	Sekolah Indonesia Kuala Lumpur
SILN	Sekolah Indonesia Luar Negara
SK	Selang keyakinan
SMA	Sekolah Menengah Atas
UNICEF	<i>United Nations Agency for Children</i>
WHO	Pertubuhan Kesihatan Sedunia
OR	<i>Odds Ratio</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 PENGENALAN

Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO) melaporkan peningkatan dalam laporan masalah kesihatan mental di seluruh dunia dan di sepanjang usia (WHO 2024). Terdapat keperluan untuk mencapai tujuan pembangunan global, menurut Pertubuhan Kesihatan dan Pembangunan (WHO) (SDG 2018). Masalah dan penyakit kesihatan mental, yang sebelum ini dianggap sebagai penyakit tidak berjangkit, kini menjadi isu kepada penjagaan kesihatan awam. Individu yang mempunyai masalah kesihatan mental yang serius dijangka meninggal dunia dua puluh tahun lebih awal. Laporan menunjukkan orang yang berisiko untuk mengalami masalah kesihatan mental sering menghadapi dilema stigma dan diskriminasi apabila berada di negara-negara yang mereka berhijrah (WHO 2017).

Di seluruh dunia, seramai 10–20 peratus kanak-kanak dan remaja dilaporkan mengalami gangguan jiwa. Selain itu, separuh daripada semua penyakit mental dilaporkan berlaku dalam kalangan remaja berusia 14 hingga 19 tahun (WHO 2018). Risiko masalah dalam perkembangan remaja disebabkan oleh penyakit neuropsikiatri wujud tetapi tidak disedari. Jika ia tidak ditangani, keadaan ini akan mempunyai kesan yang ketara terhadap perkembangan kanak-kanak, pencapaian akademik mereka, dan potensi mereka untuk menjalani kehidupan yang memuaskan dan produktif untuk masa depan mereka.

Remaja yang mengalami gangguan mental sering menghadapi cabaran besar, termasuk stigma, isolasi, diskriminasi, dan kekurangan akses kepada pendidikan dan penjagaan kesihatan. Hak asasi mereka dilecehkan jika mereka menghalang akses

kepada pendidikan dan fasiliti perubatan (WHO 2017). Remaja berumur 10 hingga 19 tahun adalah tempoh penting dalam proses perkembangan fizikal, sosial, emosi dan mental. Perkembangan ini adalah penting untuk kesihatan dan kesejahteraan masa depan.

Persekitaran yang menyokong dalam keluarga, sekolah dan komuniti membolehkan remaja mengekalkan tahap kesejahteraan hidup yang baik. Walau bagaimanapun, remaja juga berdepan dengan masalah kerentanan untuk permulaan menangani keperluan hidup yang mana mendorong ke arah tekanan kepada kesihatan mental. Laporan Pertubuhan Kesihatan Sedunia melaporkan separuh daripada kes masalah tekanan kesihatan mental yang direkodkan mula dikesan berlaku pada usia 14 tahun (WHO 2018).

Bebanan tekanan kesihatan mental semakin meningkat dengan ketara secara global dalam kalangan remaja. Kemurungan adalah punca utama penyakit dan morbiditi dalam kalangan remaja. Di peringkat global, bunuh diri adalah punca kematian ketiga utama dalam kalangan kanak-kanak berumur 15-19 tahun, dengan anggaran 53,000 kematian bunuh diri pada 2016 (WHO 2018). Manakala bunuh diri adalah punca kematian kedua utama bagi kanak-kanak perempuan dalam kumpulan umur 15-19 tahun. Risiko masalah kesihatan mental remaja termasuk kemiskinan, keganasan, penghijrahan paksa, penyalahgunaan dadah, penyakit kronik, kurang kemahiran keibubapaan, buli, keganasan seksual, kehamilan atau perkahwinan awal secara paksaan, kumpulan minoriti atau diskriminasi terhadap status (WHO 2018). Kesihatan mental yang teruk boleh memberikan kesan buruk pada kesihatan dan perkembangan remaja yang dikaitkan dengan kecenderungan untuk terlibat dengan masalah sosial seperti penggunaan alkohol yang lebih tinggi, penggunaan tembakau dan bahan terlarang, kehamilan remaja, berhenti sekolah dan tingkah laku devian. Penjagaan kesihatan dalam lingkungan dengan kemahiran keibubapaan yang baik dari semasa anak kecil dan remaja menunjukkan perkembangan sihat dan tahap kesihatan mental yang baik serta mencegah masalah kesihatan tingkahlaku (WHO 2017).

Sejumlah kajian melaporkan bahawa migrasi adalah faktor risiko tinggi untuk masalah kesihatan mental (IOM 2019). Terdapat perbezaan yang signifikan dalam

kejadian gangguan kesihatan mental antara kanak-kanak dan remaja yang mengalami migrasi (Maria Teresa et al. 2019). Masalah kesihatan mental tidak berbeza mengikut peratusan pendatang muda (Kim et al. 2019). Kajian serupa menjelaskan bahawa kejadian masalah psikologi remaja di Jerman paling tinggi adalah akibat dari sindrom stres pos trauma (PTSS), kemurungan, kegelisahan, kurang keyakinan diri individu, sokongan sosial yang rendah, migrasi ke negara luar, dan penguasaan bahasa Jerman yang buruk (Müller et al. 2019).

Pertubuhan Kesihatan Sedunia menyatakan bahawa dunia masih menghadapi masalah serius mengenai kesihatan mental. Kesihatan mental menyumbang kepada hasil kesihatan yang buruk, kematian remaja, pelanggaran hak asasi manusia dan membawa kepada kemuflian ekonomi global dan nasional. Tidak ada jaminan kesihatan atau perkembangan fizikal dan sosial yang baik tanpa penjagaan kesihatan mental. Gangguan kemurungan dan kegelisahan menelan kos ekonomi global USD 1 trilion per tahun dan sejumlah USD800,000 per tahun untuk program pencegahan bunuh diri, yang merupakan penyebab utama kematian pramatang pada remaja dan dilaporkan berlaku pada 1 dalam 5 tahun hidup dengan kecacatan seumpamanya yang kebiasaannya pada orang dengan penyakit berjangkit seperti *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) atau Tuberkulosis (TB) dan pada mereka yang mempunyai penyakit tidak berjangkit seperti barah dan kardiovaskular. Akses kepada liputan rawatan sangat rendah, terutama di kawasan yang berdepan dengan masalah tekanan kemanusiaan dan keganasan seksual. Masalah kesihatan mental juga akan berlaku akibat dari pelanggaran hak asasi manusia, diskriminasi, stigma, kekurangan pembiayaan dalam perkhidmatan berskala besar, limitasi perawatan yang berkesan dan penyedia perkhidmatan kurang memuaskan.

1.2 REMAJA DI INDONESIA

Bilangan remaja berumur 10-19 tahun tersebar di seluruh kepulauan Indonesia; 60% di Jawa, 20% di Sumatera, 7% di Sulawesi, 5% di Bali, NTT (Nusa Tenggara Timur) dan NTB (Nusa Tenggara Barat), 2% di Maluku dan Papua. Enam wilayah yang mempunyai bilangan remaja tertinggi ialah di Jawa Barat (18%), Jawa Timur (16%), Jawa Tengah (14%), Sumatera Utara (5%), Banten (4.6%), dan Jakarta (4.1%). Terdapat lima kawasan terendah iaitu Sulawesi Barat (0.5%), Gorontalo (0.4%), Papua Barat (0.3%),

dan Kalimantan Utara (0.2%). Masalah kemiskinan dalam kalangan remaja merupakan salah satu masalah utama di Indonesia dan banciaan mendapati 10.8% remaja berumur 10-19 tahun adalah dari keluarga berada di bawah garis kemiskinan. Kebanyakan dari mereka lebih ramai tinggal di kawasan luar bandar berbanding di bandar. Namun banciaan penduduk Indonesia menunjukkan lebih ramai remaja perempuan berumur 15-19 tahun yang tinggal di bandar berbanding kawasan luar bandar (Badan Pusat Statistik 2024).

Kadar kematian remaja telah menurun, yang diakibatkan oleh beberapa jenis penyakit tidak berjangkit (NCD). Kedudukan *Disability-Adjusted Life Years* (DALYS) bagi remaja dengan punca tertinggi ialah kecederaan akibat kemalangan jalan raya, penyakit kulit, gangguan tingkah laku kanak-kanak, batuk kering dan gangguan kecemasan. Penyebab kematian remaja tertinggi adalah kecederaan akibat kemalangan jalanraya, diikuti dengan penyakit batuk kering (Tuberkulosis), keganasan interpersonal, lemas dan cirit-birit. Kadar kematian remaja wanita (kematian bagi setiap 100,000 penduduk) berumur 10-14 tahun adalah 2 setiap 1000 populasi dan merangkumi sejumlah 35%. Manakala dalam kalangan remaja lelaki berumur 15-19 tahun risiko kematian adalah pada 5 setiap 1000 yang merangkumi sejumlah 65% (UNICEF 2021).

Faktor risiko utama pada remaja adalah penggunaan tembakau. Namun, bilangan remaja berumur 13-15 tahun yang menggunakan produk tembakau di Indonesia didapati telah berkurangan sebelum pandemik COVID-19. Bilangan remaja yang merokok pada tahun 2014 adalah sebanyak 20.3% manakala pada 2019 ia menurun kepada 19.2%. Namun peratusan remaja merokok meningkat semula semasa pandemik COVID-19 untuk status pernah merokok (19.6%) dan masih perokok (22.8%) (Ekawati et al. 2024).

Remaja Indonesia berdepan dengan bebanan tiga serangkai (malnutrisi) iaitu kekurangan zat makanan, berlebihan berat badan dan kurang berat badan. Beban kekurangan zat makanan pada remaja berumur 10-19 tahun dengan obesiti adalah sebanyak 4%, berat badan berlebihan meningkat sehingga 13% pada remaja wanita dan 15% pada remaja lelaki, manakala remaja dengan konstitusi tubuh kurus adalah

sebanyak 8%. Terdapat peningkatan dalam corak pemakanan yang tidak sihat serta penurunan dalam kecergasan fizikal, dan perkaitan dengan hubungan sosial dalam kalangan remaja yang menyebabkan gangguan kesihatan mental dalam bentuk gangguan kecemasan (panik) dan gangguan tingkah laku dan permasalahan ini sangat dikhuatiri terutama dalam kalangan remaja wanita yang juga berdepan dengan masalah haid dan aktiviti seksual premarital (UNICEF 2021).

Punca tertinggi bebanan kesihatan untuk remaja berumur 10-19 tahun adalah akibat dari gangguan tingkah laku dan gangguan kebimbangan. Remaja perempuan berumur 10-14 tahun yang mengalami gangguan tingkah laku berisiko 5 kali lebih tinggi berbanding remaja lelaki bagi kecenderungan untuk mengalami gangguan kecemasan (panik). Percubaan bunuh diri dalam kalangan remaja berumur 13-15 tahun telah meningkat pada kedua-dua remaja lelaki dan perempuan dimana remaja perempuan meningkat sebanyak 6.2% dan lelaki sebanyak 4.0% semasa pandemik COVID-19 berbanding tahun sebelumnya (Marthoenis 2022).

Faktor risiko kepada percubaan bunuh diri ini adalah berpunca dari gangguan kebimbangan, manakala pada remaja perempuan pula melaporkan gangguan tingkah laku yang pernah dihadapi semasa kanak-kanak turut mendorong idea untuk bunuh diri bila mereka semakin dewasa, ditambah pula dengan meningkatnya pengambilan rokok dan alkohol. Kelaziman buli di sekolah berlaku sekitar 27% di sekolah rendah, 32% di sekolah menengah rendah, dan 20% di sekolah menengah atas. Kebanyakan remaja berasa malu atau takut untuk memberitahu orang lain tentang keadaan kesihatan mental mereka serta berpendapat bahawa usaha mendapatkan terapi dan rawatan psikologi atau psikiatri akan memberi kesan negatif terhadap keyakinan dan masa depan seseorang. Masalah kesihatan mental ini merupakan tanggungjawab kerajaan yang dikawal selia dalam beberapa sumber program kesihatan mental di sekolah.

1.3 REMAJA MIGRAN INDONESIA DI MALAYSIA

Di antara negara-negara ASEAN, Malaysia masih menjadi destinasi utama bagi rakyat Indonesia untuk berhijrah, antaranya faktor yang menyebabkan migrasi ialah ciri-ciri sosio demografi dan cara hidup yang hampir sama antara Malaysia dan Indonesia.

Kajian Spaan dan Naerson (2017) mendapati bahawa penubuhan industri migrasi buruh di sempadan Indonesia-Malaysia telah berkembang pesat dan ada yang berlesen secara sah, dan banyak juga yang praktis secara tidak sah atau tidak berdaftar. Hubungan antara Malaysia dan Indonesia juga dipengaruhi oleh hubungan antara bahasa, budaya dan sejarah, menjadikannya lebih mudah bagi rakyat Indonesia untuk datang ke Malaysia berbanding negara lain (IOM 2019). Kementerian Sumber Manusia Malaysia (2022), telah menganggarkan sejumlah 2,109,954 pekerja asing yang kini bekerja di Malaysia dan 50 peratus adalah pekerja asing Indonesia. Sebilangan besar Pekerja Migran Indonesia bekerja di sektor pertanian, bimbingan dan pertanian, sementara pekerja wanita sebahagian besar bekerja di sektor domestik sebagai pembantu rumah tangga, industri, kilang, dan perkhidmatan.

Pekerja migran dan penduduk yang berhijrah ke Malaysia membawa keluarga mereka, termasuk kanak-kanak dan remaja. Anak-anak pekerja migran Indonesia di Malaysia berasal dari keluarga yang memiliki izin kerja yang diatur oleh undang-undang buruh negara setempat. Namun, kebanyakan dari industri perkilangan yang membawa masuk pekerja migran tidak dibenarkan berkahwin atau bahkan membawa keluarganya.

Dalam praktiknya, perkahwinan tetap berlaku apabila pekerja ini sampai di negara destinasi. Perkahwinan yang terjalin antara dua negara ini kadang kadang menghasilkan zuriat anak mereka. Namun, mengikut perjanjian kontrak bekerja, zuriat hasil perkahwinan ini adalah dilarang kerana mereka tidak mempunyai izin untuk tinggal di bawah naungan ibu bapa mereka. Terdapat ramai anak Indonesia di Malaysia yang berasal dari keluarga yang tidak mempunyai izin tinggal atau berstatus haram.

Ketika kanak-kanak berusia di bawah lima tahun mungkin tidak menjadi masalah, tetapi ketika anak-anak berumur persekolahan, mereka tidak dapat memasuki sekolah swasta atau sekolah milik kerajaan kerana peraturan asas bahawa mereka tidak boleh berada di Malaysia. Anak-anak migran yang berstatus haram, mereka tidak memiliki tempat untuk pendidikan Malaysia dan bahkan di institusi pendidikan resmi Indonesia seperti Sekolah Antarabangsa Indonesia (SILN). Ratusan ribu kanak-kanak pekerja migran Indonesia tidak dapat mengakses pendidikan hingga ke peringkat

Sekolah Menengah Atas (SMA) di Malaysia dengan betul (Tommy Effendi & Atikah Rahmi 2024).

Satu cara penyelesaian dirancang di mana remaja yang berusia sekolah rendah dan sekolah menengah ditampung oleh Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat (PKBM) atau Pusat Pembelajaran Komuniti (CLC). Sementara itu, mereka yang mencapai usia sekolah menengah mesti kembali ke tanah air. Oleh itu, program pemulangan sangat diperlukan untuk kesinambungan pendidikan anak-anak pekerja migran, terutama mereka yang telah mencapai usia sekolah menengah pertama. Bagi mereka yang bernasib baik, Kerajaan Malaysia bertolak ansur untuk menempatkan kanak-kanak usia sekolah rendah dan kanak-kanak sekolah menengah pertama jika ada kekosongan. Setakat ini, sangat sukar untuk memberikan permit kediaman untuk anak-anak Indonesia yang berumur lebih dari 15 tahun.

Pegawai perwakilan Indonesia telah mula menghantar pulang dengan mekanisma bekerjasama dengan sekolah menengah (SMA) di Indonesia untuk mengagihkan anak-anak pekerja asing, malah wakil Indonesia di Malaysia pada tahun 2018 berjaya menyakinkan Menteri Penyelidikan, Teknologi dan Pengajian Tinggi untuk mengatur skim biasiswa (ADik-TKI) iaitu Afiriasi Pendidikan Tinggi (ADik) untuk anak Pekerja Migran Indonesia (TKI). Selain itu, pejabat perwakilan juga membincangkan perkara ini dalam Perundingan Tahunan Indonesia-Malaysia tetapi tidak mencapai keputusan yang memuaskan. Permintaannya ialah anak-anak pekerja asing Indonesia boleh mendapat pendidikan yang baik sehingga sekolah menengah. (Kedutaan Indonesia-KL 2019).

1.4 PERNYATAAN MASALAH

Menurut Sthephani et al (2019) remaja migran yang mengikuti ibu bapa mereka untuk berhijrah mempunyai kecenderungan untuk menghadapi masalah kesihatan mental, iaitu kemurungan. Ini diperkuat oleh kajian yang dilakukan oleh Emriye (2018), di mana beberapa remaja migran terdedah kepada tekanan pasca-trauma. Rojas Flores et al (2017) juga mendapati bahawa hasil kajian mereka menunjukkan bahawa usia remaja yang pertama kali terdedah kepada kemurungan dan *Post Traumatic Stress Disorder*

(PTSD) adalah sekitar usia 14-19 tahun. Sehingga kini, tiada kajian dilakukan mengenai kesihatan mental dalam kalangan remaja migran Indonesia di Malaysia. Impak gejala kesihatan mental kepada perkembangan minda dan kesihatan fizikal remaja boleh memudaratkan sepertimana yang telah dibuktikan oleh kajian lepas di negara Eropah. Namun, dapatan kajian berkaitan remaja migran Indonesia di Malaysia belum pernah diterbitkan. Persoalan berkaitan adakah remaja migran ke negara yang bercirikan sosio demografi yang hampir sama seperti Malaysia dan Indonesia berdepan dengan masalah kesihatan mental juga belum diketengahkan. Perancangan pencegahan melalui intervensi sukar dilakukan jika tiada data diperolehi berkaitan risiko dan keperluan oleh remaja migran. Penerokaan permasalahan mereka perlu diperincikan bagi memastikan liputan untuk semua dicapai (*universal coverage*). Kajian yang komprehensif dengan melihat faktor dari kedua-dua pihak anak dan ibubapa mampu menghasilkan bukti untuk perancangan masa depan bagi kedua negara destinasi dan negara asal.

Dapatan ini terus disokong oleh bukti empirikal terkini. Sebagai contoh satu kajian sistematik terkini menunjukkan bahawa populasi migran dan pelarian, termasuk remaja mengalami kadar kemurungan dan PTSD yang tinggi secara konsisten merentasi pelbagai konteks negara. Kajian tersebut menegaskan bahawa gangguan mental seperti kemurungan, kebimbangan, dan PTSD merupakan beban kesihatan utama dalam kalangan populasi migran (Hong 2025).

Selanjutnya kajian sistematik yang lebih terkini pada tahun 2025 mendapati bahawa prevalen PTSD dalam kalangan migran boleh mencapai purata 36.9 %, manakala kemurungan sekitar 36.3%, menunjukkan beban psikologi yang signifikan akibat pengalaman migrasi, termasuk pendedahan kepada konflik, tekanan sosial, dan ketidakstabilan ekonomi (Ahmed 2025). Dapatan ini mengukuhkan lagi hujah bahawa pengalaman migrasi merupakan faktor risiko utama terhadap gangguan kesihatan mental.

Lebih khusus, kajian meta-analisis terkini yang melibatkan kanak-kanak dan remaja pelarian menunjukkan bahawa pendedahan kepada pengalaman traumatik seperti penahanan imigresen dan pemisahan keluarga meningkatkan risiko PTSD secara drastik (6.5% hingga 100%) serta kemurungan utama dilaporkan antara 44% hingga

95%. (Baffreen sherif et al 2024). Hal ini menunjukkan bahawa remaja migran merupakan kumpulan yang sangat terdedah kepada masalah kesihatan mental yang serius.

Selain itu kajian terkini pada tahun 2026 mengenai trajektori kesihatan mental pelarian turut menunjukkan bahawa golongan ini mengikuti pola gangguan mental yang serupa dengan populasi yang terdedah kepada trauma, dengan simptom kemurungan dan PTSD yang berterusan sepanjang tempoh perkembangan remaja (Dasen 2026). Ini menguatkan lagi bukti bahawa usia remaja merupakan fasa kritikal dalam perkembangan gangguan kesihatan mental dalam kalangan migran.

Secara keseluruhannya, literatur terkini mengesahkan dan memperkukuh dapatan kajian terdahulu bahawa remaja migran merupakan kumpulan berisiko tinggi untuk mengalami kemurungan dan PTSD, khususnya dalam lingkungan usia remaja pertengahan hingga akhir. Oleh itu, persoalan kajian perbandingan yang dijalankan ini adalah relevan dan signifikan dalam menyumbang kepada pemahaman yang lebih mendalam mengenai isu kesihatan mental kalangan remaja migran, khususnya dalam konteks global dan serantau.

1.5 JUSTIFIKASI KAJIAN

Perlindungan pekerja Indonesia dan keluarga mereka telah menjadi kebimbangan dan tumpuan bagi kerajaan Indonesia dan masyarakat tempatan dalam tempoh 5 tahun yang lalu. Antara tugas dan kewajipan wakil Indonesia di Malaysia ialah memberi perlindungan dalam bentuk perlindungan warganegara dan entiti undang-undang serta menyelesaikan masalah kemudahan penduduk, mendedahkan maklumat mengenai perkembangan kesihatan awam, terutamanya kesihatan fizikal dan kesihatan mental untuk pekerja, keluarga dan remaja (Kedutaan Indonesia Kuala Lumpur 2017).

Migran sering mengalami kesukaran menyesuaikan diri dengan budaya baharu, yang merangkumi perbezaan dalam bahasa, nilai dan norma sosial. Proses akulturasi ini boleh menyebabkan tekanan, rasa terasing dan perasaan kehilangan identiti budaya asal. Penyelidikan multi tahap menggunakan data bancian populasi Indonesia menunjukkan

faktor peringkat individu (pendidikan, pekerjaan, status perkahwinan, status ekonomi, komorbiditi, tingkah laku kesihatan, dan kesukaran dengan akses penjagaan kesihatan) dikaitkan dengan risiko kemurungan (Idaiani et al, 2025). Kajian berkaitan isu migran oleh Lu (2010) mendapati impak negatif migrasi boleh dikurangkan oleh sokongan sosial peringkat keluarga dan tahap asimilasi migran yang tinggi.

Ramai keluarga migran menghadapi cabaran ekonomi, seperti akses terhadap kepada pekerjaan yang layak dan pendapatan yang stabil. Ketidaktentuan ekonomi ini boleh menyebabkan tekanan kepada keluarga yang memberi kesan langsung kepada kesejahteraan emosi anak remaja mereka. Remaja migran sering mengalami akses terhadap kepada perkhidmatan kesihatan mental, terutamanya jika mereka atau keluarga mereka mempunyai halangan bahasa atau tidak mempunyai maklumat tentang perkhidmatan yang ada. Ini diburukkan lagi oleh stigma yang wujud dalam sesetengah budaya mengenai kesihatan mental, yang menghalang remaja daripada mendapatkan bantuan apabila mengalami masalah emosi atau mental. Tekanan akademik dan jangkaan ibu bapa turut mendorong tekanan kepada mereka. Dalam kebanyakan kes, remaja migran berada di bawah tekanan untuk memperbaiki keadaan keluarga mereka atau memenuhi jangkaan harapan tinggi ibu bapa mereka. Tekanan ini, terutamanya jika tidak disokong oleh persekitaran yang kondusif, boleh meningkatkan risiko masalah kesihatan mental seperti tekanan dan kebimbangan akademik (Lu 2020 ;Vohra et al 2019).

1.6 PERSOALAN KAJIAN

Penyataan masalah dalam kajian ini adalah:

1. Apakah tahap kesihatan mental dalam kalangan remaja migran Indonesia di Malaysia berbeza dengan remaja Indonesia di negara asal ?
2. Apakah tahap sosio-ekonomi, pendidikan keluarga, kesihatan keluarga, sokongan keluarga, penjaga majikan, infrastruktur untuk remaja, polisi imigrasi, penyesuaian keluarga dan remaja, tingkah laku mendapatkan perkhidmatan kesihatan mental dan amalan oleh keluarga dan remaja berbeza di antara dua negara?

3. Adakah faktor sosiodemografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, faktor persekitaran luar, dan keyakinan diri, mempunyai kaitan dengan tahap kesihatan mental remaja?
4. Apakah halangan yang dihadapi oleh remaja dan keluarga dalam mendapatkan maklumat kesihatan mental dan apakah cabaran dalam memenuhi kesihatan mental?

1.7 KEPENTINGAN KAJIAN

Pada masa ini remaja masih menjadi masalah penting dalam masyarakat, terutamanya dari segi kesihatan mental. Kajian mengenai kesihatan mental remaja imigran Indonesia juga memerlukan kajian yang lebih mendalam untuk meneroka halangan dan menangani keperluan perkhidmatan kesihatan mental. Kajian ini bertujuan untuk menilai sejauh mana masalah kesihatan mental yang dihadapi oleh remaja migran Indonesia di Malaysia dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, serta meneroka halangan yang dihadapi oleh remaja di negara asal dan negara migrasi. Kajian ini juga ingin melihat sejauh mana pengalaman masalah kesihatan mental seperti kegelisahan, perasaan murung, gangguan tingkah laku, dan gangguan emosi. Daripada kajian ini, diharapkan dapat memberikan bukti untuk merumuskan strategi dalam mengubah keperluan perkhidmatan yang bertepatan untuk menangani masalah remaja migran Indonesia di Malaysia, baik dari segi kesihatan fizikal, sosial dan kesihatan mental.

Berdasarkan semakan literatur, belum di temukan kajian lapangan yang diterbitkan yang mengkaji sejauh mana kejadian kesihatan mental mempengaruhi faktor-faktor yang mempengaruhi remaja migran Indonesia di Malaysia dan dibandingkan dengan remaja Indonesia di negara asal. Perbandingan ini juga penting bagi melihat adakah ia berpunca akibat migrasi ataupun memang kebiasaan berlaku dalam kalangan remaja Indonesia di mana saja mereka berada. Kajian ini juga mengkaji apakah ada faktor-faktor seperti sosioekonomi, pendidikan keluarga remaja, kesihatan keluarga remaja, sokongan dari keluarga, majikan dan tahap penyesuaian keluarga, dan tingkah laku mendapatkan perkhidmatan kesihatan mental. Semoga kajian ini dapat memberikan manfaat yang luas untuk individu, masyarakat, kerajaan dan organisasi

nasional dalam merangka dasar yang dapat membantu dan membawa kebaikan kepada semua.

1.8 OBJEKTIF KAJIAN

1.8.1 Objektif Umum

Membandingkan tahap kesihatan mental remaja migran Indonesia di Malaysia dan negara asal serta faktor-faktor yang mempengaruhinya serta halangan.

1.8.2 Objektif Khusus

1. Membandingkan tahap kesihatan mental remaja migran Indonesia dan remaja Indonesia di negara asal.
2. Menilai hubungan antara tahap kesihatan mental dan faktor-faktor yang mempengaruhinya (sosiodemografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, faktor persekitaran luar, dan keyakinan diri remaja).
3. Meneroka halangan dan cabaran dalam penjagaan kesihatan mental remaja.
4. Mengintergrasikan dapatan kajian kuantitatif dan kualitatif berkaitan tahap kesihatan mental dan faktor yang mempengaruhi remaja migran Indonesia berdasarkan kerangka konsep kajian.

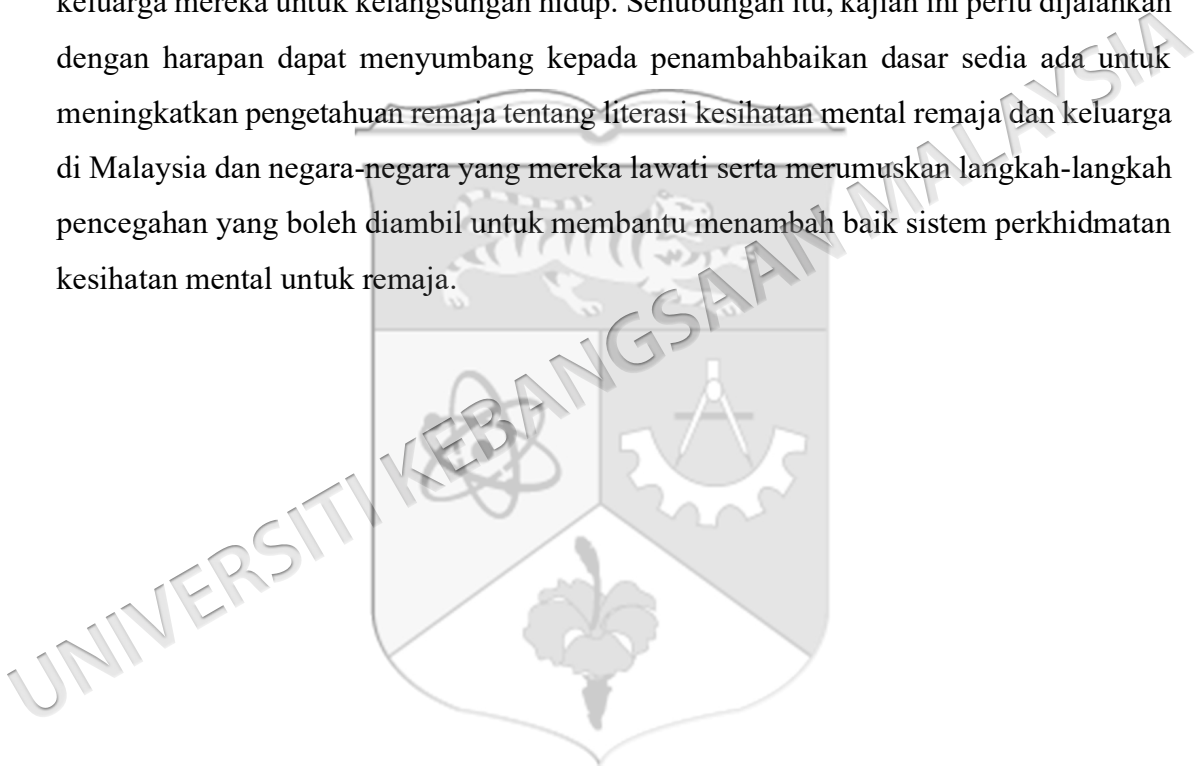
1.9 HIPOTESIS KAJIAN

1. Terdapat perbezaan yang signifikan di antara tahap kesihatan mental remaja imigran Indonesia di Malaysia dan remaja Indonesia di negara asal.
2. Terdapat perbezaan yang signifikan di antara pembolehubah sosio demografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, sokongan sosial, tahap tingkah laku mendapat perkhidmatan kesihatan mental dan penyesuaian oleh keluarga dan

remaja pembolehubah tidak bersandar dan tahap kesihatan mental (pembolehubah tidak bersandar) pada remaja imigran Indonesia di Malaysia dan remaja Indonesia di negara asal.

1.10 KESIMPULAN

Kajian ini mengkaji masalah remaja Indonesia dan keluarga yang berhijrah ke Malaysia, terutamanya masalah tingkah laku dalam mencapai perkhidmatan kesihatan mental dan faktor-faktor yang mempengaruhinya serta halangan yang dihadapi oleh remaja dan keluarga mereka untuk kelangsungan hidup. Sehubungan itu, kajian ini perlu dijalankan dengan harapan dapat menyumbang kepada penambahbaikan dasar sedia ada untuk meningkatkan pengetahuan remaja tentang literasi kesihatan mental remaja dan keluarga di Malaysia dan negara-negara yang mereka lawati serta merumuskan langkah-langkah pencegahan yang boleh diambil untuk membantu menambah baik sistem perkhidmatan kesihatan mental untuk remaja.



BAB II

KAJIAN KEPUSTAKAAN

2.1 PENGENALAN

Ulasan kepustakaan telah dijalankan untuk meneroka dapatan kajian lepas berkaitan permasalahan kesihatan mental di beberapa wilayah di Eropah, Asia -Afrika, Indonesia dan Malaysia. Fokus ulasan adalah berkaitan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian kesihatan mental remaja dan perilaku mendapatkan maklumat kesihatan mental remaja. Tujuan kepustakaan ini adalah untuk memberikan kefahaman dan gambaran semasa berkaitan topik kajian iaitu tahap kesihatan mental dalam kalangan remaja migran Indonesia di Malaysia berbanding dengan remaja di negara asal. Selanjutnya penerangan berkaitan pendekatan kajian yang digunakan oleh penulis karya penerbitan juga disemak serta dikupas dalam ulasan kepustakaan.

2.2 KESIHATAN MENTAL REMAJA DUNIA

Semakan kepustakaan mendapati terdapat banyak kajian mengenai kesihatan remaja yang telah dijalankan di pelbagai negara, terutama yang memberi tumpuan kepada negara negara yang ramai migran seperti Amerika, United Kingdom, Australia dan Kanada. Di Indonesia, banyak kajian yang dijalankan berfokuskan kepada kesihatan mental remaja semasa berlakunya gempabumi, letupan gunung berapi, banjir dan kebakaran. Namun, tiada kajian didapati berkisar di sekitar masalah remaja migran Indonesia di Malaysia dan dibuat perbandingan dengan remaja Indonesia di negara asal tempat kelahiran iaitu Indonesia. Terdapat satu kajian perbandingan oleh Duinhoff (2020) yang mengkaji perbezaan kejadian kesihatan mental antara remaja migran dan remaja negara asal di Eropah dan turut memberi fokus kepada keterlibatan keluarga dalam membantu remaja mengatasi masalah kesihatan mental.

Penghijrahan pekerja Indonesia ke luar negara asal menurut WHO (2019), menimbulkan permasalahan dari segi mencapai tahap kesihatan mental yang baik kerana terkait dengan kelangsungan hidup, desakan ekonomi dan kesesuaian dengan lingkungan negara destinasi. Gangguan mental, neurologis dan pengambilan zat makanan menyumbang kepada 10% dari beban penyakit global dan 30% dari beban penyakit non-fatal. Setiap 1 dari 5 remaja di dunia menghadapi gangguan kesihatan mental. Kemurungan adalah salah satu penyebab utama morbiditi yang dialami oleh 264 juta orang. Anggaran hampir setengah gangguan mental bermula seawal sebelum usia 14 tahun. WHO (2024) melaporkan hampir 800.000 orang meninggal dunia kerana bunuh diri setiap tahun; manakala 1 orang meninggal dunia kerana bunuh diri setiap 40 detik saat masa. Bunuh diri adalah penyebab kematian kedua pada individu berusia 15-29 tahun (WHO 2018). Sekitar 1 dari 9 orang di lingkungan yang terpengaruh oleh konflik menghadapi masalah gangguan mental di tahap sederhana atau teruk. Mereka dengan gangguan mental teruk berisiko untuk meninggal dunia 10 hingga 20 tahun lebih awal dari populasi umum. Kekerapan kejadian pekerja migran berdepan dengan masalah gangguan kesihatan mental bervariasi dari di bawah 2 per 100,000 penduduk di negara berpendapatan rendah hingga lebih dari 70 per 100,000 di negara berpendapatan tinggi. Kurang dari separuh daripada 139 negara memiliki perkhidmatan program kesihatan mental yang sejajar dengan keperluan kesaksamaan konvensi hak asasi manusia. Ekonomi global kehilangan sekitar USD 1 trilion per tahun dalam produktiviti yang berdepan dengan masalah kesihatan mental terutamanya akibat dari kemurungan dan panik.

Pada masa ini, anggaran jumlah pesakit masalah gangguan kesihatan mental di dunia adalah di sekitar 450 juta orang, termasuk skizofrenia (WHO 2017). Secara global, penyumbang terbesar beban penyakit (DALYs) dan beban kematian pada masa kini adalah akibat penyakit kardiovaskular (31.8%) (WHO 2024). Namun, jika dilihat dari YLDs (tahun hilang akibat kesakitan atau kecacatan), maka pecahan penyumbang terbesar adalah gangguan kesihatan mental (14.4%). Keadaan di Asia Tenggara tidak jauh berbeza dengan keadaan global di mana penyebab kematian terbesar adalah penyakit kardiovaskular (31.5%) tetapi jika dilihat dari YLDs, peratusan terbesar adalah gangguan kesihatan mental (13.4%).

2.2.1 Kejadian Kesihatan Mental Remaja

Remaja dicirikan oleh perkembangan fizikal, psikologi dan sosial yang dinamik yang membentuk kebolehan dan kemahiran yang membawanya ke dalam kehidupan dewasa.

Semasa peringkat remaja, banyak sumber pengetahuan kognitif, perubahan emosi dan perkembangan sosial yang menjadi asas dipelajari untuk menjamin kesihatan dan kesejahteraan di kemudian hari. Kaum muda menghadapi persekitaran sosial, budaya dan ekonomi yang semakin kompleks dengan masalah selain tekanan ekonomi seperti tentangan/penindasan yang berterusan meningkat, termasuk peningkatan pengusiran secara paksa, migrasi, keluarga yang tidak stabil yang secara tidak langsung meningkatkan masalah kesihatan mental dan jenayah.

Ketimpangan, termasuk yang terkait dengan kemiskinan dan ketidaksetaraan gender, membentuk semua aspek kesihatan dan kesejahteraan remaja. Kumpulan minoriti yang tertinggal dan pemuda migran akan terpengaruh secara tidak proporsional dengan tahap kesihatan mental yang lebih teruk dan tingkat pengangguhan yang lebih tinggi dan permasalahan ketinggalan persekolahan. Ibubapa remaja yang berumur muda, kurang sumber ekonomi pencarian, kemahiran diri dan pencapaian pelajaran rendah terdorong kepada masalah kesihatan mental seperti kemurungan, dan ketidakseimbangan pengambilan zat makanan. Kebanyakan mereka tinggal di lingkungan komuniti dan keluarga yang kurang beruntung secara sosial dan ekonomi.

Terdapat pelbagai macam faktor struktural atau sosial penting yang membuat remaja, dan atau subkelompok remaja tertentu, mengalami risiko kesihatan mental yang kurang optimal, gangguan kesihatan mental, dan bunuh diri. Ini termasuk kemiskinan, migrasi, perbezaan antara realiti hidup mereka dan aspirasi mereka, yang kadangkala didorong oleh gambaran yang terlihat di media, dan perbezaan norma gender. Pernikahan awal dan paksa (biasanya remaja perempuan), kekerasan seksual dan pasangan intim (biasanya remaja perempuan) dan pembunuhan dan norma sosial yang terkait dengan jenis risiko lain seperti penggunaan alkohol dan salahguna ubat-ubatan lain, dan praktik seksual yang tidak aman (terutama dalam kalangan remaja lelaki) adalah contoh norma kemasyarakatan yang dapat meningkatkan risiko gangguan kesihatan mental bagi remaja.

2.2.2 Kejadian Kesihatan Mental Remaja di Eropah

Kebanyakan anak-anak dan remaja di Wilayah Eropah menikmati akses perkhidmatan kesihatan yang baik dan berkualiti dan mendorong ke arah kesejahteraan yang tinggi. Namun, perbezaan kesihatan remaja dalam negara dan luar negara asal tetap wujud. Wilayah Eropah dan negara maju mencakupi negara-negara dengan angka kematian bayi dan anak terendah di dunia, tetapi angka kematian di negara yang ditinggalkan kebiasaannya menunjukkan angka kematian anak di bawah 5 tahun tertinggi iaitu mencapai 20 kali lebih tinggi daripada di negara-negara tempat destinasi yang dituju. Setiap tahun, terlalu ramai anak di wilayah negara yang ditinggalkan ini menunjukkan kadar kematian sebelum usia 5 tahun adalah tinggi dan kebanyakannya mencapai sehingga 52% dari mereka di bulan pertama hayat kehidupan.

Maltamat Pembangunan Mampan (SDGs) diadaptasi dari Sidang Umum Pertubuhan Bangsa-Bangsa pada September 2015. Mereka menetapkan arah global untuk 17 tujuan pembangunan, dan salah satunya adalah SDG 3 yang berfokus pada kesejahteraan kesihatan. Tujuan Global, SDGs adalah untuk memastikan agenda kerangka komprehensif pembangunan mampan global untuk 15 tahun ke depan boleh dicapai oleh semua negara. Mereka membangun, dan memperluas, Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs), adalah menangani “urusan yang belum selesai” MDG dengan melanjutkan perjuangan melawan kemiskinan dan kelaparan, tetapi juga berfokus pada hak asasi manusia untuk semua dan pada pemberdayaan perempuan dan anak perempuan sebagai dorongan untuk mencapai kesetaraan gender.

Banyak faktor yang menyumbang kepada morbiditi dan mortaliti dalam kalangan kanak-kanak dan remaja boleh dicegah. Tindakan kos rendah yang telah terbukti berjaya, sama ada menyasarkan kemalangan jalan raya atau kemiskinan, telah berjaya mencegah dua pertiga kematian. Anak-anak sangat terdedah kepada pencemaran alam sekitar, dan persekitaran yang buruk mengakibatkan kesejahteraan sosial ekonomi terganggu. Anak-anak dan remaja memerlukan udara bersih, perumahan yang aman, makanan bergizi, air bersih dan gaya hidup sihat serta perkhidmatan pendidikan dan kesihatan yang ramah yang dapat mereka capai. Kanak-kanak masih meninggal dunia akibat punca yang boleh dicegah seperti pneumonia dan cirit-birit,

serta terdapat tanda amaran kembalinya penyakit yang sebelum ini boleh dikawal, seperti difteria dan tuberkulosis. Kaum muda juga terjejas oleh peningkatan penyakit tidak berjangkit seperti asma dan alahan, serta morbiditi akibat penyalahgunaan zat makanan, kecederaan dan gangguan mental. Lebih bermasalah lagi, impak buruk terhadap kesihatan kanak-kanak dan remaja disebabkan oleh peningkatan ketidaksamaan sosioekonomi di seluruh kawasan, yang berpunca daripada konflik bersenjata, pekerja kanak-kanak dan eksploitasi seksual.

Pendekatan WHO adalah untuk mengukuhkan sistem kesihatan dan memberi tumpuan kepada hasil yang boleh diukur, dirancang dan boleh dicapai berdasarkan bukti. Untuk memastikan setiap kanak-kanak mempunyai setiap peluang untuk menjalani kehidupan yang sihat dan bermakna, Negara-negara Anggota Eropah mengadopsi "Melabur dalam kanak-kanak: strategi kesihatan kanak-kanak dan remaja Eropah 2015–2020" pada September 2014 pada sesi ke-64 Jawatankuasa Serantau WHO untuk Eropah. Strategi ini mengesyorkan untuk mengamalkan pendekatan jalan hidup, yang mengakui bahawa kesihatan dan penyakit orang dewasa berpunca daripada kesihatan dan pengalaman pada peringkat-peringkat perjalanan hidup sebelumnya.

WHO melaporkan satu kajian antarabangsa *Health Behavior in School-age Children* (HBSC) yang diterbitkan oleh Pejabat Serantau WHO untuk Eropah mengenai kesihatan dan tingkah laku sosial kanak-kanak sekolah berusia 11, 13 dan 15 tahun, dari 45 negara, kajian ini menunjukkan bahawa kesihatan mental remaja juga telah mencatatkan penurunan di banyak negara sekitar tahun antara 2014 dan 2018. Sorotan tentang kesihatan dan kesejahteraan remaja menunjukkan bahawa kesejahteraan mental menurun selari dengan peningkatan usia kanak-kanak, dengan remaja perempuan terutamanya berisiko mengalami hasil kesejahteraan mental yang buruk berbanding dengan remaja lelaki. Satu daripada empat remaja melaporkan berasa gementar, mudah tersinggung atau mengalami kesukaran tidur sekurang-kurangnya sekali seminggu.

Laporan berkaitan kesihatan mental oleh WHO menunjukkan variasi yang ketara dalam kesejahteraan mental di pelbagai negara. Ini menunjukkan bahawa faktor budaya, dasar kerajaan dan ekonomi memainkan peranan dalam mengekalkan kesejahteraan mental yang baik. Di sekitar sepertiga negara, terdapat peningkatan

remaja yang berasa tertekan oleh tugas sekolah dan penurunan jumlah remaja yang melaporkan menyukai sekolah, berbanding tahun 2014. Sebahagian besar dapatan kajian lepas mendapati, pengalaman sekolah yang semakin merosot seiring bertambahnya usia, dan kepuasan terhadap perkhidmatan sekolah serta persepsi remaja tentang sokongan daripada guru dan rakan sekelas merosot disebabkan tekanan tugas sekolah yang membebankan.

Kajian mengenai peningkatan berterusan penggunaan teknologi digital selaras dengan perubahan status kesejahteraan mental dalam kalangan belia di wilayah asia mendapati remaja yang mendapat manfaat positif daripada teknologi digital juga boleh terdedah kepada ancaman baharu, seperti buli siber, yang memberi kesan lebih besar kepada kanak-kanak perempuan. Lebih daripada 1 daripada 10 remaja melaporkan pernah mengalami buli siber sekurang-kurangnya sekali dalam dua bulan terakhir.

Penyelidikan tinjauan HBSC di negara-negara Kawasan Eropah dan Kanada, dijalankan setiap empat tahun. Penemuan utama lain daripada kajian terkini adalah seperti berikut : Perilaku seksual berisiko kekal menjadi kebimbangan: 1 daripada 4 remaja yang melakukan hubungan seks melakukan hubungan seks tanpa kondom. Pada usia 15 tahun, 1 daripada 4 lelaki (24%) dan 1 daripada 7 perempuan (14%) melaporkan pernah melakukan hubungan seksual. Pengambilan minuman dan merokok terus menurun dalam kalangan remaja, tetapi jumlah pengguna alkohol dan tembakau kekal tinggi dalam kalangan mereka yang berusia 15 tahun, dengan alkohol sebagai bahan yang paling kerap digunakan. Satu daripada lima kanak-kanak berusia 15 tahun (20%) pernah mabuk dua kali atau lebih dalam hidup mereka, dan hampir 1 daripada 7 (15%) pernah mabuk dalam 30 hari terakhir. Kurang daripada 1 daripada 5 remaja memenuhi cadangan WHO untuk aktiviti fizikal - kadar ini telah menurun sebanyak kira-kira satu pertiga sejak 2014, terutamanya dalam kalangan remaja lelaki.

Penglibatan aktif sosial kekal rendah terutamanya bagi anak perempuan dan remaja yang lebih berusia. Kebanyakan remaja gagal memenuhi cadangan nutrisi semasa, sekali gus menjejaskan keupayaan mereka untuk mencapai perkembangan kesihatan yang baik. Kira-kira 2 daripada 3 remaja kurang mengambil makanan yang kaya dengan nutrien, dengan 1 daripada 4 makanan manis dan 1 daripada 6 minuman

manis setiap hari. Berat badan berlebihan dan obesiti telah meningkat sejak 2014, dan kini menjejaskan 1 daripada 5 orang muda, dengan prevalens yang lebih tinggi dalam kalangan remaja lelaki dan remaja yang lebih muda.

Kajian HBSC terkini, yang menampilkan penemuan pada tahun 2017/2018, manakala tahun 2019/2022 tidak dijalankan semasa dunia sedang berdepan dengan pandemik COVID-19. Penemuan dari 2021/2022, mencerminkan impak pandemik pada kehidupan kaum muda. "Pelbagai masalah yang tercakup dalam kajian HBSC memberikan wawasan penting tentang kehidupan remaja pada masa kini dan juga menyediakan asas yang berguna untuk mengukur impak COVID-19 pada remaja apabila penemuan dari kajian seterusnya muncul pada tahun 2022," kata Martin Weber, Pengurus Program untuk Kesihatan Kanak-kanak dan Remaja, Wilayah WHO untuk Eropah. "Perbandingan data membolehkan pengukuran sejauh mana dan berapa lama penutupan sekolah dan penguncian komuniti telah mempengaruhi interaksi sosial remaja, serta kesejahteraan fizikal dan mental.

2.2.3 Kejadian Kesihatan Mental Remaja di Asia dan Afrika

Kebanyakan orang muda dianggap sihat tetapi banyak penyakit serius pada usia dewasa berpunca dari zaman remaja. WHO mendefinisikan remaja sebagai mereka yang berusia 10-19 tahun, manakala populasi muda termasuk mereka yang berusia 15-24 tahun. Kesihatan Remaja adalah sebahagian daripada Program Kesihatan Kanak-kanak dan Remaja di bawah WHO.

Remaja terdedah kepada kehamilan awal yang tidak diingini, pengguguran septik, penderaan seksual, HIV, penggunaan alkohol dan dadah serta penyalahgunaan dan kerentanan terhadap risiko yang berkaitan dengan aktiviti seksual awal dan perkahwinan bawah umur, dan akses terhad kepada perkhidmatan kesihatan untuk perkhidmatan perancangan keluarga. Untuk menangani masalah kesihatan remaja dengan lebih baik, beberapa negara sedang membangunkan piawaian kebangsaan yang bertujuan untuk menyediakan perkhidmatan penjagaan kesihatan yang berkualiti, mesra remaja dan undang-undang yang mewajibkan remaja lelaki dan wanita berusia 18 tahun atau lebih sebelum berkahwin.

Dianggarkan 1.2 juta remaja meninggal dunia pada tahun 2015, lebih daripada 3000 setiap hari, sebahagian besar disebabkan oleh punca yang boleh dicegah atau dirawat. Kemalangan jalan raya merupakan punca utama kematian pada tahun 2015. Penyebab utama kematian remaja lain termasuk jangkitan saluran pernafasan bawah, bunuh diri, penyakit cirit-birit, dan lemas (tenggelam). Secara global, terdapat 44 kelahiran bagi setiap 1,000 remaja perempuan berusia 15 hingga 19 tahun setiap tahun. Separuh daripada semua gangguan kesihatan mental pada usia dewasa bermula pada usia 14 tahun, tetapi kebanyakan kes tidak dikesan dan tidak dirawat.

Masalah kesihatan utama di Afrika termasuk kehamilan dan bersalin awal, HIV, penyakit berjangkit lain, kesihatan mental, keganasan dan penyalahgunaan dadah, kecederaan, malnutrisi, penyalahgunaan tembakau, dan diskriminasi gender yang berterusan, serta pelanggaran hak asasi wanita. Masalah kesihatan mental pada kanak-kanak dan remaja Afrika ialah kemurungan. Kemurungan adalah punca utama penyakit dan kecacatan dalam kalangan remaja, dan bunuh diri adalah punca utama kematian dalam kalangan remaja yang lebih tua (15-19 tahun). Keganasan, kemiskinan, penghinaan dan perasaan direndahkan boleh meningkatkan risiko timbulnya masalah kesihatan mental.

Membangun keperluan hidup pada kanak-kanak dan remaja dengan memberi mereka sokongan psikososial di sekolah dan persekitaran masyarakat dapat membantu meningkatkan kesihatan mental yang baik. Program untuk membantu mengukuhkan ikatan antara remaja dan keluarga adalah penting. Jika timbul masalah, maka masalah tersebut harus dikesan awal dan diuruskan oleh petugas kesihatan yang kompeten dan yang prihatin mengambil berat.

2.2.4 Kejadian Kesihatan Mental Remaja Indonesia

Indonesia adalah negara dengan keluasan anggaran 1905 ribu kilometer persegi (UNO 2008). Populasi seramai 232,516,771 dan nisbah jantina 99 lelaki bagi setiap 100 wanita (UNO 2009). Proporsi penduduk yang berusia di bawah 18 tahun ialah 31% dan proporsi yang berusia di atas 60 tahun ialah 5% (UNO 2009). Tahap celik huruf ialah 97% bagi lelaki dan 96% bagi wanita (Statistik PBB 2008). Jangka hayat semasa lahir ialah 67 tahun untuk lelaki dan 69 tahun untuk wanita (UNO 2005-2010).

Kesihatan mental secara khusus disebutkan dalam polisi kesihatan umum di Indonesia. Perkhidmatan kesihatan mental diintegrasikan ke dalam perawatan primer. Undang-undang khusus kesihatan mental tidak ada. Namun, ketentuan hukum tentang kesihatan mental adalah tercakup dalam undang-undang lain (misalnya, kesejahteraan, disabiliti, undang-undang kesihatan umum, dll.) yang merujuk kepada, Undang-undang Kesihatan nombor 36/2009 pasal 144 s / d 151, terkait Kesihatan jiwa. Untuk melaksanakan undang-undang ini, rancangan Peraturan Pemerintah tentang Kesihatan Jiwa telah diserahkan ke Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia. Peruntukan belanjawan untuk kesihatan mental dan rumah sakit jiwa oleh jabatan / Kementerian Kesihatan pemerintah tidak tersedia.

Undang-Undang nombor 18 Tahun 2014 tentang Kesihatan Mental (Kesihatan Jiwa) mendefinisikan Kesihatan Jiwa sebagai kondisi seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut mencari kemampuan sendiri untuk dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. (Kepmenkes RI, 2018). Indonesia membahagikan klasifikasi masalah Kesihatan mental menjadi 3 iaitu : 1) Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK); 2) Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ), dan 3). Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat (termasuk dalam ODGK). ODMK adalah orang yang mengalami masalah fisik, mental, sosial dan pertumbuhan dan perkembangan, dan atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa. ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam fikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala, dan atau perubahan perilaku yang bermakna serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia. ODGJB adalah gangguan jiwa yang ditandai oleh terganggunya kemampuan menilai realiti dan tilikan (insight) yang buruk, dan Gejala yang tampak seperti ilusi, halusinasi yang tidak rasional.

Stigma masih menyelimuti isu kejiwaan atau kesihatan mental di Indonesia kerana sebagian besar masyarakat Indonesia masih mempercayai gangguan kesihatan jiwa disebabkan oleh hal yang tidak rasional mahupun supranatural, misalnya penghidap skizofrenia disebabkan kerana sihir, kemasukan setan, kemasukan roh jahat,

melanggar larangan, dan lain lain. Dengan adanya stigma ini masyarakat menanganinya dengan perubatan non medik menggunakan ahli spiritual.

Menurut perhitungan beban penyakit pada tahun 2017, beberapa jenis gangguan jiwa yang diprediksi dialami oleh penduduk Indonesia di antaranya adalah gangguan depresi, cemas, skizofrenia, bipolar, gangguan perilaku, autisme, gangguan perilaku makan, cacat intelektual, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD). Dalam masa 3 dekad 1990-2017 terjadi perubahan pola penyakit mental, di mana peningkatan DALYs diantaranya skizofrenia, bipolar, autisme dan gangguan pola makan. Gangguan depresi tetap menduduki urutan pertama dalam 3 dekad (Riskesdas 2018).

Hasil Kajian Kesihatan Dasar (2018) menunjukkan gangguan depresi sudah mulai terjadi sejak rentang usia remaja (15-24 tahun), dengan prevalens 6.2%. Pola prevalens depresi semakin meningkat seiring dengan peningkatan usia, tertinggi pada usia 75 tahun ke atas sebanyak 8.9%, 65-74 tahun pula sebanyak 8.0%, manakala untuk 55-64 tahun sebanyak 6.5% (Riskesdas 2018).

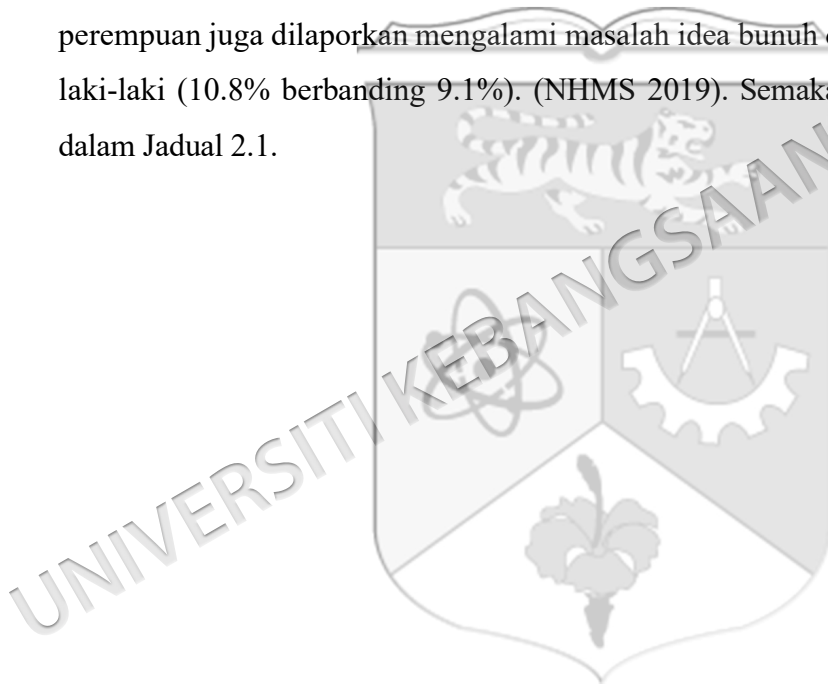
2.2.5 Kejadian Kesihatan Mental Remaja di Malaysia

Malaysia ialah negara di rantau Asia Pasifik Barat. Kesihatan mental adalah asas untuk kesejahteraan dan fungsi individu yang berkesan. Ketidadaan gangguan mental memberikan keupayaan kepada seseorang untuk berfikir, belajar, memahami emosi, dan menunjukkan reaksi kepada orang lain. Kesihatan mental adalah keadaan keseimbangan, baik secara internal ataupun eksternal dengan lingkungan. Faktor fizikal, psikologi, sosial, budaya, spiritual dan lainnya yang saling terkait dalam menghasilkan keseimbangan ini. Ada hubungan yang tidak terpisahkan antara kesihatan mental dan fizikal. Lebih dari pada 100 juta orang menderita gangguan kesihatan mental di Wilayah Asia Pasifik Barat di mana gangguan ini menyumbang kepada 5.73% dari beban penyakit di sini (WHO 2019).

Prevalens masalah atau gangguan kesihatan mental di Malaysia menunjukkan ramai 424.000 anak di Malaysia menderita masalah kesihatan mental, menurut Kajian Kebangsaan Kesihatan dan Morbiditi (NHMS 2019) dengan hampir satu dari 10 anak

berusia antara 10 dan 15 tahun mengalami masalah kesihatan mental dan 8.4 peratus anak perempuan mengalami masalah kesihatan mental. Laporan NHMS 2019 yang menyatakan masalah kesihatan mental dalam kalangan anak-anak sebagai "epidemic tersembunyi" di mana penyumbang masalah kesihatan mental anak berdasarkan domain, menunjukkan majoriti berpunca dari masalah dengan teman sebaya (42.9%); melakukan masalah sosial (15,9%); mengalami masalah emosional (8.3%); dan 2.3 peratus mengalami masalah hiperaktif.

Penemuan hasil dari NHMS 2017 pula mendapati permasalahan Kesihatan dan Gizi Remaja berkaitan dengan idea bunuh diri dalam kalangan remaja Malaysia meningkat dari 7.9 peratus pada tahun 2012 kepada 10 peratus pada tahun 2017. Remaja perempuan juga dilaporkan mengalami masalah idea bunuh diri yang tinggi berbanding laki-laki (10.8% berbanding 9.1%). (NHMS 2019). Semakan Kajian lepas di jelaskan dalam Jadual 2.1.



Jadual 2.1 Semakan kajian lepas berkaitan kesihatan mental remaja

Kajian primer/ tahun	Penerbitan	Dataset	Metod kajian	Judul	Pengukuran hasil
Bart Vedoy & Ingeborg (2014)	Child and Adolescent Mental Health	Terbuka	Analisis regresi hierarki berganda, Statistik deskriptif, Analisis Varians (ANOVA), Ujian khi kuasa dua	Aktiviti fizikal Akselerometer Kesihatan mental Pencapaian akademik Remaja	Terdapat perkaitan yang signifikan antara PA (Aktiviti Fizikal) dan gred dalam pendidikan jasmani dalam kalangan pelajar perempuan. ($p \leq 0.001$)
Shehadeh (2015)	BMC Medicine	Terbuka	Analisis regresi hierarki berganda, Statistik deskriptif, Analisis Varians (ANOVA), dan ujian khi kuasa dua	Isu Kesihatan Mental	Tahanan ibu bapa memberi impak besar kepada kesihatan mental remaja, dengan satu perlima hingga dua pertiga daripada remaja melaporkan masalah kesihatan mental yang ketara. Menyaksikan penangkapan bapa malah meningkatkan risiko ini dengan ketara.
Jeremy Kruger (2017)	International Journal of Mental Health Promotion	Terbuka	Analisis membujur menggunakan persamaan anggaran umum (GEE)	Kemurungan remaja, pencegahan berasaskan Internet, dan penjagaan primer	Terdapat penurunan ketara dalam ATQ-R dan gangguan pendidikan dari garis dasar kepada 2.5 tahun. Tiada perbezaan untuk sokongan sosial yang dirasakan, dan tiada perbezaan antara kumpulan MI (Temu Bual Motivasi) dan BA (Nasihat Ringkas)
Margarita & Patrick (2019)	World Psychiatry	Terbuka	Kajian Longitudinal	Gejala kemurungan, gangguan kebimbangan, dan tekanan psikologi	Sokongan sosial semasa kanak-kanak dan hubungan rakan sebaya sebahagiannya menjelaskan perbezaan, begitu juga konflik antara budaya, diskriminasi kejiwaan, dan layanan tidak adil pada usia dewasa muda. Pengalaman membesar sebagai minoriti, seperti yang ditakrifkan oleh konteks, nampaknya meningkatkan risiko psikiatri, dengan perbezaan dalam hubungan sosial Dan peningkatan tekanan sosial sebagai perantara hubungan ini.

bersambung...

...sambungan

Robert & David (2019)	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	Terbuka	Analisis regresi logistik dan metodologi analisis kandungan	Psikopatologi pada kanak-kanak dan remaja	kadar pendedahan ACE yang tinggi dialami oleh remaja muda di kawasan kejiranan yang kekurangan sumber di negara berpendapatan rendah dan sederhana; pendedahan yang tidak seimbang bagi kanak-kanak lelaki dan perkaitan yang kuat antara ACE dengan kedua-dua gejala kemurungan dan perlakuan keganasan. Analisis kelas laten memberikan penambahbaikan sederhana berbanding skor ACE yang dijumlahkan
Kristel T et al (2019)	Administration and Policy in Mental Health Research and Services	Terbuka	MATCC Program	Psikoterapi untuk kanak-kanak dan remaja	Penggunaan dikaitkan secara positif dengan jumlah pengalaman MATCH dalam ujian, keberkesanan yang dirasakan, dan kemudahan pelaksanaan. Corak penggunaan modul tertentu tidak konsisten dengan kekuatan bukti terdahulu (contohnya, pendedahan paling kurang digunakan dalam modul kebimbangan), menunjukkan cabaran bagi sains pelaksanaan.
Maria Teresa Guttman et al (2019)	Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health	Terhad	Analisis varians (ANOVA) dan Analisis varians berbilang (MANOVA) untuk mengkaji variasi dalam data parametrik	Isu kesihatan mental, gangguan psikologi, Migran berbahasa Turki, Kanak-kanak dan remaja, dan Latar belakang migrasi	Kanak-kanak dan remaja yang berbahasa Turki mempunyai tahap gejala internalisasi, kemurungan dan kebimbangan yang lebih tinggi berbanding rakan sebaya mereka yang berbahasa asli.
Türkan Akkaya-Kalayci et al (2020)	International Journal of Environmental Research and Public Health	Terbuka	Analisis Regresi	Kesihatan Mental dan Kesejahteraan	Kanak-kanak dan remaja yang berbahasa Turki mempunyai tahap gejala internalisasi, kemurungan dan kebimbangan yang lebih tinggi berbanding rakan sebaya mereka yang berbahasa asli.

bersambung...

...sambungan

Zuguo Qin et al (2021)	JAMA Network	Terbuka	Analisis Regresi	Tekanan psikologi dalam kalangan kanak-kanak dan remaja	Pelajar yang bersenam kurang daripada 0.5 jam mempunyai kemungkinan yang lebih tinggi untuk mengalami tekanan psikologi yang dilaporkan sendiri berbanding dengan pelajar yang bersenam lebih daripada 1 jam.
Christoph Pieh et al (2021)	JAMA Network	Terhad	Analisis Univariat	Kesihatan mental di sekolah dan Kesejahteraan pelajar	Kesejahteraan mental dan kepuasan hidup dalam kalangan remaja di Austria adalah lebih rendah secara signifikan pada tahun 2021 berbanding pada tahun 2018. Gejala kemurungan, gejala kebimbangan, insomnia, dan gangguan makan adalah lebih tinggi secara signifikan berbanding sebelum dan pada awal pandemik COVID-19. Pemikiran bunuh diri dalam sampel kajian kami adalah lebih tinggi secara signifikan berbanding dalam kajian perbandingan, dengan kira-kira satu pertiga daripada remaja melaporkan pemikiran bunuh diri (kawasan bukan migrasi).
Rachel N Bomysod et al (2021)	International Journal of Environmental Research and Public Health	Terbuka	Model linear umum	Kesihatan mental dalam kalangan perantis, Perbezaan jantina, dan Latar belakang migrasi	ACE dikaitkan dengan peningkatan kemungkinan semua diagnosis kesihatan mental semasa, terutamanya bagi golongan muda yang terdedah kepada empat atau lebih ACE.
Kirsi Peltonen et al (2022)	International Journal of Environmental Research and Public Health	Terbuka	Analisis Regresi	Intervensi berasaskan sekolah, Remaja pendatang, dan Sokongan kesihatan mental	Intervensi secara amnya tidak berkesan dalam mengurangkan masalah kesihatan mental dan meningkatkan sumber psikososial. Kesan intervensi positif yang Dijangkakan bergantung kepada umur dan jantina pelajar serta pendedahan kepada tekanan harian sosioekonomi.

bersambung...

...sambungan

Ester Gubi et al (2022)	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	Terbuka	Logistik regresi	Kesihatan kanak-kanak dan remaja pendatang dan pelarian, Penggunaan perkhidmatan kesihatan dan kesihatan mental serta psikiatri	Kanak-kanak pendatang mempunyai kebarangkalian yang lebih rendah untuk menerima pelbagai diagnosis psikiatri, termasuk gangguan mood, gangguan kebimbangan dan gangguan perkembangan saraf.
Ronja A Runge et al (2022)	Journal of Child and Family Studies	Terbuka	Analisis faktor pengesanan berbilang kumpulan (MGCFA) dan pemodelan regresi Diskriminasi	Masalah emosi dan tingkah laku, Imigresen, yang dirasakan, dan Kesihatan mental	Tiada perbezaan dalam masalah emosi dan tingkah laku antara kanak-kanak pendatang dan kanak-kanak tempatan yang tinggal di Jerman.
Ashok Malla et al (2018)	Child Adolescent Psychiatry and Mental Health	Terhad	Ujian khi kuasa dua Wald yang tidak dilaraskan	Kesihatan mental kanak-kanak dan belia, Perkhidmatan kesihatan mental, dan Pautan data	Keperluan untuk rangka kerja konseptual yang berbeza bagi gangguan mental remaja serta untuk transformasi cara perkhidmatan disediakan bukan sahaja untuk mengurangkan keperluan yang tidak dipenuhi tetapi juga untuk membolehkan penerokaan yang lebih bermakna terhadap sifat masalah sedemikian yang muncul dalam kalangan remaja dan cara terbaik untuk merawatnya.
Oluwabu kola Maryna (2023)	International Journal of Environmental Research and Public Health	Terbuka	Logistik Regresi	Cabaran kesihatan mental yang dihadapi oleh kanak-kanak pendatang	Tiada perbezaan ketara dalam status kesihatan mental keseluruhan dikesan antara kanak-kanak dan remaja pendatang dan bukan pendatang di Kanada, tetapi perbezaan wujud dalam masalah emosi dan hiperaktif. Jantina mempunyai pengaruh terhadap kesihatan mental kanak-kanak pendatang yang berbeza-beza bergantung pada penunjuk kesihatan mental tertentu.

bersambung...

...sambungan

Joseph Jr. & Christina (2023)	European Child & Adolescent Psychiatry	Terbuka	Model regresi logistik dan model regresi binomial negatif	Perbezaan kesihatan mental dalam kalangan kanak-kanak dan remaja, Ketidakadilan kesihatan mental remaja, dan Kesihatan mental dan ketidakseimbangan remaja	Penemuan ini mencadangkan penggunaan MHC yang lebih saksama untuk merawat ADHD/ASD, tetapi tidak untuk gangguan mental lain seperti kemurungan dan kebimbangan, terutamanya dalam kalangan kanak-kanak perempuan.
Fabienne & Jenny (2023)	Frontiers in Public Psychology	Terbuka	Tiga analisis Regresi berganda hierarki yang berasingan	Cabaran kesihatan mental dalam kanak-kanak pelarian tanpa pengiring, PTSS, kemurungan, dan kebimbangan dalam kanak-kanak pelarian tanpa pengiring, Belia pelarian tanpa pengiring, dan mental health issues	Bilangan peristiwa traumatik yang lebih tinggi dan tekanan harian sosial meramalkan tahap yang lebih tinggi dalam ketiga-tiga domain masalah kesihatan mental. PTSS dan kebimbangan juga diramalkan oleh tekanan yang berkaitan dengan status kediaman, gejala kemurungan pula diramalkan oleh penyesuaian sosiobudaya, kurang hubungan keluarga dan tempoh penginapan..
Margit & Lars-G (2023)	Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health	Terbuka	Analisis kekerapan konfigural, analisis regresi logistik, dan ujian bukan parametrik untuk perbezaan kumpulan	Kecederaan diri bukan bunuh diri dan laluan perkembangan individu, Permulaan lewat dan penghentian kecederaan diri bukan bunuh diri, Gejala kemurungan, dan tidur yang tidak baik dalam kecederaan diri bukan bunuh diri	Peserta yang berhenti bergerak masih melaporkan tekanan, kebimbangan, dan gangguan emosi yang lebih tinggi secara signifikan
Sang Mi Kim et al (2023)	Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health	Terbuka	Analisis regresi logistik berganda	Pencapaian akademik dalam kalangan remaja semasa COVID-19, Kesan tidur yang tidak mencukupi terhadap kesihatan mental remaja,	Secara keseluruhan, peserta melaporkan idea bunuh diri, melaporkan merancang bunuh diri, dan melaporkan mencuba bunuh diri dalam tempoh 12 bulan sebelumnya.

bersambung...

...sambungan

Back Nielson et al., (2019)	Child Adolescent Psychiatry and Mental Health	and	Terhad	Model regresi bahaya berkadar Cox	Gangguan Psikiatri, Kanak-kanak. Pelarian, Gangguan Stres Pasca Trauma	Anak-anak pelarian yang terdedah kepada PTSD ibu bapa berisiko tinggi mengalami morbiditi psikiatri. Saringan dan intervensi yang disasarkan adalah perlu untuk mencegah morbiditi psikiatri dan memastikan akses kepada penjagaan yang mencukupi.
Cui- Hong Cao et al.,(2023)	Child Adolescent Psychiatry and Mental Health	and	Terhad	Analisis data merangkumi analisis Rasch, analisis faktor pengesahan (CFA), dan pemodelan persamaan struktur (SEM).	Kesihatan mental dalam kalangan kanak-kanak dan remaja pendatang berbahasa Turki, gangguan psikologi dalam kalangan belia berbahasa Turki yang mempunyai latar belakang migrasi, dan impak migrasi terhadap kesihatan mental kanak-kanak berbahasa Turki	Perbezaan ketara diperhatikan antara DASS-Y dan DASS-21, terutamanya dalam subskala kebimbangan
Jasmine Gustafsson et al., (2023)	Child Adolescent Psychiatry and Mental Health	and	Terhad	Analisis regresi logistik multinomial	Kesan Kesihatan Mental COVID-19 terhadap Remaja dan Dewasa Muda serta Tekanan Psikologi dalam Kalangan Belia semasa Pandemik COVID-19	Kedua-dua sampel, iaitu seorang gadis dan melaporkan pemantauan ibu yang lebih rendah; sokongan keluarga, rakan sebaya dan guru yang lebih rendah; keamatan komunikasi dalam talian yang lebih tinggi; suasana rumah dan iklim sekolah yang kurang positif; dan kesihatan yang dinilai sendiri yang lemah paling berkait rapat dengan tergolong dalam profil kesihatan mental yang lebih buruk.

bersambung...

...sambungan

Mariange la Lanfredi et al.,	Child Adolescent Psychiatry and Mental Health	and	Terhad	Analisis logistik regresi	Kesan Kesihatan Mental COVID-19 terhadap remaja dan dewasa muda, dan tekanan psikologi dalam kalangan belia semasa Pandemik COVID-19	Hasil kajian ini mengesahkan tekanan psikologi utama yang disebabkan oleh pandemik COVID-19 dalam sampel pelajar Itali yang besar, dan memberikan pandangan lanjut mengenai faktor-faktor yang berkaitan dengan status kesihatan mental yang baik atau buruk.
Kate Doery et al (2023)	Australian Journal of Social Issues		Terhad	Binari Logistik Regresi	Australia, kesihatan mental, diskriminasi kaum, golongan muda	Keputusan menunjukkan bahawa responden mengenal pasti diri mereka sebagai berasal daripada latar belakang berbilang budaya dan sebagai Orang Asli dan/atau Orang Asli. Diskriminasi langsung, diskriminasi kaum tidak langsung, kewaspadaan yang meningkat, dan kebimbangan. Peserta mengalami satu atau dua tekanan berkaitan COVID-19.
Victoria E Rodriguez et al (2023)	Journal of Health and Social Behavior		Terbuka	Logistik Regresi	Diskriminasi berkaitan imigresen, kesihatan mental, keluarga status campuran, pendatang tanpa izin.	Diskriminasi berkaitan imigresen dikaitkan dengan peningkatan kemurungan dan kebimbangan tanpa mengira status imigresen diri sendiri dan ibu bapa.
Nicole Filion et al (2018)	Jurnal Plos One		Terbuka	Regresi berbilang pemboleh ubah	Imigresen, Kewarganegaraan Kesihatan Mentalc Remaja	Keputusan menunjukkan bahawa remaja bukan warganegara mengalami hasil kesihatan mental yang lebih baik berbanding warganegara yang dilahirkan di AS.
Amanda Sim et al (2023)	BMC Public Health		Terbuka	Model Regresi	Penentu sosial, Pelarian, Ibu bapa, Penempatan semula, Pasca penghijrahan, Tekanan harian, Kesihatan mental, Daya tindak, Ketahanan	Keputusan menunjukkan pendedahan yang ketara kepada tekanan ekonomi dan sosial merentas pelbagai bidang kehidupan harian, serta tahap tekanan psikologi ibu bapa yang tinggi.

bersambung...

...sambungan

Gonneke W.J.M Stevens et al (2023)	Stress and Health	Terbuka	Analisis pelbagai kumpulan, khi kuasa dua.	remaja, COVID-19, kesihatan mental, SES	Penurunan kecil tetapi ketara dalam kepuasan hidup dan peningkatan kecil tetapi ketara dalam masalah emosi, masalah hubungan rakan sebaya, masalah tingkah laku, dan masalah hiperaktif-kurang perhatian.
Min Yang et al., 2020	Popul Space Place.	Terbuka	Model binari logistik regresi	China, kesihatan mental, trajektori migrasi, kaedah penjajaran jujukan	trajektori migrasi iaitu, urutan pelbagai migrasi antara tempat asal pendatang dan destinasi akhir mereka—berkaitan dengan ketara dengan hasil kesihatan mental.
Maria Teresa Gutmann et al., 2019	Child Psychiatry and Ment Health	Terbuka	ANOVA dan MANOVA, Ujian kuasa dua Chi dan "Ujian tepat Fisher	Kesihatan mental, Gangguan psikologi, Migran berbahasa Turki, Kanak-kanak, Remaja, Latar belakang migrasi Latar Belakang	Pesakit asli lebih kerap mengalami masalah luaran berbanding sampel berbahasa Turki. Walau bagaimanapun, dalam kumpulan kawalan, kanak-kanak dan remaja yang berbahasa Turki mempunyai tahap gejala internalisasi, kemurungan dan kebimbangan yang lebih tinggi berbanding rakan sebaya mereka yang berbahasa asli.
Edwards et al., 2022	Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health	Terbuka	Kuasa dua Chi, Wald yang Tidak Dilaraskan	Kesihatan mental kanak-kanak dan belia, Perkhidmatan kesihatan mental	Kanak-kanak dan belia dengan skor gejala kesihatan mental tertinggi lebih cenderung untuk berhubung dengan pelbagai penyedia merentas sektor.
Rachel Dale et al., 2021	Int. J. Environ. Res. Public Health	Terbuka	Binomial general linear models	Kesihatan mental; COVID-19; perantis; jantina; latar belakang migrasi; situasi kerja	Penemuan ini menekankan keperluan strategi rentas sektor untuk mengurangkan dan mencegah kesan kesihatan mental yang buruk akibat pandemik COVID-19 terhadap perantis.

bersambung...

...sambungan

Turkan Akkaya- Kalayci et al., 2020	Int. J. Environ. Res. Public Health	Terbuka	Three-way MANOVA	COVID-19; kesihatan mental; kesejahteraan; golongan muda; Austria; Turki	Pandemik COVID-19 menjejaskan kesejahteraan psikologi dan kesihatan mental golongan muda (COVID 19- Migrasi)
Sang Mi Kim et al., 2023	Child Adolescent Psychiatry and Mental Health	Terbuka	Analisis logistik regresi berganda	Pencapaian akademik, Remaja, COVID-19, Tidur yang tidak mencukupi, Penggunaan dadah, Kesihatan mental, Republik Korea, Pemikiran bunuh diri, Cubaan bunuh diri, Pencegahan bunuh diri	6.9% daripada peserta melaporkan idea bunuh diri, 2.2% melaporkan merancang bunuh diri, dan 1.9% melaporkan mencuba bunuh diri dalam tempoh 12 bulan sebelumnya.
K.Opong Asante, 2015	International Journal of Mental Health Promotion,	Terbuka	A One-Way ANOVA, post hoc analysis,	Perbezaan umur; perbezaan jantina; tingkah laku berisiko kesihatan; kesihatan mental; kanak-kanak dan remaja jalanan	87% daripada peserta menunjukkan masalah psikologi sederhana hingga teruk, dengan lelaki mempunyai skor yang lebih tinggi secara signifikan dalam kesejahteraan psikologi keseluruhan, masalah emosi dan hiperaktif berbanding wanita.
Hornfeck et al., 2023	Frontiers Psychology	Terbuka	Analisis regresi hierarki mendedahkan	Pelarian muda yang tidak ditemani, trauma, tekanan harian, PTSS, kemurungan, keimbangan, kesihatan mental, perkhidmatan kebajikan kanak-kanak	PTSS dan kebimbangan juga diramalkan oleh tekanan yang berkaitan dengan status kediaman, gejala kemurungan diramalkan tambahan oleh penyesuaian sosiobudaya, kurang hubungan keluarga dan tempoh penginapan. (selepas migrasi)
Muwong e et al., 2023	European Child & Adolescent Psychiatry	Terbuka	Analisis regresi logistik telah	Keperluan penjagaan Ketidakadilan Kanak-kanak Belia Kesihatan mental remaja Pengenalan	SEP yang lebih rendah meramalkan peluang yang lebih rendah untuk menggunakan MHC bagi gangguan mental lain, pendidikan yang lebih rendah), dan lawatan pesakit luar yang lebih sedikit apabila berhubung dengan penjagaan tersebut, walaupun tidak signifikan (nisbah kadar kejadian, IRR =

bersambung...

...sambungan

						0.51, selang keyakinan 95% 0.25–1.05, pendapatan terendah berbanding tertinggi).
Cleary et al., 2018	Journal of Immigrant and Minority Health	Terbuka	Model Regresi	Trauma · Latino · Belia Kesihatan mental · Imigran		Trauma yang dialami pada peringkat migrasi yang berbeza dikaitkan dengan hasil kesihatan mental yang berbeza.
Müller et al., 2020	Journal of Adolescent Research	Terhad	Pendekatan analisis kandungan berarah (Hsieh & Shannon, 2005)	Mengatasi, perlekatan, pendatang, remaja, kualitatif		Jenis strategi daya tindak yang digunakan oleh remaja pendatang baru mungkin sangat dipengaruhi oleh pelbagai faktor individu dan persekitaran.
Pedrini et al., 2015	Child Adolescent Psychiatry and Mental Health	Terbuka	Regresi logistik multinomial, dengan penghapusan langkah demi langkah ke belakang	Mencari bantuan, Kesihatan mental, Kanak-kanak, Remaja, Perkhidmatan kesihatan		Kebanyakan pesakit dirujuk ke CAMHS oleh guru sekolah (36%) atau profesional kesihatan (32%), manakala hanya 17% ibu bapa yang mendapatkan bantuan sendiri. Isu sekolah (50%) dan masalah emosi (17%) adalah sebab yang paling kerap untuk menghubungi.
Gubi et al., 2022	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	Terbuka	Logistik regresi	Kesihatan kanak-kanak dan remaja Migran Pelarian Penggunaan perkhidmatan kesihatan .Kesihatan mental dan psikiatri Pengenalan		Kanak-kanak pelarian dan bukan pelarian menggunakan penjagaan kesihatan mental kurang daripada rakan sebaya dari Sweden, kecuali pelarian termuda (0–10 tahun) yang mempunyai penggunaan yang sama seperti mereka yang dilahirkan di Sweden
Pieh et al., 2021	JAMA Network	Terbuka	Keratan rentas, analisis kuasa dua Chi	Kesihatan Mental Sekolah Menengah, Penjarakan Sosial, COVID-19		Seramai 3052 remaja 2139 perempuan; 508 pelajar mempunyai latar belakang migrasi mengambil bahagian dalam kajian ini. Seramai 1514 pelajar melebihi had minimum untuk gejala kemurungan yang relevan secara klinikal. 1326 pelajar. mengalami gejala kebimbangan yang

bersambung...

...sambungan

Attia Khan and Nazila Khanlu, 2021
International Journal of Mental Health and Addiction

Terbuka

Content analysis

Identiti etnik. Belia Pakistan pendatang. Ketahanan. Harga diri. Kesihatan mental. Belia yang dilahirkan di Kanada

relevan secara klinikal, 680 pelajar mengalami insomnia sederhana relevan secara klinikal dan 1702 pelajar mengalami tingkah laku makan yang terganggu yang relevan secara klinikal

Lapan puluh peratus belia (n = 46) melaporkan kesihatan mental yang baik hingga cemerlang, dan 74% berasa tertekan pada kebanyakan hari. Tahap identiti etnik yang lebih tinggi dan penilaian kesihatan mental yang lebih tinggi dalam sampel kami mencadangkan kesan pendatang yang sihat.

Befus et al., (2024)

BMC Public Health

Terhad

Analisis berganda Logistik regresi

Peranan jururawat kesihatan awam di pusat kesihatan belia, kualiti hidup berkaitan kesihatan dan kesihatan mental dalam kalangan remaja, pengurusan kesakitan dan sakit kepala dalam kalangan belia, dan penggunaan ubat analgesik OTC dalam kalangan remaja pendatang

Kanak-kanak perempuan menggunakan perkhidmatan penjagaan kesihatan belia lebih kerap berbanding kanak-kanak lelaki. Kualiti hidup berkaitan kesihatan yang lebih baik dikaitkan secara signifikan dengan lawatan yang lebih sedikit ke PHN di sekolah. input_sentence: Kanak-kanak perempuan melaporkan kualiti hidup yang berkaitan kesihatan (HRQoL) dan kesihatan mental yang lebih rendah, serta lebih banyak kesakitan dan penggunaan ubat-ubatan over-the-counter (OTCA) yang lebih kerap berbanding kanak-kanak lelaki. Apabila mengalami gejala tekanan psikologi, kanak-kanak lelaki mempunyai kemungkinan lebih besar untuk melawat PHN di sekolah berbanding kanak-kanak perempuan.

bersambung...

...sambungan

Jeremy Richard et al Annals of Terbuka Analisis khi kuasa dua Remaja; Perjudian berisiko; Masalah tingkah laku; Kesihatan mental
2017 Behavioural Science mendedahkan

Semua gejala kesihatan mental dan tingkah laku bermasalah berkaitan dengan peningkatan kekerapan berjudi dan risiko masalah perjudian. Perlu dicatat, kedua-dua masalah agresif dan masalah juvana/antisosial mempunyai risiko tertinggi untuk masalah perjudian berbanding masalah kebimbangan dan kemurungan. Perbezaan yang ketara juga diperhatikan dari segi jantina dan umur.

Wångby- Lundh et al., Child and Terbuka Analisis regresi logistik Kecelakaan diri bukan bunuh diri, Laluan perkembangan individu, Lewat bermula, Penghentian, Gejala kemurungan, Tidur yang tidak nyenyak
2023 Adolescent Psychiatry and Mental Health

Permulaan lewat repNSSI seperti yang dilaporkan pada awal dewasa sehingga tahap tertentu boleh diramal daripada ukuran gejala sepuluh tahun sebelumnya

2.3 AKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESIHATAN MENTAL REMAJA

Stresor psikososial ialah keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang itu terpaksa membuat penyesuaian diri (adaptasi untuk menanggung stresor atau tekanan mental yang timbul). Namun, tidak semua orang mampu melakukan adaptasi dan mengatasinya, sehingga menimbulkan gangguan kejiwaan.

Jenis stressor psikososial dapat digolongkan dari segi domain kepada masalah perkahwinan, peranan ibubapa, hubungan interpersonal, lingkungan hidup, pekerjaan, kewangan, hukum adat, perkembangan, penyakit fizikal atau kemalangan, faktor keluarga dan lain lain (bencana alam, kebakaran, pemerkosaan, kekacauan politik dan lain lain (Kepmenkes 2019).

2.3.1 Sosioekonomi

Dalam beberapa rujukan, boleh didapati pelbagai faktor yang mempengaruhi kejadian kesihatan mental. Di antara faktor tersebut adalah faktor sosioekonomi. Kajian oleh Maehler (2020) mendapati bahawa kajian yang dilakukan banyak meneliti mengenai remaja migran yang mengalami masalah kesihatan mental tidak membahas lebih lanjut mengenai sosio demografi seperti gender, usia remaja saat datang di negara baru, sosioekonomi, dan durasi tinggal. Kajian ini sejajar dengan kajian yang dilakukan oleh Duinhoff (2020) yang mendapati bahawa pada beberapa kajian menjelaskan status sosioekonomi (SES) and jantina mempunyai peranan penting antara proses imigrasi dan kesihatan mental pada remaja, tidak hanya pada remaja dengan SES rendah tetapi juga penting mengukur perbezaan gender dari pelbagai latar belakang SES memerlukan intervensi kesihatan mental terutama masalah perilaku dan masalah hubungan teman sebaya.

Kajian Yuen (2018) mendapati 23 kajian yang diteliti terdapat korelasi sosiodemografi seperti jantina, usia, status imigrasi dan latar belakang ekonomi dengan kejadian kesihatan mental remaja di Hongkong. Didapati remaja perempuan lebih rentan terhadap gejala kesihatan mental seperti depresi atau kualiti yang lebih buruk

daripada remaja laki-laki, di sisi lain satu studi kajian menjelaskan remaja laki laki lokal dan imigran lebih besar menderita depresi. Yuan juga mendapati bahawa, remaja dengan latarbelakang keluarga dengan penghasilan rendah lebih tertekan daripada remaja dengan SES lebih tinggi.

Kajian Chi (2020) mendapati bahwa gangguan stres pada remaja dipengaruhi oleh faktor gender, adanya proses migrasi, di mana migrasi menyebabkan kehilangan teman, lingkungan, adat istiadat dan berjumpa dengan budaya baru. Selain itu kajian ini mendapati juga adanya stres kerana prestasi akademik yang buruk, mendapat perlakuan negatif yang buruk dari guru, ibubapa, sehingga mengarah ke rendah diri. Adanya strata atau perbezaan perlakuan antara anak perempuan dan laki-laki oleh ibubapa dan keluarga menyebabkan kecenderungan tingkat stres anak perempuan lebih tinggi daripada remaja laki-laki.

2.3.2 Pendidikan Keluarga

Faktor pendidikan keluarga juga mempengaruhi kejadian kesihatan mental remaja. Kajian Ayele (2020) mendapati kesihatan mental daripada remaja imigran dan refugee di Ethiopia yang mengalami peristiwa traumatis kerana perang dipengaruhi oleh pendidikan keluarga, dengan pendidikan keluarga yang mencukupi tentang tanda penyimpangan yang terjadi pada keluarga akan dapat membantu remaja dalam mengatasi masalah depresi dan membantu remaja dalam mencari rawatan. Choi (2020) dalam kajiannya mendapati daripada remaja Asia dan Amerika faktor keluarga sangat mempengaruhi perkembangan psikologi remaja dan bagaimana remaja mengatasi rasa stres yang mereka hadapi. Permasalahan depresi dan kelainan perilaku pada remaja di Ethiopia bermula dari peringkat awal dari bagaimana proses yang terjadi dalam keluarga terutamanya hubungan antara ibubapa dan remaja. Keterbatasan pendidikan ibubapa kerana daerah yang konflik membuat ibubapa tidak menyedari terhadap persoalan stres pada remaja kerana hidup dalam tekanan dan tidak tahu bagaimana mencari perkhidmatan Kesihatan mental.

Bagi beberapa remaja, semua hal yang mereka tahu bergantung kepada apa yang diketahui oleh orang dewasa. Persepsi yang dibentuk dari pendidikan ibubapa akan

membentuk perilaku yang akan diteruskan oleh anak atau anggota keluarga dalam mencari perkhidmatan kesihatan. Moses (2011) mendapati bahawa daripada 70 ibubapa yang dilakukan temubual untuk membuktikan persepsi remaja tentang kesihatan mengatakan bahawa mereka tidak mengetahui sejauh mana remaja atau anak mereka memerlukan perkhidmatan kesihatan mental. Cohen (2012) mendapati bahawa 24 ibubapa yang dilakukan temubual semi terstruktur mengatakan persepsi orangtua terhadap masalah anak akan mempengaruhi seberapa gigih mereka mencari perkhidmatan kesihatan mental atau mencari doktor ahli dalam kesihatan mental.

2.3.3 Kesihatan Keluarga

Faktor Kesihatan Keluarga mempengaruhi kejadian kesihatan mental remaja, dan perilaku penjagaan kesihatan. Kajian Fazel (2018) mendapati bahwa gaya pengasuhan dan kesihatan terutama kesihatan mental keluarga remaja migran mengalami gangguan besar yang dapat mengganggu kestabilan hubungan antara anggota keluarga. Banyak didapati ibubapa terganggu mengalami peristiwa trauma di tempat migrasi, dan sekaligus mempunyai tanggungjawab dalam mengasuh anak-anak mereka, sehingga berpengaruh terhadap perilaku pengasuhan yang buruk terhadap anak. Remaja cepat menyerap pengaruh budaya dari negara tujuan, sehingga remaja lebih cepat mengadopsi semua informasi dari lingkungan sekitar dari ibubapa mereka. Kesenjangan budaya ini yang menyebabkan adanya masalah iaitu ibubapa tidak dapat mengawal mengontrol perkembangan mental anak remaja, karena orangtua masih menjunjung tinggi nilai-nilai budaya dari negara asal.

2.3.4 Sokongan Keluarga

Faktor sokongan keluarga mempengaruhi kejadian kesihatan mental remaja. Kajian oleh Choi (2020) mendapati faktor sokongan keluarga terhadap remaja mempengaruhi kejadian kesihatan mental. Ikatan hubungan antara ibubapa dan anak, adanya konflik dengan teman sebaya mempengaruhi angka depresi anak remaja dan ide bunuh diri. Kajian Chi (2020) mendapati fungsi keluarga adalah prediktor utama penyebab gangguan depresi pada anak remaja. Lingkungan keluarga yang negatif (hubungan antara ibubapa dan anak yang buruk) dapat memicu adanya depresi.

Kajian Fillion (2018) menunjukkan bahawa keakraban remaja dengan ibubapa; pegangan keagamaan dan sokongan sosial dalam keluarga migran menyumbang kepada peningkatan rasa kesejahteraan dalam populasi. Hubungan yang kuat ini dapat berfungsi sebagai faktor pelindung yang membantu anak-anak dan remaja migran mengatasi tekanan hidup akibat imigrasi dan asimilasi budaya.

2.3.5 Prasarana untuk Remaja

Faktor Prasarana mempengaruhi kejadian kesihatan mental remaja. Remaja tumbuh dan berkembang menjadi manusia biopsikosialspiritual yang kompleks, dan memerlukan pendampingan dalam perkembangannya menuju kesihatan mental yang optimal. Fazel (2018) dalam kajian tentang remaja imigran mendapati bahawa kebutuhan remaja imigran atau pelarian akan kesihatan harus melihat dari aspek perkembangan biopsikosial iaitu keluarga, sekolah dan lingkungan remaja itu tumbuh di masyarakat. Sekolah juga harus menjadi tempat untuk remaja berkembang dan belajar serta mampu memberikan sokongan terhadap potensi akademik dan memfasilitasi hubungan kepada teman sebaya. Sekolah harus menjadi tempat utama dalam menyokong perkembangan kesihatan mental remaja. Pada kajian ini juga didapati bahawa hendaknya dalam sekolah juga mampu untuk memfasilitasi konsultasi mengenai gejala yang dihadapi oleh remaja terutamanya adalah, kesulitan bahasa, kesulitan mencari kawan, dan bagaimana sekolah dapat menjadi penghubung kepada perkhidmatan kesihatan mental.

2.3.6 Polisi Imigrasi

Faktor polisi imigrasi juga mempengaruhi kejadian kesihatan mental remaja. Kajian Fillion (2018) mendapati pelbagai cabaran yang dihadapi remaja migran dalam mencapai kesihatan mental berasal dari polisi imigrasi. Kajian Sarmiento (2017) mendapati faktor penentu sosial mempengaruhi kerentanan yang lebih besar pada kelompok migran terhadap penyakit. Kajian ini menyatakan bahawa kondisi rumah yang buruk, diskriminasi, prosedur perpindahan yang tidak legal atau remaja migran dan keluarga yang tidak memiliki dokumen, dan polisi imigrasi yang ketat, mempengaruhi tingkat stres pada remaja migran dan keluarga. Adanya polisi imigrasi yang ketat terkait migran tanpa dokumen menjadi tentangan berat dan menjadi pemikiran kesan dari deportasi migran.

2.3.7 Tahap Tingkah Laku Mendapatkan Maklumat Kesihatan Mental Keupayaan mencapai dan Mempraktis oleh Keluarga dan Remaja

Faktor tingkah laku mendapatkan maklumat kesihatan mental, keupayaan mencapai dan mempraktis oleh keluarga dan remaja mempengaruhi kejadian kesihatan mental remaja. Boundani (2015) dalam kajian *Health care Access and Utilization among African-Immigrants in the District of Colombia Metro Area in United States : A comparative Analysis* ke atas 400 sampel mendapati ada kaitan suku kaum dengan kebolehcapaian perkhidmatan kesihatan. Sebanyak 80% pendatang Afrika punya sumber yang tetap untuk mendapatkan perkhidmatan kesihatan tetapi hanya 32% sahaja pendatang Afrika yang sedar kepentingan kebolehcapaian kesihatan. Kajian oleh Aida (2010) mendapati majoriti siswa sekolah di Malaysia tidak mengetahui tentang tersedianya perkhidmatan kesihatan mental di pelayanan kesihatan tingkat dasar. Kerana ketidaktahuan tersebut menjadi penghalang bagi siswa untuk memeriksa diri ke pakar pelayanan kesihatan mental.

2.3.8 Hambatan dalam Memperoleh Pelayanan Kesihatan Mental

Faktor hambatan dalam memperoleh pelayanan kesihatan mental mempengaruhi kejadian kesihatan mental remaja. Hambatan penyebab masalah kesihatan mental remaja di Amerika Syarikat iaitu adanya stigma, penolakan, kewangan, intervensi, dan akses. Majoriti pendidikan awam mempunyai gambaran yang salah tentang penderita kesihatan mental, anggapan bahawa penderita kesihatan mental sebagai penjahat tidak dapat dihindari.

Penolakan terhadap pemeriksaan atau pengubatan juga menjadi masalah bagi penderita gangguan mental, dengan adanya penolakan, menjadi penghalang bagi remaja yang memerlukan perawatan. Meningkatnya biaya pengubatan, pembayaran yang tinggi, menjadi penentu apakah seseorang akan mencari pengubatan atau tidak. Beberapa kajian pada tahun 2011 di jurnal *Health Affairs* mendapati bahwa Amerika Syarikat menghabiskan 113 juta dolar untuk perawatan kesihatan mental yang hanya 5,6% dari pengeluaran terkait perawatan kesihatan fizikal nasional. Biaya yang tinggi yang dikeluarkan sendiri masih tetap menjadi penghalang terbesar yang mencegah individu mencari perawatan kesihatan mental.

Beberapa orang menyerah untuk menjalani pengubatan kerana mereka tidak percaya dapat disembuhkan. Minimalnya sosialisasi tentang kesihatan mental di lingkungan sekolah juga menjadi pencetus risiko. Ada beberapa Terapi Psikologi dan / atau beberapa ubat yang dicuba sebelum menemukan kombinasi yang tepat untuk memberikan hasil terbaik. Dalam hal perawatan kesihatan mental, tidak ada satu ukuran yang sesuai untuk semua perawatan, dan rencana kesihatan apa pun harus disesuaikan dengan keperluan individu yang mencari perawatan untuk membantu mereka mencapai hasil terbaik. Sebelum memilih kaunselor atau terapi, ada banyak faktor yang perlu dipertimbangkan sebelum membuat keputusan seperti latar belakang budaya, pegangan spiritual, dan kompetensi mereka untuk meningkatkan kemungkinan kesesuaian yang lebih baik.

2.4 PENGHIJRAHAN ATAU MIGRASI

Saat ini diperkirakan terdapat 1 juta orang migran di dunia, 272 juta migran di antaranya adalah migran antarbangsa dan 787 juta migran internal, 1 dari tujuh populasi dunia. Diperkirakan 70.8 juta migran internal dan antarbangsa dipindahkan secara paksa saat ini. Globalisasi, konflik, kemiskinan, perubahan iklim, urbanisasi, ketimpangan dan prospek pekerjaan yang buruk adalah beberapa alasan yang memaksa orang meninggalkan rumah untuk mencari masa depan yang lebih baik. Terlepas dari banyak manfaat migrasi, para migran sendiri tetap menjadi anggota masyarakat yang paling rentan

Pengungsi dan migran berkontribusi secara positif tetapi mereka tidak dapat berkontribusi secara maksimal kecuali mereka dalam keadaan sehat. WHO (*World Health Organization*) memaparkan mereka yang berada dalam situasi rentan (terutama selama proses migrasi) berisiko mengalami kondisi kesihatan yang buruk termasuk kesihatan mental. Ini kerana kurangnya akses ke perawatan kesihatan, perawatan yang terputus, dan kondisi hidup dan kerja yang buruk. Mengatasi kebutuhan Kesihatan pengungsi dan migran sejak dini melalui perawatan pencegahan dan perawatan primer menurunkan biaya untuk sistem perawatan kesihatan dalam jangka panjang. Pemerintah menghadapi tantangan untuk mengintegrasikan kebutuhan Kesihatan para pengungsi dan migran ke dalam rencana, kebijakan dan strategi nasional sehingga semua orang

dapat mengakses perawatan kesihatan yang berkualiti dan boleh dicapai ketika mereka memerlukannya.

2.4.1 Alasan Penghijrahan

Sejarah awal penghijrahan pekerja migran Indonesia adalah semasa era penjajahan Belanda ketika mereka menghantar pekerja ladang dari Pulau Jawa ke Suriname, Amerika selatan pada Tahun 1890-1930 (BNPTKI 2011). Menurut *International Migration Papers* oleh Wicramasekera (2010), antara sebab mengapa seseorang berpindah untuk bekerja adalah mencari pendapatan tinggi, dipengaruhi oleh rakan, atau mengikuti keluarga, rangkaian sosial peneroka atau mencari pengalaman dan melarikan diri dari konflik atau penganiayaan.

2.4.2 Jenis Pekerjaan Pekerja Asing dan Negara Tujuan

Penduduk Indonesia yang melakukan penghijrahan ke Malaysia terbahagi menjadi beberapa golongan iaitu Anggota Diplomat luar negara, Pekerja Migran Indonesia, dan pelajar antarabangsa (BNPT2TKI 2019). Indonesia adalah negara kedua terbesar di Asia Tenggara yang mengirimkan tenaga kerja ke luar negara selepas Filipina. Sebahagian Pekerja Migran Indonesia (PMI) adalah perempuan 496,131 (79%) dan sebahagian bekerja di Asia (59%) dan dalam sektor informal (77%). Kebanyakan mempunyai pendidikan minimum, serta kemahiran kerja yang minimal atau juga yang separa mahir. Beberapa negara yang menerima PMI di antaranya adalah Malaysia, Taiwan, Arab Saudi, Hong Kong, Jepun dan lainnya.

2.4.3 Risiko Kesihatan Pekerja Asing dan Keluarga

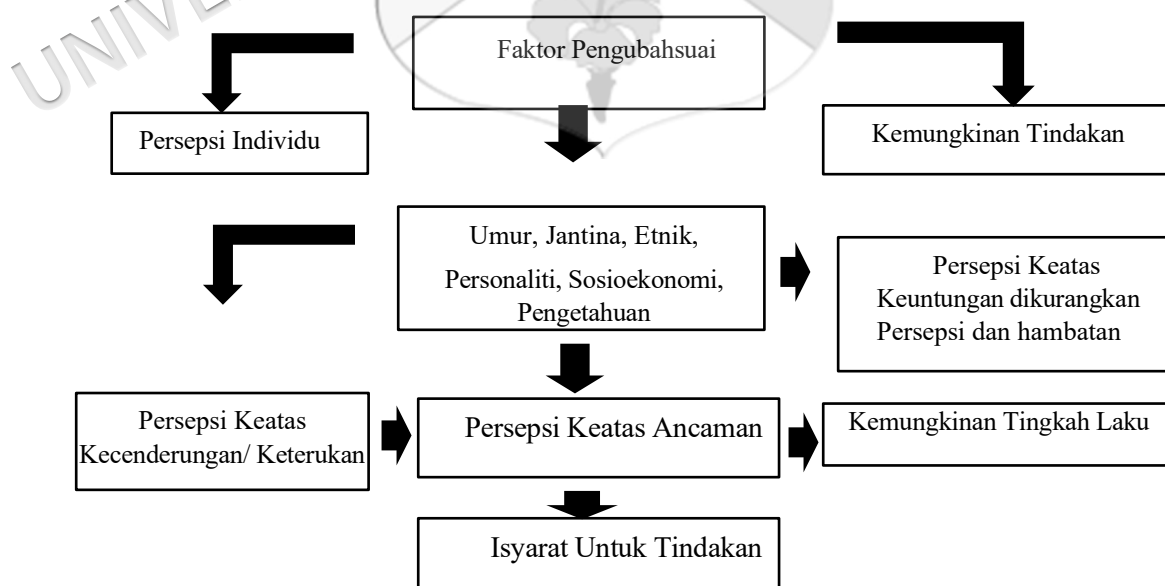
Menjalani penghijrahan sebagai pekerja migran mahupun migrasi pendidikan adalah sesuatu yang mencabar Terdapat banyak situasi yang mesti dilalui oleh para migrant di negara tujuan bermula dari persiapan sebelum berlepas, semasa berlepas dan tiba di negara tujuan, Prosedur penghijrahan banyak mempengaruhi kondisi kesihatan penduduk migran.

2.5 PENDEKATAN TEORI DALAM KAJIAN

Dalam kajian ini diperlukan pendekatan teori untuk lebih memahami konsep dasar kajian. Ada 3 Teori yang dirujuk sebagai panduan dalam merangka konsep kajian ini iaitu teori Model Kepercayaan Kesihatan (Health Belief Model), yang dikemukakan oleh Hochbaum (1958); Model Biopsikologi dalam kesihatan mental, dan Model Tingkah Laku Gelberg Anderson.

2.5.1 Model Kepercayaan Kesihatan (Health Belief Model)

Di dalam Model Kepercayaan Kesihatan, ada empat persepsi yang dibangun atas empat perkara yang utama : persepsi keatas kegawatan, persepsi ke atas kecenderungan, persepsi ke atas faedah dan persepsi ke atas hambatan. Menurut HBM, persepsi ke atas kecenderungan adalah penilaian individu atau peluangnya untuk mendapatkan penyakit. Persepsi ke atas keuntungan adalah kesimpulan individu yang menentukan apakah tingkah laku yang baru adalah baik daripada apa yang sedia ada. Persepsi ke atas keterukan adalah penghakiman individu untuk keterukan penyakit. Pembolehubah yang diubahsuai adalah faktor peribadi individu yang memberi kesan kepada tingkah laku yang baru diambil. Isyarat untuk mengubah tingkahlaku dan keberkesanan diri adalah kepercayaan peribadi dalam usaha sendiri untuk melakukan sesuatu.



Rajah 3.1 Health Belief Model

Sumber : Stretcher & Rosenstock (1997) yang dikutip oleh Jones & Bartlett

2.5.2 Model Biopsikologi dalam Kesihatan Mental

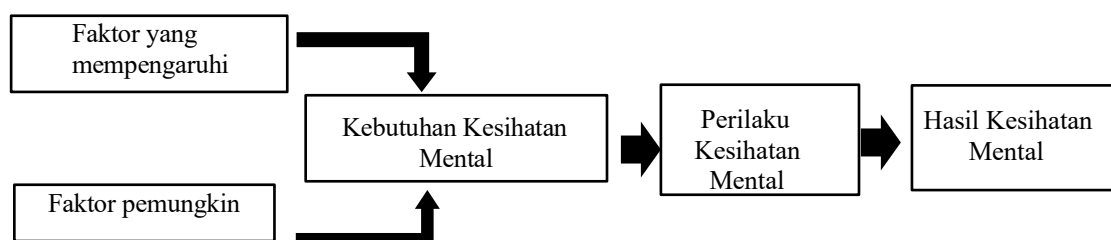
Model Biopsikososial ialah kerangka holistik menerangkan hubungan antara kesihatan dan penyakit (termasuk kesihatan mental) adalah hasil daripada interaksi kompleks faktor Biologi, Psikologi, dan Sosial. Model ini dicadangkan oleh George et al (1977) sebagai alternatif kepada model biomedikal tradisional yang cenderung hanya menumpukan pada aspek fizikal/biologi sahaja. Model Biopsikososial ini melihat setiap individu sebagai satu kesatuan yang dipengaruhi oleh tiga dimensi utama yang saling berkaitan dan berinteraksi secara dinamik iaitu;

- a. Faktor Biologi (Bio): merujuk kepada aspek fizikal dan fisiologi tubuh yang mempengaruhi kesihatan mental. Contoh: Genetik: Kecenderungan genetik terhadap gangguan mental tertentu (cth., skizofrenia, gangguan bipolar). Neurokimia: Ketidakseimbangan neurotransmitter (bahan kimia otak) seperti serotonin, dopamin, dan norepinefrin. Fungsi Otak: Struktur dan fungsi otak yang tidak normal, kerosakan otak, atau penyakit fizikal yang mempengaruhi otak. Kesihatan Fizikal: Penyakit kronik, nutrisi, tidur, dan kesan ubat-ubatan.
- b. Faktor Psikologi (Psiko): merangkumi proses mental dan pengalaman dalaman seseorang yang membentuk tingkah laku dan keadaan emosi mereka. Contoh: Kognisi: Corak pemikiran, kepercayaan, tafsiran peristiwa, dan gaya mengatasi masalah (coping mechanism). Emosi: Kestabilan emosi, pengurusan stres, dan tindak balas terhadap trauma. Pembelajaran dan Memori: Pengalaman hidup (termasuk trauma awal), proses pembelajaran dan kebolehan memori. Personaliti : Ciri-ciri peribadi
- c. Faktor Sosial (Sosial): meliputi pengaruh persekitaran luaran dan hubungan interpersonal seseorang terhadap kesihatan mental mereka. Contoh: Sistem Sokongan: Kualiti hubungan keluarga, rakan, dan sokongan komuniti. Budaya dan Nilai: Norma masyarakat, nilai budaya, dan faktor diskriminasi. Sosioekonomi: Taraf pendidikan, pekerjaan, status kewangan, dan akses kepada perkhidmatan kesihatan. Peristiwa Hidup: Stres dari kehilangan, konflik keluarga, atau perubahan besar dalam hidup.

Kepentingan dalam Kesihatan Mental. Model Biopsikososial sangat penting dalam kesihatan mental kerana ia menyediakan pandangan yang menyeluruh dan bersepadu mengenai punca gangguan mental dan cara merawatnya. Pemahaman Holistik: Ia menolak idea bahawa gangguan mental hanya disebabkan oleh satu faktor (cth., hanya biologi atau hanya psikologi). Sebaliknya, ia menunjukkan bahawa masalah kesihatan mental adalah akibat daripada interaksi rumit ketiga-tiga faktor tersebut. Contohnya, seseorang yang mempunyai kerentanan genetik (Biologi) mungkin mengalami kemurungan apabila berhadapan dengan tekanan sosial (Social) dan menggunakan gaya mengatasi masalah yang negatif (Psikologi). Rawatan Bersepadu: Pendekatan ini menggalakkan rawatan yang merangkumi semua dimensi. Ini boleh melibatkan: Intervensi Biologi: Ubat-ubatan untuk menguruskan ketidakseimbangan kimia otak. Intervensi Psikologi: Terapi kognitif-tingkah laku (CBT) atau kaunseling untuk mengubah corak pemikiran dan tingkah laku negatif. Intervensi Sosial: Memperbaiki sistem sokongan, menangani isu sosioekonomi, atau pengubahsuaian persekitaran hidup. Dengan mengaplikasikan Model Biopsikososial, profesional kesihatan mental dapat menyediakan pelan rawatan yang lebih peribadi, berkesan, dan berkekalan kerana ia mengambil kira "keseluruhan" individu, bukan sekadar simptom penyakit.

2.5.3 Model Tingkah Laku Gelberg-Andersen

Lee (2016) meneroka penggunaan fasiliti kesihatan di Philadelphia terhadap pendatang daripada Bhutanese menggunakan Gelberg-Anderson dalam model tingkahlaku untuk populasi terdedah, mendapati bahawa faktor bahasa, budaya, rangkaian sosial, sistem kesihatan dan pengalaman interaksi dengan perkhidmatan kesihatan menjadi faktor yang mempengaruhi penggunaan perkhidmatan kesihatan. Kajian ini menggunakan Model Gelberg-Anderson sebagai pendekatan kerangka kajian (Rajah 2.2).



Rajah 2.2 Gelberg Anderson Model Perilaku
Sumber: Lee (2016)

2.5.4 Jurang Dalam Kesihatan Mental Remaja

Kajian oleh Graham. (2020) cuba menjelaskan jurang dalam kesihatan mental remaja yang dihadapi masyarakat yang mempunyai bangsa dan etnik minoriti dan kurang mendapat pemerhatian dalam pandangan kesihatan masyarakat. Kajian ini mendapati kerangka kajian seperti Rajah 2.2 mengidentifikasi faktor-faktor yang menyumbang kepada kesihatan mental individu. Sebahagian besar kajian kesihatan mental masih berfokus pada populasi umum atau remaja non migran, sementara remaja imigran menghadapi tantangan yang unik, seperti adaptasi budaya, tekanan akulturasi dan potensi diskriminasi. Hal ini menciptakan kesenjangan dalam pemahaman tentang bagaimana faktor-faktor ini secara spesifik mempengaruhi kesihatan mental mereka. Banyak penelitian yang gagal menangkap perbezaan bahasa tekanan untuk berasimilasi, dan ekspektasi budaya dan keluarga mereka (Julia Acker et al. 2024)

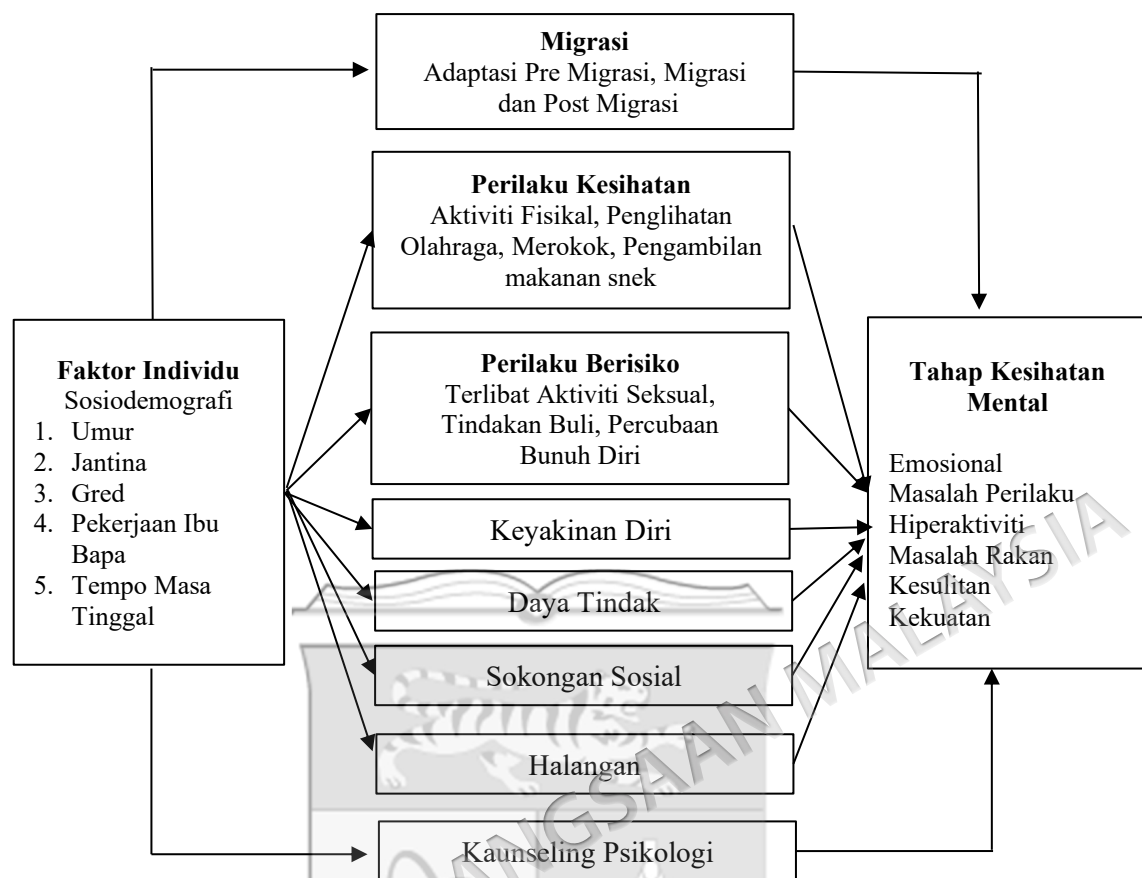
Kebanyakan penelitian kesihatan mental pada remaja imigran menggunakan reka bentuk kajian keratan rentas (*cross-sectional*), yang memberikan gambaran pada satu titik waktu tetapi tidak menunjukkan bagaimana masalah Kesihatan mental berkembang seiring waktu. Kajian longitudinal dapat memberikan wawasan lebih mendalam tentang bagaimana pengalaman imigrasi dan adaptasi jangka panjang mempengaruhi kesihatan mental mereka, termasuk potensi risiko gangguan kronik seperti depresi dan kebimbangan.

Dalam banyak budaya, kesihatan mental mungkin masih dianggap sebagai topik yang taboo atau tidak diakui. Kekurangan kajian yang menyelidiki bagaimana pandangan budaya ini mempengaruhi remaja imigran, termasuk perasaan malu atau stigma yang mungkin dialami ketika mendapatkan bantuan, menunjukkan suatu jurang pengetahuan yang signifikan dalam bidang ini. Faktor budaya ini dapat mempengaruhi keberanian mereka untuk mencari sokongan atau mengikuti terapi, tetapi hal ini jarang menjadi fokus utama dalam penelitian (Julia Acker et al 2024). Akses layanan kesihatan mental bagi remaja imigran masih terbatas karena hambatan bahasa, budaya, dan finansial. Kajian yang mendalam mengenai bagaimana hambatan ini mempengaruhi mereka masih sangat terbatas, sehingga menciptakan jurang dalam pemahaman tentang keperluan dan cara terbaik untuk menyediakan layanan yang inklusif dan efektif dalam

banyak budaya. Kesihatan mental mungkin masih dianggap sebagai topik yang tabu atau tidak diakui. Meskipun banyak penelitian yang mengidentifikasi faktor risiko kesihatan mental, sangat sedikit yang menggali strategi koping dan mekanisme resiliensi yang digunakan oleh remaja imigran. Padahal, memahami strategi yang berhasil dapat memberikan panduan penting bagi polisi dan intervensi yang lebih mendukung kesejahteraan mereka.

2.6 KERANGKA TEORI KESIHATAN MENTAL REMAJA

Model ini cuba untuk menangkap persekitaran sosial, ekonomi dan politik di mana migrasi berlaku. Ia mengambil kerangka oleh Lund et al. yang mengkategorikan penentu sebagai sosial, pengenalan dan budaya, persekitaran, komuniti, ekonomi atau demografi. Kategori untuk penentu kesihatan juga telah dimasukkan untuk menangkap hubungan antara masalah kesihatan fizikal dan keadaan kesihatan mental. Model ini menggabungkan Teori Sistem Ekologi Bronfenbrenner, yang membezakan antara faktor proksimal (iaitu faktor di persekitaran langsung individu yang mempengaruhi kesihatan mental) dan faktor distal (iaitu faktor struktural yang memberikan impak pada tahap populasi dan mungkin dipengaruhi oleh faktor proksimal) serta mengakui bahawa xenofobia dan diskriminasi ditunjukkan di semua tahap ekologi. Faktor biologi dan keluarga dianggap sebagai pengantara kesan penentu proksimal dan distal terhadap kesihatan mental. Model ini juga merangkumi komponen perjalanan hidup serta empat tahap utama perjalanan pelarian dan migran (sebelum migrasi, perjalanan dan transit, selepas migrasi, dan integrasi serta penempatan) dan mengambil kira hakikat bahawa perjalanan ini jarang bersifat linear; ia mungkin mengambil masa bertahun-tahun sebelum penempatan semula di negara tuan rumah berlaku, dan pelarian serta migran mungkin kembali atau dihantar semula ke negara asal mereka dan/atau meneruskan migrasi.

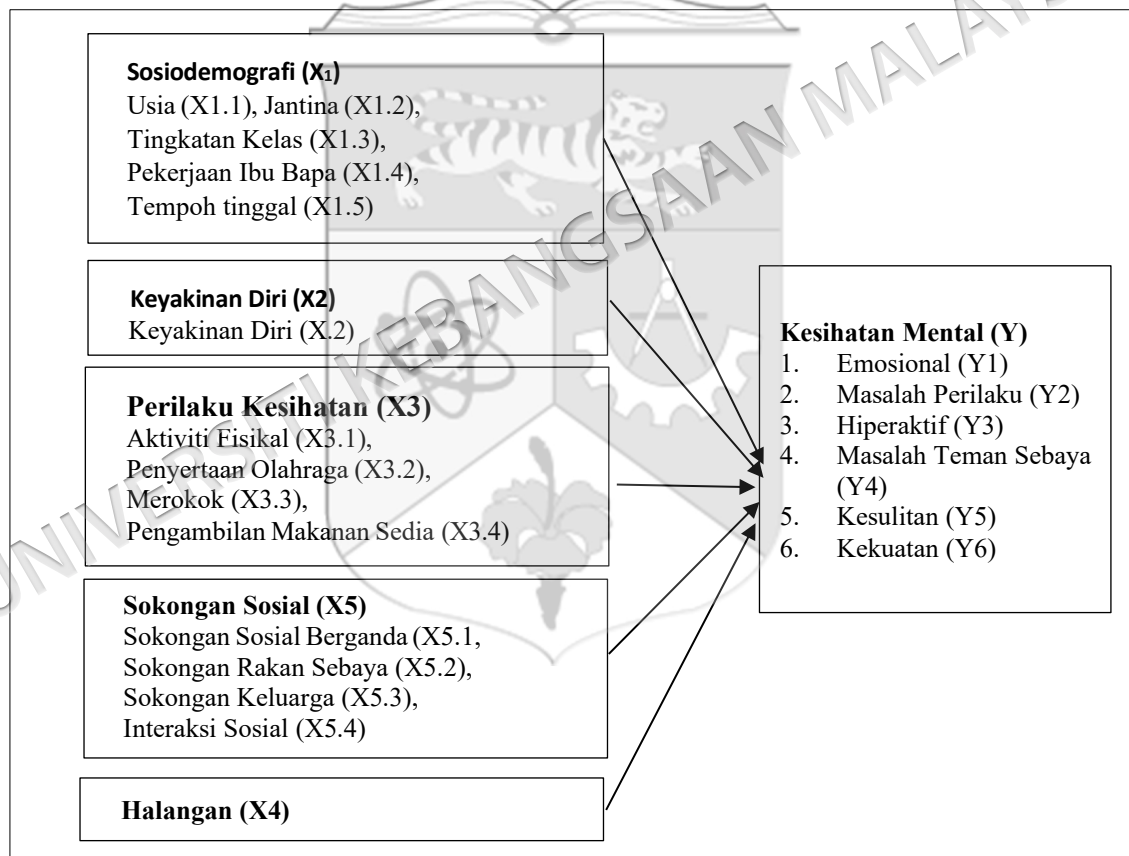


Rajah 2.3 *Triadic Model on Mental Health* : diadaptasi dari (1) Erichson *theory of Pshicososial Development*, (2) Bronfenbreneur “*Ecological Theory*” (3) Lazarus *Theory “stress coping theory”*

2.7 KERANGKA KONSEP KAJIAN

Kerangka konseptual dibuat merujuk kepada teori Bandura pada tahun 1977 bahawa kesihatan mental remaja dipengaruhi oleh beberapa faktor yang mempengaruhi satu sama lain, iaitu ciri-ciri peribadi, tingkah laku dan persekitaran. Dalam kajian ini, pembolehubah yang tidak bersandar termasuk ciri-ciri responden (X1), keyakinan diri (X2), tingkah laku kesihatan (X3), tingkah laku berisiko (X4), dan (X5) sokongan sosial. Ciri-ciri responden terdiri daripada umur, jantina, tahap gred, pekerjaan ibu bapa, tempoh penginapan di negara tempat tinggal. Ciri yang wujud dalam kalangan remaja selain daripada sosiodemografi ialah keyakinan diri. Keyakinan diri dalam kajian ini adalah keyakinan diri terhadap usaha untuk melaksanakan tugas hari demi hari secara bebas. Faktor seterusnya ialah tingkah laku kesihatan. tingkah laku kesihatan dalam

kajian ini ialah aktiviti fizikal, penyertaan senaman, penggunaan makanan sedia ada dan merokok. faktor tingkah laku risiko dalam kajian ini ialah aktiviti seksual, pembuli, keganasan, dan idea bunuh diri. Faktor Sokongan Sosial dalam kajian ini ialah pelbagai sokongan sosial, sokongan rakan sebaya, sokongan keluarga, dan interaksi sosial. Pembolehubah bersandar (pembolehubah Y) dalam kajian ini adalah kesihatan mental dengan menilai penunjuk Emosi (Y1), Masalah Tingkah Laku (Y2), Hiperaktif (Y3), Masalah Rakan Sebaya (Y4), Kesukaran dan Kekuatan (Y5). Kajian ini menilai korelasi antara X1,X2,X3,X4,X5 pada Kesihatan Mental Emosi (Y1), Masalah Tingkah Laku (Y2), Hiperaktif (Y3), Masalah Rakan Sebaya (Y4), Kesukaran dan Kekuatan (Y5). (Rajah 2.4



Rajah 2.3 Kerangka konsep diadaptasi dari pelbagai teori kerangka kajian lepas Bandura et al 1997 (Duinhoff et al (2019); Machler et al. (2019), Patel, et al (2016)

Kerangka Konseptual dibuat berpanduan pada teori Bandura (1977) bahawa kesihatan mental remaja dipengaruhi oleh beberapa faktor yang saling mempengaruhi iaitu perihalan peribadi, perilaku, dan lingkungan. Dalam kajian ini, pembolehubah tidak bersandar meliputi perihalan responden (X1), keyakinan diri (X2), perilaku kesihatan

(X3), perilaku berisiko (X4), dan (X5) sokongan sosial. Perihal responden terdiri daripada usia, jantina, tingkatan kelas, pekerjaan ibu bapa, lama tinggal di negara tempat tinggal. Perihal berkaitan diri remaja selain sosiodemografi adalah keyakinan diri. Keyakinan diri dalam kajian ini adalah kemampuan melakukan tugas sehari-hari secara mandiri. Faktor berikutnya adalah perilaku kesihatan. Perilaku kesihatan dalam kajian ini adalah aktiviti fizikal, penyertaan olahraga, pengambilan makanan sedia ada / proses, dan merokok. Faktor perilaku berisiko dalam kajian ini adalah aktiviti seksual, buli, keganasan, dan hasrat bunuh diri. Faktor sokongan sosial dalam kajian ini adalah sokongan sosial berganda, sokongan teman sebaya, sokongan keluarga, interaksi sosial. Pembolehubah bersandar (pembolehubah Y) dalam kajian ini adalah kesihatan mental dengan menilai indikator Emosional (Y1), Masalah Perilaku (Y2), Hiperaktif (Y3), masalah teman sebaya (Y4), Kesulitan dan Kekuatan (Y5). Kajian ini menilai hubungan antara X1,X2,X3,X4,X5 terhadap Kesihatan Mental Emosional (Y1), Masalah Perilaku (Y2), Hiperaktiviti (Y3), Kesulitan (Y4), Kekuatan (Y5).

Faktor utama yang boleh menentukan kesihatan mental pada remaja ialah usaha individu untuk mengatasi tekanan yang berlaku kepada dirinya sendiri, usaha individu untuk bekerja, dan hubungan individu dengan masyarakat. Berdasarkan analisis kajian kesusasteraan terdahulu, faktor pertama yang mempengaruhi ialah keberkesanan diri, iaitu keyakinan diri dalam menyelesaikan tugas yang diberikan. Keberkesanan diri adalah ciri peribadi yang terdiri daripada satu pertiga daripada Model Kausal Triad Timbal Balik, model ini berpendapat bahawa tingkah laku seseorang sentiasa hasil daripada interaksi peribadi, corak tingkah laku. Meneroka lebih jauh ke dalam Model Triarki, bahagian corak tingkah laku termasuk usaha untuk membuat perubahan tingkah laku dalam menangani atau mengurangkan persepsi keberkesanan diri yang rendah, kebimbangan dan strategi pembelajaran yang tidak berkesan. Faktor persekitaran adalah faktor yang menyokong keyakinan diri, pertumbuhan dan perkembangan diri remaja dalam persekitaran mereka. Faktor persekitaran ini termasuk sokongan sosial yang diberikan dalam kehidupan seharian di mana remaja membesar dan berkembang yang merangkumi persekitaran sosial dengan tema rakan sebaya, persekitaran sekolah tempat dia belajar, dan persekitaran keluarga.

2.8 KESIMPULAN

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesihatan Mental (Y). Sosiografi (X1): Aspek demografi seperti usia (X1.1), jantina (X1.2), tingkatan kelas (X1.3), pekerjaan ibu bapa (X1.4), dan lama tinggal (X1.5) adalah faktor asas yang mungkin membentuk latar belakang dan keadaan hidup remaja, secara tidak langsung mempengaruhi kesihatan mental mereka. Keyakinan Diri (X2): Tahap keyakinan diri (X2) remaja dipercayai memainkan peranan penting. Keyakinan yang tinggi boleh menjadi pelindung terhadap masalah kesihatan mental, manakala keyakinan yang rendah mungkin meningkatkan risiko. Perilaku Kesihatan (X3): Tingkah laku harian yang berkaitan dengan kesihatan juga relevan. Ini termasuk aktiviti fizikal (X3.1), partisipasi dalam sukan (X3.2), kebiasaan merokok (X3.3), dan pengambilan makanan segera (X3.4). Gaya hidup sihat secara umum dikaitkan dengan kesejahteraan mental yang lebih baik. Perilaku Berisiko (X4): Keterlibatan dalam tingkah laku berisiko mempunyai hubungan langsung dengan kesihatan mental. Perilaku ini termasuk aktiviti seksual (X4.1), buli (X4.2), kekerasan (X4.3), dan hasrat bunuh diri (X4.4), yang menunjukkan masalah kesihatan mental yang serius. Dukungan Sosial (X5): Sistem sokongan sosial adalah faktor kritikal. Model ini menekankan dukungan sosial (X5.1), dukungan rakan sebaya (X5.2), dukungan keluarga (X5.3), dan interaksi sosial (X5.4). Kehadiran sokongan yang kuat daripada keluarga dan rakan sebaya boleh menjadi penyangga penting yang membantu remaja mengatasi tekanan dan mengurangkan masalah kesihatan mental. Kesimpulannya, model ini menunjukkan bahawa Kesihatan Mental (Y) tidak boleh dinilai secara terpisah. Sebaliknya, ia adalah hasil daripada interaksi kompleks antara faktor sosiografi, keyakinan diri, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, dan tahap dukungan sosial yang diterima oleh remaja. Untuk meningkatkan kesihatan mental, intervensi perlu berfokus pada pelbagai aspek ini secara holistik.

BAB III

METODOLOGI PENYELIDIKAN

3.1 PENGENALAN

Bab ini disajikan konteks, dan penerangan berkaitan kaedah penyelidikan reka bentuk kajian campuran penerokaan berurutan. Penerangan reka bentuk urutan penerokaan disesuaikan mengikut fasa. Terdapat dua fasa kajian : fasa pertama kajian kualitatif dan fasa kedua kajian kuantitatif. Pada setiap fasa dinyatakan bentuk kajian, pengukuran sampel dan proses pengambilan sampel, pengkodan, dan analisis. Bahagian pengkodan data memperkenalkan teknik metodologi khusus yang digunakan untuk menjelaskan data kualitatif dari perspektif kuantitatif. Teknik ini digunakan dalam penelitian ini sebagai cara yang tepat untuk menjelaskan respons pertanyaan terbuka yang dikumpulkan (yang bersifat kualitatif) secara statistik, kuantitatif. Pembentukan soal selidik dan validasi diterangkan secara perincian.

3.2 LATAR BELAKANG LOKASI KAJIAN

Kajian ini dilakukan di dua kawasan negara iaitu Kuala Lumpur Malaysia dan Surabaya Indonesia. Majoriti masyarakatnya adalah berbangsa Melayu dan beberapa etnik lain adalah berbangsa Cina, India, Arab, dan Indonesia. Masyarakat Indonesia di Malaysia terdiri daripada pelbagai peringkat usia dari remaja, hingga warga emas yang membuat penghijrahan kerana mereka terlibat dalam pekerjaan terutamanya. Kebanyakan migran Indonesia ini tersebar di kawasan yang memerlukan perkhidmatan tenaga buruh seperti perkhidmatan perikanan, pembalakan dan pembinaan (Rajah 3.1). Terdapat juga penghijrahan pelajar dari Indonesia di pusat pengajian tinggi yang menawarkan peluang belajar di peringkat sarjana hingga kedoktoran. Segelintir dari mereka juga meneruskan untuk tinggal di Malaysia sebagai pekerja kategori profesional sebagai pegawai

penyelidik atau pegawai dalam bidang kejuruteraan, kesihatan, pendidikan dan teknologi maklumat.

Sebilangan pekerja migran yang datang ke Malaysia ada yang datang semata-mata untuk bekerja, ada juga turut membawa bersama keluarga mereka. Terdapat juga anak yang dilahirkan di Malaysia kerana perkahwinan campuran antara dua negara. Semua pekerja migran dari Indonesia berada di bawah pengawasan kedutaan Indonesia di Kuala Lumpur, atau Konsulat Jeneral Indonesia di Johor Bahru, Pulau Pinang dan Sabah. Remaja yang mengikuti ibu bapa mereka berhijrah ke Malaysia, untuk melanjutkan pelajaran di sekolah rendah, sekolah menengah pertama dan sekolah menengah atas di Malaysia akan mendaftar sama ada di sekolah Indonesia mahupun sekolah antarabangsa.



Rajah 3.1 Peta Taburan Remaja di Sekolah Indonesia di Malaysia

3.2.1 Tempat Kajian

Kajian penerokaan di Fasa pertama dijalankan di tiga kawasan di Semenanjung Malaysia yang terdapat perwakilan pemerintah Indonesia iaitu Sekolah Indonesia Luar Negara (SILN) di bawah naungan Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) di Kuala Lumpur dan Konsulat Jenderal Republik Indonesia (KJRI) di Johor Bahru dan Pulau Pinang (Rajah. 3.1). Kajian Fasa kedua dijalankan di dua tempat iaitu; (a) Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (SIKL) iaitu salah satu sekolah Indonesia Luar negara dan (b) Sekolah Menengah Muhammadiyah Surabaya iaitu sekolah utama untuk remaja di Surabaya.

a. Sekolah Indonesia Luar Negara di bawah KBRI Kuala Lumpur

Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) di Kuala Lumpur menyediakan pelayanan perkhidmatan kepada masyarakat Indonesia yang berada di Kuala Lumpur, Selangor, Terengganu, Kelantan untuk urusan passport yang telah habis tempoh, penggantian passport yang rosak atau hilang, tambah masa passport dan lain-lain. Pekerja Migran Indonesia juga datang ke KBRI-KL untuk urusan tenaga kerja seperti Kartu Tenaga Kerja, kontrak kerja, dan pengurusan Insurans tenaga kerja. Selain itu, KBRI KL juga melayani pengurusan persoalan surat anggota keluarga untuk kepentingan pendidikan anak migran di Malaysia. (KBRI-KL)

KBRI mendirikan sebuah Sekolah Indonesia di Kuala Lumpur Malaysia. Sekolah ini adalah sekolah yang didirikan untuk memudahkan Pekerja Migran Indonesia yang bekerja di Malaysia untuk membawa keluarga dan anak-anak. Sekolah ini menyediakan pendidikan mulai Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Taman Kanak-Kanak (TK), Sekolah Dasar (SD), Sekolah Menengah Pertama (SMP), dan Sekolah Menengah Atas (SMA). Peserta didik SIKL berdasar data yang boleh dicapai untuk bulan September 2016 berjumlah 455 siswa terbahagi 20 siswa TK, 199 siswa sekolah dasar, 107 siswa sekolah menengah pertama Kelas 7,8,9, dan 129 orang siswa kelas menengah atas terbahagi dalam kelas 10,11, dan 12 (KBRI KL 2016). Pengumpulan Data Kualitatif dan Kuantitatif dilakukan di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur. Pelajar Indonesia Kuala Lumpur khususnya yang setingkat Sekolah Pertama dan Menengah Atas datang setiap hari pada waktu persekolahan dari Isnin hingga Jumaat.

b. Sekolah Indonesia Johor Bahru (SIJB)/ *Indonesian Community Center Johor Bahru*

Konsulat Jenderal Republik Indonesia (KJRI) Johor Bahru berada di bandaraya Johor Bahru dan melayani aduan dan perlindungan Warga Negara Indonesia (WNI) dan mengurus perlanjutan tempoh masa untuk bermastautin pada passport yang sudah hampir tamat tempoh. Bagi WNI yang ingin pulang ke Indonesia perlukan pengeluaran Surat Laksana Pasport (SPLP). Kesahan dokumen lain adalah seperti surat pernikahan, dan surat keterangan kelahiran bayi untuk Wilayah Johor Bahru, Melaka, Negeri Sembilan dan Pahang (KJRI Johor Bahru 2016).

KJRI Johor Bahru juga membuka Sekolah Indonesia di tingkat asas iaitu Sekolah Dasar (SD), serta kelangsungan hingga ke peringkat atas iaitu Sekolah Menengah Pertama (SMP), dan Sekolah Menengah Atas (SMA). Sekolah Johor Bahru merupakan sekolah di bawah Kedutaan Besar Republik Indonesia yang memberi kemudahan kepada WNI di Malaysia untuk membawa keluarga dan anak-anak. Sekolah juga menyediakan pendidikan awal iaitu Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) dan Taman Kanak-Kanak (TK). Majoriti siswa yang bersekolah di sini adalah anak-anak WNI yang mengikut ibubapanya bekerja ke Malaysia atau lahir dan besar di Malaysia tetapi tanpa dokumen yang memadai. Pada umumnya mereka tidak mendapatkan keizinan tinggal yang sah dan banyak di antara mereka yang usianya tidak bersesuaian dengan tahap pendidikan/kelas yang seharusnya. Jumlah siswi pada Oktober 2016, di Sekolah Indonesia Johor Bahru (SIJB) memiliki 12 rombongan belajar dengan jumlah siswa 202 orang, 24 di antaranya adalah dari Kelas 7,8, dan 9. Jumlah siswa Sekolah Indonesia Kota Kinabalu pada Tahun 2016/2017 356 orang terbahagi kepada kelas 7,8,9 (SMP), dan Kelas 10,11,12 (SMA).

3.3 REKA BENTUK KAJIAN

Kajian ini adalah kajian campuran penerokaan berurutan (*Exploratory sequential mixed method*) bertujuan untuk mendapatkan hasil kajian yang lebih menyeluruh dalam megumpulkan maklumat dengan jelas, tepat dan memahami masalah kesihatan mental dalam kalangan remaja dengan baik (Creswell & Clark 2018). Kajian ini telah dilakukan menggunakan dua jenis reka bentuk : kajian kualitatif, dan kuantitatif. Reka bentuk

kajian pada fasa pertama adalah kajian kualitatif menggunakan kajian kes (kualitatif) dengan mengambil data melalui kaedah temuduga mendalam. Manakala fasa kedua menggunakan rekabentuk keratan rentas melibatkan remaja Indonesia di dua negara Malaysia dan negara asal.

3.4 FASA PERTAMA KAJIAN KUALITATIF

Fasa pertama dalam kajian ini penyelidik mendapatkan maklumat pengalaman dan hambatan yang dirasakan oleh Remaja dan Para Ibu Bapa dengan terperinci dan langkah penyelesaian terhadap aspek hambatan yang dialami. Penyelidik mengadakan temu duga mendalam (Temubual perbualan formal atau berstruktur berdasarkan soalan panduan).

3.4.1 Tempat dan Jangka Masa

Kajian ini dijalankan di Semenanjung Malaysia yang terdapat perwakilan pemerintah Indonesia iaitu Sekolah Indonesia Luar Negara (SILN) di bawah naungan Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) di Kuala Lumpur dan Konsulat Jenderal Republik Indonesia (KJRI) di Johor Bahru dan Pulau Pinang.

3.4.2 Sampel Populasi

Semua guru SILN di sekolah terpilih yang bekerja di sekolah dan menjawat jawatan utama serta melakukan aktiviti pengajaran, pegawai yang mengendalikan remaja di sekolah serta ibubapa remaja.

3.4.3 Sampel Kajian

Kajian Kualitatif ini terbatas kepada Guru Bimbingan Kaunseling dan Guru pendamping, Ibubapa, Perawat/ Doktor Penanggungjawab Kesihatan Remaja, Penanggungjawab program kesihatan mental di sekolah. Pemilihan responden pada kajian kualitatif ini dikaitkan dengan pengalaman ketika bertemu atau melihat baik secara langsung mahupun tidak langsung dengan situasi yang dikaji. Sasaran responden

untuk penerokaan informasi mengenai pengetahuan, sikap serta penglibatan dengan remaja yang berdepan dengan masalah gangguan jiwa dinyatakan seperti di Jadual 3.1.

Teknik pemilihan responden berdasarkan strategi *purposive sampling* iaitu memilih dengan bertujuan dan penuh perencanaan sehingga dapat membantu memahami masalah yang diteliti.

Jadual 3.1 Taburan sasaran peserta untuk penggalan informasi mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian kesihatan mental remaja imigran indonesia

Sasaran Individu	Tempat	Kaedah Pengumpulan data	Informasi yang Digali
Guru Bahagian Humas dan Kaunselor	Ruang Kaunselor	Temu Bual Mendalam	Persoalan terkait Kaunseling siswa dengan masalah kesihatan mental
Guru Bahagian Humas Kesiswaan	Ruang Bahagian Kesiswaan	Temu Bual Mendalam	Persoalan Kegiatan Kesiswaan, Pengadaan insuran kesihatan
Guru Bahagian Kurikulum	Ruang bahagian Kurikulum	Temu Bual Mendalam	Persoalan Kurikulum Kurikulum yang digunakan Kurikulum Kesihatan Mental
Kepala Sekolah	Ruang Kepala Sekolah	Temu Bual Mendalam	Polisi Pengembangan Kurikulum Kesihatan mental Pengembangan Kurikulum di era COVID 19 dan pasca COVID-19

3.4.4 Klasifikasi Pembolehubah

Pembolehubah penelitian adalah suatu objek, sifat, atribut, atau nilai yang mempunyai bermacam-macam variasi antara satu dengan yang lainnya yang ditetapkan oleh peneliti dengan tujuan untuk dipelajari dan dibuat kesimpulan (Creswell 2018). Pembolehubah mengandungi pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh suatu kelompok item yang berbeza dengan yang dimiliki oleh kelompok lain (Cresswell 2018). Adapun pembolehubah yang diteliti dalam penelitian ini meliputi:

- 1) Pandangan responden terhadap tugas dan tanggungjawab sebagai pensyarah di sekolah.

- 2) Pandangan responden berkaitan faktor-faktor yang menyebabkan gangguan kesihatan mental.
- 3) Pandangan responden berkaitan hambatan yang dihadapi sekolah dalam menangani remaja dengan gangguan berkaitan kesihatan mental.

3.4.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah responden bersetuju dan bersedia dalam penelitian ini. Penyelidik dan responden menentukan waktu dan tempat yang sesuai untuk dilakukan temubual mendalam. Temubual mendalam dilakukan secara berhadapan (*face to face interview*) pada responden untuk meneroka informasi mengenai stigma gangguan kesihatan mental. Temubual mendalam dilakukan dengan menggunakan pertanyaan terbuka yang dirancang untuk memunculkan pandangan dan usulan responden terhadap masalah gangguan kesihatan mental.

3.4.6 Kriteria Kemasukan dan Pengecualian

Kajian Kualitatif ini adalah berbentuk kajian kes, di mana kriteria kemasukan dan penolakan diterangkan dalam Jadual 3.2.

Jadual 3.2 Kemasukan dan Penolakan

Kemasukan	Penolakan
Bersetuju mengikuti kajian	Tidak dapat membaca dan menulis
Ibubapa yang mempunyai Remaja Usia 10-19	Kesukaran berkomunikasi
Tahun	Emosi yang tidak stabil
Pekerja yang Legal/Mempunyai Permit yang sah	Sedang dirawat di hospital

3.4.7 Alat Kajian

Dalam kajian fasa satu ini, responden akan diberikan maklumat terperinci mengenai kajian, sesuai dengan lampiran maklumat kajian. Jika responden bersedia dengan sukarela, maka responden akan mengisi borang keizinan dan diikuti borang soal selidik dan diminta untuk mengisi borang pada masa tersebut. Pada fasa satu penyelidik akan

melakukan temuduga mendalam. Temuduga mendalam bermakna perbualan secara bersemuka antara penyelidik dan pemberi maklumat/ responden bagi memahami dengan terperinci perspektif mereka, pengalaman atau situasi yang digambarkan melalui kata-kata yang datang dari mulut mereka sendiri. Temuduga dibuat berdasarkan kepada soalan kunci yang disediakan sebagai panduan. Bagi memastikan kesahan kaedah yang diguna pakai, ia adalah bergantung kepada kredibiliti penyelidik itu sendiri, refleksi sendiri dilakukan iaitu dengan memastikan tiada unsur berat sebelah semasa proses penterjemahan dan proses temuduga dilakukan mengikut protokol, bagi memastikan kebolehpercayaan. Penyelidik telah mendokumentasikan setiap temuduga yang dilakukan serta proses-proses yang terlibat dari pengumpulan data sehingga memebentuk analisa tematik.

Panduan temubual bagi sesi pengenalan merangkumi memperkenalkan penyelidik dan pembantu penyelidik, menerangkan maklumat mengenai kajian dan penyertaan, keterangan tentang kerahsiaan dan persetujuan bagi menyertai kajian. Sesi permulaan mukadimah diteruskan untuk mendapat informasi tentang umur, pekerjaan ibubapa, perihal tempat tinggal dan tempoh masa selama di Malaysia. Soalan pertama memfokuskan pada pengetahuan ibubapa dan remaja mengenai kesihatan mental, pengalaman semasa mengenai kesihatan mental, pengalaman penyesuaian dan adaptasi oleh keluarga, dan tahap pengalaman tingkah laku mendapatkan maklumat kesihatan mental, usaha mencapai, dan mempraktis gaya hidup sihat dalam kalangan ahli keluarga dan remaja sendiri.

3.4.8 Analisa Data dan Interpretasi Data

Analisis data pada kajian kualitatif dilakukan sejak awal penelitian (*on-going*), di mana penyelidik sejak awal membaca dan menganalisis data yang terkumpul, baik berupa transkrip, catatan lapangan (*field note*), dokumen, atau bahan lainnya secara kritis dengan kredibiliti mahupun pemeriksaan kesahan data secara berterusan. Tahap analisis data kualitatif dilakukan seperti berikut (Creswell 2016):

1. Mengolah dan mempersiapkan data untuk dianalisis. Langkah ini terdiri daripada transkrip temubual, menyaring pernyataan, memetik data lapangan,

memisahkan dan menyusun data ke dalam tema yang berbeza bergantung kepada sumber informasi.

2. Membaca keseluruhan data yang ditujukan untuk membentuk gambaran awal atas informasi yang diperoleh dan merefleksikan maknanya secara keseluruhan.
3. Melakukan pengkodan data. Langkah ini melibatkan pengambilan data tulisan atau gambar yang telah dikumpulkan, proses penulisan kategori untuk mengorganisasikan data, kemudian memberi label pada kategori tersebut dengan istilah khusus.
4. Menerapkan proses pengkodan untuk mendeskripsikan situasi, perihal responden, kategori, dan tema yang dianalisis.
5. Menyajikan kembali deskripsi dan tema-tema dalam bentuk naratif/laporan kualitatif.
6. Pembuatan interpretasi dalam penelitian kualitatif atau pembentukan hasil data.

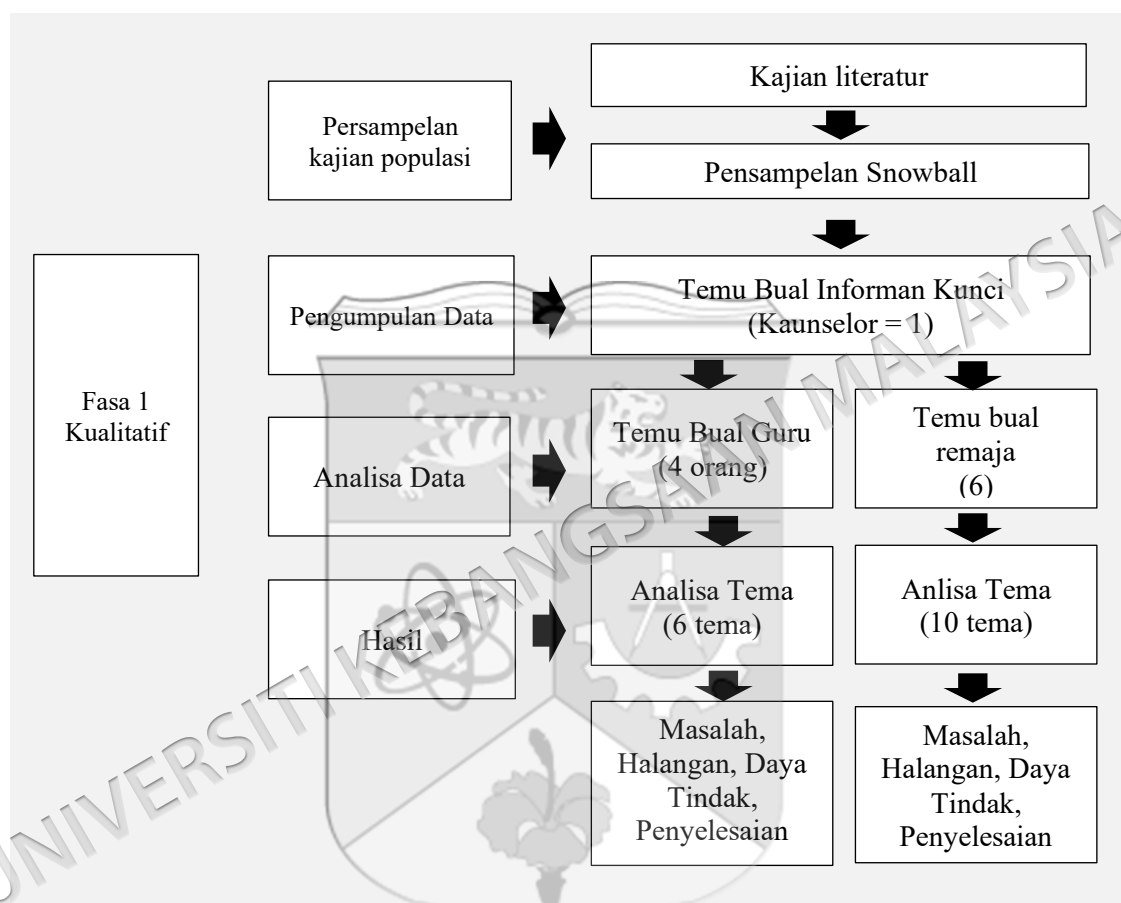
3.4.9 Pra Uji/Kajian Rintis

Kajian Pra Uji dijalankan di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur untuk menguji alatan kajian serta pengesahan kandungan soalan kunci.

3.4.10 Carta Aliran Penyelidikan Kualitatif

Dalam kajian ini, penyelidikan dimulai dengan Kajian Kualitatif dan diikuti kajian Kuantitatif. Penyelidik datang ke sekolah tempat kajian dilaksanakan. Apabila persetujuan diperolehi, penyelidik seterusnya menyemak keperluan kriteria kemasukan dan penolakan. Apabila responden setuju mengikuti kajian, responden mengisi kesediaan menjadi responden kajian. Jika ada kesulitan, penyelidik akan menjelaskan kepada responden. Seterusnya, penyelidik mengambil pelajar seramai tiga orang pada

masing-masing kelas secara rawak. Kategori SMP merangkumi Kelas 7,8, dan 9 dan kategori SMA adalah Kelas 10,11,dan 12. Jumlah pelajar yang dikumpulkan adalah sebanyak 18 orang. Dari 18 orang terpilih, seramai 6 orang yang mewakili 6 kelas dipilih lagi untuk ditemubual mendalam tentang kesihatan mental secara berperingkat. (Rajah 3.2)



Rajah 3.2 Carta alir kajian kualitatif

3.4.11 Prinsip dan Strategi untuk Mengekalkan Kepercayaan Data Kualitatif dan Penemuan

Jadual 3.3 Prinsip dan strategi untuk mengekalkan kepercayaan data kualitatif dan penemuan

Kaedah <i>Rigor</i>	Strategi	Kajian Terkini
	Pengukuhan penglibatan	Penyelidik mendapatkan keizinan dan menyusun panduan temu bual Temu bual mendalam dengan Guru SIKL yang berdekatan dengan remaja Transkripsi dan analisis data oleh penyelidik

bersambung...

...sambungan		Mewujudkan keharmonian dan kepercayaan dengan responden Memperkayakan dapatan data
Kredibiliti	Triangulasi	Triangulasi Sumber (penyelidik melakukan temu bual kepada 5 guru SIKL)
	Pemeriksaan Ahli	Analisis kandungan Tiada maklumat sensitif yang diperoleh daripada peserta Semakan ahli semasa temu bual, penjelasan dan contoh disediakan untuk mengesahkan makna - penyelidik menjalankan analisis data Penyelidik menyemak dan membincangkan tafsiran dengan persetujuan akhir.
Kebergantungan dan pengesahan	Jejak Audit	Semua langkah dijelaskan dalam protokol kajian
Transferabiliti	Deskripsi mendalam	Saiz Sampel kajian ditetapkan Penerangan yang jelas tentang pengumpulan dan analisis data Penerangan terperinci tentang ciri-ciri responden, mengumpulkan pandangan dan pengalaman dengan petikan dari perbualan Membincangkan penemuan dan tafsiran Cadangan untuk penyelidikan masa depan
Refleksiviti	Refleksi diri penilaian kritikal	Menjaga keseimbangan antara penyelidik Mendengarkan semula rakaman audio untuk menilai sendiri kandungan temubual Penyelidik bersama mendengar dan memeriksa soalan yang memandu bagi mengelakkan bias.
Reliabiliti	Stabiliti	Keputusan diperiksa beberapa kali untuk kategori pengkodan bagi mengesahkan ketepatan Penemuan yang serupa dalam kod yang berbeza diselaraskan
	Reprodusibiliti	Penyelidik bersama melakukan analisis data secara bebas, menghasilkan semula dan mencapai persetujuan dengan penemuan dan kod.
	Ketepatan	Penyelidik utama memeriksa ketepatan - penyelidik bersama merujuk silang transkrip dengan rakaman audio.

3.5 FASA KEDUA KUANTITATIF

3.5.1 Rekabentuk Kajian Kuantitatif

Kajian kuantitatif di Fasa kedua dijalankan dengan pendekatan kajian keratan rentas dengan membandingkan Remaja Migran Indonesia (RMI) dan remaja Indonesia di negara asal (non-RMI). Kajian ini dijalankan pada bulan Disember 2020 hingga

Disember 2023 di dua tempat iaitu; (a) Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (SIKL) iaitu salah satu sekolah Indonesia Luar negara dan (b) Sekolah Menengah Muhammadiyah Surabaya iaitu sekolah utama untuk remaja di Surabaya.

3.5.2 Populasi Sasaran

Populasi sampel adalah Remaja Migran Indonesia (RMI) yang bersekolah di Sekolah Indonesia di Malaysia dan remaja Indonesia di negara asal (non RMI) adalah mereka yang bersekolah di Sekolah Indonesia di Surabaya Indonesia. Unit Sampel adalah remaja dari kedua-dua sampel populasi yang berumur 10-19 tahun yang bersekolah. Kriteria kemasukan dan penolakan sampel diterangkan dalam Jadual 3.4.

Jadual 3.4 Kriteria Kemasukan dan Penolakan

Kemasukan	Penolakan
Bersetuju mengikuti kajian	Tidak dapat membaca dan menulis
Remaja Usia 10-19 Tahun	Kesukaran berkomunikasi
Pelajar yang Legal/Mempunyai Permit yang sah	Emosi yang tidak stabil <u>Sedang dirawat di hospital</u>

3.5.3 Pengiraan Saiz Sampel

Saiz sampel ditentukan dengan menggunakan perhitungan sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan :

n = Ukuran Sampel Yang

diperlukan N = Jumlah Populasi

e = Margin error yang diperkenankan (5%/ atau 10 %)

Sumber : Slovin (1990)

Jadual 3.5 menunjukkan kiraan saiz sampel kajian kuantitatif Kiraan berdasarkan prevalen $p=31.6\%$ dan populasi sampel 20000, keciciran 10% dengan nilai tahap keyakinan 95% dan *Margin error* 5% mendapati minima sampel diperlukan adalah 327.

Jadual 3.5 Pengiraan sampel kajian kuantitatif berdasarkan objektif kajian

Objektif kajian	Pembolehubah	Rujukan kajian lepas	Kiraan sampel diperlukan
Membandingkan tahap kesihatan mental remaja migran Indonesia dan remaja Indonesia di negara asal.	Prevalens kesihatan mental	P= 20% remaja Malaysia mengalami masalah kesihatan mental dengan pengukuran SDQ (emotional, masalah tingkahlaku, hiperaktiviti dan masalah tingkah laku bersama rakan sebaya) (Noordin et al. 2020. <i>Do Parenting Style and Adolescents' Self-esteem Contribute to Mental Health Problems among Young Adolescents in Malaysia? An Adolescents' Perspective</i> IMJM, Vol19:2)	243
		P=31.6% remaja sekolah Indonesia mengalami masalah kesihatan mental dengan pengukuran SDQ (Pandia et al. (2021). Association of Mental Health Problems and Socio-Demographic Factors Among Adolescents in Indonesia. <i>Global Pediatric Health</i> , 8, 2333794X211042223. https://doi.org/10.1177/2333794X211042223)	327
Menilai hubungan antara tahap kesihatan mental dan faktor-faktor yang mempengaruhinya (sosiodemografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, sokongan sosial, tahap tingkah laku mendapat pekhidmatan kesihatan mental dan penyesuaian oleh keluarga dan remaja).	Prevalens kesihatan mental berdasarkan faktor: Kategori umur ibubapa bekerja Dan tinggal bersama Salahseoran ibu/bapag	Umami & Turnip (2019). Emotional and Behavioral Problems among Left-Behind Children in Indonesia. <i>Indian Journal of Psychological Medicine</i> , 41(3), 240-245 https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_370_18	Faktor umur: N=444 Faktor ibubapa bekerja N=280 Faktor tinggal bersama ibu/bapa; N=50

Raosoft Sample size calculator

What margin of error can you accept? %
5% is a common choice

What confidence level do you need? %
Typical choices are 90%, 95%, or 99%

What is the population size?
If you don't know, use 20000

What is the response distribution? %
Leave this as 50%

Your recommended sample size is **327**

The margin of error is the amount of error that you can tolerate. If 90% of respondents answer yes, while 10% answer no, you may be able to tolerate a larger amount of error than if the respondents are split 50-50 or 45-55. Lower margin of error requires a larger sample size.

The confidence level is the amount of uncertainty you can tolerate. Suppose that you have 20 yes-no questions in your survey. With a confidence level of 95%, you would expect that for one of the questions (1 in 20), the percentage of people who answer yes would be more than the margin of error away from the true answer. The true answer is the percentage you would get if you exhaustively interviewed everyone. Higher confidence level requires a larger sample size.

How many people are there to choose your random sample from? The sample size doesn't change much for populations larger than 20,000.

For each question, what do you expect the results will be? If the sample is skewed highly one way or the other, the population probably is, too. If you don't know, use 50%, which gives the largest sample size. See below under More information if it is confusing.

This is the minimum recommended size of your survey. If you create a sample of this many people and get responses from everyone, you're more likely to get a correct answer than you would from a large sample where only a small percentage of it responds to your survey.

Online surveys with Vivoxi have completion rates of 66%!

Alternate scenarios					
With a sample size of	100	200	500	With a confidence level of	90 95 99
Your margin of error would be	9.09%	6.41%	5.22%	Your sample size would need to be	232 327 558

Save effort, save time. Conduct your survey online with Vivoxi.

More information

If 50% of all the people in a population of 20000 people drink coffee in the morning, and if you were repeat the survey of 327 people, "Do you drink coffee this morning?" many times, then 95% of the time, your survey would find that between 45% and 55% of the people in your sample answered "Yes". The remaining 5% of the time, or for 1 in 20 survey questions, you would expect the survey response to more than the margin of error away from the true answer.

When you survey a sample of the population, you don't know that you've found the correct answer. But you do know that there's a 95% chance that you're within the margin of error of the correct answer.

Try changing your sample size and watch what happens to the alternate scenarios. That tells you what happens if you don't use the recommended sample size, and how M.O.E. and confidence level (that 95%) are related.

To learn more if you're a beginner, read *Basic Statistics: A Modern Approach* and *The Cartoon Guide to Statistics*. Otherwise, look at the more advanced books.

In terms of the numbers you selected above, the sample size n and margin of error E are given by

$$x = Z^2 \left(\frac{r}{100} \right)^2 \frac{1}{n(100-r)}$$

$$n = \frac{N \cdot x}{(N-1)E^2 + x}$$

$$E = \text{Sqrt} \left[\frac{(N-n)x}{n(N-1)} \right]$$

where N is the population size, r is the fraction of responses that you are interested in, and Z (or 100) is the critical value for the confidence level.

Rajah 3.3 Kiraan Size Sampel menggunakan Raosoft

Kiraan berdasarkan faktor prevalens remaja Indonesia ≥ 15 tahun (RMI=0.7%; Non RMI=5.6%) dan populasi sampel 20.000, kecaciran 10% dengan nilai tahap keyakinan 95% dan *Margin error* 5% mendapati saiz sampel minimal sampel diperlukan adalah 444. Oleh itu untuk kajian Fasa kedua sejumlah 444 sampel diperlukan (Jadual 3.5).

🏠 » Sample Size Calculator

Sample Size Calculator (web)

2 proportions - Hypothesis Testing

Epidemiological study design: Cross-sectional ▼

Proportion of factor in non-diseased (without outcome) (p_0): 0.056

Proportion of factor in diseased (with outcome) (p_1): 0.007

Prevalence of disease (outcome) (p): 0.5

Significance level (α): 0.05 Two-tailed

Power ($1 - \beta$): 80 %

Expected dropout rate: 10 %

Calculate Reset

Sample size, n_1 for diseased =	199
Sample size, n_0 for non-diseased =	199
Sample size (with 10% dropout), $n_{1\text{ drop}}$ for diseased =	222
Sample size (with 10% dropout), $n_{0\text{ drop}}$ for non-diseased =	222
Total sample size, n =	398
Total sample size (with 10% dropout), n_{drop} =	444

Formula reference:

Machin, D., Campbell, M. J., Tan, S. B., & Tan, S. H. (2009). Sample size tables for clinical studies (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Rajah 3.4 Kiraan Jumlah Sampel menggunakan Sample Size Calculator

3.5.4 Teknik Pensampelan

Memandangkan kurang pelajar RMI di Malaysia berbanding Non RMI di Indonesia, pemilihan sampel dilakukan dengan ratio 1:3. Satu pelajar RMI berbanding 3 pelajar Non RMI akan memberikan sampel 111 pelajar RMI dan 333 pelajar Non RMI secara keseluruhan. Dalam kajian ini, kesemua pelajar RMI yang mematuhi syarat kelayakan unit sampel telah dipilih dan ia hanya mencakupi 97 orang (87.4%). Manakala pelajar dari Non RMI yang dipilih dari Sekolah Menengah Atas Surabaya adalah dipilih secara rawak berstrata mengikut kelas. Seramai 292 pelajar telah terpilih (87.7%).

3.5.5 Pemboleh Ubah Bersandar dan Tidak Bersandar

Pemboleh ubah bersandar dalam kajian ini ialah kejadian masalah kesihatan mental remaja dan pembolehubah tidak bersandar adalah faktor sosioekonomi, pendidikan keluarga, kesihatan keluarga, penyesuaian/ adaptasi oleh keluarga dan remaja, tahap tingkah laku mendapatkan maklumat kesihatan mental, usaha mencapai, dan mempraktis perkhidmatan kesihatan mental

(a) Pembolehubah Bersandar (Y₁) : Kesihatan Mental

Pemboleh ubah bersandar dalam kajian ini meliputi Emosional (Y₁), Masalah Teman Sebaya (Y₂), Hiperaktiviti (Y₃), Kesulitan (Y₄), dan Kekuatan (Y₅). Pembolehubah bersandar diadaptasi daripada Borang Soal Selidik SDQ (*Strength Difficulty Question*) Goodman et al (1997) yang terdiri daripada 25 soalan (5 Pertanyaan emosional, 5 pertanyaan masalah perilaku, 5 pertanyaan hiperaktiviti, 5 pertanyaan kesulitan dan 5 pertanyaan kekuatan). Borang soal selidik diisi oleh responden dengan menggunakan skala Guttman dengan menanda pada item soalan yang di sediakan dengan skor 1 (Tidak Benar), skor 2 (Agak benar), Skor 3 (Benar). Borang soal selidik SDQ digunakan untuk mengukur masalah perilaku dan emosi pada remaja. Hasil pemeriksaan ini tidak dapat menggambarkan kondisi mental emosional anak dengan disabiliti intelektual dan gangguan spektrum autisme. Aspek atau dimensi dalam skala SDQ antara lain: (1) perilaku prososial merupakan sikap alamiah yang dimiliki oleh manusia disebabkan manusia tidak dapat hidup secara individual dan termasuk jalinan sosial yang selalu memerlukan orang lain dalam melakukan aktiviti harian.

Baron dan Byrne (2005) mengatakan bahawa perilaku pro sosial adalah suatu tindakan menolong yang menguntungkan orang lain tanpa harus menyediakan suatu keuntungan langsung pada orang yang melakukan tindakan tersebut, atau melibatkan suatu risiko bagi orang yang menolong. Hiperaktiviti adalah aspek yang menggambarkan pola perilaku pada seseorang yang menunjukkan sikap tidak mahu diam, tidak menaruh perhatian, dan impulsif atau semuanya sendiri. Anak yang memiliki perilaku ini biasanya sulit diatur atau dikawal. Perilaku yang tampak biasanya adalah: (a) Tidak dapat duduk dengan tenang, terlihat gelisah. (b) Sering meninggalkan bangku tanpa

alasan yang jelas. (c) Berlari, memanjat tidak pada tempatnya, pada usia dewasa lebih ditunjukkan dengan sikap gelisah. (d) Kesulitan dalam menikmati kegiatan atau permainan yang tenang dan membawa relaksasi. (e) Berkeinginan untuk selalu bergerak aktif. (f) Cerewet, suka berbicara yang terkadang tidak sesuai dengan konteks. Masalah perilaku (*Conduct problem*) menerangkan aspek perilaku mengganggu atau mengacau adalah suatu pola yang negatif, permusuhan dan perilaku menentang yang terus-menerus tanpa adanya pelanggaran serius terhadap norma sosial atau hak orang lain.

Masalah perilaku ini merupakan permasalahan yang paling sering ditunjukkan oleh anak seperti memukul, berkelahi, mengejek, menolak untuk menuruti permintaan orang lain. Gejala emosi pula menggambarkan aspek gejala emosi mengarah pada suatu perasaan dalam pikiran yang khas, suatu keadaan biologis dan psikologis dalam serangkaian kecenderungan bertindak. Gangguan emosi merupakan ketidak mampuan yang ditandai oleh perasaan dan fikiran yang tidak sesuai dengan usia, budaya atau norma-norma hidup yang memaparkan keburukan secara emosional dengan respon perilaku dalam program-program pembelajaran dan tersangat nyata pada akademis, sosial, keterampilan dan kepribadian (Kau. 2010). Anak dengan gangguan emosi dan perilaku memiliki keperibadian yang kompleks seperti banyak bergerak, mengganggu teman sepermainan, perilaku melawan, dan adakalanya perilaku menyendiri. Hubungan dengan teman sebaya dikaitkan dengan keupayaan menjalin hubungan dengan teman sebaya, dimana masalah dilihat jika remaja kurang senang bersosialisasi dengan teman sebayanya baik di lingkungan rumah atau di sekolah. Kesulitan anak dalam bersosialisasi ini seringkali membuat anak kurang diterima oleh teman sebayanya, hal ini boleh membatasi anak untuk berinteraksi secara aktif dalam kelompok sebaya.

(b) Pembolehubah Tidak Bersandar (X1) : Sosiodemografi

Pembolehubah sosiodemografi dalam kajian ini adalah usia, jantina, tingkatan kelas, pekerjaan ibubapa dan tempoh lama tinggal di negara pemastautin. Usia dibahagi menjadi 2 kategori sesuai dengan perkembangan usia remaja iaitu usia 11-17 tahun (Remaja Awal) dan usia 18-21 tahun (Remaja lanjut). Jantina dibahagi menjadi 2 kategori iaitu lelaki dan perempuan. Tingkatan Kelas dibahagi menjadi 3 kategori kelas, kelas X, kelas XI, kelas XII. Pekerjaan Ibubapa dibahagi menjadi 4 kategori iaitu

Diplomat, Profesional, Pedagang dan Tenaga IT. Tempoh lama tinggal dibahagi menjadi 2 kategori iaitu > 12 bulan dan ≤ 12 bulan.

(c) Pembolehubah Tidak Bersandar (X2) : Perilaku Kesihatan

Pembolehubah tidak bersandar perilaku kesihatan dalam kajian ini terdiri daripada aktiviti fizikal yang dibahagi menjadi 2 kategori iaitu melakukan dan tidak melakukan, penyertaan olahraga yang dibahagi menjadi 2 kategori iaitu menyertai dalam olahraga dan tidak melibatkan diri dalam olahraga, konsumsi makanan sedia ada atau di proses dan segera dibahagi menjadi 2 kategori iaitu konsumsi dan tidak konsumsi. Merokok dibahagi menjadi 2 kategori iaitu merokok dan tidak merokok. Pengkodan pada pembolehubah tidak bersandar perilaku Kesihatan adalah menggunakan skala Guttman.

Pembolehubah Tidak Bersandar (X3) : Perilaku berisiko

Pembolehubah tidak bersandar perilaku berisiko dalam kajian ini terdiri dari pengalaman pernah melakukan aktiviti seksual bebas, tindakan buli, keganasan, dan idea bunuh diri. Aktiviti seksual dibahagi menjadi 2 kategori melakukan dan tidak melakukan. Tindakan Buli dibahagi menjadi 2 kategori iaitu pernah dan tidak pernah terlibat tindakan buli. Keganasan dibahagi menjadi 2 kategori iaitu terlibat dan tidak terlibat. Idea bunuh diri dibahagi menjadi 2 kategori pernah dan tidak pernah.

Pembolehubah Tidak Bersandar (X4) : Sokongan Sosial

Pembolehubah tidak bersandar sokongan sosial terdiri dari sokongan sosial berganda (MPSS; *Multiple Perceived Social Support*), Sokongan teman sebaya, Sokongan keluarga dan Interaksi Sosial. MPSS Menggunakan Skala Likert dengan kategori Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS). Sangat Tidak Setuju (STS). Dari skor yang dijumlahkan untuk kelompok item kemudiannya dibahagi menjadi 3 kategori iaitu sokong rendah, sederhana ada tinggi.

3.5.6 Alat Kajian/ Penilaian

Pembangunan Instrumen soal selidik

Kaedah gabungan boleh menyokong pembentukan instrumen soal selidik. Maklumat daripada data sekunder dari Fasa 1 yang didapati dari Guru Sekolah Indonesia Kuala Lumpur dan Guru sekolah di Indonesia digunapakai bagi melihat kesesuaian pemilihan komponen soal selidik. Setelah dianalisa menggunakan tema, terdapat domain yang telah dikenal pasti (Faktor Penentu, Hambatan, Penyelesaian). Dapatan kajian terdahulu disimpulkan bersama sama dengan data sekunder tadi, dijadikan soalan mengikut variabel-variabel yang dipilih dan dipandankan dengan kerangka konsep yang telah dibangunkan.

Borang Soal Selidik

Borang soal selidik telah disahkan terlebih dahulu sebelum kajian sebenar dilaksanakan. Kesemua fasa pembentukan soalan, proses pengesahan struktur dan ketekalan dalaman serta analisis kebolehpercayaan.

Fasa kedua ini melibatkan dua peringkat :

Peringkat 1 : Kajian literatur untuk pembangunan setiap variabel dan item soalan yang seterusnya pembangunan skala dan kesahan konstruk.

Peringkat 2 : Kajian rentas diadakan bagi menganalisa psikometri soalan yang telah dibangun di peringkat 1.

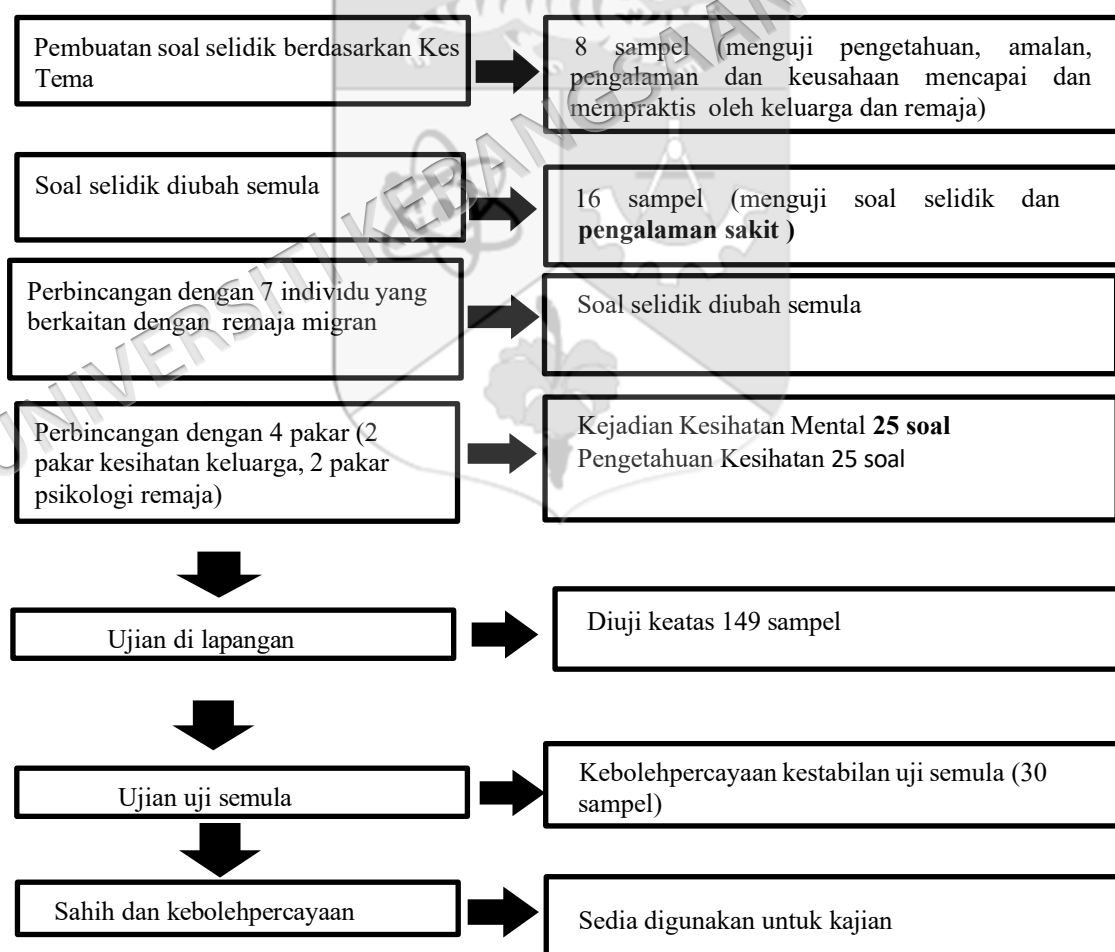
Kesahan Soal Selidik

Dalam kajian ini dua komponen soal selidik memerlukan kesahan/ validasi ; pemboleh ubah berdasar iaitu Kesihatan mental dan diantara pembolehubah tidak berdasar iaitu pendidikan Kesihatan keluarga remaja. Untuk mendapatkan soal selidik yang sesuai dengan peserta kajiana, maka penyelidik melalui satu siri kesahan soal selidik.

Penyelidik akan memerlukan pembentangan kesahan soal selidik pengetahuan Kesihatan mental yang dilanjutkan dengan membentangkan kesahan soal selidik pengetahuan kesihatan mental (Rajah 3.4 dan Rajah 5).

a. Kesahan Muka

Kesahan muka merujuk kepada kebolehbacaan dan penampilan keseluruhan ujian, menurut Hertzog(2008), untuk tujuan daripada keusahaan suatu instrumen untuk digunakan, maka seramai 10 orang responden atau kurang sudah memadai. Borang soal selidik diedarkan kepada 8 orang Remaja untuk mendapatkan maklumbalas berkenaan dengan borang, soal selidik selepas pengubah sesuan bahagian soalan pengetahuan dan amalan kesihatan mental, penggunaan prasarana perkidmatan kesihatan mental.

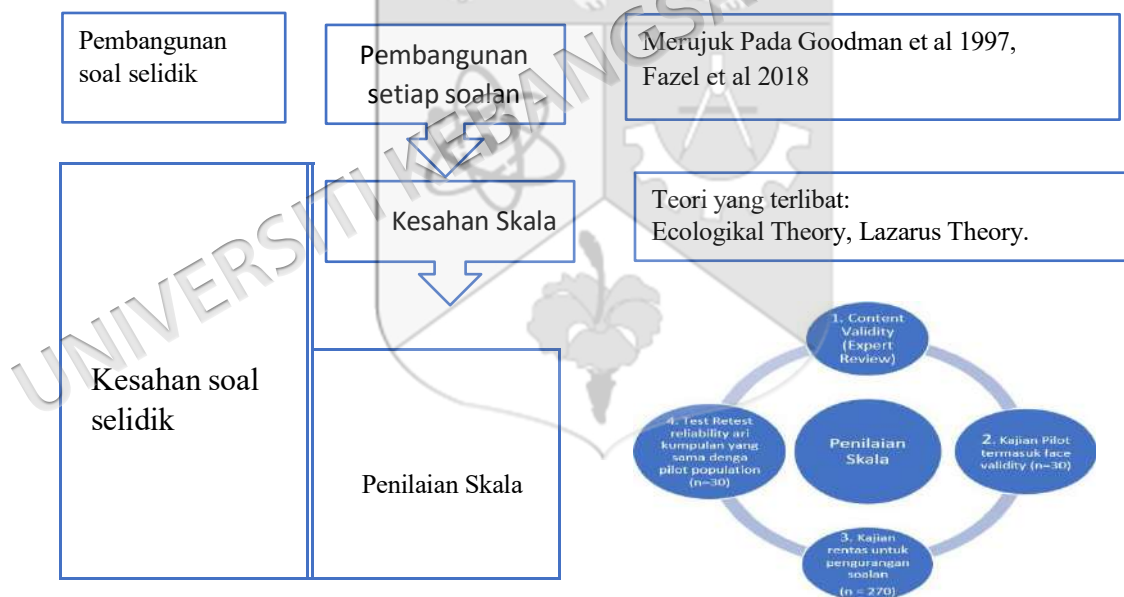


Rajah 3.5 Carta Alir Pembangunan Kesahan Borang Soal Selidik

b. Kesahan Kandungan

Kesahan kandungan ditakrifkan sebagai alat atau ukuran ujian yang bertujuan untuk mengukur , penilaiannya bergantung paa pengetahuan orang yang akrab dengan subjek yang diukur. Untuk menguji kesahan kandungan, penyelidik memberikan borang soal selidik ini kepada 5 orang pakar untuk melihat keperluan kandungan yang bersesuaian, relevan dengan keperluan objektif pengukuran bagi ditujukan kepada remaja di Malaysia. Mereka adalah :

- Guru Bahasa Indonesia di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur
- Doktor Pakar Bahasa Indonesia Universiti Muhammadiyah Surabaya
- Guru Konselor Sekolah Indonesia Kuala Lumpur
- Kepala Sekolah Indonesia Kuala Lumpur
- Doktor Ahli Jiwa fakulti Perubatan Universiti Muhammadiyah Surabaya



Rajah 3.6 Pembangunan soal selidik dan Kesahan Konstruk

Validasi kandungan borang soal selidik dijalankan selepas ianya dibentuk berdasarkan hasil kajian Fasa 1. Terdapat alatan kajian yang telah sedia ada divalidasi untuk komponen tema terpilih (Jadual 3.6). Oleh itu, alatan kajian tersebut digunapakai (*adopted*) dalam kajian ini selepas diterjemahkan dalam bahasa Indonesia untuk semakan oleh pakar (Jadual 3.7).

Tabel 3.6 menunjukkan ringkasan instrumen yang digunakan dalam kajian beserta nilai kebolehpercayaan (reliabilitas) masing-masing berdasarkan Alpha Cronbach dan uji test-retest. Nilai kebolehpercayaan ini menunjukkan sejauh mana alat ukur tersebut konsisten dan stabil dalam mengukur konstruk yang dimaksud. Masalah Mental Instrumen yang digunakan ialah Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) oleh Goodman et al. (1997) dan Wiguna & Hestyanti (2012). Terdiri daripada 25 item, dengan nilai Alpha Cronbach = 0.73 dan test-retest

= 0.62. Nilai ini menunjukkan reliabilitas yang memuaskan, menandakan konsistensi dalaman yang baik walaupun masih dalam tahap sederhana. Keyakinan Diri Instrumen yang digunakan ialah Generalized Self-Efficacy Scale oleh Schwarzer dan Jerusalem (1995). Memiliki 12 item dengan nilai Alpha Cronbach = 0.87 dan test-retest = 0.75. Nilai ini menunjukkan kebolehpercayaan tinggi, menandakan bahwa skala ini sangat konsisten dalam mengukur efikasi diri. Sokongan Sosial Instrumen yang digunakan ialah Multidimensional Scale of Perceived Social Support oleh Zimet et al. (1988). Terdiri daripada 12 item, dengan nilai Alpha Cronbach = 0.85 dan test-retest = 0.63. Ini menunjukkan reliabilitas baik, meskipun stabilitas temporal (test-retest) berada pada tingkat sederhana. Interaksi Sosial Instrumen berdasarkan Mattick & Clarke (1998) dengan 20 item. Nilai Alpha Cronbach = 0.88 dan test-retest = 0.61.

Hasil ini menandakan kebolehpercayaan dalaman yang sangat baik, walaupun kestabilan dari waktu ke waktu sedikit lebih rendah.

Jadual 3.6 Nilai Kebolehpercayaan Instrumen Kajian sedia ada untuk diapakai

	Tema	Soal selidik yang telah divalidasi	Bilangan Item	Kebolehpercayaan Item (Alpha Cronbach)	Test re test
1	Masalah kesihatan mental	(SDQ- Goodman et al 1997; Wiguna & Hestyanti 2012).	25	0.73	0.62
2	Keyakinan Diri	(Generalized Self-Efficacy scale - Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995).	12	0.87	0.75
3	Sokongan Sosial	(Multidimensi onal Scale of Perceived Social Support - Zimet et al 1988).	12	0.85	0.63

bersambung...

...sambungan

4	Interaksi Sosial	(Mattick & Clarke 1998).	20	0.88	0.61
5	Perilaku Kesihatan	(National Health Survey Malaysia 2022)	78	0.80	0.65

Jadual 3.7 Analisa kesahan kandungan berdasarkan skop borang soal selidik kajian oleh pakar

Pengujian						Persetujuan	I-FVI	UA
	P1	P2	P3	P4	P5	Penilai		
Persetujuan borang soal selidik fokus kepada 5 komponen tema (fasa 1)	4	4	4	3	4	Disokong	5/5	
Soal selidik berdasarkan 5 komponen tema menjawab keperluan Objektif Kajian	4	4	4	4	3	Disokong	5/5	
Komponen tema pengukuran masalah kesihatan mental	3	4	4	4	4	Disokong	5/5	
Komponen tema pengukuran Keyakinan Diri	4	3	4	4	4	Disokong	5/5	
Komponen tema pengukuran Sokongan Sosial	3	4	4	4	4	Disokong	5/5	
Komponen tema pengukuran Interaksi Sosial	4	4	3	4	4	Disokong	5/5	
Komponen tema pengukuran Perilaku Kesihatan Fisikal	4	4	4	4	4	Disokong	5/5	
Kejelasan & Kefahaman seimbang (Proportion Clarity & Comprehension)	3	4	4	3	4	S-FVI/UA	5/5	

e. Pra Uji/Kajian Rintis

Kajian Pra Uji untuk kajian Kuantitatif dilakukan di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur. Borang soal selidik divalidasikan seterusnya secara statistik dan kandungan (content and statistical validation) bagi memastikan kebolehpercayaan (reliability) dan kesahan (validity) instrumen sebelum digunakan dalam pengumpulan data sebenar.

Borang soal selidik SDQ ini mempunyai 25 pertanyaan/Item yang diukur: a. Emosional (E), b. Masalah Perilaku (C), Hiperaktiviti (H), Masalah Rakan (P), Kekuatan Skor Pengisian Soal: 0: Tidak Benar, 1: Agak Benar 2: Benar. Untuk Kategori : *Skor Kesulitan (Total Skor E+C+H+P)*, Normal (0-15), Borderline (16-19), Abnormal (20-40). Emosional (E), Normal (skor 0-5), Borderline (6), Abnormal (7-10).

Masalah perilaku (C) Normal (0-3). Borderline (4). Abnormal (5-10). Hiperaktiviti (H), Normal (0-5), Borderline (6), Abnormal (7-10), Masalah Rakan (P), Normal (0-3), Borderline (4-5), Abnormal (6-10). 2. *Skor Kekuatan* , Kekuatan, Normal (6-10), Borderline (5). Abnormal (0-4) Soal selidik Tahap Keyakinan Diri ini diadaptasi daripada soal selidik Self Efficacy (Keyakinan Diri) (Lauser, 2002) Menggunakan Skala likert : Sangat Setuju (5), Setuju , Tidak Setuju (3), Kurang Setuju (2) Sangat Tidak Setuju (1). Kategori : Rendah, Sedang, Tinggi.

Soal selidik Tahap Sokongan ini diadaptasi daripada soal selidik Sokongan Emosional Multiple (Zimet et al, 1997). Keizinan menggunakan borang soal selidik MPSS dan versi Indonesia telah mendapatkan izin oleh author aslinya dan translator. MPSS terdiri dari 12 item pertanyaan, yang mengukur 3 subskala : Keluarga (Item 3,4,8,11), rakan sebaya (Item 6,7,9 dan 12), dan orang yang sangat bermakna (item 1,2,5 dan 10). Setiap item menggunakan 7 point skala Likert dengan julat skala dari 1 (Sangat Tidak Setuju) hingga 7 (Sangat Setuju Sekali). Skor tertinggi mengindikasikan Sokongan Sosial yang baik pada setiap individual tersebut. Total keseluruhan skor adlah diantara 12-84. Versi aslinya dari MPSS Mempunyai nilai realibiliti dengan koefisien alpha sebesar 0.88 untuk total skor, 0.87 untuk Skala Keluarga, 0,85 untuk skala Rakan Sebaya dan 0,91 untuk skala orang yang sangat bermakna. Dalam kajian ini test dan retest reliabiliti setelah 2 bulan dari pengumpulan data adalah didapati sebesar 0,86, 0.75, dan 0,85 untuk keluarga, rakan sebaya dan orang yang sant bermakna Kategori MPSS terbahagi menjadi 3 tingkatan : 12-35 (*Low Perceived Support*), 36-60 (*Medium Perceived Support*), 61-84 (*High Perceived Support*). Sokongan Sosial berbilang terdiri dari 3 bentuk sokongan, iaitu subscala keluarga, Subscala rakan sebaya, dan subscala orang yang sangat bermakna.

Soal selidik Perilaku Kesihatan Remaja ini diadaptasi daripada soal selidik Perilaku Kesihatan *Adolecents National Health Survey* (KKM, 2018). Borang Selidik ini terdiri dari 9 Bahagian, Bahagian 1. Berkaitan dengan Tinggi Badan, Berat dan berkaitan dengan kelaparan. Bahagian 2. Berkaitan dengan Kebersihan Gigi, Bahagian 3 Berkaitan dengan Kekerasan Fisik. Bahagian 4. Perundungan. Bahagian 5. Perasaan dan persahabatan anda. Bahagiann 6. Berkenaan rokok dan produk tembakau. Bahagian 7. Minuman beralkohol. Bahagian 8. Penggunaan Narkoba (obat-obat terlarang).

Bahagian 9. Hubungan Seksual. Bahagian 10. Aktifiti Fisikal. Bahagian 11. Pengalaman di Sekolah dan di rumah. Bahagian 12. Akses Kepada Pelayanan Kesihatan Mental.

3.5.7 Definisi Operasi

Pembolehubah pada setiap bahagian diberikan definisi seperti di Jadual 3.5, bagi memudahkan analisa dilakukan untuk setiap pembolehubah dalam kajian ini.

Jadual 3.8 Definisi operasi

Variabel tidak bersandar	Definisi Operasi	Analisa Data
Variabel tidak bersandar		
Kesejahteraan Mental Remaja	Kesejahteraan mental ditakrifkan sebagai suatu keadaan di mana setiap individu (remaja) menyedari potensi diri, berupaya mengendalikan tekanan kehidupan yang normal, dapat berfungsi secara produktif, serta berkeupayaan untuk menyumbang kepada diri sendiri mahupun kepada komuniti. Dalam konteks kajian ini, kesihatan mental diukur secara kuantitatif menggunakan instrumen Soal Selidik <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ) yang diwujudkan oleh R. Goodman (1997). Instrumen ini direka untuk menilai lima (5) dimensi utama yang merangkumi kekuatan dan kesulitan, iaitu: - Masalah Emosi - Masalah Hiperaktiviti - Masalah Rakan Sebaya - Kekuatan Pro-Sosial (Dimensi Positif) - Kesulitan Tingkah Laku (Atau Masalah Tingkah Laku)	Soal Selidik <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ) (<i>Soal Selidik Kekuatan dan Kesulitan</i>) yang mengandungi 25 item soalan . Penilaian skor SDQ dibahagikan mengikut dua (2) kategori utama: Skor Keseluruhan Kesulitan dan Skor bagi setiap dimensi spesifik. Kategori Skor Keseluruhan Kesulitan dikira berdasarkan jumlah kumulatif skor bagi empat (4) subskala masalah ($E + C + H + P$), dan dikategorikan seperti berikut: Normal (0-15) Tahap kesulitasn Lazim/ Rendah Sempadan (16-19) Berisiko menghadapi masalah. Abnormal (20-40) Tahap Kesulitan Tinggi Kategorisasi skor bagi dimensi Kekuatan Pro-Sosial (Pr) (dimensi positif) adalah songsang berbanding dimensi kesulitan lain, dan dibahagikan kepada tiga (3) aras diskret seperti berikut: Normal (6-10) Tahap kekuatan Tinggi. Sempadan (5) Borderline. Abnormal (0-4) Tahap kekuatan rendah/ bermasalah
Variabel Tidak Bersandar		
Data Demografi	Umur didefinisikan secara	Umur dikategorikan berdasar
Umur Remaja	operasional sebagai umur responden remaja pada tahun kajian dilaksanakan, diukur dalam unit tahun genap.	10-15tahun ≥ 15 tahun

bersambung...

...sambungan

Jantina	Jantina merupakan kategori biologikal yang merujuk kepada klasifikasi responden sama ada sebagai Lelaki ataupun Perempuan pada masa data dikumpulkan. Data ini bersifat nominal dan digunakan sebagai pemboleh ubah deskriptif dalam analisis sosiodemografi.	Kategorikal Jantina : Kod 1 Lelaki Kod 2 Perempuan
Tahap pendidikan	Tahap Pendidikan yang menjadi fokus kajian dikategorikan dan dikelaskan kepada lima (5) kategori diskret untuk tujuan analisis..	Analisa deskriptif, bivariat dan multivariat menggunakan kategori dikotomis Kod 1=dibawah SMA Kod 2=SMA dan keatas
Agama	Agama didefinisikan secara operasional sebagai pegangan keyakinan individu yang diverifikasi dan dicatatkan berdasarkan maklumat rasmi di dalam Kad Pengenalan (<i>Identity Card</i> / IC).	Analisa deskriptif menggunakan data dalam bentuk kategori iaitu : Kod 1 =Islam Kod 2 =Bukan Islam
Tempoh bermastautin	Tempoh Bermastautin (atau Lama Tinggal) didefinisikan secara operasional sebagai jangka masa kumulatif responden menetap di Malaysia, yang diukur dari tarikh mula bermastautin sehingga bulan terakhir pelaksanaan soal selidik.	Analisa deskriptif dan Analisa bivariat kategorikal Kod 1 ≤ 12 bulan Kod 2 > 12 bulan
Faktor Dalam Keyakinan Diri	Keyakinan Diri (<i>Self-Efficacy</i>) merujuk kepada penilaian kognitif seseorang individu terhadap keupayaan atau kompetensi dirinya untuk melaksanakan tugas tertentu, mencapai matlamat yang ditetapkan, dan menguruskan sebarang halangan yang timbul (Baron-Byrne).	Skala likert : Kod 5 : Sangat bersetuju Kod 4 : Bersetuju Kod 3 : Tidak Bersetuju Kod 2 : Kurang Bersetuju Kod 1 : Sangat Tidak bersetuju Kategori : Rendah Sedang Tinggi
Faktor Persekitaran luar Sokongan Sosial	Sokongan sosial ditakrifkan sebagai maklumat verbal dan bukan verbal, termasuklah saranan dan bantuan ketara (<i>instrumental</i>) atau tingkah laku yang diterima daripada individu-individu yang akrab dengan subjek dalam konteks persekitaran sosial mereka (Zimet et al, 1997).	Skala Likert : Kod 5 : Sangat Bersetuju Kod 4 : Bersetuju Kod 3 : Tidak Bersetuju Kod 2 : Sangat Tidak Bersetuju Kategori : 12-35 Sokongan Sosial rendah (Low Perceived Support) 36-60 Sokongan Sosial Sedang (Medium Perceived Support) 61-84 Sokongan Sosial tinggi (High Perceived Support)

bersambung...

...sambungan

Sokongan Rakan

Sistem sokongan (atau Sistem Bantuan) merujuk kepada mekanisme pemberian dan penerimaan bantuan yang didasarkan pada prinsip-prinsip tertentu, termasuk tanggungjawab kolektif dan tolong-menolong sesama rakan sebaya (Stiver & Miller, 1998).

Skala Guttman : Kod

Kod 1 : Tidak tahu

Kod 2 : Tidak

Kod 3 : Tahu

Sokongan Keluarga

Sokongan Keluarga ditakrifkan sebagai sikap dan tindakan penerimaan yang ditunjukkan oleh ahli keluarga terhadap anggota keluarga mereka, yang merangkumi empat (4) dimensi utama sokongan: sokongan informasional (maklumat), sokongan penilaian (*appraisal*), sokongan instrumental (kebendaan/bantuan nyata), dan sokongan emosional (Friedman, 2013).

Kategori :

Kod 1 = Tidak pernah

Kod 2 = Jarang-jarang

Kod 3 = Kadang-kadang

Kod 4 = Senantiasanya

Kategori :

Sokongan Keluarga Rendah (18- 32)

Sokongan Keluarga Sedang (33- 48)

Sokongan Keluarga Tinggi (49-64)

Sokongan Keluarga Sangat Tinggi (65-80)

Interaksi Sosial

Interaksi sosial merujuk kepada perhubungan antara seorang individu dengan individu yang lain, yang dicirikan oleh hubungan timbal balik (*reciprocal relationship*). Perhubungan ini boleh wujud dalam pelbagai bentuk, iaitu hubungan antara individu, hubungan antara individu dengan kelompok, ataupun hubungan antara kelompok (Pieter, 29).

Kod 1= Ya Kod 2 = Tidak
Kod 3 = Tidak Tahu

Kategori :

Interaksi Sosial Rendah

Interaksi Sosial Sedang

Interaksi Sosial Tinggi

Pandangan Kesihatan Diri

Kesihatan ditakrifkan sebagai suatu keadaan sejahtera (*wellbeing*) yang menyeluruh, merangkumi aspek fizikal, mental, dan sosial secara utuh, dan tidak hanya terhad kepada ketiadaan penyakit atau kelemahan (Adolescents National Health Survey, KKM, 2018)

Pengukuran menggunakan Borang soal selidik "Adolescents National health Survey" (KKM, 2018)

bersambung...

...sambungan

Tingkah Laku pemakananan

Berat Badan (Q1)

Berat badan didefinisikan secara operasional sebagai ukuran jisim tubuh seseorang individu, yang biasanya diukur dalam unit kilogram (kg) atau gram (g) menggunakan alat penimbang yang berpiawai. Dalam kajian kesihatan atau antropometri, data ini digunakan bersama dengan ketinggian untuk menentukan indeks fizikal seperti Indeks Jisim Tubuh (IJT) (*Body Mass Index / BMI*)

Berat dalam satuan Kilogram

Kategori :

30-40 kg
41-51 kg
60-70 kg
71-81 kg
82-92 kg
93-100 kg

Tinggi Badan (Q2)

Tinggi badan didefinisikan secara operasional sebagai jarak vertikal daripada tapak kaki hingga ke puncak kepala (*vertex*) seseorang individu dalam posisi berdiri tegak. Ukuran ini biasanya dinyatakan dalam unit sentimeter (cm) atau meter (m) dan digunakan sebagai komponen penting dalam penilaian pertumbuhan dan status antropometri individu.

Tinggi Badan dalam satuan centimeter.

Kategorikal :

150-160 cm
161-171 cm
172-182 cm

Pandangan Diri tentang Berat Badan (Q3)

Pandangan Diri Mengenai Berat Badan (*Self-Perception of Body Weight*) didefinisikan secara operasional sebagai penilaian subjektif seseorang individu terhadap status berat badannya sendiri. Penilaian ini mencerminkan persepsi individu sama ada berat badannya berada pada aras terlalu rendah (*underweight*), normal, berlebihan (*overweight*), atau obes (*obese*), tanpa merujuk kepada pengukuran klinikal atau Indeks Jisim Tubuh (IJT) yang objektif. Aspek ini sering dinilai melalui item soal selidik yang meminta responden untuk mengklasifikasikan status berat badan mereka berdasarkan pandangan peribadi

Kod 1 = "Kurang Berat badan"

Kod 2 = "Sedikit kurang berat badan"

Kod 3 = "Berat badan yang sesuai"

Kod 4 = "Sedikit berlebihan berat badan"

Kod 5 = "Berat Badan berlebih"

Kategori :

Berat Badan Kurang Berat Badan Normal

Perlakuan terhadap berat badan sendiri (Q4)

Perlakuan Terhadap Berat Badan Kendiri (*Self-Reported Weight Management Behaviors*) didefinisikan secara operasional sebagai tindakan

Kod 1 = "Saya tidak berbuat apa apa tentang berat badan saya"

Kod 2 = "Mengurangi berat badan"

bersambung...

...sambungan

dan amalan spesifik yang dilakukan oleh seseorang individu yang bertujuan untuk mengubah, mengawal, atau mengekalkan berat badan mereka mengikut persepsi sendiri.

Kod 3 = "Meningkatkan berat badan"

Kod 4 = "Kekalkan berat badan"

Rasa kelaparan (Q5)

Rasa Kelaparan didefinisikan secara operasional sebagai dorongan naluri atau sinyal fisiologi yang kuat yang menandakan bahawa tubuh individu memerlukan penambahan asupan tenaga (*energi*) akibat kekurangan zat gizi atau penurunan paras glukosa darah. Secara subjektif, ia dimanifestasikan sebagai keinginan yang mendesak untuk makan

Kod 1 = "Tidak pernah"

Kod 2 = "Jarang-jarang "

Kod 3 = "Kadang-kadang "

Kod 4 = "Kebanyakan masa "

Kod 5 = "Sentiasa"

Makan Buah per hari dalam 30 hari (Q6)

Pengambilan buah harian didefinisikan secara operasional sebagai kekerapan seseorang individu mengambil atau memakan buah-buahan segar (tidak termasuk jus buah, buah dalam tin yang bergula, atau buah kering) sekurang-kurangnya satu (1) hidangan atau porsi dalam tempoh 24 jam yang lalu selama 30 hari.

Kod 1 = "Saya tidak makan buah dalam 30 hari yang lalu"

Kod 2 = "Kurang dari 1 buah dalam sehari "

Kod 3 = "1 kali sehari"

Kod 4 = "kali sehari"

Kod 5 = "kali sehari"

Kod 6 = "kali sehari atau lebih"

Makan Sayur per hari dalam 30 hari (Q7)

Pengambilan Sayur Harian dalam Tempoh 30 Hari didefinisikan secara operasional sebagai kekerapan (frekuensi) seseorang individu melaporkan pengambilan sayur-sayuran segar atau yang dimasak (tidak termasuk ubi berkanji seperti kentang dan ubi kayu, mengikut klasifikasi WHO) pada kadar sekurang-kurangnya satu (1) porsi (*serving*) atau lebih dalam setiap hari sepanjang tempoh 30 hari sebelum tinjauan dijalankan.

Kod 1 = "Saya tidak makan sayur dalam 30 hari yang lalu "

Kod 2 = "Kurang dari 1 dalam sehari "

Kod 3 = "1 kali sehari "

Kod 4 = "2 kali sehari "

Kod 5 = "3 kali sehari"

Kod 6 = "4 kali sehari atau lebih "

Minum Air berkarbonat (Q8)

Pengambilan Minuman Berkarbonat dalam 30 Hari didefinisikan secara operasional sebagai kekerapan (frekuensi) seseorang individu melaporkan pengambilan sebarang jenis minuman ringan bergas (*soft drinks*), bergula atau tidak

Kod 1 = "Saya tidak minum air berkarbonat dalam 30 hari yang lalu"

Kod 2 = "Kurang dari 1 kali dalam sehari"

Kod 3 = "1 kali sehari "

Kod 4 = "2 kali sehari "

Kod 5 = "3 kali sehari"

bersambung...

...sambungan

	bergula, dalam tempoh tiga puluh (30) hari sebelum tinjauan dilaksanakan.	Kod 6 = "4 kali sehari atau lebih "
Minum air mineral, airmasak, atau air paip (pipa/ air keran) (Q9)	Pengambilan air minuman didefinisikan secara operasional sebagai jumlah atau kekerapan responden mengambil air tanpa rasa (tawar) yang terdiri daripada air mineral, air masak (air yang telah dididihkan), atau air paip/air keran yang selamat untuk diminum, dalam tempoh masa tertentu (misalnya, dalam sehari atau sepanjang 24 jam sebelum tinjauan).	Kod 1 = "Saya tidak minum air dalam 30 hari yang lalu " Kod 2 = "Kurang dari 1 kali dalam sehari " Kod 3 = "1 kali sehari" Kod 4 = "2 kali sehari" Kod 5 = "3 kali sehari " Kod 6 = "4 kali sehari atau lebih "
Minum susu atau makan produk tenusu (Q10)	Pengambilan Susu atau Produk Tenusu didefinisikan secara operasional sebagai kekerapan seseorang individu melaporkan penggunaan susu (seperti susu segar, susu UHT, atau susu tepung yang dibancuh) atau produk yang berasaskan tenusu (seperti keju, yogurt, atau aiskrim) dalam tempoh masa rujukan yang ditetapkan (misalnya, dalam sehari atau seminggu).	Kod 1 = "Saya tidak minum susu atau makan produk tenusu dalam tempo 30 hari yang lalu" Kod 2 = "Kurang dari 1 kali dalam sehari " Kod 3 = "1 kali sehari " Kod 4 = "2 kali sehari " Kod 5 = "3 kali sehari "
Pengambilan makanan sedia ada (Q11)	Pengambilan Makanan Cepat Saji (<i>Fast Food</i>) didefinisikan secara operasional sebagai kekerapan (frekuensi) seseorang individu melaporkan penggunaan makanan komersial yang disediakan dan disajikan dengan pantas, tinggi kandungan kalori, lemak tepu, natrium, dan gula, namun rendah serat dan mikronutrien (contoh: burger, piza, ayam goreng segera, kentang goreng)	Kod 1 = "Kurang dari 1 kali dalam sehari " Kod 2 = "1 kali sehari " Kod 3 = "2 kali sehari " Kod 4 = "3 kali sehari " Kod 5 = "4 kali sehari atau lebih"
Makan sebelum pukul 09.00 malam(Q12)	Amalan Makan Malam Awal didefinisikan secara operasional sebagai tindakan seseorang individu menamatkan pengambilan makanan utama terakhirnya (makan malam) sepenuhnya sebelum jam 09:00 malam (21:00) dalam tempoh masa rujukan yang ditetapkan (misalnya, kebanyakan hari dalam seminggu atau dalam tempoh 30 hari yang lalu).	Kod 1 = "Kurang dari 1 kali dalam sehari " Kod 2 = "1 kali sehari " Kod 3 = "2 kali sehari " Kod 4 = "3 kali sehari " Kod 5 = "4 kali sehari atau lebih"

bersambung...

...sambungan

**Penjagaan Kebersihan Diri
(Penjagaan Kebersihan
Mulut)**

Menggosok Gigi (Q13)	Amalan Menggosok Gigi didefinisikan secara operasional sebagai tindakan penjagaan kebersihan mulut yang dilakukan oleh individu, iaitu pembersihan gigi dan gusi menggunakan berus gigi dan ubat gigi.	Kod 1 = "Saya tidak membersihkan atau menggosok gigi dalam 30 hari yang lalu" Kod 2 = "Kurang dari 1 kali dalam sehari " Kod 3 = "1 kali sehari" Kod 4 = "2 kali sehari " Kod 5 = "3 kali sehari " Kod 6 = "4 kali sehari "
Tidak Hadir Ke Sekolah Kerana Sakit Gigi (Q14)	Ketidakhadiran ke Sekolah Akibat Sakit Gigi didefinisikan secara operasional sebagai jumlah hari atau frekuensi pelajar tidak dapat menghadiri sesi pembelajaran formal di sekolah kerana mengalami masalah kesakitan pada gigi atau mulut yang memerlukan rawatan, rehat, atau menjejaskan keupayaan untuk mengikuti pelajaran.	Kod 1 = "Ya " Kod 2 = "Tidak"
Penggunaan Ubat Gigi berfluorida (Q15)	Penggunaan Ubat Gigi Berfluorida didefinisikan secara operasional sebagai amalan seseorang individu menggunakan ubat gigi yang mengandungi sebatian fluorida aktif (dengan kepekatan yang disyorkan) semasa memberus gigi.	Kod 1 : Tidak Kod 2 : Ya
Peperiksaan Gigi oleh Perawat Gigi atau Doktor Gigi (Q16)	Pemeriksaan Kesihatan Pergigian Profesional didefinisikan secara operasional sebagai pemeriksaan klinikal dan penilaian menyeluruh yang dilakukan terhadap struktur oral (gigi, gusi, lidah, dan tisu mulut) oleh Perawat Pergigian atau Doktor Pergigian yang bertauliah.	Kod 1 = "Dalam tempo 12 bulan yang lalu " Kod 2 = "Diantara 12 hingga 24 bulan yang lalu " Kod 3 = "Lebih dari 24 bulan yang lalu" Kod 4 = "Tidak pernah" Kod 5 = "Tidak tahu"
Tidak tersenyum karena Gigi berlubang (Q17)	Tingkah Laku Mengelak Senyum Akibat Gigi Berlubang didefinisikan secara operasional sebagai kekangan tingkah laku sosial yang dicerminkan melalui tindakan responden mengurangkan atau menahan diri daripada senyum atau ketawa secara terbuka.	Kod 1 = "Ya " Kod 2 = "Tidak"

bersambung...

...sambungan

Kekangan ini berlaku disebabkan oleh rasa malu, kurang keyakinan diri, atau kebimbangan terhadap penampilan visual gigi berlubang (*dental caries*) atau masalah estetik pergigian yang lain

Membasuh Tangan (Q18)

Amalan Membasuh Tangan didefinisikan secara operasional sebagai tindakan kebersihan diri yang melibatkan penggunaan air bersih mengalir dan sabun atau pencuci tangan untuk membersihkan tangan secara menyeluruh, sama ada dengan menggosok tangan, celah jari, dan pergelangan tangan sekurang-kurangnya 20 saat.

Kod 1 = "Tidak pernah "
Kod 2 = "Jarang-jarang"
Kod 3 = "Kadang-Kadang "
Kod 4 = "Kebanyakan masa"
Kod 5 = "Setiap kali "

Membasuh tangan selepas pemakaian Kamar Mandi (Q19)

Amalan Membasuh Tangan Selepas Menggunakan Tandas didefinisikan secara operasional sebagai tindakan kebersihan kritikal yang dilakukan oleh seseorang individu, iaitu membersihkan kedua-dua belah tangan secara menyeluruh menggunakan air bersih mengalir dan sabun sejurus selepas selesai menggunakan tandas atau bilik air (kamar mandi).

Kod 1 = Tidak pernah "
Kod 2 = "Jarang-jarang"
Kod 3 = "Kadang-Kadang "
Kod 4 = "Kebanyakan masa"
Kod 5 = "Setiap kali "

Penggunaan sabun saat membasuh tangan (Q20)

Penggunaan Sabun Semasa Membasuh Tangan didefinisikan secara operasional sebagai amalan seseorang individu menggunakan sabun (sama ada sabun buku, sabun cecair, atau pencuci tangan berformulasi sabun) bersama air bersih mengalir untuk membersihkan tangan.

Kod 1 = Tidak pernah "
Kod 2 = "Jarang-jarang"
Kod 3 = "Kadang-Kadang "
Kod 4 = "Kebanyakan masa"
Kod 5 = "Setiap kali "

Keganasan dan Kecederaan Tidak Sengaja

Penyerangan Fisik (Q21)

Penyerangan Fizikal dalam kalangan remaja didefinisikan secara operasional sebagai tindakan kekerasan fizikal yang dilakukan oleh seorang individu (termasuk rakan

Kod 1 = "0 kali "
Kod 2 = "1 kali "
Kod 3 = "2 atau 3 kali "
Kod 4 = "4 atau 5 kali "
Kod 5 = "6 atau 7 kali "
Kod 6 = "8 atau 9 kali "

bersambung...

...sambungan

	sebaka, ahli keluarga, atau orang dewasa) terhadap remaja, dengan niat untuk mencederakan, menyebabkan kesakitan, atau mengancam keselamatan tubuh badan mereka.	Kod 7 = "10 atau 11 kali " Kod 8 = "12 kali atau lebih "
Terlibat Penyeranagan Fisik (Q22)	Keterlibatan dalam Penyeranagan Fizikal didefinisikan secara operasional sebagai tingkah laku agresif yang dilakukan oleh seorang individu (responden) terhadap individu lain, yang melibatkan penggunaan kekerasan fizikal dengan niat untuk mencederakan, menakutkan, atau menyebabkan kecederaan jasmani.	Kod 1 = "0 kali " Kod 2 = "1 kali " Kod 3 = "2 atau 3 kali " Kod 4 = "4 atau 5 kali " Kod 5 = "6 atau 7 kali " Kod 6 = "8 atau 9 kali " Kod 7 = "10 atau 11 kali " Kod 8 = "12 kali atau lebih "
Pengalaman Cedera Serius (Q23)	Pengalaman Kecederaan Serius didefinisikan secara operasional sebagai kejadian trauma fizikal yang dialami oleh seseorang individu, yang memerlukan rawatan perubatan profesional seperti lawatan ke bilik kecemasan, kemasukan ke hospital, atau campur tangan pembedahan	Kod 1 = "0 kali " Kod 2 = "1 kali " Kod 3 = "2 atau 3 kali " Kod 4 = "4 atau 5 kali " Kod 5 = "6 atau 7 kali " Kod 6 = "8 atau 9 kali " Kod 7 = "10 atau 11 kali " Kod 8 = "12 kali atau lebih "
Cedera Serius yang pernah dialami (Q24)	Pengalaman kecederaan fizikal yang menimpa seseorang individu pada masa lalu, sama ada akibat kejadian tidak disengajakan (<i>unintentional</i>) atau disengajakan (<i>intentional</i>), dan telah mencapai tahap keterukan yang memerlukan intervensi perubatan profesional.	Kod 1 = "Saya tidak mengalami cedera" Kod 2 = "Patah tulang atau sendi dislokasi" Kod 3 = "Luka atau tikaman" Kod 4 = "Benturan (cedera) pada kepala atau cedera leher, pingsan, atau tidak bisa bernafas" Kod 5 = "Cedera karena senjata api" Kod 6 = "Cedera Luka Bakar pada kulit yang serius" Kod 7 = "Diracun atau meminum obat berlebihan "
Penyebab Utama Cedera Serius (Q25)	Agen atau mekanisme luaran yang dominan yang mengakibatkan insiden trauma fizikal serius yang pernah dialami oleh individu, sehingga memerlukan rawatan perubatan profesional	Kod 1 = "Saya tidak mengalami cedera" Kod 2 = "Saya terlibat dalam kecelakaan kenderaan " Kod 3 = "Saya terjatuh" Kod 4 = "Sesuatu terjatuh atau terkena saya" Kod 5 = "Saya telah diserang atau didera atau berkelahi dengan orang lain "

bersambung...

...sambungan

Jumlah Hari mendapat perlakuan Buli (Q26)	Jumlah Hari Mendapat Perlakuan Buli didefinisikan secara operasional sebagai bilangan hari dalam tempoh masa rujukan yang ditetapkan (misalnya, 30 hari yang lalu) di mana seseorang individu (responden) melaporkan dirinya telah menjadi mangsa kepada satu atau lebih jenis tingkah laku buli.	Kod 1 = "0 hari " Kod 2 = "1 atau 2 hari" Kod 3 = "3 hingga 5 hari " Kod 4 = "6 hingga 9 hari" Kod 5 = "10 hingga 19 hari " Kod 6 = "20 hingga 29 hari " Kod 7 = "Kesemua 30 hari "
28. Pernah mendapat pukulan di rumah sehingga mengalami kecederaan (Q27)	Pengalaman Mendapat Pukulan di Rumah Sehingga Mengalami Kecederaan didefinisikan secara operasional sebagai kejadian trauma fizikal yang dialami oleh seorang individu yang disebabkan oleh tindakan kekerasan atau pukulan oleh ahli keluarga atau penjaga dalam lingkungan rumah, yang mengakibatkan kecederaan fizikal yang nyata.	Kod 1 = "0 kali" Kod 2 = "1 kali " Kod 3 = "2 atau 3 kali " Kod 4 = "4 atau 5 kali " Kod 5 = "6 atau 7 kali " Kod 6 = "8 atau 9 kali " Kod 7 = "10 atau 11 kali " Kod 8 = "12 kali atau lebih 34 "
29. Hinaan secara verbal selama di Rumah (Q28)	Bentuk penderaan emosi atau psikologi yang dialami oleh seseorang individu, di mana ahli keluarga atau penjaga dalam lingkungan rumah menggunakan kata-kata kesat, merendahkan, mengancam, atau menghina untuk menyebabkan tekanan emosi, memalukan, atau merosakkan harga diri individu tersebut.	Kod 1 = "0 kali" Kod 2 = "1 kali " Kod 3 = "2 atau 3 kali " Kod 4 = "4 atau 5 kali " Kod 5 = "6 atau 7 kali " Kod 6 = "8 atau 9 kali " Kod 7 = "10 atau 11 kali " Kod 8 = "12 kali atau lebih 34 "
Perasaan Kesepian (Q29)	Perasaan Kesepian didefinisikan secara operasional sebagai keadaan emosi subjektif yang menyakitkan yang dialami oleh seseorang individu, yang timbul daripada kekurangan kualiti dan/atau kuantiti hubungan sosial berbanding dengan hubungan sosial yang diinginkan atau yang diharapkan.	Kod 1 = "Tidak pernah" Kod 2 = "Jarang Jarang " Kod 3 = "Kadang-Kadang" Kod 4 = "Kebanyakan masa " Kod 5 = "Setiap kali"
Rasa Khawatir sehingga tidak dapat tidur malam hari (Q30)	Pengalaman subjektif mengenai kebimbangan atau keresahan yang berlebihan yang berterusan pada waktu malam, sehingga menghalang atau menyukarkan seseorang individu untuk memulakan tidur (<i>sleep onset</i>) atau mengekalkan tidur (<i>sleep maintenance</i>) mereka.	Kod 1 = "Tidak pernah " Kod 2 = "Jarang-Jarang" Kod 3 = "Kadang-kadang " Kod 4 = "Kebanyakan waktu " Kod 5 = "Setiap kali"

bersambung...

...sambungan

Idea tentang Bunuh Diri (Q31)	Kehadiran kognisi atau ideasi yang disengajakan dan dilaporkan sendiri oleh individu, melibatkan pertimbangan atau obsesi terhadap tindakan untuk menamatkan hayat diri sendiri.	Kod 1 = “Ya” Kod 2 = “Tidak”
Rencana Bunuh Diri (Q32)	Rancangan Bunuh Diri didefinisikan secara operasional sebagai kehadiran butiran spesifik yang telah difikirkan dan dilaporkan sendiri oleh individu, berkaitan dengan kaedah, masa, atau tempat untuk melaksanakan perbuatan membunuh diri.	Kod 1 = “Ya” Kod 2 = “Tidak”
Percubaan Bunuh Diri (Q33)	Percubaan Bunuh Diri didefinisikan secara operasional sebagai tindakan mencederakan diri sendiri yang disengajakan oleh seorang individu, di mana terdapat bukti nyata niat untuk menamatkan nyawa sendiri, tanpa mengira sama ada tindakan tersebut mengakibatkan kecederaan serius atau kematian	Kod 1 = “0 kali” Kod 2 = “1 kali” Kod 3 = “2 atau 3 kali” Kod 4 = “4 hingga 5 kali” Kod 5 = “6 kali atau lebih”
Teman Dekat yang dimiliki (Q34)	Jumlah individu yang dikenal pasti dan dilaporkan sendiri (<i>self-reported</i>) oleh responden sebagai orang yang paling dipercayai, sering berinteraksi, dan tempat berkongsi isu peribadi atau sokongan emosi yang signifikan	Kod 1 = 0 kawan Kod 2 = 1 kawan Kod 3 = 2 kawan Kod = 3 atau lebih

3.6 PERTIMBANGAN ETIKA

Sepanjang perancangan, pengendalian dan laporan kajian ini, segala usaha dibuat untuk memastikan bahawa penyelidikan telah mematuhi piawaian tertinggi dalam amalan etika. Tujuannya adalah untuk memastikan perlindungan kebajikan dan maruah responden.

a. Kelulusan Jawatan Kuasa Etika Penyelidikan dan Kerahasiaan Maklumat

Kajian ini telah mendapat kelulusan menjalankan kajian dari jawatankuasa Penyelidikan dan Etika (RECUKM).

b. Kebenaran bagi Menjalankan Kajian

Kajian ini telah mendapatkan kelulusan daripada KBRI KL. Pemilihan responden adalah bersifat sukarela. Bagi kajian pra uji dan kajian sebenar, responden diberikan penerangan secara lisan dan bertulis mengenai tujuan kajian dan maklumat kajian. Responden juga diberikan pilihan untuk menarik diri sekiranya tidak mahu menyertai kajian atau terdapat masalah dalam mana-mana prosedur dalam kajian. Persetujuan daripada responden dimeterai dalam bentuk tandatangan dalam borang kebenaran bertulis.

c. Tindakan yang Dilakukan kepada yang Disaring

Memandangkan kajian ini melibatkan saringan risiko kebimbangan dan kemurungan, maka responden yang didapati berisiko kepada kebimbangan dan kemurungan dirancang untuk dapat dirujuk mereka segera ke klinik kesihatan yang terdekat dengan tempat tinggal mereka untuk mendapatkan rawatan. Senarai hospital yang mempunyai rawatan kesihatan mental dalam wilayah kerja KBRI KL dan KJRI JB dan KJRI PP adalah dalam Jadual 3.7.

Jadual 3.9 Hospital rujukan kes saringan kesihatan mental

Kuala Lumpur	Pulau Pinang
Hospital Kuala Lumpur	Hospital Pulau Pinang
Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia	Hospital Seberang Perai
Hospital Ampang	
Pusat Perubatan Universiti Malaya	Johor Bahru
Hospital Selayang	Hospital Permai Tampin
Hospital Serdang	Hospital Sultanah Aminah
Hospital Putrajaya	Hospital Sultan Ismail
Hospital Kajang	

d. Kebenaran bagi Menjalankan Kajian Kuantitatif

Dalam Kajian fasa 2, ini responden akan diberikan maklumat terperinci mengenai kajian, sesuai dengan lampiran maklumat kajian. Jika responden bersedia dengan sukarela, maka responden akan mengisi borang keizinan dan diikuti borang soal selidik dan diminta untuk mengisi borang pada masa tersebut. Sekiranya responden telah mengisi borang soal selidik, maka penyelidik akan memeriksa borang tersebut untuk memastikan borang tersebut telah diisi dengan lengkap. Kerahasiaan kajian akan dikekalkan. Borang soal selidik yang diedarkan berdasarkan pemboleh ubah yang ingin dikaji iaitu :

Bahagian 1 : Maklumat Responden

Bahagian 2 : Maklumat sosioekonomi

Bahagian 3 : Pendidikan Keluarga Remaja

Bahagian 4 : Kesihatan Keluarga Remaja

Bahagian 5 : Sokongan (Keluarga, Prasarana untuk Remaja, Kerajaan akta/Polisi Imigrasi)

Bahagian 6 : Tingkah laku mendapat maklumat kesihatan

Bahagian 7 : Keusahaan mencapai dan mempraktis.oleh keluarga dan remaja.

Bahagian 8 : Pengalaman masalah kesihatan Mental

Bahagian 9 : Masalah Kesihatan Mental

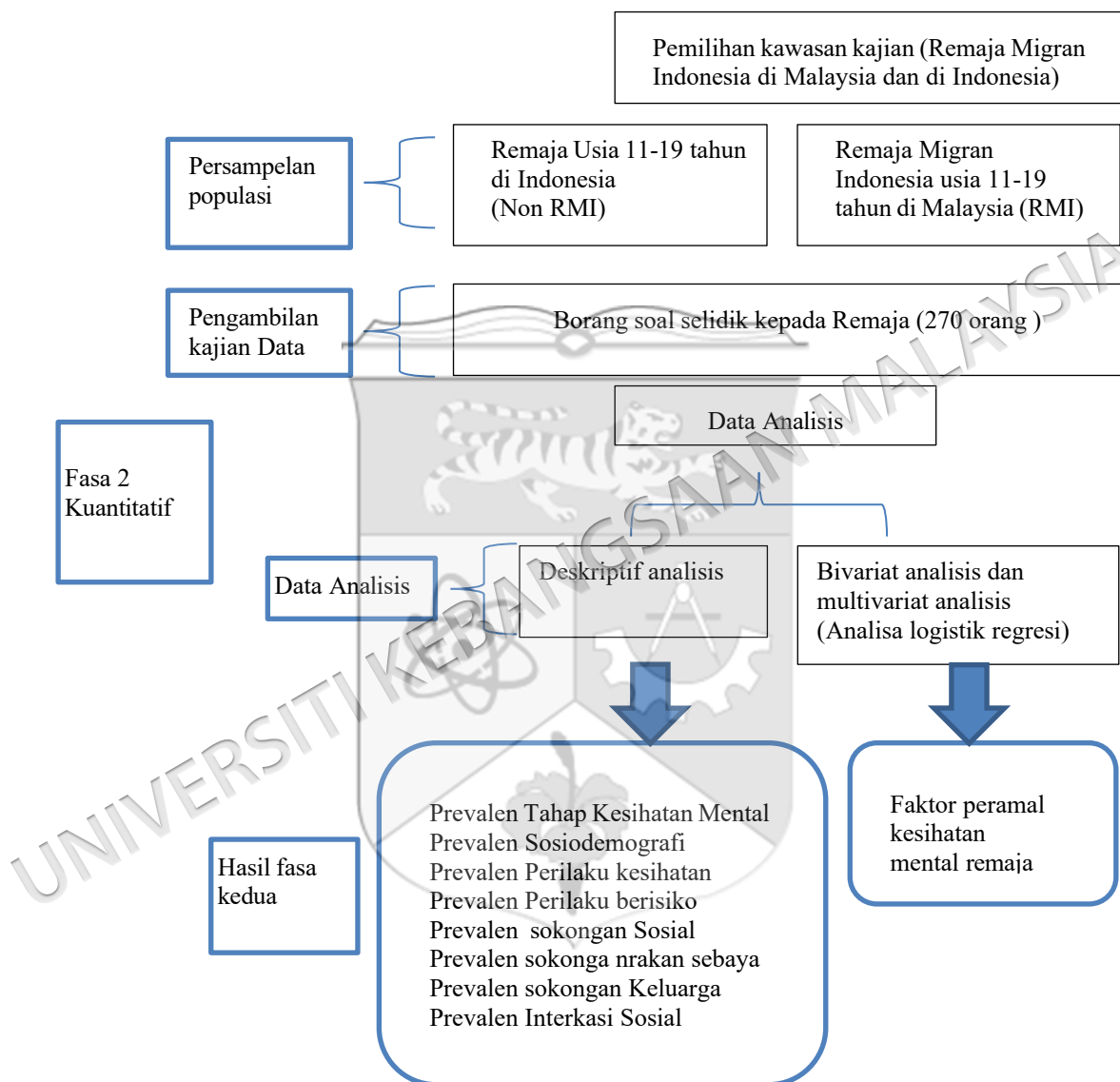
Semua data individu yang diperolehi dianalisa secara keseluruhan dan tidak secara individu untuk dibuatkan laporan dan penerbitan.

3.7 CARTA ALIRAN PENYELIDIKAN

Dalam kajian ini penyelidik mulai dengan kajian kualitatif yang kemudian diikuti kajian kuantitatif. Penyelidik menawarkan kepada ibubapa remaja, apakah mereka bersetuju untuk menyertai kajian. Apabila persetujuan diperolehi penyelidik seterusnya menyemak keperluan kriteria kemasukan dan penolakan unit sampel dan menyatakan tujuan kajian berdasarkan borang maklumat kajian, barulah penyelidik memberikan borang soal selidik untuk dijawab secara bertulis langsung kepada penyelidik. Jika ada

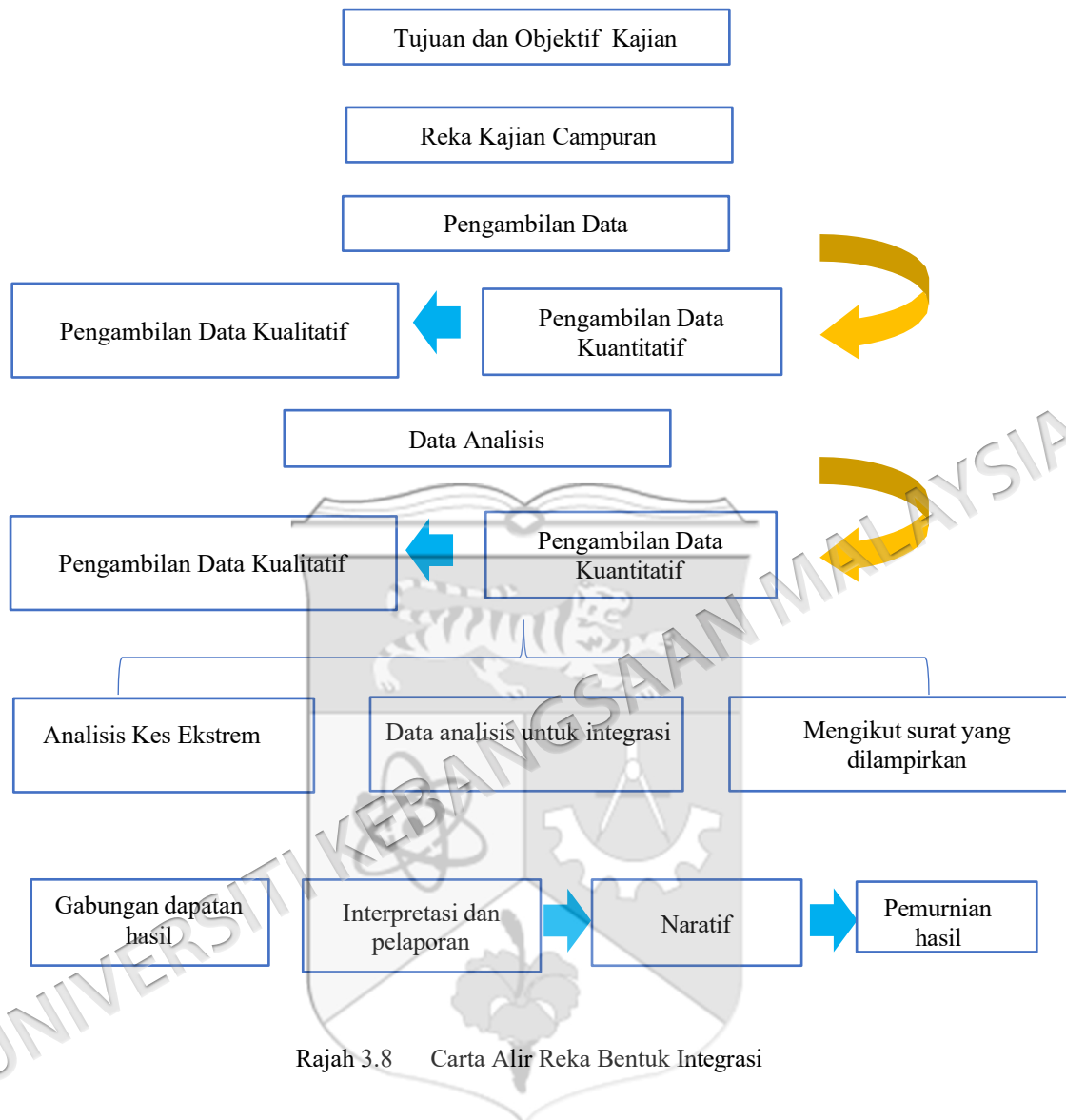
kemusykilan menjawab maka penyelidik membantu menjelaskan dengan lebih terperinci.

3.7.1 Carta Alir Kajian Kuantitatif



Rajah 5.7 Carta alir kajian kuantitatif

3.7.2 Carta Alir Reka Bentuk Integrasi



Rajah 3.8 Carta Alir Reka Bentuk Integrasi

Proses penyelidikan ini bermula dengan perumusan persoalan dan objektif kajian yang berfungsi sebagai tunjang utama. Berpandukan matlamat yang telah ditetapkan, kajian kemudian beralih kepada pembentukan Reka Bentuk Kajian Campuran (*Mixed-Method Design*), yang mana metodologi penyelidikan yang bakal diaplikasikan digariskan dengan terperinci. Langkah seterusnya ialah fasa Pengumpulan Data. Pada fasa ini, pengumpulan data terbahagi kepada dua saluran utama, sama ada dijalankan secara berurutan: Pengumpulan Data Kualitatif dan Pengumpulan Data Kuantitatif. Setelah data berjaya dikumpul, proses beralih ke fasa Analisis Data. Sejajar dengan fasa pengumpulan, analisis data dilaksanakan ke atas kedua-dua jenis data: Analisis Data Kualitatif dan Analisis Data Kuantitatif. Fasa ini lazimnya dilaksanakan

secara lelaran (iteratif) atau secara selari. Seterusnya, dapatan daripada kedua-dua jenis analisis ini dimanfaatkan bagi mencapai tiga matlamat utama: Analisis Kes Ekstrem (*Extreme Case Analysis*): Melibatkan penganalisan mendalam terhadap kes-kes yang bersifat khusus atau terpencil. Analisis Data untuk Integrasi: Merupakan persediaan data dan penemuan bagi tujuan pengabungan dan penyatuan. Mematuhi Dokumen Sokongan: Merujuk kepada langkah penganalisan atau pertimbangan yang didasarkan kepada protokol atau dokumen luaran yang berkaitan. Puncak metodologi ini ialah Integrasi Dapatan. Fasa ini dimulakan dengan Penggabungan Hasil Penemuan (*Synthesis/Combination of findings*), di mana dapatan kualitatif dan kuantitatif disatukan. Hasil gabungan penemuan ini kemudian melalui proses Interpretasi dan Pelaporan, yang akan menghasilkan Naratif kajian yang muktamad. Akhir sekali, proses ini disudahi dengan Pemurnian Hasil (*Refinement of results*), bagi memastikan kejelasan, ketepatan, dan kualiti akhir dapatan penyelidikan.

3.7.3 Gabungan (Integrasi) Pengumpulan Data Terpadu

Jadual 3. 10 Paparan Gabungan Pengumpulan Data Terpadu dalam Reka Bentuk Penyelidikan Eksploratori Berurutan Kaedah Campuran

Konstruk dan Sub Konstruk	Pertanyaan temu bual	Variabel tidak bersandar
Ciri-ciri Sociodemografi Guru dan Remaja	"Bolehkah anda jelaskan prosedur dan mekanisme perekrutan yang anda lalui sehingga dilantik sebagai tenaga pengajar di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (SIKL)?" "Sila huraikan kesesuaian korelasi antara bidang pengkhususan akademik anda dengan mata pelajaran yang diajar di SIKL." "Sila huraikan pengalaman pembelajaran anda dan bagaimana anda mengadaptasi diri dengan persekitaran persekolahan semasa di institusi ini	Data sosiodemografi akan dianalisis berdasarkan indikator-indikator utama seperti berikut: Umur Jantina Tahap pendidikan Agama Tempoh bermastautin Tinggal bersama Ibubapa/Selain ibubapa
Pengalaman Subjektif Berkaitan Kesihatan Mental	Bolehkah anda menghuraikan pengalaman yang pernah anda hadapi atau lalui yang berkaitan	Tahap Kesihatan Mental diukur berdasarkan lima (5) dimensi utama (<i>item</i>). Pengukuran ini dilakukan menggunakan

bersambung...

...sambungan

secara langsung dengan aspek kesihatan mental?

Kuisisioner SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) yang merangkumi sejumlah 25 soalan (*pertanyaan*). Secara spesifik, instrumen ini berfungsi untuk menilai lima (5) domain gangguan kesihatan mental yang ditetapkan. Kesemua lima (5) domain yang diukur mempunyai kategori penilaian yang dibahagikan kepada tiga (3) tahap diskret, iaitu Normal, Sempadan (Borderline), dan Abnormal.

Kesejahteraan Diri Remaja, Tingkah Laku Kesihatan, dan Perlakuan Berisiko

Bolehkah anda menghuraikan strategi penyesuaian (*coping strategies*) yang lazim anda aplikasikan apabila berhadapan dengan permasalahan atau cabaran dalam kehidupan peribadi anda?"

Survei Kesihatan Remaja dilaksanakan dengan menggunakan instrumen Kuisisioner IKU Government Adolescents Health Survey Malaysia 2018. Kuisisioner berpiawai ini merangkumi sejumlah 81 item soalan yang khusus mengukur pelbagai dimensi tingkah laku kesihatan (*Perilaku Kesihatan*).

Mekanisme Sokongan Sosial dan Corak Interaksi Sosial

"Bagaimanakah peranan persekitaran sosial anda (seperti keluarga, rakan sebaya, atau komuniti) berfungsi dalam menyokong atau mempengaruhi kesihatan mental anda?"

Tahap Sokongan Sosial diukur dengan menggunakan **Kuisisioner MPSS** (*Multidimensional Perceived Social Support*). Instrumen ini terdiri daripada **25 item soalan** yang piawai.

Pengukuran dilakukan dengan menggunakan **Skala Likert 5-mata** (5-point Likert Scale), dengan penetapan skor seperti berikut:

Kod 1 Sangat Tidak Bersetuju

Kod 2 Tidak Bersetuju

Kod 3 Bersetuju

Kod 4 Sangat Bersetuju

Kod 5 Sangat Bersetuju Sekali

Kategori Sokongan Sosial

1. **Sokongan Sosial Rendah (Low Social Support)**
2. **Sokongan Sosial Sederhana (Medium Social Support)**
3. **Sokongan Sosial Tinggi (High Social Support)**

"Sila huraikan sifat dan kualiti hubungan anda dengan rakan sebaya rapat, merangkumi kedua-dua perhubungan di persekitaran sekolah dan juga di luar konteks persekolahan."

Sokongan Rakan Sebaya diukur dengan menggunakan **Kuisisioner Peer Support**. Instrumen ini merangkumi **12 item soalan**, dengan pengukurannya dilakukan menggunakan **Skala Likert**.

Kod 1 Sangat Tidak Bersetuju

Kod 2 Tidak Bersetuju

Kod 3 Bersetuju

Kod 4 Sangat Bersetuju

Kod 5 Sangat Bersetuju Sekali

Kategori Sokongan Rakan Sebaya

1. **Sokongan Rakan Sebaya Rendah (Low Peer Support)**
2. **Sokongan Rakan Sebaya Sederhana (Medium Peer Support)**

bersambung...

...sambungan

3. Sokongan Rakan Sebaya Tinggi (High Peer Support)

"Sila huraikan bentuk dan kualiti sokongan yang diberikan oleh ibu bapa anda semasa anda menghadapi atau menguruskan permasalahan dalam kehidupan anda."

Sokongan Keluarga diukur menggunakan **Kuisisioner Family Support**. Instrumen ini terdiri daripada **11 item soalan**, dan pengukurannya menggunakan **Skala Likert 5-mata (5-point Likert Scale)**, dengan aras skor ditetapkan seperti berikut:

Kod 1 : Sangat Tidak Bersetuju

Kod 2 : Tidak Bersetuju

Kod 3 : Bersetuju

Kod 4 : Sangat Bersetuju

Kod 5 : Sangat Bersetuju Sekali

Dapatan skor kemudiannya dikategorikan kepada tiga (3) aras diskret untuk menentukan tahap sokongan keluarga yang dipersepsikan oleh responden:

1. **Sokongan Keluarga Rendah**
(Low Family Support)
2. **Sokongan Keluarga Sederhana**
(Medium Family Support)
3. **Sokongan Keluarga Tinggi**
(High Family Support)

"Sila huraikan sifat dan kualiti hubungan interpersonal anda dalam pelbagai domain sosial, terutamanya yang melibatkan persekitaran umum, ibu bapa dan ahli keluarga terdekat, serta rakan sebaya dan guru di persekitaran sekolah."

Interaksi Sosial diukur menggunakan **Skala Guttman** yang merangkumi **13 item soalan (pertanyaan)**. Penilaian skor ditetapkan dengan dua (2) pilihan respons dikotomi: **Kod 1** : Ya (Setuju), **Kod 2** : Tidak (Tidak Setuju)

"Halangan dan Cabaran yang Dihadapi"

"Sila huraikan bentuk-bentuk hambatan atau cabaran yang dihadapi oleh guru dan remaja dalam konteks mendapatkan perkhidmatan atau pertolongan profesional melalui layanan kesihatan mental yang sedia ada."

"Tindakan Intervensi dan Pencegahan bagi Menangani Isu Kesihatan Mental Pelajar."

"Sila huraikan langkah intervensi atau strategi yang telah anda laksanakan bagi menangani isu-isu berkaitan kesihatan mental pelajar di institusi ini."

"Bolehkah anda huraikan strategi penyesuaian (*coping mechanism*) atau tindakan yang anda aplikasikan secara peribadi apabila berhadapan dengan gangguan atau isu kesihatan mental?"

3.8 KESIMPULAN

Secara keseluruhannya, kajian ini menggunakan pendekatan metodologi campuran, di mana data kualitatif (untuk pemahaman mendalam/eksplorasi) dan kuantitatif (untuk generalisasi/pengujian) dikumpulkan secara terpadu untuk mendapatkan pemahaman holistik tentang kesihatan mental remaja Indonesia di Malaysia (RMI) dan dinegara asal (Non RMI). Hasil integrasi menerangkan strategi pengumpulan data yang mengintegrasikan komponen Kualitatif dan Kuantitatif berdasarkan dua Konstruk dan Sub Konstruk utama. Perihal Sosiodemografi Guru dan Remaja dalam kajian Kualitatif dikumpulkan melalui temu bual terbuka mengenai latar belakang pendidikan, peranan guru di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (SIKL), dan pengalaman bersekolah/mengajar. Data Kuantitatif dikumpulkan melalui borang soal selidik yang divalidasi yang mengukur factor yang dikaji. Pengalaman terhadap Kesihatan Mental untuk kajian Kualitatif dikumpulkan melalui soalan temu bual yang berfokus pada pengalaman peribadi responden berkaitan dengan kesihatan mental. Dan kajian Kuantitatif pula data dikumpulkan secara terstruktur berdasarkan borang soal selidik SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*), yang terdiri daripada 25 item dalam 5 skop utama. Instrumen ini digunakan untuk mengukur 5 skop: gangguan kesihatan mental (Emosional, Masalah Perilaku, Masalah Teman Sebaya, Hiperaktiviti, Kesulitan), dan mengkategorikan hasilnya kepada Normal, *Borderline*, atau Abnormal.

BAB IV

DAPATAN KAJIAN

4.1 PENGENALAN

Bahagian ini membincangkan hasil dapatan untuk setiap Fasa Satu dan Fasa Dua penyelidikan kajian campuran penerokaan tahap kesihatan mental, faktor dan hambatan pada Remaja Migran Indonesia (RMI) di Malaysia berbanding Non-Remaja Migran Indonesia (Non-RMI) di Indonesia. Fasa Satu melaporkan hasil penerokaan faktor penentu dan hambatan dalam mengatasi masalah kesihatan mental yang telah dilakukan secara kajian kualitatif yang berfokuskan kepada kumpulan sasaran iaitu remaja migran. Pemilihan peserta secara purposif melibatkan guru kaunselor dan remaja dari sekolah yang terlibat dalam kajian sampel remaja. Temu bual dilakukan kepada 5 orang Guru dari Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (SIKL). Temu bual kepada pelajar pula dijalankan di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur dan Sekolah Menengah di Indonesia. Dapatan hasil kajian Fasa Satu digunapakai bagi menyediakan borang soal selidik yang lebih holistik untuk menilai tahap, faktor dan hambatan kesihatan mental remaja Indonesia di Malaysia (RMI) dan di Indonesia (Non-RMI) serta divalidasi dalam Bahasa Indonesia. Fasa Dua adalah kajian perbandingan keratan rentas untuk dua kumpulan remaja iaitu RMI dan Non-RMI menggunakan borang soal selidik divalidasi dalam Bahasa Indonesia.

4.2 TUJUAN KAJIAN KUALITATIF DAN KUANTITATIF

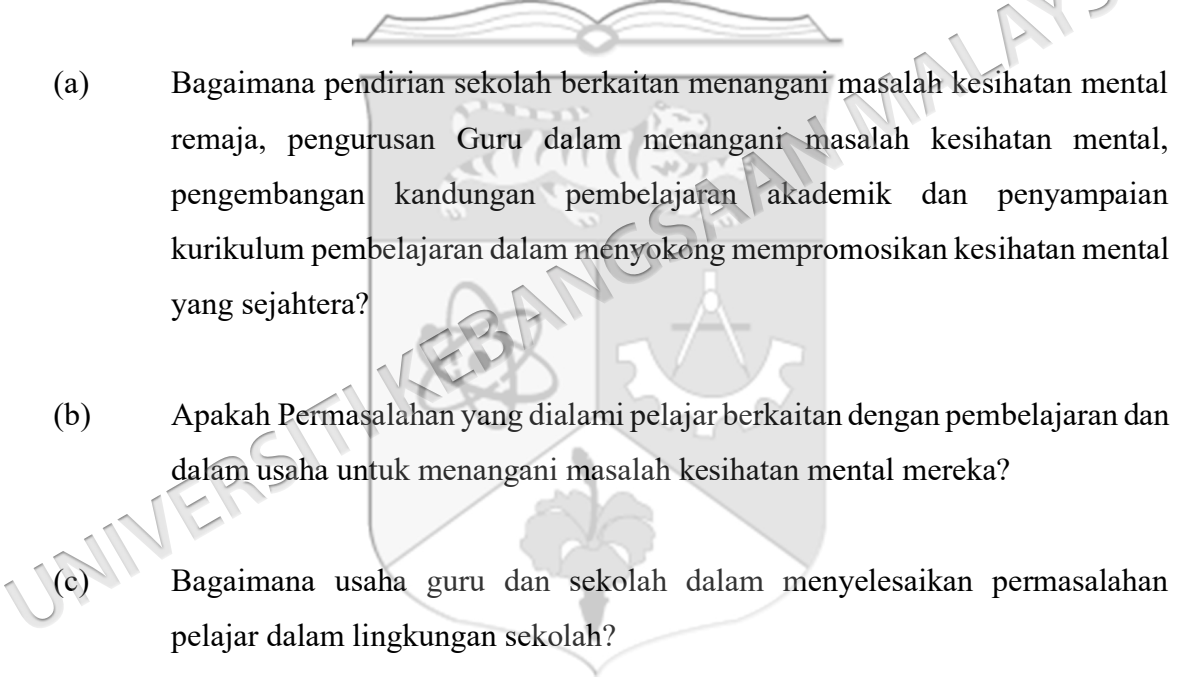
Tujuan utama Fasa Satu kajian penelitian ini adalah untuk mengkaji dengan lebih mendalam mengenai faktor penentu dan hambatan kepada masalah kesihatan mental pada RMI dan Non-RMI berikutan kurangnya literasi berkaitan remaja migran di Malaysia dalam skop kesihatan mental dan ianya menjadi jurang dalam kajian. Tiga persoalan kajian diketengahkan secara kasar:

Persoalan kajian 1 (PK1): Apakah faktor penentu kesihatan mental remaja sekolah ?

Persoalan kajian 2 (PK2): Apakah permasalahan atau hambatan yang dihadapi?

Persoalan kajian 3 (PK3): Apakah usaha sekolah dalam mengatasi permasalahan kesihatan mental pelajar?

Permasalahan atau hambatan yang dihadapi berkaitan masalah kesihatan mental, dan bagaimana usaha sekolah dan usaha remaja dalam menyelesaikan gangguan kesihatan mental yang dialami diperincikan bagi mencungkil maklumat yang lebih mendalam. Persoalan kajian utama diperincikan lagi dan diajukan kepada Guru SIKL:

- 
- (a) Bagaimana pendirian sekolah berkaitan menangani masalah kesihatan mental remaja, pengurusan Guru dalam menangani masalah kesihatan mental, pengembangan kandungan pembelajaran akademik dan penyampaian kurikulum pembelajaran dalam menyokong mempromosikan kesihatan mental yang sejahtera?
 - (b) Apakah Permasalahan yang dialami pelajar berkaitan dengan pembelajaran dan dalam usaha untuk menangani masalah kesihatan mental mereka?
 - (c) Bagaimana usaha guru dan sekolah dalam menyelesaikan permasalahan pelajar dalam lingkungan sekolah?

Pendekatan kaedah kualitatif digunakan untuk meneroka secara mendalam bagaimana pengalaman mereka berdepan dan mengatasi masalah kesihatan mental di sekolah, termasuklah harapan serta perancangan untuk masa depan remaja sekolah. Hasil dapatan digunapakai untuk melihat kesesuaian untuk memilih borang soal selidik sedia ada dalam bahasa Indonesia jika ada dan dari bahasa lain yang berkaitan. Soal selidik akhir yang digabungkan digunapakai setelah divalidasi dalam bahasa Indonesia untuk kajian Fasa Dua. Fasa Dua kajian dijalankan secara kuantitatif dengan mengukur tahap kesihatan mental remaja menggunakan borang soal selidik yang telah divalidasi dan membuat perbandingan di antara RMI dan Non-RMI dan dijalankan sebaik saja

tempoh kritikal pandemik COVID 19 pulih (Era Normal Baharu). Skop kajian adalah berkaitan dengan faktor dan hambatan kepada kesihatan mental remaja Indonesia di sekolah.

4.3 KAJIAN FASA SATU: KUALITATIF

4.3.1 Perihalhan Peserta kajian Fasa 1

Peserta kajian adalah Guru Kaunselor Sekolah, Guru Kesiswaan, Guru penyelaras kurikulum, dan Pengetua Sekolah Indonesia Kuala Lumpur. Perihal peserta kajian digambarkan pada Jadual 4.1.

Jadual 4.1 Taburan profil penyertaan guru

Nama	Usia (tahun)	Jabatan	Asal	Tarikh	Tempoh Waktu
Puan NH	40	Kaunselor SIKL	Bandung	23 Ogos 2021	10.00-11.30
Puan DW	37	Penyelaras Kurikulum SIKL	Padang, Sumatra	23 Ogos 2021	12.30-1.00
Tuan DN	38	Guru Kesiswaan SIKL	Subang	24 Ogos 2021	15.00-15.30
Tuan H	48	Pengetua Sekolah SIKL	Jakarta	25 Ogos 2021	12.30-1.00

Temu bual RMI dan Non-RMI dilakukan secara purposif *snowball* berdasar petunjuk dan saranan dari Guru Kaunselor Sekolah Indonesia Kuala Lumpur dan Guru Kaunselor Sekolah Menengah di Indonesia. Remaja yang ditemu bual mewakili setiap tingkatan kelas di setiap sekolah. Perihalhan remaja terpilih dilaporkan dalam Jadual 4.2.

Jadual 4.2 Perihalhan profil RMI dan Non RMI

Nama	Usia	Kelas	Asal	Tarikh	Waktu
Identiti RMI					
An N	15	X	Surabaya	7 Oktober 2021	09.00-9.20
An W	16	XI	Jakarta	7 Oktober 2021	10.00-10.30
An. A	17	XII	Lampung	7 Oktober 2021	11.00-11.20

bersambung...

...sambungan

Identiti Non-RMI

An C	15	X	Surabaya	2 November 2021	08.00-9.00
An KB	16	XI	Jakarta	2 November 2021	10.00-10.30
An. AN	17	XII	Lampung	2 November 2021	12.00-12.20

4.3.2 Hasil Pengkodan Temu Bual Kualitatif

Berdasarkan hasil temu bual dengan Guru Sekolah berpandukan perincian skop (Jadual 4.3) didapati 3 tema terhasil.

Tema pertama: Faktor penentu dengan sub tema;

- (a) kurikulum SIKL;
- (b) pengembangan kurikulum pembelajaran, dan kurikulum kesihatan mental.

Tema kedua: Masalah yang dihadapi Guru dengan sub tema;

- (a) perubahan perilaku remaja;
- (b) insuran kesihatan pelajar;
- (c) perbezaan ekonomi keluarga;
- (d) ibubapa sibuk berkerja;
- (e) prasarana sekolah dan rumah;
- (f) keizinan KBRI.

Tema ketiga: Usaha sekolah dengan sub tema;

- (a) kerjasama dengan Kementerian Pendidikan Malaysia (KPM), Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), Jabatan Imigresen Malaysia (JIM), dan Polis Diraja Malaysia (PDRM);
- (b) program rehabilitasi dari KBRI dan SIKL;
- (c) pengurusan dokumen rasmi oleh KBRI-SIKL dan badan sukarelawan (NGO).

Jadual 4.3 Pertanyaan Kajian dalam Temu Bual Guru Skop perincian persoalan kajian

Skop perincian persoalan kajian	
PK1	Faktor Penentu Kesihatan Mental Tujuan dan dasar polisi pendirian sekolah Kurikulum pembelajaran dan pengembangannya Prasarana untuk mengatasi masalah Kesihatan Mental Prasarana untuk informasi literasi kesihatan
PK2	Masalah dan Hambatan Masalah Dokumen Rasmi Pelajar Masalah Insuran Kesihatan Masalah akses sokongan dari lingkungan
PK3	Usaha Sekolah Pendirian sekolah Pengurusan Dokumen pelajar Penyediaan Program biasiswa

Berdasarkan hasil temu bual dengan pelajar menghasilkan 6 tema.

Tema pertama: Pemahaman literasi stres dengan sub tema;

- (a) pengalaman stres ditinggal ibubapa meninggal dunia atau bercerai;
- (b) stres dengan teman sebaya;
- (c) stres dengan pencapaian akademik.

Tema kedua: Stigma kesihatan mental.

Tema ketiga: Strategi adaptasi (*coping*) dengan sub tema;

- (a) Atasi masalah sendiri;
- (b) Berkongsi masalah dengan ibubapa atau rakan sebaya terdekat.

Tema keempat: Sokongan sosial dengan sub tema;

- (a) Sokongan teman sebaya;
- (b) Sokongan ibubapa;
- (c) Sokongan guru kaunselor di sekolah.

Tema kelima: Eksplorasi fikiran mendalam dengan subtema;

- (a) Pola pemikiran;
- (b) Afirmasi positif.

Tema keenam: Pengalaman bantuan profesional, refleksi dan harapan dengan sub tema;

- (a) Sihat jasmani dan ruhani;
- (b) Keberanian untuk berkata tidak bagi menolak unsur negatif;
- (c) Kaedah kendalikan emosi diri.

Hasil penelitian berdasarkan pertanyaan kajian, tema utama dan subtema pengkodan di jelaskan dalam Jadual 4.4 bagi dapatan hasil dari Guru dan Jadual 4.5 hasil dapatan dari pelajar remaja. Proses analisis kajian kualitatif dilakukan mengikut rujukan Miles dan Huberman (1997) di mana analisis tema dilakukan secara manual bagi membentuk tema dan sub tema.

Jadual 4.4 Tema Hasil temu bual Guru Sekolah Indonesia Kuala Lumpur

Skop	Tema	Sub-tema
Kurikulum	Kurikulum Kesihatan mental	Kurikulum Terintegrasi Kurikulum Nasional 2013 Pengembangan kurikulum
Faktor penentu	a. Sokongan sosial b.Sokongan keluarga	Sokongan teman sebaya Sokongan sekolah Bantuan dalam pembelajaran Sokongan ketika anak memiliki masalah
Hambatan	a.Dokumen rasmi b.Insuran kesihatan	Dokumen lebih masa Budaya silang perkahwinan Akses fasiliti kesihatan Kemampuan beli ubat di farmasi
Penyelesaian	a.Kolaborasi Institusi b.Program keibubapaan kesihatan mental c.Program Biasiswa	Kerjasama perkhidmatan kesihatan Kerjasama dengan KPM dan KKM Kolaborasi NGO Seminar mengenai kerjaya Seminar berkaitan Perundangan Seminar promosi kesihatan mental Rehabilitasi program biasiswa

4.3.3 Tujuan dan Dasar Polisi Pendirian Sekolah Indonesia Kuala Lumpur

Berdasarkan semakan dokumen Profil Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (SIKL) yang dilaporkan pada laman sesawang (*Website*) sekolah, diterangkan bahawa sejarah penubuhan SIKL dimulai sejak dibukanya kembali Kantor Penghubung Republik Indonesia untuk Malaysia, 1967. SIKL dibuka untuk memenuhi keperluan pendidikan bagi anak pegawai KBRI Malaysia. SIKL dirasmikan pada 10 Julai 1969 oleh Ibu Nurdjanah Thalib, isteri Duta Besar Luar Biasa dan Berkuasa Penuh Republik Indonesia (LBBP RI), dan mendapat sambutan dari Yang Mulia Dato' Haji Abdul Rachman Yakob, Menteri Pelajaran Malaysia pada masa tersebut. Dapatan carian ini diperhalusi melalui temubual dengan para guru SIKL, bahawa penubuhan SIKL bertujuan untuk memberi peluang kepada anak pekerja Migran Indonesia di Malaysia agar mendapatkan pendidikan yang layak.

“Awal didirikannya SIKL itu adalah untuk memfasilitasi anak-anak pekerja migran supaya dapat bersekolah dengan layak, dan mendapatkan legalitas Ijasah dan mendapat Nombor untuk dapat melanjutkan pendidikannya Ketika Kembali ke Indonesia....”

(Informan Guru-1, Informan Guru-2, Informan Guru-3)

4.3.4 Kurikulum pembelajaran dan pengembangannya

Kurikulum Nasional 2013

Sistem Pendidikan Sekolah Menengah di Indonesia menggunakan Kurikulum Nasional 2013. Kurikulum yang sudah menjadi Kurikulum Baku Nasional baik sekolah menengah di dalam negara dan luar negara. Hal ini disampaikan oleh Guru Kaunselor sekolah Indonesia Kuala Lumpur dalam temubual.

“.....untuk kurikulum semua sekolah Indonesia luar negara mengikut kemendikbud RI iaitu Kurikulum Nasional 2013...”

(Informan Guru-1)

Hal ini ditambahkan juga oleh Guru Bahagian Sumber Manusia dan Kesiswaan yang menyatakan bahawa kurikulum di SIKL adalah di bawah kemedikbud RI.

“...semua sekolah Indonesia luar negara menggunakan kurikulum sekolah di Indonesia iaitu kurikulum Nasional 2013, dan tidak mengikut kurikulum di Malaysia”

(Informan Guru-2)

Kurikulum Penyetaraan

Dalam menjalankan proses pembelajaran dan pengajaran, kurikulum sekolah menengah untuk luar negara terutama di sekolah Indonesia Kuala Lumpur tidak mengikut kurikulum Pendidikan Malaysia, tetapi menggunakan Kurikulum Nasional Tahun 2013 yang dilakukan penyetaraan atau penyesuaian mengikut kondisi di Malaysia. Kurikulum ini dinamakan Kurikulum Penyetaraan. Hal ini seperti diungkapkan oleh Guru Sekolah yang dilakukan temu bual.

“Untuk pelaksanaan pembelajaran, kurikulum kita tidak mengacu pada kurikulum Pendidikan menengah di Malaysia, tetapi menggunakan kurikulum yang sudah dilakukan penyetaraan atau penyesuaian dengan kondisi di Malaysia, contohnya saat kondisi pandemik COVID 2019 lalu.”

(Informan Guru-1)

“Iya bu, kurikulum di SILN sudah dilakukan pengembangan dan menyesuaikan kondisi di Malaysia, seperti kondisi COVID 19 di mana sistem pembelajaran dilakukan secara online dan offline, menerapkan standard pemakaian masker, cuci tangan dan menjaga penjarakan sosial selama di sekolah”

(Informan Guru-2)

Kurikulum Kesehatan Mental

Dalam hasil temu bual dengan 5 guru sekolah di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur didapati bahawa kurikulum kesehatan mental tidak dibangunkan berasingan, malah muatan kesehatan di sekolah terintegrasi dalam mata pelajaran Pendidikan Jasmani dan Olahraga (PJOK) dan yang bertanggungjawab adalah guru PJOK. Sekolah Indonesia

Kuala Lumpur belum menerapkan kurikulum kesehatan mental secara spesifik, tetapi diletakkan di bawah tanggungjawab Guru Kaunselor Sekolah. Kegiatan aktiviti yang dijalankan adalah bersifat keibubapaan dalam mempromosi kesehatan mental. Hal ini diutarakan oleh guru yang telah dijalankan temu bual.

“.....Yang saya fahami, sejak saya datang di SIKL, Sekolah Indonesia Luar Negara terutamanya Sekolah Indonesia Kuala Lumpur belum menerapkan kurikulum Kesehatan Mental secara mandiri, pelaksanaannya masih terintegrasi dalam pelajaran BK (Bimbingan Kerjaya) dan kesehatan fizikal terintegrasi dengan pelajaran PJOK.....”

(Informan Guru-3)

Sokongan Sosial Guru

Berdasarkan hasil temubual dengan guru berkaitan dengan masalah yang dihadapi pelajar berkenaan dengan gangguan kesehatan mental, beberapa guru menyatakan bahawa masalah yang dihadapi adalah lebih banyak kepada gangguan perubahan tingkah laku, masalah akademik seperti disleksia, masalah dengan rakan sebaya di sekolah, dan masalah dengan keluarga.

“Jika sebelum pandemik ketika kita bersemuka, memang pernah mengalami masalah- masalah kesehatan mental seperti ada yang pendiam atau yang lebih aktif. Jadi secara umumnya mereka bergaul, tetapi beberapa anak yang memang lebih aktif akan terus, terus dan terus gitu... apa ya namanya, mereka memang aktif. Ada yang terlalu diam, itu yang perlu kita ajak atau rangkul usaha lebih aktif.

(Informan Guru-3)

4.3.5 Hambatan

Keizinan Mendirikan Sekolah Indonesia di Malaysia

Sekolah Indonesia Kuala Lumpur ditubuhkan dengan salah satu tujuan adalah untuk memenuhi keperluan anak-anak pekerja migran Indonesia yang berada di Malaysia terhadap pendidikan, dari pendidikan rendah hingga pendidikan menengah. Pengelolaan sekolah ini adalah di bawah tanggungjawab Kedutaan Besar Republik Indonesia di Malaysia, di bawah Bahagian Pendidikan dan Kebudayaan Luar Negara. Dalam proses

pengelolaannya, banyak halangan yang dihadapi oleh guru dan Pengetua Sekolah, antaranya adalah mendapatkan keizinan rasmi untuk mendirikan sekolah Indonesia di Malaysia.

“Sejak penubuhan awal SIKL itu, masalah yang kita hadapi adalah masalah kelulusan sekolah. Semua yang masuk SIKL harus mempunyai dokumen lengkap, ada beberapa anak dari pekerja migran Indonesia yang tidak mempunyai dokumen lengkap, beberapa alasan yang dihadapi kerana tinggal lebih lama, ada yang berkahwin dengan orang Malaysia dan kesulitan biaya dalam pengurusan dokumen permit.

(Informan Guru-2)

Kelengkapan Dokumen Pelajar

Halangan ini berlaku berkaitan dengan syarat yang ditetapkan oleh KPM (Kementerian Pendidikan Malaysia) bahawa semua pelajar mesti mempunyai dokumen yang lengkap iaitu dokumen passport, visa tinggal dan visa pelajar. Ketentuan pengurusan visa pelajar, pelajar mesti mempunyai insurans kesihatan sepanjang mereka berada di Malaysia, dan masih ada warganegara Indonesia yang di Malaysia belum mempunyai dokumen tersebut. Masalah ini timbul apabila banyak pekerja migran Indonesia, yang awalnya datang ke Kuala Lumpur menggunakan dokumen yang sah, tetapi apabila tempoh sah habis tidak segera memperbaharui. Budaya perkahwinan lintas negara menjadi salah satu faktor terhalangnya pengurusan dokumen rasmi.

“...Campur tetapi syaratnya harus ada dokumen yang sah. Jadi yang tidak punya dokumen tidak bisa masuk SIKL. Dulu pernah tapi tahun belakang ini yang tidak punya dokumen tidak boleh, karena syarat dari kementerian anak-anak yang tidak berdokumen tidak boleh diterima masuk sekolah kerana anak-anak yang tidak berdokumen termasuk illegal....”

(Informan Guru-3)

4.3.6 Saranan Belajar di SIKL dan Luar SIKL

Sekolah Indonesia Kuala Lumpur

Proses pembelajaran di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (SIKL) selama Era Normal Baru dilakukan dengan dua model iaitu BDR (Belajar dari Rumah) dan BDS (Belajar

di Sekolah). Proses Pembelajaran melalui BDS dilaksanakan di Sekolah, manakala yang BDR dilakukan di rumah dengan sistem zoom dan e-pembelajaran. Pembelajaran dengan sistem bergilir dilakukan dengan tujuan mengurangkan penyebaran COVID-19. Dasar proses pembelajaran secara atas talian ini telah ditetapkan oleh kerajaan pemerintah Malaysia selama COVID-19. Dengan pemilihan pembelajaran secara atas talian ini mempunyai kelebihan iaitu mengatasi jarak dan waktu, membangun suasana pembelajaran yang baharu dan mendorong sikap belajar yang aktif. Dalam proses pembelajaran di rumah, pelajar menggunakan sistem dalam talian melalui zoom dan e-pembelajaran, maka ibu bapa dan sekolah dituntut untuk dapat menyediakan prasarana utamanya terutama berkaitan kuota internet yang mencukupi selama pembelajaran atas talian. Pada proses pelaksanaannya, pembelajaran dua pendekatan ini juga didapati tergendala disebabkan permasalahan pemilikan telefon pintar dan kuota internet. Beberapa guru menjelaskan bagi ibubapa yang tidak mempunyai telefon pintar dan kuota internet, anak mereka tidak dapat mengikuti pembelajaran secara interaktif. Hal ini juga dihadapi oleh remaja yang ibubapa mereka berniaga atau berdagang. Kesibukan ibubapa kerap dijadikan alasan untuk remaja tidak dapat ikut pembelajaran model BDR.

Sanggar Belajar atau CLC (Community Learning Center)

Pelaksanaan pembelajaran perlu diusahakan ketercapaiannya yang dipengaruhi oleh faktor input, proses mahupun media pembelajaran. Anak pekerja migran Indonesia di Malaysia yang tidak terdaftar di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur kerana masalah dokumen rasmi, mendapat perhatian dari KBRI dan SIKL untuk belajar di *Sanggar Belajar* yang dibentuk oleh KBRI- SIKL dan NGO utamanya organisasi Islam Indonesia yang membantu mengelola *Sanggar vBelajar* di bawah naungan SIKL dan KBRI. KBRI dan SIKL komited untuk membantu masyarakat Indonesia terutamanya anak pekerja migran agar dapat melengkapkan pembelajaran wajib.

“Untuk membantu agar anak tenaga migran yang dokumen masih dalam pengurusan, SIKL beserta ormas Islam Indonesia dan KBRI membentuk sanggar belajar yang dinamakan CLC. Sanggar ini pengelolaannya di bawah SIKL, guru SIKL memfasilitasi untuk modul, alat tulis untuk pembelajaran. Dalam pelaksananya dibantu dengan mahasiswa Indonesia yang sedang belajar di Malaysia. Pendirian CLC Ini juga atas izin KPM, dan yang bertanggungjawab adalah dari KBRI Bidang Pendidikan.

Informan Guru-2)

4.3.7 Saranan Kesihatan Fizikal dan Kesihatan Mental di SIKL

Unit Kesihatan Sekolah (UKS)

Salah satu saranan prasarana yang disediakan oleh Sekolah Indonesia Kuala Lumpur dalam memenuhi unsur sekolah sihat jasmani dan ruhani, SIKL mendirikan satu Unit Kesihatan Sekolah (UKS) yang terletak di salah satu ruang SIKL berdekatan kantin sekolah. UKS ini didirikan untuk menyediakan fasilitasi kepada remaja yang pada saat proses pembelajaran di sekolah mengalami sakit ringan, kecelakaan akibat bermain dan beraktiviti semasa di sekolah. UKS terdiri daripada ruang periksa yang dilengkapi tempat tidur, alat penanganan awal luka akibat jatuh (Kotak P3K) seperti bethadin, kain kapas kassa, plaster handyplast, dan gunting. UKS SIKL dikelola oleh salah seorang guru yang diarahkan oleh Pengetua Sekolah.

“Untuk Kesihatan mental secara fizikal kita belum punya ruangan sendiri bu, Kesihatan mental masih terintegrasi dengan bahagian bimbingan kaunseling dan kerjaya. Tetapi untuk kesihatan fizikal kita mempunyai satu unit yang dinamakan UKS (Unit Kesihatan Sekolah). UKS ini didirikan untuk menangani pelajar yang mengalami kecelakaan kecil selama berada di sekolah, misalnya tiba tiba sakit, jatuh saat olahraga, kecelakaan sederhana seperti luka sayatan ringan akibat gunting, pisau saat melakukan aktiviti lab”

(Informan Guru-1)

Insuran Kesihatan Pelajar

Semua pelajar yang mendaftar di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur harus mempunyai dokumen lengkap seperti passport dan Visa Pelajar bagi menguruskan Insurans Kesihatan. Peraturan dari Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) mewajibkan semua pekerja migran dari luar Malaysia memiliki Insurans Kesihatan dan Insurans Nyawa selama berada di Malaysia.

“Insurans Kesihatan di SIKL mengikut ibubapa dan status Visa Untuk urusan kesihatan anak remaja diserahkan seluruhnya kepada ibubapa. Sekolah tidak mengadakan Insurans kesihatan dan semua sudah menjadi kebijakan yang diputuskan oleh KBRI dan SIKL”

(Informan Guru-2)

Unit Bimbingan Kaunseling

Sekolah Indonesia Kuala Lumpur mempunyai Unit Bimbingan Kaunseling yang disediakan untuk keperluan pelajar mendapatkan perkhidmatan kaunseling, bimbingan dan pengembangan kerjaya, serta informasi yang bersifat akademik, dan pembinaan motivasi. Unit Bimbingan Kaunseling dikelolakan oleh Guru Kaunselor yang menyelia kelas. Unit Bimbingan Kaunseling mempunyai program untuk membantu pembelajaran remaja.

“Di sekolah Indonesia Kuala Lumpur saya diberikan amanah mengemban jabatan wakil kepala sekolah bidang kesiswaan, Humas dan membawahi Kepala Unit Bidang Kaunseling yang menangani mengenai semua permasalahan yang berhubungan dengan problem yang sering dihadapi oleh siswa utamanya masalah kesulitan akademik.”

(Informan Guru-2)

4.3.8 Usaha Sekolah

Penyelenggaraan Sanggar Belajar (CLC)

Penubuhan *Community Learning Centre* (CLC) bagi anak-anak migran Indonesia di Sabah dan Sarawak adalah peluang yang diberikan oleh pemerintah Malaysia bagi anak-anak Indonesia. Pemerintah Malaysia masih memberikan keizinan kepada pemerintah Indonesia untuk menyediakan dan memperluas akses perkhidmatan pendidikan bagi anak migran Indonesia melalui *Community Learning Centre* (CLC) di Sabah dan Sarawak. CLC merupakan akses terbaik bagi mereka untuk mendapatkan persamaan hak sebagai individu dan juga sebagai warga negara Indonesia dalam hal memperoleh pendidikan. Berbeza dengan polisi yang diamalkan di Semenanjung Malaysia, pemerintah Malaysia tidak mengizinkan akses dan perkhidmatan pendidikan CLC untuk Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (SIKL) dan Sekolah Indonesia Johor Baru (SIJB). Kedua-dua sekolah tersebut tidak dapat melayani semua anak pekerja migran Indonesia di Semenanjung Malaysia samada secara legal mahupun illegal. Anak-anak ini tidak mendapatkan hak atas pendidikan seperti halnya anak-anak lainnya. Atas sebab pendidikan dan kebudayaan, pihak sekolah mengusahakan pembukaan akses

perkhidmatan pendidikan bagi anak warganegara Indonesia dengan ikhtiar pelajar siswa Indonesia di kolej/universiti Malaysia.

“....Akhirnya saya ni juga bantu ni dengan atdikbud mendirikan sanggar sanggar bimbingan. Kalau clc sabah dan Sarawak dan di sana sudah mendapat kebenaran sih ya. kalau disinikan kita masih sedang proses perijinan Kalau di semanjung ini namanya sanggar bimbingan. Ya semacam CLC”

(Informan Guru-3)

“Kita ada 8 sunga mulia, Sentul, Bangi, ada Klang Gate, Kampung Baru, Kuala Langat, Negeri Sembilan, Penang, Di Sungai Mulia ada 100 lebih. Saya sedang buat buku. Profil pendiikan non formal. Kalau di Bangi itu IKABA, Ikatan mahasiswa Bata Bata (Komunitas Madura) Pondok Bata, alumninya mendirikan sanggar sanggar. Klau di Pineng itu permai, persatuan masyarakat Indonesia dan mereka bekerja sama dengan Atikbud”

(Informan Guru-3)

“Jadi kebanyakan yang dari sanggar itu tidak mempunyai dokumen, tetapi dapat ikut kelompok belajar kejar paket A. Jadi KBRI Membantu untuk supply buku, modul dan bahan ajar. Jadi kita bekerjasama dengan organisasi masyarakat seperti sanggar yang di sungai mulia ini kan NU muslimat NU Bu mimin. Belia semua yang kelola, kita yang bantu guru gurunya kasih pelatihan, materi, modul, trus dan guru gurunya adalah volunteer dari mahasiswa”.

(Informan Guru-3)

Pengembangan Kurikulum Sekolah

Kurikulum yang diterapkan di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (SIKL) merupakan kurikulum kehidupan yang bertujuan untuk membekalkan pelajar mereka supaya dapat bersaing sesuai zamannya. Dalam penerapan kurikulum, selain menerapkan polisi dari Pemerintah Indonesia, Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (SIKL) juga menerapkan kurikulum yang diperoleh dari Pemerintah Malaysia memandang kedudukan sekolah ini berada di Malaysia. Dalam perkembangan penerapan kurikulum di SIKL, penyesuaian keperluan dipatuhi seperti semasa pandemik COVID-19, pembelajaran diubah menjadi *sistem blended learning*. Di samping itu, sekolah membentuk Pusat Saringan COVID-19 untuk melakukan penyaringan warga sekolah yang menderita COVID-19 untuk segera mendapatkan perkhidmatan kesihatan di hospital kerajaan di Malaysia.

“Namanya kurikulum penyetaraan...”

(Informan Guru-3)

“Iya disetarakan dengan kondisi pandemik COVID disini.”

(Informan Guru-3)

“Kebijakan dari Kementerian Pendidikan Indonesia untuk menerapkan Kurikulum Nasional 2013 di luar negara telah membatasi pengembangan kurikulum kerana permasalahan dengan dana, tenaga sumber guru, penggajian, kesesuaian prasarana yang membutuhkan biaya yang banyak. Semua kegiatan di sekolah harus persetujuan oleh Kepala Kedutaan Republik Indonesia yang juga ada berkaitan prosesnya dengan Kementerian Pendidikan RI.”

(Informan Guru-2)

“Untuk mengatasi perubahan pola pembelajaran sebelum pandemik dan selama pandemik kami berusaha untuk membentuk satgas COVID 19 untuk mengidentifikasi siswa dan keluarga serta guru yang terpapar COVID 19. Gugus COVID ini bertugas berpandukan pekeling pindaan system pembelajaran saat pandemik.”

(Informan Guru-2)

Pengurusan Dokumen Pelajar

Permasalahan yang terjadi pada remaja Migran Indonesia di Malaysia adalah kelengkapan dokumen seperti passport dan visa pelajar. Ketika tidak memiliki dokumen lengkap maka anak migran tidak dapat mendaftar secara legal di SIKL. Masalah lain adalah ketika tidak mempunyai dokumen untuk sekolah iaitu visa pelajar, pelajar tidak akan dapat mengurus Insurans Kesihatan selama tinggal di Malaysia.

“Semua Pelajar yang mendaftar di SIKL adalah pelajar yang mempunyai dokumen lengkap baik paspor maupun visa pelajar, kalau tidak punya mereka tidak dapat bersekolah di SIKL” IG_1. “Permasalahan anak pekerja migran yang bermigrasi ke Malaysia adalah permasalahan legalitas dokumen, banyak di antara mereka yang tidak bisa mendaftar di SIKL kerana dokumen visa pelajar tidak bisa diurus, alasannya bisa beragam salah satunya overstay, ada yang bercerai kemudian menikah lagi dengan orang Malaysia, pengurusan dokumen ini pun memerlukan biaya yang tidak sedikit.”

(Informan Guru-2.)

4.3.9 Penyelenggaraan Program Kesiswaan

Webinar Bimbingan Kerjaya

Unit Bimbingan Kerjaya SIKL mempunyai program bimbingan kerjaya yang diselenggarakan setiap satu semester pembelajaran. Program Bimbingan Kerjaya ini diselenggarakan dengan tujuan untuk memberikan pendidikan mengenai bimbingan kerjaya.

Webinar Kesihatan Mental

Berdasarkan hasil temubual dengan guru, bentuk pemberian sosialisasi mengenai segala permasalahan yang berhubungan dengan gangguan perkembangan remaja, perubahan perilaku, yang sifatnya berkaitan dengan hubungan lingkungan sosial, ibubapa dan guru. Guru kaunseling sekolah akan menangani berdasarkan jenis masalah. Penyaringan kesihatan mental belum pernah dilakukan bagi menilai tahap kesihatan mental pelajar. Kegiatan diadakan lebih ke arah Webinar yang bersifat motivasi kerjaya dan pendekatan keibubapaan kerana ketiadaan kepakaran dalam menangani masalah kesihatan mental.

Dalam penerapannya secara khusus tidak tertuang dalam Modul atau SOP, tetapi dalam kondisi tertentu misalkan selama pandemik pada saat kenaikan kelas atau pergantian semester akan ada arahan dari Kepala Sekolah dan pakar kesihatan Malaysia untuk menjelaskan melalui webinar atau pertemuan dengan kepala sekolah tetapi lebih ke arah motivasi yang bersifat parenting. Bukan tentang penilaian atau skrining kesihatan mental”

(Informan Guru-3)

“Untuk mengatasi perubahan pola pembelajaran sebelum pandemik dan selama pandemik, kami berusaha untuk membentuk satgas COVID 19 untuk mengidentifikasi siswa dan keluarga serta guru yang terpapar COVID 19. Gugus Covid ini bertugas terhadap pengadaan sistem pembelajaran saat pandemik”.

(Informan Guru-2).

4.3.10 Kerjasama dengan Agensi Kerajaan Tempatan

Perkhidmatan Kesihatan di Malaysia

SIKL juga mengatur aktiviti penyaringan kesihatan bersama organisasi kesihatan setempat di Malaysia semasa pandemik COVID-19.

“SIKL tidak melibatkan perkhidmatan kesihatan Indonesia secara langsung dengan mendatangkan doktor dari Indonesia. Untuk acara tertentu SIKL melibatkan perkhidmatan dari Malaysia seperti kegiatan vaksinasi Influenza kepada pelajar dan ibubapa. SIKL juga bekerja sama dengan KPJ Tawakkal melaksanakan vaksinasi”.

(Informan Guru-2)

Kerjasama dengan KPM dan Polisi Diraja Malaysia

Dalam pelaksanaan pendidikan dan pembelajaran, SIKL mengadakan kerjasama dengan Kementerian Pendidikan Malaysia dalam melegalisasikan keizinan penubuhan Sekolah Indonesia di Malaysia.

“Bentuk kerjasama kita di Malaysia ini yang jelas kita terus bekerjasama dengan KPM (Kementerian Pendidikan Malaysia) kita ada setiap bulan pelaporan tentang keadaan sekolah gitu”

(Informan Guru-3)

Program Rehabilitasi melalui Bright School Scholarship

SIKL bersama dengan KBRI mengadakan program pemulangan pelajar anak pekerja migran Indonesia kembali ke Indonesia sebagai solusi agar dapat meneruskan pelajaran di Indonesia. Program pemulangan pelajar ke Indonesia akan dilakukan setelah selesai Pendidikan Tingkat Menengah Atas.

“SIKL bekerjasama dengan KBRI mengadakan program untuk memulangkan pelajar anak pekerja migran ke Indonesia saat sudah menyelesaikan sekolah menengah atas, SIKL juga memfasilitasi program biasiswa lainnya untuk

memfasilitasi para pelajar yang berkeinginan untuk sekolah di Luar Negara, biasiswa ini dinamakan Fullbright Scholarship”

(Informan Guru-3, Informan Guru 4)

4.3.11 Usaha yang Perlu Dioptimakan

Kurikulum Kesihatan Mental

Sistem pendidikan sedia ada perlu mengintegrasikan dengan pengisian kesejahteraan kesihatan mental agar pelajar dapat meningkatkan literasi penjagaan kesihatan mental dan dengan lebih terbuka meluahkan permasalahan mereka serta mendapatkan sokongan yang bersesuaian dari sekolah.

Jika dalam proses pembelajaran terdapat masalah atau problem keterlambatan membaca maupun ada masalah tentang mental seperti takut terhadap guru, tidak mau terbuka maka guru kelas akan mengajak siswa untuk berdiskusi membicarakan masalahnya. Jika dengan walikelas masih tidak bisa diatasi, maka Guru Wali kelas akan merujuk ke Guru Bimbingan Kaunseling akan menggali lebih dalam lagi dan melibatkan ibubapa”.

(Informan Guru-2)

Penyaringan Kesihatan Mental

Penyaringan kesihatan fizikal di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur tidak diselenggarakan secara berkala. Penyaringan dilaksanakan berdasarkan keperluan situasi semasa di luar negara yang mengharuskan untuk dilakukan Imunisasi Influenza atau pada saat pandemik COVID-19 di mana pemberian Vaksinasi COVID 19 dilaksanakan dengan bekerjasama dengan Perkhidmatan Jabatan Kesihatan Kuala Lumpur. Pada saat sambutan Hari Kesihatan sedunia, SIKL bekerjasama dengan KPJ Tawakal memberikan layanan Vaksinasi Influenza. Penyaringan Kesihatan Mental di SIKL belum menjadi satu aktiviti yang berkala. Pemeriksaan kesihatan hanya terkait dalam gangguan belajar dan perubahan perilaku pada pelajar. Penanganan semua permasalahan kesihatan mental adalah di bawah tanggungjawab Guru kelas untuk merujuk kepada Guru Kaunselor Sekolah.

“Kalau di SIKL sejauh ini belum menerapkan peperiksaan Kesihatan mental pada pelajar, Jadi, masih berbasis masalah yang dihadapi pelajar.... Sedangkan pada saat penerimaan pelajar Baharu, bentuk penyaringan sebatas berkas administrative, Document passport dan visa, temubual dengan ibubapa dan anak yang akan masuk SIKL”.

(Informan Guru-1 dan Informan Guru 2)

4.3.12 Tema Faktor Penentu dan Usaha Mengatasi Kesihatan Mental oleh Pelajar

Jadual 4.5 menggariskan dapatan hasil temu bual bersama 10 pelajar remaja (RMI dan Non RMI)

Jadual 4.5 Analisis Tematik Hasil Temubual dengan Remaja

Fungsi tema dengan kurikulum Kesihatan mental	Tema	Kandungan
Pengetahuan Kesihatan Mental	Literasi kesihatan mental	Tidak faham erti kesihatan mental Gejala stres, kebimbangan dan kemurungan Menangani masalah kesihatan mental
Pengalaman gangguan kesihatan mental	Pengalaman stres	Guru Kaunselor kurang perhatian Stres pencapaian akademik Stres untuk mendapat bantuan Stres ketika kehilangan orang tersayang Masalah dengan teman Perceraian Ibubapa
Penyelesaian masalah	Strategi mengatasi stres	Menangis Berkongsi masalah dengan ibubapa Berkongsi masalah dengan teman Berdoa
Persepsi kesihatan mental	Stigma kesihatan mental	Stigma Positif/ Negatif Tidak Perduli
Sokongan lingkungan	Sokongan sosial	Sokongan Keluarga Sokongan Guru Kaunselor Sokongan Teman Sebaya
Akses fasiliti kesihatan	Bantuan psikiatrik	Pemeriksaan oleh doktor (psikiatri/ psikologi) Lawatan pasukan kesihatan ke sekolah Kegiatan Webinar Keibubapaan
Pendampingan Ibubapa	Hubungan dengan Ibubapa	Lebih dekat dengan Ibu Tidak dekat dengan Ayah Tinggal Bersama Ibubapa Tinggal di Panti Asuhan

a. Pemahaman Literasi Gangguan Kesehatan Mental

Berdasarkan hasil temu bual dengan remaja, ada beberapa remaja yang faham erti kesihatan mental. Beberapa remaja menyatakan kesihatan mental adalah rasa bebas dari tekanan, berasa tenang dari stres, dan bebas dari kecemasan (gejala stres, kebimbangan dan kemurungan).

“Kesihatan mental menurutnya adalah Ketika seseorang merasa sedih, dia tau cara menyelesaikan masalahnya”.

(Informan remaja_1)

“Kesihatan mental itu seperti apa ya... Kesihatan mental ini tentang kesihatan jiwa, kan ada jiwa dan raga”.

(Informan remaja_2)

“Kesihatan mental adalah mental seseorang itu dinilai dari tingkah lakunya bisa dilihat. Mentalnya lagi baik atau lagi down. Kalau lagi baik biasanya anaknya ceria, dan yang tiba-tiba ceria jadi diem.”

(Informan remaja_3)

“Kesihatan mental adalah kesihatan yang berhubungan dengan mental seseorang. Kesihatan mental yang baik itu orangnya Bahagia, dan terbuka.”

(Informan Remaja_4)

b. Pengalaman Gangguan Kesehatan Mental

Hampir kesemua pelajar yang ditemubual menyatakan pernah mengalami gangguan kesihatan mental seperti guru kaunselor kurang perhatian, stres dengan masalah pencapaian akademik, stres untuk mendapat bantuan dari teman, stres ketika ayah meninggal, perasaan tertekan kerana ada masalah dengan teman dan beberapa pelajar menyatakan bahwa berasa stres saat ibubapa bercerai.

“menurut saya moment yang paling mengganggu mental saya adalah saat saya berada dilingkungan pertemanan, saat berinteraksi dengan teman di organisasi yang ada di sekolah. Ada salah satu teman yang memberi nasehat tetapi tidak sesuai dengan kondisi yang saya alami waktu itu. tetapi pada

akhirnya saya bisa menerima nasehatnya meski membutuhkan waktu untuk menerimanya”

(Informan Remaja_1)

“saya belum pernah mengalami masalah pribadi yang sampai membuat saya stress, paling ya masalah di organisasi dan itu masalah komunikasi. Saya itu kalau stress waktu lebih pada waktu menghadapi kesulitan menyelesaikan sesuatu, sering merasa ndak focus dalam menghadapi satu masalah. Apalagi pada saat diberikan Amanah di sekolah seperti organisasi, mengorganisir event di sekolah. Merasa stress saat disuruh maju kedepan”.

(Informan Remaja-2)

“saya pernah merasakan sedih yang berlebihan saat Ayah saya meninggal, yang membuat saya merasa aneh, yang biasanya bercerita ke ayah setelah ayah meninggal. Selain itu pernah merasa cemas berlebihan saat mengikuti olimpiade seperti merasa ndak siap. Kalau stress dengan teman saya ndak pernah merasakan bu.. hubungan saya dengan teman cukup baik.”

(Informan Remaja-3)

“Saya pernah merasa down banget itu saat Ayah meninggal dunia, rasanya sedih banget, karena saya merasa bersalah tidak dapat mendampingi masa beliau tidak ada. Hal lain lagi yang membuat saya down itu saat melihat ayah sama ibu saya bertengkar, dan itu cukup mengganggu pikiran saya sampai dibawa ke sekolah. Hal lain juga pernah saya rasakan Ketika baru masuk pertama kali di panti asuhan, dijauhi teman, di katai yang tidak baik, tidak diajak ngomong sampai saya merasa ingin pindah ke panti yang lain. Saat tidak diajak teman itu saya merasa ingin menyakiti diri sendiri gitu... saya ndak salah apa apa, kenapa diperlakukan seperti itu.”

(Informan Remaja-4)

c. Pemilihan Rakan Sebaya

Berdasarkan hasil temu bual, majoriti remaja (4 dari 5 orang) mengatakan mempunyai beberapa teman dekat di sekolah dan diluar sekolah.

“tidak ada bu, saya ndak punya sahabat, klo temen dekat punya. Teman dekat di organisasi bu..”

(Informan Remaja-1)

“saya punya sahabat bu, sahabat saya ada 4, di rumah ada, di sekolah juga ada. Dan hubungan dengan sahabat saya baik baik saja, meski tidak satu sekolah”.

(Informan Remaja-2)

“Ada temen SMP yang sampai sekarang masih berhubungan, kalau di sekolah yg sekarang ini tidak ada teman yang paling dekat bu, semua sama.”

(Informan Remaja- 3)

“punya bu, saya mempunyai dua sahabat dekat tetapi kalau keluar Bersama tidak dengan mereka, tapi dengan teman yang lain lagi”.

(Informan Remaja-4)

d. Hubungan dengan Ibu Bapa

Berdasar hasil temu bual dengan pelajar, majoriti remaja ketika ditanya berkaitan bagaimana hubungan dengan ibubapa mereka menyatakan lebih dekat dengan ibu atau ayah. Hal ini berlainan dengan pelajar yang berdepan dengan keluarga yang ibubapa bercerai. Salah satu pelajar mengatakan bahwa perceraian ibubapanya menyebabkan ibunya memasukkan dia di Panti Asuhan kerana ibunya harus bekerja mencari nafkah.

“saya lebih dekat dengan Ibu, sebab ibu dapat mengerti perasaan saya, enak dibuat ngobrol...”

(Informan Remaja 1)

“Saya lebih dekat dengan Ayah, karena ayah selalu memberikan Solusi, kalau sama ibu ibu selalu marah marah kalau diminta pertimbangan.

(Informan Remaja 2)

“hubungan dengan ibubapa dan saudara baik baik saja, yang paling dekat dengan Mama, kalau dengan ayah kurang dekat, tetapi saya lebih menghormati beliau”

(Informan Remaja 3)

“hubungan rini dengan ibu baik baik saja, tetapi hubungan ibu dengan ayah tidak baik baik saja”

(Informan Remaja 4)

e. Strategi adaptasi (Coping) atau penyelesaian masalah

Berdasarkan temu bual dengan semua pelajar, hampir semua pelajar mengatakan bahawa ketika ada masalah atau mengalami stres, hal pertama yang dilakukan adalah menangis di dalam kamar, kemudian setelah ada perasaan lega, mereka baru melanjutkan aktiviti yang mereka suka seperti membaca novel atau mendengar musik. Beberapa pelajar mengatakan saat ada masalah yang dihadapi mereka lebih memilih untuk menceritakan semua permasalahan dengan ibubapa. Mereka mengatakan hal itu kerana merasa lebih selesa ketika bercerita pada ibubapa, dan kerahsiaan permasalahan terjaga, serta ibubapa akan memberikan cadangan penyelesaian yang baik yang dapat mereka terima. Seorang pelajar mengatakan bahwa dia akan lebih tenang ketika berdoa pada saat solat lima waktu. Kerana dengan berdoa dia yakin Allah akan memberikan petunjuk dalam mengambil keputusan.

“Biasanya saya merespon segala permasalahan yg saya hadapi itu pertama dengan diam, dipendam sendiri, menggambra, menulis puisi, menulis Quote motivasi, mendengarkan musik, me time, pergi kemana-mana tapi sendiri”.

(Informan Remaja 1)

“saya lebih senang curhat ke sahabat, karena dengan cerita saya merasa lega, makan, tidur, baca komik di web tool, jalan jalan, saya suka melampiaskannya ke menggambar, kalau tentang sekolah curhat ke ibubapa juga, kalau tentang percintaan tidak cerita ke mama.

(Informan Remaja 2)

“saya kalau sedang ada masalah, senang menyalihkannya ke olahraga, kegiatan organisasi, dan senang menyelesaikan masalah sendiri, tetapi kadang juga bercerita ke Ayah, berusaha untuk percaya diri menyelesaikan masalah, main game, ke kegiatan ekstrakurikuler.

(Informan Remaja 3)

“Curhat sama teman, pernah saya alihkan dengan merokok, marah marah secara verbal main game, healing dengan teman pergi ke alam seperti traveling, kadang curhat ke mama”

(Informan Remaja 4)

“saya pernah punya rasa ingin menyakiti diri sendiri, saya lebih suka menangis, masalah pribadi tidak diceritakan, kalau terpaksa cerita ke Ibu, baca novel, main game, mainan dengan hewan peliharaan saya punya kucing di rumah, nikmati suasana di luar rumah, dan lebih suka menggambar.

(Informan Remaja 5)

f. Pengalaman Bantuan Profesional

Berdasarkan hasil temu bual dengan pelajar didapati selama berada di sekolah, pelajar tidak pernah mendapat bantuan profesional atau lawatan pasukan kesihatan mental dalam membantu menyelesaikan masalah kesihatan mereka. Kegiatan di sekolah hanya terbatas diberikan webinar tentang keibubapaan untuk ibubapa, dan webinar mengenai penguatan kepercayaan diri dalam menghadapi masalah.

“saya kira saya belum pernah datang ke dr psikiater atau psikolog untuk mengatasi masalah saya, saya biasanya ke keluarga, atau saya selesaikan sendiri. Selama ini saya belum pernah mendatangi guru konselor untuk meminta bantuan atas masalah saya”.

(Informan Remaja-1)

“Saya tidak pernah pergi ke psikolog atau ke doktor bu, kalau ada masalah saya ceritanya ke ibu. Di sekolah belum pernah ada psikolog atau dr psikiater.”

(Informan Remaja-2)

“saya merasa tidak ada masalah gangguan mental, jadi saya tidak pernah pergi ke psikolog bu, Alhamdulillah selama ini saya bisa menyelesaikannya sendiri, kadang juga diskusi dengan ayah saya”.

(Informan Remaja-3)

g. Pengaruh Sokongan Sosial

Berdasarkan hasil temu bual didapati bahwa pelajar menyatakan pengaruh sosial yang membantu mereka dapat menyelesaikan masalah stres adalah dengan sokongan keluarga, kepentingannya sokongan guru Kaunselor dan sokongan teman sebaya.

“Dalam mendukung, sokongan lingkungan sekitar sangat diperlukan terutama saya merasakan, sokongan ibubapa, sokongan sekolah dan teman teman di sekolah.”

(Informan Remaja-1)

“Ibu saya sangat membantu saya dalam memberikan saran dan Solusi yang baik Ketika ada masalah”

(Informan Remaja-2)

“Alhamdulillah selama ini saya mendapat sokongan dari ibubapa terutama sokongan ayah saya dalam setiap kegiatan di sekolah”.

(Informan Remaja-3)

“Saya dekat dengan Mama saya, beliau sangat mensupport saya, karena Ayah sudah meninggal dunia bu”

(Informan Remaja-4)

“hubungan dengan teman sebaya juga mempengaruhi Kesehatan mental kita”.

(Informan Remaja-5)

h. Stigma dalam menangani kesihatan mental

Berdasarkan hasil temu bual dengan pelajar, dalam melihat fenomena kesihatan mental, kebiasaan jawapan diberikan adalah cuba menjauhkan rakan yang mengalami kesihatan mental dan bersikap negatif. Seorang pelajar mengatakan bahawa jika ada teman sebaya yang ada masalah, dan perlu dibantu, misalkan menemani pelajar ke unit pencegahan *Bullying* dan keganasan di sekolah mereka untuk dilakukan pendampingan. Beberapa dari mereka mengatakan ada juga yang bersifat acuh tak acuh atau cenderung tidak peduli kerana mereka beranggapan hal itu bukan menjadi masalah mereka sendiri. *“ada*

yang mempunyai stigma yang baik, ada yang tidak peduli apa itu Kesihatan mental, saya menginginkan kita aware terhadap kesihatan mental dan membantu jika ada teman yang membutuhkan support untuk mengatasi gangguan Kesihatan mentalnya”.
(Informan Remaja-1)

i. Refleksi Diri dan Harapan

Hasil temu bual menyatakan bahwa sebahagian besar pelajar harus dapat melakukan refleksi diri dengan lebih berfikiran positif, punya *mindset* yang positif tentang pelbagai masalah yang dihadapi. Harapan semua pelajar adalah adanya sokongan dari segala aspek, baik sokongan dari keluarga, sekolah utamanya guru kaunselor dan sokongan teman sebaya. Mereka juga berharap sentiasa dalam keadaan sihat baik jasmani dan rohani kerana dengan sihat jasmani dan rohani, mereka boleh menggapai cita cita yang mereka harapkan.

“lebih Bahagia, lebih mengenal diri sendiri, menerima kekurangan dan kelebihan diri sendiri, dan bisa bermanfaat bagi orang lain. Ingin membahagiakan ibubapa, menjadi anak yang soleha, sukses dunia akhirat.

(Informan Remaja-1)

“saya ingin menjadi lebih berani dalam mengemukakan pendapat, mewujudkan cita cita saya berkecimpung di tekhnologi pangan, ingin jadi pengusaha.”

(Informan Remaja 2)

“ingin bisa lebih terbuka kepada teman, lebih Bahagia, ingin mencapai cita-cita menjadi pengusaha, sehat dan sembuh dari sakit.

(Informan Remaja 3)

“saya mengukur kebahagiaan saya itu jika saya tenang dan senang, karena dengan senang saya bisa Bahagia, harapan saya bisa menjadi psikolog dan bisa membantu banyak orang dengan share tentang Kesihatan mental ke semua orang, saya juga ingin menajdi HRD untuk Perusahaan saya sendiri dan bisa menginspirasi orang banyak.”

(Informan Remaja-4)

“menganggap bahwa semua peraturan sekolah itu wajib ditaati dan menghadapi segala sesuatu itu dibawa enjoy saja, harapan saya, lebih banyak share poster ttg Kesehatan mental di madding sekolah, menurut saya kalau orang punya masalah itu yang diperlukan adalah sokongan, sokongan dari orang yang terdekat. Kalau kita banyak yang suka, punya keluarga yang Bahagia. Harapan saya kurangi stress, jangan memendam masalah sendiri, aturan jangan diketatin karena ada anak yang tdk bisa menerima, yang ingin diubah dari saya adalah cara belajar, terkait Kesehatan mental, saya ingin lebih bisa membuka diri pada orang lain, Saya belum mendapatkan asuransi Kesehatan saat ini.

(Informan Remaja-5)

4.4 KAJIAN FASA 2 : KAJIAN KUANTITATIF

4.4.1 Pengenalan

Hasil kajian ini adalah untuk menjawab objektif kedua iaitu mengenal pasti faktor penentu dan usaha mengatasi masalah kesihatan mental dalam kalangan RMI dan Non RMI. Pembolehubah dalam penelitian ini adalah sosiodemografi (usia, jantina, tingkatan kelas, pekerjaan ibu bapa, lama tinggal di negara perantauan), perilaku kesihatan (penyertaan olahraga, aktiviti fizikal, pengambilan makanan segera/ proses tersedia saji (*junk food*), perilaku berisiko (seks bebas, merokok, pengalaman buli, pengalaman keganasan fizikal, minum alkohol), sokongan sosial (sokongan sosial berbilang, sokongan teman sebaya, sokongan keluarga, interaksi sosial). Pembolehubah bergantung adalah tahap kesihatan mental menggunakan soal selidik *Strength, Difficulty Questionnaire* (SDQ) yang mempunyai 5 subskala: simptom emosional, masalah perilaku, hiperaktif, masalah perhubungan dengan rakan sebaya, pro sosial (*strength*). Manakala gabungan skor subskala simptom emosional, masalah perilaku, hiperaktif, masalah perhubungan dengan rakan sebaya akan menentukan domain kesulitan (*difficulty*).

4.4.2 Analisis Deskriptif Responden

Sosiodemografi Remaja Migran Indonesia dan Remaja Non Migran Indonesia Jadual 4.6 Secara keseluruhan, taburan sosiodemografi menunjukkan bahawa kebanyakan orang yang menjawab dalam kedua-dua kumpulan adalah remaja pertengahan hingga akhir yang masih di

peringkat persekolahan menengah. Remaja migran Indonesia (RMI) dan bukan remaja migran Indonesia (Non-RMI) mempunyai komposisi umur yang seimbang, yang menunjukkan bahawa mereka berada dalam fasa perkembangan remaja yang sama.

Kumpulan Non-RMI mempunyai lebih ramai responden perempuan, manakala kumpulan RMI mempunyai taburan jantina yang lebih seimbang antara lelaki dan perempuan. Keadaan ini menunjukkan perbezaan yang mungkin dalam latar sosial dan pola penyertaan responden antara dua kumpulan kajian. Majoriti responden berada pada tahap pendidikan menengah atas berdasarkan tingkatan persekolahan mereka. Hal ini menunjukkan bahawa majoriti responden sedang melalui fasa pendidikan penting dalam pembentukan identiti diri, perkembangan emosi dan penyesuaian sosial.

Hampir keseluruhan responden dari kedua-dua kumpulan beragama Islam dari segi agama, menunjukkan latar keagamaan yang homogen dalam sampel kajian. Kepelbagaian ini boleh mengurangkan kesan variasi agama terhadap keputusan kajian mengenai aspek psikososial dan Kesihatan mental. Tambahan pula, tempoh menetap semasa menunjukkan bahawa kebanyakan remaja migran telah tinggal di lokasi semasa untuk tempoh masa yang agak lama. Situasi ini menunjukkan bahawa majoriti peserta migran telah melalui proses adaptasi sosial dan budaya di negara tempat tinggal mereka.

Majoriti responden dalam kedua-dua kumpulan bapa berasal daripada keluarga yang mempunyai pekerjaan atau tenaga kerja terdidik. Walau bagaimanapun, kumpulan RMI lebih cenderung untuk bekerja dalam pekerjaan yang separa mahir atau terlatih, manakala kumpulan non-RMI lebih cenderung untuk bekerja dalam pekerjaan yang tidak terdidik atau tidak terlatih. Keadaan ini menunjukkan bahawa status sosioekonomi keluarga dalam kedua-dua kumpulan responden berbeza.

Secara amnya, profil sosiodemografi responden menunjukkan bahawa kedua-dua kumpulan mempunyai demografi umur, pendidikan dan agama yang hampir sama. Walau bagaimanapun, terdapat beberapa perbezaan dalam jantina, tempoh menetap dan status pekerjaan keluarga, yang boleh menjejaskan kesejahteraan psikososial remaja.

Jadual 4.6 Taburan Sosiodemografi Remaja Migran Indonesia (RMI) dan Non Remaja Migran Indonesia

Sosiodemografi		RMI n = 79		Non RMI n = 191	
	Kategori	n	%	n	%
Umur (tahun)	14	3	3.7	-	-
	15	12	15.2	24	12.6
	16	23	29.2	59	30.9
	17	31	39.3	77	40.3
	18	9	11.4	25	13.1
	19	1	1.2	6	3.1
Jantina	Lelaki	41	51.9	66	34.6
	Perempuan	38	48.1	125	65.4
Tingkatan	Tingkat X	12	15.2	67	35.1
	Tingkat XI	34	43.0	56	29.3
	Tingkat XII	33	41.8	68	35.6
Agama	Muslim	79	100.0	189	99.0
	Non-Muslim	0	0	2	1.0
Tempoh Tempat	≤ 12 bulan	12	15.2	0	0.0
Tinggal Semasa	>12 bulan	67	84.8	191	100
Pekerjaan Ibu Bapa (Undang-Undang No.13 tahun 2013)	Tenaga kerja terdidik (Doktor, pengacara akauntan, tenaga IT, banker, Guru, Diplomat)	59	74.7	148	77.5
	Tenaga Kerja terlatih (restoran, solekan, artist, dll)	15	19.0	15	7.8
	Tenaga Kerja Tidak terdidik dan tidak terlatih (buruh bangunan, pembantu rumahtangga, pedagang)	5	6.3	28	14.6

Tahap Kesihatan Mental Mengikut Domain bagi RMI dan Non-RMI

Jadual 4.7 menunjukkan bahawa terdapat perbezaan yang signifikan dalam beberapa domain kesihatan mental antara remaja migran Indonesia (RMI) dan non-remaja migran Indonesia (Non-RMI). Berdasarkan nilai p , domain emosional, masalah perilaku, dan kesulitan keseluruhan (total difficulties) menunjukkan perbezaan yang signifikan antara kedua-dua kumpulan ($p < 0.05$). Sebaliknya, domain hiperaktiviti, masalah rakan

sebaya, dan kekuatan prososial tidak menunjukkan perbezaan yang signifikan ($p > 0.05$). Bagi domain emosional, remaja migran didapati mempunyai tahap fungsi emosi yang lebih baik berbanding non-remaja migran. Hal ini dapat dilihat melalui peratusan yang lebih tinggi dalam kategori normal dan peratusan yang lebih rendah dalam kategori abnormal. Dapatan ini menunjukkan bahawa status migrasi tidak semestinya meningkatkan risiko masalah emosi, malah kemungkinan terdapat faktor perlindungan seperti sokongan keluarga atau keupayaan adaptasi yang membantu kesejahteraan emosi remaja migran.

Dalam domain masalah perilaku, remaja migran juga memperlihatkan keadaan yang lebih baik berbanding non-remaja migran. Majoriti remaja migran berada dalam kategori normal, manakala non-remaja migran menunjukkan kadar masalah perilaku abnormal yang lebih tinggi. Keadaan ini mencadangkan bahawa remaja migran mungkin mempunyai kawalan tingkah laku yang lebih baik atau terdedah kepada persekitaran sosial yang lebih terkawal. Bagi domain kesulitan keseluruhan, terdapat perbezaan yang signifikan antara kedua-dua kumpulan. Walaupun sebahagian besar remaja migran berada dalam kategori normal dan atas batasan, non-remaja migran menunjukkan peratusan yang lebih tinggi dalam kategori abnormal. Dapatan ini menunjukkan bahawa secara keseluruhan, non-remaja migran mengalami beban masalah psikososial yang lebih tinggi berbanding remaja migran. Sebaliknya, bagi domain hiperaktiviti, masalah rakan sebaya, dan kekuatan prososial, tiada perbezaan yang signifikan antara kedua-dua kumpulan. Keputusan ini menunjukkan bahawa status migrasi tidak mempunyai pengaruh yang ketara terhadap tahap hiperaktiviti, hubungan dengan rakan sebaya, mahupun tingkah laku prososial remaja. Kedua-dua kumpulan memperlihatkan pola yang relatif serupa dalam ketiga-tiga domain tersebut.

Kesimpulan kajian ini menunjukkan bahawa status migrasi mempunyai hubungan yang signifikan dengan aspek tertentu kesihatan mental remaja, khususnya dalam domain emosional, masalah perilaku, dan kesulitan keseluruhan. Tetapi hasil sebaliknya menerangkan, remaja migran Indonesia didapati menunjukkan profil kesihatan mental yang lebih baik berbanding non-remaja migran dalam domain-domain yang signifikan tersebut. Walau bagaimanapun, status migrasi tidak mempengaruhi domain hiperaktiviti, masalah rakan sebaya, dan kekuatan prososial. Dapatan ini

mencadangkan bahawa faktor-faktor lain selain migrasi mungkin lebih berperanan dalam membentuk aspek-aspek tersebut.

Jadual 4.7 Taburan Perbezaan Tahap Kesihatan Mental Mengikut Domain pada Remaja Migran Indonesia (RMI) dan Non Remaja Migran Indonesia (Non RMI)

Kelompok Remaja	Normal		Domain SDQ Atas Batasan		Abnormal		Total	P Value
	n	%	n	%	n	%		
Emosional								
RMI	48	60.8	13	16.5	18	22.8	79	0.010
Non RMI	86	45.0	24	12.6	81	42.4	191	
Masalah perilaku								
RMI	64	81.0	9	11.4	6	7.6	79	0.000
Non RMI	88	46.1	40	20.9	63	33.0	191	
Hiperaktiviti								
RMI	32	40.0	20	25.3	27	34.2	79	0.332
Non RMI	91	47.6	34	17.8	66	34.6	191	
Masalah Rakan								
RMI	5	6.3	28	35.4	46	58.2	79	0.668
Non RMI	15	7.9	76	39.8	100	52.4	191	
Kekuatan (Prososial)								
RMI	70	88.6	5	6.3	4	5.1	79	0.442
Non RMI	168	88.0	18	9.4	5	2.6	191	
Kesulitan								
RMI	26	32.9	28	35.4	25	31.6	79	0.007
Non RMI	36	18.8	58	30.4	97	50.8	191	

Domain SDQ mengikut nilai min, median dan sisihan piawaian antara RMI dan Non RMI

Jadual 4.8 menunjukkan Secara keseluruhannya, kumpulan Non-RMI menunjukkan skor median dan min yang lebih tinggi dalam kebanyakan domain kesukaran SDQ, khususnya domain emosional, masalah perilaku dan jumlah kesulitan. Oleh kerana skor yang lebih tinggi bagi domain kesukaran SDQ mencerminkan masalah psikososial yang

lebih besar, dapatan ini menunjukkan bahawa Non-RMI cenderung mengalami tahap kesukaran kesihatan mental yang lebih tinggi berbanding RMI. **Domain Emosional** Bagi domain emosional, non-RMI mencatatkan min (5.82) dan median (6.0) yang lebih tinggi berbanding RMI (min = 4.70; median = 5.0). IQR yang lebih besar dalam kumpulan non-RMI (4 berbanding 3) menunjukkan variasi skor emosional yang lebih luas. Dapatan ini menunjukkan bahawa non-RMI mengalami masalah emosional yang lebih ketara berbanding RMI.

Domain Masalah Perilaku. Dalam domain masalah perilaku, non-RMI turut menunjukkan skor yang lebih tinggi (min = 3.89) berbanding RMI (min = 2.30). Median yang lebih tinggi dalam kumpulan non-RMI menggambarkan kecenderungan kepada masalah tingkah laku yang lebih besar. Walaupun kedua-dua kumpulan mempunyai IQR yang sama (2), tahap masalah perilaku secara keseluruhan lebih tinggi dalam kalangan non-RMI. **Domain Hiperaktiviti.** Bagi domain hiperaktiviti, kedua-dua kumpulan menunjukkan skor yang hampir sama. Median kedua-dua kumpulan ialah 6.0, manakala min masing-masing ialah 5.94 (RMI) dan 5.80 (non-RMI). Perbezaan yang kecil ini menunjukkan bahawa tahap hiperaktiviti adalah relatif serupa antara kedua-dua kumpulan. **Domain Masalah Rakan Sebaya.** Untuk domain masalah rakan sebaya, median kedua-dua kumpulan adalah sama iaitu 5.0, manakala min non-RMI (4.82) sedikit lebih tinggi daripada RMI (4.72). IQR yang sama (2) menunjukkan penyebaran skor yang hampir serupa. Secara umum, tidak terdapat perbezaan yang ketara dalam domain ini. **Domain Kesulitan Keseluruhan (Total Difficulties).** Bagi skor kesulitan keseluruhan, non-RMI menunjukkan min (20.32) dan median (20.0) yang lebih tinggi berbanding RMI (min = 17.68; median = 17.0). Selain itu, IQR Non-RMI (7) lebih besar daripada RMI (5), menunjukkan variasi skor yang lebih luas. Dapatan ini menggambarkan bahawa tahap kesulitan psikososial secara keseluruhan adalah lebih tinggi dalam kalangan non-RMI. **Domain Kekuatan Prososial.** Dalam domain kekuatan prososial, kedua-dua kumpulan menunjukkan skor yang hampir sama dengan min 7.71 dan median 8.0. IQR juga sama iaitu 2. Hal ini menunjukkan bahawa tahap tingkah laku prososial tidak berbeza antara RMI dan *non-RMI*. Secara keseluruhannya, analisis deskriptif menunjukkan bahawa Non-Remaja Migran Indonesia mempunyai skor yang lebih tinggi dalam domain emosional, masalah perilaku dan kesulitan

keseluruhan berbanding Remaja Migran Indonesia, menandakan tahap masalah kesihatan mental yang lebih besar dalam kalangan Non-RMI. Sebaliknya, kedua-dua kumpulan menunjukkan tahap yang hampir sama dalam domain hiperaktiviti, masalah rakan sebaya dan kekuatan prososial. Dapatan ini mencadangkan bahawa perbezaan status migrasi mungkin berkait dengan aspek tertentu kesihatan mental, namun tidak mempengaruhi semua domain SDQ secara seragam.

Jadual 4.8 Nilai min, median, sisihan piawaian bagi domain SDQ antara Remaja Migran Indonesia (RMI) dan Non Remaja Migran Indonesia (Non RMI)

Domain SDQ	RMI n = 79				Non RMI n = 191			
	Min	Median	IQR	SP	Min	Median	IQR	SP
Emosional	4.70	5.00	3	2.34	5.82	6.0	4	2.54
Masalah Perilaku	2.30	2.00	2	1.35	3.89	5.80	2	1.91
Hiperaktif	5.94	6.0	2	1.53	5.80	6.0	3	1.80
Masalah Rakan	4.72	5.0	2	1.31	4.82	5.0	2	1.44
Kesulitan	17.68	17.00	5	4.53	20.32	20	7	5.26
Kekuatan	7.71	8.0	2	1.82	7.71	8.0	2	1.68

Hubungan korelasi antara domain SDQ

Jadual 4.9 menunjukkan korelasi antara domain SDQ. Domain simptom emosional terhadap domain kesulitan adalah signifikan dengan $p = 0.02$ (< 0.05) dan nilai korelasi $r = 0.139$ ($0 < r < 0.2$) menunjukkan korelasi lemah. Masalah perilaku terhadap hiperaktif dengan nilai $p < 0.001$ dan berkorelasi lemah ($r = 0.223$). Domain kesulitan berkorelasi lemah terhadap masalah perilaku ($p < 0.001$, $r = 0.308$), berkorelasi sederhana terhadap hiperaktif ($p < 0.001$, $r = 0.436$) dan berkorelasi sederhana terhadap masalah perhubungan rakan sebaya ($p < 0.001$, $r = 0.308$). Domain kekuatan berkorelasi negatif terhadap domain hiperaktif ($p < 0.001$, $r = -0.224$), masalah perhubungan rakan sebaya ($p = 0.009$, $r = -0.158$), dan kesulitan ($p = 0.010$, $r = -0.156$).

Jadual 4.9 Hubungan korelasi antara domain SDQ

		Simptom Emosional	Masalah Perilaku	Hiperaktif	Masalah Perhubungan rakan sebaya	Kesulitan	Kekuatan
Simptom Emosional	Korelasi	1	0.042	0.080	-0.003	0.139*	-0.010
	Pearson		0.494	0.190	0.962	0.022	0.086
	Sig.						
Masalah Perilaku	Korelasi	0.042	1	0.223**	0.124*	0.380**	-0.019
	Pearson	0.494		0.000	0.041	0.000	0.755
	Sig.						
Hiperaktif	Korelasi	0.080	0.223**	1	0.078	0.436**	-0.224**
	Pearson	0.190	0.000		0.201	0.000	0.000
	Sig.						
	Korelasi	-0.003	0.124*	0.078	1	0.308**	-0.158**
	Pearson	0.962	0.041	0.201		0.000	0.009
	Sig.						
Masalah rakan sebaya	Korelasi	0.139*	0.380**	0.436**	0.308**	1	-0.156*
Kesulitan	Pearson	0.022	0.000	0.000	0.000		0.010
	Sig.						
Kekuatan	Korelasi	-0.105	-0.019	-0.224**	-0.158**	-0.156*	1
	Pearson	0.086	0.755	0.000	0.009	0.010	
	Sig.						

Perilaku Kesihatan dan Perilaku Berisiko bagi RMI dan non-RMI

Jadual 4.10 menunjukkan perbandingan di antara RMI dan Non RMI bagi pembolehubah tidak bersandar yang dikaji selain sosio demografi. Majoriti remaja RMI (27.8%) melakukan aktiviti fizikal 60 minit dalam 7 hari yang lalu manakala, Non RMI (30.8%) melakukan aktiviti fizikal 60 minit setiap hari. Majoriti remaja RMI berbanding Non RMI dalam kajian ini tidak merokok (84.8% vs 93.2%). Perilaku pengambilan makan *Junk Food* pada RMI sebanyak ≥ 2 kali sehari adalah lebih tinggi berbanding Non RMI (41.8% vs 17.8%). Majoriti RMI menyertai aktiviti pendidikan jasmani ≥ 2 hari dalam sepanjang tahun berbanding dengan Non RMI (81.0% vs 37.7%).

Perilaku berisiko menunjukkan kesemua remaja RMI (100.0 %) tidak melakukan aktiviti seks, manakala Non RMI (98.9%) tidak melakukan aktiviti seks. Majoriti remaja RMI berbanding Non RMI dalam kajian tidak mengalami tindakan buli (73% vs 62.8%). Perilaku tidak terlibat pertengkaran fizikal pada RMI dalam 12 bulan yang lalu berbanding dengan remaja Non RMI (70.8% vs 86.3%). Majoriti remaja RMI berbanding dengan remaja Non RMI tidak terfikir secara serius tindakan membunuh diri (100.0% vs 98.9%). Tiada perilaku idea membunuh diri pada RMI berbanding remaja

Non RMI (98.7% vs 98.4%). Majoriti RMI berbanding Non RMI tiada sejarah cubaan bunuh diri (100.0% vs 98.9%). Namun terdapat dua pelajar Non RMI pernah terlintas sekali untuk cubaan bunuh diri.

Jadual 4.10 Perilaku kesihatan dan perilaku berisiko di antara remaja migran Indonesia (RMI) dan non migran Indonesia (Non RMI)

	RMI n : 79 (%)	Non-RMI n : 191 (%)
PERILAKU KESIHATAN		
Aktiviti fizikal (60 minit/hari dalam 7 hari)		
0 hari	2(2.53)	37 (19.37)
1 hari	10 (12.6)	59(30.89)
2 hari	3 (0.37)	28(14.65)
3 hari	5 (6.3)	26(13.61)
4 hari	2 (2.53)	12(6.28)
5 hari	15 (18.9)	9 (4.71)
6 hari	20(2.53)	3 (1.57)
7 hari	22 (27.8)	17 (8.90)
Hisap Rokok (dalam 30 hari yang lalu)		
0 hari	67 (84.8)	178 (93.2)
1 atau 2 hari	5 (6.3)	6 (3.1)
3 hingga 5 hari	4 (5.10)	1 (0.5)
6 hingga 9 hari	2 (2.5)	2 (1.0)
20 hingga 29 hari	1(1.3)	4 (2.1)
Pengambilan Makan Proses/ <i>Junk</i> (dalam tempoh 7 hari yang lalu)		
<1 kali dalam sehari	25(31.64)	116 (60.7)
1 kali	21(26.5)	41 (21.5)
2 kali	10 (12.6)	16 (8.4)
3 kali	9 (11.3)	9 (4.7)
4 kali	14 (17.7)	9 (4.7)
Penyertaan Kelas Pendidikan Jasmani (PJK) (dalam tempoh sepanjang tahun)		
0 hari	10 (12.6)	3 (1.57)
1 hari	5 (6.32)	120 (62.8)
2 hari	2 (2.53)	6 (3.14)
3 hari	25 (31.6)	20 (10.4)
4 hari	20 (25.3)	36 (18.8)
5 hari atau lebih	17(21.5)	10 (5.2)

bersambung...

...sambungan

PERILAKU BERISIKO**Aktiviti Seksual (di luar ikatan pernikahan)**

Ya	0	2 (1.0)
Tidak	79 (100.0)	189 (99.0)

Buli

(dalam 30 hari yang lalu)

0 hari	58(73.4)	120 (62.8)
1 hingga 2 hari	10 (12.6)	25 (13.8)
3 hingga 5 hari	5 (6.3)	0
Semua 30 hari	6 (7.5)	10 (5.2)

Terlibat Pertengkaran Fizikal

(dalam 12 bulan yang lalu)

0 kali	56 (70.8)	165 (86.3)
1 kali	15 (18.9)	15 (7.8)
2-3 kali	4 (5.06)	11(5.7)
4-5 kali	1 (1.26)	0
6-7 kali	3 (3.7)	0

Bunuh Diri**Terfikir secara serius Bunuh Diri**

(dalam 12 bulan yang lalu)

Ya	0	2 (1.04)
Tidak	79 (100)	189 (98.9)

Rencana Bunuh Diri

(dalam 12 bulan yang lalu)

Ya	1 (0.52)	3 (1.5)
Tidak	78 (98.7)	188 (98.4)

Percubaan Bunuh Diri

(dalam 12 bulan yang lalu)

0 kali	79 (100)	189 (98.9)
1 kali	0	2 (1.0)
≥2 kali	0	0

Keyakinan Diri dan Sokongan Sosial bagi RMI dan non-RMI

Hasil analisa deskriptif untuk faktor keyakinan diri dan sokongan sosial dilaporkan dalam Jadual 4.11. Peratusan yang lebih tinggi pada RMI berbanding dengan non-RMI untuk faktor lemah keyakinan diri (6.3% vs 4.7%). Sokongan sosial yang lemah adalah lebih rendah peratusnya untuk RMI berbanding dengan non-RMI (5.1% vs 12.6%). Sokongan rakan yang lemah adalah lebih tinggi peratusannya pada RMI berbanding dengan non-RMI (26.6% vs 7.9%). Sokongan keluarga yang lemah lebih ketara pada RMI

berbanding dengan non-RMI (13.9% vs 5.8%). Tahap interaksi sosial yang rendah adalah lebih tinggi peratusnya dalam kalangan RMI berbanding non-RMI (46.8% vs 18.8%).

Jadual 4.11 Keyakinan Diri dan Sokongan bagi RMI dan Non-RMI

	RMI N : 79 (%)	Non-RMI N : 191 (%)
Keyakinan Diri		
Lemah (<20)	5(6.3)	9(4.7)
Sederhana (20-29)	39(49.4)	125(65.4)
Tinggi (30-40)	35(44.3)	57(29.9)
Sokongan Sosial		
Lemah (10 - 29)	4(5.1)	24(12.6)
Sederhana (30 - 50)	71(89.8)	162(84.8)
Tinggi (51 - 70)	4(5.1)	5(2.6)
Sokongan Rakan		
Lemah (30-70)	21(26.6)	15(7.9)
Sederhana (71-110)	32(40.5)	31(16.2)
Tinggi (111-150)	26(32.9)	145(75.9)
Sokongan Keluarga		
Rendah (< 56)	11(13.9)	11(5.8)
Sederhana (56-75)	30(38.0)	75(39.3)
Tinggi (76 -100)	38(48.1)	105(54.9)
Interaksi Sosial		
Sangat Rendah (0-20)	11(13.9)	14(7.3)
Rendah (21-40)	26(32.9)	22(11.5)
Sederhana (41-60)	9 (11.4)	125 (65.4)
Tinggi (61-80)	32 (40.5)	28 (14.6)
Sangat Tinggi (80-100)	1 (1.3)	2 (1.2)

4.4.3 Analisis Statistik Bivariat

Hubungan faktor pembolehubah dan Domain SDQ Simptom Emosional pada RMI dan Non-RMI

Berdasarkan analisis dalam Jadual 4.12 menunjukkan kajian hubungan antara faktor sosiodemografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, dan sokongan sosial dengan

simptom emosional dalam kalangan remaja migran Indonesia (RMI), dapat dirumuskan tiada faktor yang signifikan.

Jadual 4.12 Hubungan Regresi Logistik antara faktor pembolehubah dan tahap kesihatan mental domain simptom emosional dalam kalangan Remaja Migran Indonesia (RMI) (N : 79)

Pembolehubah	B	S. E	Wald	df	Sig	OR kasar	95% bawah	SK atas
Umur	0.036	0.691	0.003	1	0.958	1.037	0.268	4.018
Jantina	0.232	0.462	0.252	1	0.616	1.261	0.510	3.115
Tingkatan kelas	0.081	0.327	0.061	1	0.804	1.084	0.571	2.060
Agama	0.034	0.943	0.001	1	0.971	1.034	0.163	6.573
Pekerjaan Ibubapa	0.082	0.770	0.011	1	0.915	1.085	0.240	4.905
Aktiviti fizikal	0.148	0.461	0.103	1	0.748	1.159	0.470	2.863
Penyertaan Olahraga	-0.085	0.138	.380	1	0.538	0.919	0.701	1.203
Merokok	0.799	0.802	0.992	1	0.319	2.222	0.462	10.694
Pengambilan Makan <i>junk</i>	-0.105	0.504	0.044	1	0.834	0.900	0.335	2.415
Aktiviti seksual	-21.707	28420.777	0.000	1	0.999	0.000	0.000	.
Buli	0.749	0.715	1.098	1	0.295	2.115	0.521	8.590
Keganasan	0.103	0.558	0.034	1	0.854	1.108	0.372	3.306
Keyakinan diri	0.112	0.063	3.094	1	0.079	1.118	0.987	1.266
Sokongan sosial	-0.650	0.625	1.083	1	0.298	0.522	0.153	1.776
Sokongan rakan	0.132	0.326	0.163	1	0.686	1.141	0.603	2.159
Sokongan keluarga	0.070	0.286	0.059	1	0.808	1.072	0.612	1.879
Interaksi sosial	0.253	0.385	0.430	1	0.512	1.288	0.605	2.740

Manakala Jadual 4.13 menunjukkan hubungan faktor (pemboleh ubah tidak bersandar) yang dikaji dan simptom emosional domain SDQ pada remaja non-RMI mendapati jantina menunjukkan hubungan signifikan ($p < 0.001$; OR kasar = 0.314; 95% CI: 0.165–0.600). Remaja Lelaki non-RMI memiliki risiko lebih rendah mengalami masalah simptom emosional dibandingkan remaja lelaki.

Jadual 4.13 Hubungan antara faktor pembolehubah dan tahap kesihatan mental domain simptom emosional dalam kalangan Non Remaja Migran Indonesia (Non- RMI) (N = 191)

Pembolehubah	B	S. E	Wald	df	sig	OR kasar	95% bawah	SK atas
Umur	-0.007	0.394	0.000	1	0.987	0.994	0.459	2.152
Jantina	-1.157	.330	12.328	1	0.000	.314	0.165	0.600
Tingkatan kelas	0.031	0.176	0.031	1	0.860	1.032	0.730	1.457
Agama	-0.202	1.422	0.020	1	0.887	0.817	0.050	13.261
Pekerjaan Ibubapa	-0.639	0.663	0.929	1	0.335	0.528	0.144	1.935
Aktiviti fizikal	0.283	0.369	0.589	1	0.443	1.328	0.644	2.738
Penyertaan Olahraga	-0.526	0.561	0.880	1	0.348	0.591	0.197	1.774
Merokok	-0.198	0.298	0.441	1	0.507	0.821	0.458	1.471
Pengambilan Makan <i>junk</i>	0.384	0.371	1.070	1	0.301	1.468	0.709	3.038
Buli	-0.506	0.778	0.423	1	0.516	0.603	0.131	2.770
Kekerasan	-0.506	0.778	0.423	1	0.516	0.603	0.131	2.770
Bunuh diri	-0.202	1.422	0.020	1	0.887	0.817	0.050	13.261
Keyakinan diri	-0.0539	0.294	3.364	1	0.067	0.583	0.328	1.038
Sokongan sosial	-0.025	0.266	0.009	1	0.924	0.975	0.579	1.640
Sokongan rakan	1.624	1.128	2.074	1	0.150	5.073	0.556	46.261
Sokongan keluarga	0.420	0.309	1.840	1	0.175	1.522	0.830	2.790
Interaksi sosial	0.420	0.309	1.840	1	0.175	1.522	0.830	2.790

Hubungan faktor dan Domain SDQ Masalah Perilaku pada RMI dan Non-RMI

Jadual 4.14 menunjukkan hubungan faktor (pemboleh ubah tidak bersandar) yang dikaji dan masalah perilaku pada remaja RMI. Hasil menunjukkan faktor sokongan rakan mempunyai hubungan signifikan terhadap masalah perilaku RMI (p: 0.020; OR kasar: 2.674; 95% CI: 1.168–6.163). Remaja yang mempunyai sokongan rakan yang lemah berisiko sekitar 2.7 kali lebih cenderung untuk mengalami masalah perilaku.

Jadual 4.14 Hubungan antara faktor dan tahap kesihatan mental domain masalah perilaku dalam kalangan Remaja Migran Indonesia (RMI) (N=79)

Pembolehubah	B	S. E	Wald	df	sig	OR kasar	95% bawah	SK atas
Umur	1.257	0.724	3.011	1	0.083	3.515	0.850	14.541
Jantina	-0.071	0.575	0.015	1	0.902	0.931	0.302	2.874
Tingkatan kelas	0.346	0.426	0.661	1	0.416	1.414	0.614	3.258
Agama	0.069	1.157	0.004	1	0.952	1.071	0.111	10.342
Pekerjaan Ibubapa	0.542	1.110	.238	1	0.625	1.719	0.195	15.138
Aktiviti fizikal	.531	0.584	0.827	1	0.363	1.700	0.542	5.335
Penyertaan olahraga	-0.113	0.713	0.025	1	0.874	0.893	0.221	3.610
Merokok	1.322	0.827	2.557	1	0.110	3.750	0.742	18.953
Pengambilan Makan <i>junk</i>	-0.670	0.698	0.920	1	0.338	0.512	0.130	2.012
Minum alkohol	1.504	1.445	1.084	1	0.298	4.500	0.265	76.381
Buli	0.225	0.859	0.069	1	0.793	1.253	0.233	6.742
Keganasan	0.773	0.634	1.485	1	0.223	2.167	0.625	7.514
Keyakinan diri	-0.405	0.619	0.429	1	0.513	0.667	0.198	2.243
Sokongan sosial	-0.208	0.743	0.078	1	0.779	0.812	0.189	3.483
Sokongan rakan	0.984	0.423	5.416	1	0.020	2.674	1.168	6.123
Sokongan keluarga	1.101	0.354	0.081	1	0.776	1.106	0.553	2.211
Interaksi sosial	-0.234	0.475	0.243	1	0.622	0.791	0.312	2.008

Jadual 4.15 menunjukkan hubungan antara sosiodemografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, dan sokongan sosial dan masalah perilaku kesihatan mental pada Non-RMI. Hasil kajian mendapati sokongan sosial memiliki hubungan signifikan ($p = 0,049$; OR kasar = 1.646; 95% CI: 1.002–2.703). Oleh itu, semakin rendah sokongan sosial yang diterima, semakin besar peluang terjadinya masalah perilaku. Keyakinan diri (*self-efficacy*) memiliki nilai $p = 0.021$; OR kasar = 0.482 (95% CI: 0.259–0.897), yang menunjukkan bahawa semakin kurang keyakinan diri, semakin tinggi risiko menunjukkan masalah perilaku.

Jadual 4.15 Hubungan antara faktor dan tahap kesihatan mental domain masalah perilaku dalam kalangan Non-Remaja Migran Indonesia (Non-RMI) (N=191)

Pembolehubah	B	S. E	Wald	df	Sig	OR kasar	95% Bawah	SK Atas
Umur	-0.329	0.406	0.655	1	0.418	0.720	0.325	1.596
Jantina	-0.045	0.326	0.019	1	0.890	0.956	0.505	1.811
Tingkatan kelas	0.176	0.188	0.875	1	0.350	1.192	0.825	1.724
Agama	20.486	28420.777	0.000	1	0.999	788656023.750	0.000	.
Pekerjaan Ibu Bapa	-0.346	0.665	0.271	1	0.602	0.707	0.192	2.603
Fisikal aktiviti	-0.526	0.373	1.988	1	0.159	0.591	0.285	1.228
Penyertaan olahraga	0.496	0.381	1.695	1	0.193	1.641	0.779	3.460
Merokok	-0.157	0.581	0.073	1	0.787	0.855	0.274	2.667
Pengambilan Makan <i>Junk</i>	-0.362	0.314	1.332	1	0.248	0.696	0.376	1.288
Aktiviti seksual	-0.900	1.107	0.662	1	0.416	0.407	0.046	3.556
Buli	-0.463	0.780	0.353	1	0.553	0.629	0.136	2.902
Keganasan	0.669	1.129	0.351	1	0.554	1.952	0.214	17.840
Bunuh diri	-0.741	1.423	0.271	1	0.602	0.477	0.029	7.748
Keyakinan diri	-0.730	0.317	5.310	1	0.021	0.482	0.259	0.897
Sokongan sosial	0.568	0.289	3.882	1	0.049	1.766	1.003	3.108
Sokongan rakan	0.336	0.926	0.132	1	0.716	1.400	0.228	8.601
Sokongan keluarga	0.299	0.331	0.819	1	0.365	1.349	0.706	2.579
Interaksi sosial	0.299	0.331	0.819	1	0.365	1.349	0.706	2.579

Hubungan faktor dan domain SDQ Hiperaktif pada RMI dan Non RMI

Jadual 4.16 menunjukkan hubungan faktor (pemboleh ubah tidak bersandar) yang dikaji dan domain SDQ untuk hiperaktif pada remaja RMI. Faktor interaksi sosial mempunyai nilai signifikan dengan $p=0.01$; OR kasar 4.562; 95%CI:1.800-11.558. Interaksi sosial RMI yang tinggi berisiko 4.6 kali lebih cenderung untuk mengalami masalah hiperaktiviti.

Jadual 4.16 Hubungan antara faktor pembolehubah dan tahap kesihatan mental domain hiperaktif dalam kalangan Remaja Migran Indonesia (RMI) (n = 79)

Pembolehubah	B	S.E	Wald	df	Sig	OR kasar	95% bawah	SK atas
Umur	-0.668	0.690	0.938	1	0.333	0.513	0.133	1.982
Jantina	0.686	0.460	2.226	1	0.136	1.985	0.806	4.886
Tingkatan kelas	-0.147	0.321	0.209	1	0.648	0.863	0.460	1.621
Agama	0-.623	0.942	0.436	1	0.509	0.537	0.085	3.402
Pekerjaan Ibubapa	0.766	0.768	0.993	1	0.319	2.151	0.477	9.698
Fisikal aktiviti	0.780	0.461	2.867	1	0.090	2.183	0.884	5.386
Penyertaan olahraga	-0.076	0.549	0.019	1	0.889	0.926	0.316	2.717
Merokok	-1.196	0.870	1.890	1	0.169	0.302	0.055	1.664
Pengambilan Makan <i>Junk</i>	-0.256	0.491	0.272	1	0.602	0.774	0.296	2.025
Aktiviti seksual	0.182	1.433	0.016	1	0.899	1.200	0.072	19.890
Buli	0.579	0.747	0.601	1	0.438	1.784	0.413	7.706
Keganasan	0.227	0.555	0.168	1	0.682	1.255	0.423	3.723
Keyakinan diri	0.112	0.511	0.048	1	0.826	1.119	0.411	3.043
Sokongan sosial	-0.030	0.581	0.003	1	0.959	0.971	0.311	3.030
Sokongan rakan	0.575	0.336	2.935	1	0.087	1.777	0.920	3.432
Sokongan keluarga	0.395	0.289	1.862	1	0.172	1.484	0.842	2.618
Interaksi sosial	1.518	0.474	10.237	1	0.001	4.562	1.800	11.558

Berdasarkan hasil analisa yang dipaparkan pada Jadual 4.17 dalam kalangan Non RMI tidak ada pembolehubah yang mempunyai nilai signifikan.

Jadual 4.17 Hubungan antara faktor dan tahap kesihatan mental domain hiperaktif dalam kalangan Non Remaja Migran Indonesia (Non-RMI) (n=191)

Pembolehubah	B	S. E	Wald	df	Sig	OR kasar	95% bawah	SK atas
Umur	0.033	0.410	0.007	1	0.935	1.034	0.463	2.308
Jantina	-0.187	0.320	0.340	1	0.560	0.830	0.443	1.553

bersambung...

...sambungan

Tingkatan kelas	-0.067	0.183	0.133	1	0.715	0.935	0.654	1.338
Agama	-0.618	0.557	1.229	1	0.268	0.539	0.181	1.607
Pekerjaan Ibubapa	0.292	0.707	0.171	1	0.680	1.339	0.335	5.355
Fisikal aktiviti	-0.453	0.368	1.511	1	0.219	0.636	0.309	1.309
Penyertaan olahraga	-0.169	0.393	0.184	1	0.668	0.845	0.391	1.825
Merokok	-0.618	0.557	1.229	1	0.268	0.539	0.181	1.607
Pengambilan Makanan <i>Junk</i>	-0.086	0.308	0.078	1	0.780	0.918	0.502	1.677
Aktiviti seksual	-1.067	1.106	0.930	1	0.335	0.344	0.039	3.007
Buli	-0.293	0.779	0.142	1	0.707	0.746	0.162	3.434
Keganasan	0.835	1.128	0.548	1	0.459	2.305	0.252	21.045
Bunuh diri	-0.576	1.422	0.164	1	0.685	0.562	0.035	9.128
Keyakinan diri	-0.178	0.302	0.348	1	0.555	0.837	0.463	1.512
Sokongan sosial	-0.116	0.275	0.178	1	0.673	0.890	0.519	1.528
Sokongan rakan	1.003	0.926	1.175	1	0.278	2.727	0.444	16.736
Sokongan keluarga	-0.586	0.313	3.502	1	0.061	0.556	0.301	1.028
Interaksi sosial	-0.586	0.313	3.502	1	0.061	0.556	0.301	1.028

Hubungan faktor dengan Masalah Rakan pada Kalangan RMI dan Non RMI.

Jadual 4.18 mendapati hasil analisa dalam kalangan RMI tidak ada pembolehubah yang mempunyai nilai signifikan.

Jadual 4.18 Hubungan antara faktor pembolehubah dan tahap kesihatan mental domain masalah perhubungan dengan rakan sebaya dalam kalangan Remaja Migran Indonesia (RMI) (n=79)

Pembolehubah	B	S.E	Wald	df	sig	OR kasar	95% bawah	SK atas
Jantina	-0.092	0.589	0.025	1	0.875	0.912	0.287	2.895
Tingkatan kelas	0.806	0.422	3.653	1	0.056	2.239	0.980	5.119
Fisikal Aktiviti	0.318	0.594	0.287	1	0.592	1.375	0.429	4.407
Merokok	0.279	1.123	0.062	1	0.804	1.322	0.146	11.938

bersambung...

...sambungan

Pengambilan Makan <i>Junk</i>	0.105	0.650	0.026	1	0.871	1.111	0.311	3.971
Aktiviti seksual	1.594	1.447	1.214	1	0.271	4.923	0.289	83.860
Keganasan	-0.470	0.668	0.495	1	0.482	0.625	0.169	2.314
Keyakinan diri	-0.908	0.811	1.252	1	0.227	0.404	0.082	1.978
Sokongan sosial	0.802	0.785	1.044	1	0.307	2.229	0.479	10.374
Sokongan rakan	0.625	0.464	1.811	1	0.178	1.868	0.752	4.640
Sokongan keluarga	0.062	0.370	0.028	1	0.867	1.064	0.515	2.197
Interaksi sosial	-0.281	0.495	0.322	1	0.570	0.755	0.286	1.992

Jadual 4.19 menunjukkan faktor umur mempunyai nilai signifikan ($p = 0.017$; OR kasar = 0.378; 95%CI: 0.171,0.838). Semakin bertambah usia, risiko masalah perhubungan dengan rakan sebaya semakin menurun. Jenis kelamin juga didapati signifikan dengan nilai $p = 0.041$ (OR kasar: 1.980; 95%CI: 1.029,3.809). Remaja perempuan Non RMI memiliki risiko hampir dua kali ganda mengalami masalah perhubungan rakan sebaya dibanding remaja lelaki. Pekerjaan ibubapa menunjukkan nilai yang signifikan ($p = 0.026$; OR kasar = 0.227; 95%CI: 0.061,0.841). Remaja Non migran Indonesia yang mempunyai ibubapa yang bekerja menjadi faktor pelindung terhadap kesihatan mental domain masalah perhubungan rakan sebaya.

Jadual 4.19 Hubungan antara faktor pembolehubah dan dan tahap kesihatan mental domain masalah perhubungan dengan rakan sebaya dalam kalangan Non Remaja Migran Indonesia (Non-RMI) (n=191)

Pembolehubah	B	S. E	Wald	df	sig	OR kasar	95% bawah	SK atas
Umur	-0.972	0.406	5.737	1	0.017	0.378	0.171	0.838
Jantina	0.683	0.334	4.182	1	0.041	1.980	1.029	3.809
Tingkatan kelas	-0.354	0.201	3.105	1	0.078	0.702	0.474	1.041
Pekerjaan Ibubapa	-1.482	0.668	4.927	1	0.026	0.227	0.061	0.841
Fisikal aktiviti	-0.419	0.389	1.158	1	0.282	0.658	0.307	1.410
Pneyertaan olahraga	0.673	0.390	2.981	1	0.084	1.959	0.913	4.204
Merokok	-0.759	0.567	1.794	1	0.180	0.468	0.154	1.421

bersambung...

...sambungan

Pengambilan Makan <i>Junk</i>	-0.391	0.329	1.414	1	0.234	0.676	0.355	1.289
Aktiviti seksual	0.300	.882	0.116	1	0.734	1.350	0.240	7.601
Buli	0.833	1.093	0.582	1	0.446	2.301	0.270	19.584
Keyakinan diri	-0.275	0.327	0.708	1	0.400	0.760	0.400	1.441
Sokongan sosial	-0.420	0.303	1.929	1	0.165	0.657	0.363	1.189
Sokongan rakan	1.434	0.928	2.387	1	0.122	4.194	0.680	25.850
Sokongan keluarga	-0.608	0.333	3.329	1	0.068	0.544	0.283	1.046
Interaksi sosial	0-.608	0.333	3.329	1	0.068	0.544	0.283	1.046

Hubungan faktor pembolehubah dan domain kesulitan pada RMI dan Non RMI

Jadual 4.20 menunjukkan tidak ada faktor sosiodemografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, ataupun sokongan sosial yang ada hubungan signifikan secara statistik ($p > 0.05$) terhadap masalah kesihatan mental domain kesulitan dalam kalangan remaja migran Indonesia (RMI).

Jadual 4.20 Hubungan antara faktor pembolehubah dan tahap kesihatan mental domain kesulitan dalam kalangan Remaja Migran Indonesia (RMI) (n=79)

Pembolehubah	B	S.E	Wald	df	sig	OR kasar	95% bawah	SK atas
Umur	1.569	1.084	2.094	1	0.148	4.800	0.574	40.172
Jantina	0.241	0.486	0.246	1	0.620	1.273	0.491	3.301
Tingkatan kelas	0.424	0.343	1.534	1	0.216	1.529	0.781	2.992
Agama	0.652	1.145	0.324	1	0.569	1.920	0.203	18.120
Pekerjaan Ibubapa	0.868	0.753	1.326	1	0.250	2.381	0.544	10.424
Aktiviti fizikal	0.799	0.499	2.565	1	0.109	2.222	0.836	5.905
Penyertaan Olahraga	0.046	0.144	0.103	1	0.748	1.047	0.790	1.388
Merokok	1.099	1.109	.982	1	0.322	3.000	0.342	26.353
Pengambilan Makanan <i>Junk</i>	-0.644	0.513	1.578	1	0.209	0.525	0.192	1.435
Minum alkohol	20.471	28420.737	0.000	1	0.999	776669428.538	0.000	.

bersambung...

...sambungan

Aktiviti seksual	-20.471	28420.614	0.000	1	0.214	.000	0.000	.
Buli	0.538	0.841	0.409	1	0.522	1.713	0.329	8.907
Keganasan	-0.856	0.563	2.309	1	0.129	0.425	0.141	1.282
Bunuh diri	20.451	40193.049	0.000	1	1.000	762015504.662	0.000	.
Keyakinan diri	-0.197	0.558	0.125	1	0.724	0.821	0.275	2.452
Sokongan sosial	-0.142	0.622	0.052	1	0.819	0.868	0.257	2.934
Sokongan rakan	0.539	0.365	2.172	1	0.141	1.713	0.837	3.507
Sokongan Keluarga	0.061	0.303	0.041	1	0.840	1.063	0.587	1.924
Interaksi sosial	0.171	0.401	0.181	1	0.670	1.186	0.540	2.605

Jadual 4.21 membentangkan hubungan faktor terhadap kesulitan pada Non RMI. Remaja yang menghisap rokok memiliki hubungan signifikan dengan nilai ($p=0.045$ OR kasar 3.400; 95% CI: 1.027–11.257). Remaja yang merokok memiliki risiko sekitar 3.4 kali lebih tinggi untuk mengalami kesulitan berkaitan kesihatan mental dibandingkan dengan remaja yang tidak merokok. Faktor keyakinan diri (*self-efficacy*) adalah signifikan untuk hubungan dengan domain kesulitan ($p=0.001$; OR kasar 0.381; 95% CI: 0.212–0.685). Keyakinan diri berperanan sebagai faktor protektif, menurunkan risiko kesulitan mental sekitar 62%.

Jadual 4.21 Hubungan antara faktor dan tahap kesihatan mental domain kesulitan dalam kalangan Non Remaja Migran Indonesia (Non-RMI) (n=191)

Pembolehubah	B	S. E	Wald	df	sig	OR kasar	95% bawah	SK atas
Umur	-0.794	0.426	3.469	1	0.063	0.452	0.196	1.042
Jantina	-0.527	0.307	2.948	1	0.086	0.590	0.324	1.077
Tingkatan kelas	-0.250	0.178	1.983	1	0.159	0.778	0.549	1.103
Pekerjaan Ibubapa	0.661	0.663	0.995	1	0.319	1.937	0.528	7.098
Aktiviti fizikal	0.144	0.363	0.158	1	0.691	1.155	0.567	2.355
Penyertaan olahraga	0.142	0.375	0.144	1	0.704	1.153	0.553	2.403
Merokok	1.224	0.611	4.014	1	0.045	3.400	1.027	11.257
Pengambilan Makan Junk	0.055	0.298	0.035	1	0.853	1.057	0.589	1.895
Aktiviti seksual	1.425	1.105	1.662	1	0.197	4.158	0.476	36.292

bersambung...

...sambungan

Buli	-0.069	0.778	0.008	1	0.929	0.933	0.203	4.287
Keganasan	1.646	1.128	2.130	1	0.144	5.185	0.569	47.285
Keyakinan diri	-0.965	0.300	10.367	1	0.001	0.381	0.212	0.685
Sokongan sosial	0.440	0.271	2.624	1	0.105	1.552	0.912	2.642
Sokongan rakan	0.190	0.925	0.042	1	0.838	1.209	0.197	7.404
Sokongan keluarga	0.079	0.305	0.068	1	0.795	1.083	0.596	1.967
Interaksi sosial	0.079	0.305	0.068	1	0.795	1.083	0.596	1.967

Hubungan faktor pembolehubah dan Domain Prososial (kekuatan) pada RMI dan Non-RMI

Jadual 4.22 menunjukkan tiada faktor yang mempunyai hubungan signifikan terhadap domain prososial remaja.

Jadual 4.22 Hubungan antara faktor pembolehubah dan tahap kesihatan mental domain prososial (Kekuatan) dalam kalangan RMI (n=79)

Pembolehubah	B	S. E	Wald	df	sig	OR kasar	95% bawah	SK atas
Umur	0.645	0.875	0.543	1	0.461	1.906	0.343	10.601
Jantina	-0.376	0.689	0.299	1	0.585	0.686	0.178	2.648
Tingkatan kelas	0.079	0.484	0.027	1	0.870	1.082	0.419	2.793
Agama	0.591	1.173	0.254	1	0.615	1.806	0.181	18.000
Aktiviti fizikal	0.029	0.677	0.002	1	0.966	1.029	0.273	3.878
Penyertaan olahraga	-0.201	0.228	0.777	1	0.378	0.818	0.524	1.278
Merokok	0.154	1.137	0.018	1	0.892	1.167	0.126	10.842
Pengambilan Makan <i>Junk</i>	-0.627	0.832	0.569	1	0.451	0.534	0.105	2.726
Keyakinan diri	-0.713	0.703	1.026	1	0.311	0.490	0.124	1.946
Sokongan sosial	0.553	0.850	0.423	1	0.515	1.738	0.329	9.198
Sokongan rakan	-0.590	0.534	1.221	1	0.269	0.554	0.195	1.579
Sokongan keluarga	-0.484	0.472	1.047	1	0.306	0.617	0.244	1.557
Interaksi sosial	-0.008	0.561	0.000	1	0.989	0.992	0.331	2.977

Jadual 4.23 menggambarkan bahawa interaksi sosial memiliki hubungan signifikan dengan domain prososial ($p = 0.001$; OR = 4.562; 95% CI: 1.800–11.558). Individu dengan tahap interaksi sosial yang lebih tinggi memiliki peluang sekitar 4.6 kali lebih besar untuk menunjukkan perilaku prososial dibandingkan dengan individu dengan interaksi sosial yang lebih rendah.

Jadual 4.23 Hubungan antara faktor dan tahap kesihatan mental domain prososial (Kekuatan) dalam kalangan Non Remaja Migran Indonesia (Non-RMI) (n=191)

Pembolehubah	B	S. E	Wald	df	sig	OR kasar	95% bawah atas	SK atas
Umur	-0.66	0.69	0.93	1	0.333	0.513	0.133	1.98
Jantina	0.68	0.46	2.22	1	0.136	1.985	0.806	4.88
Tingkatan kelas	-0.147	0.321	0.209	1	0.648	0.863	0.460	1.62
Agama	-0.623	0.942	0.436	1	0.509	0.537	0.085	3.40
Pekerjaan Ibubapa	0.766	0.768	0.993	1	0.319	2.151	0.477	9.69
Aktiviti fizikal	0.780	0.461	2.867	1	0.090	2.183	0.884	5.38
Penyertaan olahraga	-0.076	0.549	0.019	1	0.889	0.926	0.316	2.71
Merokok	-1.196	0.870	1.890	1	0.169	0.302	0.055	1.66
Pengambilan Makan <i>junk</i>	-0.256	0.491	0.272	1	0.602	0.774	0.296	2.02
Aktiviti seksual	0.182	1.433	0.016	1	0.899	1.200	0.072	19.89
Buli	0.579	0.747	0.601	1	0.438	1.784	0.413	7.70
Keganasan	0.227	0.555	0.168	1	0.682	1.255	0.423	3.72
Keyakinan diri	0.112	0.511	0.048	1	0.826	1.119	0.411	3.04
Sokongan sosial	-0.030	0.581	0.003	1	0.959	.971	0.311	3.03
Sokongan rakan	0.575	0.336	2.93	1	0.087	1.777	0.920	3.43
Sokongan keluarga	0.395	0.289	1.86	1	0.172	1.484	0.842	2.61
Interaksi sosial	1.51	0.474	10.23	1	0.001	4.562	1.800	11.55

4.4.4 Analisis Multivariat Menggunakan Regresi Logistik Berganda

Ujian analisis Regresi Logistik Berganda pada kajian ini bertujuan untuk menentukan kebarangkalian nilai variabel bersandar (kategori) berdasarkan satu atau lebih variabel tidak bersandar (selanjar atau kategori). Sebelum melakukan uji Regresi Logistik Berganda, penyemakan kriteria penggunaan (*assumption*) uji regresi yang harus dipenuhi oleh data dilakukan terlebih dahulu.

Penyemakan pertama: data memiliki satu variabel bersandar berupa skala kategori/ binari.

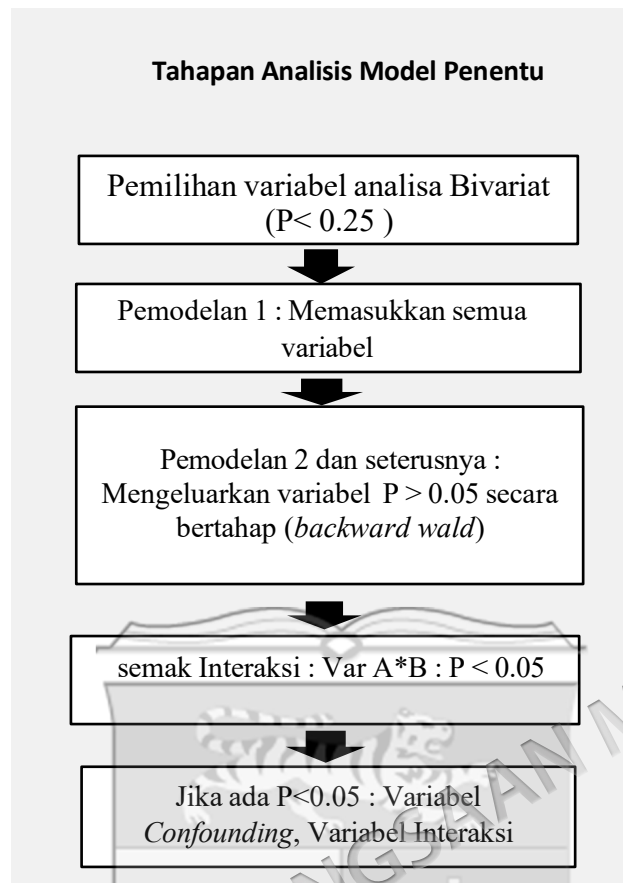
Penyemakan kedua : data memiliki satu atau beberapa variabel tidak bersandar berupa skala selanjar / kategori.

Penyemakan ketiga : pada saat pengambilan data harus terjadi independensi observasi atau pengambilan data di satu subjek tidak dipengaruhi oleh subjek yang lain, atau tidak ada subjek yang dilakukan pengambilan data lebih dari satu kali.

Penyemakan keempat: ada hubungan *linear* antara variabel tidak bersandar dengan transformasi logit dari variabel bersandar.

Penyemakan kelima : tidak menunjukkan gejala multikolineariti atau tidak ada dua atau lebih variabel tidak bersandar yang ada hubungan.

Penyemakan ke empat dan kelima dilakukan pada variabel yang berskala selanjar. Ujian Penyemakan multikolineariti dilakukan jika variabel bebas lebih dari satu. Dalam kajian ini, ujian multikolineariti dilakukan kerana variabel tidak bersandar lebih dari satu. (Rajah 3.9)



Rajah 3.9 Tahapan Analisis Tahap Penentu

Analisa multivariat binomial logistik regresi logistik berganda telah dilakukan bagi menentukan faktor penentu kepada tahap kesihatan mental mengikut domain SDQ. Untuk melakukan analisis ini lima langkah telah diambil iaitu:

- (1) Regresi logistik binari memerlukan Variabel bersandar menjadi binari. Maka nilai perolehan dari data RMI dan Non RMI untuk setiap 5 subskala SDQ dibentuk kepada normal dan abnormal (atas batasan dan abnormal).
- (2) Regresi logistik memerlukan pemerhatian bebas antara satu sama lain. Dalam erti kata lain, pemerhatian tidak boleh datang daripada pengukuran berulang atau data yang dipadankan.
- (3) Regresi logistik memerlukan sedikit atau tiada multikolineariti antara Variabel tidak bersandar. Analisa dari data selangar Variabel tidak bersandar mendapati hasil *variance inflation factor* (VIF) tidak menunjukkan multikolineariti antara pembolehubah tidak bersandar ($VIF < 2$).

- (4) Regresi logistik mengandaikan kelinearan Variabel tidak bersandar dan kemungkinan log Variabel bersandar. Walaupun analisis ini tidak memerlukan Variabel bersandar dan tidak bersandar untuk dikaitkan secara linear, ia memerlukan Variabel tidak bersandar berkaitan secara linear dengan kemungkinan log Variabel bersandar.
- (5) Regresi logistik biasanya memerlukan saiz sampel yang mencukupi untuk faktor Variabel tidak bersandar yang dikehendaki. Memandangkan data kajian hanya mempunyai 179 responden, hanya faktor Variabel tidak bersandar dengan $p < 0.25$ dimasukkan untuk analisa bagi setiap domain SDQ.

Ujian Regresi logistik berganda telah dilakukan untuk memastikan kesan faktor Variabel tidak bersandar demografi (umur, berat, jantina, agama), perilaku risiko kesihatan (merokok, keganasan, interaksi sosial), sokongan keluarga, sokongan rakan, dan keyakinan diri terhadap risiko kesihatan mental mengikut domain (Simptom Emosional, Masalah Perilaku, Hiperaktif, Masalah Perhubungan Rakan Sebaya, Prososial(kekuatan) dan Kesulitan (*difficulty*) bagi kumpulan RMI dan Non RMI (Jadual 4.24)

Jadual 4.24 Pemilihan Variabel tidak bersandar terhadap Emosional Non RMI

Varibel	Nilai P	Kelayakan multivariat ($p < 0.25$)
Umur	0.987	Tidak
Jantina	0.000	Ya
Tingkatan kelas	0.860	Tidak
Agama	0.887	Tidak
Pekerjaan Ibubapa	0.335	Tidak
Aktiviti fizikal	0.443	Tidak
Penyertaan Olahraga	0.348	Tidak
Merokok	0.507	Tidak
Pengambilan Makan sedia Ada	0.301	Tidak
Minum Alkohol	0.999	Tidak
Buli	0.516	Tidak

bersambung...

...sambungan

Keganasan	0.516	Tidak
Idea Bunuh diri	0.887	Tidak
Keyakinan diri	0.067	Tidak
Sokongan sosial	0.924	Tidak
Sokongan rakan	0.150	Ya
Sokongan keluarga	0.175	Ya
Interaksi sosial	0.175	Ya

Jadual bivariat di atas menunjukkan variabel tidak bersandar yang memiliki nilai $p < 0.25$ adalah variabel Jantina ($0.000 < 0.25$), Variabel Keyakinan diri ($0.067 < 0.25$), variabel Sokongan rakan ($0.150 < 0.25$), variabel sokongan keluarga ($0.175 < 0.25$) dan variabel interaksi sosial ($0.175 < 0.25$). Keempat-empat variabel ini kemudian dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat menggunakan model *backward-wald* untuk melihat prediktor variabel yang mempunyai kemaknaan signifikan secara serentak (*simultaneus*). (Jadual 4.25)

Jadual 4.25 Faktor jantina, keyakinan diri, dukungan rakan, dukungan keluarga dan interaksi sosial terhadap Emosional dalam kalangan Non RMI

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% SK	
								Lower	Upper
Step 4 ^a	Jantina	-1.157	0.330	12.328	1	0.000	0.314	0.165	0.600
	Constant	2.138	0.581	13.533	1	0.000	8.483		

Hasil pemodelan multivariat dengan pemodelan *backward-wald* mendapati bahwa nilai *Omnibus Test of Coefficient* pada model Akhir (Model 4 adalah sebesar 0.000). Nilai Nagelker R Square pada model 4 adalah sebesar 0.089. Sedangkan variabel yang mempunyai hubungan signifikan adalah variabel Jantina (ORterlaras= 0.314; $p < 0.01$). Hal ini bermakna bahawa jantina (lelaki) sebagai protektif terjadi gangguan emosional.

Jadual 4. 26 Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain emosional dalam kalangan RMI (n=79)

Variabel	Nilai P	kelayakan multivariat (p<0.25)
Umur	0.958	Tidak
Jantina	0.616	Tidak
Tingkatan kelas	0.804	Tidak
Agama	0.971	Tidak
Pekerjaan Ibubapa	0.915	Tidak
Aktiviti fizikal	0.748	Tidak
Penyertaan Olahraga	0.538	Tidak
Merokok	0.319	Tidak
Pengambilan Makanan sedia ada	0.834	Tidak
Minum Alkohol	0.999	Tidak
Aktiviti Seksual	0.999	Tidak
Buli	0.295	Tidak
Keganasan	0.854	Tidak
Idea Bunuh diri	1.000	Tidak
Keyakinan diri	0.079	Ya
Sokongan sosial	0.298	Tidak
Sokongan rakan	0.686	Tidak
Sokongan keluarga	0.808	Tidak
Interaksi sosial	0.512	Tidak

Hasil pemilihan variabel tidak bersandar yang memiliki nilai $p < 0.25$ hanyalah variabel Keyakinan Diri ($0.079 < 0.25$).

Jadual 4.27 Faktor Keyakinan Diri terhadap domain Emosional dalam kalangan RMI (n=79)

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% SK	
Step 1 ^a	KD2	0.639	0.551	1.343	1	0.246	1.894	0.643	5.577
	Constant	-2.194	1.543	2.021	1	0.155	0.112		
Step 2 ^a	Constant	-0.437	0.230	3.601	1	0.058	0.646		

Hasil bivariat (Jadual 4.28) mendapati variabel tidak bersandar umur ($0.083 < 0.25$), merokok ($0.110 < 0.25$), keganasan ($0.223 < 0.25$), idea bunuh diri ($0.06 < 0.25$) dan sokongan rakan sebaya ($0.20 < 0.25$) akan diteruskan untuk ujian multivariat.

Jadual 4.28 Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain masalah perilaku dalam kalangan RMI (n=79)

Varibel	Nilai P	Kelayakan multivariat ($p < 0.25$)
Umur	0.083	Ya
Jantina	0.902	Tidak
Tingkatan kelas	0.416	Tidak
Agama	0.952	Tidak
Pekerjaan Ibubapa	0.625	Tidak
Aktiviti fizikal	0.363	Tidak
Penyertaan Olahraga	0.874	Tidak
Merokok	0.110	Ya
Pengambilan Makan sedia ada	0.338	Tidak
Minum Alkohol	0.298	Tidak
Aktiviti Seksual	0.999	Tidak
Buli	0.793	Tidak
Keganasan	0.223	Ya
Idea Bunuh diri	0.060	Ya
Keyakinan diri	0.513	Tidak
Sokongan sosial	0.779	Tidak
Sokongan rakan sebaya	0.020	Ya
Sokongan keluarga	0.776	Tidak
Interaksi sosial	0.622	Tidak

Hasil pemodelan multivariat dengan pemodelan *backward-wald* mendapati nilai *Omnibus Test of Coefficient* pada model Akhir (Model 5a adalah sebesar 0.032). Nilai Nagelker R Square pada model 5a adalah sebesar 0.091 Variabel yang mempunyai

hubungan signifikan adalah variabel Umur ($OR_{terlaras}=1.905$; $p=0.04$). Hal ini bermakna bahawa remaja berumur 11-19 tahun berisiko terjadi gangguan masalah perilaku 1.9 kali lebih besar.

Jadual 4.29 Faktor Keyakinan Diri terhadap domain masalah perilaku dalam kalangan RMI (n=79)

		B	S.E	Wald	df	Sig	Exp (B)	95%SK	
								Lower	Upper
Step 5a	Umur	0.644	0.320	4.061	1	0.044	1.905	1.018	3.564

Hasil Bivariat (Jadual 4.30) mendapati bahawa variabel yang mempunyai nilai $p < 0.25$ adalah variabel aktiviti fizikal ($0.159 < 0.25$), penyertaan olahraga ($0.193 < 0.25$), pengambilan makanan sedia ada ($0.24 < 0.25$), minum alkohol ($0.13 < 0.25$), keyakinan diri ($0.02 < 0.25$), sokongan sosial ($0.04 < 0.25$) dan akan diteruskan pada ujian multivariat.

Jadual 4.30 Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain masalah perilaku dalam kalangan Non RMI (n=191)

Varibel	Nilai P	Kelayakan multivariat ($p < 0.25$)
Umur	0.418	Tidak
Jantina	0.890	Tidak
Tingkatan Kelas	0.350	Tidak
Religi	0.999	Tidak
Pekerjaan Ibubapa	0.602	Tidak
Aktiviti fizikal	0.159	Ya
Penyertaan Olahraga	0.193	Ya
Merokok	0.787	Ya
Pengambilan Makan sedia ada	0.248	Ya
Minum Alkohol	0.133	Ya
Aktiviti Seksual	0.416	Tidak
Buli	0.553	Tidak
Keganasan	0.554	Tidak

bersambung...

...sambungan

Idea Bunuh diri	0.602	Tidak
Keyakinan diri	0.021	Ya
Sokongan sosial	0.049	Ya
Sokongan rakan	0.716	Tidak
Sokongan keluarga	0.365	Tidak
Interaksi sosial	0.365	Tidak

Hasil pemodelan multivariat dengan pemodelan *bakward-wald* pada jadual 4.31 mendapati bahawa nilai *Omnibus Test of Coefficient* pada model Akhir (Model 6 adalah sebesar 0.00). Nilai Nagelker R Square pada model 6 adalah sebesar 0.10 sedangkan variabel yang mempunyai hubungan signifikan adalah Keyakinan Diri 1 (Keyakinan diri rendah) dengan nilai p ($0.02 < 0.05$) OR Sebesar 0.468. Dukungan Sosial Rendah mempunyai nilai signifikan $0.01 < 0.05$ dengan nilai OR 2.331.

Jadual 4. 31 Ujian regresi terhadap domain masalah perilaku dalam kalangan Non RMI (n=191)

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% SK	
								Lower	Upper
Step 6 ^b	Minum Alkohol	-22.653	40192.991	0.000	1	1.000	0.000	0.000	.
	Keyakinandiri2(1)	-0.759	0.325	5.440	1	0.020	0.468	0.247	0.886
	Sokongan Soaiial			6.001	2	0.050			
	Sokongam Sosial (1)	0.846	0.345	6.000	1	0.014	2.331	1.184	4.588
	Sokongan Sosia (2)l	0.557	0.680	0.670	1	0.413	1.745	0.460	6.619

Jadual 4.32 menunjukkan bahawa pemboleh ubah tidak bersandar yang mempunyai nilai dan layak untuk dianalisis secara multivariat adalah pembolehubah jantina ($0.136 < 0.25$), aktiviti fizikal ($0.090 < 0.25$), Merokok ($0.169 < 0.25$), Sokongan Rakan ($0.08 < 0.25$), Sokongan keluarga ($0.17 < 0.25$), interaksi Sosial ($0.01 < 0.25$). Kesemua pemboleh ubah ini dikekalkan untuk fasa analisis regresi multivariat kerana nilai mereka adalah kurang daripada had ambang yang ditetapkan, iaitu .

Jadual 4.32 Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain Hiperaktiviti dalam kalangan RMI (n=79)

Varibel	Nilai P	Kelayakan multivariat (p<0.25)
Umur	0.333	Tidak
Jantina	0.136	Ya
Tingkatan kelas	0.648	Tidak
Agama	0.509	Tidak
Pekerjaan Ibubapa	0.319	Tidak
Aktiviti fizikal	0.090	Ya
Penyertaan Olahraga	0.889	Tidak
Merokok	0.169	Ya
Pengambilan Makan sedia ada	0.602	Tidak
Minum Alkohol	0.999	Tidak
Aktiviti Seksual	0.899	Tidak
Buli	0.438	Tidak
Keganasan	0.682	Tidak
Idea Bunuh diri	1.000	Tidak
Keyakinan diri	0.826	Tidak
Sokongan sosial	0.959	Tidak
Sokongan rakan	0.087	Ya
Sokongan keluarga	0.172	Ya
Interaksi sosial	0.001	Ya

Jadual 4.33 ditemukan nilai *omnibus test of model coefficients* pada model 5 nilai signifikansi sebesar 0.035, Nilai *Nagelkerke R Square* pada model 5 sebesar 0.138, Nilai *Hosmer and Lemeshow Test* pada model 5 sebesar 0.938. Pada pemodelan akhir menggunakan *model backward wald*, variabel tidak bersandar yang memiliki nilai $p < 0.05$ adalah Dukungan Rakan Medium dengan nilai $p \ 0.035 < 0.05$ Adj OR Sebesar 7.072. Pada pemodelan akhir ini faktor merokok dan dukungan teman yang rendah nilai $p \ 0.093 > 0.05$ meski tidak ada hubungan signifikan bermakna terhadap hiperaktiviti tetapi pembolehubah dukungan rakan rendah dimasukkan dalam pemodelan.

Jadual 4.33 Ujian regresi variabel tidak bersandar terhadap domain hiperaktiviti dalam kalangan Non RMI (n=191)

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% SK	
								Lower	Upper
Step 5 ^a	Merokok	-1.685	1.004	2.817	1	0.093	0.186	0.026	1.326
	Sokongan Rakan			4.756	2	0.093			
	Sokongan Rakan (1)	0.016	0.498	0.001	1	0.974	1.016	0.383	2.696
	Sokongan Rakan (2)	1.956	0.926	4.461	1	0.035	7.072	1.151	43.442

Jadual 4.34 menerangkan bahawa variabel tidak bersandar yang memiliki nilai $p < 0.25$ adalah pembolehubah aktiviti fizikal ($0.21 < 0.25$), Sokongan Keluarga ($0.06 < 0.25$), Interaksi sosial ($0.06 < 0.25$). Kedua pembolehubah dapat diteruskan dalam ujian multivariat.

Jadual 4.34 Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain Hiperaktiviti kalangan Non RMI (n=191)

Varibel	Nilai P	Kelayakan multivariat (p<0.25)
Umur	0.935	Tidak
Jantina	0.560	Tidak
Tingkatan kelas	0.715	Tidak
Agama	0.268	Tidak
Pekerjaan Ibubapa	0.680	Tidak
Aktiviti fizikal	0.219	Ya
Penyertaan Olahraga	0.668	Tidak
Merokok	0.268	Tidak
Pengambilan Makan sedia ada	0.780	Tidak
Minum Alkohol	1.000	Tidak
Aktiviti Seksual	0.335	Tidak
Buli	0.707	Tidak
Keganasan	0.459	Tidak
Ide Bunuh diri	0.685	Tidak
Keyakinan diri	0.555	Tidak

bersambung...

...sambungan

Sokongan sosial	0.673	Tidak
Sokongan rakan	0.278	Tidak
Sokongan keluarga	0.061	Ya
Interaksi sosial	0.061	Ya

Pada Jadual 4.35 uji regresi logistik berganda variabel tidak bersandar terhadap domain hiperaktiviti ditemukan *nilai omnibus nilai omnibus test of model coefficients* pada model 2 adalah 0.03. *Nilai Nagelkerke R Square* adalah 0.04. Pada ujian regresi logistik berganda pada pemodelan *vbackward-wald* di model 2 tidak ada nilai p yang signifikan tetapi pembolehubah Interaksi Sosial dimasukkan dalam pemodelan.

Jadual 4.35 Ujian regresi logistik berganda terhadap domain hiperaktiviti kalangan Non RMI (n=79)

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% SK bawah Atas
Step 2 ^a	Interaksi Sosial			4.763	2	0.092		
	Constant	-21.203	40189.935	0.000	1	1.000	0.000	

Jadual 4.36 menerangkan bahawa variabel tidak bersandar yang memiliki nilai $p < 0.25$ adalah pembolehubah aktiviti fizikal ($0.21 < 0.25$), Sokongan Keluarga ($0.06 < 0.25$), Interaksi sosial ($0.06 < 0.25$). Satu pembolehubah dapat diteruskan dalam uji multivariat.

Jadual 4.36 Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain masalah rakan RMI (n=79)

Variabel	Nilai P	Kelayakan multivariat ($p < 0.25$)
Umur	0.999	Tidak
Jantina	0.875	Tidak
Tingkatan kelas	0.056	Ya
Agama	0.155	Ya
Pekerjaan Ibubapa	0.069	Ya
Aktiviti fizikal	0.592	Tidak
Penyertaan Olahraga	0.804	Tidak

bersambung...

...sambungan

Merokok	0.871	Tidak
Pengambilan Makan sedia ada	0.999	Tidak
Minum Alkohol	0.271	Tidak
Aktiviti Seksual	0.053	Ya
Buli	0.482	Tidak
Keganasan	0.535	Tidak
Ide Bunuh diri	0.227	Ya
Keyakinan diri	0.307	Tidak
Sokongan sosial	0.178	Ya
Sokongan rakan	0.867	Tidak
Sokongan keluarga	0.570	Tidak
Interaksi sosial	0.999	Tidak

Dari Jadual 4.37 hasil ujian regresi logistik berganda mendapati bahwa variabel tidak bersandar yang mempunyai hubungan signifikan adalah pembolehubah Tingkatan Kelas (Tingkat 11) dengan nilai signifikan $0.03 < 0.05$.

Jadual 4.37 Ujian regresi logistik berganda faktor terhadap masalah rakan pada RMI (n=79)

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% SK		
									bawah	Atas
tep 6 ^a	Tingkat Kelas			5.011	2	.082				
	Tingkat Kelas (1)	1.421	.760	3.499	1	.061	4.143	.934	18.368	
	Tingkat Kelas (2)	1.645	.792	4.311	1	.038	5.179	1.097	24.457	
	Constant	.336	.586	.330	1	.566	1.400			

Jadual 4.38 menerangkan bahwa variabel tidak bersandar yang dapat diteruskan ujian multivariat adalah pembolehubah Umur ($0.17 < 0.25$), Jantina ($0.04 < 0.25$), Tingkatan Kelas ($0.078 < 0.25$), pekerjaan ibu bapa ($0.026 < 0.25$), penyertaan olahraga ($0.084 < 0.25$), merokok ($0.18 < 0.25$), pengambilan makanan sedia ada ($0.23 < 0.25$), Keyakinan diri ($0.16 < 0.25$), Sokongan Sosial ($0.12 < 0.25$), Sokongan Rakan ($0.06 < 0.25$), Sokongan keluarga ($0.06 < 0.25$), dan interaksi sosial ($0.17 < 0.25$).

Jadual 4. 38 Pemilihan Variabel tidak bersandar terhadap domain Masalah rakan dalam kalangan Non RMI (N=191)

Varibel	Nilai P	Kelayakan multivariat ($p < 0.25$)
Umur	0.017	Ya
Jantina	0.041	Ya
Tingkatan kelas	0.078	Ya
Agama	0.999	Tidak
Pekerjaan Ibubapa	0.026	Ya
Aktiviti fizikal	0.282	Tidak
Penyertaan Olahraga	0.084	Ya
Merokok	0.180	Ya
Pengambilan Makan sedia ada	0.234	Ya
Minum Alkohol	1.000	Tidak
Aktiviti Seksual	0.734	Tidak
Buli	0.446	Tidak
Kekerasan	0.999	Tidak
Bunuh diri	0.400	Tidak
Keyakinan diri	0.165	Ya
Sokongan sosial	0.122	Ya
Sokongan rakan	0.068	Ya
Sokongan keluarga	0.068	Ya
Interaksi sosial	0.017	Ya

Jadual 4.39 menerangkan bahawa variabel tidak bersandar yang mempunyai nilai $p < 0.05$ adalah Jantina ($0.03 < 0.05$), dan Pekerjaan ibu bapa ($0.04 < 0.05$).

Jadual 4.39 Ujian regresi logistik berganda untuk menentukan faktor penentu terhadap masalah rakan dalam kalangan Non RMI (N=191)

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% SK bawah atas	
Step 7 ^a	Jantina	0.782	0.360	4.724	1	0.030	2.187	1.080	4.428
	Tingkatan Kelas			5.617	2	0.060			

bersambung...

...sambungan

Tingkatan Kelas (Rendah)	0.223	0.462	0.234	1	0.629	1.250	0.506	3.089
Tingkatan Kelas (Medium)	-0.734	0.419	3.069	1	0.080	0.480	0.211	1.091
PekerjaanIbuBapa	-1.528	0.756	4.083	1	0.043	0.217	0.049	0.955
Penyertaan Aktiviti Fizikal	-.767	0.419	3.352	1	0.067	0.464	0.204	1.056
SokongaKeluarga			5.613	2	0.060			
Sokongan Keluarga (Rendah)	21.976	40193.499	0.000	1	1.000	3500899595.623	0.000	.
Sokongan Keluarga (Medium)	21.120	40193.499	0.000	1	1.000	1486392612.145	0.000	.

Jadual 4.40 menerangkan bahawa variabel tidak bersandar yang dapat diteruskan ke uji multivariat adalah pembolehubah pekerjaan Ibu Bapa ($0.13 < 0.25$), dan buli ($0.10 < 0.25$)

Jadual 4.40 Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain Prososial dalam kalangan RMI (N=79)

Varibel	Nilai P	Kelayakan multivariat ($p < 0.25$)
Umur	0.461	Tidak
Jantina	0.585	Tidak
Tingkatan kelas	0.870	Tidak
Agama	0.615	Tidak
Pekerjaan Ibu bapa	0.131	Ya
Aktiviti fizikal	0.966	Tidak
Penyertaan Olahraga	0.378	Tidak
Merokok	0.892	Tidak
Pengambilan Makan sedia ada	0.451	Tidak
Minum Alkohol	0.999	Tidak
Aktiviti Seksual	0.999	Tidak
Buli	0.107	Ya
Keganasan	1.000	Tidak
Ide Bunuh diri	0.311	Tidak

bersambung...

...sambungan

Keyakinan diri	0.515	Tidak
Sokongan sosial	0.269	Tidak
Sokongan rakan	0.306	Tidak
Sokongan keluarga	0.461	Tidak
Interaksi sosial	0.585	Tidak

Jadual 4.41 menerangkan bahawa pada pemodelan akhir, tidak ada variabel tidak bersandar yang mempunyai nilai $p < 0.05$.

Jadual 4.41 Ujian Regresi Logistik Berganda Variabel tidak bersandar terhadap domain prososial dalam kalangan RMI (N=79)

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% SK bawah Atas
Step 2 ^a	Buli	0.205	1.104	0.034	1	0.853	1.227	0.141 10.677
	Constant	-2.201	1.172	3.529	1	0.060	0.111	
Step 3 ^a	Constant	-1.988	0.222	79.991	1	0.000	0.137	

Jadual 4.42 menerangkan bahwa variabel tidak bersandar yang dapat diteruskan ke uji multivariat adalah pembolehubah Jantina ($0.13 < 0.25$), Aktiviti fizikal ($0.09 < 0.25$), Merokok ($0.16 < 0.25$), Sokongan Rakan ($0.08 < 0.25$), Sokongan Keluarga ($0.17 < 0.25$) dan Interaksi Sosial ($0.00 < 0.25$).

Jadual 4.42 Pemilihan variabel tidak bersandar terhadap domain Prososial dalam kalangan Non RMI (N=191)

Varibel	Nilai P	Kelayakan multivariat ($p < 0.25$)
Umur	0.333	Tidak
Jantina	0.136	Ya
Tingkatan kelas	0.648	Tidak
Agama	0.509	Tidak
Pekerjaan Ibubapa	0.319	Tidak
Aktiviti fizikal	0.090	Ya
Penyertaan Olahraga	0.889	Tidak
Merokok	0.169	Ya

bersambung...

...sambungan

Pengambilan Makan sedia ada	0.602	Tidak
Minum Alkohol	0.999	Tidak
Aktiviti Seksual	0.899	Tidak
Buli	0.438	Tidak
Keganasan	0.682	Tidak
Ide Bunuh diri	1.000	Tidak
Keyakinan diri	0.826	Tidak
Sokongan sosial	0.959	Tidak
Sokongan rakan	0.087	Ya
Sokongan keluarga	0.172	Ya
Interaksi sosial	0.001	Ya

Jadual 4.43 menunjukkan dalam kalangan Non RMI, bagi faktor jantina mempunyai nilai signifikan terhadap domain emosional ($p < 0.001$; ORterlaras 0.304; 95%CI 0.158-0.586). Keyakinan diri Non RMI mempunyai nilai signifikan terhadap masalah perilaku ($p=0.004$; OR terlaras 0.938 ; 95%CI 0.899-0.979).

Faktor sokongan rakan dalam kalangan RMI mempunyai nilai signifikan terhadap domain masalah perilaku ($p= 0.019$; OR terlaras 2.899 ; 95%CI 1.191-7.060) dan hiperaktiviti ($p=0.010$; OR terlaras 2.905; 95%CI 1.291-6.536). Interaksi Sosial dalam kalangan RMI mempunyai nilai signifikan terhadap hiperaktiviti ($p=0.000$; OR terlaras 7.130 ;95%CI 2.413-21.072).

Jantina pada RMI dan Non RMI mempunyai hubungan yang signifikan dengan masalah rakan ($p=0.43$; ORterlaras 1.980 ; 95%CI 1.023-3.834). Jantina pada Non RMI juga mempunyai hubungan yang signifikan dengan domain kesulitan ($p=0.033$; ORterlaras 0.437; 95%CI 0.204- 0.934). Agama pada Non RMI mempunyai hubungan yang signifikan dengan domain kesulitan ($p=0.036$; ORterlaras 15.958 ; 95%CI 1.199-212.374). Keganasan pada Non RMI mempunyai hubungan yang signiikan dengan domain kesulitan ($p=0.030$; ORterlaras 0.350 ; 95%CI 0.135-0.905). Jantina pada RMI mempunyai hubungan yang signifikan dengan domain prososial ($p=0.037$; ORterlaras 2.276; 95%CI 1.051-4.927).

Jadual 4.43 Analisis multivariat antara faktor pembolehubah (sosiodemografi, tingkah laku kesihatan, tingkah laku risiko, sokongan sosial) dan kesihatan mental (mengikut domain)

Pembolehubah	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Adj OR	95% SK	
							bawah	Atas
Domain Simptom Emosional								
RMI								
Keyakinan diri	0.639	0.551	1.343	1	0.246	1.894	0.643	5.577
Non-RMI								
Jantina	-1.190	0.334	12.667	1	0.000	0.304	0.158	0.586
Sokongan rakan	1.821	1.164	2.446	1	0.118	6.178	0.630	60.546
Domain Masalah Perilaku								
RMI								
Merokok	1.680	0.941	3.189	1	0.074	5.364	0.849	33.890
Keganasan	1.223	0.707	2.997	1	0.083	3.399	0.851	13.579
Sokongan rakan	1.064	0.454	5.494	1	0.019	2.899	1.191	7.060
Non-RMI								
Keyakinan diri	-0.064	0.022	8.500	1	0.004	0.938	0.899	0.979
Domain Hiperaktif								
RMI								
Sokongan rakan	1.066	0.414	6.643	1	0.010	2.905	1.291	6.536
Interaksi Sosial	1.964	0.553	12.623	1	0.000	7.130	2.413	21.072
Non-RMI								
Interaksi Sosial	-0.586	0.313	3.502	1	0.061	0.556	0.301	1.028
Domain Masalah Perhubungan Rakan Sebaya								
RMI								
Jantina	0.683	0.337	4.107	1	0.043	1.980	1.023	3.834
Non-RMI								
Jantina	0.683	0.337	4.107	1	0.043	1.980	1.023	3.834
Interkasi Sosial	-0.610	0.338	3.254	1	0.071	0.543	0.280	1.054
Domain Prososial(kekuatan)								
RMI								
Jantina	0.822	0.394	4.350	1	0.037	2.276	1.051	4.927
Non-RMI								
Sokongan Sosial	0.708	0.422	2.820	1	0.093	2.030	0.888	4.639
Domain Kesulitan								
RMI								
Sokongan keluarga	2.725	1.396	3.811	1	0.051	15.255	0.989	235.268
Non-RMI								
Jantina	-0.828	0.388	4.564	1	0.033	0.437	0.204	0.934
Agama	2.770	1.321	4.399	1	0.036	15.958	1.199	212.374
Keganasan	-1.051	0.485	4.687	1	0.030	0.350	0.135	0.905

4.5 INTEGRASI PENEMUAN ANALISA YANG DIGUNAKAN UNTUK PAPARAN GABUNGAN

Proses integrasi dalam kajian ini berlaku pada tiga peringkat iaitu:

(1) Peringkat reka bentuk:

Pilihan reka bentuk kaedah campuran exploratori dijalankan di mana hasil kajian kualitatif dapat memastikan alatan pengukuran secara komprehensif dapat digunakan dengan mengambilkira setiap tema yang merujuk kepada faktor pembolehubah tidak bersandar yang perlu dikaji seperti yang diperolehi dari pengelola sekolah dan juga kumpulan sasaran iaitu remaja Indonesia. Hasilnya mendapati faktor pembolehubah tidak bersandar yang perlu dimasukkan adalah:

- Sociodemografi: Usia, Jantina, Tingkatan Kelas, Pekerjaan Ibu Bapa, Lama tinggal pemastautin.
- Keyakinan Diri
- Perilaku Kesihatan: aktiviti Fizikal, penyertaan olahraga, merokok, pengambilan Makanan segera / proses/Sedia (*junk food*).
- Perilaku Berisiko: Aktiviti Seksual, Buli, Keganasan, Hasrat Bunuh Diri.
- Sokongan: sokongan sosial berbilang, sokongan rakan sebaya, sokongan keluarga, interaksi sosial. Sokongan yang disediakan dalam lingkungan sekolah tidak dimasukkan di dalam soal selidik kerana semasa pengumpulan data masa dalam tempoh pandemik COVID-19 dan dikhuatiri pelajar tidak dapat memperolehi kemudahan atas sebab kekangan dipihak sekolah untuk menyediakannya. Hasil dapatan dari pengelola sekolah berkaitan sokongan lingkungan sekolah digunakan untuk membentuk hasil analisa naratif kualitatif.

Manakala pembolehubah bersandar iaitu tahap kesihatan mental (SDQ) telah diadaptasi dari penulis yang telah memberi keizinan menggunakan soal selidik yang telah dialihbahasa untuk remaja Indonesia.

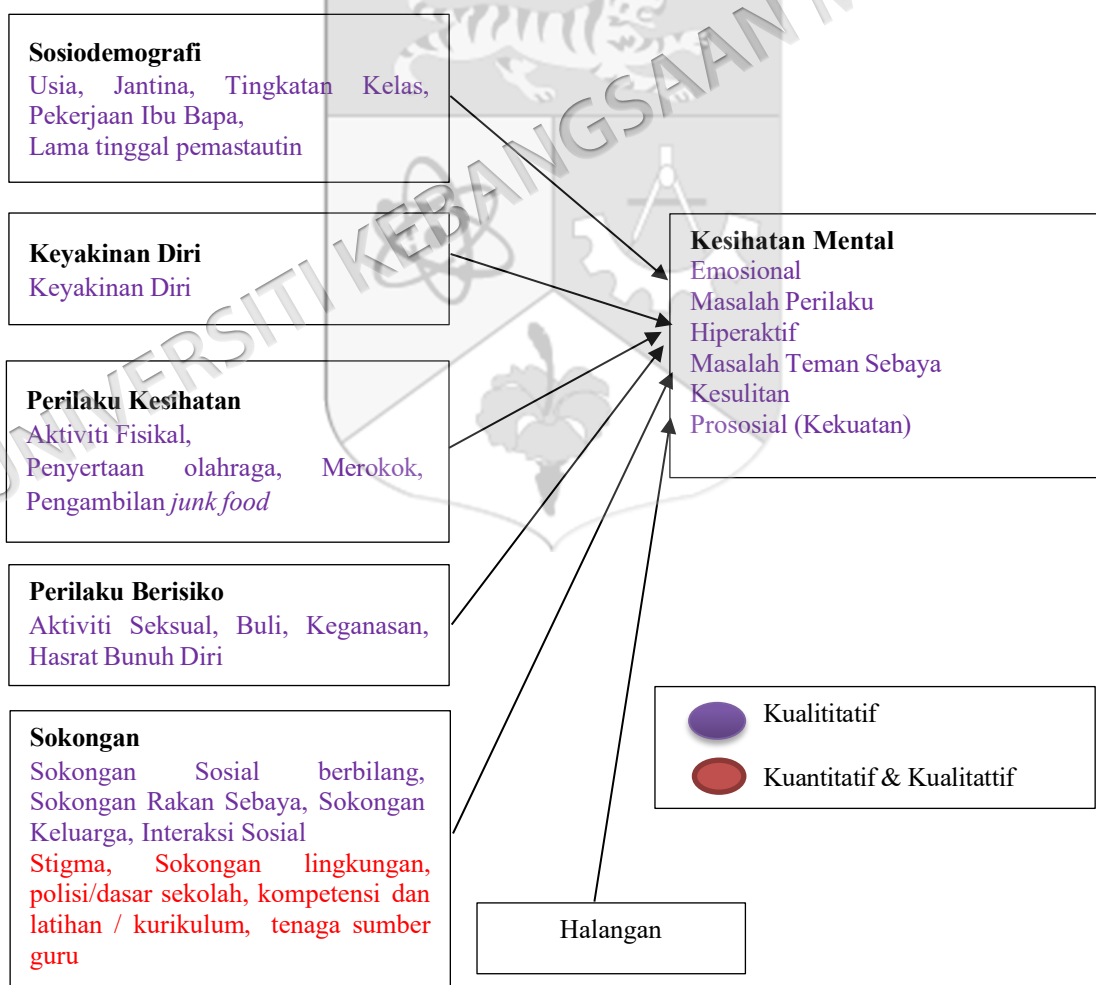
(2) Semasa pengumpulan dan analisis data:

Hasil dapatan dari dua kajian (temubual kualitatif dan data kuantitatif keratan rentas remaja) dapat mengukuhkan pemahaman. data daripada kedua-duanya boleh disatukan untuk perbandingan.

(3) Dalam tafsiran dan pelaporan:

Penemuan akhir disintesis untuk memberikan tafsiran yang bersatu dan koheren (Rajah 4.1)

Rajah 4.1 menggambarkan pembentukan kerangka konsep yang mengandungi padanan kajian kualitatif untuk pembangunan soalselidik keseluruhan kajian.



Rajah 4.1 Integrasi Data dalam Reka Bentuk Penyelidikan Kaedah Campuran Berurutan Eksploratori

Jadual 4.44 Menunjukkan paparan bersama hasil analisa data kuantitatif dan tema kualitatif dalam bentuk penyelidikan kaedah campuran sequential eksploratori yang disatukan dalam peringkat integrasi analisa data dan tafsiran pelaporan.



Jadual 4. 44 Paparan Bersama Hasil Pengumpulan Data Terintegrasi dalam Reka Bentuk Penyelidikan Kaedah Campuran Sequential Eksploratori oleh Howell Smith et al (2020)

Domain (Tema)	patan Kajian	erpretasi Kaedah Campuran (Menggunakan Metainferens)
main (Tema 1) Sejarah berdirinya Sekolah/Sosiodemografi	<i>Sejarah SIKL</i> <i>“Permulaan penubuhan SIKL adalah untuk memfasilitasi anak-anak pekerja migran susah dapat bersekolah dengan baik, mendapatkan pengiktirafan sijil dan nombor untuk melanjutkan pendidikan mereka apabila kembali ke Guru Indonesia. “Nama saya Nunik Hendarwati, umur saya sekarang 34 tahun. Saya bekerja di SIKL sebagai guru kaunselor sejak tahun 2018, saya direkrut melalui kemendikbud. (PG-1).</i> <i>“Nama saya Deni Setiawan, berumur 32 tahun, saya bekerja di SIKL sebagai Kepala Bidang Humas Pelajar sejak tahun 2020, saya masuk SIKL melalui jalur pengambilan kemendikbud. (PG-2)</i> <i>“Nama saya Wilis, berusia 30 tahun saya mendapat amanah sebagai Ketua Jabatan Kurikulum sejak tahun 2020 saya mendaftar di SIKL dan pada mulanya mengikuti program dari kemendikbud.</i> <i>“ Nama saya Alya usia 17 tahun saya sekarang berada di kelas X Sekolah</i>	Kebanyakan guru yang mendaftar di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur mendaftar melalui jalur Kemendikbud RI. Informan yang dilakukan temubual adalah guru yang memegang bidang kaunselor, hal ehwal pelajar, kurikulum dan kepala Sekolah Indonesia Kuala Lumpur. Kebanyakan remaja yang direkrut sebagai informan dan responden adalah pelajar SIKL sebanyak 79 orang dan pelajar SI kelas X, XI, dan XII sebanyak 191 orang. Usia remaja berkisar antara 15-19 tahun (18%) berbanding dengan usia remaja bukan RMI 15-19 tahun (16%). Kebanyakan pelajar di kedua-dua sekolah adalah Muslim, dan tinggal bersama ibu bapa, berdasarkan temu bual, ada yang tinggal di Rumah Kebajikan kerana ibu bapa harus bekerja. Tempoh tinggal di tempat kediaman rata-rata lebih daripada 12 tahun.

bersambung...

...sambungan

Menengah di Surabaya. (PR-1)

*“Perkenalkan Nama saya Salwa, usia 16 tahun
saya sekarang berada di kelas XI*

Sekolah menengah di Surabaya Indonesia. (PR-2)

*“Saya Alif usia 17 tahun, saya pelajar di Sekolah
menengah di Surabaya.PR3*

*“ Saya Verdi usia 16 tahun, saya sekarang di
Kelas XII Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (PR-4)*

*“Saya Rini usia 17 tahun, saya sekarang di kelas
XII Sekolah Menengah di Kuala Lumpur” (PR-5)*

Dapatan kajian kuantitatif:

Jumlah keseluruhan sampel RMI adalah $n = 79$
orang. Berdasarkan usia. Usia 15 tahun sebanyak 15
(18%), 16 tahun sebanyak 23 orang (29.1%), 17
tahun 31 orang (39.2%), 18 tahun 9 orang (1.4%), 19
tahun 1 orang (1.3%)

Berdasar Jantina :

Pelajar Laki Laki 4 orang (51.5%), Perempuan 38
orang (48.1%)

Berdasar Tingkatan

Tingkat X 12 orang (15. 2%), Tingkat XI 34
orang (43%)

bersambung...

...sambungan

Tingkat XII 33 orang (41.8%)

Berdasar agama : Muslim 79 orang (100%).

Berdasar lama Tinggal pemastautin :

12 tahun 67 orang (84.8%)

<12tahun 12 orang (15.1%)

Jumlah Seluruh Sampel Non RMI n = 191 orang

Berdasar Umur

Umur 15 tahun sebanyak 24 (16%), 16 tahun
sebanyak 59 orang (30.9%), 17 tahun

77 orang (40.3%), 18 tahun 25 orang (13.1%),
19 tahun 6 orang (3.1%).

Berdasar Jantina

Pelajar Laki Laki 66 orang (34.4%),
Perempuan 125 orang (65.1 %)

Berdasar Tingkatan

Tingkatan X 67 orang (15.2%)

Tingkatan XI 56 orang (43%)

Tingkatan XII 68 orang (41.8%)

Berdasar Agama

Muslim 189 ora
ng (189%)

bersambung...

...sambungan

Non Muslim 2 orang (1 %)

Berdasar lama Tinggal

12 tahun 2 orang (1.0 %)

<12tahun 189 orang (98.9 %)

Domain (Tema 3)
Pemahaman Literasi
Kesihatan Mental

Alya mengatakan bahawa Kesihatan mental menurutnya adalah apabila seseorang berasa sedih, dia tahu cara menyelesaikan masalahnya. (PR-1)

Alif menerangkan bahawa yang dimaksudkan dengan kesihatan mental itu seperti mana ya... Kesihatan mental ini tentang kesihatan jiwa, kan ada jiwa dan raga. (PR-2)

Verdi mengatakan bahawa kesihatan mental adalah mental seseorang yang dinilai daripada tingkah lakunya yang boleh dilihat. Mentalnya baik atau sedang mengalami kemerosotan. Apabila mentalnya baik, biasanya anaknya ceria, dan jika tiba-tiba ceria menjadi diam. (PR-3)

Rini berkata bahawa Rini pernah mendengar tentang Kesihatan mental, Kesihatan mental adalah Kesihatan yang berkaitan dengan mental seseorang. PR_4

Salwa berkata orang yang mempunyai Kesihatan mental yang baik itu orangnya Gembira, dan terbuka. (PR-5)

ri hasil kajian kualitatif, majoriti remaja dapat mendeskripsikan definisi dan tanda, gejala dari Kesihatan mental. Hal ini disokong oleh hasil kuantitatif yang menunjukkan tahap Kesihatan mental dalam domain emosi majoriti adalah normal. Pemahaman dalam mengisi soal selidik menunjukkan bahawa remaja memahami mengenai Kesihatan mental dan gejalanya.

bersambung...

...sambungan

Keyakinan Diri RMI dan Bukan RM

Tahap Keyakinan Diri RMI Tahap Rendah 5(2.6%), Medium 39(20.4%), Tinggi 35 (18.3%).
Kelompok Non RMI Tahap Rendah 9 (3.3%),
Medium 125 (46.3%), Tinggi 57(21.1%).

Domain (Tema 4)
Permasalahan yang
pernah dihadapi

Permasalahan Remaja

Alya bercerita “Menurut saya, momen yang paling mengganggu mental saya adalah saat saya berada dalam lingkungan persahabatan, ketika berinteraksi dengan kawan dalam organisasi yang ada di sekolah. Ada salah seorang teman yang memberi nasihat tetapi tidak sesuai dengan kondisi yang saya alami pada waktu itu. Namun, pada akhirnya saya dapat menerima nasihatnya meskipun memerlukan waktu untuk menerimanya. (PR-1)

Alif mengatakan saya belum pernah mengalami masalah peribadi yang sampai membuat saya stres, paling ya masalah di organisasi dan itu masalah komunikasi. Saya itu kalau stres waktu lebih pada waktu menghadapi kesulitan menyelesaikan sesuatu, sering merasa tidak fokus dalam menghadapi satu masalah. Apalagi pada saat diberikan Amanah di sekolah seperti organisasi, mengorganisir acara di sekolah. Merasa stres saat disuruh maju ke depan. (PR-2)

Verdi mengatakan “saya pernah merasakan sedih yang berlebihan ketika Ayah saya meninggal, yang membuat saya merasa aneh, kerana biasanya saya bercerita kepada ayah selepas ayah meninggal. Selain itu, saya pernah merasa cemas berlebihan

dasar kedua hasil Kualitatif dan Kuantitatif dengan metode temu bual dan pengukuran borang soal selidik SDQ untuk menilai tahap Kesihatan Mental Remaja Imigran dan Non Imigran, Mayoriti mereka pernah mengalami stress, dan kecemasan berlebihan dan Penyebab perasaan stres pada remaja, mayoritas karena stress akademik, stress saat ibubapa meninggal, dan stres karena ada masalah hubungan dengan teman sebaya baik di sekolah dan di luar sekolah, hal ini didukung data yang dikumpulkan dengan Questionare SDQ menunjukkan majoriti mempunyai gangguan emosional dalam tahap yg normal, Hubungan dengan teman pada level borderline, mempunyai permasalahan perilaku dalam batas normal.

Total skor Kesulitan

Majoriti Remaja dalam batas normal.

Remaja Non RMI, majoriti memiliki tahap emosional, perilaku, hiperaktiviti, masalah perilaku, kesulitan, kekuatan mempunyai nilai dalam batas normal meskipun beberapa di antaranya memiliki tahap atas batasan dan abnormal.

bersambung...

...sambungan

semasa mengikuti olimpiade, seperti merasa tidak siap. Kalau stres dengan rakan, saya tidak pernah merasakan bu.. hubungan saya dengan rakan cukup baik. (PR-3)

Rini salah satu siswa mengatakan “Saya pernah merasa sangat tertekan ketika ayah meninggal dunia, rasanya sangat sedih, kerana saya merasa bersalah tidak dapat menemani beliau semasa beliau tiada. Hal lain yang membuat saya tertekan adalah ketika melihat ayah dan ibu saya bertengkar, dan itu cukup mengganggu fikiran saya sehingga terbawa ke sekolah. Hal lain yang juga pernah saya rasakan adalah ketika baru masuk untuk kali pertama ke rumah anak yatim, dijumpai kawan-kawan, diejek dengan kata-kata yang tidak baik, tidak diajak bercakap sehingga saya merasa ingin pindah ke rumah anak yatim yang lain. Ketika dikucilkan itu, saya merasa ingin menyakiti diri sendiri... saya tidak salah apa-apa, kenapa diperlakukan seperti itu. (PR-4)

Permasalahan yang dihadapi pelajar menurut Guru

Perubahan perilaku

Kalau sebelum pandemik, ketika kita bertemu secara langsung, pernah menghadapi masalah-masalah kesihatan mental seperti ada yang pendiam atau yang lebih aktif. Jadi secara umum, mereka bercampur, tetapi beberapa anak yang memang aktif akan terus, terus-menerus, gitu... apa ya namanya, mereka memang aktif. Ada yang terlalu diam, itu

bersambung...

...sambungan

yang perlu kita ajak atau rangkul susaha lebih aktif.”(I-3)

Kelengkapan Dokumen

Ibu Nunik menjelaskan "*Semua Pelajar yang mendaftar di SIKL adalah pelajar yang mempunyai dokumen lengkap baik passport mahupun visa pelajar, kalau tidak punya mereka tidak dapat bersekolah di SIKL.*" (IG-1)

Pak Deany mengatakan "*Masalah anak pekerja migran yang berhijrah ke Malaysia adalah masalah legalitas dokumen, ramai di antara mereka yang tidak dapat mendaftar di SIKL kerana dokumen visa pelajar tidak dapat diurus, alasannya boleh pelbagai salah satunya overstayed, ada yang bercerai kemudian berkahwin semula dengan orang Malaysia, pengurusan dokumen ini juga memerlukan kos yang tidak sedikit..*" (IG-2).

Insurance kesihatan

Insurans Kesihatan di SIKL mengikut ibu bapa dan status Visa. Untuk urusan kesihatan anak remaja, semuanya diserahkan sepenuhnya kepada ibu bapa. Sekolah tidak mengadakan insurans kesihatan dan semua sudah menjadi kebijakan yang diputuskan oleh KBRI dan SIKL." (I-2)

bersambung...

...sambungan

Tahap Kesihatan Mental RMI:

Pengukuran domain simptom emosional pada kelompok RMI menunjukkan dari 79 remaja, 64.6% memiliki skor Normal (0-5), 13.9% memiliki skor atas Batasan (6.0), dan 21.5% memiliki skor abnormal (7-10). Berbanding dengan 191 orang Non RMI, 45% memiliki skor normal (0-5), 14.1% memiliki skor atas batasan (6), dan 40.8% memiliki skor abnormal (7-10).

Hasil pengukuran domain masalah perilaku pada RMI menunjukkan 81.6% memiliki skor normal (0-3), 11.4% skor atas batasan (4), dan 7.6% skor abnormal (5-10) berbanding dengan Non RMI 32.5% skor normal (0-3), 22% skor atas batasan (4), dan 45.5% skor abnormal (5-10).

Hasil pengukuran domain hiperaktif pada RMI, 45.6% memiliki skor normal (0-5), 29.1% skor atas batasan (6), dan 20.3 % skor abnormal (7-10). Manakala, non RMI 36.1% skor normal (0-5), 16.8% skor atas batasan (6), dan 47.1% skor abnormal (7-10).

Hasil pengukuran domain masalah perhubungan rakan sebaya pada RMI, sejumlah 6.3% memiliki skor normal (0-3), 48.1% skor atas batasan (4-5), dan 45.6 % skor abnormal (6-10). Berbanding dengan Non RMI, seramai 27.2% memiliki skor normal (4-5), 22% skor atas batasan (6), dan 45.7% skor abnormal (6-10).

bersambung...

...sambungan

Hasil pengukuran domain prososial (kekuatan) pada RMI, sejumlah 91.1% memiliki skor normal (6-10), 3.8% skor atas batasan (5), dan seramai 5.1% skor abnormal (0-4). Manakala Non RMI, seramai 88.0% adalah skor normal (6-10), 18.9% skor atas batasan (5), dan hanya 3.1% skor abnormal (0-4).

Pengukuran untuk domain kesulitan merangkumi jumlah keempat domain (simptom emosional, masalah perilaku, hiperaktif dan masalah perhubungan rakan sebaya). Hasil kajian mendapati RMI menunjukkan seramai 29 remaja (36.7%) memiliki skor normal (0-15), 36 remaja (26.9%) memiliki skor atas batasan (16-19), dan seramai 34 remaja (20.4%) memiliki skor abnormal (20-40). Berbanding dengan Non RMI seramai 106 remaja (55.5%) memiliki skor normal (0-15), 36 remaja (18.8%) memiliki skor atas batasan (16-19), seramai 49 remaja (25.7%) memiliki skor abnormal (20-40).

main (Tema 5) Perilaku
saat menghadapi
masalah

Alya mengatakan “*Biasanya saya merespon segala permasalahan yg saya hadapi itu pertama dengan diam, dipendam sendiri, menggambar, menulis puisi, menulis Quote motivasi, mendengarkan musik, me time, pergi kemana-mana tapi sendiri.* (PR-1).

Salwa bercerita “*saya lebih senang curhat ke sahabat, karena dengan cerita saya merasa lega, makan, tidur, baca komik di web tool, jalan jalan, saya suka melampiaskannya ke menggambar, kalau tentang sekolah curhat ke ibubapa juga, kalau tentang percintaan tidak cerita ke mama.* (PR-2).

dasar hasil Analisa pada kedua fasa baik kualitatif dan kuantitatif, Majoriti Remaja Ketika menghadapi masalah respon awal adalah dengan diam, dan menangis. Kemudian bercerita dengan ibubapa, atau kawan sebaya, Selain itu mereka juga melakukan aktivitas seputar hobi atau kegemaran yang dimiliki mereka seperti membaca novel, berolahraga, mendengarkan musik, bermain game, pergi hangout dengan kawan kawan sebaya atau sahabat

berapa Pelajar menyampaikan, mereka juga melakukan hal negatif untuk mengurangkan tekanan seperti merokok, makan makanan sedia ada, hingga ada yang terfikir untuk menyakiti diri sendiri. Hal ini ditunjang dengan data kuantitatif tentang perilaku berisiko, remaja masih kerap terlibat dalam pemulian, aktiviti seks bebas, dan terlibat dalam keganasan fizikal.

bersambung...

...sambungan

Alif mengatakan “saya kalau sedang ada masalah, senang menyalihkannya ke olahraga, kegiatan organisasi, dan senang menyelesaikan masalah sendiri, tetapi kadang juga bercerita ke Ayah, berusaha untuk percaya diri menyelesaikan masalah, main game, ke kegiatan ekstrakurikuler. (PR-3).

Verdi mengungkapkan “ Curhat sama teman, pernah saya alihkan dengan merokok, marah marah secara verbal, main game, healing dengan teman pergi ke alam seperti traveling, kadang curhat ke mama”(PR-4.)

Rini mengatakan “ saya pernah punya rasa ingin menyakiti diri sendiri, saya lebih suka menangis, masalah pribadi tidak diceritakan, kalau terpaksa cerita ke Ibu, baca novel, main game, mainan dengan hewan peliharaan saya punya kucing di rumah, nikmati suasana di luar rumah, dan lebih suka menggambar. (PR-5)

Perilaku Kesehatan RMI

Majoriti remaja RMI (27.8%) melakukan aktiviti fizikal 60 minit dalam 7 hari yang lalu manakala, Non RMI (30.8%) melakukan aktiviti fizikal 60 minit setiap hari. Majoriti remaja RMI berbanding Non RMI dalam kajian ini tidak merokok (84.8% vs 93.2%). Perilaku pengambilan makan Junk Food pada RMI sebanyak ≥ 2 kali sehari adalah lebih tinggi berbanding Non RMI (41.8% vs 17.8%). Majoriti RMI menyertai aktiviti pendidikan jasmani ≥ 2 hari dalam sepanjang tahun berbanding dengan Non RMI (81.0% vs 37. 7%).

bersambung...

bersambung...

Perilaku berisiko menunjukkan majoriti remaja RMI (100%) tidak melakukan aktiviti seks, manakala Non RMI (98.9%) tidak melakukan aktiviti seks. Majoriti remaja RMI berbanding Non RMI dalam kajian tidak mengalami tindakan buli (73% vs 62.8%). Perilaku tidak terlibat pertengkaran fizikal pada RMI dalam 12 bulan yang lalu berbanding dengan remaja Non RMI (70.8% vs 86.3%). Majoriti remaja RMI berbanding dengan remaja Non RMI tidak terfikir secara serius tindakan membunuh diri (100% vs 98.9%). Perilaku idea membunuh diri pada RMI berbanding remaja Non RMI (98.7% vs 98.4%). Majoriti RMI berbanding Non RMI tiada sejarah cubaan bunuh diri (100% vs 98.9%). Namun terdapat dua pelajar Non RMI pernah terlintas sekali untuk cubaan bunuh diri

main (Tema 6) Sokongan Sosial

Alya mengatakan "Dalam mendukung , sokongan lingkungan sekitar sangat diperlukan terutama saya merasakan, sokongan ibubapa, sokongan sekolah dan teman teman di sekolah. (IR_1)

Salwa mengatakan " Ibu saya sangat membantu saya dalam memberikan saran dan Solusi yang baik Ketika ada masalah (IR_2)

Alfi mengingatkan, "Alhamdulillah selama ini saya mendapat sokongan dari ibubapa terutama sokongan ayah saya dalam setiap kegiatan di sekolah. (IR 3)

Verdi mengatakan "Saya dekat dengan Mama saya, beliau sangat mensupport saya, karena Ayah sudah meninggal dunia bu"

simpulan Hasil Integrasi dari penemuan hasil temu bual Sebahagian besar remaja mengatakan telah mendapat sokongan keluarga, sokongan rakan dalam pergaulan di sekolah, dan menyatakan mempunyai hubungan yang baik dengan orang tua dan rakan sebaya, meskipun beberapa remaja menyatakan ada masalah semasa berinteraksi dengan kawan sebaya. Pernyataan dari hasil temubual disokong oleh hasil data kuantitatif pada kedua kumpulan dalam tahap sokongan sosial pada tahap sederhana, dan sokongan rakan pada kumpulan Non RMI adalah tinggi, sementara sokongan rakan pada kumpulan RMI berada pada tahap sederhana. Untuk Sokongan keluarga pada kedua kumpulan berada pada tahap Tinggi. Tahap Interaksi Sosial pada kumpulan RMI tinggi, sementara tahap interaksi sosial pada kumpulan Non RMI berada pada tahap Sederhana.

bersambung...

...sambungan

Rini mengatakan, hubungan dengan teman sebaya juga mempengaruhi Kesehatan mental kita. (IR 3)

Hasil analisa deskriptif untuk faktor keyakinan diri dan sokongan sosial dilaporkan dalam Jadual 4.11. Peratusan yang lebih tinggi pada RMI berbanding dengan non- RMI untuk faktor lemah keyakinan diri (6.3% vs 4.7%). Sokongan sosial yang lemah adalah lebih rendah peratusnya untuk RMI berbanding dengan non-RMI (5.1% vs 12.6%). Sokongan rakan yang lemah adalah lebih tinggi peratusannya pada RMI berbanding dengan non-RMI (26.6% vs 7.9%). Sokongan keluarga yang lemah lebih ketara pada RMI berbanding dengan non-RMI (13.9% vs 5.8%). Tahap interaksi sosial yang rendah adalah lebih tinggi peratusnya dalam kalangan RMI berbanding non-RMI (46.8% vs 18.8%).

main (Tema 7) Stigma tentang Kesehatan mental

Alya mengatakan “ada yang mempunyai stigma yang baik, ada yang tidak peduli apa itu Kesehatan mental, saya menginginkan kita aware terhadap Kesehatan mental dan membantu jika ada teman yang membutuhkan support untuk mengatasi gangguan Kesehatan mentalnya (IR-1)

Alif mengatakan “mengenai stigma kesihatan mental sejauh ini, teman teman disini sudah mulai aware tentang lingkungan yang negative, ketika ada pembulyian yang sampai mengganggu psikologi masing masing anak, mereka melaporkan ke unit di sekolah yaitu ada unit untuk pendampingan mengenai perilaku bullying dan kekerasan, dengan begini pandangan teman teman mengenai anak yang ada gangguan psikologi, seperti takut berlebihan dapat tertangani dengan baik (IR-3)

sil Kualitatif mengenai stigma remaja terhadap Kesehatan mental menunjukkan bahawa sebahagian remaja masih acuh tak acuh jika ada rakan sebaya di sekolah yang dibuli, atau ada yang tidak peduli bila ada kawan yang sedang menghadapi masalah. Sebahagian remaja berpendapat bahawa remaja sudah sedar terhadap persekitaran sosial sekeliling terutamanya yang berlaku di dalam sekolah.

bersambung...

...sambungan

main (Tema 8) Mencari
Bantuan Profesional

Alya mengatakan selama ini saya belum pernah datang ke psikolog atau ke psikiater, selama ini saya masih bisa menyelesaikan masalah saya sendiri” (IR-1) Salwa mengatakan saya belum pernah datang ke psikolog, hanya tes tes dari guru BK. Saja. (IR-2)

Alif mengatakan “ saya belum pernah mendapatkan bantuan sosial seperti ke dr psikiater atau psikolog, karena saya masih bisa menyelesaikan masalah saya sendiri dan saya lebih suka menyelesaikan dengan ibubapa (IR-3)

Verdi mengatakan “ selama saya sekolah disini belum pernah datang ke psikolog dan dr psikiater, saya berusaha menyelesaikan masalah saya sendiri (IR-4)

Rini mengatakan “saya belum pernah datang ke psikolog atau dr psikiater, dr psikiater juga belum pernah datang ke sekolah, dan selama ini masih bisa saya selesaikan sendiri (IR-4)

main (Tema 9) Refleksi
dan Harapan

Alya mengatakan harapannya untuk Kesehatan mentalnya “lebih Bahagia, lebih mengenal diri sendiri, menerima kekurangan dan kelebihan diri sendiri, dan bisa bermanfaat bagi orang lain. Ingin membahagiakan ibubapa, menjadi anak yang soleha, sukses dunia akherat.(IR-1)

Salwa mengatakan harapannya kedepan, saya ingin menjadi lebih berani dalam mengemukakan pendapat, mewujudkan cita cita saya berkecimpung di tekhnologi pangan, ingin jadi pengusaha. (IR-2)

sil temubual dengan remaja didapati bahawa apabila mereka mempunyai masalah berkaitan dengan rakan di sekolah, mereka cenderung untuk menyelesaikannya secara sendiri dengan berdiam diri, menangis, atau bercerita kepada ibu bapa dan orang terdekat. Sepanjang mereka mempunyai masalah, mereka belum pernah sampai memerlukan atau melaporkan kepada psikologi atau doktor psikiatri. Jika ada masalah berkaitan dengan akademik, mereka akan berunding dengan guru kelas, yang kemudian akan berkoordinasi dengan Guru Kaunselor Sekolah. Sekolah juga memberikan sokongan dalam bentuk webinar/seminar mengenai kesihatan mental dengan mendatangkan penceramah dari fakulti psikologi universiti di Surabaya secara berkala.

simpulan hasil temu bual dengan remaja mengenai refleksi dan harapan terhadap kebahagiaan dan kesihatan mental mereka, ke depan mereka perlu lebih mengenali diri sendiri, lebih menerima kekurangan dan kelebihan diri sendiri, mereka juga berharap dapat memberi manfaat kepada orang lain dengan mencapai cita-cita mereka di masa depan. Remaja juga mempunyai harapan untuk membahagiakan ibu bapa, menjadi manusia yang berjaya. Menurut salah seorang remaja, sokongan daripada ibu bapa dan persekitaran sekolah sangat penting. Peraturan sekolah harus dipatuhi dan menghadapi segala sesuatu harus dilakukan dengan sikap yang tenang. Rini menyatakan bahawa jika seseorang mempunyai masalah, sokongan yang diperlukan adalah sokongan daripada orang terdekat.

bersambung...

...sambungan

Alif mengatakan “ingin bisa lebih terbuka kepada teman, lebih Bahagia, ingin mencapai cita-cita menjadi pengusaha, sehat dan sembuh dari sakit. (IR-3)

Verdi mengatakan “saya mengukur kebahagiaan saya itu jika saya tenang dan senang, karena dengan senang saya bisa Bahagia, harapan saya bisa menjadi psikolog dan bisa membantu banyak orang dengan share tentang Kesehatan mental ke semua orang, saya juga ingin menjadi HRD untuk Perusahaan saya sendiri dan bisa menginspirasi orang banyak (IR-4)

Rini mengatakan “menganggap bahwa semua peraturan sekolah itu wajib ditaati dan menghadapi segala sesuatu itu dibawa enjoy saja,harapan saya, lebih banyak mengshare poster ttg Kesehatan mental di madding sekolah, menurut saya kalau orang punya masalah itu yang dibutuhkan adalah sokongan, sokongan dari orang yang terdekat. Kalau kita banyak yang suka, punya keluarga yang Bahagia. Harapan saya kurangi stress, jangan memendam masalah sendiri, aturan jangan diketatın karena ada anak yang tdk bisa menerima, yang ingin diubah dari saya adalah cara belajar, terkait Kesehatan mental, saya ingin lebih bisa membuka diri pada orang lain, Saya belum mendapatkan asuransi Kesehatan saat ini. (IR-4)

BAB V

PERBINCANGAN

5.1 PENGENALAN

Penyelidikan ini dilakukan secara kaedah penyelidikan campuran yang dimulakan dengan fasa kualitatif untuk meneroka maklumat mengenai faktor penentu kesihatan mental remaja migran Indonesia (RMI) di Malaysia dan remaja di Indonesia (Non RMI), masalah dan halangan serta usaha yang dilakukan dalam menyelesaikan masalah kesihatan mental. Pengambilan data kualitatif dimulakan dengan melakukan temu bual dengan Informan Guru seramai tiga guru dan seorang Pengetua sekolah dari Indonesia Kuala Lumpur, kemudian diteruskan dengan temu bual pada tiga remaja Indonesia di Malaysia dan dua remaja Indonesia yang berada di Indonesia. Berdasarkan hasil temu bual, majoriti remaja yang ditemu bual memahami pentingnya kesihatan mental dan mereka berpersepsi bebas dari tekanan, bebas dari rasa sakit, cemas dan depresi, bagi menggambarkan tanda bahagia. Manakala mereka yang mempunyai kesihatan mental terganggu adalah mereka yang tidak bahagia dalam hidupnya, tidak bebas berpendapat atau berani berkata tidak jika tidak sesuai dengan keinginan peribadi mereka.

Fasa 2 Kuantitatif dijalankan untuk menganalisis faktor sosiodemografi pelajar, berdasarkan borang soal selidik yang divalidasi dalam bahasa Indonesia. Dapatan kajian mengenalpasti tahap kesihatan mental remaja berasaskan lima domain indikator SDQ: emosional, masalah tingkah laku, hiperaktif, masalah rakan sebaya dan kesulitan. Fasa kuantitatif ini juga mengukur hubungan antara variabel tidak bersandar (sosiodemografi, tingkah laku kesihatan, tingkah laku berisiko, sokongan sosial) dan variabel bersandar (Kesihatan Mental(SDQ)).

5.2 MENEROKA PENGALAMAN KESIHATAN MENTAL REMAJA

Dapatan kajian kualitatif Fasa Pertama berbentuk penerokaan kes telah mengenal pasti faktor-faktor yang mempengaruhi tahap kesihatan mental remaja secara kasar mengikut domain yang diperlukan bagi perincian pengukuran kuantitatif. Hasil kajian ini melengkapkan dapatan semakan literatur untuk pembangunan borang soal selidik bagi kajian kuantitatif (Fasa Kedua). Di samping itu, hasil kajian juga telah meneroka halangan dan cabaran dalam penjagaan kesihatan mental remaja yang dilaporkan oleh informan yang menyertai kajian secara sukarela.

Pemberi maklumat iaitu Guru berpendapat Kurikulum Kesihatan Mental belum sepenuhnya dapat diterapkan di Sekolah Indonesia baik di dalam mahupun diluar negara walaupun penilaian Kesihatan Mental sudah dimasukkan dalam Program UKS Sekolah. Ini disebabkan oleh banyaknya masalah lain terutamanya masalah kelengkapan dokumen pelajar, hak untuk mendapatkan pendidikan yang layak semasa berada di luar negara, hak untuk mendapatkan layanan kesihatan, dengan adanya masalah dokumen yang tidak lengkap, maka pelajar tidak dapat mengakses layanan kesihatan terutamanya kesihatan fizikal dan kesihatan mental, dan tidak dapat masuk ke sekolah untuk mendapatkan pendidikan. Pembentukan kumpulan belajar di luar SIKL juga terhad dengan izin dari Jabatan Pendidikan Malaysia. KBRI bersama SIKL bekerjasama dengan Jabatan Imigresen Malaysia membantu para pekerja migran untuk mengurus dokumen secara kolektif agar pekerja migran dapat mengurus dokumen dan anak mereka dapat bersekolah di SIKL.

Dapatan ini disokong oleh kajian lepas yang menunjukkan kehadiran warga asing ke Sabah, Malaysia sama ada warga asing sah dan pendatang tanpa izin (PATI) telah mendorong termenterainya satu perjanjian usaha bilateral bagi menyelesaikan isu kanak-kanak WNI di Malaysia (Amir Shah Noor Ahmad 2019). Dalam *Annual Consultation* 2004, Perdana Menteri Malaysia Ke-5, Tun Abdullah Ahmad Badawi bersama dengan Presiden Indonesia Ke-5, Megawati Sukarno Putri telah memeteraikan perjanjian persefahaman berkenaan dengan penghantaran guru Indonesia ke Malaysia bagi menyediakan peluang pendidikan kepada kanak-kanak WNI di Malaysia. Perkara ini disusuli dengan *Annual Consultation* 2006 antara Presiden Indonesia Ke-6, iaitu Susilo Bambang Yudhoyono dan Tun Abdullah Ahmad Badawi yang telah

menghasilkan kenyataan bersama yang salah satunya adalah Pembinaan Sekolah Indonesia Kota Kinabalu (SIKK). Sebagai kesinambungan kepada usaha tersebut Mesyuarat *Joint Commission for Bilateral Cooperation* (JCBC) yang ke-13 telah dilaksanakan di Jakarta pada 2 Disember 2013. Antara keputusan daripada mesyuarat tersebut adalah kerajaan Malaysia memberikan kebenaran untuk menubuhkan *Community Learning Centre* (CLC) di Sabah untuk kanak-kanak pekerja WNI. Namun tiada maklumat yang dikemaskini untuk pusat sekolah di Kuala Lumpur dan Johor Baharu diperolehi.

Keprihatinan oleh pihak KJRI memastikan pendidikan untuk semua walaupun memegang status tanpa dokumen di Malaysia. Usaha kerajaan Malaysia bagi memberi kebenaran pihak KJRI membuka SIKK dan CLC dapat membendung masalah kesihatan mental yang boleh muncul jika anak WNI tidak dapat bersekolah. Komitmen ini dilihat sebagai usaha kerajaan dalam memenuhi Akta Pendidikan 1996, Undang-undang Sistem Pendidikan Indonesia dan Konvensyen Hak Anak oleh PBB. Namun, ibu bapa WNI perlu dipantau mengenai kesedaran terhadap pentingnya pendidikan bagi anak-anak mereka meskipun tidak memiliki dokumen terus berusaha mendapatkan dokumen sah. Perkhidmatan kesihatan mental disediakan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia melalaui fasiliti kesihatan untuk semua, tetapi untuk bukan warganegara caj bayaran dikenakan seperti dalam garidpanduan (KKM 2025). Akses kepada fasiliti dalam lingkungan sangat penting tetapi banyak kekangan.

Dapatan kajian dari informan remaja berpendapat bahawa mereka mengalami stres, kecemasan, terutama masalah akademik, bimbang menghadapi ujian di sekolah, stres apabila ayah meninggal, rasa depresi apabila hubungan ibu bapa tidak baik, stres apabila ibu bapa bercerai dan merasa stres apabila ada masalah dengan rakan sebaya. Perasaan ini boleh menimbulkan rasa ingin menyakiti diri sendiri. Informan berpendapat remaja mengatakan bahawa yang menentukan kebahagiaan secara mental pada diri mereka adalah sokongan keluarga iaitu ibu dan bapa, sokongan dari guru di sekolah dan rakan sebaya. Pola pemikiran yang positif dan pengurusan diri sendiri ketika menghadapi masalah juga sangat mempengaruhi pembentukan kesihatan mental yang baik. Mereka menaruh harapan dengan adanya kesihatan mental yang baik mereka akan dapat mencapai cita-cita mereka di masa depan.

Kajian semakan literatur oleh Howard et al (2024) menyokong dapatan kajian ini dimana kurang kajian kritikal berkaitan konteks budaya, dalam kalangan anak migrasi, dari aspek mengenal pasti dan menyokong masalah kesihatan mental kanak-kanak dan remaja disekolah serta pengukuran kebolehcapaian dan keberkesanan intervensi berasaskan sekolah. Walaupun belia migran mungkin berisiko untuk kesihatan mental yang lemah, faktor halangan dan fasilitator yang mereka hadapi dalam mengakses sokongan kesihatan mental di sekolah dari kajian ini telah membahagikan mengikut hasil analisa mengikut tema.

Terdapat lima tema dibentuk hasil dari analisa tematik kajian kualitatif fasa pertama : (1) pengukuran masalah kesihatan mental, (2) faktor berkaitan keyakinan diri, (3) sokongan sosial, (4) interaksi sosial dan (5) tahap kesihatan fizikal. Berdasarkan tema ini pencarian soal selidik menggunakan semakan literatur telah dijalankan. Pengukuran variabel bersandar iaitu masalah kesihatan mental menunjukkan terdapat pelbagai borang soal selidik yang boleh digunapakai. Namun penyelidik memilih alatan kajian soal selidik Kekuatan-Kesulitan (*SDQ - Strength Difficulty Questionnaire*) (Goodman et al., 2003). Soal selidik ini telah ditranslasi ke dalam Bahasa Indonesia dan telah dipakai oleh pakar psikiatri di Indonesia (Tremblay et al., 2016). Soal selidik ini telah disahkan oleh Kementerian Kesihatan Republik Indonesia untuk dimasukkan sebagai alat saringan kesihatan mental remaja di Indonesia dalam Progran UKS (Unit Kesihatan Sekolah) di setiap sekolah.

Robert Goodman (2003) menjelaskan bahwa SDQ sangat efektif digunakan untuk mengenalpasti adanya permasalahan emosional dan perilaku. SDQ adalah bentuk soal selidik sederhana yang dapat diberikan kepada ibubapa dan guru untuk menilai perihalan emosional dan perilaku pada anak usia 4-16 tahun dan dilaporkan sendiri oleh anak remaja 16-18 tahun (Goodman et al., 2003). Interpretasi untuk masing masing remaja yang memiliki kategori garis ambang (*borderline*) memiliki potensi untuk mengalami masalah emosi dan perilaku. Manakala, remaja yang memiliki masalah emosional dan perilaku, kategori ini menjadi perhatian utama dan harus dilakukan pemeriksaan lanjutan (Goodman et al 2003) Gatt et al 2020).

5.3 MENILAI TAHAP KESIHATAN MENTAL, TAHAP PERILAKU KESIHATAN, TAHAP KEYAKINAN DIRI, TAHAP SOKONGAN SOSIAL, DAN TAHAP INTERAKSI SOSIAL.

Bahagian ini membincangkan dapatan kajian Fasa Kedua berkaitan hubungan antara tahap kesihatan mental dan faktor-faktor yang mempengaruhinya (sosiodemografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, faktor persekitaran luar, dan keyakinan diri remaja).

5.3.1 Menilai Domain SDQ (tahap kesihatan mental mengikut domain)

Kajian ini telah membuat perbandingan tahap kesihatan mental remaja migran Indonesia (RMI) dan remaja Indonesia di negara asal (Non RMI). Terdapat perbezaan di antara RMI dan Non RMI untuk tahap kesihatan mental yang ditunjukkan dengan lima indikator perilaku iaitu emosional, masalah perilaku, hiperaktif, masalah dengan teman sebaya, total skor kesulitan dan kekuatan. Domain SDQ menunjukkan skor masalah tingkahlaku pada RMI adalah normal, sebaliknya skor pada non RMI majoritinya adalah abnormal. Nilai skor hiperaktif, total skor kesulitan (*difficulty*) dan kekuatan (*strength*) pada RMI majoriti dalam batas normal. Nilai skor masalah dengan rakan sebaya pada RMI menunjukkan majoriti pada tahap abnormal. Berbanding dengan Non RMI, nilai skor hiperaktif dan masalah rakan sebaya menunjukkan majoriti pada tahap abnormal. Namun nilai skor kesulitan dan kekuatan adalah pada tahap normal. Nilai skor masalah bersama rakan sebaya pada RMI dan Non RMI menunjukkan majoriti mempunyai masalah dengan kawan sebaya.

Majoriti RMI memiliki tahap emosional normal tetapi Non RMI majoriti menunjukkan peratus abnormal lebih tinggi. Remaja yang mengikuti ibu bapa keluar negara lebih mempunyai persiapan dalam menghadapi stres, melalui pemilihan dalam hal akademik dan mempunyai pandangan yang lebih luas tentang lingkungan di luar negara (Noam et al. 2014). Fenomena gambaran emosional yang tinggi pada remaja di negara asal dibanding remaja yang melakukan migrasi dipengaruhi oleh banyak faktor. Salah satunya lingkungan pergaulan, pengawasan keluarga, latarbelakang keluarga dan hubungan dengan keluarga (Eruryar, Maltby & Vostanis 2020).

Intepretasi total skor kesulitan pada remaja menjadi prioriti utama dalam saringan. Jika total skor kesulitan adalah pada tahap abnormal, selanjutnya kita harus melihat nilai apakah pada domain emosional, hiperaktif, masalah tingkahlaku dan masalah rakan sebaya yang kebiasaan menunjukkan pada paras garis ambang dan abnormal.

Sekiranya skor hiperaktiviti dan masalah tingkah laku (*conduct problem*) berada dalam tahap abnormal, maka intervensi perlu difokuskan kepada kedua-dua masalah tingkah laku dan hiperaktiviti tersebut. Penting untuk ditekankan bahawa SDQ bukanlah instrumen diagnostik, sebaliknya berfungsi hanya sebagai alat saringan. Oleh itu, hasil kajian ini menyarankan jika seorang remaja memperoleh skor hiperaktif yang abnormal, ibu bapa dan guru tidak boleh membuat kesimpulan bahawa remaja tersebut menghidap *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (ADHD) secara mutlak. Sebaliknya, hal ini memerlukan pengesahan silang (*cross-check*) terhadap dapatan pengukuran, diiringi oleh komunikasi dan kolaborasi antara ibu bapa dan guru untuk menilai tingkah laku sebenar remaja tersebut di rumah dan di sekolah serta merujuk kepada pihak kesihatan untuk pengesahan dan rehabilitasi.

Secara ringkas, sekiranya skor Simptom Emosi berada pada tahap abnormal, intervensi yang disarankan ialah melalui kelompok bimbingan yang dikendalikan oleh kaunselor. Sementara itu, bagi skor Masalah Tingkah Laku yang berada pada tahap garis ambang atau 'Abnormal', intervensi yang berkesan termasuk program pengurusan kemarahan dan latihan kemahiran penyelesaian konflik. Skor pencapaian domain hiperaktif pada tahap garis ambang dan abnormal maka solusi yang dianjurkan adalah pendekatan aturan kawalan strategi sendiri (*Self regulation strategies*) dan kawalan tingkahlaku (*behavioral contracting*).

Skor masalah dengan rakan sebaya (*Peer problem*) pada nilai abnormal solusi yang dianjurkan adalah melalui bimbingan dalam kumpulan rakan sebaya (*Friendship Group*). Jika terdapat skor *Prosocial Behavior* yang abnormal, maka sokongan yang memungkinkan adalah menggalakkan penglibatan dalam latihan kemahiran sosial (*social skills training*). Tindakan selanjutnya memerlukan pegawai psikologi dan pegawai psikiatrik secara berdampingan (Punjani et al. 2022).

Dalam Tatalaksana hasil SDQ terdapat beberapa tahap yang perlu diperhatikan oleh pihak sekolah dan ibubapa. **Langkah pertama:** Jika terdapat masalah pada prestasi belajar dan/ perilaku, boleh dibuat saringan terlebih dahulu dengan menggunakan borang saringan SDQ. Langkah kedua: Hasil saringan bermasalah kesihatan mental (garis ambang / abnormal) perlu diambil tindakan untuk langkah seterusnya. Langkah ketiga: Guru melakukan pendekatan komunikasi yang baik bagi menyelami masalah pelajar. Langkah keempat: Menentukan pokok permasalahan iaitu dengan mencuba atasi dengan membuat rujukan ke fasiliti dalam kemampuan sekolah untuk melibatkan ibubapa dan teman di kelas. Langkah ke lima: membuat pemantauan pada perubahan. Apabila tidak ada perubahan berdasarkan langkah diatasi, maka pihak sekolah boleh merujuk ke fasiliti Kesihatan.

5.3.2 Menilai Tahap Perilaku Kesihatan

Hasil mendapati bahawa majoriti remaja mempunyai perilaku kesihatan yang baik pada kedua kelompok baik remaja migran dan remaja non migran Indonesia yang dilihat dari aktiviti fizikal sekurang-kurangnya 60 minit dalam sehari, pengambilan makanan sedia ada kurang dalam 1 hari, penyertaan olahraga, dan tidak merokok. Aktiviti Fizikal: Majoriti remaja melaksanakan aktiviti fizikal sekurang-kurangnya 60 minit sehari. Kepatuhan kepada saranan ini adalah penting, kerana aktiviti fizikal yang mencukupi merupakan faktor perlindungan utama terhadap masalah kesihatan fizikal dan mental, termasuk penyakit tidak berjangkit dan tekanan (WHO 2020; Kemenkes RI 2023). Konsistensi yang ditunjukkan oleh kedua-dua kelompok migran dan non migran dalam hal ini mencerminkan tahap kesedaran atau akses kepada peluang bersukan dan riadah.

Penyertaan dalam Sukan/Olahraga: Selain aktiviti fizikal umum, majoriti remaja turut mengambil bahagian dalam sukan atau olahraga. Penglibatan dalam aktiviti yang lebih terstruktur seperti ini sering dikaitkan dengan peningkatan kemahiran sosial, disiplin, dan pengurusan tekanan yang lebih baik (Biddle et al., 2003).

Pengambilan Makanan Sedia Ada (Makanan Segera): Penemuan bahawa pengambilan makanan sedia ada (yang lazimnya tinggi lemak, gula, dan garam) adalah rendah (kurang dalam 1 hari) dalam kalangan majoriti remaja adalah petanda baik.

Perilaku ini menyokong usaha pencegahan masalah malnutrisi, obesiti, dan risiko penyakit kronik pada masa hadapan (Kemenkes RI, 2023).

Status Merokok: Majoriti remaja dalam kedua-dua kelompok dilaporkan tidak merokok. Perilaku tidak merokok ini adalah pencapaian kesihatan awam yang kritikal, memandangkan merokok merupakan faktor risiko utama bagi pelbagai penyakit serius dan punca kematian yang boleh dicegah di seluruh dunia, termasuk Indonesia (WHO, 2024).

5.3.3 Menilai Tahap Perilaku Berisiko

Kajian perilaku berisiko remaja mendapati bahawa pada kelompok remaja migran (RMI) mempunyai perilaku yang baik, tidak melakukan aktiviti seksual di luar pernikahan yang rasmi, majoriti tidak pernah terlibat dengan buli, tidak terlibat pertengkaran secara fizikal, tidak terfikir untuk melakukan tindakan bunuh diri, tidak pernah punya rencana melakukan percubaan bunuh diri, berbanding dengan kelompok Non RMI. Kajian ini selaras dengan kajian Emanuele et al. (2023) yang menunjukkan bahawa RMI memperlihatkan corak perilaku berisiko yang relatif baik contohnya tidak terlibat dalam aktiviti seksual luar perkahwinan, jarang menjadi mangsa atau pelaku buli, tidak terlibat dalam pertengkaran fizikal, dan rendah kadar ideasi atau percubaan bunuh diri berbanding non RMI yang walaupun majoritinya juga tidak terlibat dalam buli atau percubaan bunuh diri, terdapat sebahagian kecil yang pernah melakukan percubaan.

Fenomena “pemilihan migran” (*migrant selection*) dan variasi dalam struktur keluarga serta pengawasan orang dewasa boleh menerangkan beberapa perbezaan. Keluarga migran sering kali mengekalkan kawalan nilai dan norma yang lebih ketat atau bentuk sokongan sosial yang tersusun dalam komuniti migran, seterusnya mengurangkan pendedahan remaja kepada beberapa perilaku berisiko. Kajian lintas-negara mendapati elemen sokongan keluarga, harga diri (*self-esteem*) dan rangkaian rakan sebaya yang menyokong berfungsi sebagai faktor pelindung terhadap penglibatan dalam perilaku berisiko (Martínez-Casanova et al 2024).

Tekanan akulturasi dan pengalaman marginalisasi boleh memberi kesan bercampur kepada kesihatan mental remaja migran. Sesetengah kajian melaporkan peningkatan gejala kesihatan mental dan risiko *suicidality* dalam segmen migran tertentu (contohnya generasi kedua atau subkumpulan yang mengalami diskriminasi).

Oleh itu dapatan “kadar rendah” tidak secara automatik bermaksud kebolehan kebal; sebaliknya ia mungkin mencerminkan heterogeniti di kalangan remaja migran (bergantung negara asal, status imigrasi, dan akses kepada perkhidmatan). Keputusan kajian mesti mengambilkira perbezaan generasi migran dan konteks sosial setempat (Obeegadoo et al. 2025).

Hubungan antara buli, gangguan mental dan risiko percubaan bunuh diri perlu diberi perhatian dalam interpretasi. Bukti terkini dari konteks Indonesia dan rantau lain menunjukkan bahawa pengalaman buli meningkatkan risiko ideasi dan percubaan bunuh diri dalam kalangan remaja. Oleh itu, kadar buli yang rendah dalam kumpulan migran boleh berkait rapat dengan kadar percubaan bunuh diri yang juga rendah. Namun, ukuran buli dan percubaan bunuh diri bergantung pada kaedah pengumpulan data (penggunaan borang soal selidik sekolah, wawancara rumah atau pemerhatian), dan kemungkinan *under-reporting* wujud—terutamanya bagi isu stigma seperti aktiviti seksual luar nikah atau pemikiran bunuh diri (Iyus et al. 2024).

Kejadian perilaku berisiko bertindih iaitu aktiviti seksual berisiko, penyalahgunaan bahan, ketidaklibatan dalam aktiviti sihat dan isu mental sering berlaku secara bersamaan. Oleh itu, analisis yang hanya melihat satu indikator sahaja mungkin mengaburkan gambaran sebenar. Kajian terkini menekankan kepentingan model yang mengambil kira faktor sosiodemografi, kesejahteraan emosi dan persekitaran sekolah/komuniti (Xuan et al., 2024).

Pendekatan ekologi menekankan bahawa perkembangan remaja dipengaruhi oleh interaksi berlapis antara individu, keluarga, rakan sebaya, sekolah dan masyarakat yang lebih meluas. Dalam konteks ini, sokongan keluarga, norma budaya, dan jaringan sosial komuniti migran boleh bertindak sebagai faktor pelindung yang mengurangkan pendedahan atau penglibatan dalam perilaku berisiko. Oleh itu, penemuan kadar

perilaku berisiko yang lebih rendah dalam sesetengah kumpulan migran mungkin mencerminkan fungsi mesosistem dan mikrosistem yang lebih menyokong atau berdisiplin. Kajian kualitatif dan kuantitatif terkini yang meneliti kesan migrasi ibu bapa terhadap kesejahteraan sosial-emosi remaja di Indonesia menyokong kepelbagaian pengalaman ini (Nelcencius et al. 2024).

Teori “*migrant selection*” dan mekanisme sosioekonomi berkaitan menunjukkan bahawa keluarga atau individu yang bermigrasi sering berbeza dari segi motivasi, sumber dan nilai—yang seterusnya mempengaruhi tingkah laku anak remaja. Contohnya, keluarga yang mempunyai orientasi nilai konservatif atau pengawasan kuat ke atas remaja boleh mengurangkan peluang penglibatan dalam aktiviti seksual luar nikah atau kes-kes buli. Sebaliknya, stres akulturasi, diskriminasi, atau pemisahan keluarga (*left-behind children*) boleh menimbulkan risiko mental yang berbeza bagi subkumpulan lain. Oleh itu, heterogeniti dalam hasil kesihatan mental perlu dijelaskan bukan sahaja oleh status migrasi tetapi juga oleh kualiti sokongan sosial dan struktur keluarga (UNICEF, 2020). Bukti empirikal menunjukkan terdapat hubungan kuat antara pengalaman buli (*victimization*) dan peningkatan risiko ideasi serta percubaan bunuh diri dalam kalangan remaja. Dengan itu, temuan kadar buli yang rendah dalam kumpulan migran boleh menyumbang kepada kadar percubaan bunuh diri yang rendah; namun pendedahan kepada buli siber, stigma, dan *under-reporting* masih mungkin menjejaskan ukuran sebenar. Kajian kebangsaan dan laporan program remaja di Indonesia menekankan pentingnya konteks sekolah dan akses kepada sokongan kesihatan mental dalam memahami pola ini (UNICEF 2022).

Program pencegahan buli dan sokongan rakan sebaya perlu diperkukuh di sekolah khususnya program yang sensitif kepada konteks migrasi (cth., untuk *left-behind children* atau pelajar yang berpindah daerah/kawasan) (UNICEF 2023). Laporan kebangsaan dan strategi remaja menekankan peranan sekolah sebagai ruang intervensi utama. Intervensi yang mengukuhkan pengawasan positif, komunikasi keluarga dan sokongan komuniti (termasuk penggunaan teknologi untuk komunikasi ibu bapa yang bekerja jauh) dapat mengurangkan risiko. Kajian kualitatif di Indonesia mencadangkan penglibatan fasilitator komuniti untuk menampung jurang sokongan. (UNICEF 2022).

5.3.4 Menilai Tahap Keyakinan Diri

Kajian ini mendapati tahap keyakinan diri pada kelompok remaja migran pada kategori medium. Dapatan ini dapat dijelaskan melalui teori Efikasi Kendiri (Bandura, 2006) yang menyatakan bahawa keyakinan terhadap kemampuan diri mempengaruhi cara individu menghadapi cabaran. Tahap efikasi yang sederhana menandakan remaja migran memiliki kepercayaan diri dasar, tetapi masih terpengaruh oleh tekanan adaptasi budaya dan sosial. Kajian oleh (Céspedes et al., 2021) turut menemukan bahawa efikasi sendiri berperanan sebagai mediator antara konsep sendiri dan kesejahteraan pelajar migran di Chile.

Mengikut Teori Ekologi Sosial Bronfenbrenner (1979), perkembangan remaja dipengaruhi oleh sistem sosial seperti keluarga, sekolah, dan komuniti. Remaja migran sering berhadapan dengan sistem sokongan yang belum stabil, sehingga tahap keyakinan diri mereka tidak mencapai kategori tinggi (Zhang et al 2019). Selain itu, menurut Teori Perkembangan Psikososial Erikson (1968), remaja sedang membentuk identiti diri ("*identity vs. role confusion*") dan proses ini lebih kompleks bagi remaja migran untuk menyesuaikan diri dengan dua budaya, sehingga keyakinan diri mereka bercelaru. Kajian lain menunjukkan bahawa sokongan sosial dan pengalaman positif meningkatkan efikasi sendiri remaja migran (Aydin & Aydin, 2025). Oleh itu, penguatan sokongan sekolah dan komuniti, serta penyediaan model peranan positif dapat membantu meningkatkan tahap keyakinan diri mereka. Namun elemen ini hanya diperolehi dari dapatan kajian kualitatif (Fasa 1). Maklumat perincian berkaitan tahap sokongan persekitaran tidak diutarakan dalam soal selidik untuk Fasa 2 kuantitatif secara khusus melainkan sokongan sosial.

5.3.5 Menilai Tahap Sokongan Persekitaran Luar

Kajian sokongan sosial mendapati kedua kelompok remaja (RMI dan Non RMI) mempunyai tahap sokongan sosial sederhana, dan sebahagian kecil pada kategori rendah dan tinggi.

a. Sokongan keluarga

Pada penilaian sokongan keluarga, remaja (RMI dan Non RMI) mempunyai tahap sokongan keluarga tinggi menunjukkan bahawa sistem keluarga sebagai mikro-lingkungan (*microsystem*) menyediakan sumber emosional, keperluan praktikal dan maklumat yang cukup untuk remaja. Mengikut kerangka *Ecological Systems Theory* oleh Urie Bronfenbrenner, keluarga merupakan salah satu faktor terdekat kepada individu dan mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan perkembangan remaja (Ghanes et al. 2024). *Family Systems Theory* menekankan bahawa fungsi keluarga termasuk komunikasi dan kawalan emosi di mana struktur keluarga mempunyai peranan penting dalam perkembangan remaja, dari segi pembentukan tingkah-laku, kesejahteraan emosi dan adaptasi sosial (Xianlian et al 2022). Apabila sokongan keluarga adalah tinggi, remaja cenderung merasa lebih selamat, memiliki sumber untuk mengatasi tekanan, dan mudah menyesuaikan diri dalam pelbagai konteks seperti sekolah, masyarakat atau perubahan hidup (termasuk migrasi).

b. Sokongan Rakan

Kajian ini mendapati bahawa tahap sokongan rakan pada kelompok remaja migran mempunyai kategori sederhana, berbanding dengan kelompok non remaja migran pada kategori yang lebih tinggi. Rakan sebaya memainkan fungsi penting dalam pembentukan kesejahteraan emosi, identiti dan penyesuaian sosial remaja. Kurangnya jaringan rakan yang rapat atau perasaan tidak tergolong dalam norma kumpulan rakan boleh mengurangkan kualiti sokongan yang diterima oleh remaja migran sebagaimana dapatan kajian ini iaitu kategori sokongan “sederhana” berbanding “tinggi” pada non migran. Kajian longitudinal dan sistematik yang lepas menunjukkan bahawa rasa *belonging* kepada rakan adalah pemalar penting bagi kesihatan mental dan boleh berbeza mengikut latar migrasi (Yetim 2024); (Thomson et al 2024). Teori identiti sosial menjelaskan bahawa identiti kumpulan membantu rasa diterima. Remaja migran yang berada dalam proses akulturasi mungkin memilih rakan sebaya berdasarkan etnik atau budaya; jika hubungan merentasi kumpulan kurang berpeluang mendapat sokongan rakan yang luas. Kajian terkini juga menunjukkan bahawa tekanan akulturasi dan diskriminasi boleh melemahkan sokongan rakan dan hubungan persahabatan, sekali gus

menurunkan kualiti sokongan sosial rakan (Rodríguez-Ventosa Herrera et al 2024; Vigu & Tardif-Grenier 2025).

c. **Interaksi Sosial**

Kajian ini mendapati bahawa tahap interaksi sosial pada kelompok remaja migran mempunyai kategori tinggi, berbanding dengan kelompok remaja non migran yang mempunyai tahap interaksi sosial yang sederhana. Interaksi sosial terbentuk melalui pelbagai sistem mikro, meso, eksosistem dan makrosistem yang memberi pengaruh terhadap pembangunan sosial remaja. Kumpulan migran mungkin menghadapi situasi di mana perubahan lingkungan (contoh: komuniti baru, sekolah baru) menuntut mereka untuk lebih aktif menjalin interaksi sosial sebagai strategi adaptasi. Tahap interaksi sosial yang tinggi dalam kalangan remaja migran boleh mencerminkan usaha proaktif untuk menyesuaikan diri dan mencari rangkaian sosial yang menyokong proses akulturasi. Sebaliknya, remaja non migran berada dalam lingkungan sosial yang telah stabil dengan jaringan rakan yang sedia ada dan rutin sosial yang kekal. Oleh itu remaja dan non remaja migran mungkin kurang terdesak untuk memperluas interaksi sosial secara aktif, menjurus kepada tahap interaksi sosial hanya sederhana. Kajian ini selaras dengan kajian Sidler 2023 manakala perbezaan tahap difahami melalui lensa teori akulturasi dan rangka kerja ekologi (mikro ke makro). Remaja yang berpindah ke persekitaran sering menghadapi adaptasi sosial yang segera. Mereka perlu membina rakan sekelas, guru, dan komuniti untuk mengakses sokongan emosi, maklumat sekolah dan sumber praktikal. Pada tingkat mikrosistem (keluarga, rakan sebaya dan sekolah) proses migrasi merubah struktur sokongan sedia ada dimana keluarga sering menjadi pemungkin kepada usaha anak untuk mencari rangkaian baru contoh ibu bapa menggalakkan penglibatan kegiatan sekolah atau komuniti). Kajian longitudinal dan kajian rasa memiliki diantara rakan sebaya menunjukkan bahawa perubahan status migran sering dikaitkan dengan fluktuasi rasa “memiliki” kepada rakan sebaya; remaja yang berjaya membentuk hubungan rakan yang baru melaporkan penambahbaikan kesejahteraan emosi dan integrasi sekolah K Thomson et al. 2024. Di peringkat meso dan ekosistem (sekolah dan organisasi komuniti) peranan institusi pendidikan dan program sokongan amat penting. Kajian Meroni mendapati bahawa intervensi berasaskan sekolah (orientasi, mentoring sebaya, kelompok sokongan) meningkatkan

peluang berinteraksi dan mengurangkan pengasingan dengan itu mendorong remaja migran untuk lebih banyak berinteraksi secara proaktif. Ini menegaskan bahawa persekitaran institusi boleh memupuk atau menghalang pembentukan rangkaian sosial baru.

Kajian Tang et al. (2024) menerangkan, dari segi makrosistem (dasar imigresen, sentimen masyarakat, bahasa majoriti), tekanan budaya dan jarak budaya boleh mendorong pelbagai strategi adaptasi. Dalam konteks yang menggalakkan kepelbagaian dan inklusi, remaja migran mungkin lebih mudah memperoleh rakan tempatan; dalam konteks yang tidak menyokong atau diskriminatif, remaja masih boleh menunjukkan tahap interaksi tinggi tetapi rangkaian itu mungkin lebih tertumpu pada komuniti sesama migran (pembentukan “sub-jaringan”). Ini satu strategi pemeliharaan identiti sambil tetap mencari sokongan sosial. Kajian pemetaan literatur menegaskan bahawa dimensi budaya dan jarak budaya memberi kesan kepada bentuk dan kualiti interaksi sosial remaja migran. Perbezaan dengan remaja bukan migran: mereka sering menikmati kestabilan rangkaian rakan yang telah terbentuk lama (sekolah yang sama, komuniti yang sama). Oleh itu, walaupun mereka mempunyai kapasiti untuk interaksi sosial, dorongan atau keperluan untuk memperluas rangkaian tidak setinggi remaja migran yang memerlukan sokongan baru untuk menghadapi perubahan persekitaran. Dalam konteks ini, tahap interaksi sosial “sederhana” bagi bukan migran mencerminkan keseimbangan antara rutin sosial dan kurangnya tekanan adaptif yang mendesak. (Gillespie et al 2024) Program intervensi untuk remaja migran harus mengukuhkan kualiti (bukan hanya kuantiti) interaksi contohnya, aktiviti penggabungan (peer-mentoring, kumpulan ekstrakurikuler berbilang budaya, sokongan bahasa) yang menyokong pembentukan hubungan bermakna. Untuk bukan migran, program boleh menumpukan kepada keterangkuman (inclusivity) supaya rakan tempatan menjadi penghubung yang membantu integrasi migran, bukannya mengukuh kluster sosial yang terasing. Kajian skop dan ulasan am tentang sokongan berasaskan sekolah mengesahkan keberkesanan strategi ini. Keterbatasan dan cadangan penyelidikan lanjut: walaupun corak tahap interaksi yang berbeza wujud, **kualiti interaksi** (samaada sokongan emosi, rasa diterima) perlu diukur selain kuantiti pertemuan sosial. Juga disyorkan kajian longitudinal untuk menilai sama ada tahap interaksi tinggi pada peringkat awal migrasi membawa kepada hasil jangka panjang (akademik, kesihatan mental). Beberapa kajian

terkini menggunakan pendekatan longitudinal atau kaedah campuran untuk menilai perubahan rasa memiliki dan adaptasi arah ini sesuai dilanjutkan di konteks kajian ini. Meroni et al. 2023.

5.3.6 Menilai Keterhubungan antara Pembolehubah Tidak Bersandar dan Domain SDQ

Hasil hubungan Jadual 4.13 antara pembolehubah tidak bersandar dengan emosional menunjukkan bahwa peningkatan keyakinan diri (*self-efficacy*) berhubungan dengan sedikit peningkatan risiko masalah emosional, meskipun arah hubungan ini tidak selalu bersifat protektif seperti yang umum ditemukan. Menurut teori *self-efficacy* Bandura (1977), keyakinan diri yang tinggi biasanya membantu individu mengelola stres dan emosi secara lebih efektif. Namun, pada konteks tertentu, terutama pada remaja migran yang menghadapi tekanan adaptasi budaya (*acculturative stress*), keyakinan diri yang berlebihan tanpa sokongan lingkungan dapat memicu perilaku yang boleh meningkatkan konflik emosional.

Berdasarkan hasil analisis pada Jadual 4.14 mengenai hubungan antara sosiodemografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, dan sokongan sosial dengan masalah emosional dalam kalangan remaja non migran Indonesia, ia menunjukkan bahawa perempuan memiliki risiko lebih rendah mengalami masalah emosional dibandingkan lelaki. Hal ini konsisten dengan beberapa penelitian yang menemukan perbedaan gender dalam prevalens dan jenis gangguan emosional pada remaja (Nolen-Hoeksema & Girgus.1994), meskipun umumnya perempuan dilaporkan lebih rentan terhadap depresi dan kecemasan. Perbezaan arah hubungan pada penelitian ini dapat dipengaruhi oleh faktor budaya, peranan sosial, dan sokongan keluarga.

Minum alkohol berhubungan signifikan ($p < 0.001$) meskipun nilai OR tidak dapat diinterpretasikan secara tepat kerana adanya anomali perhitungan akibat jumlah responden yang sangat sedikit. Teori *self-medication* (Khantzian, 1997) menjelaskan bahawa individu yang minum alkohol untuk meredakan gejala emosional, memburukkan lagi kondisi mental dan memicu masalah perilaku lainnya.

Keyakinan diri (*self-efficacy*) juga signifikan menunjukkan bahawa semakin rendah keyakinan diri, maka semakin tinggi untuk mengalami risiko masalah emosional. Penemuan ini mendukung konsep Bandura (1977) bahwa *self-efficacy* merupakan faktor protektif penting dalam mengatasi stres dan mengelola emosi. Sokongan rakan yang signifikan menunjukkan sokongan dari teman sebaya memiliki peranan besar, meskipun julat kepercayaan yang lebar mengindikasikan ketidakpastian anggaran akibat jumlah sampel yang kecil. Sokongan teman yang positif dapat mengurangi risiko masalah emosional melalui peningkatan rasa keterhubungan (*sense of belonging*) dan validasi emosional (Chu et al. 2010).

Faktor sosiodemografi lain (umur, tahap pendidikan, pekerjaan orang tua, pegangan dan praktis keagamaan), aktiviti fizikal, penyertaan olahraga, perilaku berisiko lainnya (merokok, keganasan, buli), serta sokongan sosial dari keluarga dan interaksi sosial tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan tahap kesihatan mental dalam dapatan kajian ini. Namun, penelitian sebelumnya (Resnick et al. 1997) menunjukkan sokongan keluarga biasanya memiliki peranan protektif terhadap kesihatan mental remaja. Perbezaan ini disebabkan oleh konteks sosial non migran yang mungkin memiliki sokongan keluarga yang relatifnya sederhana, sehingga tidak menimbulkan perbedaan signifikan dalam analisis statistik. Hasil penelitian ini mengindikasikan bahawa pada remaja non migran, faktor individu seperti jenis kelamin dan keyakinan diri, serta perilaku berisiko seperti minum alkohol, merupakan prediktor penting masalah emosional. Selain itu, sokongan teman sebaya memainkan peranan yang cukup kuat, menggariskan pentingnya intervensi berasas sokongan rakan sebaya. Pendekatan pencegahan dan penanganan masalah emosional pada remaja non migran sebaiknya menyatukan peningkatan *self-efficacy*, edukasi bahaya alkohol, dan penguatan jaringan sosial yang sihat dalam kalangan remaja.

Berdasarkan hasil analisis pada Jadual 4.15, ditemukan bahawa dari berbagai variabel sosiodemografi, perilaku kesehatan, perilaku berisiko, dan sokongan sosial, terdapat beberapa faktor yang menunjukkan hubungan signifikan dengan masalah perilaku remaja migran dan non migran Indonesia. Pertama, penggunaan rokok berhubungan signifikan dengan masalah perilaku. Artinya, remaja yang merokok

memiliki risiko sekitar 3.75 kali lebih cenderung mengalami masalah perilaku dibandingkan remaja yang tidak merokok. Hasil ini setanding dengan teori *problem behavior theory* (Jessor. 1991) yang menyatakan bahawa perilaku berisiko seperti merokok cenderung berkelompok dengan perilaku bermasalah lainnya, seperti kenakalan remaja atau perilaku antisosial. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahawa kebiasaan merokok pada remaja berkorelasi rendah dengan kawalan diri dan tingginya keterlibatan dalam perilaku agresif (Kobus. 2003; Sutfin et al. 2012).

Kedua, variabel idea perilaku bunuh diri memiliki hubungan yang sangat signifikan dengan OR yang besar mengindikasikan hubungan yang sangat kuat antara riwayat idea perilaku bunuh diri dan masalah perilaku. Hal ini konsisten dengan penemuan WHO (2021) yang menyebutkan bahawa perilaku bunuh diri pada remaja seringkali berkaitan dengan masalah kesehatan mental seperti depresi, kecemasan, dan gangguan perilaku (*conduct disorder*). Faktor stres migrasi, perubahan lingkungan sosial, dan keterbatasan sokongan emosional dapat meningkatkan risiko ini pada kelompok remaja migran. Selain itu, variabel usia menunjukkan hubungan yang mendekati signifikan di mana remaja dengan usia lebih tua cenderung memiliki risiko lebih tinggi mengalami masalah perilaku. Hal ini dapat dijelaskan melalui teori perkembangan remaja oleh Steinberg (2014) yang menyebutkan bahawa pada usia pertengahan hingga akhir remaja, individu lebih cenderung untuk mencuba perilaku berisiko seiring meningkatnya keperluan autonomi dan pengaruh teman sebaya. Sebaliknya, pembolehubah sosiodemografi lain seperti jenis kelamin, tahap pendidikan, pekerjaan orang tua, dan faktor sokongan sosial (sokongan keluarga, rakan, mahupun interaksi sosial) tidak menunjukkan hubungan signifikan dalam model ini. Hasil ini berbeda dengan beberapa penelitian sebelumnya yang menemukan bahawa sokongan sosial dapat menjadi faktor protektif terhadap masalah perilaku remaja (Resnick et al. 1997; Chen et al. 2018). Perbezaan ini mungkin disebabkan oleh ciri-ciri responden atau adanya faktor perantara seperti perbezaan budaya, pola asuh, atau pengalaman migrasi yang mempengaruhi kesan sokongan sosial. Secara keseluruhan, hasil penelitian ini menegaskan bahawa perilaku berisiko seperti merokok dan percubaan bunuh diri merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap masalah perilaku pada remaja, baik migran mahupun non migran. Usaha pencegahan perlu difokuskan pada intervensi yang menasaskan pengurangan perilaku merokok, promosi kesejahteraan

kesehatan mental, serta penyaringan awal idea risiko bunuh diri, terutama pada kelompok usia remaja yang lebih tua.

Berdasarkan hasil analisis pada Jadual 4.16 mengenai hubungan antara sosiodemografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, dan sokongan sosial dengan masalah emosional pada remaja migran Indonesia, diperoleh beberapa kunci pembahasan: sokongan sosial memiliki hubungan signifikan yang menunjukkan bahawa semakin tinggi sokongan sosial yang diterima, semakin besar peluang terjadinya masalah emosional. Penemuan ini agak berbeza dengan teori *buffering hypothesis* dari Cohen & Wills (1985) yang menjelaskan bahawa sokongan sosial biasanya berfungsi melindungi individu dari dampak negatif stres. Perbezaan arah hubungan ini dapat dijelaskan melalui kemungkinan bahawa sokongan sosial yang diberikan bersifat “reaktif”, iaitu muncul setelah masalah emosional terjadi, sehingga terlihat sebagai faktor yang berkorelasi positif. Keyakinan diri (*self-efficacy*) menunjukkan bahawa semakin tinggi keyakinan diri, semakin rendah risiko masalah emosional. Temuan ini konsisten dengan teori Bandura (1977) yang menyatakan bahawa *self-efficacy* berperanan penting dalam regulasi emosi, pengambilan keputusan adaptif, dan kemampuan menghadapi stres. Pada remaja, keyakinan diri yang baik dapat mendorong penggunaan strategi adaptasi yang lebih efektif. Sebahagian besar variabel lain seperti umur, jenis kelamin, tahap pendidikan, pekerjaan orang tua, aktiviti fizikal, penyertaan olahraga, perilaku berisiko (merokok, minum alkohol, aktiviti seksual, buli, keganasan, dan idea bunuh diri), serta sokongan sosial dari teman mahupun keluarga tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan masalah emosional.

Hasil ini berbeza dengan penelitian Resnick et al. (1997) dan Sawyer et al. (2012) yang menunjukkan bahawa sokongan teman dan keluarga boleh menjadi pelindung terhadap masalah emosional. Salah satu kemungkinan penyebabnya adalah perbezaan konteks sosial dan lingkungan, di mana remaja non migran mungkin memiliki akses yang relatif seragam terhadap sokongan keluarga sehingga tidak menghasilkan perbezaan signifikan. Hasil penelitian ini menegaskan bahawa pada remaja non migran, faktor protektif individu seperti keyakinan diri memiliki peranan penting dalam menekan risiko masalah emosional, sedangkan sokongan sosial tidak

selalu bersifat protektif. Justeru itu, sektor ini dapat berkorelasi positif dengan masalah emosional kerana sifatnya yang reaktif.

Implikasi praktisnya adalah perlunya intervensi yang berfokus pada penguatan *self-efficacy* remaja melalui pelatihan keterampilan sosial, pengurusan stres, dan strategi adaptif, sambil memastikan bahawa sokongan sosial yang diberikan bersifat preventif dan berkualiti, bukan sekadar reaktif setelah masalah muncul.

Berdasarkan hasil analisis pada Jadual 4.17 mengenai hubungan antara faktor sosiodemografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, dan sokongan sosial dengan masalah kesihatan mental domain hiperaktif pada RMI, diperolehi beberapa kunci pembahasan : Interaksi sosial menunjukkan hubungan signifikan yang berarti di mana remaja dengan tingkat interaksi sosial tinggi memiliki kemungkinan sekitar 4.5 kali lebih cenderung untuk mengalami masalah hiperaktif dibandingkan yang interaksi sosialnya rendah. Hasil ini menarik kerana secara teori, interaksi sosial biasanya dianggap sebagai faktor protektif.

Namun, pada konteks hiperaktif, intensiti interaksi yang tinggi merupakan manifestasi dari gejala hiperaktif itu sendiri, seperti perilaku impulsif, kesulitan mempertahankan perhatian, atau kecenderungan mencari stimulasi sosial berlebihan (Barkley. 2015). Minum alkohol juga signifikan meskipun nilai OR sangat besar dan CI luas akibat jumlah sampel yang sedikit. Teori *self-regulation deficit* (Baumeister & Heatherton. 1996) menjelaskan bahawa individu dengan gejala hiperaktif cenderung memiliki kawalan diri rendah, sehingga berisiko lebih tinggi untuk mencuba perilaku berisiko seperti minum alkohol. Sokongan rakan menunjukkan kecenderungan sokongan teman sebaya berkorelasi positif dengan hiperaktif. Fenomena ini dapat dijelaskan oleh teori *peer contagion* (Dishion & Tipsord. 2011) yang menyebutkan bahawa interaksi dengan teman yang memiliki perilaku bermasalah dapat meningkatkan perilaku serupa, termasuk perilaku impulsif dan aktif berlebihan.

Aktiviti Fizikal juga mendekati signifikan iaitu aktiviti fizikal yang tinggi menjadi bentuk penyaluran energi berlebihan pada remaja dengan kecenderungan hiperaktif (Pontifex et al. 2013). Namun pada konteks penelitian ini, mungkin juga

merefleksikan perilaku yang sulit dikawal. Sebahagian besar variabel sosiodemografi seperti umur, jenis kelamin, tahap pendidikan, praktis keagamaan, pekerjaan ibubapa, serta perilaku berisiko lainnya (merokok, keganasan, percubaan bunuh diri) tidak menunjukkan hubungan signifikan.

Penemuan ini berbeza dengan beberapa penelitian yang mengaitkan hiperaktif dengan faktor biologis misalnya usia dan jenis kelamin laki-laki lebih rentan (Willcutt, 2012) mahupun faktor keluarga. Perbezaan ini dipengaruhi oleh ciri-ciri sampel atau perbezaan konteks sosial remaja migran yang unik. Hasil ini menunjukkan bahawa pada remaja migran, hiperaktif cenderung berkaitan dengan interaksi sosial yang tinggi dan perilaku berisiko seperti minum alkohol, sedangkan sokongan teman sebaya boleh mempengaruhi interaksinya. Intervensi untuk mengelola remaja hiperaktif pada kelompok ini perlu memperhatikan dinamika hubungan sosial remaja, mengajarkan keterampilan regulasi diri, serta memberikan pendidikan tentang risiko perilaku berisiko.

Berdasarkan hasil analisis pada Jadual 4.17 mengenai hubungan faktor sosiodemografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, dan sokongan sosial dengan masalah kesihatan mental dalam domain hiperaktiviti pada remaja Non RMI, interaksi sosial menunjukkan kecenderungan bahawa semakin tinggi interaksi sosial, semakin rendah risiko hiperaktiviti. Walaupun tidak signifikan secara statistik, arah hubungan ini sejalan dengan teori *social support buffer* (Cohen & Wills, 1985) yang menyatakan bahawa interaksi sosial yang positif dapat membantu individu mengatur perilaku dan emosi, sehingga menekan gejala hiperaktiviti. Penemuan ini juga selaras dengan penelitian Hoza (2007) yang menyebutkan bahawa sokongan dari lingkungan sosial berperanan penting dalam meningkatkan regulasi diri pada anak dan remaja dengan gejala ADHD.

Sebahagian besar faktor sosiodemografi seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status keagamaan, dan pekerjaan orang tua tidak berhubungan signifikan dengan hiperaktiviti pada remaja non migran. Hal ini berbeza dengan beberapa penelitian internasional yang menemukan bahawa laki-laki lebih rentan terhadap hiperaktiviti berbanding perempuan (Willcutt, 2012) dan usia yang lebih muda dalam

golongan rentang remaja cenderung memiliki gejala lebih tinggi (Larsson et al., 2011). Kemungkinan perbezaan ini disebabkan oleh homogenitas sampel, perbezaan metode pengukuran, atau faktor budaya yang mempengaruhi ekspresi gejala.

Aktiviti fizikal, penyertaan olahraga, konsumsi rokok, pola makan, aktiviti seksual, buli, kekerasan, dan percubaan bunuh diri tidak menunjukkan hubungan signifikan.

Perilaku minum alkohol tidak dapat dianalisis dengan baik kerana seluruh responden non migran kemungkinan besar tidak melaporkan perilaku ini, sehingga nilai OR tidak terhitung. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa perilaku berisiko seperti penggunaan dadah dan kekerasan sering terkait dengan masalah regulasi diri pada remaja hiperaktif (Barkley. 2015), namun ketiadaan hubungan dalam penelitian ini mungkin dipengaruhi oleh rendahnya prevalens perilaku tersebut pada kelompok non migran. Sokongan sosial dari teman, keluarga, mahupun masyarakat tidak menunjukkan hubungan signifikan. Namun, arah koefisien menunjukkan bahwa sokongan yang lebih tinggi cenderung berkorelasi dengan risiko hiperaktiviti yang lebih rendah, yang konsisten dengan teori ekologi dari Bronfenbrenner (1979) bahawa lingkungan sosial yang suportif dapat mempengaruhi perkembangan perilaku anak. Hasil ini menunjukkan bahwa pada remaja non migran, faktor pelindung seperti interaksi sosial cenderung membantu menurunkan risiko hiperaktiviti, sementara faktor sosiodemografi dan perilaku berisiko tidak menunjukkan pengaruh yang berarti. Hal ini berbeza dengan pola pada remaja migran, di mana interaksi sosial justru berkorelasi positif dengan hiperaktiviti. Perbezaan ini dapat dijelaskan oleh kualiti interaksi sosial: pada remaja non migran mungkin lebih terarah dan mendukung, sedangkan pada remaja migran bersifat lebih bebas atau impulsif.

Berdasarkan hasil analisis pada Jadual 4.18 mengenai hubungan faktor sosiodemografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, dan sokongan sosial dengan masalah kesehatan mental domain masalah rakan pada remaja migran Indonesia: Umur menunjukkan nilai $p = 0.999$, ertinya tidak terdapat hubungan signifikan dengan masalah rakan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Coplan & Arbeau (2009) yang menyatakan bahwa masalah teman sebaya lebih dipengaruhi oleh kualiti interaksi dan

keterampilan sosial dibandingkan dengan faktor usia. Jenis kelamin ($p = 0,875$) juga tidak berhubungan signifikan, meskipun penelitian lain (Rose & Rudolph, 2006) menemukan bahwa anak perempuan cenderung lebih sensitif terhadap dinamika persahabatan. Perbezaan hasil ini disebabkan oleh homogenitas perilaku sosial pada populasi migran di lokasi penelitian. Tingkat pendidikan memiliki nilai $p = 0.056$, mendekati signifikan, dengan $OR = 2,239$. Ini menunjukkan kecenderungan bahawa tingkat pendidikan yang lebih tinggi berhubungan dengan risiko masalah rakan yang lebih besar, kemungkinan kerana remaja dengan pendidikan lebih tinggi juga memiliki ekspektasi sosial yang lebih kompleks (Wentzel, 2017). Agama dan pekerjaan orang tua tidak signifikan, namun teori sistem ekologi Bronfenbrenner (1979) menyebutkan bahawa faktor keluarga dan nilai agama tetap dapat berperanan sebagai pelindung terhadap masalah sosial meskipun tidak terlihat pada ujian statistik. Partisipasi olahraga menunjukkan hubungan signifikan dengan tahap kesihatan mental. Hasil yang sangat tinggi ini berkemungkinan dipengaruhi oleh ketidakseimbangan data (outlier atau kategori ekstrem). Secara teori, olahraga dapat meningkatkan keterampilan sosial melalui interaksi kumpulan (Eime et al. 2013), namun dalam konteks ini, boleh jadi partisipasi olahraga yang dicatat justeru berkorelasi dengan kelompok yang memiliki masalah rakan, misalnya kerana konflik saat berolahraga. Aktiviti fizikal secara umum tidak signifikan ($p = 0,592$). Ini berbeza dengan penelitian yang menunjukkan bahawa aktiviti fizikal dapat meningkatkan mood dan keterampilan sosial (Biddle & Asare, 2011). Pengambilan makanan juga tidak signifikan, meski pola makan sehat sering dikaitkan dengan kesihatan mental yang lebih baik (O'Neil et al. 2014). Minum alkohol, perilaku seksual, dan penggunaan rokok tidak signifikan. Padahal literatur (Brook et al. 2002) menunjukkan bahawa perilaku berisiko sering terkait dengan kesulitan hubungan sosial. Rendahnya prevalensi perilaku ini pada responden migran mungkin menjadi penyebab tidak munculnya hubungan signifikan. Buli menunjukkan hubungan yang signifikan dengan tahap kesihatan mental.

Keganasan dan idea bunuh diri tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kesihatan mental. Keyakinan diri menunjukkan kecenderungan pelindung: semakin tinggi keyakinan diri, semakin rendah risiko masalah rakan. Adam Bazkrie et al 2025 menerangkan bahawa Paradigma semasa dalam kajian bunuh diri menekankan pentingnya memahami peralihan daripada pemikiran kepada tindakan bunuh diri.

Daripada 17 teori utama yang diterbitkan dalam dua dekad terakhir, lebih 88% menumpukan pada ideasi bunuh diri, sama ada sebagai pengantara antara kesakitan psikologi dan percubaan bunuh diri (Duprey et al. 2022; Klonsky & May, 2015) atau sebagai hasil yang berkait langsung dengan tingkah laku bunuh diri (Bloch-Elkouby et al. 2021; Miller & Prinstein. 2019). Sebahagian besar teori ini berpaksikan kepada kerangka “ideation-to-action”, yang menerangkan bagaimana pemikiran bunuh diri berkembang menjadi tindakan.

Sokongan sosial dari teman, keluarga, mahupun masyarakat tidak signifikan, meskipun arah koefisien menunjukkan efek pelindung. Hal ini konsisten dengan model *buffering* dari Cohen & Wills (1985), yang menyatakan sokongan sosial dapat melindungi individu dari dampak stres, termasuk masalah hubungan teman. Interaksi sosial juga tidak signifikan, yang mungkin disebabkan oleh kualitas interaksi yang rendah meskipun kuantitinya tinggi.

Hasil ini menunjukkan bahawa pada remaja migran, masalah rakan lebih cenderung dipengaruhi oleh faktor perilaku sosial seperti partisipasi olahraga dan buli dibandingkan faktor sosiodemografi atau sokongan sosial. Meski sokongan sosial tidak signifikan secara statistik, literatur menunjukkan bahwa faktor ini tetap penting sebagai pelindung terhadap kesulitan hubungan sebaya. Perbezaan hasil dengan penelitian sebelumnya berkemungkinan disebabkan oleh faktor budaya, pengalaman adaptasi migrasi, serta ciri-ciri unik responden penelitian.

Berdasarkan Jadual 4.19 mengenai hubungan faktor sosiodemografi, perilaku kesehatan, perilaku berisiko, dan sokongan sosial dengan masalah kesehatan mental domain masalah rakan pada remaja non migran Indonesia, pembahasan dapat dijelaskan sebagai berikut: Umur berhubungan signifikan menunjukkan bahawa semakin bertambah usia, risiko masalah rakan menurun. Hal ini sejalan dengan teori perkembangan sosial Erikson (1968) yang menjelaskan bahawa pada tahap remaja akhir, individu lebih mampu membentuk hubungan sosial yang stabil dibandingkan pada awal remaja. Penelitian Laursen & Hartl (2013) juga menunjukkan bahawa keterampilan resolusi konflik meningkat seiring usia, sehingga meminimalkan masalah dalam pertemanan. Jenis kelamin juga signifikan menunjukkan bahawa remaja perempuan

memiliki risiko hampir dua kali lipat mengalami masalah rakan dibanding laki-laki. Hal ini konsisten dengan penemuan Rose & Rudolph (2006) bahawa perempuan lebih rentan terhadap konflik interpersonal kerana kecenderungan keterlibatan emosional yang tinggi dalam hubungan persahabatan.

Pekerjaan orang tua menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kesihatan mental, yang mengindikasikan bahawa pekerjaan orang tua tertentu dapat menjadi faktor pelindung terhadap masalah rakan. Teori ekologi Bronfenbrenner (1979) menjelaskan bahawa stabiliti ekonomi keluarga (yang dipengaruhi pekerjaan) dapat memberikan sokongan sosial dan emosional lebih baik bagi remaja. Tingkat pendidikan dan agama tidak signifikan, meskipun pendidikan tinggi umumnya meningkatkan literasi sosial. Partisipasi olahraga tidak signifikan tetapi OR menunjukkan kecenderungan bahawa partisipasi olahraga berhubungan dengan peningkatan risiko masalah rakan. Kekerasan berhubungan sangat signifikan menunjukkan hubungan kuat antara keterlibatan dalam kekerasan dan masalah rakan. Hal ini konsisten dengan teori *peer relations* (Mölsä et al., 2025) (Parker & Asher, 1993) yang menyatakan bahawa perilaku agresif mengganggu pembentukan hubungan positif dengan teman sebaya. Percubaan bunuh diri signifikan menunjukkan bahawa masalah rakan terkait dengan kesulitan emosional yang ekstrem. Teori *interpersonal theory of suicide* (Mason et al. 2025) menekankan peranan *thwarted belongingness* (perasaan tidak memiliki keterikatan sosial) sebagai faktor risiko bunuh diri. Penggunaan rokok, minum alkohol, perilaku seksual, dan buli tidak signifikan, meskipun banyak peneliti (Benatov et al. 2022); (Kim & Chun, 2020); (Naomi C. Z. Andrews. 2023) menemukan hubungan antara perilaku berisiko dengan kesulitan hubungan sosial. Rendahnya prevalensi perilaku ini pada kelompok non migran bisa menjadi salah satu penyebab.

Sokongan rakan tidak signifikan secara statistik menunjukkan kecenderungan bahawa sokongan teman dapat memengaruhi hubungan sosial. Model *stress-buffering* Cohen & Wills (1985) (Lam, 2024) menjelaskan bahawa sokongan sosial dari teman dapat menjadi pelindung dari dampak negatif stres terhadap kesihatan mental. Sokongan sosial keluarga dan keyakinan diri juga tidak signifikan, namun arah koefisien mendukung teori bahawa kedua faktor ini dapat memperkuat kemampuan remaja dalam mengelola hubungan pertemanan (Orth & Robins, 2014). Interaksi sosial mendekati

signifikan, mengindikasikan bahwa kualiti dan kuantiti interaksi sosial berpotensi memengaruhi masalah rakan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahawa pada remaja non migran, faktor usia, jenis kelamin, pekerjaan orang tua, kekerasan, dan percubaan bunuh diri merupakan prediktor signifikan masalah rakan. Faktor perilaku berisiko (terutama kekerasan) dan kondisi psikologis ekstrem tampaknya memiliki pengaruh yang lebih kuat dibandingkan faktor perilaku kesehatan. Sokongan sosial dari teman dan interaksi sosial memiliki potensi pelindung, meskipun tidak signifikan secara statistik dalam analisis ini

Berdasarkan Jadual 4.20, tidak ada faktor sosiodemografi, perilaku kesehatan, perilaku berisiko, mahupun sokongan sosial yang menunjukkan hubungan signifikan secara statistik dengan masalah kesehatan mental domain kesulitan teman sebaya pada remaja migran Indonesia. Meskipun demikian, arah koefisien dan nilai *odds ratio* (OR) memberikan gambaran pola kecenderungan yang dapat diinterpretasikan secara teoritis. Umur menunjukkan kecenderungan bahawa remaja migran yang lebih tua memiliki peluang lebih tinggi mengalami kesulitan hubungan dengan teman sebaya. Temuan ini agak berbeda dengan teori perkembangan sosial Erikson (1968), yang menyatakan bahawa usia yang lebih matang seharusnya meningkatkan keterampilan interpersonal.

Jenis kelamin menunjukkan bahawa perempuan memiliki kecenderungan sedikit lebih tinggi mengalami masalah teman, meskipun tidak signifikan. Rose & Rudolph (2006) menemukan bahawa remaja perempuan lebih sensitif terhadap dinamika hubungan sosial, sehingga lebih rentan terhadap konflik interpersonal. Pendidikan dan agama tidak menunjukkan hubungan berarti, sejalan dengan penelitian Rew et al. (2019) yang menemukan bahawa faktor agama dan pendidikan formal cenderung berperanan tidak langsung terhadap kesehatan mental melalui mediasi sokongan sosial. Aktiviti memperlihatkan kecenderungan positif terhadap masalah teman sebaya. Hal ini bertolak belakang dengan temuan Eime et al. (2013) yang melaporkan bahawa aktiviti fizikal kelompok dapat meningkatkan keterampilan sosial. Dalam konteks migran, partisipasi olahraga mungkin memicu perasaan terisolasi apabila remaja berasa berbeza atau tidak diterima kelompok.

Partisipasi olahraga juga menunjukkan arah positif, walau tidak signifikan. Kemungkinan faktor bahasa, perbezaan gaya bermain, dan kompetisi menjadi hambatan integrasi sosial (Smith et al. 2020). Pola makan dan penggunaan rokok tidak berhubungan signifikan, meskipun literatur (O'Neil et al. 2014) menyebutkan bahawa pola makan sehat berhubungan positif dengan kesejahteraan psikologis. Kekerasan menunjukkan arah protektif, meskipun hal ini boleh disebabkan oleh rendahnya pelaporan kekerasan antara remaja migran. Teori hubungan teman sebaya (Parker & Asher, 1993) menegaskan bahawa perilaku agresif biasanya menjadi prediktor negatif kualitas hubungan sosial, sehingga penemuan ini mungkin dipengaruhi oleh bias sosial atau underreporting.

Percubaan bunuh diri tidak signifikan secara statistik, namun tetap menjadi indikator penting risiko kesehatan mental. Buli memperlihatkan hubungan positif, sejalan dengan hasil meta-analisis Moore et al. (2017) yang menemukan bahawa korban buli cenderung mengalami kesulitan membentuk hubungan sosial yang sihat. Sokongan rakan dan sokongan keluarga menunjukkan arah positif, tetapi tidak signifikan. Cohen & Wills (1985) melalui model penahan stres menegaskan bahawa sokongan sosial dapat memitigasi stres kesihatan mental, namun pada populasi migran efektivitinya sangat bergantung pada kualiti dan frekuensi interaksi. Keyakinan diri menunjukkan kecenderungan protektif, sejalan dengan penelitian Orth & Robins (2014) bahawa harga diri yang tinggi memperkuat resiliensi psikososial. Tidak adanya hubungan yang signifikan pada semua pembolehubah disebabkan oleh: Ukuran sampel kecil sehingga kekuatan uji (statistical power) rendah. Heterogeniti populasi migran yang membuat efek setiap pembolehubah menjadi lemah. Faktor kontekstual seperti stigma, diskriminasi, dan hambatan bahasa yang lebih dominan mempengaruhi hubungan sosial berbanding variabel yang diukur. enelitian sebelumnya (Walsh et al., 2020; Sirin et al., 2015) menegaskan bahawa pada remaja migran, faktor kontekstual seperti keamanan lingkungan, status hukum, dan pengalaman diskriminasi seringkali lebih menentukan kesehatan mental dibanding faktor sosiodemografi atau perilaku kesehatan.

Jadual 4.21 menunjukkan bahawa penggunaan rokok memiliki hubungan signifikan dengan kesihatan mental ertinya, remaja yang merokok memiliki risiko sekitar 3,4 kali lebih tinggi untuk mengalami masalah kesihatan mental pada domain

kesulitan dibandingkan yang tidak merokok. Keyakinan diri (self-belief) signifikan menunjukkan bahawa keyakinan diri berperanan sebagai faktor protektif, menurunkan risiko kesulitan mental sekitar 62%. Faktor seperti tingkat pendidikan, pekerjaan ibubapa, aktiviti fizikal, partisipasi olahraga, konsumsi makanan siap saji, penggunaan alkohol, perilaku seksual, buli, kekerasan, bunuh diri, dan pelbagai bentuk sokongan sosial lainnya tidak menunjukkan hubungan signifikan pada model ini. Hasil ini sejalan dengan teori *biopsychosocial model* (Engel, 1977) yang menyatakan perilaku berisiko seperti merokok dapat mempengaruhi kesihatan mental melalui interaksi faktor biologis (efek nikotin pada sistem saraf), psikologis (ketergantungan, stres), dan sosial (lingkungan teman sebaya). Kajian global menunjukkan bahawa merokok pada remaja berhubungan erat dengan depresi, kecemasan, dan gangguan perilaku (Silva et al. 2022; WHO, 2021). Sebuah meta-analisis oleh Fluharty et al. (2017) juga menegaskan hubungan signifikan antara merokok dan peningkatan risiko gangguan kesihatan mental pada populasi muda. Keyakinan Diri sebagai Faktor Protektif Teori *self-efficacy* dari Bandura (1997) menjelaskan bahwa keyakinan terhadap kemampuan diri dapat membantu individu mengatasi stres dan tekanan sosial, sehingga mengurangi risiko gangguan mental.

Penelitian terbaru mendukung penemuan ini. Sebagai contoh, Zhou et al. (2020) menemukan bahawa *self-efficacy* berperanan penting dalam meningkatkan *resilience* remaja dan menurunkan gejala depresi. Selain itu, meta-analisis oleh Scholz et al. (2019) menunjukkan bahawa *self-efficacy* yang tinggi secara konsisten terkait dengan kesihatan mental yang lebih baik pada populasi remaja di pelbagai negara. Faktor usia dan jenis kelamin yang mendekati signifikan dapat dikaitkan dengan teori perkembangan psikososial Erikson (1968), yang menyatakan bahawa pada masa remaja, perkembangan identiti dan hubungan sosial sangat mempengaruhi kesihatan mental. Beberapa penelitian seperti yang dilakukan oleh Bor et al. (2018) menunjukkan bahawa perempuan cenderung lebih rentan terhadap depresi pada masa remaja, meskipun sokongan sosial dapat menjadi pelindung.

Hasil analisis regresi logistik binomial pada Jadual 4.22 menunjukkan hubungan antara faktor sosiodemografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, dan sokongan sosial dengan tingkat kesihatan mental pada domain kekuatan (prososial)

remaja migran Indonesia. Analisis menunjukkan bahawa kekerasan memiliki hubungan signifikan dengan tingkat kekuatan prososial remaja. Hal ini berarti paparan kekerasan berpotensi menurunkan perilaku prososial remaja. Penemuan ini sejalan dengan teori Social Learning dari Bandura (1977), yang menyatakan bahawa perilaku kekerasan yang dialami atau disaksikan dapat ditiru dan menurunkan kecenderungan perilaku positif. Penelitian global menunjukkan bahawa paparan kekerasan masa kanak-kanak berhubungan dengan rendahnya empati, keterampilan sosial, dan perilaku prososial (Finkelhor et al., 2019). Selain itu, meta-analisis oleh Moody & Lau (2018) menegaskan bahawa kekerasan interpersonal memengaruhi perkembangan regulasi emosi dan menghambat kecenderungan membantu orang lain. Pembolehubah bullying memiliki nilai p yang mendekati signifikan, dengan arah hubungan negatif terhadap kekuatan prososial. Hal ini konsisten dengan Ecological Systems Theory (Bronfenbrenner, 1979), yang menempatkan lingkungan sosial, termasuk interaksi teman sebaya, sebagai faktor penting pembentuk perilaku prososial. Penelitian Olweus (2020) juga menegaskan bahawa korban buli cenderung memiliki kepercayaan sosial rendah dan perilaku prososial yang terbatas. Majoriti pembolehubah sosiodemografi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan ibubapa, dan keagamaan) serta perilaku kesehatan (aktiviti fizikal, penyertaan olahraga, kelaziman makan, dan penggunaan rokok) tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan kekuatan prososial. Meskipun demikian, literatur global menegaskan bahawa faktor-faktor ini dapat berpengaruh secara tidak langsung. Misalnya, kajian Llorent et al. (2021) menunjukkan bahawa aktiviti fizikal teratur meningkatkan interaksi sosial positif, yang pada gilirannya dapat memperkuat perilaku prososial. Pembolehubah sokongan sosial dari teman, keluarga, mahupun interaksi sosial tidak berhubungan signifikan dengan kekuatan prososial pada analisis ini. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor budaya dan adaptasi sosial remaja migran. Kajian Chen et al. (2020) menjelaskan bahawa remaja migran sering mengalami keterbatasan sokongan sosial akibat perbezaan bahasa, diskriminasi, atau perubahan jaringan rakan, sehingga efek sokongan sosial terhadap perilaku prososial menjadi tidak konsisten. Penemuan ini menunjukkan bahawa intervensi penguatan perilaku prososial pada remaja migran perlu fokus kepada: Pencegahan dan penanganan kekerasan baik di sekolah maupun lingkungan komunitas. Program anti-buli yang melibatkan teman sebaya sebagai agen perubahan positif, penting ditingkatkan di lingkungan sekolah dan komuniti.

Hasil analisis regresi logistik binomial pada jadual 4.23 menggambarkan hubungan antara faktor sosiodemografi, perilaku kesihatan, perilaku berisiko, dan sokongan sosial dengan tingkat kekuatan prososial pada remaja non-migran Indonesia. Hasil analisis menunjukkan bahawa interaksi sosial memiliki hubungan signifikan dengan tingkat kekuatan prososial. Hal ini berarti remaja non-migran dengan interaksi sosial yang lebih baik memiliki peluang sekitar 4,5 kali lebih tinggi untuk menunjukkan perilaku prososial. Penemuan ini sejalan dengan Social Capital Theory (Putnam, 2000) yang menekankan bahwa jejaring sosial yang kuat memperkuat norma saling membantu dan meningkatkan perilaku prososial.

Secara global, kajian oleh Almaatouq et al (2020) menunjukkan bahawa interaksi sosial positif di kalangan remaja meningkatkan empati, kerja sama, dan keterlibatan dalam aktiviti sukarela. Penelitian lainnya oleh Mesurado et al. (2019) mengungkapkan bahwa kualiti hubungan sosial secara signifikan mempengaruhi perkembangan kompetensi sosial- emosional dan perilaku prososial pada remaja. Pembolehubah aktiviti fizikal memiliki nilai p yang mendekati signifikan, dengan arah hubungan positif terhadap perilaku prososial. Hal ini sesuai dengan Self-Determination Theory (Deci & Ryan 2000) yang menyatakan bahwa aktiviti fizikal dalam konteks kelompok dapat memperkuat rasa kebersamaan dan mendorong kerja sama, yang pada gilirannya meningkatkan kecenderungan perilaku prososial. Kajian Tissera et al. (2021) juga menegaskan bahwa partisipasi dalam olahraga tim berkorelasi positif dengan empati dan sokongan sosial di kalangan remaja.

Majoriti pembolehubah lain, seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan orang tua, keagamaan, perilaku berisiko (merokok, alkohol, perilaku seksual, kekerasan, buli, dan ide bunuh diri), serta bentuk sokongan sosial lain seperti sokongan teman dan keluarga, tidak menunjukkan hubungan signifikan terhadap kekuatan prososial. Namun, literatur global menegaskan bahwa faktor-faktor ini dapat berpengaruh secara tidak langsung melalui mediasi faktor psikososial. Misalnya, meta-analisis oleh Thielmann et al. (2020) menemukan bahwa kepribadian, nilai moral, dan konteks sosial memoderasi hubungan antara faktor demografi dan perilaku prososial. Penemuan ini menekankan pentingnya memperkuat interaksi sosial sebagai strategi utama dalam meningkatkan perilaku prososial remaja non-migran. Pendekatan yang

dapat dilakukan meliputi: Pengembangan program sekolah berbasis kolaborasi untuk memperluas jaringan sosial positif remaja. 1. Peningkatan kesempatan berpartisipasi dalam kegiatan kelompok, seperti olahraga, atau kegiatan sukarela. Pembinaan keterampilan komunikasi interpersonal untuk meningkatkan kualiti interaksi sosial.

5.3.7 Penentuan Faktor Peramal

Dalam kajian kuantitatif berdasarkan hasil analisis multivariat, didapati domain emosi menunjukkan bahawa pembolehubah yang mempunyai nilai $p < 0.05$ atau yang mempunyai hubungan bermakna antara pembolehubah bebas dan emosi adalah pembolehubah jantina dalam kumpulan bukan migran. Ini bermakna bahawa remaja lelaki mempunyai risiko 69.6% lebih rendah untuk mengalami masalah emosional berbanding remaja perempuan dalam kumpulan bukan migran. Penemuan dalam kajian ini menunjukkan bahawa remaja perempuan lebih mudah terdedah kepada gangguan emosional seperti kebimbangan, tekanan dan kemurungan berbanding remaja lelaki. Faktor yang mempengaruhi kerentanan ini adalah perubahan hormonal semasa masa puberti yang lebih kompleks pada perempuan (Salk et al. 2017). (Gaya sosialisasi emosi adalah di mana perempuan lebih terbuka dalam mengungkapkan dan mengenali emosi negatif (Thaper et al. 2022). Tekanan sosial dan budaya seperti penampilan fizikal, relasi sosial dan jangkaan akademik yang adalah lebih tinggi pada perempuan (Rapee et al. 2019). Jantina merupakan salah satu determinasi sosial penting dalam kesihatan mental remaja. Beberapa kajian menunjukkan bahawa perempuan mempunyai prevalensi dua kali lebih tinggi untuk gangguan internalisasi (seperti cemas dan depresi) berbanding lelaki sejak zaman akil baligh (Patalay & Fitssimons 2018). Di sisi lain, remaja lelaki cenderung mengekspresikan tekanan psikologis dalam bentuk eksternalisasi seperti perilaku agresif atau pelanggaran aturan, bukan dengan gejala emosi yang diukur dalam domain SDQ ini. (Zahn Waxter et al. 2008). Penemuan ini menekankan kepentingan intervensi berasaskan gender dalam usaha pencegahan dan penanganan gangguan emosional pada remaja. Program kesihatan mental di sekolah mahupun komuniti perlu memberikan perhatian lebih kepada remaja perempuan, terutama dalam membangunkan ketahanan psikologis, kemahiran pengaturan emosi dan sokongan sosial yang mencukupi.

Domain masalah tingkah laku menunjukkan bahawa pembolehubah yang berkaitan dengan makna adalah pembolehubah sokongan rakan pada kumpulan remaja migran, manakala pada kumpulan remaja bukan migran pembolehubah yang berkaitan adalah pembolehubah keyakinan diri. Remaja migran yang kurang mendapatkan sokongan dari rakan sebaya mempunyai risiko masalah perilaku 3 kali ganda berbanding mereka yang mendapatkan sokongan sosial yang baik. Sokongan dari rakan sebaya memainkan peranan penting dalam pengaturan emosi dan kawalan impuls semasa remaja. Bagi remaja migran yang sering mengalami pengasingan sosial, kesukaran dalam menyesuaikan diri dengan budaya, dan stres migrasi, peranan kawan menjadi semakin penting (Fazel et al. 2021). Ketika sokongan tidak mencukupi, mereka lebih terdedah untuk melakukan pelanggaran norma tingkah laku agresif atau membangkang, yang merupakan ciri-ciri masalah tingkah laku. Kajian oleh Chen et al. 2020 menunjukkan hubungan sosial yang rendah pada remaja migran mempunyai rangkaian sosial yang stabil. Intervensi berasaskan sekolah atau komuniti yang membina hubungan positif antara remaja boleh menjadi langkah pencegahan gangguan tingkah laku dalam kalangan kumpulan migran. Dalam kumpulan remaja migran, variabel keyakinan diri berkaitan secara signifikan dengan masalah perilaku. Nilai $OR < 1$ menunjukkan bahawa setiap peningkatan keyakinan diri akan mengurangkan risiko masalah perilaku sebanyak 6.2%. Remaja dengan tahap keyakinan diri yang baik lebih mampu mengawal desakan untuk menyelesaikan konflik secara adaptif dan cenderung tidak mudah terpengaruh oleh tekanan negatif dari persekitaran sosial. Kajian oleh Beattie et al. (2020) menunjukkan bahawa keberkesanan diri dan harga diri yang tinggi berkorelasi negatif dengan tingkah laku antisosial dan agresif. Sebaliknya, rendahnya keyakinan diri boleh menyebabkan tingkah laku agresif, pencarian pengesahan negatif atau usaha menunjukkan dominasi secara sosial. Melihat hal ini penting bagi pendidikan dan keluarga untuk meningkatkan rasa percaya diri remaja melalui program pengembangan diri bimbingan psikososial dan latihan kemahiran sosial. Pentingnya intervensi spesifik kelompok berbasis sokongan sosial untuk migran dan penguatan peribadi untuk bukan migran dalam menangani gangguan perilaku pada remaja.

Domain hiperaktiviti menunjukkan pada kelompok remaja migran variabel yang mempunyai hubungan bermakna adalah variabel sokongan kawan dengan dan pada kelompok remaja non migran yang mempunyai hubungan bermakna adalah variabel

interaksi sosial Nilai $OR_{\text{terlaras}} = 2.905$ menunjukkan bahawa remaja migran dengan sokongan sosial dari rakan yang rendah mempunyai hampir tiga kali ganda risiko mengalami gejala hiperaktiviti berbanding mereka yang mempunyai sokongan sosial yang baik. Sokongan kawan memainkan peranan dalam mengatur emosi dan tingkah laku impulsif, yang menjadi inti gejala hiperaktiviti (Erikson et al 2020). Bagi remaja migran yang sering mengalami dislokasi sosial, diskriminasi dan keterbatasan jaringan sosial, kurangnya teman sebaya yang menyokong dapat memperburuk gejala hiperaktif seperti gelisah, tidak boleh diam, dan mudah teralihkan. Kajian pada remaja migran di Eropah juga mendapati bahawa keterasingan sosial dan minimnya interaksi positif dengan teman sebaya berkorelasi dengan peningkatan gangguan perhatian dan hiperaktiviti (Kien et al 2019). Sementara itu, pada remaja non-migran, variabel interaksi sosial menunjukkan hubungan yang sangat kuat dengan hiperaktiviti. Dengan nilai $OR_{\text{terlaras}} = 7130$ remaja dengan interaksi sosial yang rendah mempunyai lebih dari 7 kali ganda risiko mengalami hiperaktiviti berbanding dengan remaja yang mempunyai interaksi sosial yang baik. Interaksi sosial yang sihat adalah bahagian penting dalam pengembangan fungsi eksekutif dan kawalan perhatian. Apabila interaksi terganggu, remaja lebih cenderung menunjukkan perilaku hiperaktif sebagai respons terhadap ketidakmampuan untuk mengatur diri (Wang et al. 2022). Remaja dengan interaksi sosial seringkali menghadapi kesulitan mengikuti aturan sosial, kesulitan berkonsentrasi semasa berkomunikasi dan lebih cepat berasa bosan, semua ini menyumbang kepada gejala hiperaktif dan impulsif (Zhao et al. 2021).

Kekurangan peluang untuk berlatih kemahiran sosial juga boleh memperburuk perilaku gelisah dan tidak fokus. Pada remaja migran, sokongan rakan sebaya menjadi faktor pelindung penting terhadap gejala hiperaktiviti. Sokongan sosial yang baik dapat membantu dalam menstabilkan perilaku impulsif dan meningkatkan pengawalan diri. Pada remaja bukan migran, interaksi sosial yang positif merupakan penentu utama dalam mencegah gangguan hiperaktiviti. Ketidakmampuan untuk berinteraksi sosial dengan berkesan meningkatkan risiko masalah kelakuan hiperaktif secara signifikan. Melihat ini, perlu mempertimbangkan ciri-ciri sosial dan latar belakang migrasi dengan menekankan penguatan jaringan sosial dan kemahiran interaksi sosial.

Dalam domain masalah rakan sebaya pada kumpulan remaja migran, pembolehubah yang berkaitan secara bermakna ialah pembolehubah jantina, manakala pada kumpulan remaja bukan migran adalah pembolehubah gender. Jenis kelamin tertentu (kemungkinan besar perempuan) mempunyai dua kali ganda risiko mengalami masalah sosial dengan rakan sebaya berbanding dengan jenis kelamin yang lain. Remaja lelaki cenderung lebih tertekan oleh tekanan akulturasi, merasa kurang diterima dan mengalami pengasingan yang lebih tinggi berbanding remaja perempuan. (Kien et al. 2019). Namun beberapa kajian juga mendapati remaja migran perempuan lebih kerap mengalami buli seperti diasingkan atau diabaikan, yang boleh memburukkan masalah hubungan dengan rakan sebaya (Fazel et al. 2021). Perbezaan gaya komunikasi antara jantina menyebabkan remaja lelaki lebih mengalami konflik fizikal manakala perempuan lebih terdedah kepada konflik emosional. Remaja perempuan lebih terdedah kepada tekanan sosial, kebimbangan interpersonal dan pengecualian sosial yang meningkatkan masalah persahabatan (Beattie et al. 2020). Hasil ini menunjukkan jantina adalah penentu penting dalam masalah hubungan sosial remaja, baik dalam kumpulan migran mahupun non migran. Perbezaan gender mempengaruhi cara remaja membentuk mempertahankan dan mengalami hubungan sosial. Untuk mengatasi masalah ini perlunya intervensi yang memperhatikan sensitiviti gender, menyediakan pendekatan berasaskan pengukuhan kemahiran sosial sesuai keperluan masing-masing jantina. Meningkatkan sokongan psikososial dan persekitaran inklusif terutamanya bagi kelompok rentan seperti remaja migran.

Dalam domain kesulitan (*Difficulty*) bagi kelompok remaja migran, variabel sokongan keluarga mempunyai nilai $p < 0.05$, dan nilai $OR_{\text{terlaras}} = 15.255$ (95%CI : 0.989-235.268). Sementara itu, bagi remaja non-migran, pembolehubah bebas yang mempunyai hubungan bermakna adalah pembolehubah gender dengan nilai $p = 0.033$ dan nilai $OR_{\text{terlaras}} = 0.437$ (95%CI : 0.204-0.934), pembolehubah agama dengan nilai $p = 0.036$ dan nilai $OR_{\text{terlaras}} = 15.958$ (95%CI : 1.199-212.374), dan pembolehubah kekerasan dengan nilai $p = 0.030$ dan nilai $OR_{\text{terlaras}} = 0.350$ (0.135-0.975). Nilai $OR_{\text{terlaras}} = 15.255$ menunjukkan bahawa remaja migran yang tidak mendapat sokongan keluarga secara signifikan lebih berisiko 15 kali mengalami kesulitan emosi dan tingkah laku secara umum. Sokongan keluarga adalah pelindung utama terhadap tekanan psikologi apabila berhadapan dengan cabaran akulturasi, kehilangan jaringan sosial dan trauma migrasi

(Fazel et al. 2021). Kekurangan sokongan keluarga menyebabkan peningkatan kemurungan, kebimbangan dan kesukaran tingkah laku (Batancourt et al. 2020). Kajian oleh Reed et al; 2021 menegaskan bahawa pengukuhan ikatan keluarga terhadap remaja migran boleh mengurangkan gangguan internalisasi dan eksternalisasi. Remaja lelaki mempunyai risiko yang lebih rendah mengalami skor keseluruhan kesulitan SDQ. Ini menunjukkan perbezaan pengalaman psikososial berdasarkan jantina. Jantina mempengaruhi ekspresi masalah psikologi: Remaja perempuan cenderung mengalami masalah internalisasi (cemas, murung) sementara lelaki lebih kepada masalah eksternalisasi (agresif, dan impulsif) (Beattie et al. 2020). Nilai OR yang tinggi pada keagamaan menunjukkan bahawa remaja dengan kepercayaan agama tertentu berisiko lebih besar mengalami masalah, bergantung kepada sokongan atau tekanan sosial. Masalah pada tekanan sosial dalam lingkungan agama tertentu dapat meningkatkan stres psikologis. Namun, jika agama berfungsi sebagai sumber sokongan dan harapan, ia justru dapat melindungi dari gangguan mental (Koenig 2020 dan Hodge 2021). Remaja yang tidak mengalami kekerasan memiliki risiko rendah terhadap kesulitan psikologis secara keseluruhan. Kekerasan dalam bentuk fizikal, verbal, atau emosional memiliki dampak jangka panjang terhadap kesihatan mental, meningkatkan risiko depresi, PTSD, dan masalah perilaku (Hughes et al. 2019). Pencegahan sangat penting dalam intervensi kesihatan mental remaja.

5.4 INTEGRASI HASIL DAPATAN KAJIAN KUALITATIF KE ATAS PENEMUAN KUANTITATIF

Kajian ini merangkumi kajian kualitatif dan kuantitatif bagi menjawab kesemua objektif kajian. Bagi integrasi antara hasil analisis fasa pertama dan kedua, hasil temu bual dengan guru dan remaja mendapati bahawa kurikulum kesihatan mental belum sepenuhnya dapat diterapkan, pelaksanaan pengukuran tahap kesihatan mental terintegrasi dalam program sekolah yang dikelola oleh bidang bimbingan dan kaunseling. Usaha yang dilakukan sekolah untuk memberikan wawasan mengenai Kesihatan mental diusahakan dalam bentuk kegiatan webinar yang membincangkan mengenai keibubapaan. Guru kelas mempunyai peranan utama dalam memantau perkembangan kognitif dan perkembangan tingkah laku semasa di kelas. Kebanyakan guru yang mendaftar di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur mendaftar melalui jalur Kemendikbud RI. Informan yang ditemubual adalah guru yang memegang bidang

kaunselor, hal ehwal pelajar, kurikulum dan kepala sekolah Indonesia Kuala Lumpur. Majoriti Remaja yang direkrut sebagai Informan dan responden adalah pelajar SIKL seramai 79 orang dan Pelajar SI kelas X, XI, dan XII seramai 191 orang. Usia Remaja RMI berkisar antara 15-19 tahun (18%) berbanding dengan usia remaja Bukan RMI 15-19 tahun (16%). Majoriti pelajar pada kedua-dua sekolah adalah muslim, dan tinggal dengan orang tua, berdasarkan temu bual, ada yang tinggal di Pusat Jagaan kerana ibu perlu bekerja. Lama tinggal di tempat domisili rata-rata > 12 tahun.

Hasil kajian kualitatif menunjukkan majoriti remaja dapat mendeskripsikan definisi dan tanda- tanda, gejala dari kesihatan mental, hal ini disokong oleh hasil kuantitatif yang menunjukkan tahap kesihatan mental dalam domain emosi majoriti adalah normal. pemahaman dalam mengisi soal selidik menunjukkan remaja memahami tentang kesihatan mental dan gejalanya.

Berdasarkan kedua-dua hasil Kualitatif dan Kuantitatif dengan metodologi temu ramah dan pengukuran soal selidik SDQ untuk menilai tahap kesihatan mental remaja pendatang dan bukan pendatang, mayoritas mereka pernah mengalami tekanan, dan kebimbangan berlebihan. Punca perasaan tekanan dalam kalangan remaja, kebanyakannya disebabkan oleh tekanan akademik, tekanan ketika ibubapa meninggal, dan tekanan kerana terdapat masalah hubungan dengan rakan sebaya baik di sekolah mahupun di luar sekolah.

Hal ini disokong oleh data yang dikumpulkan melalui soal selidik SDQ yang menunjukkan majoriti mempunyai gangguan emosi dalam tahap yang normal, hubungan dengan rakan dalam tahap atas batasan, mempunyai masalah perilaku dalam batas normal. Jumlah skor kesulitan majoriti remaja dalam batas normal. remaja non RMI, mayoritas mempunyai tahap emosional, perilaku, hiperaktiviti, masalah rakan, jumlah kesulitan, kekuatan mempunyai nilai dalam batas normal walaupun beberapa di antaranya mempunyai tahap atas batasan dan abnormal.

Berdasarkan hasil analisis pada kedua-dua fasa baik kualitatif dan kuantitatif, majoriti remaja apabila menghadapi masalah respon awal adalah dengan diam, dan menangis. Kemudian bercerita dengan orang tua, atau rakan sebaya. Selain itu, mereka

juga melakukan aktiviti hobi atau minat yang dimiliki seperti membaca novel, bersenam, mendengar muzik, bermain permainan, dan pergi bersantai dengan rakan-rakan sebaya atau sahabat. Beberapa pelajar menyatakan, mereka juga melakukan hal negatif untuk mengurangkan stres seperti merokok, makan makanan sedia ada, dan ada yang terfikir untuk menyakiti diri sendiri. Hal ini disokong oleh data kuantitatif mengenai perilaku berisiko, remaja masih sering terlibat dalam perasugaan, aktiviti seks bebas, terlibat dalam keganasan fizikal.

Hasil Integrasi daripada penemuan temu bual sebahagian besar remaja mengatakan telah mendapat sokongan keluarga, sokongan teman dalam pergaulan di sekolah, dan menyatakan mempunyai hubungan yang baik dengan orang tua dan rakan sebaya, walaupun beberapa remaja menyatakan ada masalah semasa berinteraksi dengan kawan sebaya. Pernyataan daripada hasil temu bual disokong oleh hasil data kuantitatif pada kedua-dua kumpulan pada tahap sokongan sosial pada tahap sederhana, dan sokongan rakan pada kumpulan Non RMI adalah tinggi, manakala sokongan rakan pada kumpulan RMI adalah pada tahap sederhana. Untuk Sokongan keluarga bagi kedua-dua kumpulan adalah pada tahap Tinggi. Tahap Interaksi Sosial bagi kumpulan RMI tinggi, manakala tahap interaksi sosial bagi kumpulan non RMI berada pada tahap sederhana. Kesihatan mental adalah berkaitan dengan stigma negatif dan stigma positif yang berkembang di kalangan remaja. Hasil Kualitatif mengenai stigma remaja terhadap kesihatan mental menunjukkan bahawa sebahagian remaja masih acuh tak acuh jika ada rakan sebaya di sekolah yang dibuli, atau ada yang acuh tidak acuh bila ada kawan yang sedang menghadapi masalah. Sebahagian remaja berpendapat bahawa remaja sudah menyedari terhadap persekitaran sosial sekitar terutama yang berlaku di persekitaran sekolah.

Hasil temubual dengan remaja mendapati bahawa apabila mereka menghadapi masalah berkaitan dengan rakan di sekolah, mereka cenderung untuk menyelesaikannya secara sendiri dengan diam, menangis, berkongsi dengan ibu bapa atau orang terdekat. Selama mereka mempunyai masalah, mereka belum pernah sampai memerlukan atau melaporkan kepada psikologis atau doktor psikiatri. Jika ada masalah berkaitan dengan akademik, mereka akan berunding dengan guru kelas, dan guru kelas kemudian akan berkoordinasi dengan Guru Kaunselor Sekolah. Sekolah juga memberikan sokongan

dalam bentuk webinar/seminar mengenai kesihatan mental dengan mendatangkan penceramah dari Fakulti Psikologi Universiti di Surabaya secara berkala.

Kesimpulan hasil temu ramah dengan remaja mengenai refleksi dan harapan terhadap kebahagiaan dan kesihatan mental mereka, kehadiran mereka perlu lebih mengenali diri mereka sendiri, lebih menerima kekurangan dan kelebihan diri sendiri, mereka juga berharap dapat memberi manfaat kepada orang lain dengan mencapai cita-cita mereka di masa depan. Remaja juga mempunyai harapan untuk membahagiakan ibu bapa, menjadi manusia yang berjaya. Menurut salah seorang remaja, sokongan daripada ibu bapa dan persekitaran sekolah adalah sangat penting. Peraturan sekolah mesti dipatuhi dan menghadapi segala sesuatu perlu dengan sikap yang tenang. Rini mengungkapkan jika seseorang mempunyai masalah, yang diperlukan adalah sokongan orang terdekat.

5.5 KEKUATAN KAJIAN

Kajian menggunakan dua kaedah kajian campuran (Kualitatif dan Kuantitatif), Kajian menggunakan sample remaja Indonesia di dua Negara iaitu Indonesia dan di Malaysia, SDQ Questionnaire diadaptasi dan divalidasi untuk digunakan dikalangan ibu bapa, Guru Kounsefor, dan Remaja dan sudah dimasukkan dalam program UKS Sihat sebagai standard minimum instrumen untuk saringan gangguan emosional. Rekomendasi dari kajian ini adalah Pemilihan sampel yang lebih luas, Penggunaan Instrumen kajian yang dapat mendiagnosa jenis penyakit mental remaja.

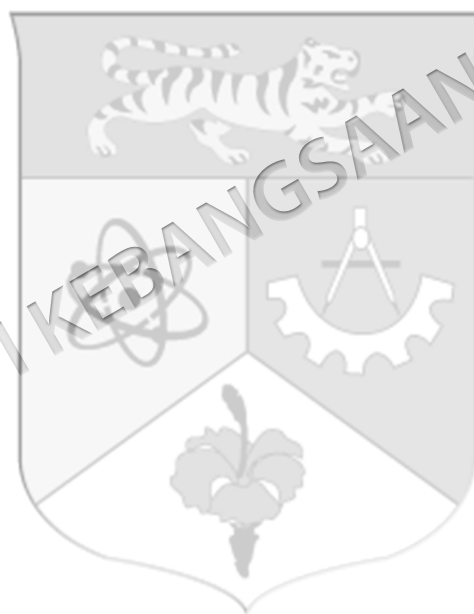
5.6 LIMITASI KAJIAN

Limitasi dalam kajian ini adalah SDQ hanya dapat mengidentifikasi masalah perilaku, Penentuan sample yang kurang proporsional kerana terbatasnya data populasi jumlah responden pelajar Indonesia di Malaysia, Generalisasi hasil kajian hanya dapat disimpulkan pada satu kelompok responden dari satu etnis Sahaja. Tidak semua Guru bersedia memberikan dokumen yang diperlukan untuk analisis dokumentasi, sehingga penyilidk tidak dapat menangkap Gambaran secara menyeluruh adakah dokumen pendukung berkaitan dengan alat skrining Kesihatan mental. Penyelidik juga gagal

dalam mendapatkan data sekunder dari semua sekolah. Kajian ini telah dijalankan pada tahun 2021 ketika perintah kawalan untuk tidak keluar rumah dan menerapkan sistem belajar secara atas talian dan tidak hadir di kelas semasa berada di Malaysia dan Indonesia.

5.7 KESIMPULAN

Kajian ini, yang menggabungkan kaedah kualitatif (temu bual) dan kuantitatif (kuesioner SDQ), memberikan gambaran menyeluruh tentang keadaan kesihatan mental remaja. Penemuan menunjukkan bahawa walaupun remaja secara amnya mempunyai pemahaman yang baik tentang definisi dan tanda-tanda kesihatan mental, terdapat beberapa isu dan cabaran yang signifikan yang mereka hadapi.



BAB VI

RUMUSAN DAN CADANGAN

6.1 PENGENALAN

Dapatan kesimpulan pada kajian ini, faktor penyebab adanya perubahan emosional pada remaja, adalah masalah dengan kawan sebaya, kurangnya sokongan dari Guru Kaunselor Sekolah, Masalah perceraian ibu bapa, masalah akademik. Sekolah belum secara menyeluruh menerapkan kurikulum Kesihatan mental dalam lingkungan sekolah. Tahap Kesihatan mental pada tahap abnormal lebih tinggi pada Non Remaja Migran Indonesia jika dibandingkan dengan Remaja Migran Indonesia. Majoriti Remaja Migran Indonesia melakukan tingkahlaku yang baik dengan mengadakan aktiviti fizikal, terlibat dalam penyertaan sukan, tidak mengambil makanan segera. Sebahagian kecil Non RMI dan RMI masih terlibat dalam perilaku perundungan, ada keinginan untuk bunuh diri jika dalam tekanan, dan terlibat kekerasan fizik. Majoriti Non RMI dan RMI mempunyai hubungan yang baik dengan ibu bapa meskipun ada sebahagian dalam masalah perceraian ibu bapa, mempunyai hubungan yang baik dengan kawan sebaya, mendapat sokongan yang baik dari sekolah.

6.2 RUMUSAN KAJIAN

Kesihatan mental remaja telah diterapkan dalam program UKS oleh Kementerian Kesihatan Republik Indonesia. Hal ini sebagai usaha skrining awal adanya penyimpangan perilaku dan masalah emosional remaja di lingkungan sekolah. Penilaiannya menyeluruh dimana ada 3 penilaian yang harus dilakukan iaitu oleh guru, oleh ibubapa dan oleh remaja sendiri. Jika dalam penilaiannya ada penyimpangan maka diperlukan alur rujukan kepada pakar iaitu orang yang lebih ahli yang ada di layanan kesihatan primer di Indonesia.

Dengan melakukan kajian ini kami akan dapat meneroka permasalahan, hambatan apa yang tengah dihadapi guru sekolah, ibubapa dan remaja dan usaha apa yang sudah dilakukan untuk menyelesaikan permasalahan gangguan kesihatan mental, masalah perilaku dan emosional pada remaja migran Indonesia dan remaja Indonesia serta dengan kajian ini kami akan dapat memberikan rekomendasi untuk masa depan anak pekerja migran ke hadapan. Saringan kesihatan mental dengan menggunakan borang soal selidik SDQ secara keseluruhan belum diterapkan di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur dan Sekolah Menengah di Indonesia.

Soal Selidik untuk mengukur tahap awal adanya gangguan emosional, masalah perilaku, masalah dengan teman sebaya, hiperaktiviti dan total kesulitan adalah sah dan telah diadaptasi dengan kondisi remaja Indonesia. Guru Konselor Sekolah, dan Penanggung jawab UKS adalah pejabat sekolah yang harapannya melakukan penerapan saringan kesihatan mental bagi pelajar secara berkala, tetapi selama ini belum secara riil melakukan penilaian dengan borang soal selidik SDQ. Uji Hipotesis mendapati bahwa dari 15 pembolehubah terikat, 4 diantaranya mempunyai hasil signifikan. Sungguhpun hasil uji hipotesis 11 pembolehubah bersandar tidak menunjukkan keputusan yang signifikan, namun kajian ini memiliki limitasi yang mungkin dapat menyebabkan keputusan tidak signifikan.

Pandangan hasil temu bual oleh Guru didapati faktor penentu permasalahan kesihatan mental pada remaja bercampur aduk. Guru menjelaskan permasalahan yang dihadapi pihak sekolah berkaitan dengan pelajar di Malaysia sangat kompleks. Latar belakang ibubapa dari sosial ekonomi dan pekerjaan serta tujuan mereka datang ke Malaysia menjadi salah satu faktor pemicu terjadinya permasalahan kesihatan mental pada remaja. Permasalahan lain yang menjadi faktor gangguan kesihatan mental adalah anak-anak dari keluarga pekerja migran yang tidak berdokumen menghadapi halangan untuk mendapatkan pendidikan, penjagaan kesihatan, dan perlindungan sosial keadaan ini boleh menimbulkan stres, kebimbangan dan rasa eksklusi. Apabila ibu atau bapa (atau kedua-duanya) bekerja jauh, terpisah dengan anak, anak berisiko mengalami kesepian, kurang sokongan emosi, dan perubahan dalam persekitaran hidup yang stabil ini boleh menyumbang terhadap masalah kesihatan mental. Sebagai contoh dalam konteks yang

lebih luas. Anak-anak yang hidup dalam situasi migrasi (ibu/bapa pekerja migran) mungkin merasa kurang kawalan terhadap hidup mereka sendiri, bimbang

tentang masa depan, dan kurang peluang untuk memilih kerjaya atau pendidikan yang diinginkan ini boleh meningkatkan kebimbangan dan tekanan. Anak-anak ini menghadapi bukan sahaja halangan institusi, tetapi juga tekanan sosial (misalnya rasa terpinggir) dan beban psikologi (contohnya akibat ketidakhadiran ibu bapa atau keperluan sokongan khas). (Yogi P, Wicipto S, 2023) Selain pendidikan, hak-hak lain seperti kesihatan, perlindungan dari eksploitasi atau diskriminasi juga bermasalah bagi anak pekerja migran. (Hidayat et al., 2023)

6.2.1 Isu Utama dan Cabaran Tekanan Akademik dan Peribadi

Majoriti remaja mengalami tekanan yang berpunca daripada tuntutan akademik dan masalah hubungan dengan rakan sebaya. Ada juga yang menghadapi tekanan akibat kematian ibu bapa. Strategi Mengatasi Masalah (Coping Mechanisms): Remaja cenderung untuk mengawal tekanan dengan berdiam diri, menangis, atau berkongsi masalah dengan ibu bapa dan rakan. Mereka juga terlibat dalam aktiviti hobi seperti mendengar muzik dan bersenam. Walau bagaimanapun, sebilangan kecil remaja menggunakan cara negatif seperti merokok atau terfikir untuk mencederakan diri sendiri. Perilaku Berisiko: Walaupun majoriti remaja menunjukkan tahap kesukaran yang normal, data kuantitatif mendedahkan bahawa mereka masih terlibat dalam perilaku berisiko seperti pergaduhan, aktiviti seksual, dan keganasan fizikal.

6.2.2 Sokongan dan Persekitaran Sokongan Sosial

Remaja melaporkan sokongan keluarga dan rakan yang baik, walaupun sesetengahnya menghadapi masalah interaksi. Sokongan keluarga secara keseluruhannya adalah tinggi, sementara sokongan rakan berbeza antara kumpulan remaja pendatang dan bukan pendatang. Peranan Sekolah: Sekolah memainkan peranan dalam menyediakan sokongan, terutamanya melalui program bimbingan dan kaunseling. Webinar dan seminar tentang kesihatan mental juga diadakan untuk meningkatkan kesedaran. Namun begitu, kurikulum kesihatan mental belum sepenuhnya diterapkan. Sikap dan Stigma:

Sebilangan remaja masih bersikap acuh tak acuh terhadap rakan yang dibuli atau menghadapi masalah. Ini menunjukkan masih terdapat stigma negative yang perlu diatasi.

6.2.3 Harapan dan Refleksi Remaja

Remaja berharap dapat mengenali dan menerima diri sendiri dengan lebih baik. Mereka juga mempunyai cita-cita untuk membahagiakan ibu bapa dan menjadi manusia yang berjaya. Sokongan daripada ibu bapa dan persekitaran sekolah yang positif dianggap sangat penting dalam membantu mereka menghadapi cabaran. Secara keseluruhan, kajian ini menekankan bahawa sokongan emosi daripada orang terdekat adalah keperluan utama apabila remaja menghadapi masalah.

6.3 CADANGAN

6.3.1 Cadangan kepada Pemegang Kebijakan Penyelenggara Pendidikan LN

Peningkatan Kerjasama antara dua negara dalam pengambilan Keputusan bidang Pendidikan Kesihatan promosi dan saringan untuk remaja

6.3.2 Cadangan kepada Jawatan Imigresen Indonesia dan Malaysia

Peningkatan Kerjasama dalam saringan pengurusan kelengkapan dokumen pekerja migran Indonesia dan keluarga.

6.3.3 Cadangan kepada Indonesian Embassy Bidang Kesihatan

Anak-anak tenaga kerja migran Indonesia di Kuala Lumpur dan sekitarnya menghadapi pelbagai cabaran dalam aspek kesihatan. Antaranya ialah akses terhadap kepada fasiliti kesihatan, status dokumentasi yang menyulitkan, kurangnya imunisasi lengkap, masalah pemakanan, serta keterbatasan sokongan kesihatan mental. Faktor ini berpotensi menjejaskan tumbesaran, perkembangan, dan kesejahteraan anak-anak tersebut. Cadangan ini bertujuan untuk: 1) Memastikan anak-anak tenaga kerja migran

Indonesia memperoleh akses kesihatan asas yang setara. 2) Mengurangkan risiko penyakit berjangkit, kekurangan zat makanan, dan masalah tumbesaran. 3) Menyediakan sokongan kesihatan mental dan psikososial. 4) Memperkuat kerjasama antara KBRI, komuniti migran, dan pihak berkuasa kesihatan Malaysia. Cadangan dan strategi yang diperlukan :

a. Klinik Kesihatan Komuniti KBRI

Mewujudkan pusat kesihatan komuniti di bawah koordinasi KBRI, bekerjasama dengan NGO dan sukarelawan perubatan

Menyediakan pemeriksaan kesihatan berkala, imunisasi asas, serta rawatan primer untuk anak-anak migran.

b. Skim Insurans Kesihatan Khas di Bawah KBRI

KBRI Kuala Lumpur dapat bekerjasama dengan syarikat insurans di Malaysia atau Indonesia untuk menyediakan skim insurans kesihatan khusus bagi anak-anak migran. Premium insurans disesuaikan agar mampu dibayar bulanan/tahunan oleh keluarga migran.

c. Subsidi Insurans untuk Keluarga Rentan

KBRI boleh mempertimbangkan pemberian subsidi (penuh/sebahagian) kepada keluarga migran berpendapatan rendah.

Dana subsidi boleh digabungkan melalui kerjasama antara KBRI, NGO, dan badan zakat/infaq setempat.

d. Perlindungan Kesihatan yang Ditanggung

Rawatan asas pediatrik (demam, infeksi, penyakit kulit, saluran pernafasan). Imunisasi rutin.

Pemeriksaan kesihatan berkala (nutrisi, tumbesaran, perkembangan).

Rawatan kecemasan dan kemasukan hospital asas.

Menyediakan sokongan makanan sihat (contohnya paket makanan bergizi) untuk anak-anak di sekolah komuniti Indonesia.

e. Pendidikan Kesihatan & Kesedaran Ibu Bapa

Mengadakan bengkel kesihatan untuk ibu bapa tentang pemakanan seimbang, kebersihan diri, pencegahan penyakit berjangkit, dan kesihatan reproduktif.

Menyebarkan maklumat melalui media sosial, risalah, dan program komuniti KBRI.

f. Sokongan Kesihatan Mental & Psikososial

Menyediakan kaunseling psikologi untuk anak-anak migran yang mengalami tekanan, trauma, atau masalah adaptasi.

Melatih guru sekolah Indonesia di Kuala Lumpur dalam memberikan sokongan psikososial asas.

g. Pusat Informasi & Edukasi

KBRI menyediakan pusat informasi untuk menjelaskan prosedur, faedah, dan cara mendaftar insurans kesihatan.

Penyebaran maklumat melalui sekolah komuniti Indonesia, media sosial, dan jaringan organisasi migran.

h. Kerjasama Strategik dengan Pihak Malaysia

Mengadakan rundingan dengan Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) untuk membolehkan akses kesihatan asas bagi anak migran tanpa diskriminasi.

Menjalin kerjasama dengan klinik swasta atau NGO tempatan yang fokus pada hak kesihatan kanak-kanak migran.

Manfaat yang dijangka dalam cadangan ini adalah untuk peningkatan status kesihatan fizikal, dan mental anak-anak migran, pengurangan kadar penyakit berjangkit dan masalah malnutrisi, penguatan imej positif KBRI sebagai pelindung warganegara Indonesia di luar negara. Dengan adanya sokongan penuh dari Bidang Kesihatan KBRI Kuala Lumpur, diharapkan anak-anak tenaga kerja migran Indonesia dapat menikmati hak kesihatan yang layak, selaras dengan prinsip hak asasi manusia dan perlindungan anak. Kerjasama antara KBRI, komuniti migran, dan pihak berkuasa tempatan adalah kunci kejayaan program ini.

6.4 KESIMPULAN

Saringan Kesihatan Mental telah dilaksanakan diseluruh dunia dengan beberapa kajian yang mencerminkan kepentingan mengintegrasikan kesihatan mental dalam kurikulum sekolah. Peperiksaan kesihatan mental di kalangan remaja Indonesia belum banyak dilakukan yang membandingkan dengan kondisi mental remaja di Indonesia yang tidak melakukan migrasi. Dengan kajian ini kami akan dapat menjelaskan kelemahan, aspek positif dan manfaat yang diperkenalkan mengenai pentingnya skrining kesihatan mental remaja dan pentingnya dukungan sosial dalam perkembangan kesihatan mental remaja. Skrining kesihatan mental utamanya menggunakan SDQ telah dimasukkan dalam program kesihatan mental di sekolah dalam program unit kesihatan sekolah oleh kementerian kesihatan republik Indonesia, tetapi belum semua kepala sekolah, guru dan mitra kerjasama yaitu kesihatan sekolah memahami cara menggunakan alat skrining, kegunaan dan manfaatnya.

Kajian ini menyumbang kepada data kementerian pendidikan KBRI KL dan kementerian pendidikan dan kementerian kesihatan republik indonesia untuk menentukan bilangan prevalen remaja yang membutuhkan bantuan pakar psikiatri. Soal selidik SDQ dan dukungan sosial ini dapat memberikan skrining awal perubahan perilaku remaja berkaitan gangguan kesihatan mental, dan gangguan kesihatan yang berisiko untuk kemudian menjadi data awal untuk menentukan arah peperiksaan selanjutnya sehingga remaja mendapatkan pertolongan awal oleh tenaga pakar di luar negara. Kajian ini juga dapat menentukan kerjasama dua negara dalam menentukan kebijakan kesihatan bagi remaja migran dan keluarga.



SENARAI RUJUKAN

- Amir Shah Noor Ahmad. 2019. Keselamatan Insan dan Akses Pendidikan Kanak-kanak Warga Indonesia di Sabah. *Jurnal Borneo Arkhailogia*. Vol. 4(1).
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2006). Guide to the construction of self-efficacy scales. *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*, 307–337.
- Beattie, L., Stewart, S. H., & Collins, P. 2020. Gender differences in adolescent social functioning and mental health: A review. *Adolescent Research Review* 5(2): 121–134.
- Becker, S. P., Sidol, C. A. & Van Dyk, T. 2018. Predicting academic, social, and emotional outcomes among children with ADHD: The role of social skills and peer relationships. *Journal of Abnormal Child Psychology* 46(6): 1201–1213.
- Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, S. E., Charrow, A., & Hansen, N. 2020. Family-based mental health interventions for children and adolescents affected by war and displacement: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 61(3): 332–343.
- Benatov, J., Klomek, A. B., & Chen-Gal, S. (2022). Bullying perpetration and victimization associations to suicide behavior: A longitudinal study. *Child & adolescent*
- Bidwell, L. C., Marceau, K. & Barkley, R. A. 2020. ADHD and substance use: Current evidence and future directions. *Current Psychiatry Reports* 22(12): 65.
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2018). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(6), 482–492.
- Brook, J. S., Morojele, N. K., Brook, D. W. & Rosenberg, G. 2008. Personal, interpersonal, and cultural predictors of stages of cigarette smoking among adolescents in Johannesburg, South Africa. *Tobacco Control* 17(1): 41–46.
- Cerrillo-Urbina, A. J., García-Hermoso, A., Sánchez-López, M.. 2019. The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Child: Care, Health and Development* 45(5): 637–645.
- Céspedes, C., Rubio, A., Viñas, F., Cerrato, S. M., Lara-Órdenes, E., & Ríos, J. (2021). Relationship Between Self-Concept, Self-Efficacy, and Subjective Well-Being of Native and Migrant Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11(January), 1–11.

- Chen, W., Ling, L., & Renzaho, A. M. N. 2021. Violent victimization and mental health among migrant adolescents: The mediating effect of family support and sense of belonging. *Journal of Affective Disorders* 282: 40–48.
- Chen, W., Ling, X., & Wang, Y. (2020). Social support and prosocial behavior among migrant adolescents: The mediating role of social identity. *Children and Youth Services Review*, 116, 105243.
- Eriksson, M., Aradhya, S., & Ghaderi, A. 2020. Social support and mental health in adolescents: A systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 14(1): 1–19.
- Erucar, S., Maltby, J., & Vostanis, P. 2020. How do Syrian refugee children in Turkey perceive relational factors in the context of their mental health? *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 25(1): 260–272.
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. 2012. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet* 379(9812): 266–282.
- Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S., & Ormrod, R. (2019). Polyvictimization and its impact on prosocial behavior in adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104189.
- Fluharty, M., Taylor, A. E., Grabski, M., & Munafò, M. R. (2017). The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(1), 3–13.
- Gatt, J. M., Alexander, R., Emond, A., Foster, K., Hadfield, K., Mason-Jones, A., Reid, S., Theron, L., Ungar, M., Woudes, T. A., & Wu, Q. 2020. Trauma, Resilience, and Mental Health in Migrant and Non-Migrant Youth: An International Cross-Sectional Study Across Six Countries. *Frontiers in Psychiatry* 10(3): 1–15.
- Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., & Hussain, S. 2019. Attention deficit hyperactivity disorder and gender: What is the evidence? *Indian Journal of Psychological Medicine* 41(6): 560–564.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. 2003. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *International Review of Psychiatry* 15(1–2): 166–172.
- Greenland, S., Mansournia, M. A. & Altman, D. G. 2016. Sparse data bias: a problem hiding in plain sight. *BMJ*, 352: i1981.
- Hasinuddin, M., Rusana, R., Noviana, U., Ekawati, H., Aini, N., & Poddar, S. (2021). Parents' Psychological Aspect in Caring for The Child During Covid-19 Pandemic. *Jurnal Ners*, 16(2). 193-197

- Hinshaw, S. P., & Scheffler, R.M. 2017. *ADHD: What Everyone Needs to Know*. Oxford University Press.
- Hidayat, T., Asmaroini, A. P., Sunarto, S., Sulton, S., & Chaniago, Z. (2023). Overview of Human Rights for Indonesian Migrant Worker Children to Receive An Education at The Hulu Langat Malaysia Guidance Studio. *QALAMUNA: Jurnal Pendidikan, Sosial, Dan Agama*, 15(2), 935–944.
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S. & Sturdivant, R. X. 2013. *Applied Logistic Regression* (3rd ed.). Wiley.
- Howard, K., Moore, D., Dimitrellou, E., Blaskova, L.K., Howard, J. 2024. School-based mental health support for migrant children and young people: A scoping review, *Journal of School Psychology*, Volume 107, ISSN 0022-4405,
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A. 2019. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health* 4(8): e356–e366.
- Idaiani, S., Fikaris, M.F., Chairunnisa, G. et al. 2025. Individual and area-level factors associated with depression in Indonesia: a multilevel analysis using the 2018 national basic health research. *BMC Public Health* 25, 3298.
- Katz, M. H. 2006. *Multivariable Analysis: A Practical Guide for Clinicians and Public Health Researchers* (2nd ed.). Cambridge University Press.
- Kementerian Kesehatan Malaysia (KKM) 2025. Caj perubatan bagi warga asing. <https://www.moh.gov.my/index.php/pages/view/163mid=293>.
- Kien, C., Sommer, I., Faustmann, A. 2019. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European countries: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry* 28(10): 1295–1310.
- Kim, H. H., & Chun, J. S. (2020). Bullying victimization, school environment, and suicide ideation and plan: focusing on youth in low-and middle-income countries. *Journal of Adolescent Health*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X1930357X>
- Koenig, H. G. 2020. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2020.
- Lam, P. H. (2024). An Extension to the stress-buffering model: Timing of support across the lifecourse. *Brain, Behavior, and Immunity - Health*, 42(August), 100876.
- Lampirilva, J., Moreira, C., & Rocha, T. (2022). Tobacco use and mental health in adolescence: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 70(4), 531–543.

- Liu, J., Li, L. & Fang, F. 2019. Psychosocial risk factors and protective factors for adolescent conduct problems: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies* 28: 1702–1715.
- Lu, Y. (2010). Mental health and risk behaviours of rural–urban migrants: Longitudinal evidence from Indonesia. *Population Studies*, 64(2), 147–163.
- Lu, W. (2020). Treatment for Adolescent Depression: National Patterns, Temporal Trends, and Factors Related to Service Use Across Settings. *Journal of Adolescent Health*, 67(3), 401–408.
- Llorent, V. J., Ortega-Ruiz, R., & Zych, I. (2021). Bullying and prosocial behavior: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1832.
- Mason, A., Jamieson, I., Riordan, B. C., Rapsey, C., Mason, A., Jamieson, I., Riordan, B. C., & Rapsey, C. (2025). Understanding the Interpersonal Psychological Theory of Suicide and the Role of Hopelessness Within a University Sample in Aotearoa New Zealand Suicide and the Role of Hopelessness Within a University Sample in Aotearoa New Zealand. *Journal of College Student Mental Health*, 00(00), 1–17.
- Martínez-Casanova, E., Molero-Jurado, M. del M., & Pérez-Fuentes, M. del C. (2024). Self-Esteem and Risk Behaviours in Adolescents: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 14(6).
- Moody, G., & Lau, J. Y. F. (2018). The impact of interpersonal violence on prosocial behavior in youth: A meta-analytic review. *Development and Psychopathology*, 30(1), 277–293.
- Mölsä, M. E., Forsman, A. K., & Söderberg, P. (2025). The role of peers, teachers, and family on daily positive affect among school students: A 10-day experience sampling study. *Educational Psychology*, 45(1), 87–104.
- Noam, G., Oppedal, B., Idsoe, T. & Panjwani, N. 2014. Mental Health Problems and School Outcomes Among Immigrant and Non-immigrant Early Adolescents in Norway. *School Mental Health* 6(4): 279–293.
- Naomi C. Z. Andrews, A. H. N. C. (2023). Bullying and The Abuse of Power. *International Journal of Bullying Prevention*.
- Olweus, D. (2020). School bullying: Development and some important challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 371–394.
- Orri, M., Turecki, G. & Geoffroy, M.C. 2018. Persistent childhood behavioral problems and adolescent suicidal ideation: A population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 57(5): 300–306.

- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science* 23(5): 381–387.
- Patalay, P. & Fitzsimons, E. 2018. Mental ill-health among children of the new century: Trends across childhood with a focus on age 14. *Centre for Longitudinal Studies*
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., et al. (2018). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423–2478.
- Punjani, N.S., Hegadoren, K., Hirani, S., Mumtaz, Z., Jackson, M. & Papathanassoglou, E. 2022. Perceptions and Experiences of Pakistani-Descent Female Adolescents Living in Canada, on Developing Sexuality and Self-Identity. *Sexes* 3(3): 413-433.
- Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., et al. 2019. Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour Research and Therapy* 123: 103501.
- Reed, R. V., Fazel, M., Jones, L., Panter-Brick, C. & Stein, A. 2021. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: Risk and protective factors. *The Lancet* 399(10322): 255–268.
- Roberts, M.E., Colby, S.M., Lu, B. & Tanski, S.E. 2020. Longitudinal associations between adolescent tobacco and substance use and young adult behavioral outcomes. *Addictive Behaviors* 104: 106288.
- Rommelse, N. N., van der Kruijs, M., Ferdinand, R. F., & Hartman, C. A. (2020). Social support and peer relationships of adolescents with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry* 29(6): 807–817.
- Rodríguez-Ventosa Herrera, E., Muñoz-San Roque, I., & Roldán Franco, M. A. (2024). Emotional and relational problems of adolescents with and without a migrant background in Europe: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 33(12), 4115– 4131.
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin* 143(8): 783–822.
- Schunk, D. H., & Pajares, F. (2005). Competence perceptions and academic functioning. In A. J. Elliot & C. S. Dweck (Eds.), *Handbook of Competence and Motivation* (pp. 85–104) The Guilford Press.
- Scholz, U., Dona, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2019). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 35(4), 447–457.

- Sim, A., Bowes, L. & Gardner, F. 2018. The protective role of social support for the mental health of unaccompanied asylum-seeking children and adolescents: A narrative review. *European Child & Adolescent Psychiatry* 27(10): 1157–1167.
- Sirin, S. R., Ryce, P., Gupta, T. & Rogers-Sirin, L. 2015. The role of acculturative stress on mental health symptoms for immigrant adolescents: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology* 51(5): 675–682.
- Steinberg, L. & Morris, A.S. 2020. Adolescent development. *Annual Review of Psychology* 71: 257–284.
- Tremblay, M. S., Carson, V., Chaput, J. P., Connor-Gorber, S., Dinh, T., Duggan, M., Faulkner, G., Gray, C. E., Grube, R., Janson, K., Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Kho, M. E., Latimer-Cheung, A. E., LeBlanc, C., Okely, A. D., Olds, T., Pate, R. R., Phillips, A., Zehr, L. (2016). Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: An integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 41(6), S311–S327.
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V. & Brent, D. 2022. Depression in young people. *The Lancet* 400(10352): 617–631.
- Thomson, K., Magee, C., Gagné Petteni, M., Oberle, E., Georgiades, K., Schonert-Reichl, K., Janus, M., Guhn, M., & Gadermann, A. (2024). Changes in peer belonging, school climate, and the emotional health of immigrant, refugee, and non-immigrant early adolescents. *Journal of Adolescence*, July, 1901–1916.
- Wang, J., Wang, Y. & Liang, Y. 2022. The association between social competence and ADHD symptoms among adolescents: A mediating role of emotion regulation. *Journal of Adolescence* 95: 1–9.
- WHO. (2021). Tobacco and youth: Risks and prevention. World Health Organization
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A. & Marceau, K. 2008. Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology* 4: 275–303.
- Zhao, J., Zhou, Y. & Wang, J. 2021. The relationship between peer victimization and social adjustment among adolescents: The role of gender and social support. *Frontiers in Psychology* 12: 636584.
- Zohsel, K., Blomeyer, D., Buchmann, A. F. 2021. Parenting style moderates the effects of early adverse experiences on ADHD symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 62(2): 236–244.
- Zhou, X., Zhu, H., Zhang, B., & Cai, T. (2020). Self-efficacy and mental health in adolescents: The mediating role of resilience. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1), 1–7.

LAMPIRAN A

SURAT KELULUSAN ETIKA PENYELIDIKAN



PUSAT PENGURUSAN PENYELIDIKAN DAN INSTRUMENTASI • CENTRE FOR RESEARCH AND INSTRUMENTATION MANAGEMENT

Rujukan: UKM PPI/111/8/JEP-2021-814

Tarikh: 09 Mac 2022

Profesor Madya Dr. Rosnah Sulan
Jabatan Kesihatan Masyarakat
Hospital Canselor Tuanku Muhriz
Pusat Perubatan UKM

Y.Bhg. Profesor/Datuk/Dato/Datin/Tuan/Puan,

KELULUSAN ETIKA MENJALANKAN PENYELIDIKAN DI UKM

Tajuk Penyelidikan : Penilaian Tahap Kesihatan Mental Remaja Imigran Indonesia Di Malaysia Dan Faktor Penentunya Semasa Pandemik COVID19 Satu Kajian Campuran Berturutan Eksploratori

Perkara yang tersebut di atas adalah dirujuk.

2. Sukacita dimaklumkan, Jawatankuasa Etika Penyelidikan UKM meluluskan permohonan penyelidikan Y. Bhg. Profesor/Datuk/Dato/Datin/Tuan/Puan bagi tajuk diatas. Tempoh kelulusan penyelidikan adalah daripada 07 Mac 2022 – 06 Mac 2023. Sila kemukakan sebarang Laporan Kesan Sampingan, Laporan Kemajuan Setiap 6 Bulan dan Laporan Akhir sebaik sahaja penyelidikan tamat kepada Jawatankuasa Etika Penyelidikan UKM.

3. Sukacita diingatkan projek penyelidikan ini hanya boleh dijalankan setelah mendapat surat kelulusan menjalankan penyelidikan dari Timbalan Dekan Penyelidikan Fakulti atau Pengarah Pusat/Institut.

Sekian, terima kasih.

Yang benar,


PROFESOR DR. MOHD SHAHRIR MOHAMED SAID

Pengerusi
Jawatankuasa Etika Penyelidikan
Universiti Kebangsaan Malaysia

- s.k.
- **Pengarah**
Pusat Pengurusan Penyelidikan dan Instrumentasi (CRIM)
Universiti Kebangsaan Malaysia
 - **Pengarah**
Hospital Canselor Tuanku Muhriz
Pusat Perubatan UKM
 - **Timbalan Dekan (Penyelidikan & Inovasi)**
Sekretariat Penyelidikan Perubatan & Inovasi
Hospital Canselor Tuanku Muhriz
Pusat Perubatan UKM

Sekretariat Etika Penyelidikan Universiti Kebangsaan Malaysia
Tingkat 1, Blok Klinik, Hospital Canselor Tuanku Muhriz, Pusat Perubatan UKM, Jalan Yaacob Latiff, Bandar Tun Razak, 56000 Cheras Kuala Lumpur,
Telefon: +603-9145 5046 / 5048
Email: sgpukm@ukm.edu.my Web: <http://research.ukm.my/jepukm/>

Mengilham Harapan, Mencipta Masa Depan • Inspiring Futures, Nurturing Possibilities

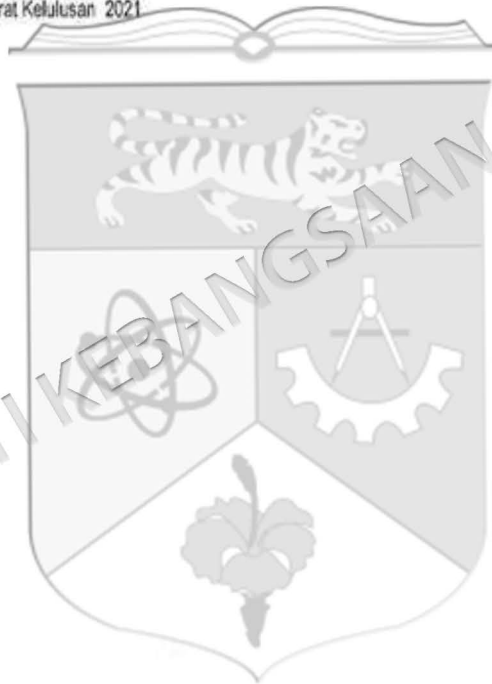

www.ukm.my



PUSAT PENGURUSAN PENYELIDIKAN DAN INSTRUMENTASI • CENTRE FOR RESEARCH AND INSTRUMENTATION MANAGEMENT

- **Ketua Jabatan Kesihatan Masyarakat**
Hospital Canselor Tuanku Muhriz
Pusat Perubatan UKM
- **Dr. Roszita Ibrahim**
- **Asta Adyani (P97228 – Calon PhD)**
Jabatan Kesihatan Masyarakat
Hospital Canselor Tuanku Muhriz
Pusat Perubatan UKM
- **Fail Surat Kelulusan 2021**

F1F1M2



Sekretariat Etna Penyelidikan Universiti Kebangsaan Malaysia
Tingkat 1, Blok Klinik, Hospital Canselor Tuanku Muhriz, Pusat Perubatan UKM, Jalan Yaacob Latif, Bandar Tun Razak, 56000 Cheras Kuala Lumpur.
Telefon: +603-9145 5045 / 5048
Email: spukm@ukm.edu.my Web: <http://research.ukm.my/jepukm/>



Mengilham Harapan, Mencipta Masa Depan • Inspiring Futures, Nurturing Possibilities

www.ukm.my



PUSAT PENGURUSAN PENYELIDIKAN DAN INSTRUMENTASI • CENTRE FOR RESEARCH AND INSTRUMENTATION MANAGEMENT

NAME OF ETHICS COMMITTEE/IRB: Research Ethics Committee, The National University of Malaysia	ETHICS COMMITTEE/IRB REF NO : UKM PPU/111/8/JEP-2021-814
PROTOCOL TITLE: <i>Penilaian Tahap Kesihatan Mental Remaja Imigran Indonesia Di Malaysia Dan Faktor Perantunya Semasa Pandemik COVID19 Satu Kajian Campuran Berturutan Eksploratori</i>	
PRINCIPAL INVESTIGATOR: Associate Professor Dr. Rosnah Sutan Department of Community Health Hospital Canselor Tuanku Muhriz UKM Medical Centre	
The following items ☒ have been received and reviewed in connection with the above study to be conducted by the above investigator. Documents ☒ Research Application Form ☒ Research Proposal / Protocol ☐ Publication Policy ☒ Non-Disclosure Agreement Information Sheet:- ☒ Malay ☐ English Consent Form:- ☒ Malay ☐ English Questionnaire:- ☒ Malay ☐ English Curriculum Vitae of Researcher:- ☒ Principal ☒ Co-researcher ☒ Student ☒ Good Clinical Practice Certificate (GCP) ☐ Project Agreement The Research Ethics Committee, The National University of Malaysia operates in accordance to the International Conference of Harmonization Good Clinical Practice Guidelines. Comments (if any): _____ Date of Approval: 07 March 2022  PROFESSOR DR. MOHD SHAHRIR MOHAMED SAID Chairman Research Ethics Committee The National University of Malaysia	

Sekretariat Etika Penyelidikan Universiti Kebangsaan Malaysia
 Tingkat 1, Blok Klinik, Hospital Canselor Tuanku Muhriz, Pusat Perubatan UKM, Jalan Yaacob Latif, Bandar Tun Razak, 56000 Cheras Kuala Lumpur.
 Telefon: +603-9145 5045 / 5046
 Email: ppukm@ukm.edu.my Web: <http://research.ukm.my/jepukm/>



Mengilham Harapan, Mencipta Masa Depan • Inspiring Futures, Nurturing Possibilities

www.ukm.my

LAMPIRAN B

SURAT KELULUSAN DARI SEKOLAH DI MALAYSIA DAN
INDONESIA JIKA ADA

KEDUTAAN BESAR REPUBLIK INDONESIA
KUALA LUMPUR

Kuala Lumpur, 23 Juli 2021

Nomor : SD.92/DL/07/2021/14
Perihal : Izin Penelitian di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur dan Johor Bahru

Kepada Yth.
Prof. Madya Dr. Rosnah Sutan
Ketua Penyelidik Kajian
Jabatan Kesihatan Masyarakat
Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM)

Salam Sejahtera

Merujuk surat Ketua Penyelidik Kajian, Jabatan Kesihatan Masyarakat, Fakulti Perubatan UKM, Nomor rujukan : UKM.FPR JKM-PHD-ASTA-2021, perihal izin penelitian di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur dan Johor Bahru, sebagai mana pada pokok surat. Bersama ini dengan hormat disampaikan bahwa pada prinsipnya Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) Kuala Lumpur, tidak berkeberatan dan memberikan izin penelitian kepada mahasiswa dimaksud :

Nama : Asta Adyani
Program Studi : Doktor
Asal Universitas : Fakultas Perubatan, Universiti Kebangsaan Malaysia (UKM)

Untuk melaksanakan penelitian penulisan tesis Doktor yang berjudul "Satu Kajian Campuran Untuk Menilai Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Gejala Kesehatan Mental Pada Remaja Sekolah Immigran Indonesia yang Berada di Malaysia" di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (SIKL) dan Sekolah Indonesia Johor Bahru (SIJB). Komunikasi lebih lanjut peneliti dapat menghubungi SIKL yang beralamat, No.1, lorong Tun Ismail, Kuala Lumpur 50480, telp : 03-26927682, dan SIJB yang beralamat di KJRI Johor Bahru, No. 46, Jalan Taat, Bandar Johor Bahru, 80100 Johor Bahru.

Sebagai bahan masukan bagi pengembangan SIKL dan SIJB, kami sangat mengharapkan hasil penelitian tersebut dapat diberikan salinan publikasinya kepada kami.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



A.n. Kepala Perwakilan RI
Atase Pendidikan dan Kebudayaan

Mokhammad Farid Maruf, Ph.D
NIP 19721223 199803 1002

Tembusan Yth :
1. Duta Besar RI
2. Kepala Sekolah Indonesia Kuala Lumpur
3. Pih Sekolah Indonesia Kota Kinabalu

No. 233 Jalan Tun Razak, 50400 Kuala Lumpur, Malaysia.
Tel : +(603) 2116 4122 / 2116 4123 Fax : +(603) 2144 5528 / 2141 7908
E-mail : atdikbud.kl@kemdikbud.go.id / atasedik.kbrkl@gmail.com

LAMPIRAN C

BORANG SOAL SELIDIK KUANTITATIF

MAKLUMAT KEPADA IBUBAPA RESPONDEN



KODE RUJUKAN			

KUISIONER FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEJADIAN KESEHATAN MENTAL PADA REMAJA IMMIGRAN INDONESIA DI MALAYSIA DAN REMAJA DI INDONESIA

Informasi Kepada Responden

Kuisioner ini bertujuan untuk menilai faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian kesihatan mental pada remaja sekolah Indonesia yang berada di Malaysia dan Indonesia.

KUISIONER A. DEMOGRAFI RESPONDEN

Petunjuk Pengisian :

Silahkan beri tanda (√) mengikut kesesuaian pernyataan Biodata Diri anda.

Biodata Diri Responden

1. Nama : _____
2. Jenis Kelamin : lelaki ☐ perempuan ☐
3. Tarikh lahir :

bulan	

tahun			
4. Tempat lahir : _____

5. Nama Sekolah Saat ini :

Sekolah Indonesia Kuala Lumpur, Malaysia

Sekolah Menengah Pertama Muhammadiyah,

Sekolah Menengah Atas Muhammadiyah

6. Gred/ Tingkat/ Kelas

7. Agama :

SMP Tingkat 1

SMP Tingkat 2

SMP Tingkat 3

SMA Tingkat 1

SMA Tingkat 2

SMA Tingkat 3

Islam

Hindu

Kristen
Katolik

Kristen
Protestan

Kristen
Protestan

KUISIONER B. PENGUKURAN KESIHATAN MENTAL

Kuisisioner Kekuatan dan Kesulitan Pada Anak

(Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) Pada Remaja Usia 11-20 tahun)

Petunjuk Pengisian :

Tanda (✓) Pada setiap pernyataan yang sesuai dengan kondisi yang menggambarkan diri Anda, pada pilihan Jawaban TB (Tidak Benar), AB (Agak Benar), B (Benar)

No	Item	Tidak Benar	Agak Benar	Benar
1	Saya berusaha bersikap baik kepada orang lain. Saya peduli dengan perasaan mereka			
2	Saya Gelisah, Saya tidak dapat diam untuk waktu yang lama			
3	Saya sering sakit kepala, sakit perut atau macam macam sakit lainnya			
4	Kalau saya memiliki mainan, CD, atau makanan, saya biasanya berbagi dengan orang lain			
5	Saya menjadi sangat marah dan sering tidak dapat mengendalikan kemarahan saya			
6	Saya lebih suka sendirian daripada Bersama dengan orang orang yang seumuran dengan saya			
7	Saya biasanya melakukan apa yang diperintahkan oleh orang lain			
8	Saya banyak merasa cemas atau khawatir terhadap apapun			
9	Saya selalu siap menolong jika ada orang yang terluka, kecewa atau merasa sakit.			
10	Bila sedang gelisah atau cemas, badan saya sering bergerak gerak tanpa saya disadari			
11	Saya mempunyai satu orang teman baik atau lebih.			

12	Saya sering bertengkar dengan orang lain. Saya dapat memaksa orang lain melakukan apa yang saya inginkan.			
13	Saya sering merasa tidak Bahagia, sedih atau menangis			
14	Orang lain pada seumuran saya, pada umumnya menyukai saya.			
15	Perhatian saya mudah teralihkan, saya sulit memusatkan perhatian pada siapapun			
16	Saya merasa gugup dalam situasi baru, saya, saya mudah kehilangan rasa percaya diri.			
17	Saya bersikap baik terhadap anak-anak yang lebih muda dari saya			
18	Saya sering dituduh berbohong atau berbuat curang			
19	Saya sering diganggu atau dipermainkan oleh anak-anak atau remaja lainnya			
20	Saya sering menawarkan diri untuk membantu orang lain (Ibubapa, guru, anak-anak)			
21	Sebelum melakukan sesuatu saya berfikir dahulu tentang akibatnya			
22	Saya mengambil barang bukan milik saya dari rumah, sekolah atau dari masa saya saja			
23	Saya lebih mudah berteman dengan orang dewasa daripada dengan orang-orang yang seumur saya			
24	Banyak yang saya takuti, dan saya mudah menjadi takut			
25	Saya menyelesaikan pekerjaan yang sedang saya lakukan, saya mempunyai perhatian yang baik terhadap apapun.			

KUISIONER C. SKALA KEYAKINAN DIRI

Petunjuk Pengisian

Tanda (√) Pada setiap pernyataan yang sesuai dengan keadaan yang anda alami pada salah satu Kolom Pilihan jawaban yang anda anggap benar iaitu Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS)

No	Aspek	Item			
		Sangat Sesuai	Sesuai	Tidak Sesuai	Sangat Tidak Sesuai
1	Secara Keseluruhan, Saya puas hati dengan diri saya				
2	Terkadang saya merasa sebagai orang yang sama sekali tidak baik				
3	Saya merasa banyak memiliki kelebihan dalam diri saya				
4	Saya mampu berbuat sebaik orang lain, pada umumnya				
5	Tidak banyak yang bisa dibanggakan pada diri sendiri				
6	Saya sangat merasa tidak berguna sama sekali				
7	Saya merasa bahwa diri saya cukup berharga, setidaknya sama dengan orang lain.				
8	Saya berharap bisa lebih menghargai diri sendiri				
9	Secara keseluruhan saya mengakui bahwa saya adalah orang yang gagal				
10	Saya bersikap positif terhadap diri sendiri				

KUISIIONER D. MPSS

(Multidimensional Scale of Perceived Social Support Item Distributions and Their Characteristics)

Petunjuk Pengisian :

Tanda (✓) Pada setiap pernyataan yang sesuai dengan keadaan yang anda alami pada salah satu Kolom Pilihan jawaban yang anda anggap benar Iaitu Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak setuju (TS), Sangat Tidak Setuju (STS)

No	Item dan Deskripsi	Sangat Setuju	Setuju	Kurang Setuju	Tidak Setuju	STS
		5	4	3	2	1
1	Keluarga saya sangat membantu saya					
2	Saya mendapatkan bantuan emosional dan support yang saya butuhkan dari keluarga					
3	Saya tidak dapat membicarakan masalah saya dengan keluarga					
4	Skala Pertemanan					
5	Teman saya sungguh sungguh mencoba untuk membantu saya					
6	Saya dapat mengandalkan teman saya Ketika ada masalah					
7	Saya mempunyai teman yang saya dapat berbagi suka dan duka					
8	Saya dapat berbicara tentang masalah saya dengan teman saya					
9	Ada orang special yang ada saat saya membutuhkan					
10	Ada orang special dimana saya dapat berbagi suka dan duka					
11	Saya memiliki orang special yang merupakan sumber kenyamanan bagi saya					
12	Ada orang special dalam hidup yang peduli tentang perasaan saya					

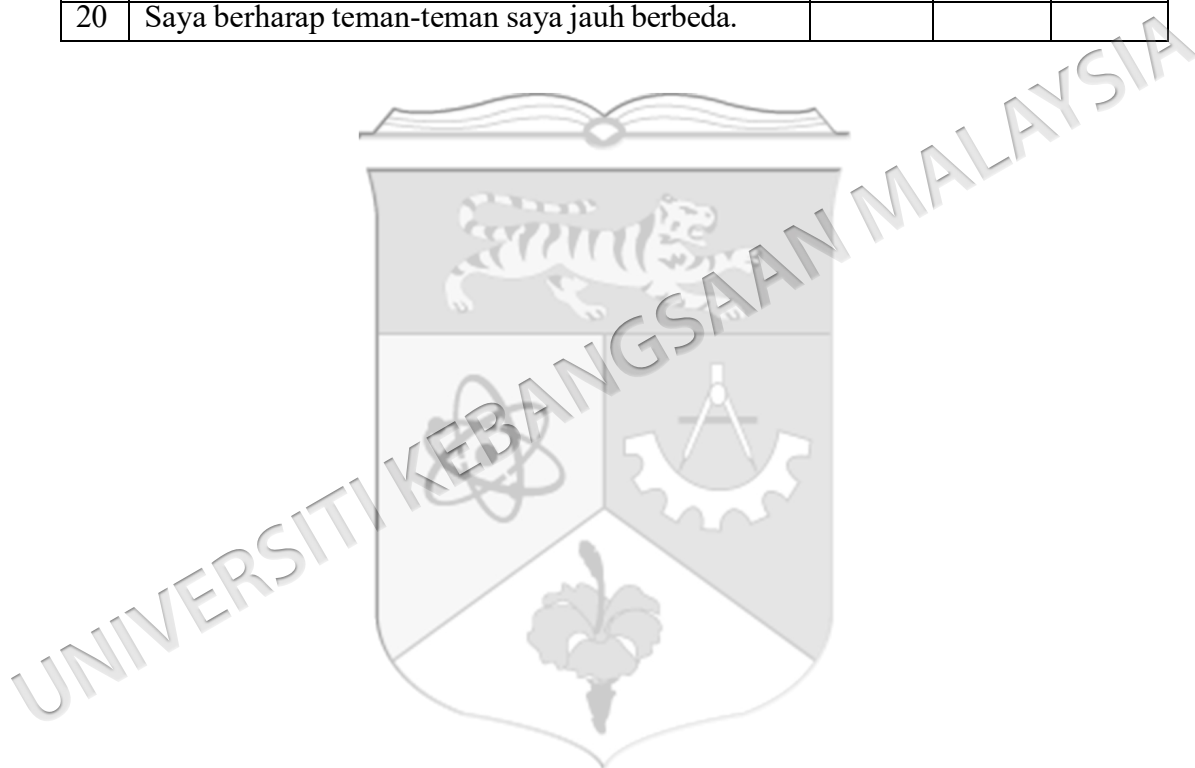
KUESIONER E SOKONGAN TEMAN SEBAYA

Petunjuk Pengisian :

Tanda (√) pada kolom jawaban pertanyaan dengan jujur. Jawablah sesuai dengan pilihan jawaban : Ya / Tidak /Tidak Tau.

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Tidak Tau
1	Teman-teman saya memberi saya sokongan moral yang saya butuhkan.			
2	Kebanyakan orang lain lebih dekat dengan teman mereka daripada saya			
3	Teman-teman saya senang mendengar tentang apa yang saya pikirkan			
4	Teman-teman tertentu datang kepada saya ketika mereka memiliki masalah atau membutuhkan nasihat			
5	Saya mengandalkan teman-teman saya untuk sokongan emosional.			
6	Jika saya merasa bahwa satu atau lebih teman saya sedang kesal denganku, aku hanya akan menyimpannya untuk diriku sendiri			
7	Saya merasa bahwa saya berada di pinggiran dalam lingkaran teman- teman saya.			
8	Ada teman yang bisa saya kunjungi jika saya merasa terpuruk, tanpa merasa lucu tentang hal itu nanti.			
9	Teman-teman saya dan saya sangat terbuka tentang hal apa yang kami Bersama pikirkan			
10	Teman saya peka terhadap kebutuhan pribadi saya.			
11	Teman-teman saya datang kepada saya untuk mendapatkan sokongan emosional.			
12	Teman-teman saya pandai membantu saya memecahkan masalah.			
13	Saya memiliki hubungan berbagi yang mendalam dengan nomor dari teman			
14	Teman-temanku mendapatkan ide bagus tentang bagaimana melakukan sesuatu atau membuat sesuatu dari saya			

15	Ketika saya curhat pada teman, itu membuat saya merasa tidak nyaman.			
16	Teman-teman saya mencari saya untuk persahabatan.			
17	Saya pikir teman-teman saya merasa bahwa saya pandai membantu mereka memecahkan masalah.			
18	Saya tidak memiliki hubungan dengan teman yang seperti intim seperti hubungan orang lain dengan teman-teman.			
19	Saya baru-baru ini mendapat ide bagus tentang bagaimana melakukan sesuatu dari seorang teman.			
20	Saya berharap teman-teman saya jauh berbeda.			



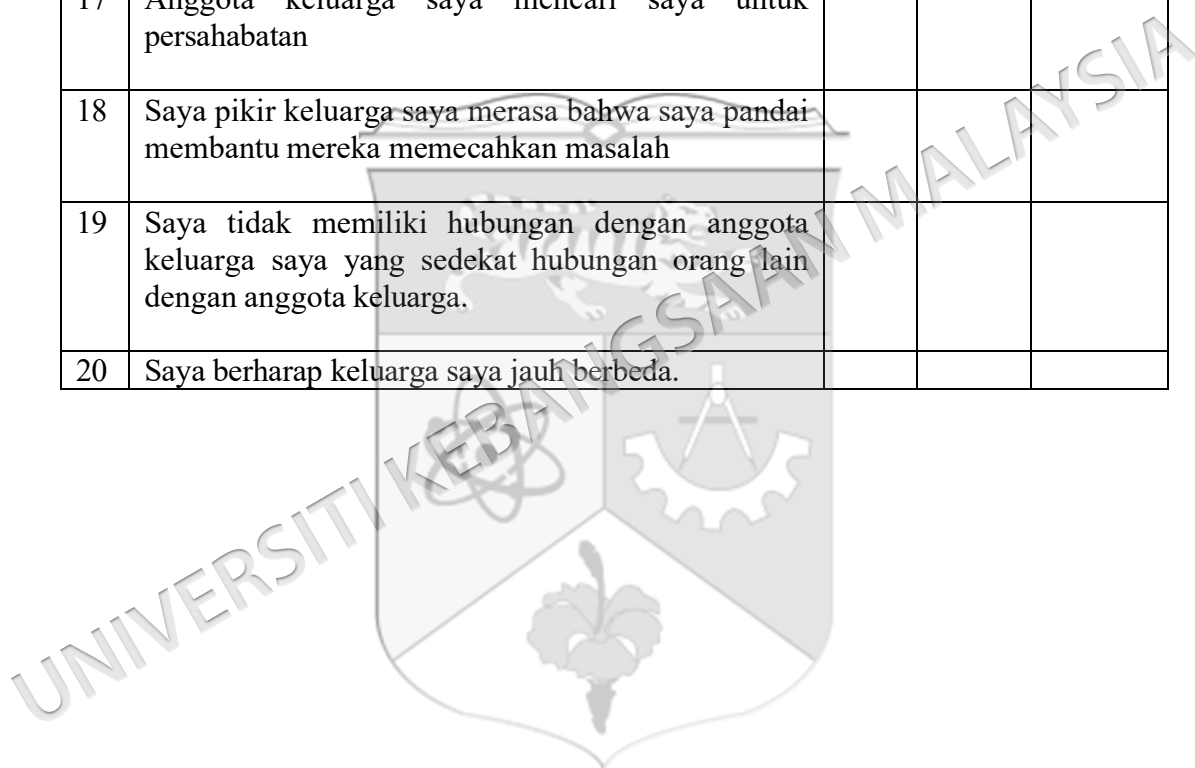
KUESIONER F SOKONGAN KELUARGA

Petunjuk Pengisian :

Tanda (√) pada kolom jawaban yang bersesuaian. Jawablah pertanyaan dengan jujur

No		Ya	Tidak	Tidak Tahu
1	Keluarga saya memberi saya sokongan moral yang saya butuhkan.			
2	Saya mendapatkan idea bagus tentang bagaimana melakukan sesuatu atau membuat sesuatu dari keluarga saya			
3	Kebanyakan orang lain lebih dekat dengan keluarga mereka daripada saya.			
4	Ketika saya menceritakan kepada anggota keluarga saya yang paling dekat, dan saya mendapatkan idea bahawa itu membuat mereka tidak nyaman			
5	Keluarga saya senang mendengar tentang apa yang saya pikirkan			
6	Anggota keluarga saya berbagi banyak minat saya			
7	Beberapa anggota keluarga saya datang kepada saya ketika mereka memiliki masalah atau membutuhkan saran			
8	Saya mengandalkan keluarga saya untuk sokongan emosional.			
9	Ada anggota keluarga saya yang bisa saya kunjungi jika saya hanya merasa sedih, tanpa merasa lucu tentang itu nanti.			
10	Saya dan keluarga sangat terbuka tentang hal apa yang kami pikirkan			
11	Keluarga saya peka terhadap kebutuhan pribadi saya.			
12	Anggota keluarga saya datang kepada saya untuk memberikansokongan emosional			

13	Anggota keluarga saya pandai membantu saya menyelesaikan masalah			
14	Saya memiliki hubungan berbagi yang mendalam dengan anggota keluarga saya.			
15	Anggota keluarga saya mendapatkan idea bagus tentang caranya untuk melakukan sesuatu atau membuat sesuatu dari saya			
16	Ketika saya menceritakan kepada anggota keluarga saya, itu membuatku tidak nyaman.			
17	Anggota keluarga saya mencari saya untuk persahabatan			
18	Saya pikir keluarga saya merasa bahwa saya pandai membantu mereka memecahkan masalah			
19	Saya tidak memiliki hubungan dengan anggota keluarga saya yang sedekat hubungan orang lain dengan anggota keluarga.			
20	Saya berharap keluarga saya jauh berbeda.			



KUISIONER G. INTERAKSI SOSIAL REMAJA

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah kuisisioner ini dengan seksamadan pahami baik baik setiap pernyataan
2. Kuisisioner ini memiliki dua alternatif jawaban , antara lain :
 - a. Ya, Jika pernyataan sesuai dengan diri anda
 - b. Tidak, Jika pernyataan tidak sesuai dengan diri anda
3. Tanda (v) pada salah satu kolom jawaban yang sesuai dengan keadaan anda
4. Kerjakanlah semua nombor tanpa ada yang kosong

Fokus	Sub Fokus	No	Pernyataan	Jawaban	
				Ya	Tidak
Interaksi Sosial	Interaksi Sosial di lingkungan Sekolah	1	Saya menyapa semua guru/pegawai sekolah		
		2	Saya menyapa teman dari kelas lain		
		3	Saya hanya berteman dengan teman sekelas saja		
		4	Saya hanya menyapa guru/pegawai yang saya kenal saja		
		5	Saya berkunjung kerumah guru untuk bersilaturahmi		
	Interaksi Sosial di lingkungan keluarga	6	Saya berpamitan dengan ibubapa Ketika mau berangkat sekolah ataupun bermain kerumah teman		
		7	Saya meminta pendapat ibubapa mengenai masalah yang saya alami		
		8	Saya menceritakan kegiatan selama di sekolah kepada anggota keluarga		
		9	Saya meminta bantuan anggota keluarga Ketika mengerjakan pekerjaan rumah apabila mengalami kesulitan		
		10	Saya berdiam diri di kamar Ketika ada aktivitas di rumah yang melibatkan orang lain.		
	Interaksi sosial di lingkungan masyarakat	11	Saya mengikuti aktivitas kerjabakti di lingkungan masyarakat		
		12	Saya mengunjungi rumah tetangga untuk bermain		
		13	Saya mengajak bermain teman ke rumah		
		14	Saya mengikuti kegiatan keagamaan dilingkungan masyarakat		
		15	Saya mengikuti kegiatan karangtaruna		

BAGIAN 1

Silakan Baca Pertanyaan Dibawah :

KUISIONER H. KESIHATAN DIRI REMAJA

1. Berapa Tinggi Badan anda tanpa menggunakan Sepatu (alas kaki): _____ cm
2. Berapakah Berat Badan anda dalam pakaian ringan tanpa memakai sepatu (alas kaki)?): _____ Kg.

Pilihlah SATU jawaban yang sesuai dengan anda (✓):

3. Bagaimana pandangan anda tentang berat diri anda?
 - a. Kurang Berat badan (1)
 - b. Sedikit kurang berat badan (2)
 - c. Berat badan yang sesuai (3)
 - d. Sedikit berlebihan berat badan (4)
 - e. Berat Badan berlebih (5)
4. Apakah yang telah anda lakukan kepada berat anda ?
 - a. Saya tidak berbuat apa apa tentang berat badan saya (1)
 - b. Mengurangi berat badan (2)
 - c. Meningkatkan berat badan (3)
 - d. Kekalkan berat badan (4)
5. Dalam tempo 30 hari yang lalu, berapa sering anda kelaparan karena tidak cukup makanan dirumah?
 - a. Tidak pernah (1)
 - b. Jarang-jarang (2)
 - c. Kadang-kadang (3)
 - d. Kebanyakan masa (4)
 - e. Sentiasa (5)
6. Dalam tempo 30 hari yang lalu, berapa kali dalam sehari anda biasanya makan buah?
 - a. Saya tidak makan buah dalam 30 hari yang lalu (1)
 - b. Kurang dari 1 buah dalam sehari (2)
 - c. 1 kali sehari (3)
 - d. 2 kali sehari (4)
 - e. 3 kali sehari (5)
 - f. 4 kali sehari atau lebih (6)
7. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa kali dalam sehari anda biasanya makan sayur?
 - a. Saya tidak makan sayur dalam 30 hari yang lalu (1)
 - b. Kurang dari 1 dalam sehari (2)
 - c. 1 kali sehari (3)
 - d. 2 kali sehari (4)
 - e. 3 kali sehari (5)
 - f. 4 kali sehari atau lebih (6)

8. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa kali dalam sehari anda biasanya minum air berkarbonat seperti (cocacola, sprite, pepsi, dan lain-lain?), (Air berkarbonat diet tidak termasuk dalam kumpulan ini)
 - a. Saya tidak minum air berkarbonat dalam 30 hari yang lalu (1)
 - b. Kurang dari 1 kali dalam sehari (2)
 - c. 1 kali sehari (3)
 - d. 2 kali sehari (4)
 - e. 3 kali sehari (5)
 - f. 4 kali sehari atau lebih (6)
9. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa kali dalam sehari anda biasanya minum air seperti air mineral, airmasak, atau air paip (pipa/ air keran)?
 - a. Saya tidak minum air dalam 30 hari yang lalu (1)
 - b. Kurang dari 1 kali dalam sehari (2)
 - c. 1 kali sehari (3)
 - d. 2 kali sehari (4)
 - e. 3 kali sehari (5)
 - f. 4 kali sehari atau lebih (6)
10. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa kali dalam sehari anda biasanya minum susu atau makan produk tenusu seperti susu, keju, yogurt dan lain-lain? (ini tidak termasuk susu pekat manis)
 - a. Saya tidak minum susu atau makan produk tenusu dalam tempo 30 hari yang lalu (1)
 - b. Kurang dari 1 kali dalam sehari (2)
 - c. 1 kali sehari (3)
 - d. 2 kali sehari (4)
 - e. 3 kali sehari (5)
 - f. 4 kali sehari atau lebih (6)
11. Dalam waktu 7 hari yang lalu, berapa hari anda makan makanan segera (cepat saji) dari restoran makanan segera (cepat saji) seperti McDonald, KFC, dan Pizza Hut?
 - a. Kurang dari 1 kali dalam sehari (1)
 - b. 1 kali sehari (2)
 - c. 2 kali sehari (3)
 - d. 3 kali sehari (4)
 - e. 4 kali sehari atau lebih (5)
12. Dalam waktu 7 hari yang lalu, berapa hari anda makan sebelum jam 9 ?
 - a. Kurang dari 1 kali dalam sehari (1)
 - b. 1 kali sehari (2)
 - c. 2 kali sehari (3)
 - d. 3 kali sehari (4)
 - e. 4 kali sehari atau lebih (5)

BAGIAN 2.

Pertanyaan berikut ini adalah berkaitan dengan kegiatan Kebersihan Gigi.

13. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa kali dalam sehari anda membersihkan atau menggosok gigi anda?
 - a. Saya tidak membersihkan atau menggosok gigi dalam 30 hari yang lalu (1)
 - b. Kurang dari 1 kali dalam sehari (2)
 - c. 1 kali sehari (3)
 - d. 2 kali sehari (4)
 - e. 3 kali sehari (5)
 - f. 4 kali sehari (6)

14. Dalam waktu 12 bulan yang lalu, adakah sakit gigi menyebabkan anda tidak hadir ke kelas atau sekolah ?
 - a. Ya (1)
 - b. Tidak (2)

15. Adakah anda menggunakan obat gigi berfluorida?
 - a. Ya (1)
 - b. Tidak (2)
 - c. Tidak tahu (3)

16. Kapan kali terakhir anda berjumpa doktor gigi atau perawat gigi untuk pemeriksaan gigi atau pemeriksaan, pembersihan gigi atau perawatan gigi yang lain?
 - a. Dalam tempo 12 bulan yang lalu (1)
 - b. Diantara 12 hingga 24 bulan yang lalu (2)
 - c. Lebih dari 24 bulan yang lalu (3)
 - d. Tidak pernah (4)
 - e. Tidak tahu (5)

17. Apakah anda menolak untuk tersenyum atau tertawa karena khawatir dengan gigi anda?
 - a. Ya (1)
 - b. Tidak (2)

Pertanyaan di bawah ini adalah berkaitan dengan kegiatan Membasuh Tangan

18. Dalam 30 hari yang lalu, berapa sering anda membasuh tangan sebelum makan?
 - a. Tidak pernah (1)
 - b. Jarang-jarang (2)
 - c. Kadang-Kadang (3)
 - d. Kebanyakan masa (4)
 - e. Setiap kali (5)

19. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa sering anda membasuh tangan setelah menggunakan Kamar Mandi ?
 - a. Tidak pernah (1)
 - b. Jarang-Jarang (2)
 - c. Kadang-kadang (3)
 - d. Kebanyakan masa (4)
 - e. Setiap kali (5)

20. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa sering anda menggunakan sabun pada waktu membasuh tangan anda?
- Tidak pernah (1)
 - Jarang-jarang (2)
 - Kadang kadang (3)
 - Kebanyakan masa (4)
 - Setiap kali (5)

BAGIAN 3

Silahkan Baca Pernyataan Di Bawah Ini

Pernyataan berikutnya adalah berkaitan dengan kekerasan fisik. Kekerasan Fisik terjadi apabila seorang atau lebih orang menyerang individu lain dengan anggota badan atau senjata seperti kayu, pisau atau senjata api. Serangan fisik tidak termasuk jika dua individual atau pelajar yang sama postur tubuh atau kekuatan setuju untuk berkelahi.

21. Dalam waktu 12 bulan yang lalu, berapa kali anda telah diserang secara fisik?
- 0 kali (1)
 - 1 kali (2)
 - 2 atau 3 kali (3)
 - 4 atau 5 kali (4)
 - 6 atau 7 kali (5)
 - 8 atau 9 kali (6)
 - 10 atau 11 kali (7)
 - 12 kali atau lebih (8)
22. Dalam waktu 12 bulan yang lalu, berapa kali anda terlibat dalam pertengkar secara fisik?
- 0 kali (1)
 - 1 kali (2)
 - 2 atau 3 kali (3)
 - 4 atau 5 kali (4)
 - 6 atau 7 kali (5)
 - 8 atau 9 kali (6)
 - 10 atau 11 kali (7)
 - 12 kali atau lebih (8)

Silahkan baca pernyataan di bawah ini

Pernyataan selanjutnya adalah berkaitan dengan cedera serius yang pernah anda alami. Kecerdasan serius berlaku apabila anda tidak hadir sekurang-kurangnya satu hari aktiviti biasa yang dilakukan (termasuk sekolah dan ataukerja) atau cedera yang memerlukan perawatan doktor atau anggota Kesehatan lain.

23. Dalam waktu 12 bulan yang lalu, berapa kali anda mengalami Cedera serius?
- 0 kali (1)
 - 1 kali (2)
 - 2 atau 3 kali (3)

- d. 4 atau 5 kali (4)
 - e. 6 atau 7 kali (5)
 - f. 8 atau 9 kali (6)
 - g. 10 atau 11 kali (7)
 - h. 12 kali atau lebih (8)
24. Dalam waktu 12 bulan yang lalu, apakah cedera yang paling serius yang anda pernah alami?
- a. Saya tidak mengalami cedera dalam tempo 12 bulan yang lalu (1)
 - b. Patah tulang atau sendi dislokasi (2)
 - c. Luka atau tikaman (3)
 - d. Benturan (cedera) pada kepala atau cedera leher, pingsan, atau tidak bisa bernafas (4)
 - e. Cedera karena senjata api (5)
 - f. Cedera Luka Bakar pada kulit yang serius (6)
 - g. Diracun atau meminum obat berlebihan (7)
25. Dalam waktu 12 bulan yang lalu, apakah penyebab utama cedera serius yang anda alami?
- a. Saya tidak mengalami cedera dalam 12 bulan yang lalu (1)
 - b. Saya terlibat dalam kecelakaan kenderaan (2)
 - c. Saya terjatuh (3)
 - d. Sesuatu terjatuh atau terkena saya (4)
 - e. Saya telah diserang atau didera atau berkelahi dengan orang lain (5)

Silahkan baca pernyataan di bawah ini

Pernyataan berikutnya adalah berkaitan Buli berlaku apabila seseorang atau sekumpulan pelajar mengatakan atau melakukan sesuatu yang tidak menyenangkan pelajar lain. Seseorang juga boleh dikatakan dibuli apabila dia diejek secara berkesinambungan atau dipermalukan dengan sengaja. Buli tidak dianggap apabila dua pelajar yang sama besar atau kekuatan berkelahi atau ejekan dilakukan secara bergurau atau berseronok bagi kedua-dua pihak.

26. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa hari anda telah di buli?
- a. 0 hari (1)
 - b. 1 atau 2 hari (2)
 - c. 3 hingga 5 hari (3)
 - d. 6 hingga 9 hari (4)
 - e. 10 hingga 19 hari (5)
 - f. 20 hingga 29 hari (6)
 - g. Kesemua 30 hari (7)
27. Dalam waktu 30 hari yang lalu, perlakuan buli apakah yang paling sering anda alami?
- a. Saya tidak dibuli dalam 30 hari (1)
 - b. Saya telah dipukul, ditendang, didorong atau dikunci dalam suatu tempat. (2)
 - c. Saya telah diejek karena bangsa, kerakyatan, atau warna kulit saya (3)
 - d. Saya telah diejek karena agama saya (4)

- e. Saya telah diejek dengan ejekan seksual seperti melalui ucapan, perilaku atau gurauan. (5)
- f. Saya telah diberhentikan dari semua aktivitas secara sengaja atau langsung tidak diperdulikan (6)
- g. Saya diejek karena bentuk badan atau paars rupa saya (7)
- h. Saya telah dibuli dengan cara lain.(8)

Silahkan baca pernyataan dibawah ini :

Pertanyaan berikutnya adalah berkkaitan dengan deraan fisik dan lisan di rumah. Apabila seseorang memukul atau mengatakan kata yang menyakitkan hati ianya diambil kita sebagai deraan fisik dan lisan.

28. Dalam waktu 30 hari yang lalu,adakah anda telah dipukul di rumah sehingga meninggalkan kesan atau mengalami kecederaan?

- a. 0 kali (1)
- b. 1 kali (2)
- c. 2 atau 3 kali (3)
- d. 4 atau 5 kali (4)
- e. 6 atau 7 kali (5)
- f. 8 atau 9 kali (6)
- g. 10 atau 11 kali (7)
- h. 12 kali atau lebih 34 (8)

29. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa kali seseorang di rumah menyatakan sesuatu yang menyakitkan hatiatau menghina anda?

- a. 0 kali (1)
- b. 1 kali (2)
- c. 2 atau 3 kali (3)
- d. 4 atau 5 kali (4)
- e. 6 atau 7 kali (5)
- f. 8 atau 9 kali (6)
- g. 10 atau 11 kali (7)
- h. 12 kali atau lebih 8)

BAGIAN 5

Pertanyaan berikut adalah berkaitan perasaan dan persahabatan anda

30. Dalam waktu 12 bulan yang lalu, berapa sering anda merasa kesepian?

- a. Tidak pernah (1)
- b. Jarang-Jarang (2)
- c. Kadang-Kadang (3)
- d. Kebanyakan masa (4)
- e. Setiap kali (5)

31. Dalam waktu 12 bulan yang lalu, berapa sering anda merasa terlalu khawatir tentang sesuatu perkara sehingga anda tidak dapat tidur di waktu malam?
- Tidak pernah (1)
 - Jarang-Jarang (2)
 - Kadang-kadang (3)
 - Kebanyakan waktu (4)
 - Setiap kali (5)
32. Dalam waktu 12 bulan yang lalu, pernahkah anda terfikir secara serius untuk membunuh diri?
- Ya (1)
 - Tidak (2)
33. Dalam waktu 12 bulan yang lalu adakah anda membuat rencana untuk bunuh diri ?
- Ya (1)
 - Tidak (2)
34. Dalam waktu 12 bulan yang lalu, berapa kali anda telah mencoba untuk bunuh diri?
- 0 kali (1)
 - 1 kali (2)
 - 2 atau 3 kali (3)
 - 4 hingga 5 kali (4)
 - 6 kali atau lebih (5)
35. Berapa banyak teman dekat yang anda miliki?
- 0 kawan (1)
 - 1 kawan (2)
 - 2 kawan (3)
 - 3 atau lebih (4)

BAGIAN 6.

Pertanyaan berikut ini adalah berkenaan rokok dan produk tembakau yang lain

36. Berapakah umur anda ketika kali pertama menghisap rokok?
- Saya tidak pernah merokok (1)
 - 7 tahun atau ke bawah (2)
 - 8 atau 9 tahun (3)
 - 10 atau 11 tahun (4)
 - 12 atau 13 tahun (5)
 - 14 atau 15 tahun (6)
 - 16 tahun atau ke atas (7)
37. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa hari anda merokok?
- 0 hari (1)
 - 1 atau 2 hari (2)
 - 3 hingga 5 hari (3)
 - 6 hingga 9 hari (4)

- e. 10 hingga 19 hari (5)
- f. 20 hingga 29 hari (6)
- g. Sepanjang 30 hari (7)

38. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa hari anda Sepanjang 30 hari menggunakan sepertishisha/hookah, rokok elektronik, tembakau hisap, tembakau kunyah, pipa ?

- a. 0 hari (1)
- b. 1 atau 2 hari (2)
- c. 3 hingga 5 hari (3)
- d. 6 hingga 9 hari (4)
- e. 10 hingga 19 hari (5)
- f. 20 hingga 29 hari (6)
- g. Kesemua 30 hari (7)

39. Dalam waktu 30 hari yang lalu, produk tembakau manakah selain daripada rokok yang anda paling

kerap gunakan?

- a. Saya tidak merokok produk tembakau diatas dalam tempoh 30 hari yang lalu (1)
- b. Sisha/ Hookah (2)
- c. Rokok elektronik (3)
- d. Tembakau hisap atau tembakau kunyah (4)
- e. Paip (Pipa) (5)
- f. Curut, cigar, or cogarillos (6)
- g. Bidis (7)
- h. Selain Rokok (8)

40. Dalam waktu 12 bulan yang lalu, adakah anda coba untuk berhenti merokok?

- a. Saya tidak pernah merokok (1)
- b. Saya tidak pernah merokok dalam tempoh 12 bulan yang lepas (2)
- c. Ya (3)
- d. Tidak (4)

41. Dalam waktu 7 hari yang lalu, berapa hari anda bersama dengan perokok yang sedang merokok?

- a. 0 hari (1)
- b. 1 atau 2 hari (2)
- c. 3 atau 4 hari (3)
- d. 5 atau 6 hari (4)
- e. Kesemua 7 hari (5)

42. Diantara Bapak, Ibu atau pengasuh, siapa yang menggunakan produk tembakau termasuk rokok?

- a. Kedua duanya tidak merokok (1)
- b. Ayah atau penjaga lelaki (2)

- c. Ibu atau penjaga perempuan (3)
- d. Kedua-duanya (4)
- e. Tidak tau (5)

43. Dalam waktu 12 bulan apakah anda akan merokok?

- a. Tidak akan (1)
- b. Mungkin tidak (2)
- c. Mungkin iya (3)
- d. Memang ya (4)

44. Jika teman dekat anda menawarkan rokok, apakah anda akan menghisapnya?

- a. Tidak Akan (1)
- b. Mungkin tidak (2)
- c. Mungkin iya (3)
- d. Memang ya (4)

BAGIAN 7

Silahkan baca pernyataan di bawah ini :

Pertanyaan berikut ini adalah berkaitan meminum minuman beralkohol. Satu minuman merujuk kepada satu

45. Berapakah umur anda ketika kali pertama anda minum minuman beralkohol?

- a. Saya tidak pernah minum minuman beralkohol (1)
- b. 7 tahun atau kebawah (2)
- c. 8 atau 9 tahun (3)
- d. 10 atau 9 tahun (4)
- e. 12 atau 13 tahun (5)

46. Dalam waktu 30 hari yang lalu berapa hari anda mengambil sekurang kurangnya satu minuman mengandung alkohol?

- a. 0 hari (1)
- b. 1 atau 2 hari (2)
- c. 3 hingga 5 hari (3)
- d. 6 hingga 9 hari (4)
- e. 10 hingga 19 hari (5)
- f. 20 hingga 29 hari (6)
- g. Kesemua 30 hari (7)

47. Dalam waktu 30 hari yang lalu, pada hari anda minum minuman beralkohol; berapa banyak minuman yang anda biasa ambil dalam sehari?

- a. Saya tidak minum beralkohol (1)
- b. Kurang dari satu minuman (2)
- c. 1 minuman (3)
- d. 2 minuman (4)
- e. 3 minuman (5)
- f. 4 minuman (6)

g. 5 minuman (7)

48. Dalam waktu 30 hari yang lalu, biasanya bagaimana anda mendapatkan minuman beralkohol?

Sila pilih satu jawapan sahaja

- a. Saya tidak minum minuman beralkohol dalam 30 hari yang lalu (1)
- b. Saya beli dari warung atau toko (2)
- c. Saya beri uang kepada orang lain untuk membeli (3)
- d. Kawan saya yang memberikan kepada saya (4)
- e. Keluarga saya memberikan kepada saya (5)
- f. Saya mencuri atau mengambil tanpa ijin (7)
- g. Saya memperoleh dari cara lain (8)

Sila baca pernyataan di bawah

Terhuyung-huyung saat berjalan, tidak mampu berbicara dengan betul, dan muntah adalah tanda seseorang itu dalam kondisi mabuk.

49. Sepanjang hidup anda, berapa kali anda minum minuman beralkohol berlebihan sehingga betul betul mabuk?

- a. 0 kali (1)
- b. 1 atau 2 kali (2)
- c. 3 hingga 9 kali (3)
- d. 10 kali atau lebih (4)

50. Sepanjang hidup anda, berapa kali anda mendapat masalah dengan keluarga atau kawan, tidak ke sekolah, atau bertumbuk, akibat dari apa minum minuman beralkohol?

- a. 0 kali (1)
- b. 1 atau 2 kali (2)
- c. 3 hingga 9 kali (3)
- d. 10 kali atau lebih (4)

BAGIAN 8

Sila baca pernyataan di bawah

Soalan berikutnya adalah berkenaan penggunaan narkoba (obat-obatan terlarang) termasuk heroin, morfin, gam, amfitamin, ecstasy, syabu, ice, ganja. Ini tidak termasuk obat-obatan preskripsi

51. Berapa umur anda ketika pertama kali anda menggunakan obat-obatan terlarang (Narkoba)?

- a. Saya tidak pernah menggunakan Narkoba
- b. 7 tahun atau kebawah
- c. 8 atau 9 tahun
- d. 10 atau 11 tahun

- e. 12 atau 13 tahun
- f. 14 atau 15 tahun
- g. 16 tahun atau ke atas

52. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa kali anda menggunakan Obat-obatan terlarang (Narkoba)?

- a. 0 kali
- b. 1 atau 2 kali
- c. 3 hingga 9 kali
- d. 10 hingga 19 kali
- e. 20 kali atau lebih

53. Sepanjang hidup anda, berapa kali anda telah menggunakan Narkoba (Obat-obatan terlarang)?

- a. 0 kali
- b. 1 atau 2 kali
- c. 3 hingga 9 kali
- d. 10 hingga 19 kali
- e. 20 kali atau lebih

54. Dalam waktu 30 hari yang lalu, bagaimana biasanya anda mendapatkan Narkoba yang anda gunakan? Silakan pilih salah satu jawaban saja.

- a. Saya tidak menggunakan Narkoba dalam 30 hari yang lalu
- b. Saya beli dari orang lain
- c. Saya beri duit kepada orang lain untuk membeli
- d. Saya mencuri atau mengambil tanpa Ijin
- e. Kawan saya yang beri kepada saya
- f. Keluarga saya yang beri kepada saya
- g. Saya mendapatkan dengan cara lain

55. Sepanjang hidup anda, berapa kali anda telah menggunakan ganja?

- a. 0 kali
- b. 1 atau 2 kali
- c. 3 hingga 9 kali
- d. 10 hingga 19 kali
- e. 20 kali atau lebih

56. Sepanjang hidup anda, berapa kali anda telah menggunakan amfetamin atau metamfetamin?

- a. 0 kali
- b. 1 atau 2 kali
- c. 3 hingga 9 kali
- d. 10 hingga 19 kali
- e. 20 kali atau lebih

57. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa kali anda menggunakan ganja?

- a. 0 kali
- b. 1 atau 2 kali
- c. 3 hingga 9 kali

- d. 10 hingga 19 kali
- e. 20 kali atau lebih

BAGIAN 9

Silahkan baca pernyataan di bawah

Pertanyaan berikut ini adalah berkaitan dengan hubungan seksual. Hubungan seksual adalah perlakuan seks yang

58. Pernahkah anda melakukan hubungan persetubuhan (hubungan seksual) ?
- a. Ya
 - b. Tidak
59. Berapa umur anda ketika kali pertama melakukan hubungan seksual/persetubuhan?
- a. Saya tidak pernah melakukan hubungan seksual/persetubuhan
 - b. 11 tahun atau kebawah
 - c. 12 tahun
 - d. 13 tahun
 - e. 14 tahun
 - f. 15 tahun
 - g. 16 tahun
60. Kali terakhir anda melakukan hubungan seksual/persetubuhan, adakah pasangan anda menggunakan kondom?
- a. Saya tidak pernah melakukan hubungan seksual/persetubuhan
 - b. Ya
 - c. Tidak
61. Kali terakhir anda melakukan hubungan seksual/persetubuhan, adakah anda atau pasangan anda menggunakan kaedah pencegahan kehamilan lain seperti teknik pancutan luar, masa selamat, pil pencegahan kehamilan, ataupun kaedah lain?
- a. Saya tidak pernah melakukan hubungan seksual/persetubuhan
 - b. Ya
 - c. Tidak
 - d. Tidak tahu.
62. Dalam waktu 7 hari yang lalu, berapa hari anda melakukan aktivitas fisik untuk sekurang kurangnya 60 minit setiap hari? Jumlahkan waktu anda melakukan semua aktivitas fisik setiap hari.
- a. 0 hari
 - b. 1 hari
 - c. 2 hari

- d. 3 hari
- e. 4 hari
- f. 5 hari
- g. 6 hari
- h. 7 hari

63. Dalam waktu 7 hari yang lalu, berapa hari anda berjalan kaki atau bersepeda ke sekolah atau kembali kerumah?

- a. 0 hari
- b. 1 hari
- c. 2 hari
- d. 3 hari
- e. 4 hari
- f. 5 hari
- g. 6 hari
- h. 7 hari

64. Sepanjang tahun sekolah tahun ini, berapa kali anda mengikuti kelas pendidikan jasmani dan kesehatan (PJK) setiap minggu?

- a. 0 hari
- b. 1 hari
- c. 2 hari
- d. 3 hari
- e. 4 hari
- f. 5 hari atau lebih

Silahkan baca pernyataan dibawah

Pernyataan berikut ini adalah berkaitan waktu yang anda habiskan dengan duduk pada saat tidak di sekolah ataupun saat membuat kerja rumah

65. Biasanya berapa waktu yang anda habiskan untuk duduk untuk menonton televisi, bermain permainan computer. Berbicara dengan teman atau semua aktivitas yang memerlukan anda duduk?

- a. Kurang dari 1 jam
- b. 1 hingga 2 jam sehari
- c. 3 hingga 4 jm sehari
- d. 5 hingga 6 jam sehari
- e. 7 hingga 8 jam sehari
- f. Lebih dari 8 jam sehari

BAGIAN 11

Pertanyaan berikut ini adalah berkenaan pengalaman anda di sekolah dan di rumah

66. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa hari anda tidak hadir ke kelas atau sekolah tanpa Ijin ?

- a. 0 hari
- b. 1 atau 2 hari
- c. 3 hingga 5 hari
- d. 6 hingga 9 hari
- e. 10 hari atau lebih

67. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa sering teman sekolah anda bersikap baik hati dan suka membantu?

- a. Tidak pernah
- b. Jarang-jarang
- c. Kadang-kadang
- d. Kebanyakan waktu
- e. Senantiasa

68. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa sering Ibubapa atau pengasuh anda menyimak kerja sekolah anda?

- a. Tidak pernah
- b. Jarang-jarang
- c. Kadang-kadang
- d. Kebanyakan
- e. Senantiasa

69. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa sering Ibubapa atau penjaga (pengasuh) anda coba memahami masalah dan kebimbangan anda?

- a. Tidak pernah
- b. Jarang-jarang
- c. Kadang-kadang
- d. Kebanyakan waktu
- e. Senantiasa

70. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa sering ibubapa atau penjaga anda benar benar tahu apa yang anda lakukan pada waktu luang?

- a. Tidak pernah
- b. Jarang-jarang
- c. Kadang-kadang
- d. Kebanyakan masa
- e. Senantiasa

71. Dalam waktu 30 hari yang lalu, berapa sering Ibubapa atau penjaga (pengasuh) anda memeriksa barang-barang anda tanpa Ijin (sepengetahuan anda)?

- a. Tidak pernah

- b. Jarang-jarang
- c. Kadang kadang
- d. Kebanyakan masa
- e. senantiasa

KUISIONER AKSES KEPADA PELAYANAN KESIHATAN MENTAL

1. Pernahkah anda menghubungi nomor Telefon berkaitan dengan Panggilan darurat Pelayanan kesehatanmental ?
 - a. Pernah
 - b. Tidak Pernah
2. Bagaimana menurut anda tentang info kemudahan akses pelayanan kesehatan mental di Indonesia?
 - a. Mudah
 - b. Sangat Mudah
 - c. Sangat Sulit
 - d. Sulit
3. Bagaimana cara anda mendapatkan informasi berkaitan dengan Kesehatan anda ?
 - a. Bertanya kepada Keluarga
 - b. Bertanya kepada Teman
 - c. Pusat Informasi
 - d. Mendapatkan Informasi dari Internet
 - e. Mendapatkan Informasi dari Surat Kabar
 - f. Yang Lain, Sebutkan _____
4. Apakah menurut anda Rumah Sakit atau klinik cukup memberikan informasi berkaitan dnegan pelayananKesehatan mental ?
 - a. Lebih dari Cukup
 - b. Cukup
 - c. Sangat Cukup
 - d. Kurangnya Sumber Daya
5. Apakah menurut anda, anda membutuhkan informasi berkaitan dengan pelayanan Kesehatan di Indonesia ?
 - a. Yes
 - b. Tidak Terlalu
6. Dalam keadaan anda membutuhkan informasi, infomasi jenis apa yang anda inginkan ?
 - a. Jadwal Doktor Praktek
 - b. Tarif Layanan
 - c. Fasilitas Pelayanan Kesehatan
 - d. Lokasi Rumah Sakit dan Klinik
 - e. Nomor Telephone Rumah Sakit dan Klinik
 - f. Yang Lain, Sebutkan _____

TAMAT DAN TERIMA KASIH

LAMPIRAN D

SENARAI PERSOALAN UNTUK KAJIAN KUALITATIF.

Persolaan Guru Sekolah Indonesia Kuala Lumpur

No	Topik	Pertanyaan
1	Sejarah Masuk Menjadi Cikgu di SIKL	Jelaskan Sejarah dan latar belakang mendaftar sebagai Guru di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur?
2	Jabatan dan Mata Ajar	Latar belakang Jabatan dan Mata Pelajaran yang diajarkan?
3	Kurikulum SIKL	Bagaimana Kurikulum di SIKL dibentuk dan ditetapkan?
4	Kurikulum Kesihatan Mental	Adakah Kurikulum di SIKL sudah mengandungi Kurikulum Kesihatan mental?
5	Tugas Sebagai Guru	Adakah pekerjaan anda sebagai guru berkaitan dengan remaja berumur 11-19 tahun?
6	Masalah Gurudan Hambatan	Masalah dan halangan apa sahaja yang dihadapi oleh Guru SIKL berkaitan dengan Pelajar Usia 11-19 tahun di Malaysia?
7	Faktor Penentu	Apakah faktor-faktor yang menurut Guru dapat mempengaruhi keadaan Kesihatan Mental pelajar?
8	Solusi	Usaha apa sahaja yang dilakukan Sekolah dalam meningkatkan Kesihatan Mental remaja di Sekolah?

Panduan Temu Bual Kepada Remaja

No	Topik	Pertanyaan
1	Sejarah Penghijrahan	Sila ceritakan bagaimana anda dapat mengikuti Ibu Bapa berhijrah ke Malaysia?
2	Latar Belakang Sosiodemografi	Sepanjang di Malaysia adakah anda tinggal bersama Ibu bapa?
3	Masalah dan Hambatan Yang Dihadapi	1. Sepanjang melakukan penghijrahan, apakah masalah yang pernah anda hadapi? 2. Adakah anda pernah mengalami masalah sehingga anda mengalami tekanan berlebihan, kebimbangan? 3.
4	Literasi kesihatan mental	Adakah anda tahu definisi dari Sihat mental dan kesihatan mental?
6	Interaksi Sosial dan Sokongan Sosial	1. Bagaimana Hubungan anda dengan Ibu Bapa, Hubungan anda dengan Guru Anda, dan Hubungan anda dengan Rakan anda? 2. Bagaimana bentuk sokongan Guru, ibu bapa dan rakan anda dalam kehidupan harian anda di sekolah, di rumah dan komuniti?
7	Daya Tindak	1. Bagaimana respon anda pertama kali ketika menghadapi masalah? 2. Apa yang anda lakukan ketika menghadapi masalah?
8	Harapan	1. Apa harapan anda untuk diri anda di masa hadapan? Apa saranan anda untuk mengatasi masalah kesihatan mental di kalangan remaja?

LAMPIRAN E

MAKLUMAT PENYELIDIKAN UNTUK IBU BAPA QUANTITATIF DAN QUALITATIF.

Tajuk Penyelidikan

Satu Kajian Campuran penilaian Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kejadian Gejala Kesihatan Mental Pada Remaja Sekolah Immigran Indonesia Yang berada di Malaysia dan remaja di Indonesia

Pengenalan

Jumlah remaja Indonesia di Malaysia sangat ramai. Mereka berhijrah ke Malaysia untuk mengikuti ibu bapa mereka yang bekerja. Namun, kurang bukti kajian berkaitan tahap kesihatan remaja immigran Indonesia di Malaysia diketahui untuk perancangan program kesihatan untuk remaja sekolah.

Tujuan penyelidikan

Kajian ini ingin meneroka secara mendalam mengenai masalah yang dihadapi oleh remaja yang berkaitan dengan masalah kesihatan mental, terutamanya mengenai kemurungan, kekeliruan, tekanan akibat trauma, dan faktor apa yang mempengaruhinya. Kajian ini juga menilai halangan untuk mengakses perkhidmatan kesihatan mental dan bagaimana remaja dapat mencari penyelesaian dalam pandangan mereka sehingga kajian ini dapat menyumbang kepada penilaian akses terhadap perkhidmatan kesihatan untuk Remaja Imigran Indonesia.

Apa yang dilakukan dalam penyelidikan ini?

Anda hanya perlu meluangkan masa untuk mengisi borang soal selidik yang disediakan dan jika ada soalan yang kurang jelas dan sukar difahami, anda boleh bertanyakan kepada penyelidik kami yang berada di lokasi tempat kajian. Setelah mengisi soal selidik ini, kami akan memilih beberapa responden yang memenuhi kriteria untuk ditemu ramah mengenai halangan dalam mengakses perkhidmatan kesihatan mental di Malaysia dan langkah penyelesaian yang telah diambil.

Risiko

Tidak ada risiko dalam kajian ini. Nama ibu/bapa dan remaja anda akan dirahsiakan dan hasil kajian akan dikemukakan dalam bentuk data terkumpul yang dianalisa.

Kelebihan

Penyertaan ini akan membantu memperbaiki sistem program kesihatan sekolah untuk remaja. Penyelidikan ini akan dijalankan menggunakan soal selidik secara atastalian untuk memudahkan jawapan anda diterima oleh penyelidik.

Bagaimanakah pendekatan kajian ini?

Mengambil bahagian dalam penyelidikan ini adalah sukarela. Sekiranya bersetuju untuk turut serta, ibu/bapa diminta untuk mengisi Borang keizinan. Penyelidikan ini tidak akan mengganggu aktiviti anda sedia ada dan anda masih boleh menjalani seperti biasa. Anda masih boleh mengatakan tidak mahu meneruskan penyelidikan tanpa masalah walaupun telah bersetuju pada mulanya dan data anda tidak akan digunakan untuk penyelidikan.

Data dan Kerahsiaan:

Data dalam penyelidikan ini akan dibuat dalam laporan jika diterbitkan. Satu-satunya orang yang dapat mengakses data ini adalah pasukan penyelidik dari Universiti Kebangsaan Malaysia. Data akan dilaporkan dalam bentuk koleksi dan tidak akan ditulis dengan nama asal. Semua identiti akan dirahsiakan.

Pembayaran dan kompensasi:

Saudara-saudari tidak perlu membayar untuk menyertai kajian ini atau menerima bayaran.

Siapa yang boleh ditanya mengenai penyelidikan ini:

Sekiranya anda mempunyai soalan, anda boleh bertanya secara langsung kepada pasukan penyelidikan dari pihak Jabatan Kesihatan Masyarakat Fakulti Perubatan UKM seperti berikut:

Professor Madya Rosnah Sutan Ketua penyelidik Mobile : 03-91459587	Dr Roszita Ibrahim Mobile : 0193138835 Penyelidik bersama	Asta Adyani Mobile : 017-2729056 Siswazah yang menjalankan penyelidikan ini
--	--	--

KEIZINAN DARI IBU/BAPA UNTUK PENYERTAAN ANAK REMAJA DALAM KAJIAN

Judul Penelitian : Satu Kajian Campuran Penilaian Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kejadian Gejala

Kesihatan Mental Pada Remaja Sekolah Immigran Indonesia Yang berada di Malaysia dan remaja di Indonesia

Saya,(ibu / bapa), Nombor Pasport :

- Telah membaca informasi mengenai kajian penelitian ini dan resikonya serta telah diberikan masa yang secukupnya untuk berfikir dan setiap pertanyaan atau keraguan telah dijawab dengan puas hati.
- Memahami bahwa tidak ada informasi mengenai diri anak remaja saya akan disiarkan melainkan dengan keizinan bertulis.

Saya dengan ini sukarela bersetuju untuk memberi keizinan kepada anak remaja saya terlibat dalam penelitian dan memberikan kerjasama untuk informasi yang diperlukan oleh ahli dalam penelitian ini.

Saran dan Masukan

.....
(Tanda Tangan Ibu / Bapa remaja) (Tanggal)

Nama: (Ibu Baparemajanya).....

Nama anak remaja yang diberikan keizinan.....

INFORMASI PENELITIAN PADA REMAJA

Tajuk Penyelidikan

Satu Kajian Campuran penilaian Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kejadian Gejala Kesihatan Mental Pada Remaja Sekolah Immigran Indonesia Yang berada di Malaysia dan remaja di Indonesia

Pengenalan

Jumlah remaja Indonesia di Malaysia sangat ramai. Mereka berhijrah ke Malaysia untuk mengikuti ibu bapa mereka yang bekerja. Namun, kurang bukti kajian berkaitan tahap kesihatan remaja immigran Indonesia di Malaysia diketahui untuk perancangan program kesihatan untuk remaja sekolah.

Tujuan penyelidikan

Kajian ini ingin meneroka secara mendalam mengenai masalah yang dihadapi oleh remaja yang berkaitan dengan masalah kesihatan mental, terutamanya mengenaikemurungan, kekeliruan, tekanan akibat trauma, dan faktor apa yang mempengaruhinya. Kajian ini juga menilai halangan untuk mengakses perkhidmatan kesihatan mental dan bagaimana remaja dapat mencari penyelesaian dalam pandangan mereka sehingga kajian ini dapat menyumbang kepada penilaian akses terhadap perkhidmatan kesihatan untuk Remaja Imigran Indonesia.

Apa yang dilakukan dalam penyelidikan ini?

Keizinan untuk menyertai kajian ini perlu mendapat izin terlebih dahulu dari ibu / bapa/ penjaga. Anda perlu mengisi borang soal selidik yang disediakan dan kami dapat membantu menjelaskan soalan yang anda kurang faham. Kami akan memilih beberapa responden yang memenuhi kriteria untuk ditemu ramah mengenai halangan untuk mengakses perkhidmatan kesihatan mental di Malaysia dan langkah penyelesaian yang diambil.

Risiko

Tidak ada risiko dalam penglibatan kajian ini. Nama remaja yang menyertai kajian ini akan dirahsiakan dan hasil kajian akan dikemukakan dalam bentuk analisa data keseluruhan dan bukan individu.

Kelebihan

Kajian ini dapat menyumbangkan idea untuk kebaikan bersama untuk membantu perancangan program kesihatan remaja seterusnya.

Bagaimana cara ikut serta penelitian

Mengambil bahagian dalam penyelidikan ini adalah secara sukarela. Sekiranya remaja telah mendapat izin dari ibu/bapa/ penjaga dan juga bersetuju untuk turut serta, maka anda diminta untuk mengisi Borang Keizinan. Anda masih boleh menarik diri tidak mahu meneruskan penyelidikan tanpa masalah. Data remaja yang menolak memberi keizinan tidak akan digunakan untuk penyelidikan.

Data dan Kerahsiaan:

Data dalam penyelidikan ini akan dibuat untuk laporan jika anda ingin diterbitkan. Satu-satunya orang yang dapat mengakses data ini adalah pasukan penyelidik dari Universiti Kebangsaan Malaysia. Data akan dilaporkan dalam bentuk koleksi dan tidak akan ditulis dengan nama asal. Semua identiti akan dirahsiakan.

Pembayaran dan kompensasi:

Remaja tidak perlu membayar atau dibayar untuk menyertai kajian ini.

Siapa yang boleh ditanya mengenai penyelidikan ini:

Sekiranya anda mempunyai soalan, anda boleh bertanya secara langsung kepada pasukan penyelidikan dari

Jabatan Kesihatan Masyarakat Fakulti Perubatan UKM untuk penjelasan seperti berikut:

Professor Madya Rosnah Sutan Ketua penyelidik Mobile : 03-91459587	Dr Roszita Ibrahim Mobile : 0193138835 Penyelidik bersama	Asta Adyani Mobile : 017-2729056 Siswazah yang menjalankan penyelidikan ini
--	--	--

**KEIZINAN DARI REMAJA UNTUK
PENYERTAAN DALAM KAJIAN**

Judul Penelitian : Satu Kajian Campuran Penilaian Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kejadian Gejala Kesihatan Mental Pada Remaja Sekolah Immigran Indonesia di Malaysia dan remaja di Indonesia

Saya,(remaja)....., Nombor Pasport :

- Telah membaca maklumat mengenai penelitian ini dan resikonya serta telah diberikan masa yang secukupnya untuk berfikir dan setiap pertanyaan atau keraguan telah dijawab dengan puas hati.
- Memahami bahwa saya pada setiap waktu boleh menarik diri dari penelitian ini tanpa sebab atau desakan
- Memahami bahwa tidak ada informasi mengenai diri saya akan disiarkan melainkan dengan keizinan tertulis.

Saya dengan ini sukarela bersetuju untuk terlibat dalam penelitian dan memberikan Kerjasama untuk informasi yang diperlukan oleh ahli dalam penelitian ini.

Saran dan Masukan :

.....
(Tanda Tangan remaja) (Tanggal)

.....
(Nama remaja)

LAMPIRAN F

Dokumen Pengambilan Data di Sekolah Indonesia Kuala Lumpur (SIKL) Malaysia



Pengambilan Data di Sekolah Menengah di Indonesia



LAMPIRAN G

SENARAI MANUSKRIP, JURNAL DAN STATUS

No	Tajuk Manuscrip	Jurnal	Status
1	“Do Adolescents Immigrant Indonesia faced mental health problem during Covid Pandemikc”	Humanity and Social Community Sciences WOS-Q1	Menunggu Penilaian Editorial jurnal
2	Mental Health Disorder among adolescents Immigrant	Medicine and Health UKM WOS-Q4	Diterima untuk penerbitan tahun 2026



LAMPIRAN H

CERTIFICATE PERBENTANGAN DAN ABSTRAK

