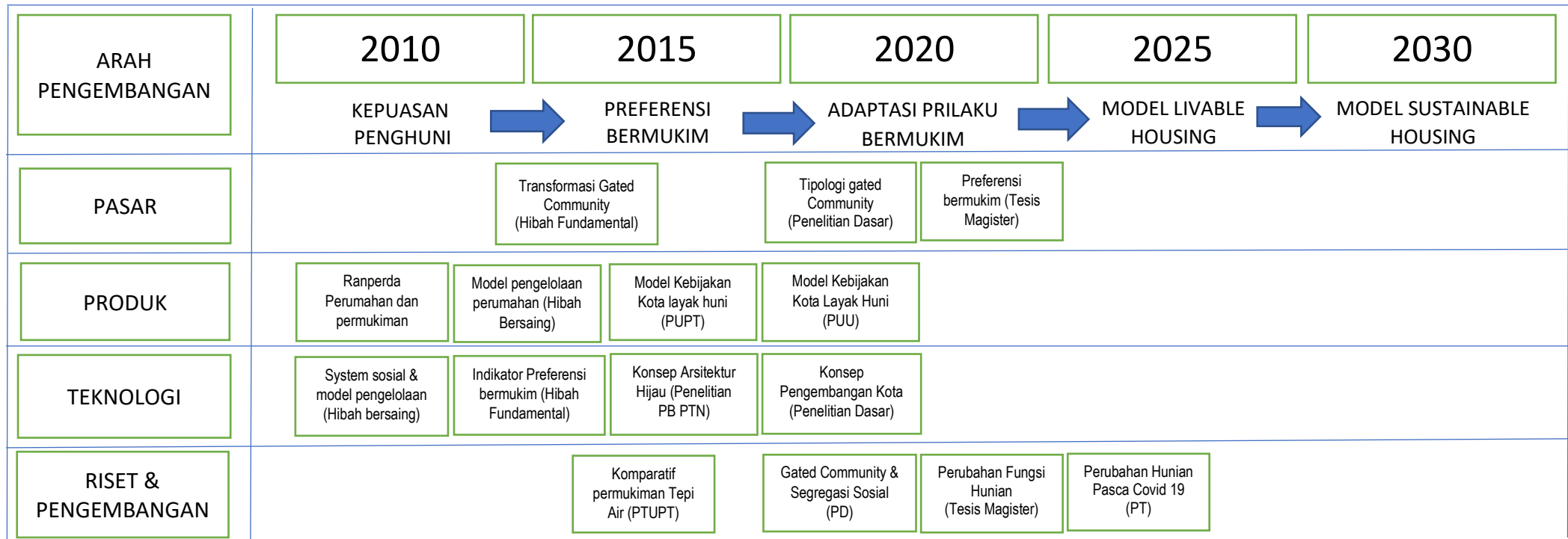


Berdasarkan tema penelitian dalam disertasi Ridhoi Meilona Purba dan roadmap penelitian Prof. Dr. Ir. Dwira Nirfalini Aulia, ditemukan ada kesesuaian. Penelitian mahasiswa Ridhoi berfokus pada kesehatan mental remaja dan pengaruh lingkungan sekitar tempat tinggal (neighborhood disadvantage), yang mengkaji dimensi sosial dan fisik dari lingkungan sekitar tempat tinggal yang memengaruhi kesejahteraan mental remaja .

Sementara itu, roadmap penelitian Prof. Dwira Nirfalini Aulia banyak terfokus pada perumahan dan pemukiman, termasuk aspek kebijakan kota layak huni dan preferensi bermukim, yang menekankan pentingnya desain dan pengelolaan perumahan untuk mendukung kualitas hidup penghuninya . Salah satu fokus utama dalam roadmap Prof. Dwira Nirfalini Aulia adalah pengembangan perumahan berkelanjutan yang memperhatikan kebutuhan penghuni dari segi sosial, fisik, dan psikologis, termasuk model pengelolaan perumahan .

Secara khusus, meskipun fokus utama penelitian mahasiswa Ridhoi adalah pada kesehatan mental remaja dan faktor lingkungan, hal ini sejalan dengan penelitian Prof. Dwira yang mencakup studi terkait desain hunian dan pengaruhnya terhadap kesejahteraan penghuni, yang bisa dikaitkan dengan pengaruh lingkungan sekitar tempat tinggal terhadap kesehatan mental.

Keduanya memiliki kesamaan dalam meneliti dampak lingkungan terhadap kesejahteraan individu, meski mahasiswa Ridhoi lebih mendalam pada kesehatan mental remaja, sementara Prof. Dwira lebih pada pengelolaan dan desain perumahan yang mempengaruhi kehidupan penghuni secara umum. Penelitian Ridhoi bisa dilihat sebagai langkah awal dalam mengintegrasikan desain lingkungan yang lebih ramah terhadap kebutuhan kesehatan mental remaja, sejalan dengan arah pengembangan penelitian Prof. Dwira tentang perumahan yang mendukung kualitas hidup secara keseluruhan.



Roadmap Perumahan Formal

Prof. Dr. Ir. Dwira Nirfalini Aulia, M.Sc., IPM

2010	2015	2020
KEPUASAN PENGHUNI	PREFERENSI BERMUKIM	ADAPTASI PRILAKU BERMUKIM
Dwira Nirfalini Aulia, Achmad Delianur Nst, R Lisa Suryani (2011) Studi kelayakan pembangunan Rumah Susun sederhana (Rusuna) Kampung Aur Medan, Jurnal Koridor Vol 2 Issue 1 hal 1-7	Dwira Nirfalini Aulia (2014) Model of Sustainable Housing Management, Proceeding The Fourth Annual Asian Conference on Sustainability, Energy and the Environment . ISSN 2183-2311. pp. 187-196	Dwira Nirfalini Aulia, Abdul Rahman Syafikri (2020) Adaptation of moslem Family Activity in Occupying Minimalist Contemporary Architectural Housing Design, Journal of islamic Architecture, 6(2), pp 77-82
Dwira Nirfalini Aulia & Abdul Majid Ismail (2016) The criteria of residential satisfaction in gated community : Medan City, Asian Journal of Behavioral Studies AjBeS Volume 1(3) September/October 2016 pp 41-50	Aulia D N, Chrisen K (2020) Housing preference of small scale Gated Community residents in Medan City, Indonesia, IOP Conference Series: Earth and Environmental Science, DOI: 10.1088/1755-1315/452/1/012075	Agustina Sri Rezeki Simbolon, Dwira Nirfalini Aulia, Hilma Tamiami fachrudin (2020) Analysis of the Residential Space transformation of the government-subsidize housing program., Arteks, 6 (1), pp 105-118
	Emir Haris, Dwira Nirfalini Aulia, Wahyu Utami (2017) Preferensi Bermukim Masyarakat Kecamatan Medan Johor Kota Medan, Jurnal Sains dan Teknologi ISTP, Volume 09 No. 01, Hal 13-31	Aulia D N, Halim O W (2020) Study of market activities as public spaces on planned settlement (case study: Deli Indah Estate, Medan), IOP Conference Series: Earth and Environmental Science, DOI: 10.1088/1755-1315/452/1/012096.
	Nirfalini Aulia D, Nofita Syahri D (2018) Preference of settled according to young families' perception in choosing residence in Namu Rambe District, Deli Serdang Regency, Indonesia, IOP Conference Series: Earth and Environmental Science, DOI: 10.1088/1755-1315/126/1/012158	Nirfalini Aulia D, Aritonang C (2018) Adaptation of occupants with its environment in the official residence (case study: Housing of TNI AD Gaperta), IOP Conference Series: Earth and Environmental Science, DOI: 10.1088/1755-1315/126/1/012157
		Nirfalini Aulia, D (2018) Transformation of socio-cultural aspect of gated housing's residence in Medan City, Indonesia, IOP Conference Series: Earth and Environmental Science, DOI: 10.1088/1755-1315/126/1/012183
		Dwira Nirfalini Aulia, Lisa Suryani (2021) The morphology and characteristics of livable public space in gated community settlement of Medan City, Indonesia, GeoJournal, https://doi.org/10.1007/s10708-021-10406-5

2025	2030
MODEL LIVABLE HOUSING	MODEL SUSTAINABLE HOUSING
Dwira Nirfalini Aulia & Beny OY Marpaung (2016) A Framework for Exploring Livable Community in Residential Environment. Case study : Public Housing in Medan, Procedia Socia; and Behavioral Science, Volume 234 pp 336-343	
Dwira Nirfalini Aulia, Beny OY Marpaung, Wahyuni Zahrah (2018) The Process of Shaping Place in Residential Area Towards Livable Neighbourhood, Asian Journal of Quality of life, Vol 3 No 13 Pp 177-186	

Draft Disertasi Ridhoi Meilona Purba

Bab 1. Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Isu kesehatan mental di kota-kota telah menjadi tantangan di seluruh dunia (Lauwers et al., 2021; Solmi et al., 2017). Insiden penyakit mental yang meningkat di seluruh dunia (WHO, 2018), menunjukkan prevalensi insiden penyakit mental lebih tinggi di lingkungan perkotaan dibandingkan dengan lingkungan pedesaan (Okkels et al., 2018; Solmi et al., 2017). Krisis keuangan global yang terjadi dilaporkan berkontribusi pada meningkatnya angka gangguan mental dan bunuh diri serta munculnya kelompok rentan baru misalnya, pengangguran muda (WHO, 2021a). Adapun jumlah ini akan terus bertambah seiring dengan meningkatnya jumlah pembangunan dan perkembangan kota (Ross & Jang, 2000; Skogan, 1990 dalam Gracia, 2014; Iskandar, 2013; Sarwono, 2016; Buttazzoni et al., 2022). Data pada tahun 2014 menunjukkan lebih dari separuh populasi dunia tinggal di daerah perkotaan, dan diperkirakan akan mencapai 66% pada tahun 2050 (Solmi et al., 2017). Tidak heran isu kesehatan mental semakin penting dan telah menjadi tujuan ke-3 dari 17 tujuan pembangunan berkelanjutan secara global atau sering disebut dengan *The Sustainable Development Goals* (SDGs). Tujuan ini telah dituang dalam rencana aksi kesehatan mental komprehensif tahun 2013-2030 sebagai panduan dalam bertindak demi kesehatan mental (WHO, 2022).

Kesehatan mental telah menjadi perhatian nasional. Indonesia dilaporkan menduduki peringkat ke-6 dalam gangguan kesehatan mental dan kejiwaan secara keseluruhan dan berada pada urutan ke-4 untuk tingkat penderita gangguan mental

dan depresi di wilayah Asia Timur (WHO, 2017 hal.20). Dibandingkan dengan negara-negara Barat, negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah seperti Indonesia memiliki keterbatasan sumber daya finansial, struktural, dan manusia, di mana masalah kesehatan mental dan kesejahteraan belum banyak mendapat perhatian (Kilis, 2022).

Seperti halnya di seluruh dunia, meningkatnya urbanisasi dan modernisasi telah memicu perubahan gaya hidup yang menekankan kebahagiaan dan kemungkinan kesadaran yang lebih besar tentang pentingnya kesehatan mental dan kesejahteraan di antara orang Indonesia yang tinggal di konteks perkotaan. Bahkan pada tahun 2035, juga diperkirakan dua pertiga penduduk Indonesia ini akan tinggal di perkotaan (Badan Pusat Statistik, 2015). Artinya, isu gangguan kesehatan mental akan semakin berkembang sejalan dengan bertambahnya jumlah penduduk di perkotaan.

Secara umum, beberapa tantangan terhadap kesehatan mental di daerah perkotaan meliputi kesepian, kekerasan, tingkat kejahatan yang tinggi, tunawisma, kebisingan dan polutan lainnya, kecelakaan lalu lintas, penyalahgunaan narkoba, dan kurangnya layanan kesehatan mental (Okkels et al., 2018; Sarwono, 2016). Kondisi tersebut akan sejalan dengan peningkatan signifikan dalam masalah kesehatan mental (seperti kecemasan, mood, psikotik, schizoprenia) ~~lebih tinggi~~ pada individu yang tinggal di kota dibandingkan dengan di desa (Purba & Fitriana, 2019). Sebagai *leading* sektor penanganan kesehatan mental, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah memasukkan target kinerja terkait penyelenggaraan kesehatan mental ke dalam Rencana Strategis Kementerian

Kesehatan 2020-2024 (Winurini, 2023).

Permasalahan kesehatan mental khususnya pada kelompok usia remaja telah menjadi perhatian khusus baik secara global dan nasional. Terdapat komitmen komunitas internasional terhadap SDGs yang berfokus pada perancangan kawasan perkotaan yang mempertimbangkan kebutuhan dan perspektif populasi yang lebih muda dalam rangka mendukung kesehatan remaja, lebih dibandingkan usia lain (Buttazzoni et al., 2022). Di Indonesia, Survei Kesehatan Mental Remaja Indonesia Tahun 2022 menunjukkan bahwa 5,5% remaja (10-17 tahun) mengalami gejala gangguan mental antara lain: depresi (1%), cemas (3,7%), PTSD (0,9%), ADHD (0,5%). Selanjutnya, Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023 juga menunjukkan bahwa individu usia remaja (15-24 tahun) adalah kelompok tertinggi dalam masalah kesehatan jiwa yaitu 2,8%, lebih dari data nasional yang hanya 2%. Remaja (15-24 tahun) juga merupakan kelompok usia tertinggi dalam depresi yaitu sebesar 2% lebih dari data Nasional yang hanya 1,4%. dan pikiran bunuh diri yaitu sebesar 0,39% lebih dari data Nasional yaitu 0,25%. Data tersebut juga menunjukkan bahwa permasalahan baik depresi, cemas dan PTSD lebih tinggi pada remaja perempuan, tingkat pendidikan SLTP ke bawah lebih tinggi, tidak bekerja, tidak sekolah, berasal dari perkotaan dan status ekonomi dan sosial (SES) terbawah.

Rencana Strategis Tahun 2015-2019, yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015, menyebutkan bahwa salah satu acuan bagi arah kebijakan Kementerian Kesehatan adalah penerapan pendekatan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan berkesinambungan (*continuum of care*) untuk dapat melaksanakan pelayanan kesehatan yang holistik

dan berkesinambungan terhadap seluruh tahapan siklus hidup manusia. Selain itu, pentingnya penelitian tentang kesehatan mental positif digarisbawahi oleh temuan penelitian Hoyt et al. (2012) dan oleh hasil studi longitudinal yang dilakukan oleh O'Connor et al. (2017), yang menegaskan bahwa tingkat kesehatan mental positif pada masa remaja terkait dengan tingkat kesehatan mental di masa dewasa. Tumbuh besar di daerah perkotaan dikaitkan dengan peningkatan kemungkinan masalah kesehatan mental pada orang dewasa, tetapi sedikit yang diketahui tentang hubungan ini pada remaja (B. E. Evans et al., 2020). Peneliti semakin yakin bahwa penelitian kesehatan mental remaja perkotaan sangat diperlukan untuk dapat memberi pemahaman dan kontribusi bagi pelayanan kesehatan di Indonesia.

Kajian literatur yang dilakukan oleh peneliti menemukan bahwa pada awalnya penelitian kesehatan mental dalam konteks perkotaan lebih dikaitkan dengan faktor biologis (contohnya dalam penelitian (Jackson et al., 2021). Kajian bidang ilmu psikiatri dalam penelitian contohnya dalam penelitian (Modabbernia et al., 2021); atau psikologi *neuroscience* contohnya dalam penelitian (Reuben et al., 2021) mengaitkan kondisi permasalahan mental dengan perkembangan dan struktur otak. Namun dalam perkembangannya, penelitian kesehatan mental mulai dikaitkan dengan faktor lingkungan. Kajian bidang ilmu kesehatan contohnya dalam penelitian (Dzhambov et al., 2020; Oswald et al., 2021), epidemiologi contohnya dalam penelitian (Kingsbury et al., 2020)(Kingsbury et al., 2020), ekologi contohnya dalam penelitian (Leibbrand et al., 2020)(Leibbrand et al., 2020), serta psikologi dan neurosains contohnya (Reuben et al., 2021), dan arsitektur atau perencanaan kota contohnya (Jackson et al., 2021; Mitra et al., 2021). Penelitian-

penelitian ini telah mengaitkan faktor risiko lingkungan dengan munculnya berbagai macam permasalahan kesehatan mental individu dibawah usia 18 tahun (Benninger et al., 2021b). Walaupun demikian kolaborasi berbagai bidang keilmuan masih diperlukan untuk mendapatkan kesimpulan yang lebih komprehensif dan upaya intervensi faktor lingkungan terhadap kesehatan mental remaja.

Hal ini sejalan dengan teori kesehatan mental dari Keyes yang dikenal dengan *the two-continua model* atau model kesehatan mental dua kontinum, menggunakan istilah *positive mental health*. Berdasarkan model ini, istilah *mental health* lebih dikenal dengan istilah *positive mental health* Model ini melihat *mental health* terkait dengan, tetapi berbeda dari, penyakit mental atau *mental illness* (Keyes, 2005). Contohnya: seseorang yang mengalami banyak gejala psikopatologi memiliki peluang lebih tinggi untuk mengalami *well-being* yang rendah, seperti sedikit emosi positif, kepuasan hidup rendah, atau penurunan fungsi dalam kehidupan individu atau sosial. Namun, hubungan ini tidak sempurna. Orang tersebut mungkin menderita penyakit mental (*mental illness*) (misalnya, gangguan panik), namun pada saat yang sama memiliki *positive mental health* yang tinggi. **Oleh karena itu, tidak adanya psikopatologi tidak cukup dan bukan bukti yang memastikan seseorang menjalani kehidupan yang produktif, bermanfaat, dan teraktualisasi** (Lamers et al., 2011). Dalam pandangan peneliti, hal ini semakin memberikan peluang bidang keilmuan selain psikiatri dan psikologi untuk berkontribusi tidak hanya dalam pengembangan keilmuan, namun juga ide penanganan hal kesehatan mental, khususnya dengan bidang keilmuan psikologi lingkungan, serta ilmu arsitektur dan perkotaan.

Berdasarkan sejarahnya, perhatian terhadap persoalan masyarakat yang tinggal di perkotaan pada awalnya dikaji dalam bidang ilmu sosiologi yang dipelopori oleh Robert Part pada tahun 1920-an. Lalu bidang psikologi khususnya psikologi lingkungan berkembang di awal tahun 1960-an yang dipelopori oleh Barker. Pandangan psikologi khususnya psikologi lingkungan, sendiri muncul sebagai protes terhadap pendekatan yang hanya memperhatikan faktor-faktor individual sebagai penyebab dari munculnya masalah-masalah sosial. Sejalan dengan itu, kajian bidang arsitektur berkembang di akhir tahun 1960-an oleh Rapoport yang melihat perencanaan kota dan masalah kesehatan mempunyai kaitan erat, dilanjutkan dengan bidang geografi oleh Gold di tahun-tahun berikutnya (Haryadi & Setiawan, 2020).

Psikologi lingkungan melihat bahwa sebuah perilaku (hingga intervensinya) dapat lebih dipahami jika melihat dimana perilaku tersebut terjadi. Ketertarikan penulis mendalami isu kesehatan mental remaja di lingkungan perkotaan setidaknya didasarkan pada tiga hal: *Pertama*, psikologi lingkungan melihat kota sebagai tempat yang tidak menyenangkan dan hal ini akan berdampak terhadap perilaku individu-individu yang tinggal di dalamnya (Sarwono, 1992). *Kedua*, pembangunan kota telah memicu sejumlah proses komunitas yang berkontribusi pada disorganisasi sosial dan penurunan lingkungan (*neighborhood decline*) (Skogan, 1990 dalam Gracia, 2014; Ross & Jang, 2000). *Ketiga*, perkembangan kota juga telah menyebabkan masyarakat mengalami beban berlebih, stres lingkungan meningkat, tingkah laku prososial menurun, kriminalitas, tunawisma, dan masalah kesehatan terhadap warga meningkat (Iskandar, 2013; Sarwono,

1992).

Perhatian penulis sejalan dengan kajian dalam bidang arsitektur dan perencanaan kota. Rohe dalam artikelnya yang berjudul *Urban Planning and Mental Health, Prevention in Human Services*, menuliskan bahwa secara historis, perencanaan kota dan masalah kesehatan mempunyai kaitan erat. Meskipun penekanan awalnya adalah pada pengendalian faktor lingkungan (seperti kepadatan pemukiman yang tinggi, kualitas perumahan yang buruk, dan kurangnya fasilitas rekreasi dan sanitasi terhadap kesehatan penduduk perkotaan) yang diyakini mempengaruhi perkembangan dan penyebaran penyakit menular; dalam perkembangannya, perencanaan kota juga mencakup hingga faktor-faktor yang berhubungan dengan kesehatan mental dan kesejahteraan (*well-being*) itu sendiri (Rohe 1982 dalam Rohe, 1985, 2009). Jadi baik produk maupun proses perencanaan kota terbukti mempunyai pengaruh terhadap kesehatan mental (Lauwers et al., 2021; Chen et al., 2016; Marans & Stimson, 2012; Rohe, 1985).

Terdapat kesamaan antara kedua bidang psikologi khususnya psikologi lingkungan, dan arsitektur khususnya arsitektur perilaku. *Pertama*, manusia dipandang sebagai makhluk yang aktif, berpikir, mempunyai persepsi dan mampu mengambil keputusan terkait interaksinya dengan lingkungan. *Kedua*, baik arsitek lingkungan, Amos Rapoport maupun tokoh psikologi lingkungan Paul A. Bell menegaskan bahwa lingkungan (seperti *built environment*) dan sistem setting lingkungan memberi efek kepada manusia, bahkan telah terjadi interaksi timbal balik antara manusia dan lingkungannya. *Ketiga*, terdapat interaksi antara tingkah laku dengan lingkungan buatan maupun alamiah (Haryadi & Setiawan, 2020;

Sarwono, 2016). Hal ini menjadi gap pertama dalam disertasi ini, bagaimana kedua bidang ilmu baik psikologi lingkungan dengan arsitektur dan perkotaan dalam menjelaskan kesehatan mental remaja sebagai dampak dari lingkungannya.

Lebih lanjut diketahui bahwa kurangnya jawaban atas pertanyaan-pertanyaan kondisi spesifik lingkungan seperti lingkungan sekitar tempat tinggal (dalam penelitian ini disebut *neighborhood*). Penelitian ini mengkaji lingkungan sekitar rumah atau *neighborhood* dengan pertimbangan terhadap aspek perkembangan usia remaja dikarenakan beberapa alasan. *Pertama*, remaja mulai menghabiskan sebagian besar hidupnya sehari-hari untuk berinteraksi dengan orang lain di ruang dan tempat di luar rumah dibandingkan dengan anak-anak atau orang dewasa. *Kedua*, remaja mempunyai kebutuhan yang kuat akan koherensi dalam konsep diri (*self-concept*) (Boardman & Onge, 2005) (Erickson 1968, dalam (Boardman & Onge, 2005). Lingkungan sekitar mungkin lebih penting sebagai penentu *well-being* remaja dibandingkan dengan *well-being* anak-anak atau orang dewasa (Boardman & Onge, 2005). Pengaruh lingkungan sekitar pada remaja juga dilaporkan konsisten dan signifikan (), dan berdampak langsung pada remaja akhir (17-20 tahun) terhadap kesehatan mental remaja (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000)(Leventhal & Brooks-Gunn, 2000). Penerimaan *framework* yang lebih kontekstual dalam psikologi seperti yang dicontohkan oleh Bronfenbrenner (1979), semakin meningkatkan minat terhadap dampak *neighborhood* pada remaja. Oleh karena itu, kajian akan faktor *neighborhood* khususnya yang menggambarkan kekhasan sebagai remaja menjadi perhatian penting untuk kelak menjadi dasar penanganan kesehatan mental remaja di *neighborhood*.

Masalah kesehatan mental yang terjadi pada remaja menentukan kondisi kesehatan dan kesejahteraan mental sepanjang masa hidup dan menyoroti kebutuhan mendesak untuk memahami mengapa beberapa remaja lebih rentan mengalami masalah tersebut (Ferschmann et al., 2022). Meninjau pada psikopatologi perkembangan, remaja kurang mendapat perhatian dibandingkan anak-anak. Kelalaian tersebut dapat disebabkan oleh beberapa faktor. *Pertama*, remaja sering kali dipandang sebagai masa transisi antara masa kanak-kanak dan masa dewasa, bukan sebagai masa yang penuh dengan minat. Fokus utama penelitian adalah pada masa dewasa, ketika perkembangan terlihat relatif stabil, atau pada masa kanak-kanak, ketika akar penyesuaian diri sebagai orang dewasa telah ditanamkan. *Kedua*, sebagai masa transisi, gangguan adaptasi serta masalah emosi dan perilaku dianggap spesifik berdasarkan usia dan tahapan, sehingga kemungkinan besar akan berlalu seiring berjalannya waktu. Asumsi bahwa remaja akan “keluar dari permasalahannya” telah mengalihkan perhatian dari kondisi kronis dan melemahkan yang kini dialami oleh anak-anak dan remaja. *Ketiga*, masa remaja menimbulkan tantangan teoritis dan metodologis. Perubahan biologis yang nyata (misalnya tinggi badan, berat badan, perkembangan sistem reproduksi), pematangan proses psikologis (misalnya hubungan keterikatan baru, perkembangan kognitif), dan sumber pengaruh (misalnya teman sebaya) dan peluang (misalnya aktivitas sosial, berkencan) berkontribusi pada sifat dinamis perkembangan remaja. Oleh karena itu, usia ini sebenarnya sangat penting untuk diperhatikan lebih lagi seiring dengan tingginya permasalahan mental yang mereka alami di level lingkungan sekitar tempat tinggal dan menjadi gap kedua dalam penelitian ini.

Metode penelitian kemudian menjadi gap ketiga dalam penelitian ini. Penelitian-penelitian kesehatan mental remaja yang dilakukan umumnya dari sudut pandang negatif atas kesehatan mental seperti yang mereka alami seperti *loneliness* (Jenkins et al., 2020), *depression, and anxiety* (Hartley et al., 2021; Jenkins et al., 2020), serta permasalahan mental yang mereka alami (Tate et al., 2020). Remaja juga dilihat mulai menghabiskan sebagian besar hidupnya sehari-hari untuk berinteraksi dengan orang lain di ruang dan tempat di luar rumah (lingkungan sekitar tempat tinggal) dibandingkan dengan anak-anak atau orang dewasa. Lingkungan sekitar tempat tinggal mungkin lebih penting sebagai penentu *well-being* remaja dibandingkan dengan *well-being* anak-anak atau orang dewasa (Boardman & Onge, 2005). Berbeda dengan orang dewasa di mana lingkungan sekitar tempat tinggal menyediakan kemungkinan untuk berpartisipasi sebagai warga negara ataupun aksi-aksi kolektif; pada remaja, keterlibatan (bukan partisipasi) lebih kepada aktivitas bersama orang tua atau keluarga, dan kegiatan keagamaan (Schaefer-McDaniel, 2004) (Hull, 2008). Remaja memiliki kebutuhan yang kuat akan koherensi dalam konsep diri (*self-concept*) (Erickson, 1968 dalam Boardman & Onge, 2005). Hal ini dapat menjadi sumber bias akan pemenuhan kebutuhan remaja akan sehat mental di lingkungan sekitar tempat tinggal.

Selain itu, serangkaian hubungan antara lingkungan sekitar tempat tinggal dan kesehatan mental sebagai “kotak hitam” (Ham & Manley, 2012). Meskipun hubungan yang ditemukan kurang lebih dapat diandalkan antara ciri-ciri lingkungan dan kesehatan mental, namun tidak diketahui **kapan, bagaimana**, atau **mengapa** hal ini muncul (Haslam et al., 2023; Van Ham et al., 2013). Penelitian saat ini telah

memperhatikan dampak sosial dan fisik dari lingkungan sekitar. Pengetahuan mendalam tentang interaksi di antara faktor-faktor tersebut dan mekanisme yang mendasari hubungannya dengan kesejahteraan mental masih langka (Cattell et al., 2008; Dinnie et al., 2013; O'Campo et al., 2009 dalam Lauwers et al., 2021).

Dalam pandangan kritis penulis, metodologi kualitatif dalam mengkaji bagaimana dan mengapa faktor lingkungan dan kesehatan mental pada remaja melalui kacamata remaja sendiri menjadi semakin penting. Referensi penelitian kesehatan mental remaja dan faktor *neighborhood* umumnya dilakukan dengan terhadap orang tua atau orang dewasa lainnya dan tidak fokus pada perspektif remaja (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000) (Hull, 2008). Beberapa penelitian mengenai remaja umumnya didasarkan hanya pada laporan orang tua (contohnya dalam penelitian Tate et al., 2020) sehingga penelitian-penelitian terdahulu lebih kepada perilaku-perilaku yang tampak (*externalizing behavior* dari remaja seperti merusak, tawuran, dsb) dibandingkan yang dialami oleh remaja sendiri (*internalizing behavior* seperti cemas, depresi, dsb) (contoh Chen et al., 2017 dan Aebi et al., 2017 dalam Hartley et al., 2021). Bahkan program kesehatan mental remaja seringkali dikembangkan tidak berdasarkan kebutuhan remaja, melainkan berdasarkan kebutuhan orang tua (). Pengembangan ruang-ruang bagi remaja dianggap masih kurang tepat, masih melibatkan pendekatan yang berpusat pada orang dewasa (yaitu, dirancang oleh orang dewasa dengan sedikit atau tanpa masukan dari anak-anak) (firti irlinkasari, 2021).

Belum jelas apakah dan bagaimana lingkungan rumah sebagai mekanisme mediasi menghubungkan kondisi lingkungan dan hasil sosial dan perilaku remaja

selanjutnya masih terbatas (Choi et al., 2021). Oleh karena itu, kebutuhan mendesak untuk memahami terlebih dahulu dengan tepat **apa**, dan **mengapa** lingkungan sekitar tempat tinggal berdampak terhadap kesehatan mental remaja serta **bagaimana** mekanisme dampak lingkungan sekitar tempat tinggal tersebut terhadap kesehatan mental dalam perspektif remaja sendiri menjadi fokus dalam penelitian ini. Penekanan akan pentingnya perspektif anak seperti halnya pada remaja tentang lingkungannya diketahui akan bermanfaat mengkatalisasi partisipasi mereka (Riggio, 2002). Pengendalian faktor lingkungan tersebut melalui desain dan perencanaan perumahan (Rohe, 1985), dan proses-proses pengambilan keputusan dan peningkatan kualitas aspek fisik dan sosial dari lingkungan mereka kelak termasuk dalam mendukung kesehatan mental seorang remaja di lingkungan spesifik di mana mereka beradab (Benninger et al., 2021a).

Penerimaan *framework* yang lebih kontekstual dalam psikologi lingkungan dan juga diterima dalam bidang arsitektur seperti yang dicontohkan oleh Bronfenbrenner (1979), semakin meningkatkan minat penulis untuk melakukan kajian dampak faktor *neighborhood* khususnya terhadap kesehatan mental remaja. Pada akhirnya, memahami tidak hanya apa, tetapi juga mengapa dan bagaimana mekanisme faktor lingkungan sekitar tempat tinggal berdampak pada kesehatan mental remaja, menjadi fokus peneliti.

1.2. Perumusan Masalah

Dalam pemahaman penulis, maka masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Apakah faktor-faktor lingkungan sekitar tempat tinggal dengan karakteristik *disadvantage* yang mendukung sehat mental remaja?
2. Berdasarkan pengalaman, mengapa faktor-faktor lingkungan sekitar tempat tinggal dengan karakteristik *disadvantage* tersebut mendukung remaja untuk sehat mental?
3. Bagaimana mekanisme faktor-faktor lingkungan sekitar tempat tinggal dengan karakteristik *disadvantage* mendukung kesehatan mental remaja berdasarkan perspektif para remaja?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi faktor-faktor lingkungan sekitar tempat tinggal yang mendukung sehat mental remaja.
2. Mengeksplorasi mengapa faktor-faktor yang ada di lingkungan sekitar tersebut mendukung sehat mental remaja berdasarkan pengalaman mereka.
3. Menyusun model mekanisme bagaimana faktor-faktor lingkungan sekitar tempat tinggal mendukung sehat mental remaja berdasarkan perspektif para remaja?

1.4. Batasan Penelitian

Banyak hal yang perlu diperhatikan dalam memahami mekanisme faktor-faktor lingkungan sekitar tempat tinggal terhadap sehat mental dalam perspektif remaja.

Oleh karena itu penelitian ini membuat pembatasan sebagai berikut:

1. Penelitian ini dibatasi pada *neighborhood* sebagai lingkungan sekitar tempat tinggal.
2. Penelitian ini akan dibatasi pada perspektif remaja, bukan kelompok usia lainnya.

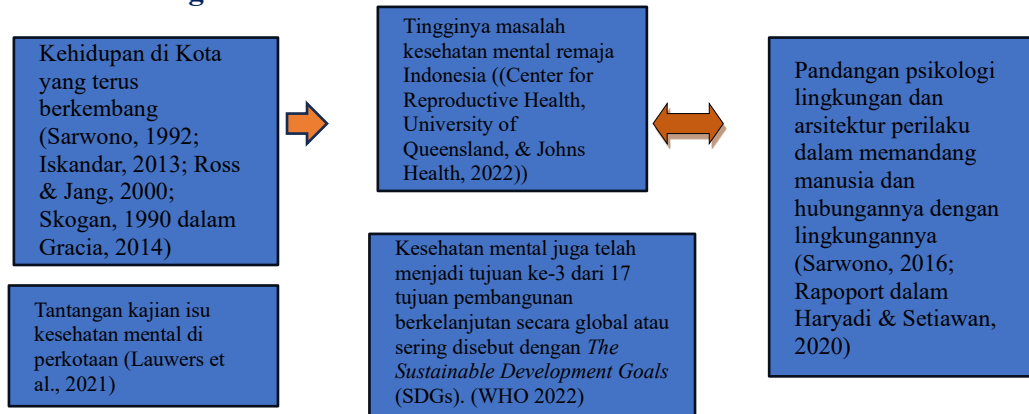
1.5. Manfaat Penelitian

Penelitian ini bermanfaat bagi :

- a. Peneliti dan praktisi dalam mengembangkan maupun pengaplikasian keilmuan psikologi khususnya psikologi lingkungan, dan arsitektur khususnya arsitektur perilaku, serta bidang ilmu terkait seperti perencanaan kota dan kesehatan publik.
- b. Pihak-pihak yang berkepentingan untuk pengambilan keputusan terkait kesehatan dan atau kesehatan mental masyarakat di tingkat lingkungan, kelurahan, kecamatan bahkan kota. Kelak menjadi referensi yang bermanfaat dalam perencanaan dan pengembangan lingkungan secara utuh.
- c. Masyarakat Kota Medan pada umumnya dan individu/ kelompok/ komunitas/ warga untuk kelak berpartisipasi dalam perencanaan dan pengembangan lingkungan sekitar dimana mereka tinggal.

1.6. Kerangka Berpikir

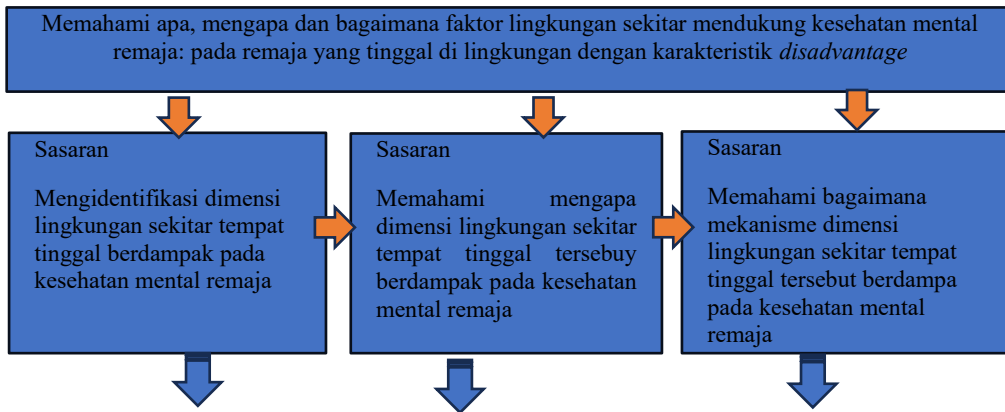
Latar Belakang



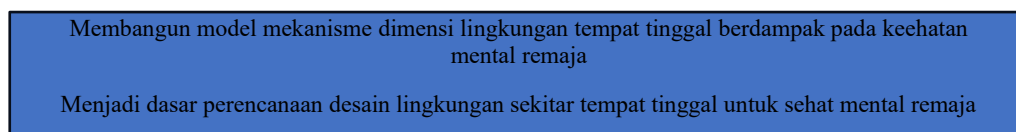
GAP Penelitian

Kolaborasi Keilmuan Kesehatan Mental Remaja dan Perkotaan	Fokus pada Lingkungan Sekitar Tempat Tinggal	Metodologi Kualitatif
Neighborhood...	<p>Lingkungan sekitar tempat tinggal mungkin lebih penting sebagai penentu <i>well-being</i> remaja dibandingkan dengan <i>well-being</i> anak-anak atau orang dewasa (Boardman & Onge, 2005).</p> <p>Lingkungan sekitar berdampak secara tidak langsung, namun konsisten dan jangka panjang terhadap kesehatan mental (); terutama pada individu remaja usia....()</p> <p>Kebutuhan remaja akan macam modal sosial di lingkungan sekitarnya ((Schaefer, 2004; Hull, 2008); kebutuhan remaja akan koherensi dalam konsep diri (<i>self-concept</i>) (Erickson 1968, dalam Boardman & Onge, 2005).</p>	<p>Penelitian-penelitian yang dilakukan terhadap remaja fokus lebih pada pandangan negatif atas kesehatan mental yang mereka alami (Jenkins et al., 2020; Hartley et al., 2021)</p> <p>Masih sedikit kajian-kajian mengenai karakteristik <i>neighborhood</i> yang menganalisis mengenai kapan dan bagaimana dampak kesehatan mental ini muncul (van Ham et al., 2013; Haslam et al., 2023)</p>

TUJUAN



KONTRIBUSI



Bab 2. Kajian Teori

Tujuan dari bab ini adalah untuk kajian literatur yang berkaitan dengan lingkungan sekitar tempat tinggal dengan karakteristik disadvantage bagi sehat mental remaja. Kajian literatur ini ditujukan untuk menopang pertanyaan penelitian yang terdiri dari tiga. *Pertama*, mengeksplorasi apa saja faktor lingkungan sekitar tempat tinggal yang berdampak pada kesehatan mental remaja. *Kedua*, menjelaskan mengapa faktor lingkungan sekitar tempat tinggal yang ada berdampak pada kesehatan mental remaja. *Ketiga*, memahami bagaimana mekanisme faktor-faktor lingkungan sekitar tempat tinggal tersebut berdampak pada kesehatan mental remaja. Ketiga pertanyaan penelitian ini fokus pada kondisi lingkungan sekitar tempat tinggal dengan karakteristik kurang beruntung atau kemudian disebut dengan *neighborhood disadvantage*, yang ada di Kota Medan.

Bab ini terdiri dari enam bagian, yaitu: 1) Kesehatan Mental Remaja meliputi penjelasan teoritik mengenai kesehatan mental, dan karakteristik remaja yang sehat mental; 2). Lingkungan Sekitar Tempat Tinggal dan *Neighborhood Disadvantage* meliputi penjelasan teoritik mengenai lingkungan, lingkungan sekitar rumah, dan lingkungan sekitar tempat tinggal dengan karakteristik *disadvantage*; 3) Dimensi Lingkungan Sekitar Rumah dan Kesehatan Mental Remaja, meliputi penjelasan teoritik mengenai macam dimensi lingkungan sekitar tempat tinggal berdampak pada kesehatan mental remaja; 4) Faktor Penyebab Lingkungan Sekitar Rumah Memberi Dampak Pada Kesehatan Mental Remaja, meliputi penjelasan teoritik mengenai alasan-alasan psikologis mengapa lingkungan sekitar tempat tinggal yang dapat berdampak pada kesehatan mental

remaja; 5) Mekanisme dimensi dan faktor lingkungan sekitar rumah berdampak pada kesehatan mental remaja; 6) Framework yang dipakai dalam penelitian ini.

2.1. Kesehatan Mental Remaja

2.1.1. Kesehatan Mental

Istilah kesehatan mental atau *mental health* umumnya dipakai dalam bidang ilmu psikologi dan psikiatri. Istilah kesehatan mental telah lama digunakan terutama dalam kaitannya dengan gangguan mental (*mental illness*). Namun definisi kesehatan mental telah berubah dalam beberapa tahun terakhir. Kesehatan mental bukan hanya tidak adanya penyakit mental, tetapi juga mencakup adanya perasaan positif (*emotional well-being*), dan fungsi positif dalam kehidupan individu (*psychological well-being*) dan kehidupan masyarakat (*social well-being*) (C. L. M. Keyes, 2002; Corey L.M. Keyes, 2005; Lamers et al., 2011).

WHO juga mengembangkan definisi kesehatan mental dalam penekananan positif sebagai suatu keadaan kesejahteraan (*well-being*) di mana individu menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan hidup yang normal, dapat bekerja secara produktif dan bermanfaat, dan mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya (WHO, 2005). Ada tiga komponen inti dari *mental health* menurut WHO, yaitu: 1) *well-being* atau kesejahteraan; 2) berfungsinya secara efektif dalam kehidupan individu; dan 3) berfungsinya secara efektif dalam kehidupan bermasyarakat, yang mana ketiga dimensi ini bersama-sama membentuk kesehatan mental (*mental health*).

Definisi menurut WHO ini, meskipun merupakan kemajuan substansial dalam hal menjauh dari konseptualisasi kesehatan mental sebagai keadaan tanpa penyakit mental, menimbulkan beberapa kekhawatiran dan menimbulkan kesalahpahaman potensial ketika mengidentifikasi perasaan positif dan fungsi positif sebagai faktor kunci kesehatan mental. Faktanya, menganggap *well-being* sebagai aspek kunci *mental health* sulit untuk disesuaikan dengan banyak situasi kehidupan yang menantang di mana *well-being* bahkan mungkin tidak sehat: kebanyakan orang akan menganggap orang yang mengalami keadaan *well-being* saat membunuh beberapa orang selama aksi perang sebagai orang yang tidak sehat secara mental, dan akan menganggap orang yang merasa putus asa setelah dipecat dari pekerjaannya dalam situasi di mana peluang kerja langka sebagai orang yang sehat. Orang dengan *mental health* yang baik sering kali merasa sedih, tidak sehat, marah atau tidak bahagia, dan ini adalah bagian dari kehidupan yang dijalani sepenuhnya bagi seorang manusia. Meskipun demikian, *mental health* sering kali dikonseptualisasikan sebagai pengaruh yang murni positif, yang ditandai dengan perasaan bahagia dan rasa menguasai lingkungan.

Pada dasarnya, definisi *mental health* sebagai hal yang positif, dibangun berdasarkan dua tradisi lama dalam studi tentang kehidupan yang dijalani dengan baik (Deci & Ryan, 2008; Ryff, 1989), yaitu: tradisi hedonis, menyangkut perasaan bahagia; dan tradisi eudaimonik, berfokus pada fungsi optimal dalam kehidupan individu dan sosial (Corey Lee M Keyes, 1998; ; Waterman, 1993). Pertama, tradisi hedonis, meliputi kebahagiaan dan pengalaman emosi yang menyenangkan. *Mental health* ditingkatkan dengan memaksimalkan perasaan positif dan menyenangkan

sambil meminimalkan perasaan negatif dan tidak menyenangkan. Tradisi ini dicerminkan dari kesejahteraan emosional (*emotional well-being*) mencakup penilaian kognitif terhadap kepuasan hidup secara umum. *Kedua*, tradisi eudaimonik mempertimbangkan fungsi psikologis yang optimal dalam hidup dan telah diukur menggunakan dua model multidimensi—kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*) dan kesejahteraan sosial (*social well-being*)—yang mencerminkan sejauh mana individu memandang diri mereka berfungsi dengan baik dalam hidup (C. L. M. Keyes, 2002). Dengan mempertimbangkan pendekatan hedonis dan eudaimonik, *positive mental health* dapat didefinisikan sebagai hadirnya atau adanya kesejahteraan emosional (*emotional well-being*), psikologis (*psychological well-being*), dan sosial (*social well-being*) (Keyes, 2002).

Berdasar pada teori Keyes kesehatan mental dapat dikategorikan menjadi tiga kategori. Individu dengan kesehatan mental yang utuh disebut sebagai individu yang *flourishing* (berkembang), yang memiliki tingkat kesejahteraan yang tinggi. Individu dalam kategori *flourishing* memiliki kehidupan yang dipenuhi dengan emosi positif dan berfungsi baik secara psikologis dan sosial. Kategori cukup sehat mental diartikan ketika individu memiliki tingkat kesejahteraan yang sedang. Individu pada kategori ini cenderung pada titik standar kesejahteraan. Sedangkan individu dengan kesehatan mental yang tidak utuh disebut sebagai individu yang merana (*languishing*) dalam hidupnya, memiliki kesejahteraan yang rendah. Individu yang berada dalam kategori *languishing* bisa merasa hampa dan mengalami stagnasi dalam hidupnya. Individu

yang berada di antara kontinum *flourishing* dan *languishing* disebut sebagai individu yang sehat mental secara moderat.

Penjelasan mengenai *flourishing* yang pakai aksis X dan Y.

Galderisi dalam artikelnya yang berjudul “Toward a new definition of mental health” (Galderisi et al., 2015) mendefinisikan kesehatan mental sebagai kondisi keseimbangan internal yang dinamis yang memungkinkan individu untuk menggunakan kemampuan mereka secara selaras dengan nilai-nilai universal masyarakat. *Pertama*, nilai-nilai yang dimaksud adalah: rasa hormat dan kepedulian terhadap diri sendiri dan makhluk hidup lain; pengakuan keterhubungan antara orang-orang; rasa hormat terhadap lingkungan; rasa hormat terhadap kebebasan diri sendiri dan orang lain. *Kedua*, konsep “keadaan keseimbangan internal yang dinamis” dimaksudkan untuk mencerminkan fakta bahwa berbagai periode kehidupan memerlukan perubahan dalam keseimbangan yang dicapai: krisis remaja, pernikahan, menjadi orang tua, atau pensiun adalah contoh yang baik dari periode kehidupan yang memerlukan pencarian aktif untuk keseimbangan mental yang baru. *Ketiga*, orang yang sehat secara mental dapat mengalami emosi manusia yang sesuai – termasuk misalnya rasa takut, marah, sedih, dan duka – sementara pada saat yang sama memiliki ketahanan yang cukup untuk memulihkan keadaan keseimbangan internal yang dinamis pada waktunya.

Berdasarkan definisi baru dari *mental health* yang dikemukakan oleh Galderisi, semua komponen yang diusulkan dalam definisi tersebut mewakili aspek *mental health* yang penting tetapi tidak wajib; faktanya, komponen tersebut

dapat berkontribusi pada tingkat yang berbeda-beda terhadap keadaan keseimbangan, sehingga fungsi yang berkembang sepenuhnya dapat mengimbangi gangguan pada aspek lain dari fungsi mental. Misalnya, orang yang sangat berempati, sangat tertarik pada berbagi bersama, dapat mengimbangi gangguan kognitif tingkat sedang, dan tetap menemukan keseimbangan yang memuaskan dan mengejar tujuan hidupnya. Artinya, keterampilan kognitif dan sosial dasar; kemampuan untuk mengenali, mengekspresikan, dan mengatur emosi sendiri, serta berempati dengan orang lain; fleksibilitas dan kemampuan untuk mengatasi kejadian-kejadian buruk dalam hidup dan berfungsi dalam peran sosial; dan hubungan yang harmonis antara tubuh dan pikiran merupakan komponen-komponen penting dari kesehatan mental yang berkontribusi, dalam berbagai tingkatan, pada kondisi keseimbangan internal. Penelitian ini sejalan dengan Lamers, Keyes, WHO dan Galderisi yang menekankan *mental health* sebagai aspek positif dari fungsi psikologis yang tidak berkaitan dengan penilaian ada atau tidaknya psikopatologi. Namun berbeda dari Lamer, Keyes dan WHO, definisi kesehatan mental yang disusun oleh Galderisi bertujuan untuk mengatasi perspektif yang didasarkan pada norma ideal atau tradisi teoritis hedonis dan eudaimonik, demi pendekatan inklusif, sebebasmungkin dari pernyataan yang membatasi dan terikat budaya, dan sedekat mungkin dengan pengalaman hidup manusia, yang terkadang menyenangkan, dan di lain waktu menyedihkan atau menjijikkan atau menakutkan; terkadang memuaskan, dan di lain waktu menantang atau tidak memuaskan.

2.1.2. Remaja dan Karakteristiknya

Masa remaja merupakan masa perkembangan yang sensitif bagi kesehatan mental individu. Hal ini dikarenakan masa remaja merupakan periode peralihan individu dari masa kanak-kanak menuju dewasa di mana terjadi banyak perubahan baik secara fisik, emosional, maupun sosial (WHO, 2021). Meninjau pada definisi WHO mengenai kesehatan mental dan remaja seperti telah diungkapkan di atas, maka remaja yang sehat mental adalah individu usia 10 atau 11 tahun hingga 18 atau 19 tahun yang mengetahui kelemahan dan kelebihan diri, mengetahui cara coping atas permasalahan yang muncul, melakukan aktivitas yang produktif, serta dapat memberikan kontribusi bagi lingkungan dan komunitas.

Remaja adalah kelompok warga dengan rentang usia yang bervariasi. World Health Organization (WHO) mendefinisikannya sebagai individu yang berusia antara 10 hingga 19 tahun. Di Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 25 tahun 2014 menggolongkan remaja sebagai penduduk yang berusia antara 10 hingga 18 tahun. Sementara menurut data dari Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) tahun 2015, remaja adalah seseorang yang berusia antara 10 hingga 24 tahun dan belum menikah, seperti yang diakui oleh Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2017.

Menurut Hurlock, masa remaja madya adalah rentang usia 15–17 tahun. Masa remaja dibagi menjadi tiga fase, yaitu: **Remaja awal: 12–15 tahun, Remaja madya: 15–17 tahun, Remaja akhir: 18–21 tahun.** Hurlock (1992) mendefinisikan remaja sebagai periode transisi dari masa anak-anak ke dewasa awal. Selama masa remaja, remaja akan mengalami kematangan mental, emosional,

sosial, dan fisik. Beberapa tugas perkembangan yang harus dilewati remaja, di antaranya: mencapai pola hubungan yang lebih matang dengan teman sebaya, mencapai peranan sosial yang sesuai dengan jenis kelamin, menerima keadaan fisiknya, mencapai tingkah laku sosial yang bertanggung jawab, mencapai kebebasan emosional dari orang tua, mempersiapkan diri untuk karir, mempersiapkan diri untuk menikah dan berkeluarga.

Saat penelitian ini berjalan, jika berdasar pada tahun kelahiran atau kelompok generasi, individu usia remaja saat penelitian ini dilakukan, masuk ke dalam kelompok generasi Z. Generasi Z adalah individu yang lahir dari tahun 1997-2013 (Dolot, 2018). Selama masa penelitian ini berlangsung remaja remaja generasi Z ini berusia 11-24 tahun. Remaja generasi ini memiliki orang tua yang berpendidikan perguruan tinggi dan lebih beragam secara ras dan etnis dibandingkan generasi sebelumnya (Parker & Igielnik, 2020). <https://www.pewresearch.org/social-trends/2020/05/14/on-the-cusp-of-adulthood-and-facing-an-uncertain-future-what-we-know-about-gen-z-so-far/>

Remaja adalah individu dari kelompok usia yang unik, karena mengalami banyak perubahan yang dikaitkan dengan kesehatan mental, sebagai berikut:

a. Mengalami pembentukan organisasi otak dan dampaknya

Adolescence is a period of significant brain reorganization. Pembentukan organisasi otak pada masa remaja sangat relevan dengan kesehatan mental, dimana dalam tahap ini faktor lingkungan menjadi hal yang sangat penting untuk diperhatikan (Modabbernia et al., 2021). Memahami peran faktor kehidupan positif dan negatif pembentukan organisasi otak hingga di masa remaja awal sangat relevan dengan

kesehatan mental karena manifestasi pertama dari sebagian besar gangguan mental dapat ditelusuri ke periode ini (Modabbernia et al., 2021).

Potensi paparan terhadap situasi seperti kemiskinan, pelecehan, atau kekerasan, yang dapat meningkatkan kerentanan remaja terhadap masalah kesehatan mental; sakit mental dimulai di usia 14 tahun (???). Langkah untuk menjaga ketenangan pikiran dan melindungi mereka dari pengalaman yang tidak menyenangkan dan kejadian-kejadian yang tidak diinginkan yang dapat mengganggu pertumbuhan mereka menuju kedewasaan (Mustamu, Hasim, & Khasanah, 2020 dalam Yulianti et al., 2024).

b. Mengalami perubahan fisik, kognitif, kepribadian dan dampaknya

Remaja mengalami perubahan yang drastis pada semua aspek perkembangannya yaitu meliputi perkembangan fisik, kognitif, kepribadian, dan sosial (Gunarsa, 2006; 196). Perubahan drastik ini yang terjadi menempatkan masa remaja identik dengan masa yang kritis, sehingga seringkali banyak masalah yang dihadapi pada masa ini, yang menjadi penentu perkembangan mereka di masa remaja akhir hingga dewasa. Pemahaman remaja tentang dunia fisik dan sosial mereka berubah secara signifikan. Remaja menjadi lebih mampu merencanakan, mengambil keputusan, dan memikirkan masa depan (Gunarsa, 2006).

c. Mengalami perkembangan Psikososial dan dampaknya

Berdasarkan perkembangan psikososialnya, remaja memiliki kebutuhan yang unik sebagai remaja. Mereka menghadapi tantangan psikososial baru seputar isu identitas, otonomi, keintiman, dan seksualitas (Smetana et al., 2017), serta mulai

merefleksikan posisi mereka dalam konteks yang lebih luas (S. D. Evans, 2007). Jika ditinjau dari teori psikososial Erickson, masa ini adalah masa pembentukan identitas (kejelasan siapa dirinya, apa keyakinan, perasaan, dan sikap-sikapnya), atau sebaliknya kebingungan akan identitasnya (kebingungan tujuan, umpan balik yang tidak jelas, harapan yang tidak jelas) (Newman & Newman, 2007). Berikut tahapan perkembangan psikososial tiap tahap perkembangan manusia sejak lahir hingga tua.

Tabel 2.4. Tahapan Perkembangan Psikososial (Newman & Newman, 2007; Salkind, 2004)

Tahapan	Krisis	Kondisi Lingkungan	Hasil Potensial
Masa Bayi (kelahiran sampai 1 tahun)	Kepercayaan vs ketidakpercayaan: Bisakah saya mempercayai dunia?	Dukungan, penyediaan kebutuhan dasar, kontinuitas	Harapan
		Kurangnya dukungan, kekurangan, inkonsistensi	Penarikan
Masa Balita (2 sampai 3 tahun)	Otonomi vs rasa malu dan keraguan: Bisakah saya mengendalikan perilaku saya sendiri?	Permisif yang bijaksana, dukungan	Keinginan
		Perlindungan yang berlebihan, kurangnya dukungan dan kepercayaan diri	Paksaan
Masa Anak Usia Dini (4 sampai 6 tahun)	Inisiatif vs rasa bersalah: Bisakah saya mandiri dari orang tua dan mengeksplorasi batasan saya?	Dorongan, peluang	Tujuan
		Kurangnya kesempatan, perasaan negatif	Larangan
Masa Kecil Pertengahan (6 sampai 12 tahun)	Industri vs inferioritas: Bisakah saya menguasai keterampilan yang diperlukan untuk bertahan hidup dan beradaptasi?	Pelatihan yang memadai, pendidikan yang memadai, teladan yang baik	Kompetensi
		Pelatihan yang buruk, kurangnya arahan dan dukungan	Kelemahan
Masa Remaja (12 sampai 19 tahun)	Identitas vs kebingungan: Siapa saya? Apa keyakinan, perasaan, dan sikap saya?	Stabilitas dan kontinuitas internal, model seks yang terdefinisi dengan baik, dan umpan balik yang positif	Identitas

		Kebingungan tujuan, umpan balik yang tidak jelas, harapan yang tidak jelas	Kebingungan peran
Masa Dewasa Muda (20 sampai 25 tahun)	Keintiman vs isolasi: Bisakah saya memberikan seluruh diri saya kepada orang lain?	Kehangatan, pengertian, kepercayaan	Keintiman
		Kesepian, pengucilan	Isolasi
Masa Dewasa Pertengahan (26 sampai 64 tahun)	Generativitas vs stagnasi: Apa yang bisa saya berikan kepada generasi penerus?	Tujuan, produktivitas	Peduli
		Kurangnya pengayaan, regresi	Penolakan
Masa Tua (65 sampai mati)	Integritas vs keputusan: Sudahkah saya menemukan kesenangan dan kepuasan melalui pekerjaan dan permainan di hidup saya?	Rasa penutupan, kesatuan, arah	Kebijaksanaan
		Kurangnya kelengkapan, ketidakpuasan	Penghinaan

Di setiap tahap perkembangannya, tugas perkembangan psikososial ini harus mereka selesaikan, agar tidak mengalami krisis dan dapat memasuki tahapan perkembangan psikososial selanjutnya. Berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa remaja merupakan masa pencarian identitas diri untuk mencapai identitas yang positif. Penguatan identitas positif yang konsisten dan stabil diperlukan untuk mendukung penyelesaian tugas perkembangan psikososialnya sebagai remaja.

2.1.3. Skrining Kesehatan Mental Remaja

Salah satu upaya penanganan kesehatan remaja salah satunya adalah melalui skrining kesehatan jiwa remaja. Psikolog terkemuka mengakui pentingnya pendekatan hedonis dan eudaimonik, yang telah berkontribusi pada konseptualisasi *well-being* terintegrasi yang tercakup dalam istilah "kemakmuran"

atau *flourishing* (Witten et al., 2019). Awalnya terdapat tanggapan bahwa *flourishing* dievaluasi hanya mencakup hal *emotional well-being*, dan tidak mencakup aspek fungsi positif (Diener et al., 2010). Kemudian, berdasarkan operasionalisasi *flourishing* terkini yang tertuang dalam “PERMA-Profiler” telah mencakup aspek-aspek utama *well-being* dan integrasi konsepsi eudaimonik dan hedonic. PERMA merupakan akronim dari emosi positif atau *Positive Emotions* (P), keterlibatan atau *Engagement* (E), hubungan positif atau *Positive Relationships* (R), makna *Meaning* (M), dan pencapaian atau *Achievements* (A) (Seligman, 2011). Dan secara internasional, pemerintah semakin mengakui pentingnya mengukur *flourishing* sebagai indikator kemajuan/progres (Huppert & So, 2009). Identifikasi karakteristik individu, kelompok, dan populasi yang berkontribusi terhadap tingkat *flourishing* yang tinggi dapat memberikan dasar bagi promotor kesehatan dan pembuat kebijakan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat untuk berkembang (Huppert & So, 2009). Namun ...

Goodman (2017) telah mengembangkan dimensi kesehatan mental yang memberikan gambaran singkat kondisi kesehatan mental individu khususnya remaja melalui lima dimensi yang dikelompokkan ke dalam perilaku yang berfokus pada kekuatan (*Strength*) dan kesulitan (*Difficulties*). Kekuatan terdiri dari satu dimensi yaitu Perilaku Prososial. Adapun kesulitan terbagi menjadi dua kategori yaitu Masalah Internalisasi yang terdiri dari dimensi Gejala Emosional dan Masalah Hubungan Teman Sebaya. Dan masalah Eksternalisasi yang terdiri dari dimensi Masalah Perilaku dan Hiperaktivitas/Sulit Fokus. Penggabungan

dimensi Kekuatan dan Kesulitan tersebut yang kemudian akan menentukan kondisi kesehatan mental individu.

a. Gejala Emosional (*Emotional Symptoms*)

Sering mengeluh sakit secara fisik, sering terlihat khawatir, sering merasa tidak bahagia, gugup menghadapi situasi baru, mudah kehilangan percaya diri, banyak ketakutan dalam hidup.

b. Masalah Hubungan Teman Sebaya (*Peer Relationship Problems*)

Suka menyendiri, tidak memiliki teman baik, tidak disukai anak-anak lain, mengganggu anak-anak lain.

c. Masalah Perilaku (*Conduct Problems*)

Sering mengamuk atau pemarah, tidak menuruti perintah, sering berkelahi dengan anak lain, sering berbohong atau menipu, mencuri barang atau uang.

d. Hiperaktivitas/Sulit Fokus (*Hyperactivity/Inattention*)

Gelisah, terlalu aktif, tidak bisa diam untuk waktu yang lama, terus-menerus menggeliat, mudah terganggu, tidak berpikir sebelum bertindak, dan tidak memiliki perhatian yang baik.

e. Perilaku Prososial (*Prosocial Behavior*)

Memikirkan perasaan orang lain, suka berbagi dengan anak-anak lain, membantu saat ada yang terluka atau sakit, baik kepada anak-anak yang lebih muda, berinisiatif untuk membantu orang lain (orang tua, guru, anak-anak lain).

Instrumen yang dikembangkan berdasarkan teori Goodman ini bahkan telah digunakan oleh Puskesmas sebagai instrumen skrining awal

mengidentifikasi gangguan perilaku (*conduct disorder*) khususnya pada individu dari usia 4-16 tahun. Instrumen yang dikembangkan disebut dengan *Strength Difficulties Questionnaire* (SDQ) telah diterjemahkan ke dalam lebih dari 40 bahasa dan bebas digunakan untuk kepentingan non- komersial (<http://www.sdqinfo.org/>). Dahlan (dalam Oktaviana, 2014) menyebutkan bahwa SDQ memiliki keunggulan relatif yang lebih dibanding metode asesmen lainnya, yaitu: lebih tidak invasif, tingkat risiko yang lebih rendah, tidak memerlukan keahlian khusus, lebih murah, waktu untuk memperoleh hasil lebih cepat, lebih mudah diakses, lebih sederhana, tidak terlalu rumit, dan dapat mendeteksi gangguan lebih dini, tidak hanya mendeteksi gangguan pada tahap lanjut. Selain itu, SDQ memiliki beberapa poin keunggulan relatif, yaitu: dapat dilakukan tanpa memiliki keahlian khusus atau profesi tertentu, waktu yang digunakan untuk mengadminstrasikan dan melakukan skoring cukup singkat, mudah diakses, tidak harus dilakukan di pelayanan kesehatan, lebih sederhana dalam administrasi ataupun skoring, digunakan untuk melakukan deteksi dini sehingga permasalahan pada anak dapat diketahui sedini mungkin dan memperoleh intervensi secepat mungkin.

Meninjau pada *The Strength and Difficulties Questionnaire* yang direkomendasikan untuk dipakai sebagai skrining bahkan terhadap masalah internalisasi remaja (Oktaviana & Wimbari, 2014) dan gambaran singkat dari perilaku yang berfokus pada kekuatan dan juga kesulitan perilaku anak dan remaja (3-17 tahun) (Black, Pulford, Christie, & Wheeler, 2010). Berdasarkan ukuran ini, remaja yang sehat mental adalah mereka berada dalam kategori normal dan

atau mendekati rata-rata, baik dalam dimensi kekuatan maupun kesulitan.

Karakteristik remaja sehat mental bersifat normatif, artinya saat karakteristik 80% mewakili populasi, maka akan secara statistik dikarakteristikan dalam kelompok normal atau mendekati rata-rata (lihat sdqinfo.com).

Skrining ini menghasilkan singkat dari perilaku yang berfokus pada kekuatan dan juga kesulitan individu usia 4-17 tahun (Black, Pulford, Christie, & Wheeler, 2010). SDQ sebagai instrumen skrining memiliki kelebihan karena jumlah aitemnya yang sedikit dan relatif sederhana dan telah banyak dilakukan di berbagai negara, baik untuk pengujian properti psikometri maupun validasi terhadap gangguan tertentu (Oktaviana & Wimbari, 2014). SDQ telah diterjemahkan ke dalam lebih dari 40 bahasa dan bebas digunakan untuk kepentingan non-komersial (<http://www.sdqinfo.org/>). Lihat Tabel .

Tabel 3.1
Aitem Strength and Difficulties Questionnaire

No.	Dimensi	Aitem		Jumlah Aitem
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	<i>Emotional symptoms</i>	3, 8, 13, 16, 24	-	5
2	<i>Conduct problem</i>	5, 12, 18, 22	7	5
3	<i>Hyperactivity/Inactive</i>	2, 10, 15	21, 25	5
4	<i>Peer problem</i>	6, 19, 23	11, 14	5
5	<i>Prosocial</i>	1, 4, 9, 17, 20	-	5
	Jumlah	20	5	25

Tabel . Skoring SDQ

<i>Self-completed SDQ</i>	<i>Close to average</i>	<i>Slightly raised (/slightly lowered)</i>	<i>High (/Low)</i>	<i>Very High (/Very Low)</i>
<i>Total difficulties score</i>	0-14	15-17	18-19	20-40
<i>Emotional problems score</i>	0-4	5	6	7-10
<i>Conduct problems score</i>	0-3	4	5	6-10
<i>Hyperactivity/Inactive score</i>	0-5	6	7	8-10
<i>Peer problems score</i>	0-2	3	4	5-10
<i>Prosocial score</i>	7-10	6	5	0-4

The *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) tersedia dalam beberapa versi untuk memenuhi kebutuhan peneliti, dokter, dan pendidik dan mencakup. Kuesioner ini terdiri dari 25 aitem dengan lima skala, yang dapat juga dilihat dari dua, tiga atau empat dimensi permasalahan kesehatan mental. Lihat ilustrasi dibawah.

Tabel . Dimensi Kesehatan Mental

Lima Skala	Dua skala	Tiga skala
<i>Emotional Symptoms</i>	<i>Difficulties</i>	<i>Internalizing problem</i>
<i>Conduct Problems</i>		
<i>Hyperactivity/Inattention</i>		<i>Externalizing problem</i>
<i>Peer Relationship Problems</i>		
<i>Prosocial Behaviour</i>	<i>Strengths</i>	<i>Prosocial scale</i>

Diilustrasikan sendiri oleh Peneliti (sumber: <https://sdqinfo.com>)

Penentuan kategori skor *Strength and Difficulties Questionnaire*

menggunakan pengkategorian yang telah ditetapkan pada panduan SDQ dengan 4 kategori Mendekati rata-rata (*close to average*) (merupakan 80% dari populasi), Agak Tinggi/Agak Rendah (*slightly raised*) (merupakan 10% dari populasi), Tinggi (*high*) (merupakan 5% dari populasi), Sangat Tinggi (*very high*) (merupakan 5% dari populasi)

pada Kesulitan, Kekuatan, serta subkategori internalisasi dan eksternalisasi.

Adapun rentang skor untuk menentukan kategori status kesehatan mental

berdasarkan skor dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3.2 Rentang Skor Kategori Status Kesehatan Mental

Dimensi	Skor Kategori Status Kesehatan Mental			
	Mendekati Rata-rata	Agak tinggi/Agak rendah	Tinggi/Rendah	Sangat Tinggi/Sangat Rendah
ES	0-4	5	6	7-10
PRP	0-2	3	4	5-10
CP	0-3	4	5	6-10
H/I	0-5	6	7	8-10
PB/Kekuatan	7-10	6	5	0-4
Kesulitan	0-14	15-17	18-19	20-40
Internalisasi (ES+PRP)	0-6	7-8	9-10	11-20
Eksternalisasi (CP+H/I)	0-8	9-10	11-12	13-20

Sumber: sdq.info

Penentuan Status Kesehatan Mental adalah dengan menggabungkan skor Kekuatan dan Kesulitan yang kemudian menghasilkan 7 kategori Risiko Masalah Kesehatan Mental, yaitu Sangat Rendah (SR), Rendah (R), Agak Rendah (AR), Sedang (S), Agak Tinggi (AT), Tinggi (T), dan Sangat Tinggi (ST). Dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.3.

Status Resiko Masalah Kesehatan Mental

		Kekuatan			
		Mendekati Rata-rata	Agak Rendah	Rendah	Sangat Rendah

Kesulitan	Mendekati Rata-rata	Sangat Rendah	Rendah	Agak Rendah	Sedang
	Agak Tinggi	Rendah	Agak Rendah	Sedang	Agak Tinggi
	Tinggi	Agak Rendah	Sedang	Agak Tinggi	Tinggi
	Sangat Tinggi	Sedang	Agak Tinggi	Tinggi	Sangat Tinggi

Tabel ... Diilustrasikan berdasarkan diskusi dengan psikolog klinis

Berdasarkan tabel di atas, individu dengan skor kekuatan mendekati rata-rata dan skor kesulitan juga mendekati rata-rata merupakan individu dengan potensi permasalahan kesehatan mental yang sangat rendah. Lalu, individu dengan skor kekuatan agak rendah dan skor kesulitan juga agak rendah merupakan individu dengan potensi permasalahan kesehatan mental yang rendah. Demikian seterusnya. Pada penggunaan praktisnya, individu dengan potensi permasalahan kesehatan mental yang agak tinggi, tinggi hingga sangat tinggi sangat disarankan untuk diberikan penanganan khusus dengan tetap mengacu pada dimensi kesehatan mental yang spesifik (misal. *Peer Relationship Problems* yang tinggi).

Terdapat beberapa keunggulan penggunaan SDQ sebagai ukuran kondisi kesehatan mental. *Pertama*, dapat dilakukan tanpa memiliki keahlian khusus atau profesi tertentu. Diketahui bahwa SDQ telah diterjemahkan ke dalam lebih dari 40 bahasa dan bebas digunakan untuk kepentingan nonkomersial (<http://www.sdqinfo.org/>). *Kedua*, waktu yang digunakan untuk mengadminstrasikan dan melakukan skoring cukup singkat, mudah diakses, tidak

harus dilakukan dalam pelayanan kesehatan, lebih sederhana dalam administrasi ataupun skoring. *Ketiga*, digunakan untuk melakukan deteksi dini sehingga permasalahan pada anak dan remaja (3-17 tahun) dapat diketahui sedini mungkin dan memperoleh intervensi secepat mungkin.

2.1.4. Remaja yang Sehat Mental

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan pada Pasal 50 ayat 4 dituliskan bahwa upaya kesehatan remaja dilakukan untuk mempersiapkan kondisi remaja agar dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga remaja tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dan mampu memberikan kontribusi untuk masyarakat. Pada pasal 50 ayat 1 juga dituliskan bahwa upaya kesehatan remaja ini ditujukan untuk mempersiapkan remaja menjadi orang dewasa yang sehat, cerdas, berkualitas, dan produktif.

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mengkarakteristikkan remaja yang sehat mental. Remaja mengalami *psychological well-being* saat **menjalani hidup dengan tujuan dan memiliki hubungan yang positif (van Schalkwyk & Wissing, 2010)**, dan remaja yang **menunjukkan keterampilan pengendalian diri memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk *flourishing* (Orkibi et al., 2018)**. Literatur juga menemukan bahwa **keterlibatan (*engagement*), ketekunan (*perseverance*), optimism (*optimism*), keterhubungan (*connectedness*), dan kebahagiaan (*happiness*)** merupakan aspek yang ditemukan dapat mendorong

perkembangan (*foster flourishing*) dan hasil positif di masa dewasa (Kern et al., 2016).

Dalam (Van Schalkwyk & Wissing, 2010). Remaja mengalami psychological *well-being* saat menjalani hidup dengan tujuan dan memiliki hubungan yang positif (van Schalkwyk & Wissing, 2010), dan remaja yang menunjukkan keterampilan pengendalian diri memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk berkembang (Orkibi et al., 2018). Literatur juga menemukan bahwa keterlibatan, ketekunan, optimisme, keterhubungan, dan kebahagiaan merupakan aspek yang ditemukan dapat mendorong perkembangan dan hasil positif di masa dewasa (Kern et al., 2016). Jelas terlihat bahwa emosi dan hasil positif tampaknya dipengaruhi oleh sumber daya pribadi dan lingkungan (Reschly et al., 2008). Khususnya, remaja yang terus-menerus terpapar pada kondisi negatif seperti kemiskinan, kejahatan, dan terlibat dalam perilaku berisiko tinggi, berkontribusi pada perasaan terpuruk (van Schalkwyk & Wissing, 2010).

Dalam (Witten et al., 2019) Hasil penelitian lebih lanjut menunjukkan bahwa mayoritas remaja yang terpuruk cenderung terlibat dalam perilaku berisiko (Venning et al., 2012). Ditemukan bahwa pengalaman keluarga dan masa kecil yang buruk, seperti pelecehan, memiliki dampak negatif pada kesejahteraan remaja dan kemampuan mereka untuk berkembang (Kwong & Hayes, 2017). Namun, terlepas dari hubungan antara pengalaman keluarga yang buruk dan kesulitan dalam perkembangan positif, beberapa anak masih dapat berkembang karena berbagai struktur pendukung (Kwong & Hayes, 2017; Stough et al., 2015).

Dalam (Witten et al., 2019) Jelas terlihat bahwa emosi dan hasil positif tampaknya dipengaruhi oleh sumber daya pribadi dan lingkungan (Reschly et al., 2008). Khususnya, remaja yang terus-menerus terpapar pada kondisi negatif seperti kemiskinan, kejahatan, dan terlibat dalam perilaku berisiko tinggi, berkontribusi pada perasaan terpuruk (van Schalkwyk & Wissing, 2010). Hasil penelitian lebih lanjut menunjukkan bahwa mayoritas remaja yang terpuruk cenderung terlibat dalam perilaku berisiko (Venning et al., 2012). Ditemukan bahwa pengalaman keluarga dan masa kecil yang buruk, seperti pelecehan, berdampak negatif pada kesejahteraan remaja dan kemampuan mereka untuk berkembang (Kwong & Hayes, 2017). Namun, terlepas dari hubungan antara pengalaman keluarga yang buruk dan kesulitan dalam perkembangan positif, beberapa anak masih mampu berkembang karena berbagai struktur pendukung (Kwong & Hayes, 2017; Stough et al., 2015).

Berdasarkan penjelasan sebelumnya, berikut definisi kesehatan mental yang menopang penelitian ini.

		Dikaitkan dengan Keyes:
WHO, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023	<p>a. Sejahtera atau Wellbeing ();</p> <p>b. berfungsinya secara efektif dalam kehidupan individu (realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively);</p> <p>c. berfungsinya secara efektif dalam kehidupan bermasyarakat (is able to make a contribution to his or her community)</p>	hedonis (a) dan eudaimonik (b, c)

Goodman, 2017	<p>Kesulitan Masalah Internalisasi: dimensi a.Gejala Emosional dan b.Masalah Hubungan Teman Sebaya</p> <p>Kesulitan Masalah Eksternalisasi: dimensi c.Masalah Perilaku dan d.Hiperaktivitas/Sulit Fokus</p> <p>Kekuatan: e.Perilaku Prosocial.</p>	hedonis (a) dan eudaimonik (b, c, d, e)
Lamers 2011	Positive mental health dan mental illness dalam kontinum: a.emotional well-being; b.psychological well-being; c.social well-being	hedonis (a) dan eudaimonik (b, c)
Galderisi 2015		
Keyes (2002; 2005; 2006)	Hedonic dan Eudomonic	
PERMA (Seligman, 2011)	Memiliki a.Positive Emotional (P); b.Engagement (E); c. Relational Positive (R); d.Meaning (M); dan e.Achivement (A)	hedonis (a) dan eudaimonik (b, c, d, e)
EPOCH (Kern 2016)	Memiliki: a.Engagement (E); b.Perseverance (P); c.Optimism (O); d.Connectedness (C); dan e.Happiness (H)	hedonis (e) dan eudaimonik (a, b, c, d)

2.2. Lingkungan Sekitar Tempat Tinggal

2.2.1. Lingkungan dalam Perspektif Psikologi dan Arsitektur

Neighborhood atau *neighborhood environment* dapat diartikan sebagai lingkungan atau lingkungan di sekitar. Kamus bahasa Inggris menggunakan istilah "environment" dan "neighborhood" yang diartikan sebagai lingkungan. Namun pada dasarnya keduanya memiliki makna yang berbeda, terutama dalam konteks studi perkotaan dan perencanaan masyarakat.

Istilah *neighborhood* dalam bahasa Inggris secara harafiah adalah area atau *region*, *district* atau *locality* dan *community*. Kata *neighborhood* digunakan untuk menunjukkan lingkungan sekitar tempat tinggal (Dzhambov et al., 2020), atau *outdoor near home* (Jackson et al., 2021), atau tempat di dalam (*indoor*) maupun di luar (*outdoor*) rumah (Mitra et al., 2021), atau *residential outdoor space* (Oswald et al., 2021), atau kawasan pemukiman (Boardman & Onge, 2005).

Tidak hanya sebagai unit geografis atau tempat, *neighborhood* juga sekaligus dapat dilihat sebagai unit sosial (Rohe, 2009b). *Neighborhood* merupakan tempat dimana orang-orang yang tinggal di dalamnya kemudian menghabiskan sebagian besar waktunya (Logan & Molotch, dalam (Rohe, 2009b)). Meskipun laporan etnografis yang lebih banyak tentang lingkungan menekankan fakta bahwa individu memandang batas secara berbeda. Namun beberapa penelitian bergantung pada penilaian peserta terhadap lingkungan, dan batas lingkungan biasanya tidak ditentukan (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000).

Neighborhood dianggap sebagai ruang yang lebih jelas yang mendorong banyak interaksi antara individu-individu yang tinggal di dalamnya, dan representasi yang solid dari keberadaan jejaring di antara mereka yang kemudian mendefinisikan dirinya sebagai bagian dari neighborh (Conde, 1994).

Neighborhood menyediakan tidak hanya pengaturan fisik untuk operasi proses sosial, tetapi juga landasan bersama untuk pembentukan kepentingan bersama bagi orang-orang yang tinggal di dalamnya (Zhu & Fu, 2017). Sebagai unit sosial, *neighborhood* kemudian disebut sebagai ruang (Hays & Kogl, 2007).

Bidang ilmu Psikologi khususnya psikologi lingkungan dan psikologi komunitas, juga mengkaji *neighborhood*. Terdapat dua pandangan mendefinisikan *neighborhood* dalam bidang ilmu psikologi. *Pertama*, *neighborhood* sebagai konsep sosial dan geografis dimana faktor pendidikan, pendapatan, dan *community engagement* mempengaruhi pengalaman, persepsi dan interaksi penduduk terhadap lingkungan geografis dimana mereka tinggal (C. Coulton, 2012; C. J. Coulton et al., 2013). Pandangan ini erat digunakan dalam kajian psikologi lingkungan. *Kedua*, *neighborhood* sebagai *sense of community* dalam suatu area pemukiman, yang mencakup aspek-aspek seperti keanggotaan, pengaruh, hubungan emosional bersama, dan pemenuhan kebutuhan serta kebahagiaan penghuni (W. Wang et al., 2023). Pandangan ini seringkali digunakan dalam kajian psikologi komunitas.

Berdasarkan uraian di atas semakin jelas bahwa mempelajari *neighborhood* cukup menantang karena beberapa alasan. Kloss dalam bukunya yang berjudul Psikologi Komunitas merangkum tiga alasan (Kloss dkk, 2012). *Pertama*, hanya sedikit konsensus tentang definisi yang tepat dari sebuah *neighborhood*, dan seringkali peneliti menggunakan gagasan kasar dan intuitif tentang *neighborhood*. *Neighborhood* memiliki batasan yang agak cair (Shinn & Toohey, 2003 dalam Kloss dkk, 2012). *Kedua*. Banyaknya ragam ekologi *neighborhood*. Ada banyak perbedaan antar *neighborhood* dalam hal bagaimana sumber daya diatur, dipertukarkan, dan dibagikan. Pengaturan di suatu *neighborhood* tidak bisa selalu digeneralisasikan pada *neighborhood* lainnya yang sangat mungkin berbeda variasi dalam pendapatan, tingkat kepemilikan rumah, dan pengangguran yang akan berkontribusi bagi *neighborhood* mendefinisikan “neighborhood-nya”. Di dalam

satu *neighborhood* mungkin ada area yang berbeda. Contohnya di blok-blok proyek perumahan publik yang kosong dan ditutup namun di beberapa blok dari jalan rumah terdapat jalan-jalan rumah yang terpelihara baik dengan rumput dan taman yang terawat baik. (Caughey dkk, 1999 dalam Kloss dkk 2012). *Ketiga*, “neighborhoods are dynamic settings that are continually adapting”. Artinya, terdapat proses dinamis individu-individu dalam *neighborhood* dalam mendapatkan atau kehilangan populasi, pekerjaan, atau kualitas dan *affordance* stok perumahan, pencampuran latar belakang etnis yang mungkin berubah, demikian juga individu dan keluarga yang juga terus berubah seiring bertambahnya anggota dan tindakan serta sikap mereka terhadap sesuatu. Oleh karena itu, meskipun karakteristik *neighborhood* seringkali tampak stabil, namun sebenarnya karakteristik tersebut adalah potret yang menangkap satu titik dalam perubahan yang sedang berlangsung (Kloss dkk, 2012).

Peneliti dalam hal ini berlatar belakang keilmuan psikologi yang sedang berada di pendidikan doktoral ilmu arsitektur dan perkotaan menggunakan kedua pandangan mengenai *neighborhood*, baik sebagai konsep sosial dan geografis (khususnya di awal penentuan lokasi penelitian) dan juga sebagai *sense of community* dalam suatu area pemukiman, yang mencakup aspek-aspek seperti keanggotaan, pengaruh, hubungan emosional bersama, dan pemenuhan kebutuhan serta kebahagiaan penghuni (secara lebih mendalam di dalam proses analisis).

Pendekatan psikologi lingkungan dan perilaku menekankan bahwa untuk memahami perilaku perlu menempatkan perilaku tersebut dalam lingkungannya, mengetahui di mana perilaku muncul, apa aturan di tempat tersebut, bagaimana

aturan tersebut dipahami, apa yang ingin dicapai oleh orang-orang di tempat tersebut, dan siapa saja yang ada di sana (Donald, 2022). Dalam bukunya, Donald memperkenalkan landasan teoretis dan penerapan penelitian lingkungan-perilaku untuk memecahkan masalah dunia nyata, mendorong para pembaca untuk merenungkan peran desain dan kebijakan dalam membentuk lingkungan tempat mereka tinggal dan bekerja. Dengan bab-bab yang mempertimbangkan dampak lingkungan terhadap identitas, kesejahteraan, kejahatan, dan perilaku spasial, Donald menunjukkan tidak hanya bagaimana orang membentuk dan memengaruhi lingkungan, tetapi juga bagaimana lingkungan membentuk dan memengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku orang. Buku ini merupakan buku yang ideal bagi siapa pun yang tertarik pada interaksi antara arsitektur, lingkungan, dan psikologi (Donald, 2022).

“If experimental psychology removes the environmental from research, environmental psychology puts it back. To understand behaviour, we need to situate it in its environment. That means, amongst other things, we need to know where the behaviour is, what the rules of that place are, how they are understood, what people are trying to achieve in that place, and who else is there. This takes us beyond the physical environment to a more complex understanding of a world that brings together many other elements, including social, physical, cultural, and cognitive phenomena. Complex as it may be, we understand how these components work together. We construct the environment in our minds and share a comprehension of it with others who use that place. If that were not the case, the places and settings we inhabit would not function. Interestingly, it is when one of the components does not work, or when we do not share an understanding with those around us, that we notice our environment... The environment is not random. Everything you see around you is the product of human thought and decision-making. What that means is that someone somewhere has made a decision that has produced the environment that surrounds us, all the time.”(Donald, 2022: 2).

2.2.2. Dimensi Lingkungan Sekitar Tempat Tinggal

Adapun penggunaan istilah lingkungan atau *neighborhood* di Indonesia lebih dikaitkan dan diartikan sebagai lingkungan dengan penomoran secara administratif yang dikenal dengan sebutan rukun tetangga (RT), atau rukun warga (RW) yang berada di bawah kelurahan. Setiap kelurahan memiliki beberapa lingkungan (disebut *neighborhood*), dimana pembagiannya berdasarkan kesesuaian populasi tertentu dalam suatu wilayah dan tujuannya untuk mempermudah pembentukan komunitas di suatu wilayah (Medan dalam Angka, 2023). Meskipun pembentukan Rukun Tetangga/ Rukun Warga memiliki sejarah yang berbeda, namun RT dan RW yang kemudian disebut *neighborhood* (Medan dalam Angka, 2023) dan istilah ini telah tercantum dalam kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah baik pusat maupun administratif.

Istilah *neighborhood* di Indonesia sebagai lingkungan yang ada di sekitar tempat tinggal didasarkan pada Peraturan Daerah (PERDA) Kota Medan Nomor 9 Tahun 2017 tentang Pedoman Pembentukan Lingkungan, Pengangkatan dan Pemberhentian Kepala Lingkungan. Selain itu tertuang juga di dalam visi, misi dan rencana strategis (renstra) pemerintahan kota yang mana implementasinya dijalankan oleh kepala lingkungan (seringkali disebut dengan *kepling*) di bawah pengawasan lurah dan camat. Contoh, Kepala Lingkungan 5, Kelurahan Tanjung Rejo, Kecamatan Medan Sunggal, Kota Medan menjalankan program remaja sehat yang ditanggungjawab oleh lurah dalam pengawasan camat untuk menjalankan rencana kerja kota Medan (Renstra Kota Medan).

Neighborhood biasanya dicerminkan melalui fitur fisik yang menonjol yang ada di *neighborhood* (misalnya, jalan utama, rel kereta api), serta pembagian sosial dan etnis yang penting (Duncan & Aber, 1997 dalam (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000)). Informasi tentang karakteristik ekonomi dan demografi disediakan oleh data sensus dan memungkinkan berbagai penelitian untuk mengkarakterisasi neighborhood menurut sejumlah dimensi utama, seperti tingkat kemiskinan lingkungan, kepala keluarga perempuan, penerimaan bantuan publik, dan pengangguran laki-laki.

Selain itu terdapat beberapa penelitian yang mengukur *neighborhood* dari enam domain: kualitas estetika, lingkungan untuk berjalan kaki/olahraga, keamanan dari kejahatan, kekerasan, akses ke makanan sehat, dan kohesi sosial; dan empat domain tambahan: indeks lingkungan untuk keberadaan fasilitas rekreasi, kualitas fasilitas rekreasi, partisipasi lingkungan, dan masalah lingkungan (Echeverria et al., 2004). Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa karakteristik *neighborhood* yang dilaporkan sendiri dapat diukur dengan andal. Terdapat juga pengukuran *neighborhood environment* dengan tujuh domain: kualitas estetika, lingkungan untuk berjalan kaki, ketersediaan makanan sehat, keamanan, kekerasan, kohesi sosial, dan aktivitas dengan tetangga (Mujahid et al., 2007). *The neighborhood scale* ini sangat terkait dengan *social economy position* (SEP) dari *neighborhood*, tetapi juga memberikan informasi yang berbeda dari SEP lingkungan. Hasil ini menggambarkan pendekatan metodologis untuk menilai sifat pengukuran konstruksi tingkat lingkungan dan menunjukkan bahwa konstruksi ini dapat diukur dengan andal.

Peneliti menggunakan ukuran *neighborhood environment* dengan sepuluh dimensi dari Friche, yaitu: *public services, aesthetic quality, walking environment, safety, violence, social cohesion, neighborhood participation, neighborhood physical disorder, neighborhood social disorder, and neighborhood problems* (Friche et al., 2013). Friche, dkk (2013) dalam penelitiannya tersebut secara khusus ditujukan untuk memahami hubungan antara ciri-ciri *neighborhood* dan kesehatan berupaya menjelaskan bagaimana *neighborhood* berdampak terhadap kesehatan mental. Meskipun Friche melakukan penelitiannya pada negara berkembang di Amerika Latin namun hasil penelitiannya ini terbukti reliabel (andal) dan dapat digunakan pada negara berkembang (dalam hal ini Indonesia) dan telah terbukti reliabel (andal) dalam penilaian terhadap sifat psikometrik (menangkap **konstruktivistik tingkat individu** dengan menganalisis konsistensi internal dan reliabilitas tes-tes ulang) dan ekometrik (menangkap konstruksi tingkat lingkungan **konstruktivistik tingkat lingkungan** dengan menggunakan model bertingkat tiga tingkat dan mengukur koefisien korelasi intraneighborhood (ICC) dan reliabilitas lingkungan).

Pada hakikatnya, seperti yang diungkapkan oleh ... bahwa sebuah konsep akan lebih tergambar, jika masing-masing domain teoritik (yang disebut dengan aspek) memiliki independensi yang dibuktikan oleh analisis faktor yang kemudian dinamakan dengan dimensi atau faktor. Peneliti kemudian menggunakan istilah *neighborhood environment* untuk merangkum keseluruhan arti lingkungan maupun *neighborhood* yang menjadi fokus dalam penelitian ini. Peneliti setuju bahwa konsep *neighborhood* akan semakin lebih dipahami dengan melihat dimensi dari *neighborhood* sebagai sebuah lingkungan (*neighborhood*

environment). Penelitian ini menggunakan sepuluh dimensi *neighborhood environment* dari Friche. Berikut penjelasan dari tiap dimensi dan contohnya.

- a) *Public services*, yaitu layanan umum sehari-hari yang disediakan oleh pemerintah daerah provinsi, kota dan lokal seperti pendidikan, polisi dan perlindungan kebakaran, perawatan medis darurat, layanan sosial, layanan pos, transportasi, pembangunan jalan, pengaspalan jalan, pembersihan jalan, kontrol lalu lintas, penerangan jalan, pasokan air, pengumpulan dan pengolahan air limbah, pengumpulan dan pembuangan sampah, layanan rekreasi, perpustakaan, dan taman (Savas, 1978; Seley, 1981)
- b) *Aesthetic quality*, yaitu penilaian berdasarkan baik atau buruknya berdasarkan sensasi kenikmatan yang disebabkan oleh karakteristik dari suatu ruang atau tempat (spasial) yang terlihat secara visual (Mundher dkk., 2022). Kualitas Estetika (*Aesthetic Quality*) didapatkan dari dua sumber (*resources*) (Canter, 1996): (1) Fitur alami atau budaya (*natural or cultural feature*) dapat menimbulkan reaksi dan evaluasi melalui indra tubuh yang positif oleh pengamat. Contohnya dapat mencakup pohon-pohon di jalan, pemandangan indah, distrik dan bangunan bersejarah, landmark lokal, dan sumber daya budaya seperti perpustakaan, balai kota, pusat kota, dan kampus. (2) Fitur pencela (*detractor feature*) menimbulkan reaksi sensorik negatif yang nyata dan evaluasi oleh pengamat. Contoh *detractor* yang mungkin terjadi atau terdapat di lingkungan adalah tempat pembuangan sampah, tempat penyimpanan barang rongsokan, bangunan yang ditinggalkan, atau struktur industri yang rusak.

- c) *Walking environment*, yaitu mencakup infrastruktur yang mendukung pergerakan pejalan kaki, seperti trotoar, penyeberangan, dan jalur pejalan kaki. Lingkungan pejalan kaki yang dirancang dengan baik akan mendorong aktivitas fisik dan aksesibilitas, yang berkontribusi pada gaya hidup sehat dan interaksi masyarakat (Baobeid dkk., 2021; Shay dkk., 2003).
- d) *Safety*, yang dapat dibagi menjadi dua bagian (Zimring, 2012): (1) Keselamatan obyektif (*Objective Safety*) didasarkan pada keamanan 'nyata', yang juga disebut sebagai bagian keamanan berbasis bukti. Keamanan obyektif sebagian besar diukur dengan laporan polisi, indeks dan analisis lainnya. (2) Keselamatan subyektif (*Subjective Safety*) yang didasarkan pada perasaan aman warga. Bagian ini didasarkan pada pengalaman warga, pendapat warga dan perasaan warga di dalam lingkungan atau lingkungannya. Keamanan subyektif di lingkungan biasanya diukur pada tingkat individu dengan menggunakan survei dan wawancara mendalam. Meskipun ada perbedaan antara keamanan obyektif dan keamanan subyektif, kedua elemen ini perlu digabungkan sehubungan dengan tingkat keamanan di lingkungan (Zimring, 2012).
- e) *Violence*, yaitu penggunaan kekuatan fisik atau kekuasaan yang disengaja, baik yang diancamkan maupun yang terjadi, terhadap diri sendiri, orang lain, atau terhadap kelompok atau komunitas, yang mengakibatkan atau memiliki kemungkinan besar mengakibatkan cedera, kematian, kerugian psikologis, keterbelakangan, atau perampasan (Powell dkk., 2008).

- f) *Social cohesion*, merupakan proses berkelanjutan untuk mengembangkan kesejahteraan, rasa memiliki, dan partisipasi sosial secara sukarela dari anggota masyarakat sambil **mengembangkan komunitas yang bertoleransi dan mempromosikan keragaman nilai dan budaya**, dan pada saat yang sama **memberikan hak dan kesempatan yang sama dalam masyarakat** (Fonseca dkk., 2019).
- g) *Neighborhood participation*. Partisipasi dapat dideskripsikan menjadi dua bagian yaitu “*expressive*” dan “*instrumental*” *participation*, dimana tindakan partisipasi “*expressive*” termotivasi oleh rasa identitas dan kewajiban seseorang sebagai “*tetangga (neighbor)*” dan mencakup perilaku seperti pertukaran sosial dengan tetangga dan partisipasi dalam kelompok masyarakat yang dirancang untuk mendorong interaksi sosial, ketetanggaan, dan persahabatan di antara anggota masyarakat; sementara tindakan partisipasi “*instrumental*” termotivasi oleh keprihatinan fungsional dan politis masyarakat, seperti keinginan untuk melindungi investasi pribadi dan mempromosikan bisnis lokal di masyarakat (Talò & Mannarini, 2015). *Neighborhood Participation* mengacu kepada keterlibatan warga secara sukarela dalam urusan lingkungan, baik secara formal maupun informal (Zhu & Fu, 2017).
- h) *Neighborhood physical disorder*, contohnya: perumahan yang kosong atau terbengkalai, bangunan yang rusak atau dirusak, mobil yang ditinggalkan, grafiti, dan sampah di jalanan dapat menjadi contoh gangguan fisik (Sampson dan Raudenbush 1999; Skogan 1990; Taylor 2001; Wilson dan

Kelling 1982). *Neighborhood Physical Disorder* mengacu pada penampilan fisik atau **tanda-tanda kelalaian dan/atau pembusukan** yang terlihat secara keseluruhan dari suatu lingkungan (Duchowny dkk., 2020; Ross & Mirowsky, 2001). Tempat-tempat dengan tingkat gangguan fisik yang tinggi **biasanya berisik, kotor, dan kumuh; banyak bangunan yang rusak atau ter bengkalai; dan vandalisme serta grafiti sering terjadi** (Cagney dkk., 2009; Mendes de Leon dkk., 2009; Ross & Mirowsky, 1999).

- i) *Neighborhood social disorder*, merupakan gangguan sosial sebagai tanda-tanda yang menunjukkan **kurangnya kontrol sosial yang melibatkan masyarakat dan dianggap dapat berpotensi mengancam** (Ross & Mirowsky, 1999; Sampson, 2009). Tanda-tanda yang terlihat dari gangguan sosial termasuk **perkelahian dan masalah di antara tetangga dan kehadiran orang-orang yang nongkrong di jalanan, minum-minuman keras, menggunakan narkoba, transaksi narkoba, perkelahian dan pertengkaran, kehadiran tunawisma, mengemis, mabuk di depan umum, pelecehan verbal di jalan, pelacuran jalanan, aktivitas polisi tingkat tinggi, kelompok laki-laki muda yang gaduh di tempat umum, dan aktivitas kriminal atau bukan kriminal lainnya yang menciptakan rasa bahaya** (Gracia, 2014; Ross & Mirowsky, 1999; Sampson, 2009).
- j) *Neighborhood problems*, merupakan **istilah yang luas yang mencakup fitur fisik atau material dari fisik atau material dari lingkungan** (misal: bangunan ter bengkalai, sampah, vandalisme) serta **elemen-elemen ketidaktertiban**

sosial (misalnya kejahatan, berkeliaran, konflik jalanan, atau penggunaan obat-obatan terlarang (Ross & Mirowsky, 2001).

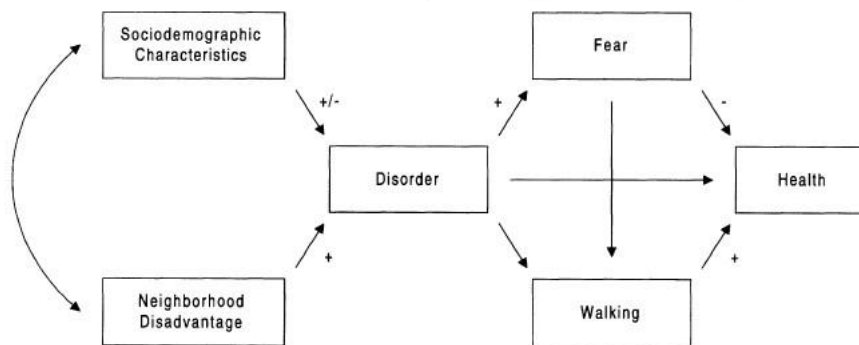
Karakteristik spesifik yang ada di lingkungan tidak terlepas sebagai penyebab permasalahan mental individu yang tinggal di dalamnya (Rohe, 1985; (Benninger, 2021). Bagian berikut akan membahas lingkungan sekitar dengan karakteristik disadvantage sebagai salah satu determinan sosial penentu kesehatan mental pada remaja.

2.2.3. Lingkungan Sekitar Tempat Tinggal dengan Karakteristik *Disadvantage*

Ross dan Mirowsky (2021) dalam artikelnya menuliskan bagaimana penduduk di lingkungan yang kurang beruntung (*disadvantaged neighborhood*) memiliki kesehatan yang lebih buruk dibandingkan dengan penduduk yang lebih beruntung (*advantaged neighborhood*). Hal ini dimediasi oleh persepsi adanya gangguan lingkungan (*perceived neighborhood disorder*) dan ketakutan yang diakibatkannya. Ketika penduduk merasa ketakutan melakukan aktivitas fisik di lingkungan sekitar, secara tidak langsung akan membahayakan kesehatan; sejalan dengan itu, gangguan dan ketakutan yang ditimbulkannya dapat merusak kesehatan secara langsung selain menghambat aktivitas luar ruangan yang menyehatkan seperti berjalan kaki. Demikian juga pada remaja, kurangnya aktivitas fisik di luar ruangan dapat menghasilkan konsekuensi negatif terhadap kesehatan tidak hanya fisik, namun juga kesehatan mental (Jackson et al., 2021; Mitra et al., 2021) yang dampaknya jangka panjang. Hal ini tidak dimediasi oleh pembatasan aktivitas fisik

di luar ruangan. Namun, stres harian yang terkait dengan tinggal di lingkungan tempat bahaya, masalah, kejahatan, dan ketidaksopanan menghasilkan respons fisiologis yang dapat mengganggu kesehatan. Lihat gambar di bawah ini.

FIGURE 1. Theoretical Model of the Processes by which Neighborhood Disadvantage Affects Health



Dalam (Ross & Mirowsky, 2001 halaman 262)

Disadvantage (ketidakberuntungan) adalah kondisi atau keadaan yang tidak mendukung kesuksesan, secara geografis memiliki karakteristik ketidakberuntungan (*disadvantage*). *Neighborhood environment* dengan karakteristik *disadvantage* dikarakteristikan dengan tingkat kemiskinan yang tinggi, serta kondisi-kondisi lebih buruk lain sebagai dampak kemiskinan seperti keterlibatan kriminal, pendidikan kesehatan, pendapatan yang buruk, kepemilikan rumah ((Ross & Mirowsky, 2001; Wilson 1987; Jencks dan Mayer 1990; Brooks-Gunn et al. 1993; Sampson, Morenoff, dan Gannon -Rowley 2002; Sharkey dan Faber 2014 dalam Zhu, 2022). Ketidakberuntungan juga seringkali dikaitkan dengan “langka sumber daya”, prevalensi kemiskinan dan rumah tangga yang hanya memiliki ibu atau orang tua tunggal, keterbatasan kesempatan, pendidikan perguruan tinggi, kurangnya integrasi sosial dan

kohesi sosial, iklim normatif yang kondusif terjadinya perilaku tidak tertib, dst. Artinya, *neighborhood environment* akan disebut memiliki karakteristik *disadvantage* adalah saat individu yang kurang beruntung tinggal terkonsentrasi di wilayah yang ditentukan secara geografis; pada kondisi ini, ketidakberuntungan menjadi ciri khas lingkungan mereka.

Neighborhood environment dengan kondisi *disadvantage* ini seringkali dikaitkan dengan **letaknya secara geografis yaitu di pinggiran kota (peri-urban)**. Pinggiran kota (peri-urban) merupakan istilah yang merujuk pada proses perluasan area sekitar perkotaan (Follmann, 2022). Wilayah ini biasanya dihuni oleh penduduk yang melakukan proses perpindahan dari area perkotaan menuju ke pinggiran kota untuk mendapatkan kehidupan yang lebih baik; atau bisa disebabkan oleh penduduk pedesaan yang pindah ke daerah pinggiran kota untuk mencari pekerjaan membentuk area peri-urban (Woltjer, 2014), dan kemudian membangun rumah sementara secara ilegal (bukan hak milik) atau menyewa.

Peri-urban dapat dijelaskan sebagai zona transisi antara area perkotaan dan daerah pedesaan, dimana **terjadinya transisi atau perubahan antara lahan perkotaan dan pertanian, perubahan ekonomi dari area pertanian atau perikanan ke aktivitas perkotaan (???)**, terjadinya **pembangunan properti seperti area perumahan dan perkantoran (???)**. Pembangunan di pinggiran kota ini seringkali tidak terencana dan menimbulkan banyak permasalahan baik secara fisik maupun sosial. **Pembangunan kota tidak sesuai dengan kebutuhan, heterogen, kesenjangan sosial, rendahnya rasa kepemilikan akan tempat, rawan konflik dsb; dimana layanan dan fasilitas publik juga tidak tersedia atau**

terbatas. Ciri-ciri lingkungan seperti *neighborhood disadvantage* ini, menjadi penentu sosial kesehatan dalam banyak konteks (Riley, A. R. dalam (Benninger et al., 2021a).

2.3. Dimensi Lingkungan Sekitar Tempat Tinggal yang Berdampak Pada Kesehatan Mental Remaja

2.3.1. Kebutuhan Remaja Akan *Neighborhood Environment*

Lingkungan sekitar tempat tinggal sebagai penentu kesejahteraan remaja dibandingkan dengan kesejahteraan anak-anak atau orang dewasa (Boardman, 2005). Lingkungan sekitar tempat tinggal konsisten dan signifikan berdampak langsung pada remaja akhir (17-20 tahun) terhadap kesehatan mental remaja (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000)(Leventhal & Brooks-Gunn, 2000). Kontribusi relatif lingkungan sekitar tempat tinggal terhadap pembentukan identitas global mungkin lebih besar di kalangan remaja (). **Lebih lagi pada remaja dengan orang tua dari sosial ekonomi rendah** (Hickman, 2013) **(Flanagan dkk, 2011).**

Bagi remaja, *neighborhood* adalah tempat-tempat yang sering dikunjungi sehari-hari dan dapat berfungsi sebagai titik di mana mereka mengakses (atau tidak) tempat-tempat lain (selain rumah) yang penting dalam perkembangannya (misalnya, sekolah, layanan kesehatan, tempat *nongkrong*). Selama masa remaja, seiring dengan kematangan biologis, sosial, emosional, dan kognitif, remaja mengalami otonomi yang lebih besar untuk mengakses *neighborhood* dan tempat-tempat di luar *neighborhood* (*extra-neighborhood places*) (White et al., 2021; Boardman & Onge, 2005).

Neighborhood disebutkan sebagai tempat yang paling diketahui sekaligus paling dikhawatirkan oleh penduduk perkotaan. *Neighborhood* diyakini dapat mempengaruhi kualitas hidup, mempengaruhi nasib ekonomi orang-orang yang tinggal didalamnya (Rohe, 2009b) tidak terkecuali bagi individu di usia remaja.

Masa remaja merupakan fase penting dalam siklus kehidupan. Perkembangan hubungan kekeluargaan, antarpribadi, dan kelembagaan pada tahap kritis dalam kehidupan ini dapat memiliki pengaruh yang bertahan lama sepanjang perjalanan hidup (Wheaton dan Clarke 2003 dalam Boardman & Onge, 2005). Periode remaja ditandai dengan meningkatnya pentingnya konteks sosial di luar rumah. Perubahan ini mencakup pergeseran otonomi dari hubungan yang berpusat pada keluarga menuju interaksi kelembagaan dan kelompok sebaya. Untuk membuat transisi yang sukses menuju kedewasaan, remaja harus belajar bagaimana terlibat dalam tugas-tugas yang terjadi baik di dalam maupun di antara konteks sosial yang saling terkait (Duncan dan Raudenbush 1999; Brofenbrenner 1989).

Keunikan remaja terlihat dalam lingkungan yang ada di beberapa sistem ekologi. Remaja memiliki kebutuhan akan lingkungan sekitar yang lebih luas. Guna memenuhi kebutuhan ini, remaja melakukan beberapa upaya:

a. Menjelajahi dan Berkomitmen terhadap lingkungannya

Remaja mulai lebih tertarik terhadap lingkungannya dibandingkan dengan orang tua atau keluarganya. Mereka akan menjelajah dan berkomitmen menjadi bagian dalam **kelompok-kelompok** yang ada di lingkungannya. Pada usia ini, remaja memang memiliki kebutuhan menjadi bagian dari kelompok dan membangun persahabatan. Kehadiran kelompok menjadi sangat menonjol pada

masa remaja awal, membantu mendefinisikan hierarki sosial (baik di dalam maupun di antara kelompok) dan menjadikan ia dan atau teman-teman tertentu sebagai pemimpin kelompok.

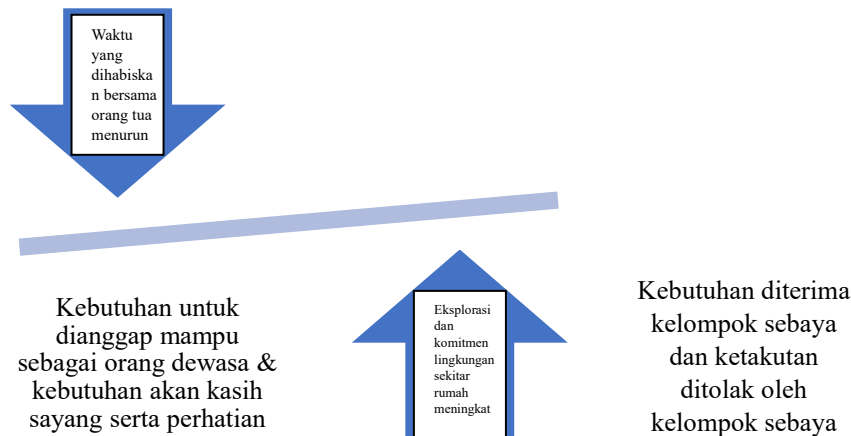
Kualitas hubungan pertemanan berubah dari sebelumnya. Persahabatan dan struktur kelompok teman sebaya remaja berubah selama masa remaja dimana persahabatan remaja menjadi lebih dekat dan intim, terbuka, dan mendukung seiring bertambahnya usia (Collins & Steinberg, 2006; Kilis, 2022). Remaja cenderung berkumpul dalam kelompok teman sebaya yang lebih besar, termasuk kelompok kecil (*clique*) dengan usia yang sama, jenis kelamin yang sama (setidaknya pada awal masa remaja), dan teman sebaya dengan status sosial ekonomi serupa yang didasarkan pada persahabatan dan aktivitas bersama (Collins & Steinberg, 2006). *Clique* tetap ada sepanjang masa remaja dan seterusnya, namun menjadi lebih cair seiring bertambahnya usia, dengan meningkatnya pergantian keanggotaan dan semakin banyak individu yang tidak tergabung sama sekali atau tergabung dalam beberapa kelompok (Brown & Klute, 2003).

Variasi jenis pertemanan juga meningkat. Pada awal hingga pertengahan masa remaja, remaja juga mulai berafiliasi dengan orang banyak, atau kelompok berbasis (*reputation-based groupings*) reputasi yang berasal dari persepsi sikap, minat, dan perilaku; yang kemudian membantu menempatkan mereka dalam hierarki sosial, menyalurkan mereka ke jalur dan persahabatan yang berbeda, dan memungkinkan mereka untuk “mencoba” identitas yang berbeda (Collins & Steinberg, 2006; Brown & Larson, 2009).

Meskipun remaja mungkin tidak menghabiskan banyak waktu dengan anggota kelompok lainnya, **keanggotaan kelompok penting untuk persahabatan dan pembentukan identitas**. Dengan demikian, persahabatan, kelompok, dan *crowd* menjadi konteks yang semakin sentral dalam sosialisasi remaja (Smetana et al., 2017). Kebutuhan inilah yang **memungkinkan mereka menjelajahi lingkungan yang lebih luas dan berkomitmen mendapatkan komitmen dengan identitas yang lebih jelas dari lingkungannya**.

Kebutuhan eksplorasi ini menyebabkan remaja mengalami perubahan besar dalam jumlah waktu yang dihabiskan bersama orang tua (Smetana et al., 2017). Selama masa kanak-kanak, permainan dan aktivitas terorganisir anak-anak biasanya diawasi oleh orang dewasa dan sering kali dilakukan di atau dekat dengan rumah. Namun pada masa remaja, **remaja menjadi lebih mandiri, dan interaksi teman sebayanya semakin banyak terjadi jauh dari rumah dan pengawasan orang dewasa** (Dijkstra & Veenstra, 2011).

Jika ditinjau dari “terhadap siapa tuntutan pemenuhan kebutuhan” yang mereka miliki, Mappiare menyatakan bahwa bagi remaja Indonesia terdapat dua kelompok kebutuhan pribadi. **Pertama, kebutuhan yang dituntut terhadap teman sebaya “peer-group” yaitu: kebutuhan untuk diterima oleh peer group, dan kebutuhan menghindari penolakan ‘peer group’**. *Kedua*, kebutuhan utama yang dituntut dari orang tua yaitu: **pengakuan sebagai orang yang mampu untuk menjadi dewasa, kebutuhan akan perhatian dan kebutuhan akan kasih sayang** (Mappiare, 1982; 153-154).



b. Kebutuhan mendiskusikan kekhawatirannya

Bagi remaja pada umumnya, penyimpangan dari perasaan positif adalah hal biasa; merasa sulit untuk **menyampaikan kekhawatiran dan mendiskusikannya dengan orang lain**. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Millstein (1993 hal 95-114) terhadap 649 remaja di pinggiran kota, hampir 10% mengakui mempunyai kekhawatiran tentang gangguan emosi dan depresi namun tidak mendiskusikan masalah ini **dengan dokter mereka**. Sumber stres yang diidentifikasi oleh remaja meliputi hubungan teman sebaya dan keluarga, akademisi, atletik, kekhawatiran terkait pekerjaan, dan masalah kecukupan pribadi. Penafsiran remaja terhadap dunia memerlukan penyelidikan lebih lanjut, namun menurut Millstein (1993 hal 112-113), remaja yang hidup dalam kemiskinan lebih cenderung memiliki permasalahan kesehatan yang mencerminkan keadaan lingkungan mereka termasuk kekhawatiran mengenai pekerjaan, kejahatan, keselamatan, dan deskriminasi.

c. Kebutuhan untuk mencari bantuan atas permasalahan kesehatan

Setiap generasi mengalami masalah kesehatan mental secara berbeda berdasarkan kelompok generasi individu karena setiap generasi memiliki

karakteristik uniknya sendiri yang membuat mereka berbeda secara kolektif (Onikoyi, 2024). Remaja masa kini yaitu yang berasal dari gen Z memiliki **pengetahuan dan kenyamanan terhadap teknologi dan informasi yang meningkat karena lamanya waktu dan paparan internet**. Mereka dianggap sebagai penduduk asli digital (*digital native*) dan sering kali tidak mengingat masa sebelum adanya ponsel pintar (Parker & Igielnik, 2020). **Dunia digital membawa mereka kepada permasalahan kesehatan (contoh akses peristiwa traumatis) sekaligus menjadi media untuk mencari bantuan atas permasalahan kesehatan (contoh akses informasi kesehatan) (Onikoyi, 2024)**. Remaja masa kini semakin banyak mengalami kesulitan psikologis akibat **kelelahan mental dan stress** (Greenwood & Gatersleben, 2016). **Remaja generasi Z, juga mengalami hambatan unik dalam mengakses layanan kesehatan mental** (Treadwell, 2020, dalam Onikoyi, 2024).

Para peneliti yang telah mempelajari generasi sebelum generasi Z telah mengidentifikasi ras, jenis kelamin, dan status sosial ekonomi (SES) sebagai faktor yang berkorelasi dengan sikap terhadap layanan kesehatan mental dan persepsi stres (Narendorf et al., 2018; Ursache et al., 2017 dalam Onikoyi, 2024). Oleh karena itu, pemahaman akan karakteristik remaja secara langsung (pada generasi ini) masih perlu dipahami karena keunikan yang mereka miliki sebagai remaja (pada generasi tersebut).

d. Kebutuhan akan tempat tinggal yang baik untuk ditinggali

Survey *Generasi Z* telah dilakukan oleh Varkey Foundation pada tahun 2017 terhadap 2088 remaja gen Z yang berasal dari 20 negara (1019 dari Indonesia).

Global citizenship survey melaporkan bahwa lebih dari separuh generasi muda di seluruh dunia menganggap negara mereka adalah tempat yang baik untuk tinggal. Namun secara keseluruhan mereka pesimistis terhadap masa depan: di 16 dari 20 negara, **lebih banyak generasi muda yang percaya bahwa dunia kini menjadi tempat yang lebih buruk untuk ditinggali dibandingkan percaya bahwa dunia menjadi tempat yang lebih baik untuk ditinggali** (Broadbent et al., 2017).

e. Kebutuhan akan keterlibatan sipil

Sosialisasi positif pada masa remaja terlihat dari keterlibatan sipil (*civic engagement*) (Sherrod, Torney-Purta, & Flanagan, 2010) dalam komunitas dan institusi politik, sebagai langkah menuju menjadi warga negara dewasa yang baik dalam masyarakat (Smetana et al., 2017). **Oleh karena itu, menilai persepsi individu remaja yang adalah juga generasi Z akan lingkungan (dalam penelitian ini lingkungan sekitar tempat tinggal atau *neighborhood*) berdampak pada sehat mental remaja, proses ini sangatlah penting karena pengalaman mereka sangat berbeda dengan pengalaman pendahulunya.**

Berdasarkan uraian di atas kebutuhan remaja untuk sehat mental terhadap *neighborhood environment* sangat berkaitan dengan karakteristik mereka sebagai remaja, dengan tugas perkembangan psikososial mencapai identitas sosial yang jelas. Bagian selanjutnya akan membahas bagaimana mekanisme dampak faktor *neighborhood environment* tersebut bagi kesehatan mental mereka.

2.3.2. Karakteristik Lingkungan Sekitar yang Berdampak Pada Kesehatan Mental Remaja

Masih sangat sedikit penelitian yang mengembangkan instrumen untuk mengukur dimensi lingkungan sekitar rumah yang berkaitan dengan kesehatan, khususnya di negara berkembang. Tantangan ini juga disadari dan dikritik oleh beberapa peneliti yang kemudian dituliskan oleh Arcaya dalam artikelnya di jurnal *Social Science and Medicine*. Arcaya mengkritisi bahwa studi yang mengukur *neighborhood environment* dengan kesehatan masih buruk, bergantung pada definisi administratif, desain studi yang lemah, dan model konseptual yang kurang berkembang atau tidak ada, yang semuanya berkontribusi pada hasil yang tidak konsisten (Arcaya et al., 2016)(Arcaya et al., 2016). Menurutnya, hubungan antara karakteristik lingkungan sekitar dan kesehatan mental penduduk telah diselidiki secara luas dalam studi individu dalam beberapa tahun terakhir, tetapi literatur ini tidak ditinjau secara memadai.

Aktivitas fisik (PA) penting untuk kesehatan remaja. Bukti telah menunjukkan bahwa partisipasi PA remaja dapat mendukung fungsi kognitif, kebugaran kardiorespirasi, perkembangan yang sehat, dan kesehatan mental (Biddle et al., 2018; Janssen dan LeBlanc, 2010; Kramer dan Erickson, 2007). Namun, hanya 19% remaja berusia 11–17 tahun di negara maju yang mematuhi pedoman PA, yang merekomendasikan satu jam aktivitas fisik intensitas sedang hingga kuat (MVPA) setiap hari (Organisasi Kesehatan Dunia, 2018, 2019). Oleh karena itu, sangat penting untuk meningkatkan PA remaja, terutama karena tingkat PA yang rendah ini dapat berlanjut hingga dewasa (Telama, 2009).

Karakteristik neighborhood yang **memiliki ruang-ruang hijau** *Greenness* (Hartley et al., 2021), memiliki faktor risiko minimal (misal. *perceived safety*, *minimal exposure to violence*, dan perasaan terisolasi dari lingkungan) (Tran et al., 2020), menunjukkan efikasi kolektif lingkungan, paparan rendah terhadap *adverse childhood experiences* (ACEs), dan rendahnya pengalaman menjadi korban bullying antar teman (Choi et al., 2021; D. Wang et al., 2020); *planned social and physical environment*, *access to friends*, *indoor and outdoor play and exercise spaces/places*, *healthy movement behaviors* (Mitra et al., 2021); *enabling activities*, *and adolescent participation in mental health-related activities in play spaces/places*, *nature-based and family activities in the Neighborhood during the pandemic/physical isolation once a week or less* (Jackson et al., 2021).

Ruang-ruang yang disediakan dalam lingkungan lingkungan tempat tinggal yang sehat mental lebih nyata dan mendorong banyaknya **interaksi** antar penghuni sebagai representasi yang solid dari keberadaan jaringan (Sundblad & Sapp, 2011). Hal ini sejalan dengan hakikat lingkungan sekitar tempat tinggal yang sehat mental sebagai ruang publik terbuka yang di lingkungan sekitar rumah ini terdapat aktivitas dan interaksi antar penghuni (Zhang & Zhang, 2017), di mana lingkungan tempat tinggal yang sehat mental terjadi di lingkungan ini dan **memungkinkan penghuni untuk lebih mengenal satu sama lain dan mendiskusikan masalah-masalah bersama** (Unger & Wandersman, 1985; Xu et al., 2010). Misalnya, dalam program perbaikan lingkungan (Lelieveldt, 2004). Lingkungan tempat tinggal merupakan tempat bersama bagi penghuni yang

menyediakan tatanan fisik untuk berjalannya proses-proses sosial dan landasan bersama bagi terbentuknya kepentingan bersama (Zhu & Fu, 2016).

Namun beberapa penelitian lainnya menunjukkan bahwa **interaksi warga** di tingkat *neighborhood* perlu didorong, namun tidak sesederhana **menyediakan infrastruktur yang berdekatan dengan tempat tinggal warga**. Kedekatan dengan taman pada penduduk Western Australia (Wood dkk 2007), **banyaknya green space dalam lingkungan** (Maas dkk, 2009), akses ke urban forest (Seeland dkk, 2008) tidak meningkatkan **kontak dengan neighborhood**. **Interaksi warga terjadi hanya dengan mereka yang sudah saling mengenal saja** (Peter dkk, 2010). Hasil-hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa mengenai kontribusi **platform ruang terbuka** dapat mengembangkan *social ties* atau interaksi, meskipun kajian terhadap asumsi ini masih diperlukan (Maas dkk, 2009 dalam Kazmierczak, 2012).

Neighborhood merupakan salah satu bentuk modal sosial (Hay & Kogl, 2007). Lebih lanjut diketahui bahwa *neighborhood*, secara umum, merupakan prediktor tunggal terkuat dari **partisipasi dalam organisasi kemasyarakatan**. Partisipasi ini terlihat baik pada level individu maupun blok (Perkins, dkk, 1996 dalam Perkins & Long, 2002). **Partisipasi** warga merupakan salah satu dimensi perilaku dari modal sosial. Sebuah komunitas di level *neighborhood* yang resilien **jika komunitas tersebut saling terhubung dan peduli kepuasan hidup/kualitas hidup**. Artinya, *neighborhood* dan *participation* merupakan dua konsep yang tidak bisa dipisahkan dan sangat dinamis, menjadikan *neighborhood* yang tangguh dan memiliki kualitas kehidupan yang baik. Menilik pada hasil penelitian

Fitri (2016) dalam disertasinya yang mengaitkan keilmuan psikologi sosial, intervensi psikologi sosial serta perencanaan kota, ia menyatakan bahwa dalam **ikatan yang dibangun atas dasar *neighborhood* berkaitan langsung dengan kehidupan pribadi individu, dan lebih erat dibandingkan ikatan-ikatan komunal yang terjadi dalam konteks ruang publik.**

(Benninger et al., 2021b) empat kategori tematik utama yang terhubung ke lingkungan sekitar yang memiliki pengaruh kuat pada kesehatan dan kesejahteraan remaja. Kategori-kategori ini meliputi: (1) Kejahatan dan keselamatan; (2) Perumahan dan lingkungan binaan; (3) **Pengaruh Sosial;** (4) **Aktivitas Komunitas.** Dengan melibatkan pemuda sebagai rekan konstruktor penelitian, kami memperoleh perspektif tentang jalur antara lingkungan sekitar yang sehat dengan penduduk yang sehat, dengan implikasi untuk penelitian, kebijakan, dan program intervensi di masa mendatang yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan anak-anak dan remaja.

Hasil kajian literatur juga menemukan beberapa karakteristik *neighborhood* yang berkaitan dengan kesehatan mental remaja. Dapat dilihat di tabel berikut.

Tabel 2.3. Karakteristik Neighborhood yang Berdampak terhadap Kesehatan Mental Remaja

Bidang Ilmu	Peneliti	Karakteristik <i>Neighborhood</i>
Psikiatri	Modabbernia et al., 2021 Rakesh et al., 2021	<i>Structural characteristic</i> seperti: tidak mampu secara ekonomi atau dikarantina karena tertular atau takut tertular, serta karakteristik individual seperti usia perkembangan, status pendidikan, kondisi <i>pre-existing</i> kesehatan mental
Psikologi, Psikologi an Neuroscience, serta Ilmu Perilaku	Tran et al., 2020 Reuben et al., 2021 Evans et al., 2020	Stres kumulatif di lingkungan berpenghasilan rendah, terbatas layanan kesehatan, pengalaman kekerasan dan tidak aman Keterpaparan NOx polusi udara untuk jangka waktu lama. Urbanicity, adanya permasalahan kesehatan mental sebelumnya

Studi Anak, Remaja dan Keluarga, serta perkembangan otak	Choi et al., 2021	Pengaruh tidak langsung dari neighborhood <i>struktural disadvantage</i> ; pengaruh langsung dan tidak langsung dari <i>neighborhood collective efficacy</i> ; pengalaman masa kecil yang buruk sebagai perantara.
	Hong et al., 2021	Pendapatan yang lebih rendah, lebih banyak hambatan dalam layanan kesehatan, lebih khawatir akan keamanan, dan mengalami lebih banyak kekerasan pengalaman kesakitan
	Wang et al., 2020	Ibu yang hamil diluar nikah, mother parenting stress, neighborhood concentrated poverty, paparan ACE, keterlibatan dalam deliquensi
Kesehatan Publik, serta epidemiologi	Dzhambov et al., 2020	Tidak adanya taman rumah dan ketidaktersediaan tanaman hijau di lingkungan sekitar, yang tidak terlihat dari dalam rumah
	Oswald et al., 2021	Pekerjaan tidak tetap, kurangnya ruang hijau/biru dalam jarak berjalan kaki dikaitkan dengan <i>Languishing</i> , tidak adanya ruang di luar ruang hunian dikaitkan dengan <i>Floundering</i>
	Tate et al., 2020	<i>Neighborhood deprived</i> dimana status sosial rendah selama masa neonatal dan kelahiran dan dengan orang tua berpenghasilan rendah
	Kingsbury et al., 2020	Neighborhood dengan tingkat kejadian kehidupan yang tinggi tekanan, dan kohesi sosial yang rendah.
Demografi dan Ekologi Konservasi	Christine Leibbrand et al., 2020	Peristiwa kriminalitas (seperti pembunuhan) di neighborhood (dekat rumah atau sekolah)
	Jackson et al., 2021	Neighborhood yang memungkinkan aktivitas dan partisipasi dalam aktivitas terkait kesehatan mental di ruang/tempat bermain, aktivitas berbasis alam, dan aktivitas keluarga di lingkungan tinggal tersebut selama masa pandemi/isolasi fisik seminggu sekali atau kurang
Perencanaan Kota	Mitra et al., 2021	Neighborhood yang memungkinkan akses ke ruang/tempat dalam dan luar ruangan untuk melakukan aktivitas yang mendukung kesehatan mental di area tempat tinggal.

Berdasarkan kajian tersebut, terlihat bahwa telah banyak bidang keilmuan yang melakukan penelitian terkait faktor dan dampak lingkungan sekitar tempat tinggal terhadap kesehatan mental remaja. Namun cenderung pada dampak faktor lingkungan terhadap permasalahan kesehatan mental, bukan pada kesehatan mental itu sendiri. Berdasarkan hasil kajian tersebut juga diketahui bahwa, meskipun terdapat perbedaan karakteristik *neighborhood* pada masing-masing kelompok bidang keilmuan, namun karakteristik *neighborhood* yang turut memberikan kontribusi terhadap kesehatan mental remaja seringkali dikaitkan dengan kondisi

disadvantage (Choi et al., 2021; Elliott et al., 1996; Jenkins et al., 2020; Kim, 2010; Rakesh et al., 2021; Ross & Mirowsky, 2001; Tran et al., 2020). Namun penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa *neighborhood disadvantage* jelas mempengaruhi kognisi dan kesejahteraan mental remaja, namun yang hanya diintervensi lebih pada setting sekolah dan keluarga; bukan *neighborhood* secara khusus (Castillo et al., 2019; Rakesh et al., 2021). Sedangkan penelitian ini menawarkan pada lingkungan yang spesifik di sekitar tempat tinggal dengan mempertimbangkan karakteristik dari lingkungan tersebut. → bab 1

Namun, hingga saat ini, hanya sedikit penelitian yang secara langsung membahas hubungan antara ruang dan interaksi manusia (Maas, Van Dillen, Verheij, & Groenewegen, 2009), khususnya interaksi yang lekat yang menghadirkan partisipasi warga di lingkungan bertetangga dengan kerentanan tinggi (salah satu indikator *disadvantage*) yang pada akhirnya akan mencerminkan kualitas hidup bertetangga yang baik. → bab 1

Seperti telah disampaikan sebelumnya lingkungan ini dapat berupa lingkungan yang ada secara alami (*natural environment*) dan ada juga yang dibangun (*built environment*). Jika ditinjau dari teori Friche, dkk (2013) dan penelitian literatur yang telah dilakukan terkait dimensi/faktor *neighborhood environment*, maka karakteristik *neighborhood environment* yang berdampak terhadap kesehatan mental dapat diklasifikasikan menjadi yaitu fisik dan sosial baik yang berdampak positif maupun negatif seperti dapat dilihat pada tabel 2.1 di bawah.

Tabel 2.1. Dimensi/Faktor Lingkungan Neighborhood kemudian berdampak terhadap kesehatan mental remaja.

	<i>Positif/ mendukung/ protektif</i>		<i>Negatif/ menghambat/ beresiko</i>
Fisik	<ul style="list-style-type: none"> • <i>public services</i> • <i>aesthetic quality</i> • <i>walking environment</i> 	<i>VS</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>neighborhood physical disorder</i> • <i>neighborhood problems</i> • <i>isolation</i>
Sosial	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Safety,</i> • <i>social cohesion,</i> • <i>neighborhood participation in health activities</i> • <i>interaction</i> • <i>connectedness</i> 	<i>VS</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Violence, bullying</i> • <i>neighborhood social disorder,</i>

(Diilustrasikan oleh Peneliti sendiri)

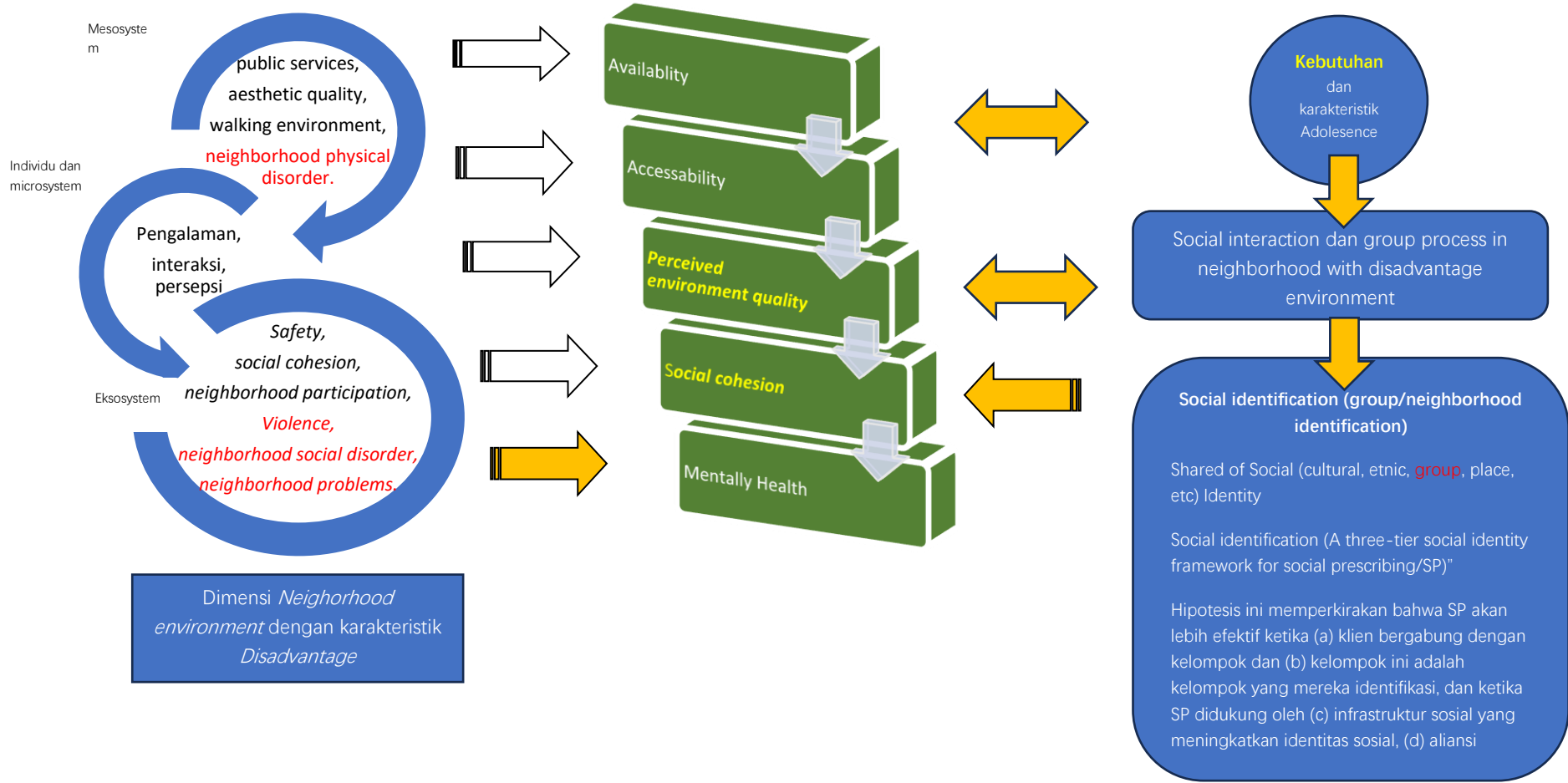
Oleh karena itu, dalam penelitian ini peneliti mendefinisikan lingkungan sekitar tempat tinggal yang berdampak terhadap kesehatan mental remaja adalah ada dan dapat teraksessnya *public servies, lingkungan aesthetic* yang berkualitas, *walking environment, social cohesion, neighborhood participation in health activities, interaksi, keterhubungan (connectedness); dan rendah/minimnya neighborhood physical disorder, isolation, safety, violence, bullying, neighborhood social disorder, dan neighborhood problems.* Selain ada dan dapat diakses, terdapat proses kognitif yang menghadirkan persepsi positif individu terhadap lingkungan sekitarnya, meskipun berkarakteristik *disadvantage*. Peneliti berpendapat bahwa kajian psikologi lingkungan dan arsitektur dapat menjadi jalan upaya menjelaskan apa saja faktor lingkungan sekitar tempat tinggal yang berdampak pada kesehatan mental remaja, untuk mencegah dan mengupayakan kesehatan mental mereka berbasis lingkungan.

2.4. Mekanisme Dampak Neighborhood Environment

Seperti telah dijelaskan sebelumnya bahwa hanya sedikit kesimpulan tentative, apalagi konsensus mengenai mekanisme mana yang menunjukkan dukungan empiris yang paling kuat mengenai **potensi hubungan sebab-akibat antara konteks neighborhood dan hasil perilaku dan kesehatan individu** (Jencks & Mayer, 1990; Leventhal & Brooks-gunn, 2000). Jalur sebab-akibat dampak faktor sosial neighborhood seringkali tidak eksplisi, sehingga adalah penting untuk memahami hubungan antara neighborhood dengan kesehatan (dalam Galster, 2012). Menurut Galster, meskipun literatur tentang dampak lingkungan terus bertambah, **terlalu sedikit kajian untuk membuat banyak klaim tentang hubungan kausal mana yang mendominasi hasil mana untuk orang mana** dalam konteks nasional mana dan kesimpulan apa pun tentang keberadaan dampak lingkungan harus diperlakukan sebagai sementara. **Strategi metode campuran** harus tertanam dalam desain studi yang sama; studi harus **mengeksplorasi sejarah tempat tinggal**; studi harus **mempertimbangkan kondisi dan karakteristik lingkungan yang lebih luas**; dan studi harus **mengumpulkan lebih banyak data tentang interaksi sosial dan mobilitas dalam lingkungan**. Mereka yang mengembangkan kebijakan publik tentang kesehatan, pekerjaan, dan perumahan didesak untuk berhati-hati ketika mendasarkan respons kebijakan publik pada penelitian dampak lingkungan karena jalur kausalnya belum jelas.

Dalam model penuh yang mencakup semua variabel penjelas, ketidakberuntungan di lingkungan sekitar berdampak buruk terhadap kesehatan mental secara keseluruhan, namun ada tiga jalur yang menghubungkan ketidakberuntungan di lingkungan sekitar dengan depresi: (1) ketidakberuntungan di lingkungan sekitar meningkatkan depresi secara langsung, (2) ketidakberuntungan di lingkungan sekitar meningkatkan depresi secara langsung melalui gangguan lingkungan (*neighborhood disorder*), dan (3) kerugian lingkungan menurunkan depresi melalui peningkatan hubungan sosial. Beberapa teori yang mendasari peneliti akan model mekanisme faktor *neighborhood environment* berdampak terhadap kesehatan mental remaja dalam penelitian ini dapat dilihat pada bagian berikutnya.

Mekanisme Dampak Faktor Lingkungan Sekitar (Neighborhood Environment) bagi Sehat Mental Remaja:



2.4.1. Teori *Socio-Ecological Model*: Kesehatan Mental Remaja di Neighborhood Disadvantage

Studi tentang lingkungan sekitar perlu ditempatkan dengan tepat dalam kontur perspektif perjalanan hidup secara umum (Diez Roux 2001 dalam Boardman & Onge, 2005). Untuk memahami peristiwa kehidupan, kita harus mempertimbangkan sepenuhnya seluruh aspek manusia-lingkungan, termasuk semua sistem dan subsistem yang mempengaruhi adaptasi. Sistem dan subsistem ini mencakup struktur kognitif, biologis, afektif, dan perilaku seseorang, selain subsistem lingkungan. Hubungan antara manusia dan lingkungan di mana mereka berada bersifat dinamis. Hubungan sirkular terjadi dimana perubahan pada satu area sistem akan mempengaruhi seluruh level sistem lainnya. Perubahan sistem dengan demikian akan mempengaruhi individu. Kita beradaptasi dengan lingkungan kita atau berusaha mengubahnya. Contoh timbal balik dan pertukaran dapat dilihat ketika seorang anak atau remaja ditempatkan di fasilitas perawatan residensial untuk menerima perawatan kesehatan mental yang bertujuan untuk memperbaiki perilaku bermasalah. Biasanya, anak atau remaja berjuang melawan lingkungan baru dan menolak perubahan, namun pada akhirnya dia beradaptasi dan perilaku bermasalahnya membaik. Jika keluarga tidak melakukan perubahan dalam lingkungan rumah yang bertujuan untuk mempertahankan perubahan perilaku anak atau remaja, maka perilaku bermasalah tersebut pada akhirnya akan kembali muncul. Setiap elemen sistem mempengaruhi elemen lainnya.

“Model sosio-ekologis” (Ekologi Pembangunan Manusia) dikembangkan oleh psikolog Urie Bronfenbrenner pada akhir tahun 1970-an, sebagai cara untuk

mengenalinya bahwa individu mempengaruhi dan dipengaruhi oleh serangkaian pengaruh sosial yang kompleks dan interaksi lingkungan yang saling terkait. Model sistem ekologi yang dikembangkan oleh Bronfenbrenner (1979) ini memberikan sudut pandang yang luas untuk memahami **bagaimana** efek *neighborhood* terhadap remaja.

Pendekatan sosio-ekologis, yang awalnya berasal dari model ekologi perkembangan manusia Bronfenbrenner, menawarkan cara untuk menyelidiki faktor individu dan lingkungan secara bersamaan serta interaksi dinamis antara kedua faktor tersebut dalam menentukan pengaruhnya terhadap kesejahteraan mental (Eriksson et al., 2018; Sreetheran dan Van Den Bosch, 2014). Beberapa penelitian mengandalkan kerangka sosioekologis untuk mendeteksi dan mengenali hubungan yang kompleks, misalnya untuk menggambarkan atribut personal, sosial, dan fisik terhadap rasa takut terhadap kejahatan di ruang terbuka hijau perkotaan (Sreetheran dan Van Den Bosch, 2014) atau untuk menjelaskan hubungan antara ruang publik dan kesehatan mental (Francis, 2010).

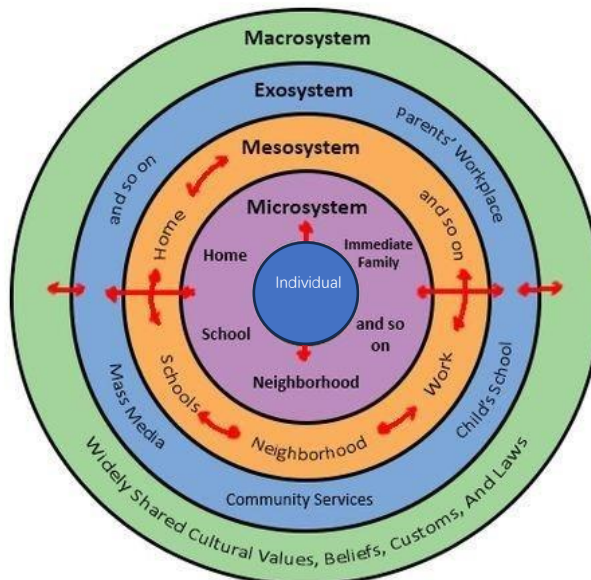
Konsep dan teori yang ada dari psikologi lingkungan telah membantu untuk memahami bagaimana lingkungan dapat berkontribusi pada kesejahteraan mental. Konsep 'sense of place' mengacu pada perasaan yang ditimbulkan di antara orang-orang sebagai hasil dari pengalaman dan kenangan yang mereka kaitkan dengan suatu tempat dan simbolisme yang mereka kaitkan dengan tempat itu (Shamai, 2018). Konsep terkait adalah place attachment (ikatan yang terjadi antara individu dan lingkungan mereka yang bermakna, yang mengandung komponen emosional, elemen kognitif, dan praktik), place dependency (bagaimana suatu tempat dapat

menjadi penting karena nilai fungsionalnya), dan place identity (bagian dari identitas kita yang berhubungan dengan tempat) (Wartmann et al., 2018). Lingkungan juga dapat bersifat restoratif dengan menawarkan peluang untuk pengaturan diri (mengubah respons atau keadaan batinnya sendiri) melalui strategi lingkungan (melibatkan penggunaan tempat), fisik (melibatkan aktivitas fisik), atau sosial (melibatkan kontak dengan orang lain) (Bau-meister et al., 2007; Korpela et al., 2001). Baik rasa memiliki tempat maupun kapasitas pengaturan diri yang lebih tinggi terbukti meningkatkan kesejahteraan mental (Baumeister et al., 2007; Cattell et al., 2008; Kienast et al., 2018; Scannell dan Gifford, 2017). Kedua konsep tersebut juga menyiratkan adanya hubungan yang inheren antara faktor personal, fisik, dan sosial.

Perspektif ini menekankan pada melihat kehidupan dalam konteks dan perlunya para peneliti untuk mengkaji berbagai konteks yang mempengaruhi remaja dan keluarga (misalnya, sekolah/tempat penitipan anak, teman sebaya, komunitas), serta hubungan di antara konteks-konteks tersebut. Perkembangan teoritis yang terjadi bersamaan adalah penerimaan efek dua arah (*bidirectional effects*) dan interaksi orang-konteks (*person-context interactions*) (Bronfenbrenner, 1989). Konteks tidak hanya mempengaruhi individu tetapi juga karakteristik individu mempengaruhi atau sering kali membentuk konteks di mana individu berinteraksi (Aber, Gephart, Brooks-Gunn, Connell, & Spencer, 1997, dalam Painter & Scannapieco, 2021). Perspektif ini menekankan bahwa berbagai lapisan dalam sistem ekologis, menilai hubungan dan interaksi antar sistem, juga dampak dari semua sistem di lingkungan remaja.

Komponen sistem ekologi adalah mikrosistem, mesosistem, eksosistem, dan makrosistem. Sistem mikro dimana seseorang tinggal (misalnya keluarga) memiliki pengaruh paling besar. Mesosistem mencakup pengaturan di luar sistem mikro di mana seorang individu berpartisipasi (misalnya neighborhood). Individu adalah anggota dari beberapa kelompok sosial, atau mesosistem, pada saat yang sama. Lingkungan seperti tempat kerja orang tua seorang anak merupakan sebuah

eksosistem bagi seorang remaja. Misalnya saja, orang tua yang terlalu stres karena tekanan pekerjaan mungkin kekurangan energi untuk memberikan perhatian dan pengasuhan yang memadai kepada anaknya. Di sisi lain, orang tua mungkin memiliki kinerja yang buruk di tempat kerja karena stres akibat masalah yang sulit dengan anak atau mungkin tidak masuk kerja karena masalah kesehatan mental anak. Konteks budaya kehidupan seseorang, termasuk kepercayaan dominan masyarakat, gagasan, nilai-nilai sosial, hukum, sumber daya, dan norma-norma budaya terletak pada tingkat terluar dari sistem ekologi sosial, yaitu sistem makro. Di dalam sistem makro inilah ras, etnis, dan status sosial ekonomi seseorang berada. Sistem makro mempengaruhi interaksi semua sistem lain dalam ekologi sosial, yang pada gilirannya mempengaruhi remaja.



Gambar 2.X. Individu Remaja dalam Socio-Ecologis System

Masalah kesehatan mental berkembang dari interaksi berlapis antara remaja dan lingkungan. Logika model sistem ekologi adalah salah satu kekuatannya, yang memungkinkannya memperhitungkan hubungan yang lebih besar dibandingkan model linier. Hal ini memungkinkan seseorang untuk melihat faktor-faktor di lingkungan yang dapat menghambat atau memberikan peluang bagi pertumbuhan seseorang. Model sistem ekologi memungkinkan penilaian situasi yang lebih lengkap dan memberikan lebih banyak informasi daripada teori sistem umum karena mendorong penilaian interaksi antar sistem. Dengan demikian, hal ini memperluas pemikiran individu (dalam hal ini remaja) tentang penyebab masalah dan memungkinkan intervensi terfokus pada gambaran keseluruhan dan bukan hanya pada faktor pribadi.

Pada dasarnya manusia terus-menerus berusaha beradaptasi dengan lingkungannya. Entah mereka mencoba untuk meningkatkan kesesuaian antara diri mereka sendiri dan lingkungannya, atau mereka mencoba untuk mempertahankan kesesuaian yang baik (Germain & Bloom, 1999 dalam Painter & Scannapieco, 2021). Memahami adaptasi yang telah dikembangkan seorang remaja agar sesuai dengan lingkungannya merupakan faktor kunci dalam menangani remaja tersebut. Identifikasi faktor-faktor dalam model sistem ekologi yang memfasilitasi atau menghambat adaptasi juga penting. Individu biasanya mampu beradaptasi dengan lingkungan konvensional, namun mereka mungkin kesulitan beradaptasi selama masa-masa penuh tekanan atau dalam kondisi di mana mereka memiliki kebutuhan atau keterbatasan khusus.

Ketika peristiwa-peristiwa kehidupan terjadi, orang-orang menyikapinya secara positif atau negatif, bergantung pada persepsi mereka terhadap peristiwa tersebut. Cara seseorang memandang suatu peristiwa akan memungkinkan dia untuk mengatasi masalah tersebut dan mencapai resolusi yang berhasil, atau menghalangi dia untuk mengatasi masalah tersebut dan mengarah pada resolusi yang gagal. Respon individu akan mempengaruhi baik lingkungan maupun individu tersebut. Resolusi yang berhasil mengarah pada pengembangan pribadi dan/atau perubahan lingkungan.

2.4.2. Teori Affordances: Hubungan Transaksional Perilaku dan Lingkungan

Teori keterjangkauan (*affordances*) menunjukkan hubungan transaksional antara individu dan lingkungannya dan menunjukkan peluang untuk tindakan yang mampu dilakukan oleh lingkungan (Kytä, 2003). Secara umum, lingkungan terdiri dari *affordances* yang merupakan peluang untuk beraktivitas, yang menjadi objek utama persepsi manusia. Inilah sebabnya mengapa individu melihat lingkungan mereka dalam kaitannya dengan perilaku yang dihasilkannya (misalnya, pohon memungkinkan memanjat, pintu memungkinkan untuk membukanya, kursi memungkinkan untuk duduk). Selanjutnya, aktivitas dipandu oleh informasi yang dirasakan yang menentukan apa yang diberikan oleh lingkungan kepada aktor (Gibson, 2014).

Bagi Gibson, lingkungan menawarkan apa yang dilakukannya. *Affordances* tidak berubah jika kebutuhan aktor berubah. Namun, aktualisasi *affordances* ada dalam kaitannya dengan kemampuan tindakan seorang aktor. Dalam pandangan

Gibson, aktor juga harus mengambil 'informasi diri' (atau menilai kemampuannya sendiri) untuk merespons informasi yang disediakan oleh lingkungan. Tudge dkk.

(1997) menjelaskan:

Jika persepsi terhadap lingkungan adalah persepsi bersama terhadap *the self*, maka informasi yang menspesifikasikan lingkungan juga menspesifikasikan *the self*, atau menspesifikasikan posisi aktor dalam lingkungan tersebut. Jika lingkungan *afford* beberapa tindakan bagi yang mempersepsikannya, maka hal ini berkaitan dengan kemampuan individu untuk bertindak (hal.82)

Dua prinsip utama dalam teori *affordance* Gibson: 1) individu dan lingkungan tidak dapat dipisahkan. 2) individu mempersepsikan lingkungan secara langsung, tanpa melalui proses mental. Teori ini mendukung pandangan bahwa manusia dan lingkungan saling bergantung dari perspektif ekologis (Heft, 2001). Setiap fitur lingkungan menyediakan potensi tertentu untuk tugas tertentu, bagi individu tertentu. Gibson (1979) menyatakan bahwa *affordance* dapat bersifat fisik seperti api yang menyediakan kehangatan, cahaya, dan penerangan, tetapi juga dapat disediakan oleh kehadiran orang lain, misalnya interaksi sosial, perkelahiran, dan pengasuhan. Faktanya, Gibson percaya bahwa *affordance* lingkungan yang paling kaya dan paling rumit adalah *affordance* yang disediakan oleh orang lain. Oleh karena itu, jenis *affordance* ini dibedakan dari *affordance* fisik berdasarkan komponen sosialnya.

Salah satu psikolog lingkungan pertama yang menggunakan teori Gibson untuk meneliti fungsionalitas adalah Heft (1988). Tujuan Heft adalah menciptakan taksonomi untuk sifat-sifat penting lingkungan **anak-anak**. Heft menemukan banyak sekali contoh potensi *affordance* dari lingkungan luar anak-anak.

Taksonomi Heft bertujuan untuk mengklasifikasikan pengalaman lingkungan **anak-anak**. Akan tetapi, **taksonomi Heft gagal menggambarkan *affordance* yang disediakan oleh orang lain di lingkungan anak**: akan tetapi, menurut Gibson *affordance* yang disediakan oleh orang lain adalah *affordance* terkaya yang tersedia dalam teori tersebut. Inilah kelemahan karya Heft. Kytta (1995) menggunakan taksonomi Heft dan juga memasukkan interaksi sosial sebagai jenis *affordance* dalam teori tersebut.

Dalam psikologi lingkungan, salah satu tujuan umum terpenting adalah untuk mendeskripsikan perilaku dengan cara yang spesifik untuk tempat terjadinya (Russell–Ward 1982; Genereux et al. 1983). Ini berarti bahwa “orang selalu menempatkan tindakan mereka di tempat yang dapat ditentukan dan sifat tempat tersebut, yang ditentukan demikian, merupakan unsur penting dalam memahami tindakan dan pengalaman manusia” (Canter 1977: 8.). Gagasan tentang “tempat” telah digunakan dengan cara yang khusus sebelum perkembangan psikologi lingkungan oleh arsitek dan ahli geografi, sejauh mereka telah menyadari dan menggunakan dalam pekerjaan mereka prinsip bahwa secara umum tidak ada lingkungan, hanya “rumah”, “rumah sakit”, “kota” dll. – dengan kata lain, orang memetakan “dunia”, yaitu ruang dalam pengalaman pribadi yang tak terhitung jumlahnya, yang juga membawa fitur fisik: ini adalah tempat. (dalam Dull, 2020 hal 45).

Gibson dan Bronfenbrenner berbeda dalam kerangka teoritis dan bidang fokusnya. **Teori sistem ekologi Bronfenbrenner menekankan dampak berbagai**

sistem lingkungan terhadap perkembangan individu, menyoroti lapisan pengaruh yang saling berhubungan dari mikrosistem ke makrosistem. Sebaliknya, Gibson, yang dikenal karena karyanya dalam psikologi ekologi, berfokus pada hubungan antara individu dan lingkungan fisik terdekatnya, khususnya bagaimana persepsi dan tindakan saling terkait dalam membentuk perilaku dalam lingkungan. Sementara teori Bronfenbrenner menyelidiki pengaruh sosial dan budaya yang lebih luas terhadap pembangunan, psikologi ekologi Gibson lebih berpusat pada pengalaman persepsi langsung dan interaksi individu dalam lingkungan terdekatnya, menampilkan perspektif tingkat mikro mengenai interaksi manusia-lingkungan.

Psikolog persepsi ekologi percaya bahwa makna suatu tempat adalah properti psikologis yang ada pada individu / aktor. Akibatnya, sifat dan informasi lingkungan tertentu menjadi relatif terhadap individu tersebut (Heft & Kyttä, 2006), dan dengan demikian, penting untuk menilai kemampuan persepsi dan tindakan aktor (Adolph, 1993 dkk., seperti dikutip dalam Tudge et al., 1997). Kapabilitas individu terutama dikaitkan dengan kapabilitas perkembangan yang dimilikinya (Geuze, 2018; Kernan, 2010), yang berkontribusi pada pemahaman tentang kemampuan perkembangan. Kemampuan orang yang mempersepsikan (yaitu kognisi dan emosi) hanya dapat diukur jika mereka berfungsi secara *intermentally* atau *intramentally*, dan ini dapat diidentifikasi melalui aktivitas. Suatu aktivitas mewakili transaksi antara proses psikologis seseorang dengan lingkungan sosial dan fisiknya (Mistry et al., 2013). Oleh karena itu, aktivitas merupakan hal

mendasar bagi semua fenomena mental dan merupakan unit analisis dalam teori *affordance* (Kyttä, 2003).

Gibson mencatat bahwa suatu tempat mempunyai serangkaian *affordance* yang mungkin berbeda dari tempat lain; beberapa tempat mungkin bagus namun memiliki *affordance* yang lebih positif; beberapa di antaranya bisa berbahaya dan mengandung kemampuan negatif. Semua penafsiran terhadap suatu tempat memerlukan persepsi langsung dari sudut pandang pengamat (Gibson, 2014). Demikian pula, anak dan remaja memandang bahkan mengevaluasi tempat mereka berdasarkan fungsi yang ditawarkan tempat tersebut untuk aktivitas yang mereka inginkan, dan mereka lebih memilih tempat yang mendukung kebutuhan mereka dibandingkan tempat dengan fitur estetika pasif (Cunningham & Jones, 2004; Ghanbari-Azarneir et al., 2015).

Kontribusi signifikan teori *affordances* dalam mendefinisikan tempat adalah bahwa makna intrinsik suatu tempat diciptakan sesuai dengan fungsinya, yang menunjukkan semua kemungkinan aktivitas seseorang atau kelompok (Heft, 1996, 2007). *Affordances framework* telah digunakan untuk mengkategorikan tempat-tempat dengan *affordance* yang sama (C. Clark, 2001), untuk mengkategorikan objek-objek di suatu tempat berdasarkan potensi keterjangkauannya (Aziz & Said, 2015; Heft, 1989), untuk mengklasifikasikan dan bahkan membandingkan tingkat *affordance* di tempat yang berbeda (Kyttä, 2002).

Suatu lingkungan menawarkan potensi *affordances* yang sangat besar, satu (atau lebih) di antaranya diaktualisasikan sehubungan dengan tindakan tertentu

yang disengaja, dan *affordances* lainnya yang masih mungkin untuk direalisasikan (Heft, 1989). Namun, sulit untuk menampung semua kemungkinan *affordance* yang disediakan suatu tempat, karena terdapat banyak objek dengan *affordance* yang tumpang tindih (Ortmann & Kuhn, 2010). Ketika seorang pengamat menjelajahi suatu tempat, mereka akan memperoleh persepsi yang lebih baik/tepat, lebih luas, dan lebih kaya tentang tempat tersebut; dan semakin banyak mereka mengeksplorasi maka semakin banyak kemungkinan tindakan yang dapat mereka ciptakan untuk mencapai tujuan mereka (Gibson, 1979). Jadi, dalam memberikan makna pada suatu tempat, seorang pengamat yang mempersepsikan tidak selalu mengacu pada objek tertentu; sebaliknya, mereka mungkin mengacu pada fungsi kumulatif semua fitur dalam suatu tempat untuk mendukung berbagai aktivitas yang disengaja (Carrillo, 2013).

Dalam menggunakan teori *affordance* untuk mengevaluasi kualitas atau fungsionalitas *neighborhood* sebagai tempat atau space, penelitian ini tidak mengarahkan percakapan dengan remaja dengan memecah persepsi mereka terhadap objek-objek di dalam situs tersebut (misalnya, 'di mana di tempat ini Anda bisa berada bersama teman-teman Anda?'). Sebaliknya, pendekatan ini menggunakan proses *bottom-up* untuk menghasilkan kelompok tertentu (dalam hal ini, remaja usia 12-17 tahun) yang menganggap suatu tempat (dalam hal ini, *neighborhood environment* mereka) memiliki makna dengan menanyakan, 'Apa, Mengapa, dan Bagaimana' (Vicente & Rasmussen, 1990). 'Apa' yang dimaksud dengan mengidentifikasi aktivitas remaja ('Aktivitas apa saja yang bisa dilakukan di tempat ini?', aktivitas sehat mental apa saja yang bisa dilakukan di tempat ini?).

'Mengapa' mengacu pada kesengajaan aktivitas mereka, yang dianggap mewakili kebutuhan perkembangan dan kesehatan mental mereka serta memperoleh makna pribadi dan konsekuensi dari aktivitas mereka, termasuk kebermaknaan aktivitas (dalam hal ini aktivitas sehat mental) dalam suatu lingkungan (Kyttä, 2003). Misalnya, ruangan tertentu memungkinkan remaja merasakan keamanan atau kesenangan, yang mendukung kebutuhannya akan aktivitas *emotional coping*. 'Bagaimana' mencantumkan tindakan dan sifat spesifik yang memungkinkan dan/atau menghambat aktivitas remaja-remaja tersebut. Misalnya, suatu aktivitas berkelompok mungkin menampilkan jenis aktivitas yang berbeda dalam lingkungan yang berbeda dan dengan properti yang berbeda. Pendekatan bottom-up ini juga relevan mengingat bahwa satu tempat atau ruang dapat digunakan untuk berbagai kegiatan yang diarahkan oleh beragam tujuan. (Heft, 2007; Vicente & Rasmussen, 1990)

“Place and affordances are nested in social praxis”, sehingga *affordances* dimaksudkan dan digunakan sesuai dengan praktik dan kebutuhan sosial dan budaya (Hammond, 2010), yang mungkin membatasi dan/atau memungkinkan orang yang mempersepsikan untuk menggunakan *affordance* tertentu. Norman membedakan antara *affordance* dan kendala (Norman, 1999). Batasan terhadap *affordance* dapat bersifat fisik, logis, dan budaya. Dalam mewujudkan *affordance* tempat, unsur fisik dan budaya adalah yang cukup relevan untuk dibahas. Meskipun batasan fisik dapat digunakan untuk mencegah operasi tertentu dan 'membatasi apa yang dapat dilakukan' (Norman, 2013, hal. 123), kendala budaya adalah tentang

‘apa yang orang percaya dan lakukan’ namun ‘bantuan berharga untuk menavigasi kompleksitas kehidupan sehari-hari’ (Norman, 1999, hal. 41).

Kendala sosial dan budaya menunjukkan bahwa norma yang diterapkan pada tindakan tertentu, bukan *affordances*: sifat sosiokultural (usia, jenis kelamin, status sosial, dll) dapat membentuk tindakan yang diambil individu sebagai respons terhadap *affordance* suatu objek. Sifat sosiokultural ini menentukan ‘*affordance* apa yang dapat dimanfaatkan, oleh siapa dan kapan’ (Reed, 1993). Misalnya, anak laki-laki secara sosial mempunyai hak istimewa untuk menjelajah lebih jauh, sedangkan anak perempuan, yang diharapkan untuk menangani lebih banyak tanggung jawab rumah tangga, cenderung bermain di lingkungan rumah mereka (Valentine, 2006). Dalam hal ini, konvensi mengenai peran gender menjadi kendala sosiokultural bagi anak perempuan untuk mengeksplorasi lebih banyak kemampuan dalam lingkungan luar ruangan mereka dibandingkan dengan anak laki-laki.

Untuk memastikan bahwa *affordance* tidak hanya sekedar potensi suatu tempat dimanfaatkan, maka perlu dipahami pengaruh sosiokultural terhadap *affordance* tempat dan ruang. Seperti yang ditekankan oleh Moore (1986, hal. 6) dengan pendekatan ekologi, bahwa *environmental experience* adalah fungsi dari keanekaragaman dan aksesabilitas yang dibatasi atau dikendalikan oleh berbagai faktor sosial, budaya, dan fisik’. Hal ini berarti bahwa faktor sosiokultural yang tertanam dalam lingkungan (dalam hal ini remaja) berpotensi membatasi mereka, atau mendorong mereka untuk, memanfaatkan *affordance* tempat (Broberg et al., 2013; Schmidt, 2007; Costall, 1995; C. Clark & Uzzell, 2006). Misalnya, seorang remaja perempuan mungkin secara mandiri memahami potensi biaya beraktivitas

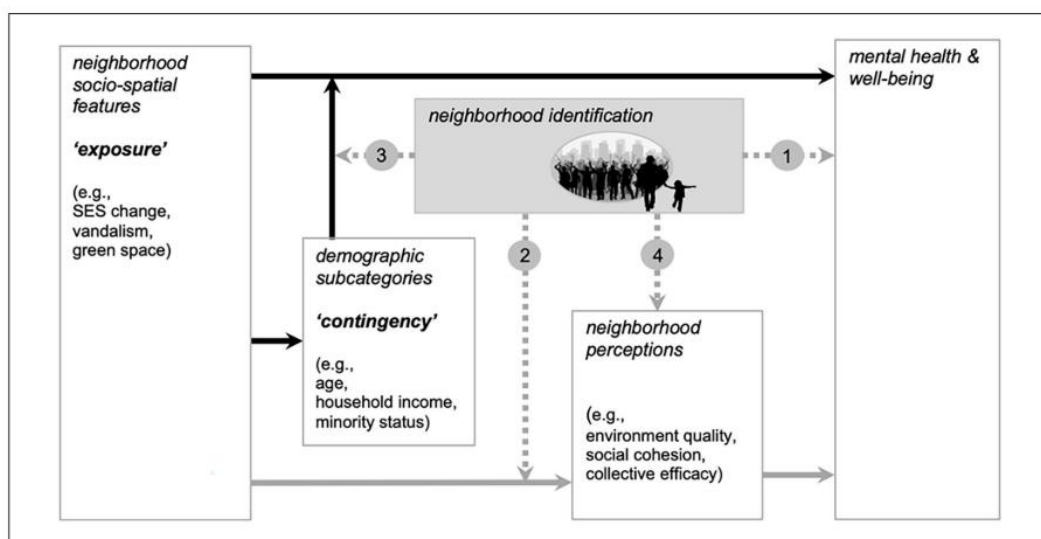
di luar. Namun sebelum ia mengambil kemungkinan ini, orang tuanya mungkin akan melarangnya keluar rumah—karena perempuan sering kali dianjurkan untuk tetap berada di dalam rumah—atau menyuruhnya melangkah lebih jauh karena mereka ingin agar ia berani. Dalam hal ini, ketika orang tua memberikan lebih banyak kendala, rumah menjadi ‘sebuah tempat’ untuk anak perempuan sebagai akibat dari ketegangan gender dan antargenerasi. Oleh karena itu, penelitian ini juga menganalisis faktor-faktor sosiokultural yang dirasakan oleh remaja yang memediasi mereka dalam mengaktifkan *affordance* di tempat dan ruang yang ada di neighborhood ketika mempersepsikan dan mengevaluasi kontribusinya terhadap kesehatan mental mereka.

2.4.3. Teori Identitas Sosial: Kelompok Sosial Melindungi Kesehatan Mental Remaja

Pendekatan ini hadir untuk mengisi kekosongan akan pemahaman bagaimana neighborhood dapat mempengaruhi kesehatan mental. Pendekatan ini dikembangkan oleh S. Alexander Haslam, seorang Professor of Social and Organizational Psychology. Artikel yang berjudul “Connecting to Community: A Social Identity Approach to Neighborhood Mental Health” ia menjelaskan bahwa neighborhood (lingkungan sekitar tempat tinggal) mempunyai peranan terhadap kesehatan mental, namun hal ini tidak terjadi secara sembarangan dan konsisten (van Ham et al., 2013; Haslam et al., 2023).

Teori ini terdiri dari empat pathway identifikasi lingkungan yang dapat membentuk kesehatan mental warga. *Pertama*, kesehatan mental di neighborhood tidak selalu ditentukan oleh neighborhood fitur seperti structural neighborhood.

Kedua, juga tidak selalu disebabkan oleh aspek fisik sumber daya yang lengkap dan dapat diakses yang berdampak sama pada setiap orang. *Ketiga*, seiring dengan terjadinya proses persepsi terhadap aspek fisik maupun aspek sosial yang hadir di lingkungan (*social cohesion* dan *subjective environmental quality*), yang sifatnya sangat subjektif. Dan *keempat*, terdapat proses psikologis yang menghubungkan persepsi (dalam ranah kognitif) dan *efficacy* (dalam ranah perilaku) neighborhood yang mempengaruhi kesehatan mental yaitu dengan memperhatikan identitas lingkungan warga tersebut (Haslam et al., 2023). Menurutny, keempat proses ini terjadi secara bersamaan. Dapat dilihat pada gambar 2.2. di bawah.



Gambar 2.2. Model Identitas Sosial Neighborhood Sehat Mental (Haslam et al., 2023 halaman 14)

Pendekatan ini menjelaskan kapan dan bagaimana kesehatan mental terjadi sebagai dampak dari neighborhood. Mengintegrasikan wawasan dari teori identitas sosial (Tajfel & Turner, 1979) dan teori kategorisasi diri (Turner et al., 1987), pendekatan identitas sosial juga memungkinkan pemahaman akan variabilitas yang ada dengan membedakan neighborhood sebagai entitas fisik (yaitu, sebagai wilayah

geografis tertentu yang dihuni oleh penduduk yang tinggal bersama) dan sebagai suatu entitas psikologis (yaitu, sebagai sekelompok orang yang memiliki perasaan yang sama sebagai penduduk suatu lingkungan tertentu). Nilai unik dari pendekatan identitas sosial terhadap kesehatan mental neighborhood adalah bahwa pendekatan ini menentukan proses identitas sosial yang membentuk kohesi kelompok dan persepsi terhadap kualitas neighborhood. Spesifikasi ini, pada gilirannya, menjelaskan mengapa paparan terhadap lingkungan tertentu dapat bermanfaat sekaligus membahayakan kesehatan mental penghuninya (Haslam et al., 2023).

Fokus utama dari pendekatan identitas sosial adalah untuk menjelaskan bagaimana anggota kelompok besar (misalnya negara) maupun kelompok kecil (misalnya keluarga), bersatu, percaya satu sama lain, dan mengembangkan solidaritas—terutama jika hal ini tidak ada dalam kelompok. kepentingan pribadi anggotanya (Reicher et al., 2010; Tajfel et al., 1971). Penelitian empiris yang membahas masalah ini menunjukkan bahwa unsur penting di sini adalah identitas sosial anggota kelompok—perasaan mereka tentang diri sebagai kolektif (yaitu, “kita” dan “kita”) bukan hanya pribadi (“aku” atau “saya”; Turner, 1982).

Rasa keterhubungan psikologis yang tercipta dengan orang lain (dalam hal ini orang lain yang ada di neighborhood) menjadi bagian dari kolektif tersebut, identitas sosial juga diperkirakan memiliki implikasi penting bagi kesehatan mental dan kesejahteraan (C. Haslam et al., 2018; S. A. Haslam et al., 2009, 2022; Jetten dkk., 2012). Hal ini dikarenakan perasaan terputus dan terisolasi itu sendiri merupakan ancaman yang signifikan terhadap kesehatan (Holt-Lunstad dkk., 2017). Identifikasi berbasis kelompok mencegah timbulnya gejala depresi,

melindungi orang dari stres dan kecemasan, dan umumnya dikaitkan dengan ketahanan yang lebih besar (untuk tinjauan lihat Cruwys et al., 2014; C. Haslam dkk., 2018).

Ketika warga berbagi rasa identitas sosial, prediksi dasar teori kategorisasi diri adalah bahwa hal ini cenderung menyebabkan mereka melihat diri mereka lebih mirip, memiliki lebih banyak kesamaan, dan lebih entitatif (yaitu, lebih entitas yang koheren dan kohesif, “kita”; Turner et al., 1987; lihat juga S. A. Haslam et al., 2022). Rasa “kebersamaan” ini pada gilirannya memberikan landasan psikologis bagi warga untuk bekerja secara kolektif mengatasi tantangan apa pun yang mereka hadapi—misalnya, dengan berbagi sumber daya, membentuk kelompok pengawas lingkungan, mengajukan petisi kepada dewan untuk mengurangi kemacetan lalu lintas atau degradasi lingkungan, atau perlawanan terhadap otoritas lokal yang tidak adil (Brown et al., 2003; Drury & Reicher, 2000; Kingsley et al., 2019; Ohmer et al., 2006; Tekin & Drury, 2023). Dan sekali lagi, rasa kohesi (*sense of cohesion*) dan *collective efficacy* yang didukung dan dimotivasi oleh identifikasi sosial bersama harus mempunyai konsekuensi positif bagi kesehatan mental.

Kunci dari inisiatif kesehatan berbasis tempat tampaknya terletak pada keterlibatan warga sebagai calon pemimpin komunitas dan salah satu penghasil kesejahteraan di lingkungan mereka dengan cara yang membantu membangun rasa ketertarikan dan kepedulian bersama yang berpusat pada identitas lingkungan bersama (*shared neighborhood identity*). Haslam menyarankan, *shared neighborhood identity* adalah kunci untuk membangun *sense of community efficacy* dan kerja sama masyarakat dengan cara yang memungkinkan masyarakat untuk

memanfaatkan sumber daya bersama (*material* dan *psychological*) dan dengan demikian meningkatkan *mental health* dan *well-being*: *jalan demi jalan, blok demi blok, blok, dan komunitas demi komunitas*.

2.4.4. Proses sosialisasi: eksplorasi dan komitmen membentuk kelompok

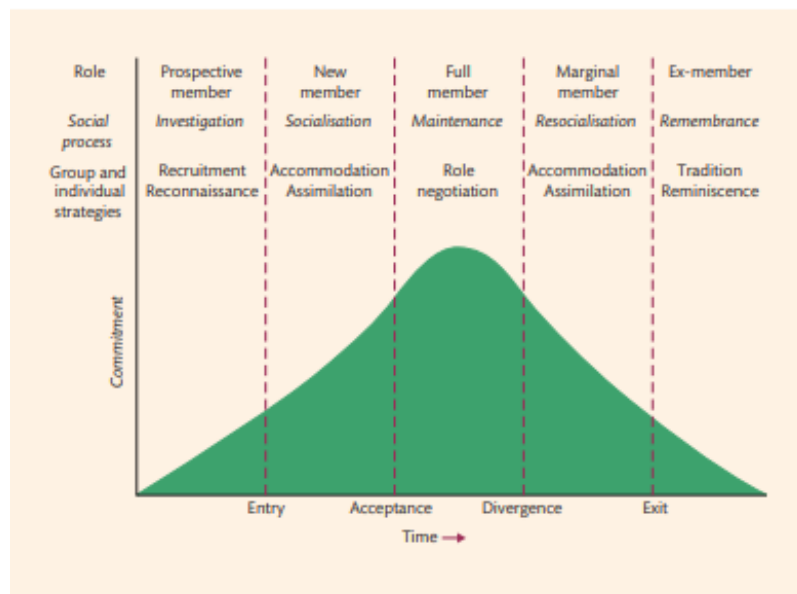
sosial positif

(Perez-Felkner, 2013; Smetana et al., 2017; Smith et al., 2015) Socialization in adolescence. → **Identitas adalah hasil dari proses sosialisasi**

Pada neighborhood terdapat individu usia remaja, yang sudah mulai mengeksplor lebih jauh neighborhood, dan ini mempengaruhi kesehatan mental mereka. Remaja yang identik dengan kehidupan berkelompok, cenderung mencari kelompoknya dan mengembangkan identitas bersama kelompok (contoh identitas ras dan prestasi akademik baca Byrd 2009). Sesuai dengan tugas perkembangannya, Bagian ini adalah konseptual yang menjadi rangka terjadinya **proses psikologis *shared neighborhood identity***.

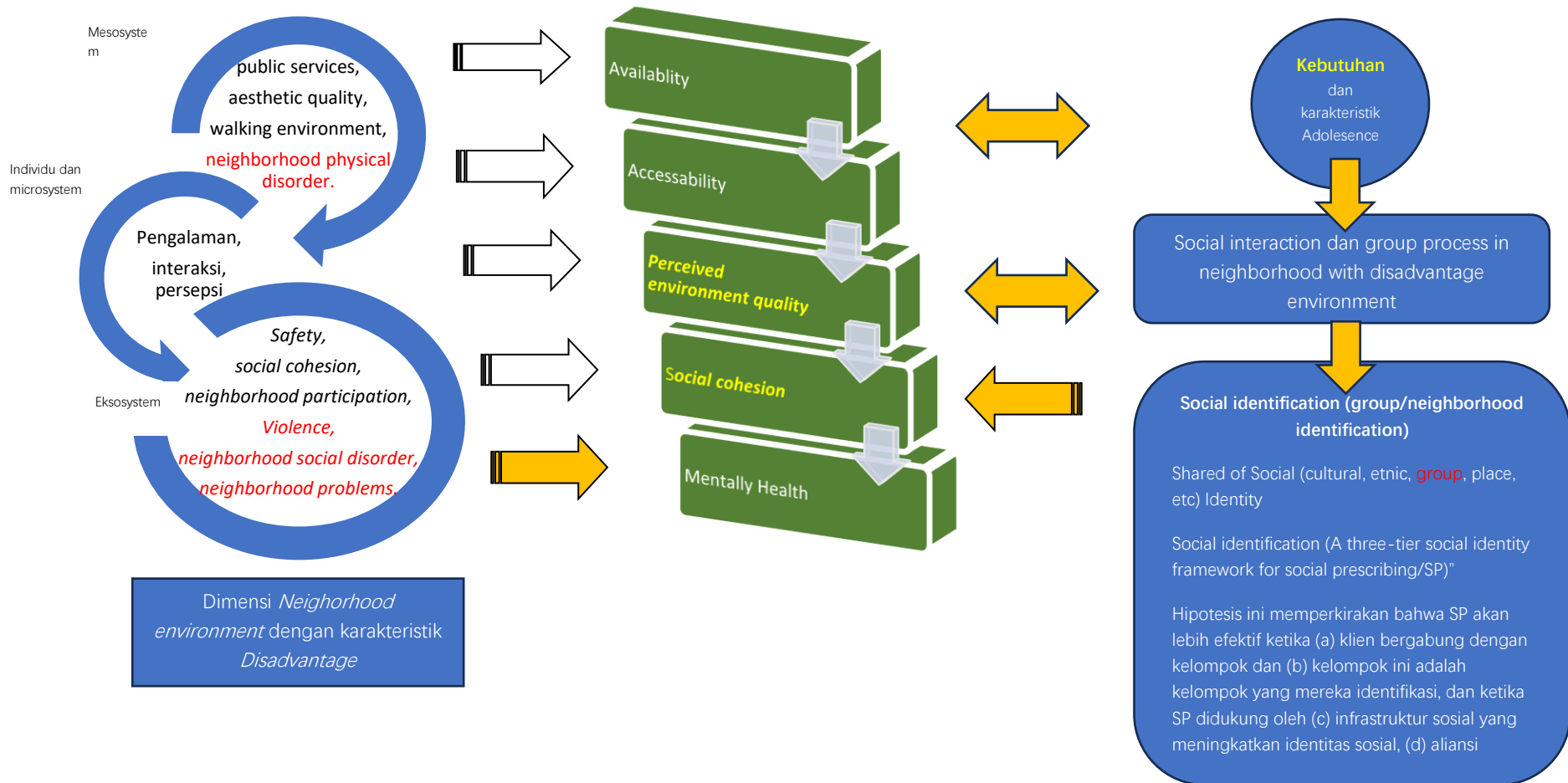
Model ini dikembangkan oleh Levine dan Moreland yang menjelaskan bahwa proses sosialisasi kelompok (di neighborhood) pada dasarnya terdiri dari lima proses, yaitu investigasi, sosialisasi, maintenance, presocialization, dan remembrance. Model sosialisasi kelompok dari Levine dan Moreland ini dapat diaplikasikan untuk hampir semua kelompok dari yang formal sampai yang tidak formal, dari yang besar sampai yang kecil, maupun kelompok yang sifatnya sementara sampai yang lama. Untuk beberapa kelompok, beberapa tahap mungkin tidak hadir sama sekali sedangkan untuk kelompok yang lain, salah satu tahap mungkin saja hadir dalam jangka waktu yang panjang hingga bertahun-tahun.

Lamanya setiap tahapan juga dapat berbeda-beda dalam setiap kelompok, sehingga dapat mengubah bentuk dari model sosialisasi kelompok. Ketiga proses dasar sosialisasi kelompok dapat memberi variasi perjalanan hidup kelompok dan anggota kelompok (di neighborhood). Dapat dilihat pada Gambar 2.4.



Gambar 2.4. A model of the process of group socialisation (Hogg & Vaughan, 2014 hal. 293)

Mekanisme Dampak Faktor Lingkungan Sekitar (Neighborhood Environment) bagi Sehat Mental Remaja:



Bab 3. Metode Penelitian

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa faktor lingkungan sekitar tempat tinggal berdampak terhadap kesehatan mental remaja. Namun mekanisme kenapa dan bagaimana faktor *neighborhood environment* tersebut dapat terjadi masih belum jelas, dan tidak bersumber langsung dari remaja menjadi fokus pada penelitian ini. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi dan memahami apa faktor lingkungan yang berdampak terhadap kesehatan mental remaja yang tinggal di *neighborhood disadvantage*, kenapa faktor tersebut berdampak terhadap kesehatan mental remaja, dan bagaimana mekanisme dampak faktor lingkungan tersebut terhadap kesehatan mental remaja. Perlunya metode yang lebih melibatkan remaja sebagai bagian dalam penelitian menjadi dasar penulis untuk menjawab pertanyaan penelitian.

Bab ini akan terdiri dari tujuh bagian, yaitu: 1) Pendekatan Penelitian; 2) Variabel dalam Penelitian; 3) Lokasi Penelitian; 4) Teknik Sampling dan Karakteristik Partisipan Penelitian; 5) Metode Pengumpulan Data; 6) Instrumen Penelitian; 7) Prosedur dan Etika Penelitian; 8) Keabsahan Data; 9) Prosedur Analisis Data

3.1. Pendekatan Penelitian Kualitatif Partisipatif Dengan Menggunakan Foto

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif adalah suatu penelitian yang bersifat induktif, ditujukan untuk mendeskripsikan dan menganalisis fenomena, peristiwa, aktivitas sosial, sikap, kepercayaan, persepsi, pemikiran orang secara individual maupun kelompok. Pendekatan kualitatif juga dapat dilakukan dalam penelitian psikologi lingkungan. Penelitian kualitatif mengidentifikasi fenomena baru dan jalur penelitian (misalnya, *environmental self-regulation*, Kalevi M. Korpela, 1992; Kalevi Mikael Korpela, 1989; kicauan burung dan restorasi, Ratcliffe et al., 2013), dan menyoroti pengalaman yang tidak dapat diukur (misalnya, makna tempat; Manzo, 2005). Memprioritaskan penelitian kuantitatif berdampak negatif pada pemahaman tentang hubungan manusia-lingkungan, terutama di antara populasi yang jarang terdengar (misalnya, anak-anak; Brussoni et al., 2020). Metode kualitatif dan kuantitatif harus dilihat sebagai alat yang sama-sama valid, masing-masing dengan standar penerapan dan pelaporannya sendiri, dan dengan kekuatan dan kelemahannya sendiri, yang dapat digunakan untuk menjawab berbagai jenis pertanyaan (Ratcliffe et al., 2024). Penelitian yang murni kualitatif dapat menghasilkan kontribusi yang sama signifikannya di masa depan (Hartig et al., 2024). Studi kualitatif telah membuka dan memajukan jalur penyelidikan penting dalam psikologi lingkungan (Hartig et al., 2024; Ratcliffe et al., 2024).

Penelitian ini menggunakan metode penelitian visual yang memanfaatkan fotografi yang diketahui dapat meningkatkan pemahaman dan keterlibatan dalam konteks penelitian, yaitu *photovoice*. Photovoice adalah salah satu *visual riset*

methodology atau metodologi penelitian visual yang biasanya digunakan dalam penelitian kualitatif khususnya menggunakan pendekatan partisipatif atau (*a collaborative research method* atau metode kualitatif partisipatif). Sebagai metode penelitian tindakan partisipatif kualitatif, photovoice menempatkan partisipan penelitian memberi 'suara' mereka untuk mendokumentasikan lingkungan sekitar mereka (C. Wang & Buris, 1997).

Para akademisi dalam ilmu sosial dari berbagai bidang ilmu semakin beralih ke pertanyaan penelitian yang mengeksplorasi pengalaman hidup sehari-hari, menggunakan metodologi visual partisipatif untuk mendorong refleksi kritis terhadap tantangan perkotaan (Erfani, 2021; Gómez-Varo et al., 2023; Nykiforuk et al., 2011). Berbeda dengan pendekatan penelitian tradisional, metode visual partisipatif melibatkan peserta komunitas secara langsung, menonjolkan realitas harian mereka, dan bekerja menuju produksi pengetahuan kolaboratif dari pengalaman peserta yang ada, yang berpotensi mengarah pada pemikiran dan tindakan transformatif (Carpenter, 2022). Demikian juga beberapa penelitian remaja dengan menggunakan *photovoice* telah muncul sebagai metode yang kuat untuk mengeksplorasi berbagai aspek pengalaman remaja, aktivitas mereka sehari-hari. Untuk lebih memahami bagaimana remaja perkotaan mendefinisikan, memahami, dan mengalami koping, metode penelitian kualitatif dengan photovoice, menciptakan makna dan pengetahuan bersama seputar gambar dalam fotografi (Rose et al., 2018); menggali desain kota yang berdampak pada aktivitas fisik (San-Juan-Escudero et al., 2025).

Metode ini dapat mengakomodasi keterampilan, kemampuan, dan minat masing-masing remaja yang sering kali merasa lebih nyaman dan percaya diri menggunakan gambar, foto, dan video daripada hanya mengandalkan kata-kata (Ford & Campbell, 2018). Pendekatan ini memungkinkan remaja untuk mengekspresikan perspektif mereka melalui fotografi, mendorong refleksi diri dan dialog terutama dalam konteks kesehatan dan sosial (Olumide et al., 2018; Patton et al., 2016).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa photovoice merupakan alat yang ampuh untuk melibatkan remaja kurang beruntung dalam penelitian tentang kesehatan mereka (Watson & Douglas, 2012), mengartikulasi perjalanan remaja penyintas kanker terkait tantangan dan momen harapan mereka (Wong & Hamza, 2024); pengalaman dan perspektif remaja akan vaksin COVID-19 (McKee et al., 2024). Penelitian-penelitian dengan photovoice terbukti berhasil memberdayakan partisipan untuk membangun pengetahuan dan representasi lingkungan mereka sendiri dan mendorong berbagi dan dialog kritis antara partisipan dan komunitasnya (Harper, 2009; Falconer 2014), dan berhasil melibatkan kelompok-kelompok untuk berpartisipasi dalam penelitian (Carlson 2006 dalam Watson & Douglas, 2012).

Penggunaan *photovoice* memungkinkan pemahaman perspektif remaja yang seringkali merupakan populasi yang kurang diberi hak untuk bicara seperti pada anak dan remaja dari kelompok-kelompok minoritas (contohnya remaja migran Lögdberg et al., 2020), marginal (contoh remaja yang tinggal di lingkungan miskin (Liegghio & Caragata, 2021), *violence community* (Nutt, 2019), remaja

dengan disabilitas (O'Grady, 2008)), dan penelitian-penelitian yang khususnya ditujukan untuk perubahan (contohnya pencegahan obesitas pada remaja (Roberts & Musher-Eizenman, 2020))

Penelitian ini dengan menggunakan *photovoice* juga semakin tepat karena memungkinkan peneliti mendorong partisipan remaja untuk merefleksikan dan mengeskpresikan sudut pandang mereka tentang lingkungan mereka, yang mana *neighborhood environment* menjadi fokus dalam penelitian ini. Hal ini sejalan dengan tujuan utama penggunaan photovoice (C. Wang & Buris, 1997): 1) untuk memungkinkan mereka mencatat dan mencerminkan kekuatan dan sekaligus keprihatinan mereka terhadap permasalahan yang ada di sekitar mereka, 2) untuk mempromosikan dialog kritis dan pengetahuan tentang isu-isu penting di lingkungan sekitar melalui diskusi foto-foto tersebut dalam kelompok besar dan kecil, dan 3) untuk menjangkau pembuat kebijakan agar mengerti perubahan-perubahan apa yang ingin mereka capai melalui pameran foto yang telah didiskusikan. Penelitian ini hanya akan fokus pada dua tujuan utama penggunaan photovoice (poin 3 tidak menjadi tujuan penelitian ini).

Penelitian photovoice dapat menjadi bahan untuk memfasilitasi perubahan positif dan mempengaruhi kebijakan publik di masyarakat, dan peneliti dapat berupaya memberikan solusi terhadap isu atau hambatan yang diidentifikasi dalam proyek-proyek photovoice (Wang, 1999, dalam Sims et al., 2014). Penelitian ini akan memfokuskan pada tujuan mengeksplorasi dan memahami apa, kenapa dan bagaimana faktor lingkungan sekitar tempat tinggal dengan karakteristik *disadvantage* berdampak pada kesehatan mental remaja dengan melibatkan remaja

dalam proyek penelitian kualitatif partisipatif dengan menggunakan foto yaitu *photovoice*.

3.2. Variabel dalam Penelitian

Peneliti menentukan variabel penelitian berdasarkan permasalahan dan *framework* penelitian yang dikembangkan oleh peneliti. Adapun metode penentuan variabel penelitian adalah sebagai berikut (Tabel 3.xx):

Tabel 3.1. Metode Penentuan Variabel Penelitian

Permasalahan Penelitian	Landasan Teori	Rujukan	Variabel
	a.Kesehatan Mental. b.Karakteristik remaja yang sehat mental. c. Skrining Kesehatan Mental Remaja. d. Remaja yang Sehat Mental.	(Kern et al., 2016; C. L. M. Keyes, 2002; Corey L.M. Keyes, 2006; Lamers et al., 2011; O'Connor et al., 2017; Westerhof & Keyes, 2010; WHO, 2001, 2005, 2021b)	Kesehatan mental remaja
	a.Lingkungan sekitar tempat tinggal. b.Dimensi Lingkungan sekitar tempat tinggal c.Lingkungan sekitar tempat tinggal dengan karakteristik <i>disadvantage</i> .	(Friche et al., 2013) (Mujahid et al., 2007); (C. Coulton, 2012; C. J. Coulton et al., 2013; Rohe, 2009b) (Benninger et al., 2021b; Jencks & Mayer, 1990; Leventhal & Brooks-Gunn, 2000; Ross &	Lingkungan Sekitar dengan Karakteristik <i>Disadvantage</i>

		Mirowsky, 2001; Zhu, 2020)	
Berdasarkan pengalaman, mengapa faktor lingkungan sekitar tempat tinggal tersebut berdampak pada kesehatan mental remaja?	<ul style="list-style-type: none"> a. Karakteristik remaja saat ini. b. Perkembangan psikososial remaja (+identitas jelas) c. Kebutuhan remaja akan lingkungan sekitar tempat tinggal (+Bronfenbrenner). 		Faktor Moderasi/ Moderator Lingkungan sekitar tempat tinggal yang berdampak bagi Kesehatan Mental Remaja
Bagaimana mekanisme faktor lingkungan sekitar tempat tinggal tersebut berdampak pada kesehatan mental remaja?	<ul style="list-style-type: none"> a. Teori Socio-Ecological Model b. Teori Affordances c. Teori Identitas Sosial d. Proses Sosialisasi 	<p>Urie Bronfenbrenner (1979; 1989)</p> <p>(Gibson, 1979, 2014), (Kyttä, 1995, 2003); (Heft, 2001); (Mistry et al., 2013), (Vicente & Rasmussen, 1990).</p> <p>(Tajfel & Turner, 1979) dan teori kategorisasi, (van Ham et al., 2013; Haslam et al., 2009, 2018, 2022, 2023), Cruwys et al., 2014)</p> <p>Levine dan Morelan</p>	Mekanisme Lingkungan sekitar tempat tinggal berdampak bagi Kesehatan Mental Remaja

3.3. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan terhadap di dua lokasi penelitian. Penentuan lokasi penelitian ini dilakukan secara berlapis dan mengacu pada teori lingkungan sekitar tempat tinggal dengan karakteristik *disadvantage* dalam konteks perkotaan.

A. Penentuan Lokasi Penelitian

Berdasarkan kajian teori di bab 2, yang dimaksud dengan lingkungan sekitar tempat tinggal dalam penelitian ini adalah lingkungan spesifik yang secara administratif berada di bawah kelurahan, dari dua Kecamatan yang berbeda di pinggiran kota Medan. Seleksi berlapis ini dilakukan agar karakteristik lingkungan yang spesifik dapat dianalisis dampaknya terhadap kesehatan mental pada partisipan penelitian (...).

Berikut tahapan berlapis dalam penentuan lokasi penelitian. *Pertama*, berdasarkan hasil kajian teori bahwa lingkungan sekitar tempat tinggal yang seringkali berkaitan dengan permasalahan mental adalah yang cenderung berkarakteristik *disadvantage* dan seringnya berada di pinggiran kota (Follmann, 2022; Woltjer, 2014). Sehingga terpilihlah dua Kecamatan yang ada di pinggiran kota Medan: 1) Kecamatan Medan Sunggal, terletak di pinggir barat kota Medan yang dengan Kabupaten Deli Serdang; 2) Kecamatan Medan Belawan, terletak di pinggir utara kota Medan yang berbatasan dengan Selat Malaka. Berikut peta kota Medan yang diambil dari *website*.



Gambar . Peta Kota Medan (Sumber: Medan dalam Angka 2023)

Kedua, untuk menentukan lokasi ti tingkat kelurahan, peneliti mengajukan surat dan melakukan komunikasi personal kepada pimpinan kecamatan dari kedua lokasi. Sehingga terpilihlah : 1) Kelurahan Sunggal; dan 2) Kelurahan Bagan Deli. Beberapa hal yang ditanyakan adalah: a) kondisi warga pada umumnya, dan isu permasalahan kesehatan mental remaja di wilayah di kecamatan tersebut secara umum; b) kelurahan yang terlihat nyata kondisi *disadvantage*-nya yang memiliki isu permasalahan kesehatan mental yang spesifik dari individu usia remaja. Berdasarkan pada hasil komunikasi personal dan data sekunder, berikut gambaran kondisi kedua kelurahan.

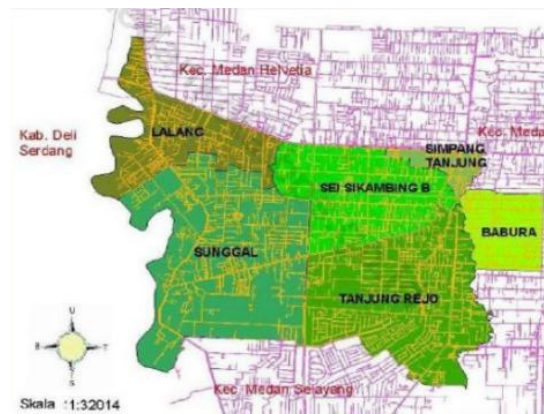
a. Kelurahan Sunggal

Kelurahan Sunggal merupakan kelurahan dengan wilayah terluas dari 6 kelurahan di Kecamatan Medan Sunggal (4,93 km²) atau sekitar 33% dan jumlah penduduk terbanyak (38,988 jiwa atau sekitar 28,75%, dengan kepadatan 8.814 jiwa per km. Kepadatan penduduk ini menurun pesat dibandingkan tahun sebelumnya yaitu 10.768 jiwa per km. Kelurahan ini memiliki jumlah remaja terbanyak baik laki-laki yaitu 2.461 orang, maupun perempuan yaitu 3.263 orang atau 4,22% dari total penduduk Kecamatan Medan Sunggal. Kantor kecamatan terletak tidak lebih dari 1 km dengan kantor kelurahan (0,8 km). Kecamatan ini terdiri dari 14 lingkungan, yang mana wilayahnya tidak sepadat kelurahan Tanjung Rejo (3,52 km² atau 26,32%) yang dibagi menjadi 24 lingkungan, Sei Kambing B (1,85 km² atau 16,93%) yang dibagi menjadi 22 lingkungan, dan Lalang (2,00 km² atau 9,3%) yang dibagi menjadi 13 lingkungan. (Babura Sunggal (4,5 km² atau 3,5%) yang dibagi menjadi 11 lingkungan, dan Simpang Tanjung (4,10 km² atau 4,3%) yang dibagi menjadi 4 lingkungan).

Sebagai wilayah di pinggir kota Medan, Kelurahan Sunggal memiliki jumlah migrasi masuk yaitu 1.386; maupun migrasi keluar yaitu 1.317 orang **paling tinggi dibandingkan kelurahan lainnya, warga dengan pekerjaan petani cukup banyak** yaitu 63 orang, nelayan 2 orang, perdagangan 587 orang, selebihnya pegawai pemerintah dan swasta kurang lebih 4000 orang.

Meskipun Kelurahan Sunggal memiliki cukup banyak fasilitas keamanan yaitu 5 pertamanan sipil dan 4 poskamling; cukup fasilitas kesehatan yaitu 15 posyandu,

19 tempat praktek dokter, 7 praktek bidan, **namun sedikit pelayan kesehatan** yaitu 7 orang, masih banyak lahan kosong, sawah, dan bangunan yang tidak ada penghuninya, dan jalan yang gelap dan rusak. Pada dunia pendidikan, dengan jumlah sekolah, murid dan guru terbanyak mulai dari TK, SD, SMP, SMK, SMA (dan yang sederajat), dibandingkan kelurahan lain. Meskipun memiliki jumlah penduduk dengan pendidikan perguruan tinggi, namun angka pengangguran penduduk juga tinggi. Dan pada bidang keagamaan, terdapat rumah ibadah bagi seluruh agama dan kepercayaan, kecuali rumah ibadah agama Hindu. Ruang publik yang dimiliki yaitu 2 lapangan bola volley, dan 4 lapangan bulu tangkis, 8 lapangan tenis meja, 1 lapangan futsal, 2 lapangan basket. Dan fasilitas untuk aktivitas ekonomi seperti pasar, toko, swalayan, plaza dan beberapa perusahaan industri.



Gambar . Peta Lokasi 1. Kelurahan Sunggal

b. Kelurahan Bagan Deli

Kelurahan Bagan Deli merupakan kelurahan terbesar kedua setelah Sicanang, 6,81 km² atau 20,76% dari luas keseluruhan Kecamatan Medan Belawan. Jumlah

penduduk 18,587 orang yang terdiri dari 9.650 orang laki-laki dan 8.937 orang perempuan, dan kepadatan penduduk sebesar 2.729/km². Berdasarkan rentang usia, remaja memiliki jumlah populasi terbanyak di Bagan Deli yaitu 3.793 orang yang terdiri dari laki-laki adalah 1.944 jiwa dan perempuan 1.849 jiwa; atau 20,4% dari seluruh penduduk Bagan.

Sebagai wilayah di pinggir kota Medan, Kelurahan Bagan Deli memiliki jumlah migrasi masuk yaitu 220 orang; maupun migrasi keluar yaitu 573 orang, dan pekerjaan utama warga adalah nelayan 1.762 orang, paling tinggi dibandingkan kelurahan lain, petani 35 orang, dan pedagang 21 orang, selebihnya pegawai pemerintah dan swasta kurang lebih 500 orang.

Berdasarkan data BPS (2024) pada tahun 2023, Bagan Deli memiliki 15 lingkungan, memiliki 15 poskamling, namun tidak memiliki kantor pertahanan sipil. Di Bagan Deli hanya terdapat 1 TK swasta, 6 SD Negeri, 1 SD Swasta, dan 3 SMP Swasta sedangkan sekolah untuk tingkat SMA tidak ada. Dan pada bidang keagamaan, terdapat rumah ibadah bagi seluruh agama dan kepercayaan, kecuali rumah ibadah agama Hindu. Untuk sarana kesehatan, Bagan Deli memiliki 1 puskesmas pembantu, 5 poliklinik, 14 posyandu 1, dan 4 tempat praktek bidan, tidak terdapat rumah sakit. Ruang publik yang dimiliki yaitu 1 lapangan futsal di Bagan Deli. Dan fasilitas untuk aktivitas ekonomi seperti pasar, toko, dan swalayan.



Gambar . Peta Lokasi 1. Kelurahan Bagan Deli

Ketiga, berdasarkan komunikasi personal dengan pimpinan kelurahan di kedua lokasi, terpilihlah : 1) Lingkungan 9 Kelurahan Sunggal; dan 2) Lingkungan 3 Kelurahan Bagan Deli. Beberapa hal yang ditanyakan adalah: a) kondisi warga pada umumnya, dan isu permasalahan kesehatan mental remaja di lingkungan tersebut (berdasarkan batasan administratif) yang memiliki isu permasalahan kesehatan mental yang spesifik dari individu usia remaja. Berdasarkan pada hasil komunikasi personal dan data sekunder, berikut gambaran kondisi kedua kelurahan.

Berikut karakteristik kedua lingkungan.

a. Lingkungan 9 Kelurahan Sunggal

Berdasarkan hasil wawancara dengan Sekretaris Lurah Kecamatan Medan Sunggal (surat terlampir), ditunjukkan Lingkungan 9 Kelurahan Sunggal sebagai lokasi penelitian pertama. Berdasarkan hasil diskusi tersebut juga diketahui bahwa lingkungan 9 memiliki karakteristik *disadvantaged*, diantaranya: masih banyaknya penduduk dengan sosial ekonomi lemah, tempat tinggal yang kumuh, tingginya angka pengangguran, penggunaan narkoba, serta merupakan lingkungan yang rentan dilalui kendaraan bermotor balap liar.

b. Lingkungan 3 Kelurahan Bagan Deli

Pada awalnya Lingkungan 5 dipilih dan ditentukan oleh sekretaris lurah Kelurahan Bagan Deli sebagai lokasi penelitian dikarenakan memiliki karakteristik *disadvantaged neighborhood* diantaranya: sangat tinggi dalam kejadian kriminal, penggunaan narkoba hingga permasalahan ekstrim lainnya; namun setelah berdiskusi dengan peneliti, sekretaris lurah mengarahkan peneliti untuk melakukan penelitian di lingkungan 3 yang memiliki karakteristik unik antara lain: tingginya kejadian kriminalitas seperti tawuran remaja bahkan hingga memakan korban, masih tingginya angka putus sekolah, pernikahan muda, dan perceraian, hingga ketidakhadiran orang tua.

Tabel Rekap Karakteristik Disadvantage pada Kedua Lokasi Penelitian

Kondisi <i>Disadvantage</i>	Lingkungan 9 Kelurahan Sunggal	Lingkungan 3 Kelurahan Bagan Deli
Kemiskinan dan dampak kemiskinan seperti keterlibatan kriminal, pendidikan kesehatan, pendapatan yang buruk, kepemilikan rumah ((Ross & Mirowsky, 2001; Wilson 1987; Jencks dan Mayer 1990; Brooks-Gunn et al. 1993; Sampson, Morenoff, dan Gannon -Rowley 2002; Sharkey dan Faber 2014 dalam Zhu, 2022)	...pekerjaan informal, pemulung,rumah sewa,	...pekerjaan informal, nelayan, buruh..,rumah sewa,
“langka sumber daya” , prevalensi kemiskinan dan rumah tangga yang hanya memiliki ibu atau orang tua tunggal, keterbatasan kesempatan, pendidikan perguruan tinggi, kurangnya integrasi sosial dan	Tidak ada layanan kesehatan bagi remaja, keterbatasan kesempatan	Tidak ada layanan kesehatan bagi remaja, keterbatasan kesempatan mendapat

<p>kohesi sosial, iklim normatif yang kondusif terjadinya perilaku tidak tertib (...)</p>	<p>mendapat pekerjaan.</p>	<p>pendidikan (SMP), putus sekolah, ruang kelas satu-satunya SMA rusak, bergantian masuk kelas, orang tua tunggal/sambung, perceraian, narkoba, kriminalitas lainnya.</p>
<p>terjadinya transisi atau perubahan antara lahan perkotaan dan pertanian, perubahan ekonomi dari area pertanian atau perikanan ke aktivitas perkotaan</p> <p>terjadinya pembangunan properti seperti area perumahan dan perkantoran.</p> <p>Pembangunan kota tidak sesuai dengan kebutuhan, heterogen, kesenjangan sosial, rendahnya rasa kepemilikan akan tempat, rawan konflik</p> <p>(Benninger et al., 2021b)</p>	<p>...lahan pertanian, tambak, lahan kosong, pembangunan perumahan, warung, rumah berdinding kayu, berlantai tanah.</p>	<p>..lahan laut, buruh pada gudang ikan, pekerja kasar di pabrik, banjir rob.</p>

3.4. Teknik Sampling dan Karakteristik Partisipan Penelitian

Penentuan partisipan penelitian dilakukan dengan teknik sampling *theory based*.

Kriteria inklusi partisipan penelitian adalah sebagai berikut:

- (1) Individu usia remaja yang tinggal di lingkungan dengan karakteristik *disadvantage*, berdasarkan rekomendasi kepala lingkungan, dan hasil observasi langsung ke rumah calon partisipan.

- (2) Telah lama tinggal sedikitnya 10 tahun (sejak usia anak), ditanyakan langsung kepada orang tua.
- (3) Memiliki kondisi kesehatan mental ..., berdasarkan hasil skrining melalui SDQ.
- (4) Bersedia berpartisipasi dalam penelitian, dan mendapat izin dari orang tua dengan mengisi lembar *informed concern* (terlampir)

Peneliti mengumpulkan data dari rumah ke rumah, kepada remaja yang direkomendasikan oleh kepala lingkungan, ditemui langsung ke rumah, menjelaskan dan meminta kesediaan untuk berpartisipasi dalam penelitian. Kesediaan partisipan dalam penelitian dengan menandatangani lembar *informed consent* (terlampir).

Pada awalnya penelitian ini direncanakan melibatkan 7-10 partisipan (sesuai dengan Wang & Burris, 1997), namun berdasarkan hasil skrining hingga akhir proses penelitian, partisipan yang terlibat berjumlah 9 orang (4 orang dari lokasi 1, dan 5 orang dari lokasi 2).

3.5. Metode Pengumpulan Data

Penekanan sumber data utama data adalah remaja. Hal ini dikarenakan pentingnya perspektif remaja tentang lingkungannya akan bermanfaat mengkatalisasi partisipasi mereka (Riggio, 2002), dan proses-proses pengambilan keputusan dan peningkatan kualitas aspek fisik dan sosial dari lingkungan mereka kelak termasuk dalam mendukung kondisi sehat mental seorang remaja di lingkungan

spesifik dimana mereka berada (Benninger et al., 2021b). Pada akhirnya, pemahaman mengenai aspek sosial dan fisik yang lebih spesifik pada lingkungan sekitar (*neighborhood*) akan lebih bermanfaat dikaji dalam perspektif remaja yang tinggal di dalamnya. Bagaimana model mekanisme dampak faktor *neighborhood environment* bagi kesehatan mental remaja.

Pengumpulan data dilakukan dengan mengikuti tahapan photovoice. Tahapan yang dilakukan di dalam proyek penelitian Photovoice adalah penting guna mengatur suasana proses serta memanfaatkan peluang yang diberikannya untuk menemukan makna/tujuan penelitian. Sebelum penelitian photovoice ini dimulai, peneliti akan melakukan pelatihan pendahulu terhadap partisipan yang telah menyatakan kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Pelatihan ini memberikan kesempatan kepada peneliti untuk bertemu dengan peserta, memberikan beberapa penjelasan: mengenai apa itu penelitian, apa itu photovoice, tujuan proyek penelitian photovoice yang akan dilakukan, peran calon partisipan dalam proyek penelitian photovoice, teknis penggunaan kamera dan etika, proses dan lamanya penelitian.

Pertama, peneliti kemudian meminta partisipan untuk mengambil data foto dengan kamera untuk merekam kehidupan mereka sehari-hari sesuai dengan tujuan penelitian. Tahap ini umumnya berlangsung 1-3 minggu sesuai kesepakatan. Setelah tahap ini selesai dilakukan, kamera dikembalikan. *Kedua*, Peneliti melakukan wawancara secara individual dengan masing-masing

partisipan dengan menggunakan foto-foto yang telah dikumpulkan oleh partisipan dan berdasar pada pedoman wawancara (dan pedoman observasi). *Ketiga*, data wawancara kemudian ditranskrip dan dianalisis tematik oleh peneliti untuk mengembangkan tema-tema umum dan untuk pertimbangan masalah apa yang mungkin memerlukan penjelasan lebih lanjut. Analisis data dilakukan untuk seluruh data partisipan penelitian. *Keempat*, peneliti melakukan kelompok diskusi terfokus (FGD) untuk mengeksplorasi masalah dalam pengaturan kelompok kecil. Pada tahap ini juga dilakukan observasi dengan berjalan mengunjungi lingkungan sekitar tempat tinggal yang dibahas selama FGD.

Setelah menyelesaikan tahapan photovoice, peneliti bersama partisipan berkeliling melanjutkan diskusi sekaligus melakukan observasi secara bersama-sama ke lokasi-lokasi yang mereka diskusikan selama FGD sebelumnya. Seluruh hasil wawancara dan FGD ini juga ditranskripsikan kata demi kata.

3.6. Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan pedoman untuk menggali pertanyaan. Berikut pedoman yang dipakai saat pengumpulan data wawancara, FGD dan observasi.

Tabel . Data yang Diperlukan dan Metode Pengumpulan Data

	Data yang diperlukan	Metode Pengumpulan Data
Pemilihan Partisipan	Screening kondisi kesehatan mental	Kuesioner
	<i>Disadvantaged neighborhood</i>	Observasi lingkungan, observasi ke sekitar tempat

		tinggal partisipan, wawancara dengan orang tua, kepala lingkungan
Kesehatan mental	<ul style="list-style-type: none"> a. Alasan mengambil foto b. Pentingnya (makna) foto yang diambil. c. Bagaimana bisa ada disana? d. Kesehatan mental yang tergambar pada foto yang diambil. e. Pemahaman partisipan tentang sehat mental. 	Wawancara (individual) FGD (kelompok)
Neighborhood Environment yang mendukung kesehatan mental	<ul style="list-style-type: none"> a. Dimensi fisik neighborhood environment yang ada di foto tersebut (baik fisik maupun sosial) b. Dimensi sosial yang terjadi di foto tersebut? c. Alasan partisipan mengambil foto tersebut dalam kaitannya dengan kesehatan mental. <ul style="list-style-type: none"> a. Mengapa yang ada dalam foto (fisik dan atau sosial) dalam foto penting untuk kesehatan mental kamu? <ul style="list-style-type: none"> Ataumendukung kesehatan mental kamu? b. Bagaimana kalau hal-hal tersebut (fisik dan atau sosial) tidak ada? c. Bagaimana jika tidak ada di sana? d. Mengapa tidak dengan foto yang lain (fisik dan atau sosial) e. Bagaimana dengan foto lain yang terlupakan. 	Wawancara (individual) FGD (kelompok) Observasi (kelompok)

<p>Kenapa dan bagaimana Mekanisme Faktor <i>Neighborhood Environment</i> yang mendukung kesehatan mental</p>	<p>a. Bagaimana (faktor fisik dan sosial) tersebut ada di <i>neighborhood environment</i></p> <p>b. Bagaimana (faktor fisik dan sosial) yang tergambar dalam foto dapat terjadi</p> <p>c. Bagaimana bisa ada di sana?</p> <p>d. Kesamaan partisipan dengan orang-orang yang ada dalam foto? Perbedaan dengan lainnya?</p> <p>e. Bagaimana intensitas kejadiannya</p>	<p>Wawancara (individual) FGD (kelompok) Observasi (kelompok)</p>
--	--	---

3.7. Etika Penelitian

Salah satu hal yang menjadikan sebuah penelitian kualitatif menjadi penelitian yang berkualitas baik adalah kemampuan peneliti untuk melakukan penelitian secara beretika (Creswell & Poth, 2018 dalam Agustini et al., 2023).

Etika dalam penelitian ini dipastikan dengan beberapa cara:

- a). Mendapatkan izin penelitian melalui Badan Riset Daerah Kota Medan dengan melampirkan proposal penelitian (surat izin terlampir).
- b). Peneliti juga melakukan uji kepada lembaga etika penelitian yaitu Konsorsium Psikologi Ilmiah Nusantara (KPIN) dan mendapat surat lulus uji etik dengan nomer 212/Etik KPIN dengan rekomendasi “Dapat dilakukan tanpa resiko” (surat terlampir).
- c). Mendapatkan persetujuan dari calon partisipan dan orang tua partisipan untuk terlibat dalam penelitian. Prosedur penelitian, dan hak partisipan tertuang dalam protokol lembar persetujuan tersebut (form terlampir).

Partisipan penelitian ini adalah individu remaja yaitu berusia di bawah 18 tahun, maka persetujuan orangtua diperlukan sebelum menanyakan kepada remaja apakah mereka ingin berpartisipasi atau tidak sesuai dengan prosedur penelitian (contoh: Jenkins et al., 2020). Partisipan yang kemudian dilibatkan dalam penelitian adalah mereka yang setuju terlibat dan orang tua yang juga memberikan persetujuan agar anak remaja mereka turut berpartisipasi dalam penelitian ini. Waktu yang diberikan untuk memutuskan keterlibatan sebagai partisipan penelitian adalah selama dua sampai enam hari, yaitu dengan mengembalikan lembar persetujuan kepada peneliti. Partisipan setuju untuk berpartisipasi dengan persetujuan orangtua yang kemudian dihubungi melalui panggilan telepon untuk mengatur waktu pertemuan hingga menyelesaikan seluruh prosedur penelitian.

- d). Memastikan memberikan sitasi secara benar dalam laporan penelitiannya dibantu dengan Mendeley.
- e). Mempertanggungjawabkan hasil penelitian secara ilmiah melalui diseminasi hasil penelitian kepada perwakilan orang tua, pimpinan lokal (kepala lingkungan, lurah dan sekretaris lurah, serta pihak-pihak terkait para pemangku kebijakan yang berkaitan langsung dengan hasil analisis data penelitian (pemilik fasilitas umum dan layanan publik yang ada di sekitar tempat tinggal).

- f). Memastikan kerahasiaan data partisipan penelitian dengan memberi nama samaran dan menggunakan foto hasil penelitian atas seizin partisipan.

3.8. Prosedur Penelitian Photovoice

Penelitian ini kemudian dimulai melalui beberapa tahap (C. Wang & Buris, 1997):

1. Select and recruit a target audience of influential stakeholders

2. Recruit a group of photovoice participants. Two classes of grade 5/6

students and high school students and their teachers were invited the photovoice project.

1. Pemberian informed concern dan Raport terhadap calon partisipan

Pada tahap ini peneliti menemui beberapa calon partisipan yang sesuai dengan hasil screening. Peneliti menjelaskan kepada calon partisipan dan orang tua, membangun raport, menanyakan kesediaan calon untuk terlibat dalam penelitian ini, sekaligus meminta izin kepada orang tua mereka. Calon partisipan diminta untuk membaca form B dan orang tua membaca form C (terlampir). Bagi mereka yang bersedia terlibat dalam penelitian diminta untuk menandatangani form yang diberikan. Tahap ini dilakukan dari bulan September 2024, hingga Januari 20225. Luaran dari tahap ini adalah komitmen partisipan dalam penelitian.

2. Workshop Photovoice

3. Introduce the photovoice project to participants

4. Obtain informed consent and assent

Pada tahap ini, peneliti meminta peserta untuk mengisi terlebih dahulu form A yang berisi beberapa pertanyaan (terlampir) mengenai pemahaman partisipan mengenai kesehatan mental, dan hal yang ada disekitar lingkungan tempat tinggal yang mempengaruhi kesehatan mental mereka. Jawaban mereka akan menjadi dasar peneliti untuk memberikan workshop terhadap partisipan agar mendapatkan pemahaman yang sama mengenai proyek yang akan dilakukan. Materi workshop berisi mengenai apa itu penelitian, penelitian photovoice, peran partisipan dalam penelitian, teknis dan etika pengambilan foto, foto seperti apa yang diambil dan penyamaan pemahaman mengenai kesehatan mental.

Instruksi yang diberikan untuk pengambilan foto adalah : *Ambillah foto lingkungan sekitar tempat tinggal yang membuat kamu sehat mental!*. Peneliti memberi kesempatan pada partisipan untuk memberikan beberapa contoh yang terlintas dalam pikiran mereka, dan memberikan kesempatan bertanya apapun yang belum dipahami untuk dapat terlibat dalam proyek penelitian ini. Peneliti dibantu dengan meminta partisipan mengisi form A (terlampir). Pengambilan foto dilakukan selama 1-3 minggu sesuai kemampuan dan kesediaan tiap partisipan. Peneliti memberikan kesempatan partisipan untuk bertanya. Workshop di dari bulan September 2024 hingga Februari 2025 langsung setelah partisipan menyatakan kesediaannya berpartisipasi dalam penelitian ini. Luaran pada tahap ini adalah peneliti memastikan partisipan paham akan apa yang akan dilakukan dalam proyek penelitian ini.

5. Pose initial themes for taking photographs

6. Distribute cameras to participants and introduce photography skills

7. Provide time for participants to take photographs

4. Wawancara terhadap partisipan

Pada tahap ini, peneliti akan mewawancarai partisipan atas foto-foto yang sudah mereka ambil. Waktu dan tempat dilakukannya wawancara disepakati bersama oleh partisipan dan peneliti. Peneliti meminta partisipan untuk memilih 5 foto yang paling berdampak pada kesehatan mental mereka untuk kemudian dibahas dalam wawancara. Pada akhir wawancara, peneliti meminta (mengingatkan) kesediaan partisipan untuk kegiatan penelitian selanjutnya yaitu diskusi kelompok terfokus. Wawancara terhadap seluruh partisipan di lokasi pertama dilakukan dari bulan Oktober 2024 hingga Februari 2024, dan di lokasi kedua dari bulan Januari hingga Maret 2025. Luaran dari tahap ini adalah analisis tematik atas hasil wawancara.

During the interviews, students chose five photographs that they wanted to discuss using the SHOWeD method (Wang, 2006, p. 151) in which students were asked to respond to the following questions for each photograph:

- What do you See here?
- What's really Happening here?
- How does this relate to Our lives?
- Why does this situation, concern, or strength exist?
- What can we Do about it?

Students were also asked the following during the interviews:

- Tell me why you decided to take this photograph.
- What does the photograph show about inclusion, belonging or community?

- If you were going to name this photograph or give it a title, what would you call it?

- Is there anything else you want to tell me about your photograph?

After all photographs were discussed, the following were asked:

- Tell me about working with other students on this project.

- What has helped students to work together?

- What makes it difficult for students to work together?

- Is there anything else you want to tell me about the project?

8. Meet to discuss photographs and identify themes using the SHOWeD method.

4. Diskusi terfokus terhadap kelompok partisipan di tiap lokasi

Pada tahap ini, peneliti melibatkan 4 partisipan dari tiap lokasi penelitian (lihat tabel). Peneliti telah mencetak foto yang digunakan pada tahap wawancara. Pada sesi diskusi ini, peneliti menyerahkan foto tersebut kepada masing-masing partisipan, dan meminta izin pada mereka foto mana yang bersedia mereka diskusi bersama dalam kelompok. Pada sesi ini partisipan diminta memilih 5 foto yang mereka sepakati paling relevan menggambarkan faktor lingkungan yang berdampak bagi kesehatan mental mereka. Partisipan diminta mendiskusikan mengapa kelima foto tersebut mereka pilih, dan bagaimana faktor lingkungan terpilih tersebut dapat mempengaruhi kesehatan mental mereka. Peneliti juga melakukan diskusi sambil berjalan berkeliling bersama partisipan di masing-masing lokasi, untuk meninjau langsung tempat dan ruang yang mereka bahas saat wawancara dan diskusi terfokus. Luaran dari tahap ini adalah hasil analisis apa,

kenapa dan bagaimana faktor lingkungan sekitar tempat tinggal berdampak terhadap kesehatan mental remaja.

5. Pameran

9. Plan with participants a format to share photographs and stories with influential stakeholders.

Tahap ini adalah tahap tambahan dari riset partisipatif secara ideal dimana hasil riset akan dipamerkan kepada pemangku kebijakan, dan stakeholder (perwakilan) yang memungkinkan untuk melakukan perubahan di lingkungan dimana partisipan berada secara khusus. Pameran ini diharapkan bisa menjembatani pemikiran peneliti dan partisipan yang juga adalah peneliti, ke stakeholder. Namun tahap ini tidak menjadi tujuan utama dalam penelitian ini, tidak ditujukan harus menghasilkan suatu perubahan atas hasil dari penelitian yang dipamerkan ini.

3.8. Keabsahan Data

a. Kreadibilitas (Validitas)

Data akan dikatakan valid adalah data yang diperoleh “tidak berbeda” antar data yang dilaporkan oleh peneliti dengan data yang sesungguhnya terjadi pada obyek penelitian. Kreadibilitas merupakan bentuk validitas internal, yaitu mengukur ketepatan desain penelitian yang digunakan dengan hasil yang ingin dicapai (Zaini et al., 2023). Pada penelitian ini kreadibilitas data diperoleh melalui beberapa cara:

a. Mempererat hubungan peneliti dengan partisipan penelitian dengan melakukan pengambilan data langsung terhadap partisipan, dalam situasi santai di rumah, di warung, di pekarangan atau di sekitar rumah berdasarkan kesepakatan bersama; b. melakukan triangulasi teknik dengan observasi ke lingkungan sekitar tempat tinggal yang terkait dengan hasil analisis data disertai dengan diskusi kelompok terfokus untuk melakukan gambaran yang lebih rinci dan yang lebih akurat; c. melakukan triangulasi sumber dengan membercheck melalui wawancara dan diskusi kelompok terfokus bersama kelompok partisipan yang berdasarkan hasil screening memiliki skor SDQ agak rendah, rendah, atau sedang; d. melibatkan teman sejawat dalam metode *photovoice* yaitu (yang tidak ikut melakukan penelitian) yaitu Indra Killing untuk berdiskusi, memberikan masukan bahkan kritik mulai dari kegiatan proses penelitian sampai tersusunnya hasil penelitian (*peer debriefing*); e. mengecek bersama-sama dengan promotor dan copromotor, baik tentang data yang telah dikumpulkan, kategorisasi analisis, penafsiran dan kesimpulan hasil penelitian.

b. Transferabilitas

Reliabilitas merupakan bentuk validitas eksternal, yaitu mengacu pada konsistensi dan stabilitas data atau kesimpulan. Transferability menyangkut aspek penerapan. Penelitian yang dapat dipercaya dan memiliki kualitas transferabilitas adalah jika orang lain dapat mengulangi/ menggandakan/ merapkan proses penelitian ke setting lain. Transferabilitas dalam penelitian ini dipastikan dengan adanya a. penjelasan mengenai tempat, partisipan (jumlah dan karakteristik, data demografi), aspek budaya yang terkait penelitian, teknik sampling, prosedur dan pedoman

wawancara/FGD; b. penjelasan mengenai perubahan-perubahan pertanyaan saat proses penelitian; c. berdiskusi bersama dengan promotor penelitian, dan rekan peneliti di bidang psikologi lingkungan yaitu Fitri Arlinka untuk memeriksa kinerja penuh peneliti selama penelitian, memperoleh gambaran dan pemahaman yang jelas tentang konteks dan fokus penelitian.

c. Dependabilitas (Reliabel)

Standar dependabilitas ini boleh dikatakan mirip dengan standar reliabilitas. Peneliti melakukan pengecekan atau penilaian akan ketepatan dalam mengkonseptualisasikan apa yang diteliti. Peneliti melakukan pengujian reliabilitas dilakukan dengan a) memeriksa seluruh proses penelitian; b) melakukan penelitian dengan berpedoman pada framework penelitian; c) menuliskan secara lengkap setiap proses penelitian sehingga dapat menunjukkan “jejak kerja lapangan” dalam proses penelitian mulai dari pembuatan dan pemberian instrumen untuk skrining partisipan, pembangunan raport dan persetujuan keterlibatan penelitian partisipan maupun orang tua, pemberian instruksi dan pelatihan photovoice, persiapan dan pelaksanaan wawancara dan diskusi kelompok hingga analisis data. Jika peneliti tidak memiliki dan tidak dapat menunjukkan “jejak kerja lapangannya”, maka reliabilitas penelitiannya harus dipertanyakan (Sanafiah Faisal 1990).

d. Konfirmabilitas (Objektivitas)

Standar konfirmabilitas fokus pada audit kualitas dan kepastian hasil penelitian. Objektivitas mengacu pada “tingkat kesepakatan” atau “kesepakatan interpersonal” antara beberapa orang terhadap data. Peneliti memastikan hasil penelitian benar berdasarkan proses penelitian. Peneliti melakukan konfirmabilitas penelitian

dengan a. saat penentuan lokasi, bersama dengan pemerintah lokal di tingkat kecamatan dan kelurahan; b. konfirmasi hasil screening kesehatan mental partisipan dan mendatangi rumah partisipan dan meminta kesediaan keterlibatan dalam penelitian photovoice.

3.9. Prosedur Analisa Data.

Tidak ada panduan "bagaimana cara" peneliti yang terlibat dalam penelitian photovoice menerapkan metode kualitatif tradisional untuk menganalisis data (Capous-Desyllas & Bromfield, 2018). Informasi tentang cara menganalisis data yang muncul dari studi penelitian fotovoice masih terbatas. Banyak peneliti mengandalkan bentuk standar analisis data kualitatif untuk menganalisis data transkrip, dengan memanfaatkan perangkat lunak analisis data kualitatif, sementara foto ditambahkan sebagai renungan pada laporan temuan. Penciptaan seni sambil menganalisis data juga berfungsi untuk memperdalam makna temuan dan memperluas kemungkinan interpretasi. Capous-Desyllas memberikan panduan praktis dan sistematis untuk menafsirkan data transkrip wawancara dan fotografi dari proyek photovoice.

Daripada menggunakan program perangkat lunak analisis data kualitatif yang komprehensif (seperti Nvivo, QSR, HyperRESEARCH, NUD*IST, dan Atlas.ti) untuk membantu analisis data, data dilibatkan secara taktis, melalui seni visual (kolase) dan pembuatan berbagai bagan dan tabel (disandingkan dan diubah menjadi gambar pohon) (Capous-Desyllas & Bromfield, 2018).

Proses yang diinformasikan oleh seni didefinisikan oleh keterbukaan terhadap kemungkinan imajinasi manusia yang luas. Apa yang ingin diungkapkan

oleh seni? . . . Saya pikir setiap karya seni mengekspresikan, lebih atau kurang murni, lebih atau kurang halus, bukan perasaan dan emosi yang dimiliki seniman, tetapi perasaan yang diketahui oleh seniman; wawasannya tentang hakikat perasaan, gambarannya tentang pengalaman vital, fisik, emosional, dan fantastis. (hlm. 91). Dari perspektif ini, karya seni menggambarkan kemampuan seniman untuk menciptakan sesuatu dalam bentuk tertentu yang mirip dengan pengalaman dan perasaan manusia. Gerstenblatt (2013) menyoroti keterlibatan mendalam peneliti yang menciptakan karya seni untuk menggambarkan narasi dan pengalaman hidup informan, serta keseimbangan yang rumit antara ekspresi kreatif pribadi peneliti, kebijaksanaan, dan perhatian terhadap suara yang mereka gambarkan.

Tujuan artikel ini adalah untuk menggabungkan kreativitas dengan ketelitian guna menggambarkan cara alternatif untuk menganalisis data penelitian fotosuara.

Analisis data dilakukan dengan menggunakan analisis tematik induktif (Braun & Clarke, 2021). Menurut Braun & Clarke (2006, p. 87), proses analisis tematik meliputi:

1. Membiasakan diri dengan data: Mentranskripsikan data (jika perlu), membaca dan membaca ulang data, mencatat ide-ide awal. Beberapa catatan ide awal yang dikembangkan oleh peneliti adalah terkait kelengkapan informasi mengenai apa, kenapa, dan bagaimana faktor lingkungan sekitar tempat tinggal mempengaruhi kesehatan mental setiap partisipan penelitian. Pada tahap ini, peneliti juga mencatat ide-ide awal terkait kondisi lingkungan sekitar tempat tinggal, latar belakang partisipan, serta indikator kesehatan mental sebagai dampak lingkungan sekitar tempat tinggal dari setiap partisipan penelitian.
2. Menghasilkan kode-kode awal: Mengkodekan fitur-fitur menarik dari data secara sistematis mode di seluruh kumpulan data, menyusun data yang relevan dengan setiap kode. Kode yang dihasilkan pada tahap ini awalnya didasarkan pada pertanyaan penelitian yaitu apa, kenapa, dan bagaimana faktor lingkungan sekitar

tempat tinggal dengan karakteristik *disadvantage* mempengaruhi kesehatan mental remaja. Kode-kode awal tersebut beserta artinya adalah sebagai berikut:

inisial dan asal lokasi partisipan (Sunggal dikodekan S, Bagan Deli dikodekan B dan diakhiri dengan inisial nama), jenis kelamin partisipan (Laki-laki dikodekan L dan Perempuan dikodekan P), sumber data (wawancara dikodekan W, FGD dikodekan FGD), macam faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan mental (dikodekan A), kenapa faktor lingkungan berdampak terhadap kesehatan mental (diberikan kode K), bagaimana mekanisme faktor lingkungan berdampak terhadap kesehatan mental (diberikan kode M). Semua kode diatur tanpa menggunakan bantuan dari aplikasi penelitian kualitatif apa pun oleh peneliti dan diperiksa oleh promotor.

3. Mencari tema: Menyusun kode menjadi tema potensial, mengumpulkan semua data relevan dengan setiap tema potensial. Peneliti mengekstrak tema didasarkan pada framework yang telah dibangun oleh peneliti secara manual tanpa bantuan aplikasi apapun dari semua data yang relevan dengan setiap tema potensial. Tema potensial berasal dari pengkodean macam faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan mental (orang yang dapat merupakan orang tua dikodekan AO-OT, keluarga besar dikodekan AO-KB, tetangga atau teman atau sahabat dikodekan AO-TS; tempat yang dapat berupa *public services* dikodekan AT-PS, *aesthetic quality* dikodekan AT-AQ, *walking environment* dikodekan AT-WE, *safety* dikodekan AT-S, *violence* dikodekan AT-V, *social cohesion* dikodekan AT-CS, *neighborhood participation* dikodekan AT-CS, *neighborhood physical disorder* dikodekan AT-NPD, *neighborhood social disorder* dikodekan AT-NSD,

neighborhood problems dikodekan AT-NP, dst; aktivitas yang dapat berupa aktivitas berjalan dikodekan AA-J, bermain dikodekan AA-B, olahraga dikodekan AA-O, memancing dikodekan AA-P, berenang dikodekan AA-R, bersosialisasi dikodekan AA-S, berpartisipasi dalam sebuah kegiatan dikodekan AA-P, bekerjasama menghasilkan sesuatu dikodekan AA-P dst).

Adapun kode awal untuk pertanyaan penelitian kedua yaitu mengenai kenapa faktor lingkungan berdampak terhadap kesehatan mental diberikan kode sebagai berikut: inisial dan asal lokasi partisipan (Sunggal dikodekan S, Bagan Deli dikodekan B dan diakhiri dengan inisial nama), jenis kelamin partisipan (Laki-laki dikodekan L dan Perempuan dikodekan P), sumber data (wawancara dikodekan W, FGD dikodekan FGD), alasan terkait memungkinkannya terhubung atau connect dikodekan **KT**, menyadari kemampuannya atau *realizes his or her own abilities* dikodekan KS, dapat menghadapi stress kehidupannya atau *can cope with the normal stresses of life* dikodekan **KC**, membuatnya berfungsi atau function dan bekerja produktif atau *work productively* dikodekan **KFP**, membuatnya berkembang atau *thrive* dikodekan **KB**, dan membuatnya berkontribusi terhadap komunitasnya atau *is able to make a contribution to his or her community* dikodekan KK.

Lalu kode awal untuk pertanyaan penelitian ketiga yaitu mengenai bagaimana mekanisme faktor lingkungan berdampak terhadap kesehatan mental diberikan kode sebagai berikut: inisial dan asal lokasi partisipan (Sunggal dikodekan S, Bagan Deli dikodekan B dan diakhiri dengan inisial nama), jenis kelamin partisipan (Laki-laki dikodekan L dan Perempuan dikodekan P), sumber

data (wawancara dikodekan W, FGD dikodekan FGD), mekanisme terkait identifikasi sosial dikodekan M-IS, mekanisme identifikasi tempat dikodekan M-IT dan mekanisme *place attachment* dikodekan M-PA. Adapun susunan tema-tema ini dapat berkembang sesuai dengan data yang tersedia yang relevan dengan tujuan penelitian. Peneliti kemudian memeriksa lima kode terakhir kata demi kata bersama promotor. Contoh hasil kode awal: S-IR/L/W/AO-S/KC/M-IT. Adapun susunan temanya berupa diagram sirip ikan.

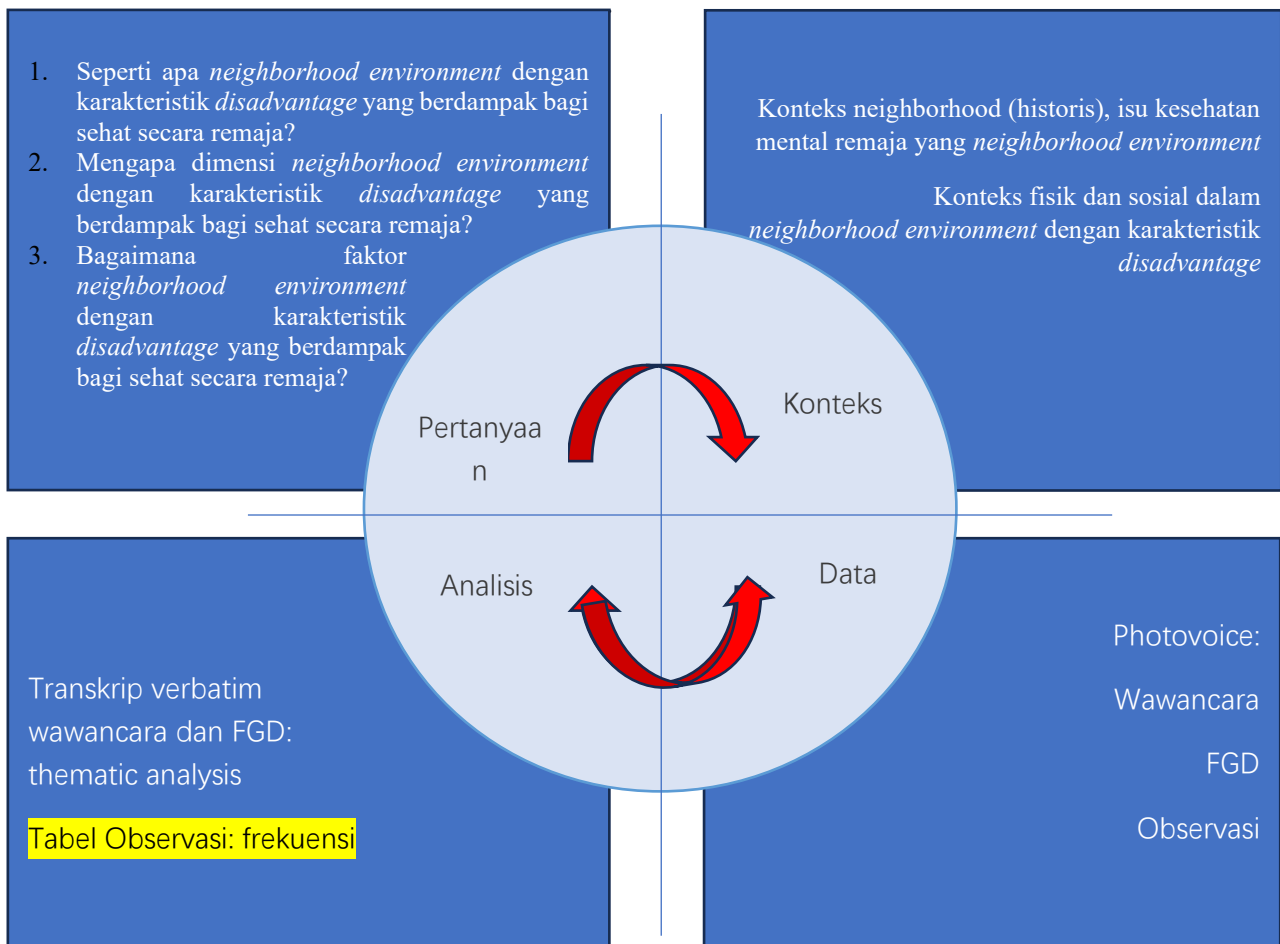
4. Meninjau tema: Memeriksa apakah tema berfungsi sehubungan dengan ekstrak yang dikodekan (Level 1) dan seluruh kumpulan data (Level 2), menghasilkan 'peta' tematik dari analisis. peneliti atas seluruh data yang sudah terkumpul (dari 22 partisipan). Pada tahap ini susunan tema sudah mencakup seluruh framework penelitian dan temuan serta kebaruan data yang didapat selama penelitian.

5. Mendefinisikan dan memberi nama tema: Analisis berkelanjutan untuk menyempurnakan spesifikasi setiap tema, dan keseluruhan cerita yang disampaikan oleh analisis tersebut, menghasilkan definisi dan nama yang jelas untuk masing-masing cerita tema. Tema-tema tersebut kemudian didiskusikan dengan promotor dan juga diberikan kepada peserta untuk mendapatkan umpan balik.

6. Pembuatan laporan: Kesempatan terakhir untuk melakukan analisis. Pemilihan yang jelas, contoh ekstrak yang menarik, analisis akhir dari ekstrak yang dipilih, berkaitan dengan bagian belakang analisis terhadap pertanyaan penelitian dan

literatur, menghasilkan laporan ilmiah tentang analisis. Penulisan hasil analisis dilakukan dengan menggunakan daftar periksa Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (Tong et al., 2007) untuk mendapatkan hasil yang lebih baik dalam menyusun naskah penelitian.

Berikut gambaran keseluruhan tahapan dalam penelitian ini.



Gambar 3.1. Metode Analisa Data (diilustrasikan oleh Peneliti)

Bab 4. Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini akan dibagi menjadi dua bagian. *Pertama*, gambaran umum mengenai partisipan dan lingkungan sekitar tempat tinggal mereka. Untuk gambaran karakteristik *disadvantage* di lingkungan sekitar tempat tinggal kedua lokasi penelitian berdasarkan teori *neighborhood environment* dari Freche. Lalu untuk gambaran kondisi kesehatan mental partisipan berdasarkan hasil skrining dari Goodman. *Kedua*, hasil utama penelitian yang terdiri dari jawaban ketiga pertanyaan penelitian yaitu: a) faktor-faktor di lingkungan sekitar tempat tinggal yang berdampak bagi kesehatan mental partisipan; b) alasan mengapa faktor-faktor di lingkungan sekitar tempat tinggal tersebut berdampak pada kesehatan mental partisipan; c) mekanisme faktor-faktor di lingkungan sekitar tempat tinggal berdampak pada kesehatan mental partisipan. Setiap bagian hasil utama akan diakhiri dengan pembahasan yang dikaitkan dengan kajian teoritis.

4.1. Gambaran Umum Partisipan

Pada awalnya melibatkan partisipan sebanyak 16 orang remaja hingga tahap wawancara. Terdiri dari 5 orang remaja dari lingkungan 9 Kelurahan Sunggal, Kecamatan Medan Sunggal (2 orang laki-laki, 3 orang perempuan), dan 9 orang remaja dari lingkungan 3 Kelurahan Bagan Deli Kecamatan Belawan (7 orang laki-laki, 2 orang perempuan). Peneliti mengalami kesulitan menemui remaja di lokasi penelitian dikarenakan ada kegiatan lain di sekolah atau keluarga (2 orang dari Bagan Deli), serta adanya keenganan dan penolakan untuk melanjutkan penelitian pada tahap FGD (2 orang dari Bagan Deli), dan dengan alasan yang jelas (1 orang

dari Bagan Deli). Pada akhirnya peneliti melibatkan 11 partisipan sesuai dengan hasil skrining kuesioner *Strenght and Difficulties Questionnaire* (SDQ) dari Goodman, yaitu yang memiliki kondisi sangat rendah resiko kesehatan mental, atau sedikitnya hanya memiliki 1 komponen resiko kesehatan mental. Tabel Rekap Data Demografi Seluruh Partisipan Asal Lokasi 1

NO	Inisial	Usia	J K	Agama	Etnis	Pekerjaan Ayah	Pekerjaan Ibu	Status Pernikaha n orang tua	Kepemilik an rumah
1	KS-S	13	P	Kristen	Batak Toba	Tukang bangunan	Jualan	Menikah	keluarga
2	CT-S	13	P	Kristen	Batak Simalungun	Pengepul kardus bekas	IRT	Menikah	pr
3	LI-S	16	L	Kristen	Batak Mandailing	Satpam	ART	Menikah	sewa
4	IR-S	14	L	Kristen	Batak Toba	Antar catering	IRT/Kader lingkunga n	Menikah	sewa
5	CP-S	16	P	Kristen	Batak Toba	Satpam	Perawat RS	Menikah	sewa

Tabel Rekap Data Demografi Seluruh Partisipan Asal Lokasi 2

NO	Inisial	Usia	J K	Agama	Etnis	Pekerjaan Ayah	Pekerjaan Ibu	Status Pernikaha n orang tua	Kepemilik an rumah
1	GA-B	17	L	Kristen	Batak Toba	Nelayan	IRT	Menikah	sewa
2	AD-B	15	L	Islam	Jawa	Alm.	Pegawai Kantor di Malaysia	Menikah	keluarga
3	AF-B	17	L	Islam	Jawa	Nelayan	IRT	Menikah	pribadi
4	SA-B	16	P	Islam	Jawa	Pengeksp or ikan	Pengekspo r ikan	Bercerai	sewa
5	FD-B	14	L	Islam	Jawa	Nelayan	IRT	Menikah	pribadi
6	RS-B	13	L	Islam	Jawa	Nelayan	Jasa Eyelash Extension	Menikah	keluarga

Adapun gambaran hasil skrining SDQ dapat dilihat pada tabel berikut.

Rekap Skor SDQ dan NES Partisipan Asal Lokasi 1

NO	Inisial	Emotional Symptom	Peer Relationship Problems	Conduct Problems	Hiperactivity/ Inattention	Prosocial Behavior/ Strength	Difficulties	SDQ
1	KS-S	CA	SR	CA	CA	CA	CA	Sangat Rendah
2	CT-S	SR	H	CA	CA	CA	CA	Sangat Rendah
3	LI-S	CA	SR	H	CA	CA	CA	Sangat Rendah
4	IR-S	CA	VH	CA	CA	CA	CA	Sangat Rendah
5	CP-S	SR	H	SR	SR	CA	CA	Agak Rendah

Rekap Skor SDQ dan NES Partisipan Asal Lokasi 2

NO	Inisial	Emotional Symptom	Peer Relationship Problems	Conduct Problems	Hiperactivity/ Inattention	Prosocial Behavior/ Strength	Difficulties	SDQ
1	GA-B	CA	SR	SR	CA	CA	CA	Sangat Rendah
2	AL-B	CA	CA	CA	CA	CA	CA	Sangat Rendah
3	AF-B	CA	SR	CA	CA	CA	CA	Sangat Rendah
4	SA-B	H	SR	CA	CA	CA	SR	Rendah
5	FD-B	CA	CA	H	CA	CA	SR	Rendah
6	RS-B	CA	CA	H	CA	CA	SR	Rendah

Keterangan: CA = *Close Average*; SR = *Slightly Raise*; H = *High*; VH = *Very High*

Seperti terlihat pada tabel hasil skrining, dimensi resiko yang tinggi atau sangat tinggi pada hubungan dengan teman sebaya (CT-S, IR-S, dan CP-S), emosional (SA-B), dan perilaku (LI-S, FD-B, dan RS-B). Berikut gambaran umum tiap partisipan.

2. Partisipan 1: KS-S

KS adalah anak pertama dari tiga bersaudara. Orang tua KS berjualan sayuran di pasar. KS tinggal dengan neneknya (orang tua dari ibunya), beserta keluarga adek ibunya. KS bersekolah di SMPN 1 dekat dengan tempat tinggalnya. Setiap harinya KS beserta sepupunya yang berusia sama dengan KS membantu mengerjakan pekerjaan rumah dan menjaga nenek mereka yang sudah tua dan sakit-sakitan. Saat mengunjungi rumah KS, terlihat ayah dan opung perempuan KS sedang memilah cabai. Ibunya sedang tidak di rumah karena berjualan cabai, dan sayuran di pasar Sikambing. Pada awalnya ayah KS menolak untuk terlibat dalam penelitian ini, namun saat itu opung KS mendengar dan meminta agar peneliti kembali datang saat ibu KS sudah di rumah. Akhirnya, setelah berkomunikasi dengan ibu KS diberikan izin untuk terlibat dalam penelitian ini.

Berdasarkan hasil SDQ, KS memiliki skor resiko dalam kategori sangat rendah pada seluruh aspek. Berdasarkan hasil NES, KS juga mempersepsi *neighborhood environment* cenderung positif meskipun kurang aman dan cenderung tinggi dalam permasalahan lingkungan.

Saat wawancara KS datang tepat waktu sesuai dengan kesepakatan, pukul 15.30 WIB. Wawancara dilakukan di salah satu warung santai yang ada di lingkungan 9 dekat dengan tempat tinggal. KS duduk di depan, berhadapan dengan peneliti, dengan tangan di atas meja. Terlihat KS mengenakan kaos berwarna putih dan luaran dress berwarna merah kerah V dan panjang sebawah lutut. Saat

wawancara sesekali KS membutuhkan waktu untuk berpikir atau mengingat sesuatu, sebelum menjawab. Sesekali KS dijeda oleh temannya yang duduk di meja sebelahnya. Namun KS dapat kembali melanjutkan jawaban atas pertanyaan yang diajukan padanya.

3. Partisipan 1: CT-S

CT adalah anak ke 1 dari 3 bersaudara. Ayah CT pengepul barang bekas seperti kardus, kertas, botol plastik, dsb; sedangkan ibu CT adalah ibu rumah tangga yang juga adalah salah satu kader posyandu balita lingkungan 9 Medan Sunggal sejak tahun 2022 (2 tahun yang lalu). CT tinggal bersama keluarganya di rumah berbahan batu yang selesai dibangun pada tahun 2022 yang lalu.

Berdasarkan hasil SDQ, potensi masalah kesehatan mental CT termasuk sangat rendah. Aspek yang berkontribusi sebagai potensi masalah kesehatan mental CT adalah pada aspek *peer relationship problem* yang terkategori tinggi. CT mempersepsikan lingkungan sekitar tempat tinggalnya cukup aman, namun tinggi akan kekerasan, gangguan sosial, gangguan fisik maupun gangguan lainnya. CT mempersepsikan lingkungan sekitarnya telah menyediakan layanan publik, namun masih kurang dalam kualitas keindahan dan WE. Wawancara dengan CT dilakukan di rumahnya.

Pada saat wawancara terlihat CT membutuhkan waktu untuk menjawab pertanyaan. CT juga cenderung memberikan jawaban singkat, sehingga membutuhkan lebih banyak probing untuk mendapatkan

pemahaman akan pernyataan CT. Pada saat wawancara, ibu CT menyediakan kue tradisional di atas sebuah piring kecil kepada peneliti.

4. Partisipan 3: LI-S

LI yang berusia ...tahun adalah anak ke 1 dari 2 bersaudara. Adik perempuan berjarak usia cukup jauh, saat ini berusia ...tahun. LI duduk di kelas 1 SMA, lulus melalui jalur ... di SMAN 15 yang berjarak ..meter dari tempat tinggalnya. LI tinggal bersama orang tuanya di rumah sewa berbahan batu. Ayah LI bekerja sebagai ... sedangkan ibunya bekerja sebagai pembantu rumah tangga di rumah yang berjarak sekitar 500 meter dari tempat tinggal mereka.

Berdasarkan hasil SDQ, potensi masalah kesehatan mental LI termasuk sangat rendah. Potensi masalah kesehatan mental LI adalah pada aspek *conduct disorder* dengan kategori tinggi. LI mempersepsikan lingkungan sekitar tempat tinggalnya rendah dalam kohesi sosial, dan partisipasi bertetangga. LI dapat memanfaatkan aktivitas berjalan di sekitarnya, memandang lingkungannya menyediakan layanan publik dan estetis, aman, dan rendah dalam kekerasan, dan gangguan lainnya.

Atas permintaan LI, wawancara dilakukan di salah satu lobi restoran yang dekat tempat tinggalnya. LI dapat memberikan jawaban secara lengkap dengan jelas dan mimik yang ceria. Pada saat membicarakan ibu dan ayahnya, mata LI terlihat berkaca-kaca dengan

nada suara yang lebih rendah. Pada saat wawancara, IRM duduk menemani sekitar 3 meter membelakangi LI.

5. Partisipan 4: IR-S

IR adalah anak ke 3 dan memiliki 2 saudara laki-laki yang keduanya sudah tamat SMA, 1 orang bekerja di ... Ayah IR seorang *sintua*, pelayan di gereja dan kesehariannya bekerja sebagai..., sedangkan ibunya bekerja sebagai ibu rumah tangga yang juga adalah kader PKK di lingkungan 9 Medan Sunggal sudah ...tahun.

Berdasarkan hasil SDQ, potensi masalah kesehatan mental IR termasuk sangat rendah. Potensi masalah kesehatan mental IR adalah pada aspek *peer relationship problems* dengan kategori tinggi. IR mempersepsikan lingkungan sekitar tempat tinggalnya rendah dalam layanan publik, partisipasi bertetangga dan WE, meskipun menurutnya tinggi dalam kohesi sosial. IR mempersepsikan lingkungannya tinggi dalam kekerasan, gangguan sosial, fisik dan permasalahan lingkungan sekitar. Wawancara IRM dilakukan pada hari dan tempat yang sama dengan LI.

Saat wawancara dimulai telah menunjukkan pukul 16.10 WIB. Pada 40 menit pertama wawancara, LI duduk menemani sekitar 3 meter membelakangi LI. Selanjutnya wawancara dilakukan sambil berjalan menuju lahan kosong tempat mereka bermain bola setiap sore bersama teman-temannya.

6. Partisipan 5: CP-S

CP adalah anak ketiga dari empat bersaudara. Saat ini CP duduk di kelas 1 SMA di SMAN 15, yang juga 1 lingkungan dengan tempat tinggalnya. Ayahnya bekerja sebagai pengantar makanan, sedangkan ibunya bekerja sebagai perawat di RS..

Berdasarkan hasil SDQ, potensi masalah kesehatan mental CP tergolong Agak Rendah. Adapun potensi masalah kesehatan mental AF terletak pada aspek *Peer Relationship Problems* yang berada pada kategori Tinggi serta *Emotional Symptoms*, *Conduct Problems*, dan *Hyperactivity* berada pada kategori Cenderung Meningkat. Persepsi CP terhadap lingkungan sekitar tergolong tinggi dalam kualitas estetik, lingkungan berjalan kaki, keamanan, kekerasan, kohesi sosial, partisipasi lingkungan, dan masalah sosial lingkungan. Sementara itu, menurut CP pelayanan publik, masalah fisik lingkungan, dan masalah lingkungan tergolong rendah.

CP memiliki suara cenderung parau, namun terlihat dia selalu berusaha berbicara dengan suara yang pelan. Saat wawancara, CP terlihat mengenakan kaos hitam dengan leher V dan cardigan berwarna coklat. Saat di wawancara sesekali CP terlihat menjawab dengan singkat, sehingga seringkali membutuhkan probing agar CP dapat menjelaskan jawabannya.

7. Partisipan 5: GA-B

GA adalah anak bungsu di keluarganya. GA tinggal bersama kedua orang tuanya serta saudara-saudaranya. Ayah GA bekerja sebagai nelayan, sementara itu, ibunya adalah ibu rumah tangga. Saat ini usia GA adalah 17

tahun dan sudah berada di tingkat akhir masa sekolahnya. GA memiliki hobi yang berhubungan dengan motor. GA sudah tinggal di lingkungan rumahnya selama 14 tahun.

Berdasarkan hasil SDQ, potensi masalah kesehatan mental GA termasuk sangat rendah. GA tidak memiliki potensi masalah kesehatan mental yang spesifik. Namun persepsi GA terhadap lingkungan sekitar rendah dalam banyak hal seperti layanan publik, kualitas estetik, untuk dan kohesi sosial. Meskipun menurutnya kekerasan gangguan fisik dan permasalahan lingkungan sekitar tempat tinggal termasuk tinggi. Meskipun lingkungan sekitar dinilai tidak estetik, namun GA mempersepsikan lingkungannya aman, kohesif, dan partisipatif bertetangga yang tinggi.

Atas permintaan GA, wawancara dilakukan di rumahnya. Pada saat wawancara sesekali kakak GA yang duduk di teras, masuk ke dalam rumah dan melalui ruang tamu, tempat wawancara berlangsung. Selama wawancara GA responsif atas pertanyaan yang diajukan, terlihat dari beberapa kali GA menanyakan ulang arti pertanyaan yang diberikan. GA juga terlihat cukup ekspresif, dengan sesekali tersenyum saat membicarakan teman-temannya.

8. Partisipan 7: AL-B

AD adalah seorang anak laki-laki berusia 15 tahun. Di usianya tersebut, AD sudah tidak bersekolah lagi, ia memilih untuk putus sekolah setelah menyelesaikan tingkat SMPnya. AD hanya memiliki seorang ibu

yang bekerja sebagai pegawai kantor di Malaysia, sementara itu ayah AD telah meninggal dunia. AD sudah tinggal di lingkungan tempat tinggalnya sejak ia lahir hingga saat ini.

Berdasarkan hasil SDQ, potensi masalah kesehatan mental AD tergolong Sangat Rendah. AD tidak memiliki potensi masalah kesehatan yang spesifik. Persepsi AD terhadap lingkungan sekitar tergolong tinggi dalam kekerasan, sosial kohesi, partisipasi bertetangga, gejala sosial, dan masalah lingkungan. Sementara itu, menurut AD layanan publik, kualitas estetika, tempat berjalan kaki, keamanan, dan gejala fisik masih tergolong rendah.

Wawancara dilakukan di warung depan rumah kepala lingkungan (kepling). Lokasi ini dipilih oleh AD atas permintaannya sendiri, karena pada saat itu peneliti menanyakan, peneliti sedang berada di rumah kepling. Selama wawancara AD sangat bersemangat terlihat dari gerakan tangan, senyuman, dan fokusnya dalam menjawab pertanyaan, memberi penjelasan tambahan sehingga peneliti tidak perlu melakukan terlalu banyak probing.

9. Partisipan 8.: AF-B

AF adalah seorang anak laki-laki berusia 17 tahun. AF duduk di bangku kelas 2 SMA. AF tinggal bersama kedua orang tuanya, ayahnya bekerja sebagai nelayan sementara ibunya adalah seorang ibu rumah tangga.

AF sudah tinggal di lingkungan tempat tinggalnya sejak ia lahir hingga sekarang.

Berdasarkan hasil SDQ, potensi masalah kesehatan mental AF tergolong Sangat Rendah. Adapun potensi masalah kesehatan mental AF terletak pada aspek *Peer Relationship Problems* yang berada pada kategori Cenderung Meningkat. Persepsi AF terhadap lingkungan sekitar tergolong tinggi dalam layanan publik, kualitas estetik, lingkungan berjalan kaki, kekerasan, kohesi sosial, dan partisipasi lingkungan. Sementara itu, menurut JU keamanan, gejala fisik, sosial, dan masalah lingkungan tergolong rendah.

Wawancara dilakukan di sebuah ruang tamu yang cukup sempit yang menyatu dengan warung. Di ruangan tersebut, terdapat kursi sofa yang dirapatkan ke dinding dan lantai yang beralaskan karpet. Di bagian depan terpajang steling kaca berisi berbagai macam barang jualan. Di sekeliling, tergantung beberapa barang jualan. AF datang memasuki ruangan dengan menggunakan baju jersey hitam dan celana jeans biru. Tinggi badannya sekitar 165 cm dengan warna kulit gelap, rambut cukup panjang dengan warna coklat. Peneliti dan AF duduk bersila dan saling berhadap-hadapan.

10. Partisipan 9: FD-B

FD adalah seorang anak laki-laki berusia 14 tahun, ia adalah remaja yang duduk di kelas 2 SMP. FD tinggal bersama kedua orang tuanya, ayahnya adalah seorang nelayan sementara ibunya adalah Ibu Rumah

Tangga. FD sudah tinggal di lingkungan tempat tinggalnya sejak ia lahir hingga sekarang.

Berdasarkan hasil SDQ, potensi masalah kesehatan mental FD tergolong Rendah. Potensi masalah kesehatan mental FD adalah pada aspek skor *Conduct Problems* yang berada pada kategori Tinggi. Hal tersebut bermakna bahwa terdapat potensi masalah perilaku seperti perilaku mengamuk, marah, berkelahi yang Tinggi pada FD. Persepsi FD terhadap lingkungan sekitar tergolong tinggi dalam keamanan, kekerasan, gangguan fisik, sosial, serta masalah lingkungan. Meskipun demikian, menurut FD layanan publik, kualitas estetika, tempat berjalan kaki, kohesi sosial dan partisipasi bertetangga masih tergolong rendah.

Wawancara dilakukan satu minggu setelah rapport yaitu pada hari Sabtu, 5 April siang hari di sebuah ruang tamu yang cukup sempit yang menyatu dengan warung. Di ruangan tersebut, terdapat kursi sofa yang dirapatkan ke dinding dan lantai yang beralaskan karpet. Di ruangan tersebut, terdapat kursi sofa yang dirapatkan ke dinding dan lantai yang beralaskan karpet. Di bagian depan terdapat steling kaca berisi berbagai macam barang jualan. Di sekeliling, tergantung beberapa barang jualan. FJDDatang memasuki ruangan dengan menggunakan baju kaos dan celana pendek. Tubuhnya tinggi sekitar 165 cm, dengan warna kulit gelap, rambut pendek. Peneliti dan FD duduk bersila dan saling berhadap-hadapan.

11. Partisipan 10: RS-B

RSY adalah seorang anak laki-laki berusia 13 tahun yang duduk di kelas 1 SMP. RS tinggal bersama kedua orang tuanya, ayahnya adalah seorang nelayan sementara ibunya membuka jasa eyelash extension di rumahnya. RS sudah tinggal di lingkungan tempat tinggalnya sejak ia lahir hingga sekarang.

Berdasarkan hasil SDQ, potensi masalah kesehatan mental RS tergolong Rendah. Potensi masalah kesehatan mental RS adalah pada aspek skor *Conduct Problems* yang berada pada kategori Tinggi. Hal tersebut bermakna bahwa terdapat potensi masalah perilaku seperti perilaku mengamuk, marah, berkelahi yang Tinggi pada RSY. Persepsi RS terhadap lingkungan sekitar tergolong tinggi dalam tempat berjalan kaki, kekerasan, gangguan fisik, sosial, serta masalah lingkungan. Meskipun demikian, menurut RS layanan publik, keamanan, kualitas estetika, kohesi sosial dan partisipasi bertetangga masih tergolong rendah.

Wawancara dilakukan satu minggu setelah rapport yaitu pada hari Sabtu, 5 April siang hari di sebuah ruang tamu yang cukup sempit yang menyatu dengan warung. Di ruangan tersebut, terdapat kursi sofa yang dirapatkan ke dinding dan lantai yang beralaskan karpet. Di bagian depan terdapat steling kaca berisi berbagai macam barang jualan. Di sekeliling, tergantung beberapa barang jualan. RS datang memasuki ruangan dengan menggunakan baju kaos dan celana pendek. Tubuhnya tidak terlalu tinggi sekitar 150 cm, dengan warna kulit gelap, rambut pendek. Peneliti dan RS duduk bersila dan saling berhadapan-hadapan.

12. Partisipan 11: SA-B

SA adalah seorang anak perempuan berusia 16 tahun. Di usianya yang masih remaja, SA memilih untuk tidak bersekolah lagi, ia hanya menyelesaikan tahap SMPnya dan tidak melanjutkan ke tingkat SMA. SA termasuk anak yang ceria dan memiliki banyak teman. Ia memiliki kelompok pertemanan yang sering menghabiskan waktu dengannya setiap hari. Walaupun demikian, SA adalah anak broken home di mana kedua orang tuanya sudah bercerai, dan ia tinggal bersama ibunya yang bekerja sebagai pengeksport ikan. SA adalah anak kedua dari dua bersaudara, ia memiliki seorang abang, yang saat ini sedang berada di dalam penjara.

Berdasarkan hasil SDQ, potensi masalah kesehatan mental SA tergolong Rendah. Potensi masalah kesehatan mental SA adalah pada aspek skor *Emotional Symptoms* yang berada pada kategori Tinggi serta *Peer Relationship Problems* yang berada pada kategori Cenderung Meningkat. Persepsi SA terhadap lingkungan sekitar tergolong tinggi dalam layanan publik, kualitas estetika, kohesi sosial, partisipasi bertetangga, dan gejala fisik. Meskipun demikian, menurut SA tempat berjalan kaki, keamanan, kekerasan, gejala sosial, dan masalah lingkungan tergolong rendah.

Wawancara dilakukan di sebuah warung makan, dengan ada 2 meja besar di dalamnya. SA mendatangi warung bersama peneliti dan 3 temannya. SA duduk terpisah bersama dengan teman-temannya. SA menggunakan kaos berwarna putih, celana panjang berwarna coklat. SA memiliki rambut panjang yang dikuncir, tinggi sekitar 155 cm, kulit sawo

matang. SA terlihat bersemangat menunggu gilirannya untuk melakukan wawancara. SA menjawab pertanyaan peneliti dengan antusias dan semangat. Di awal wawancara, peneliti menawarkan SA untuk memesan makan siang dan ia menyebutkannya. Di tengah wawancara, makanan yang dipesan datang dan SA melakukan wawancara sambil makan siang. Sese kali di tengah wawancara, SA menanggapi interupsi dari teman-temannya.

4.2 Hasil Utama Penelitian dan Pembahasan

4.2.1. Gambaran Kesehatan Mental Partisipan

4.2.2. Gambaran Karakteristik *Disadvantage* Lingkungan Sekitar Tempat Tinggal Partisipan

Hasil per partisipan

Rekap seluruh partisipan (dengan Kolase)

Pembahasan secara keseluruhan

4.2.3. Faktor Lingkungan Sekitar Tempat Tinggal Partisipan yang Berdampak Pada Kesehatan Mental Partisipan

Hasil per partisipan

Rekap seluruh partisipan (dengan Kolase)

Pembahasan secara keseluruhan

4.2.4. Alasan Faktor Lingkungan Sekitar Tempat Tinggal Partisipan yang Berdampak Pada Kesehatan Mental Partisipan

Hasil per partisipan

Rekap seluruh partisipan (dengan Kolase)

Pembahasan secara keseluruhan

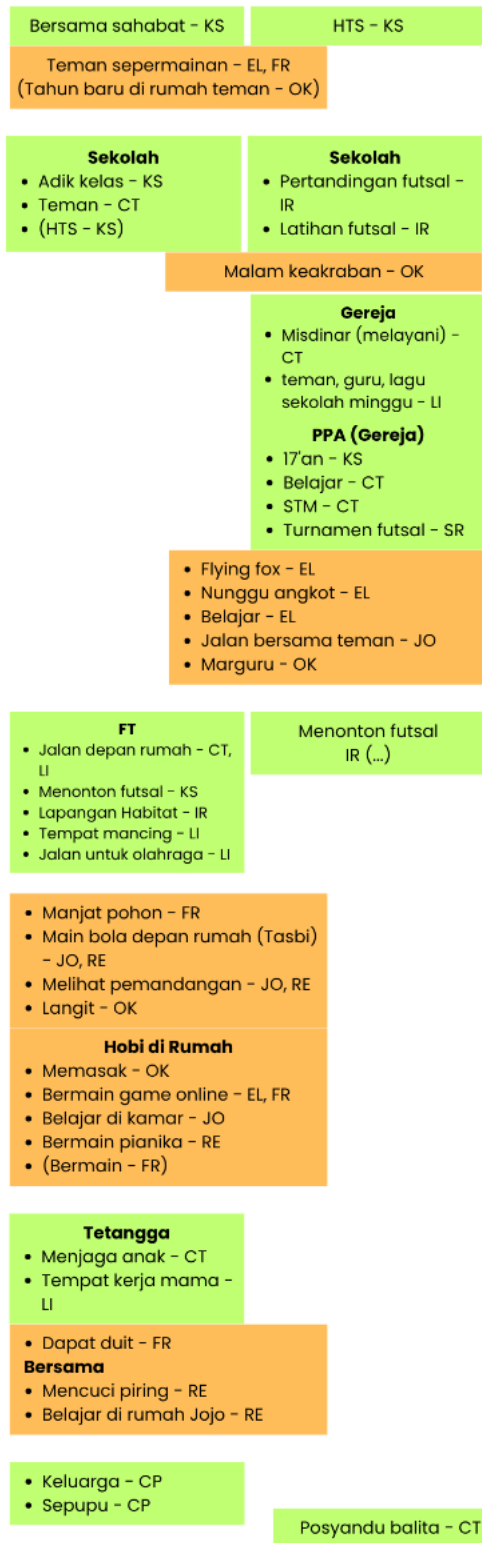
4.2.5. Mekanisme Faktor Lingkungan Sekitar Tempat Tinggal Partisipan yang Berdampak Pada Kesehatan Mental Partisipan

Hasil per partisipan

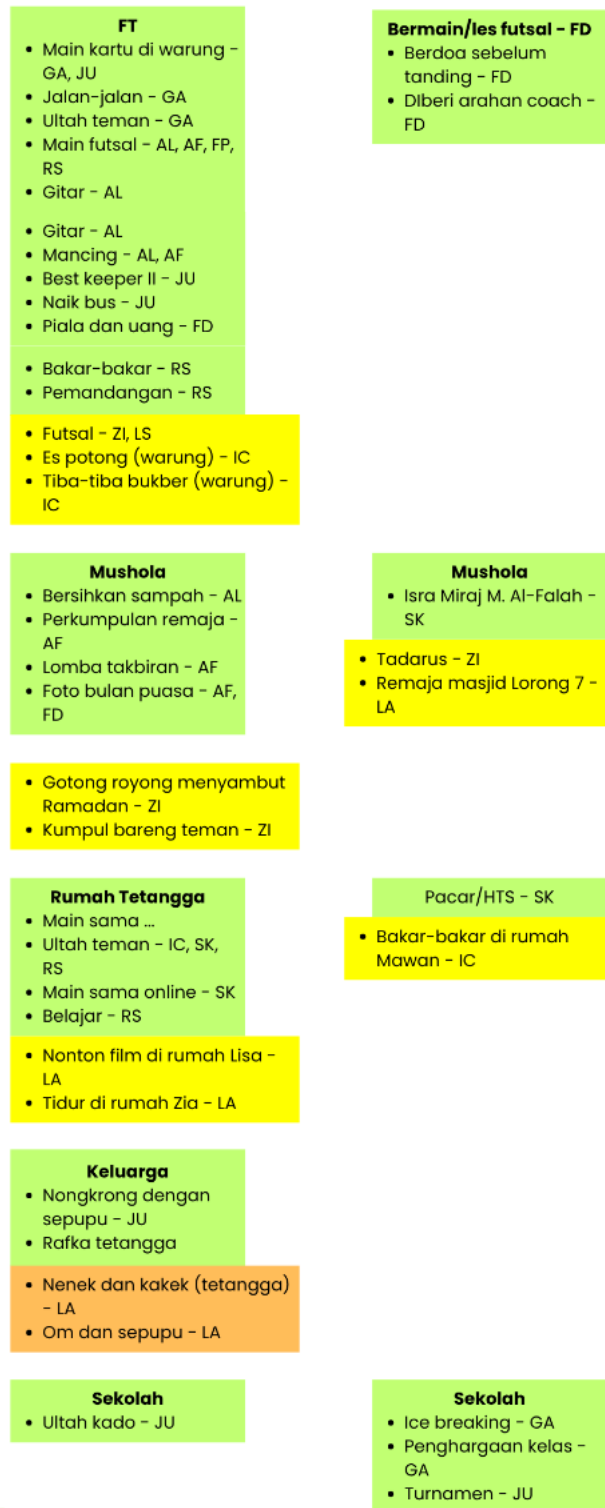
Rekap seluruh partisipan

Pembahasan secara keseluruhan

Lokasi 1



Lokasi 2



Gambar Judul Foto Seluruh Partisipan

Lokasi 1

Lokasi 2



Gambar ...Tema Faktor Lingkungan dan Dampak Pada Kesehatan Mental Seluruh Partisipan

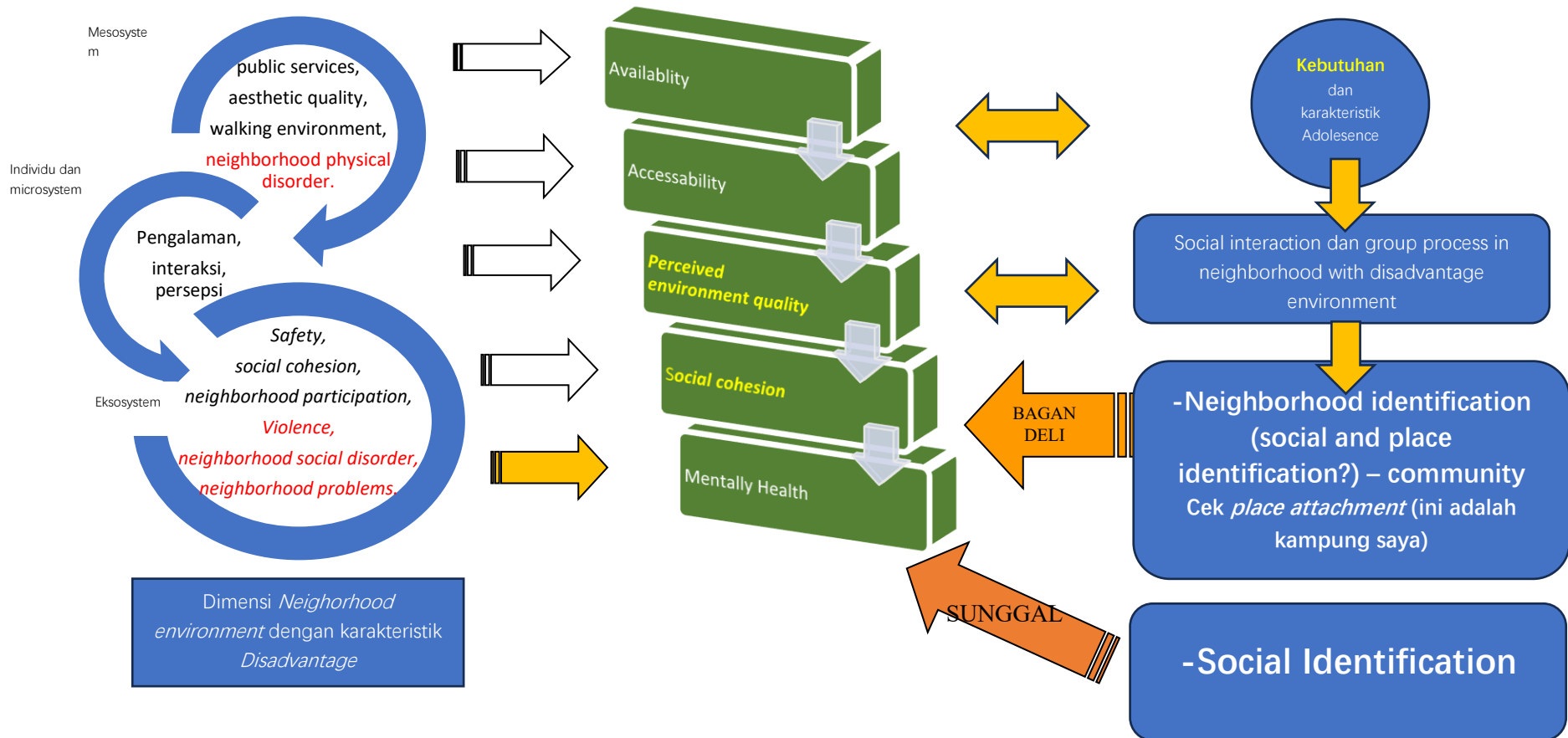
Ik1

KM	F1	M 1	M 2	M 3	M 4	F2	M 1	M 2	M 3	M 4	F3	M 1	M 2	M 3	M 4	F4	M 1	M 2	M 3	M 4	F5	M 1	M 2	M 3	M 4	
KS-S	Si dia (SMPN 1)	✓	✓			Bersama sahabat (rumah HN)	✓	✓	✓	✓	Adik kelas yang baik	✓	✓	✓	✓	17-an di PPA	✓	✓	✓	✓	Menonton Futsal di L-9 dan di PPA			✓	✓	✓
CT-S	Foto bareng kawan (Sekolah X)		✓			Kegiatan (belajar) PPA	✓	✓	✓		Kegiatan STM (rumah tetangga)	✓	✓	✓		Kader dan pengukuran balita (posyandu)	✓	✓	✓	✓	Lingkungan sekitar (jalan depan rumah)			✓	✓	
LI-S	Tempat kerja mama	✓	✓		✓	Jalan mau ke gereja, dan tempat bermain bola sejak kecil yang sudah hilang			✓	✓	Halaman rumah			✓	✓	Tempat mancing belut dan mancing ikan	✓	✓	✓	✓	Jalan untuk olahraga jogging	✓	✓	✓		
IR-S	Latihan futsal di sekolah	✓	✓	✓		Turnamen futsal di PPA	✓	✓	✓	✓	Pertandingan futsal di sekolah	✓	✓	✓		Menonton pertandingan futsal piala	✓	✓	✓		Tempat main bola setiap hari	✓	✓	✓		

	(SMPN 1)										Gubernur (GOR Pancing)				(depan Habitat)													
CP_S	Ibadah di gereja	✓	✓								Dilantik menjadi Misdinan (gereja)	✓	✓	✓	Menjaga anak	✓	✓	✓	✓									
GA-B	Acara ulang tahun kawan	✓	✓	✓	✓						Penghargaan kelas (SMAN-20)		✓	✓	Jalan-jalan bersama kawan		✓	✓	✓									
AL-B	Bermain bola futsal	✓	✓	✓	✓						Mancing bersama teman	✓	✓	✓	Membersihkan sampah		✓	✓	Bermain game online	✓	✓	✓	✓					
AF-B	Memancing bersama teman	✓	✓	✓	✓						Juara lomba takbiran Iir.7 Lingkungan 3	✓	✓	✓	✓	Foto bulan puasa (sama dengan Fadhil)				Main futsal bersama teman	✓	✓	✓					
SA-B	Ulang tahun Icha, sahabat	✓	✓	✓	✓						Main bareng teman	✓	✓	✓	Isra Miraj Mesjid Al Fa'lah	✓	✓	✓	✓	Rafka adik sepupu (tetangga)	✓	✓	✓	Foto bareng Jaya (HTS)	✓	✓	✓	

	(rumah tetangga)				virtual (rumah/ rumah teman)													
FD -B	Bermain futsal	✓	✓	✓	✓	Piala dan uang (pertandingan di..X)	✓	✓	Sedang berdoa	✓	✓	Foto bareng kawan di bulan puasa	✓	✓	Diberi arahan oleh coach	✓	✓	✓
RS_B	Futsal lingkungan 3	✓	✓	✓	Ultah teman	✓	✓	Belajar	✓	✓	✓	Bakar-bakar	✓	Pemandangan	✓			

Mekanisme Dampak Faktor Lingkungan Sekitar (Neighborhood Environment) bagi Sehat Mental Remaja di 2 Lokasi:



Referensi

- Agustini, Grashinta, A., Putra, S., Sukarman, Guampe, F. A., Akbar, J. S., Lubis, M. A., Maryati, I., Ririnisahawaitun, Mesra, R., Sari, M. N., Tuerah, P. R., Rahmadhani, M. V., & Rulangi, R. (2023). *Metode Penelitian Kualitatif: Teori dan panduan praktis analisis data kualitatif*.
- Arcaya, M., Tucker-Seeley, R., Kim, R., Schnake-Mahl, A., So, M., & Subramanian, S. (2016). Research on Neighborhood Effects on Health in the United States: A Systematic Review of Study Characteristics. *Social Science & Medicine*, *168*, 16–29. <https://doi.org/10.1177/0022146515594631.Marriage>
- Badan Pusat Statistik. (2015). Statistik Indonesia 2015. In *Badan Pusat Statistik*.
- Benninger, E., Schmidt-Sane, M., & Spilsbury, J. C. (2021a). Conceptualizing Social Determinants of Neighborhood Health through a Youth Lens. *Child Indicators Research*, *14*(6), 2393–2416. <https://doi.org/10.1007/s12187-021-09849-6>
- Benninger, E., Schmidt-Sane, M., & Spilsbury, J. C. (2021b). Conceptualizing Social Determinants of Neighborhood Health through a Youth Lens. *Child Indicators Research*, *14*(6), 2393–2416. <https://doi.org/10.1007/s12187-021-09849-6>
- Boardman, J. D. (2005). Neighborhoods and Adolescent Development. *Children, Youth and Environments*.
- Boardman, J. D., & Onge, J. M. Saint. (2005). Neighborhoods and Adolescent Development. *Children, Youth and Environments*, *1*(15), 138–164. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624763/pdf/nihms412728.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). Menggunakan analisis tematik dalam psikologi. *Penelitian Kualitatif Dalam Psikologi*, *3*(2), 77–101.
- Broadbent, E., Gougoulis, J., Lui, N., Pota, V., & Simons, J. (2017). *Generation Z: Global citizenship survey: The Varkey Foundation*. <https://www.varkeyfoundation.org/media/4487/global-young-people-report-single-pages-new.pdf>
- Brussoni, M., Lin, Y., Han, C., Janssen, I., Schuurman, N., Boyes, R., Swanlund, D., & Mâsse, L. C. (2020). A qualitative investigation of unsupervised outdoor activities for 10- to 13- year-old children : “ I like adventuring but I don ’ t like adventuring without being careful .” *Journal of Environmental Psychology*, *70*(June), 101460. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2020.101460>
- Buttazzoni, A., Dean, J., & Minaker, L. (2022). Urban design and adolescent

- mental health: A qualitative examination of adolescent emotional responses to pedestrian- and transit-oriented design and cognitive architecture concepts. *Health and Place*, 76(January), 102825. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102825>
- Capous-Desyllas, M., & Bromfield, N. F. (2018). Using an arts-informed eclectic approach to photovoice data analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1), 1–14. <https://doi.org/10.1177/1609406917752189>
- Carpenter, J. (2022). Picture This: Exploring Photovoice as a Method to Understand Lived Experiences in Marginal Neighbourhoods. *Urban Planning*, 7(3), 351–362. <https://doi.org/10.17645/UP.V7I3.5451>
- Chen, W., Zaid, S. M., & Nazarali, N. (2016). Environmental psychology: The urban built environment impact on human mental health. *Planning Malaysia*, 5, 23–38. <https://doi.org/10.21837/pmjournal.v14.i5.190>
- Choi, J. K., Teshome, T., & Smith, J. (2021). Neighborhood disadvantage, childhood adversity, bullying victimization, and adolescent depression: A multiple mediational analysis. *Journal of Affective Disorders*, 279, 554–562. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.041>
- Conde, D. R. G. (1994). *Pinto at Loob : Kapitbahay concepts in exclusive and non-exclusive residential communities. 1985.*
- Coulton, C. (2012). Defining Neighborhoods for Research and Policy. *Cityscape*, 14(2), 231–236.
- Coulton, C. J., Jennings, M. Z., & Chan, T. (2013). How Big is My Neighborhood? Individual and Contextual Effects on Perceptions of Neighborhood Scale. *American Journal of Community Psychology*, 51(1–2), 140–150. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9550-6>
- Dolot, A. (2018). New trends in management The Characteristics of Generation Z. *E-Mentor*, 2(2), 44–50.
- Donald, I. (2022a). *Environmental and Architectural Psychology: the basics.* Routledge Taylor & Francis Group. www.routledge.com/The-Basics/book-series/B
- Donald, I. (2022b). *Environmental and Architectural Psychology: the basics.* In Routledge. Routledge Taylor & Francis Group.
- Dzhambov, A. M., Lercher, P., Browning, M. H. E. M., Stoyanov, D., Petrova, N., Novakov, S., & Dimitrova, D. D. (2020). Does Greenery Experienced Indoors and Outdoors Provide An Escape and Support Mental Health during the COVID-19 Quarantine? *Environmental Research*, 196(November 2020), 110420. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110420>

- Echeverria, S. E., Diez-Roux, A. V., & Link, B. G. (2004). Reliability of self-reported neighborhood characteristics. *Journal of Urban Health, 81*(4), 682–701. <https://doi.org/10.1093/jurban/jth151>
- Elliott, D. S., Wilson, W. J., Huizinga, D., Sampson, R. J., Elliott, A., & Rankin, B. (1996). The effects of neighborhood disadvantage on adolescent development. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 33*(4), 389–426. <https://doi.org/10.1177/0022427896033004002>
- Erfani, G. (2021). Visualising urban redevelopment: Photovoice as a narrative research method for investigating redevelopment processes and outcomes. *Geoforum, 126*(March), 80–90. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2021.07.021>
- Evans, B. E., Huizink, A. C., Greaves-Lord, K., Tulen, J. H. M., Roelofs, K., & van der Ende, J. (2020). Urbanicity, biological stress system functioning and mental health in adolescents. *PLoS ONE, 15*(3), 1–24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228659>
- Evans, S. D. (2007). Youth sense of community: Voice and power in community contexts. *Journal of Community Psychology, 35*(6), 693–709. <https://doi.org/10.1002/jcop.20173>
- Ferschmann, L., Bos, M. G. N., Herting, M. M., Mills, K. L., & Tamnes, C. K. (2022). Contextualizing adolescent structural brain development: Environmental determinants and mental health outcomes. *Current Opinion in Psychology, 44*, 170–176. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.09.014>
- firti irlinkasari. (2021). *Qualitative Evaluation of Child-Friendly Public Places in the Indosian Urban Poverty Context*. 1–318.
- Ford, K., & Campbell, S. (2018). Being participatory through photo-based images. In *Being Participatory: Researching with Children and Young People: Co-constructing Knowledge Using Creative Techniques* (pp. 127–146). https://doi.org/10.1007/978-3-319-71228-4_7
- Friche, A. A. D. L., Diez-Roux, A. V., César, C. C., Xavier, C. C., Proietti, F. A., & Caiaffa, W. T. (2013). Assessing the psychometric and ecometric properties of neighborhood scales in developing countries: Saúde em Beagá study, Belo Horizonte, Brazil, 2008–2009. *Journal of Urban Health, 90*(2), 246–261. <https://doi.org/10.1007/s11524-012-9737-z>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry, 14*(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Galster, G. C. (2012). The Mechanism(s) of Neighborhood Effect: Theory,

- Evidence, and Policy Implication. In Maarten van Ham, D. Manley, N. B. L. Simpson, & D. Maclennan (Eds.), *Neighborhood Effects Research: New perspectives* (pp. 23–56). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-2309-2>
- Gómez-Varo, I., Delclòs-Alió, X., Miralles-Guasch, C., & Marquet, O. (2023). Youth Perception of Urban Vitality: A PhotoVoice Study on the Everyday Experiences of Public Space. *Journal of Planning Education and Research*. <https://doi.org/10.1177/0739456X231171098>
- Goodman, R. (2017). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Defining and Classifying Children in Need*, 183–187. <https://doi.org/10.4324/9781315258324-21>
- Gracia, E. (2014). Neighborhood Disorder. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, 4325–4328. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2751
- Greenwood, A., & Gatersleben, B. (2016). *Lets go outside txt revised final*. 1–28.
- Ham, M. Van, & Manley, D. (2012). Neighbourhood effects research at a crossroads. Ten challenges for future research Introduction. *Environment and Planning A*, 44(12), 2787–2793. <https://doi.org/10.1068/a45439>
- Harper, K. (2009). *Across the Bridge : Using PhotoVoice to Study Environment and Health in a Romani Community*. June.
- Hartig, T., Pahl, S., & Bonaiuto, M. (2024). On the importance of qualitative research in environmental psychology – response to Ratcliffe et al. (2024). *Journal of Environmental Psychology*, 96(April). <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2024.102316>
- Hartley, K., Perazzo, J., Brokamp, C., Lee, G., Cecil, K. M., Lemasters, G., Yolton, K., & Ryan, P. (2021). Residential surrounding greenness and self-reported symptoms of anxiety and depression in adolescents. 194(September 2020).
- Haryadi, & Setiawan, B. (2020). *Arsitektur, Lingkungan, dan Perilaku: Pengantar ke teori metodologi dan aplikasi*. Gajah Mada University Press.
- Haslam, S. A., Fong, P., Haslam, C., & Cruwys, T. (2023). Connecting to Community: A Social Identity Approach to Neighborhood Mental Health. *Personality and Social Psychology Review*. <https://doi.org/10.1177/10888683231216136>
- Haslam, S. A., Haslam, C., Cruwys, T., Sharman, L. S., Hayes, S., Walter, Z., Jetten, J., Steffens, N. K., Cardona, M., La Rue, C. J., McNamara, N., Këllezi, B., Wakefield, J. R. H., Stevenson, C., Bowe, M., McEvoy, P.,

- Robertson, A. M., Tarrant, M., & Dingle, G. (2024). Tackling loneliness together: A three-tier social identity framework for social prescribing. *Group Processes & Intergroup Relations*.
<https://doi.org/10.1177/13684302241242434>
- Hickman, P. (2013). “Third places” and social interaction in deprived neighbourhoods in Great Britain. *Journal of Housing and the Built Environment*, 28(2), 221–236. <http://shura.shu.ac.uk/5735>
- Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2014). *Social Psychology* (Seventh Ed). Pearson.
- Iskandar, Z. (2013). *Psikologi Lingkungan: metode dan aplikasi*. Refika Aditama.
- Jackson, S. B., Stevenson, K. T., Larson, L. R., Peterson, M. N., & Seekamp, E. (2021). Outdoor activity participation improves adolescents’ mental health and well-being during the covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1–19.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18052506>
- Jencks, C., & Mayer, S. E. (1990). The Social Consequences of Growing Up in a Poor Neighborhood. In *Inner-City Poverty in The United States* (pp. 111–186). <https://nap.nationalacademies.org/download/1539>
- Jenkins, J. H., Sanchez, G., & Lidia Olivas-Hernández, O. (2020). Loneliness, adolescence, and global mental health: Soledad and structural violence in Mexico. *Transcultural Psychiatry*, 57(5), 673–687.
<https://doi.org/10.1177/1363461519880126>
- Kern, M. L., Benson, L., Steinberg, E. A., & Steinberg, L. (2016). Supplemental Material for The EPOCH Measure of Adolescent Well-Being. *Psychological Assessment*, 28(5), 586–597. <https://doi.org/10.1037/pas0000201.supp>
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum : From Languishing to Flourishing in Life Author (s): Corey L . M . Keyes Outcomes for the Sociology of Mental Health : Issues of Measurement and Published by : American Sociological Association Stable URL : <http://www.jstor>. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.
- Keyes, Corey L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, Corey L.M. (2006). Mental health in adolescence: Is America’s youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395–402.
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>

- Keyes, Corey Lee M. (1998). Social Well-Being Author (s): Corey Lee M .
Keyes Source : Social Psychology Quarterly. *American Sociological Association*, 61(2), 121–140. <https://www.jstor.org/stable/2787065>
- Kilis, G. (2022). *An Investigation into Psychosocial Factors Influencing Mental Health and Well-Being in Indonesia* (Issue July).
- Kim, J. (2010). Neighborhood disadvantage and mental health: The role of neighborhood disorder and social relationships. *Social Science Research*, 39(2), 260–271. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2009.08.007>
- Kingsbury, M., Clayborne, Z., Colman, I., & Kirkbride, J. B. (2020). The protective effect of neighbourhood social cohesion on adolescent mental health following stressful life events. *Psychological Medicine*, 50(8), 1292–1299. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001235>
- Korpela, Kalevi M. (1992). Adolescents' favourite places and environmental self-regulation. *Journal of Environmental Psychology*, 12(3), 249–258. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80139-2](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80139-2)
- Korpela, Kalevi Mikael. (1989). *PLACE-IDENTITY AS A P R O D U C T OF E N V I R O N M E N T A L*. 241–256.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99–110. <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>
- Lauwers, L., Leone, M., Guyot, M., Pelgrims, I., Remmen, R., Van den Broeck, K., Keune, H., & Bastiaens, H. (2021). Exploring how the urban neighborhood environment influences mental well-being using walking interviews. *Health and Place*, 67(October 2020). <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102497>
- Leibbrand, C., Hill, H., Rowhani-Rahbar, A., & Rivara, F. (2020). Invisible wounds: Community exposure to gun homicides and adolescents' mental health and behavioral outcomes. *SSM - Population Health*, 12, 100689. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100689>
- Lelieveldt, H. (2004). Helping citizens help themselves: Neighborhood improvement programs and the impact of social networks, trust, and norms on neighborhood-oriented forms of participation. *Urban Affairs Review*, 39(5), 531–551. <https://doi.org/10.1177/1078087404263601>
- Leventhal, T., & Brooks-gunn, J. (2000). The Neighborhoods They Live in : The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*, 126(2), 309–337. <https://doi.org/10.1037//0033->

2909.126.2.309

- Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2000). The Neighborhoods They Live in: The Effects of Neighborhood Residence on Child and Adolescent Outcomes. *Psychological Bulletin*, 126(2), 309–337. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.2.309>
- Lieggio, M., & Caragata, L. (2021). COVID-19 and Youth Living in Poverty: The Ethical Considerations of Moving From In-Person Interviews to a Photovoice Using Remote Methods. *Affilia*, 36(2), 149–155. <https://doi.org/10.1177/0886109920939051>
- Lögberg, U., Nilsson, B., & Kostenius, C. (2020). Young Migrants' Experiences and Conditions for Health: A Photovoice Study. *SAGE Open*, 10(2), 215824402092066. <https://doi.org/10.1177/2158244020920665>
- Manzo, L. C. (2005). For better or worse: Exploring multiple dimensions of place meaning. *Journal of Environmental Psychology*, 25(1), 67–86. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2005.01.002>
- Marans, R. W., & Stimson, R. J. (2012). *Investigating Quality of Urban Life: Theory, Methods, and Empirical Research* (A. C. Michalos, E. Diener, W. Glatzer, T. Moum, M. A. Aprangers, J. Vogel, & R. Veehoven (eds.); Social Ind, Vol. 45). https://doi.org/10.1111/j.1467-9787.2012.00768_5.x
- McKee, S., Halsall, T., Sheikhan, N. Y., Knight, R., Henderson, J., & Hawke, L. D. (2024). “Pictures helped me understand it in a way words couldn't”: Youth reflections participating in a youth-led photovoice study. *PLoS ONE*, 19(9), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308165>
- Millstein, S. G. (1993). A View of Health from the Adolescent's Perspective. In *Promoting the Health of Adolescents: New Directions for the Twenty-first Century* (Issue september 2016, pp. 97–118). Oxford University Press.
- Mitra, R., Waygood, E. O. D., & Fullan, J. (2021). Subjective well-being of Canadian children and youth during the COVID-19 pandemic: The role of the social and physical environment and healthy movement behaviours. *Preventive Medicine Reports*, 23, 101404. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101404>
- Modabbernia, A., Janiri, D., Doucet, G. E., Reichenberg, A., & Frangou, S. (2021). Multivariate Patterns of Brain-Behavior-Environment Associations in the Adolescent Brain and Cognitive Development Study. *Biological Psychiatry*, 89(5), 510–520. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.08.014>
- Mujahid, M. S., Diez Roux, A. V., Morenoff, J. D., & Raghunathan, T. (2007). Assessing the measurement properties of neighborhood scales: From

- psychometrics to ecometrics. *American Journal of Epidemiology*, 165(8), 858–867. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm040>
- Nutt, M. (2019). “Come Here and See” Using PhotoVoice to Understand Youth Perceptions of Growing up With Community Violence.
- Nykiforuk, C. I. J., Vallianatos, H., & Nieuwendyk, L. M. (2011). Photovoice as a Method for Revealing Community Perceptions of the Built and Social Environment. *International Journal of Qualitative Methods*, 10(2), 103–124. <https://doi.org/10.1177/160940691101000201>
- O’Connor, M., Sanson, A. V., Toumbourou, J. W., Norrish, J., & Olsson, C. A. (2017). Does Positive Mental Health in Adolescence Longitudinally Predict Healthy Transitions in Young Adulthood? *Journal of Happiness Studies*, 18(1), 177–198. <https://doi.org/10.1007/s10902-016-9723-3>
- O’Grady, L. (2008). *The World Of Adolescence : Using Photovoice To Explore Psychological Sense Of Community And Wellbeing In Adolescents With And Without An Intellectual Disability*.
- Okkels, N., Kristiansen, C. B., Munk-Jørgensen, P., & Sartorius, N. (2018). Urban mental health: Challenges and perspectives. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(3), 258–264. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000413>
- Oktaviana, M., & Wimbarti, S. (2014). Validasi Klinik Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) sebagai Instrumen Skrining Gangguan Tingkah Laku. *Jurnal Psikologi*, 41(1), 101. <https://doi.org/10.22146/jpsi.6961>
- Olumide, A. O., Adebayo, E. S., & Ojengbede, O. A. (2018). Using photovoice in adolescent health research: A case-study of the Well-being of Adolescents in Vulnerable Environments (WAVE) Study in Ibadan, Nigeria. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 30(2). <https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0040>
- Onikoyi, D. T. (2024). *Generation Z Predictors of Attitudes Towards Mental Health Services and Perceptions of Stress*. <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=16587&context=dissertations>
- Oswald, T. K., Rumbold, A. R., Kedzior, S. G. E., Kohler, M., & Moore, V. M. (2021). Mental health of young australians during the covid-19 pandemic: Exploring the roles of employment precarity, screen time, and contact with nature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph18115630>
- Painter, K., & Scannapieco, M. (2021). Understanding the Mental Health Problems of Children and Adolescents: A guide for social workers. In *Oxford*

University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190927844.001.0001>

Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., ... Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)

Perez-Felkner, L. (2013). Socialization in Childhood and Adolescence. *Handbooks of Sociology and Social Research*, 119–149. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6772-0_5

Purba, F. D., & Fitriana, T. S. (2019). Sociodemographic determinants of self-reporting mental health problems in Indonesian urban population. *Psychological Research on Urban Society*, 2(1), 59. <https://doi.org/10.7454/proust.v2i1.46>

Rakesh, D., Seguin, C., Zalesky, A., Cropley, V., & Whittle, S. (2021). Associations Between Neighborhood Disadvantage, Resting-State Functional Connectivity, and Behavior in the Adolescent Brain Cognitive Development Study: The Moderating Role of Positive Family and School Environments. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 6(9), 877–886. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2021.03.008>

Ratcliffe, E., Ogunbode, C., Wilkie, S., Jones, C. R., Devine-Wright, P., Uzzell, D., Canter, D., Korpela, K., Pinto de Carvalho, L., & Staats, H. (2024). On the importance of qualitative research in environmental psychology. *Journal of Environmental Psychology*, 93(November 2023), 102199. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2023.102199>

Reuben, A., Arseneault, L., Beddows, A., Beevers, S. D., Moffitt, T. E., Ambler, A., Latham, R. M., Newbury, J. B., Odgers, C. L., Schaefer, J. D., & Fisher, H. L. (2021). Association of Air Pollution Exposure in Childhood and Adolescence with Psychopathology at the Transition to Adulthood. *JAMA Network Open*, 4(4), 1–14. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.7508>

Riggio, E. (2002). Child friendly cities: Good governance in the best interests of the child. *Environment and Urbanization*, 14(2), 45–58. <https://doi.org/10.1177/095624780201400204>

Roberts, L. T., & Musher-Eizenman, D. (2020). *Youth Views of Neighborhood Needs: a Photovoice Collaboration*. August.

Rohe, W. M. (1985). *Urban planning and mental health, Prevention in Human Services*. 4(1–2), 79–110.

- Rohe, W. M. (2009a). From local to global: One hundred years of neighborhood planning. *Journal of the American Planning Association*, 75(2), 209–230. <https://doi.org/10.1080/01944360902751077>
- Rohe, W. M. (2009b). From local to global: One hundred years of neighborhood planning. *Journal of the American Planning Association*, 75(2), 209–230. <https://doi.org/10.1080/01944360902751077>
- Rose, T., Sharpe, T. L., Shdaimah, C., & deTablan, D. (2018). Exploring coping among urban youth through photovoice. *Qualitative Social Work*, 17(6), 795–813. <https://doi.org/10.1177/1473325017693684>
- Ross, C. E., & Jang, S. J. (2000). Neighborhood disorder, fear, and mistrust: The buffering role of social ties with neighbors. *American Journal of Community Psychology*, 28(4), 401–420. <https://doi.org/10.1023/A:1005137713332>
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2001). Neighborhood Disadvantage, Disorder, and Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(3), 258–276. <https://doi.org/10.2307/3090214>
- San-Juan-Escudero, A., Ballesteros-Peña, S., Fernández-Aedo, I., Caballero Sánchez, S., Fernandez-Alonso, J., Gullón, P., Franco, M., & Gravina, L. (2025). Exploring urban design's impact on physical activity: A participatory photovoice study across socioeconomically diverse neighborhoods. *Landscape and Urban Planning*, 259(September 2024). <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2025.105334>
- Sandmire, H. F., Austin, S. D., & Bechtel, R. C. (1976). Experience with 40,000 Papanicolaou smears. In *Obstetrics and Gynecology* (Vol. 48, Issue 1).
- Sarwono, S. W. (1992). *Psikologi Lingkungan*. Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Sarwono, S. W. (2016). *Psikologi Lingkungan dan Pembangunan* (2nd ed.). Mitra Wacana Media.
- Schaefer-McDaniel, N. J. (2004). Conceptualizing Social Capital among Young People: Towards a New Theory. *Children, Youth and Environments*, 14(1), 153–172. <https://doi.org/10.1353/cye.2004.0017>
- Sims, S. B., Huye, H. F., Landry, A. S., & Connell, C. (2014). Minority Health Perceptions in the Lower Mississippi Delta: A Grounded Theory Study Using PhotoVoice Methodology. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(9), A45. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.06.136>
- Smetana, J. G., Robinson, J., & Rote, W. M. (2017). Socialization in adolescence. *Handbook of Socialization: Theory and Research*, 60–84.
- Smith, J., Hewitt, B., & Skrbiš, Z. (2015). Digital socialization: young people's

- changing value orientations towards internet use between adolescence and early adulthood. *Information Communication and Society*, 18(9), 1022–1038. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2015.1007074>
- Solmi, F., Dykxhoorn, J., & Kirkbride, J. B. (2017). *Urban-Rural Differences in Major Mental Health Conditions*. 27–132. https://doi.org/10.1007/978-981-10-2327-9_7
- Sundblad, D. R., & Sapp, S. G. (2011). *The Persistence of Neighboring as a Determinant of Community Attachment : A Community Field Perspective **. 76(4), 511–534. <https://doi.org/10.1111/j.1549-0831.2011.00059.x>
- Tate, A. E., McCabe, R. C., Larsson, H., Lundström, S., Lichtenstein, P., & Kuja-Halkola, R. (2020). Predicting mental health problems in adolescence using machine learning techniques. *PLoS ONE*, 15(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230389>
- Tran, S. T., Koven, M. L., Castro, A. S., Goya Arce, A. B., & Carter, J. S. (2020). Sociodemographic and Environmental Factors are Associated with Adolescents' Pain and Longitudinal Health Outcomes. *Journal of Pain*, 21(1–2), 170–181. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.06.007>
- Unger, D. G., & Wandersman, A. (1985). The importance of neighbors: The social, cognitive, and affective components of neighboring. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 139–169. <https://doi.org/10.1007/BF00905726>
- Van Ham, M., Manley, D., Bailey, N., Simpson, L., & Maclennan, D. (2013). Neighbourhood effects research: New perspectives. *Neighbourhood Effects Research: New Perspectives*, 1–297. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-2309-2>
- Van Schalkwyk, I., & Wissing, M. P. (2010). Psychosocial Well-being in a Group of South African Adolescents. *Journal of Psychology in Africa*, 20(1), 53–60. <https://doi.org/10.1080/14330237.2010.10820342>
- Wang, C., & Buris, M. A. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education & Behavior*, 3(24), 369–387.
- Wang, D., Choi, J. K., & Shin, J. (2020). Long-term Neighborhood Effects on Adolescent Outcomes: Mediated through Adverse Childhood Experiences and Parenting Stress. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(10), 2160–2173. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01305-y>
- Wang, W., Gao, Y., Pitts, A., & Dong, L. (2023). A Bibliometric Analysis of Neighborhood Sense of Community. *Sustainability (Switzerland)*, 15(5).

<https://doi.org/10.3390/su15054183>

Watson, M., & Douglas, F. (2012). It's making us look disgusting ... and it makes me feel like a mink ... it makes me feel depressed!: Using photovoice to help "see" and understand the perspectives of disadvantaged young people about the neighbourhood determinants of their mental well-being. *International Journal of Health Promotion and Education*, 50(6), 278–295.
<https://doi.org/10.1080/14635240.2012.723379>

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

White, R. M. B., Witherspoon, D. P., Wei, W., Zhao, C., Pasco, M. C., Maereg, T. M., Bámaca-Colbert, M., Browning, C., Furr-Holden, D., Leech, T., Leventhal, T., Matthews, S. A., Roy, A., Sugie, N., & Winkler, E. (2021). Adolescent Development in Context: A Decade Review of Neighborhood and Activity Space Research. *Journal of Research on Adolescence*, 31(4), 944–965. <https://doi.org/10.1111/jora.12623>

WHO. (2001). Mental health : new understanding, new hope. In *World Health Organisation*. <https://iris.who.int/handle/10665/42390>

WHO. (2005). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Report of the World Health Organization, Department of Mental Health 194 Clinical Physical Therapy and Substance Abuse in Collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the. *The Handbook of Community Mental Health Nursing*, 310.

WHO. (2021a). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_811_21

WHO. (2021b). *Mental health of adolescents*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwuJ2xBhA3EiwAMVjkVLKw3LilOru-Msh2p0ydXeixPfw4OTXbAqnPFBvxtOeVGMfJlwnaERoC0FUQAvD_BwE

WHO. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. In *The BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.o1593>

Winurini, S. (2023). Penanganan Kesehatan Mental di Indonesia. *Info Singkat*, 15(20).

Witten, H., Savahl, S., & Adams, S. (2019). Adolescent flourishing: A systematic review. *Cogent Psychology*, 6(1).

<https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1640341>

- Wong, T. K. Y., & Hamza, C. A. (2024). Longitudinal Associations among Identity Processes and Mental Health in Young Adulthood: The Mediating Role of Social Support. *Journal of Youth and Adolescence*, 53(4), 814–832. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01883-7>
- Xu, Q., Perkins, D. D., & Chow, J. C. C. (2010). Sense of Community, Neighboring, and Social Capital as Predictors of Local Political Participation in China. *American Journal of Community Psychology*, 45(3–4), 259–271. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9312-2>
- Yulianti, Y., Hayati, N., Wati, L., Andini, M. F., Tugiartono, W., & Ramadhani, D. I. (2024). Faktor-Faktor Psikososial Yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Remaja. *Jurnal Mahasiswa BK An-Nur : Berbeda, Bermakna, Mulia*, 10(1), 135. <https://doi.org/10.31602/jmbkan.v10i1.13121>
- Zaini, P. M., Zaini, P. M., Saputra, N., Penerbit, Y., Zaini, M., Lawang, K. A., & Susilo, A. (2023). *Metodologi Penelitian Kualitatif* (Issue May).
- Zhang, Z., & Zhang, J. (2017). Perceived residential environment of neighborhood and subjective well-being among the elderly in China: A mediating role of sense of community. In *Journal of Environmental Psychology* (Vol. 51, pp. 82–94). <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2017.03.004>
- Zhu, Y. (2020). Interests driven or socially mobilized? Place attachment, social capital, and neighborhood participation in urban China. *Journal of Urban Affairs*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/07352166.2020.1773837>
- Zhu, Y., & Fu, Q. (2016). Deciphering the Civic Virtue of Communal Space: Neighborhood Attachment, Social Capital, and Neighborhood Participation in Urban China. *Environment and Behavior*, 49(2), 161–191. <https://doi.org/10.1177/0013916515627308>
- Zhu, Y., & Fu, Q. (2017). Deciphering the Civic Virtue of Communal Space: Neighborhood Attachment, Social Capital, and Neighborhood Participation in Urban China. *Environment and Behavior*, 49(2), 161–191. <https://doi.org/10.1177/0013916515627308>