

## Keterlaksanaan Bimbingan dan Konseling Komprehensif sebagai Prediktor Kesejahteraan Psikologis Siswa

Nurjanah<sup>1\*</sup>, Nurlatifah Alaudin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yayasan Ran Edu Center, Indonesia

<sup>2</sup>SMP Negeri 1 Kota Bima, Indonesia

Email Koresponden: nurjanah.hmuhammad@gmail.com

(\* : corresponding author)

**Abstrak** - Pemulihan pembelajaran setelah pandemi tidak serta-merta menghapus tekanan psikologis yang dialami siswa. Sekolah memerlukan program bimbingan dan konseling yang dapat diakses, responsif, terencana, dan terintegrasi dengan sistem dukungan sekolah. Penelitian ini bertujuan menganalisis tingkat keterlaksanaan program bimbingan dan konseling komprehensif, memetakan kesejahteraan psikologis siswa, serta menguji kontribusi relatif setiap komponen layanan. Penelitian menggunakan desain evaluatif korelasional dengan survei potong lintang. Dalam penelitian ini, sampel terdiri atas 420 siswa SMA dan SMK yang dipilih melalui proportionate stratified random sampling. Keterlaksanaan program diukur melalui asesmen dan perencanaan, layanan dasar, layanan responsif, perencanaan individual, dan dukungan sistem. Kesejahteraan psikologis mengacu pada enam dimensi Ryff. Analisis mencakup statistik deskriptif, korelasi Pearson, dan regresi linear hierarkis. Hasil penelitian menunjukkan keterlaksanaan program mencapai 73,8% dari skor ideal dan kesejahteraan psikologis mencapai 72,6%. Keterlaksanaan program berkorelasi positif dengan kesejahteraan psikologis ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,001$ ) dan memberikan tambahan variasi ter jelaskan sebesar 20% setelah karakteristik siswa dikendalikan. Layanan responsif dan layanan dasar menjadi prediktor statistik terkuat. Temuan menegaskan bahwa penguatan akses, kesinambungan, kolaborasi, dan dukungan sistem perlu menjadi prioritas layanan pascapandemi.

**Kata Kunci:** Bimbingan Dan Konseling, Kesejahteraan Psikologis, Implementasi Program, Siswa, Pendidikan Berkelanjutan

| Diterima   | Direvisi   | Diterbitkan |
|------------|------------|-------------|
| 12-04-2026 | 20-05-2026 | 03-06-2026  |

Url Artikel : <https://ejournal.ranedu.my.id/index.php/pendiri/article/view/110>

Doi : [10.63866/pendiri.v3i2.110](https://doi.org/10.63866/pendiri.v3i2.110)

### 1. PENDAHULUAN

Pandemi COVID-19 menciptakan gangguan yang luas terhadap kehidupan perkembangan remaja. Penutupan sekolah, perubahan pola interaksi sosial, ketidakpastian akademik, berkurangnya aktivitas fisik, tekanan keluarga, dan pembelajaran jarak jauh meningkatkan paparan siswa terhadap faktor risiko psikologis. Meta-analisis Racine et al. menunjukkan bahwa prevalensi gejala depresi dan kecemasan pada anak dan remaja meningkat selama pandemi [1]. Tinjauan sistematis Samji et al. juga menemukan perubahan pada kecemasan, depresi, stres, kesepian, dan perilaku kesehatan anak serta remaja [2]. Temuan tersebut konsisten dengan kajian Panchal et al. yang menunjukkan bahwa dampak pembatasan sosial tidak hanya muncul selama masa penutupan sekolah, tetapi juga berkaitan dengan perubahan fungsi emosional, sosial, dan perilaku [3]. Konsekuensinya, fase pascapandemi tidak dapat dipahami sekadar sebagai kembalinya pembelajaran tatap muka. Sekolah perlu menilai kembali kebutuhan psikologis siswa dan kapasitas sistem layanan yang tersedia.

Sekolah memiliki posisi penting dalam pemulihan karena remaja menghabiskan sebagian besar waktu perkembangan mereka dalam lingkungan pendidikan. Hubungan dengan guru, teman sebaya, aktivitas belajar, dan rutinitas sekolah membentuk rasa aman serta keterhubungan. Hertz et al. menemukan bahwa keterhubungan dengan keluarga dan sekolah berasosiasi dengan kondisi kesehatan mental remaja selama gangguan pembelajaran akibat pandemi [4]. Raniti et al., melalui tinjauan sistematis, menunjukkan bahwa keterhubungan sekolah merupakan faktor yang berpotensi melindungi remaja dari depresi dan kecemasan [5]. Bukti ini menempatkan sekolah sebagai lingkungan yang dapat memperkuat sumber daya psikologis, bukan hanya sebagai tempat penyampaian kurikulum akademik.

Dalam konteks tersebut, bimbingan dan konseling memiliki mandat langsung untuk mendukung perkembangan pribadi, sosial, belajar, dan karier siswa. Program yang komprehensif tidak berhenti pada konseling ketika masalah telah muncul. Program juga mencakup asesmen kebutuhan, layanan dasar yang bersifat perkembangan dan preventif, layanan responsif, perencanaan individual, serta dukungan sistem. Kerangka ini relevan dengan konsep kesejahteraan psikologis eudaimonik. Ryff dan Keyes mendefinisikan kesejahteraan psikologis melalui penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, otonomi, penguasaan lingkungan, tujuan hidup, dan pertumbuhan pribadi [6]. Validasi pada anak dan remaja menunjukkan bahwa pendekatan eudaimonik dapat digunakan untuk menangkap keberfungsian positif kelompok usia sekolah [7]. Dengan demikian, capaian layanan BK perlu dinilai melalui indikator perkembangan yang lebih luas daripada sekadar berkurangnya masalah disiplin atau keluhan emosional.

Bukti Indonesia mulai menunjukkan hubungan antara layanan BK dan kesejahteraan siswa. Ashfiani et al. menemukan bahwa konseling kelompok berbasis *wellness* dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis siswa [8]. Kurniawan et al. menunjukkan bahwa persepsi siswa terhadap guru BK berkaitan dengan tingkat kesejahteraan psikologis [9]. Temuan tersebut penting, tetapi keduanya lebih menekankan intervensi atau persepsi terhadap konselor daripada evaluasi terhadap keterlaksanaan program BK sebagai sistem sekolah. Akibatnya, masih terbatas bukti yang menjelaskan apakah program yang memiliki cakupan layanan lebih lengkap, lebih mudah diakses, dan lebih konsisten juga berkaitan dengan kesejahteraan psikologis yang lebih tinggi.

Kesenjangan tersebut menjadi lebih penting ketika implementasi program dipertimbangkan. Studi Kusumawardani et al. mengenai program kesehatan mental berbasis sekolah di Indonesia menunjukkan bahwa pelaksanaan program menghadapi persoalan koordinasi, kapasitas pelaksana, dan konsistensi penerapan [10]. Tinjauan McPhail et al. juga menunjukkan bahwa penggunaan layanan kesehatan mental sekolah dipengaruhi oleh akses, pengetahuan tentang layanan, kepercayaan, stigma, kerahasiaan, dan pengalaman keterlibatan siswa [11]. Artinya, keberadaan program secara administratif tidak menjamin bahwa siswa benar-benar memperoleh layanan. Kerangka CFIR menempatkan konteks organisasi, karakteristik intervensi, individu, dan proses implementasi sebagai faktor yang menentukan keberhasilan penerapan [12]. Carlson et al. kemudian menegaskan perlunya data implementasi yang lebih kuat dalam penelitian kesehatan mental sekolah [13].

Literatur ilmu implementasi membedakan hasil program dari kualitas pelaksanaan. Durlak dan DuPre menemukan bahwa kualitas implementasi dapat memengaruhi besarnya hasil intervensi pada berbagai program pencegahan dan promosi [14]. Proctor et al. membedakan hasil implementasi, hasil layanan, dan hasil pada penerima layanan [15]. Perbedaan tersebut relevan bagi BK sekolah. Dua sekolah dapat memiliki dokumen program yang sama, tetapi memberikan pengalaman layanan yang berbeda kepada siswa karena perbedaan akses, konsistensi jadwal, dukungan kepala sekolah, rasio konselor, mekanisme rujukan, dan kolaborasi dengan guru serta keluarga. Karena itu, penelitian ini mendefinisikan keterlaksanaan sebagai derajat sejauh mana komponen program dapat dirasakan siswa secara konsisten dan dapat diakses dalam praktik.

Penelitian tentang program konseling komprehensif juga menunjukkan bahwa kualitas pelaksanaan berkaitan dengan capaian siswa. Borders dan Drury merangkum komponen program konseling komprehensif dan menekankan pentingnya sumber daya, intervensi, evaluasi, pembaruan program, kebijakan tertulis, dan iklim program [16]. Carey dan Dimmitt, melalui sintesis enam studi tingkat negara bagian, menemukan pola bahwa implementasi program konseling sekolah yang lebih lengkap berkaitan dengan hasil siswa yang lebih positif [17]. Wilkerson et al. juga menemukan perbedaan capaian akademik antara sekolah yang memperoleh pengakuan implementasi model konseling komprehensif dan sekolah pembandingan [18]. Meskipun bukti tersebut berasal dari konteks berbeda, temuan tersebut menguatkan kebutuhan untuk menilai program sebagai sistem yang memiliki beberapa komponen, bukan sebagai aktivitas konseling yang berdiri sendiri.

Pada sisi hasil siswa, penelitian Indonesia menunjukkan bahwa kesejahteraan psikologis siswa masih memerlukan perhatian. Ariyanti et al. menemukan bahwa mayoritas siswa sekolah menengah dalam sampelnya berada pada kategori kesejahteraan psikologis sedang [19]. Fahmawati et al. menunjukkan hubungan positif keterampilan sosial dan efikasi diri dengan kesejahteraan psikologis siswa [20]. Hasil ini mengindikasikan bahwa kesejahteraan berkembang melalui interaksi kemampuan personal dan dukungan konteks. BK berpotensi berkontribusi melalui penguatan keterampilan sosial emosional, akses bantuan, perencanaan masa depan, serta dukungan terhadap hubungan siswa dengan lingkungan sekolah.

Kajian lima tahun terakhir telah banyak menguji intervensi kesehatan mental sekolah. Zhang et al. menemukan bahwa intervensi sekolah dapat menurunkan depresi dan kecemasan, meskipun ukuran efek bervariasi [21]. Grande et al. menemukan manfaat intervensi berbasis sekolah di negara berpendapatan rendah dan menengah, tetapi hasil antarstudi tetap heterogen [22]. Meta-analisis Cipriano et al. menunjukkan bahwa pembelajaran sosial emosional universal memberikan manfaat pada keterampilan, sikap, relasi, iklim sekolah, dan fungsi akademik, serta menunjukkan pentingnya kualitas implementasi [23]. Ma et al. menemukan bahwa program sekolah dapat meningkatkan literasi kesehatan mental dan menurunkan stigma [24]. Zbukvic et al. memperlihatkan bahwa program tertarget cenderung memberikan hasil jangka pendek yang lebih konsisten daripada program universal, walaupun kedua pendekatan memiliki fungsi yang berbeda [25]. Literatur tersebut kuat pada efektivitas intervensi, tetapi belum banyak menjawab bagaimana derajat keterlaksanaan program BK komprehensif sebagai sistem berkaitan dengan kesejahteraan psikologis eudaimonik siswa pada masa pascapandemi.

Penelitian ini mengisi empat kesenjangan. Pertama, penelitian memindahkan fokus dari keberadaan program menuju derajat keterlaksanaan yang dirasakan siswa. Kedua, keluaran penelitian tidak dibatasi pada gejala psikopatologi, tetapi menggunakan enam dimensi kesejahteraan psikologis. Ketiga, lima komponen program dianalisis secara terpisah sehingga dapat diketahui komponen yang memiliki kontribusi relatif paling kuat. Keempat, penelitian ditempatkan pada konteks pascapandemi ketika sekolah perlu mengubah respons krisis menjadi sistem dukungan psikososial yang berkelanjutan. Berdasarkan kesenjangan tersebut, penelitian bertujuan menganalisis tingkat keterlaksanaan program BK, memetakan kesejahteraan psikologis siswa, menguji hubungan kedua variabel, dan mengidentifikasi komponen program yang menjadi prediktor statistik paling kuat terhadap kesejahteraan psikologis.

## **2. METODE PENELITIAN**

### **2.1 Desain Penelitian**

Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain evaluatif korelasional melalui survei potong lintang. Desain evaluatif digunakan untuk mengukur derajat keterlaksanaan program BK komprehensif. Analisis korelasional digunakan untuk menguji

hubungan antara keterlaksanaan program dan kesejahteraan psikologis siswa. Karena seluruh variabel diukur pada periode yang sama, istilah prediktor dalam penelitian ini merujuk pada prediksi statistik dalam model regresi dan tidak menunjukkan hubungan sebab-akibat. Unit observasi adalah siswa, sedangkan konteks program berada pada satuan pendidikan.

## 2.2 Populasi, Sampel, dan Karakteristik Responden

Dalam naskah, nomor kutipan harus berurutan dalam tanda kurung siku [2], begitupun penomoran untuk tabel dan gambar seperti yang ditunjukkan pada Tabel 1 dan Gambar 1.

Dalam penelitian ini, populasi penelitian adalah siswa SMA dan SMK pada delapan sekolah. Sampel berjumlah 420 siswa dan ditentukan melalui *proportionate stratified random sampling* berdasarkan sekolah dan tingkat kelas. Komposisi ini dirancang untuk menjaga keterwakilan relatif antarstrata. Kriteria inklusi meliputi siswa aktif, telah mengikuti pembelajaran sekurang-kurangnya satu semester di sekolah yang sama, memiliki akses terhadap layanan BK, serta bersedia mengikuti penelitian. Data identitas yang tidak diperlukan untuk analisis tidak dikumpulkan.

**Tabel 1.** Karakteristik sampel

| Karakteristik | Kategori  | n   | %    |
|---------------|-----------|-----|------|
| Jenis kelamin | Laki-laki | 189 | 45,0 |
|               | Perempuan | 231 | 55,0 |
| Kelas         | X         | 140 | 33,3 |
|               | XI        | 145 | 34,5 |
|               | XII       | 135 | 32,1 |
| Jenis sekolah | SMA       | 260 | 61,9 |
|               | SMK       | 160 | 38,1 |

## 2.3 Variabel dan Instrumen

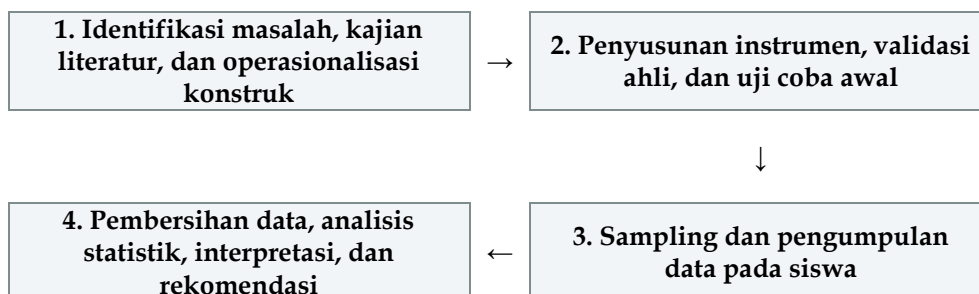
Variabel prediktor adalah keterlaksanaan program BK komprehensif. Konstruk dioperasionalkan melalui lima komponen, yaitu asesmen kebutuhan dan perencanaan program, layanan dasar, layanan responsif, perencanaan individual, serta dukungan sistem. Instrumen penelitian terdiri atas 32 pernyataan dengan skala respons lima tingkat dari sangat tidak sesuai hingga sangat sesuai. Butir disusun untuk menangkap pengalaman siswa mengenai ketersediaan layanan, konsistensi, aksesibilitas, responsivitas, kesinambungan, dan dukungan organisasi. Pada uji instrumen, lima ahli melakukan telaah isi dan menghasilkan Aiken's V antara 0,83 sampai 0,95. Uji coba pada 80 siswa di luar sampel menghasilkan korelasi butir-total terkoreksi 0,38 sampai 0,79 dan Cronbach's alpha 0,93.

Variabel kriteria adalah kesejahteraan psikologis. Pengukuran mengacu pada model Ryff yang meliputi penerimaan diri, hubungan positif dengan orang lain, otonomi, penguasaan lingkungan, tujuan hidup, dan pertumbuhan pribadi [6]. Struktur tersebut dipilih karena menggambarkan keberfungsian positif dan tidak hanya mengukur ketiadaan gejala psikologis. Adaptasi butir mempertimbangkan bukti validitas pengukuran pada anak dan remaja [7]. Instrumen penelitian terdiri atas 18 butir atau tiga butir per dimensi. Pada pengujian ini, menghasilkan korelasi butir-total terkoreksi 0,36 sampai 0,72 dan Cronbach's alpha total 0,89.

## 2.4 Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian disusun agar evaluasi program dan pengukuran kesejahteraan berlangsung secara sistematis. Tahap awal mencakup identifikasi masalah, kajian literatur,

dan perumusan operasional variabel. Instrumen kemudian ditelaah oleh ahli dan diuji keterbacaannya. Setelah sampel ditentukan, kuesioner diberikan pada periode pengukuran yang sama. Respons diperiksa untuk mendeteksi data hilang, pola jawaban yang tidak wajar, dan pencilan. Data yang lolos pemeriksaan selanjutnya dianalisis menggunakan statistik deskriptif, korelasi, dan regresi. Diagram alur penelitian ditampilkan pada Gambar 1.



Gambar 1. Diagram alur penelitian

## 2.5 Teknik Analisis Data

Analisis dilakukan dalam empat tahap. Pertama, statistik deskriptif digunakan untuk menghitung rerata, simpangan baku, rentang, dan persentase skor ideal. Kedua, reliabilitas internal diperiksa untuk memastikan konsistensi skor. Ketiga, korelasi Pearson digunakan untuk menguji kekuatan dan arah hubungan antara keterlaksanaan program dan kesejahteraan psikologis. Keempat, regresi linear hierarkis digunakan untuk menguji kontribusi tambahan keterlaksanaan BK setelah jenis kelamin, tingkat kelas, dan jenis sekolah dimasukkan sebagai variabel kontrol. Model lanjutan memasukkan lima komponen program secara simultan. Taraf signifikansi ditetapkan pada 0,05. Interpretasi tidak hanya menggunakan nilai  $p$ , tetapi juga koefisien korelasi, beta terstandar, perubahan  $R$  kuadrat, dan diagnostik multikolinearitas.

Distribusi residual diperiksa melalui histogram dan plot probabilitas normal. Hubungan linear dievaluasi melalui plot residual terstandar. Nilai VIF digunakan untuk mendeteksi multikolinearitas. Seluruh VIF pada model komponen berada antara 1,41 dan 2,18. Nilai Durbin-Watson sebesar 1,94 menunjukkan tidak terdapat indikasi autokorelasi residual yang kuat.

## 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 3.1 Hasil

Penyajian hasil dipisahkan dari interpretasi utama. Fokus pertama adalah tingkat keterlaksanaan program BK. Fokus kedua adalah profil kesejahteraan psikologis. Fokus ketiga adalah hubungan serta kontribusi prediktif statistik antarvariabel.

### 3.2 Tingkat Keterlaksanaan Program Bimbingan dan Konseling

Skor total keterlaksanaan program mencapai 73,8% dari skor ideal. Layanan dasar memiliki tingkat keterlaksanaan tertinggi, yaitu 81,7%. Asesmen kebutuhan dan perencanaan berada pada urutan kedua dengan 76,4%. Dukungan sistem memperoleh skor terendah sebesar 65,5%, disusul layanan responsif sebesar 69,2%. Pola ini menunjukkan ketimpangan pelaksanaan antarkomponen. Program lebih kuat pada layanan yang terjadwal dan bersifat universal daripada pada mekanisme kolaborasi serta dukungan organisasi.

**Tabel 2.** Tingkat keterlaksanaan program bimbingan dan konseling

| Komponen program                  | Persentase skor ideal (%) | Urutan |
|-----------------------------------|---------------------------|--------|
| Asesmen kebutuhan dan perencanaan | 76,4                      | 2      |
| Layanan dasar                     | 81,7                      | 1      |
| Layanan responsif                 | 69,2                      | 4      |
| Perencanaan individual            | 72,8                      | 3      |
| Dukungan sistem                   | 65,5                      | 5      |
| Total keterlaksanaan              | 73,8                      | -      |

### 3.3 Profil Kesejahteraan Psikologis Siswa

Kesejahteraan psikologis total mencapai 72,6% dari skor ideal. Hubungan positif dengan orang lain memperoleh skor tertinggi sebesar 78,4%, diikuti tujuan hidup sebesar 75,3% dan penerimaan diri sebesar 74,6%. Pertumbuhan pribadi memperoleh skor terendah sebesar 67,7%, sedangkan otonomi mencapai 68,9%. Variasi ini menunjukkan bahwa dimensi relasional dan orientasi tujuan relatif lebih kuat daripada kemandirian serta persepsi perkembangan pribadi.

**Tabel 3.** Profil kesejahteraan psikologis siswa

| Dimensi                            | Persentase skor ideal (%) | Urutan |
|------------------------------------|---------------------------|--------|
| Penerimaan diri                    | 74,6                      | 3      |
| Hubungan positif dengan orang lain | 78,4                      | 1      |
| Otonomi                            | 68,9                      | 5      |
| Penguasaan lingkungan              | 70,8                      | 4      |
| Tujuan hidup                       | 75,3                      | 2      |
| Pertumbuhan pribadi                | 67,7                      | 6      |
| Kesejahteraan psikologis total     | 72,6                      | -      |

### 3.4 Hubungan Keterlaksanaan Program dengan Kesejahteraan Psikologis

Keterlaksanaan program BK total berkorelasi positif dengan kesejahteraan psikologis,  $r = 0,47$ ;  $p < 0,001$ . Seluruh komponen menunjukkan korelasi positif. Layanan responsif memiliki korelasi terbesar,  $r = 0,44$ , sedangkan asesmen dan perencanaan memiliki korelasi terkecil,  $r = 0,29$ . Tidak ditemukan koefisien yang sangat tinggi, sehingga setiap komponen tetap menangkap aspek pengalaman layanan yang berbeda.

**Tabel 4.** Korelasi keterlaksanaan program BK dengan kesejahteraan psikologis

| Variabel                          | r    | p      |
|-----------------------------------|------|--------|
| Asesmen kebutuhan dan perencanaan | 0,29 | <0,001 |
| Layanan dasar                     | 0,39 | <0,001 |
| Layanan responsif                 | 0,44 | <0,001 |
| Perencanaan individual            | 0,34 | <0,001 |
| Dukungan sistem                   | 0,32 | <0,001 |
| Keterlaksanaan BK total           | 0,47 | <0,001 |

### 3.5 Model Regresi

Model pertama yang hanya memasukkan jenis kelamin, tingkat kelas, dan jenis sekolah menjelaskan 5% variasi kesejahteraan psikologis. Setelah skor keterlaksanaan program BK dimasukkan, R kuadrat meningkat menjadi 0,25. Tambahan variasi yang ter jelaskan sebesar 0,20 menunjukkan bahwa keterlaksanaan program memberikan informasi statistik tambahan setelah karakteristik dasar siswa diperhitungkan. Koefisien beta terstandar untuk keterlaksanaan BK total sebesar 0,46 dengan  $p < 0,001$ .

Ketika lima komponen dimasukkan secara simultan, model menjelaskan 29% variasi kesejahteraan psikologis. Layanan responsif memiliki beta terstandar terbesar sebesar 0,25. Layanan dasar memiliki beta 0,18, dukungan sistem 0,13, dan perencanaan individual 0,11. Asesmen kebutuhan dan perencanaan tidak signifikan ketika komponen lain dikendalikan. Hasil tersebut tidak berarti asesmen tidak penting. Skor asesmen kemungkinan bekerja melalui kualitas layanan yang dihasilkan, bukan melalui hubungan langsung dengan kesejahteraan siswa.

**Tabel 5.** Regresi komponen keterlaksanaan program terhadap kesejahteraan psikologis

| Prediktor                         | Beta terstandar | p      | VIF  |
|-----------------------------------|-----------------|--------|------|
| Asesmen kebutuhan dan perencanaan | 0,06            | 0,172  | 1,58 |
| Layanan dasar                     | 0,18            | 0,004  | 2,18 |
| Layanan responsif                 | 0,25            | <0,001 | 1,96 |
| Perencanaan individual            | 0,11            | 0,038  | 1,74 |
| Dukungan sistem                   | 0,13            | 0,021  | 1,41 |

### 3.6 Pembahasan

Temuan penelitian menunjukkan bahwa tingkat keterlaksanaan program berada pada kategori relatif kuat, tetapi belum merata pada semua komponen. Layanan dasar menjadi komponen paling tinggi. Pola ini rasional karena layanan dasar lebih mudah dimasukkan ke jadwal kelas melalui orientasi, informasi, bimbingan klasikal, dan kegiatan pengembangan diri. Dukungan sistem berada pada posisi terendah karena memerlukan koordinasi lintas peran, dukungan pimpinan, pengelolaan data, kemitraan dengan keluarga, mekanisme rujukan, serta hubungan dengan layanan kesehatan atau perlindungan anak. Hasil ini sejalan

dengan Kusumawardani et al. yang menunjukkan persoalan koordinasi dan kapasitas pada implementasi program kesehatan mental sekolah di Indonesia [10]. Kerangka CFIR juga menempatkan dukungan organisasi serta proses implementasi sebagai penentu utama keterlaksanaan [12].

Kesejahteraan psikologis siswa menunjukkan profil yang tidak seragam. Hubungan positif dengan orang lain menjadi dimensi tertinggi, sementara pertumbuhan pribadi dan otonomi menjadi dua dimensi terendah. Temuan ini dapat dibaca sebagai indikasi bahwa pemulihan interaksi sosial setelah sekolah kembali tatap muka mungkin berlangsung lebih cepat daripada pemulihan kapasitas siswa untuk merasa mandiri, mengarahkan diri, dan melihat pertumbuhan pribadi. Hasil ini konsisten dengan Ariyanti et al. yang menemukan dominasi tingkat kesejahteraan psikologis sedang pada siswa sekolah menengah [19]. Temuan Fahmawati et al. mengenai kontribusi keterampilan sosial dan efikasi diri juga mendukung pandangan bahwa kesejahteraan terbentuk melalui kombinasi kemampuan personal dan kualitas relasi sosial [20].

Hubungan total antara keterlaksanaan program dan kesejahteraan psikologis berada pada tingkat sedang,  $r = 0,47$ . Besaran ini lebih masuk akal daripada korelasi yang sangat tinggi karena kesejahteraan siswa dipengaruhi banyak faktor di luar sekolah. Kondisi keluarga, dukungan teman sebaya, status ekonomi, kesehatan fisik, pengalaman stres, kepribadian, efikasi diri, dan lingkungan komunitas dapat memberikan kontribusi independen. Program BK karenanya tidak boleh diposisikan sebagai penyebab tunggal. Temuan lebih tepat dibaca bahwa siswa yang mengalami program yang lebih tersedia, responsif, dan terintegrasi cenderung melaporkan keberfungsian psikologis yang lebih baik.

Kontribusi tambahan sebesar 20% setelah karakteristik siswa dikendalikan menunjukkan nilai praktis yang cukup berarti dalam analisis. Namun, interpretasi harus tetap mempertimbangkan desain potong lintang. Keterlaksanaan program dapat meningkatkan kesejahteraan melalui dukungan sosial, keterampilan regulasi emosi, kemampuan mencari bantuan, penguatan tujuan hidup, dan peningkatan keterhubungan dengan sekolah. Sebaliknya, siswa dengan kesejahteraan lebih baik mungkin lebih aktif menggunakan layanan dan menilai program secara lebih positif. Desain longitudinal diperlukan untuk menguji urutan temporal kedua proses tersebut.

### 3.7 Komparasi dengan Penelitian Terdahulu

Perbandingan dengan penelitian mutakhir menunjukkan bahwa hasil penelitian ini lebih dekat dengan literatur yang menekankan kualitas implementasi dan pendekatan bertingkat. Sepuluh lebih studi dibandingkan secara eksplisit pada Tabel 6. Perbandingan dilakukan berdasarkan bentuk intervensi, sasaran, dan arah temuannya, bukan hanya kesamaan nilai signifikansi.

**Tabel 6.** Perbandingan hasil dengan penelitian terdahulu

| Penelitian                | Temuan utama                                                                                  | Posisi terhadap hasil penelitian ini                                         |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Kusumawardani et al. [10] | Program kesehatan mental sekolah di Indonesia menghadapi kendala koordinasi dan implementasi. | Mendukung rendahnya dukungan sistem dan kebutuhan tata kelola lintas peran.  |
| McPhail et al. [11]       | Akses, stigma, kepercayaan, kerahasiaan, dan keterlibatan memengaruhi pencarian bantuan.      | Mendukung posisi layanan responsif sebagai komponen dengan hubungan terkuat. |

|                           |                                                                                                                          |                                                                                                          |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zhang et al. [21]         | Intervensi sekolah dapat menurunkan depresi dan kecemasan, tetapi ukuran efek bervariasi.                                | Mendukung hubungan positif sedang dan menolak asumsi bahwa semua program selalu menghasilkan efek besar. |
| Grande et al. [22]        | Intervensi sekolah di negara berpendapatan rendah dan menengah memberikan manfaat dengan heterogenitas tinggi.           | Mendukung pentingnya konteks organisasi dan mutu implementasi.                                           |
| Cipriano et al. [23]      | Pembelajaran sosial emosional universal meningkatkan keterampilan, relasi, iklim sekolah, dan fungsi akademik.           | Mendukung kontribusi layanan dasar yang bersifat universal dan preventif.                                |
| Ma et al. [24]            | Program sekolah meningkatkan literasi kesehatan mental dan dapat menurunkan stigma.                                      | Mendukung penguatan layanan dasar sebagai jalur peningkatan kesadaran dan perilaku mencari bantuan.      |
| Zbukvic et al. [25]       | Program tertarget menunjukkan manfaat jangka pendek yang lebih konsisten daripada program universal pada beberapa hasil. | Mendukung beta layanan responsif yang lebih besar daripada komponen lain.                                |
| Bradshaw et al. [26]      | Bukti program universal di negara berpendapatan rendah dan menengah masih terbatas dan heterogen.                        | Membatasi interpretasi agar layanan universal tidak dianggap otomatis efektif pada semua konteks.        |
| Hassen et al. [27]        | Intervensi kurikulum kesehatan mental meningkatkan literasi dan menunjukkan hasil implementasi positif.                  | Mendukung kebutuhan mengukur hasil dan implementasi secara bersamaan.                                    |
| Kambara dan Kira [28]     | Intervensi CBT tertarget di sekolah menengah menunjukkan efek yang lebih konsisten pada gejala depresi.                  | Mendukung keunggulan relatif layanan responsif bagi siswa dengan kebutuhan spesifik.                     |
| Montero-Marin et al. [29] | Pelatihan mindfulness sekolah tidak memberikan manfaat yang sama untuk semua siswa.                                      | Membatasi generalisasi dan menegaskan perlunya memahami siapa yang memperoleh manfaat.                   |
| Morgado et al. [30]       | Promosi literasi kesehatan mental membutuhkan intervensi kompleks yang dikembangkan dan diuji bertahap.                  | Mendukung penguatan desain program, uji implementasi, dan evaluasi berkelanjutan.                        |
| Kappi et al. [32]         | Keterhubungan sekolah berperan dalam hubungan fungsi sosial dan gejala depresi pada remaja dengan ADHD.                  | Mendukung mekanisme keterhubungan sekolah sebagai jalur potensial antara BK dan kesejahteraan.           |
| Purwaningsih et al. [33]  | Bimbingan klasikal berbasis growth mindset meningkatkan kesejahteraan psikologis siswa SMA.                              | Mendukung potensi layanan dasar yang terstruktur untuk memperkuat pertumbuhan pribadi dan tujuan hidup.  |

Pertama, temuan mengenai layanan responsif mendukung literatur tentang program tertarget. McPhail et al. menunjukkan bahwa siswa tidak otomatis mencari bantuan ketika layanan tersedia [11]. Mereka mempertimbangkan stigma, aksesibilitas, hubungan dengan penyedia layanan, dan rasa aman terkait kerahasiaan. Kambara dan Kira menemukan bahwa intervensi CBT tertarget pada siswa sekolah menengah cenderung menghasilkan perubahan yang lebih konsisten dibandingkan program universal untuk gejala depresi [28]. Zbukvic et al. juga menunjukkan bahwa program tertarget mempunyai bukti jangka pendek yang relatif kuat [25]. Karena itu, koefisien layanan responsif yang lebih besar dapat dijelaskan oleh kedekatan layanan tersebut dengan kebutuhan aktual siswa. Konseling individual, konseling kelompok, konsultasi, intervensi krisis, dan rujukan bekerja ketika siswa sedang mengalami masalah yang konkret.

Kedua, temuan tidak mengurangi peran layanan dasar. Cipriano et al. menggabungkan ratusan studi dan menemukan bahwa pembelajaran sosial emosional universal meningkatkan keterampilan, sikap, hubungan sebaya, iklim sekolah, dan fungsi sekolah [23]. Ma et al. juga menunjukkan manfaat intervensi sekolah terhadap literasi kesehatan mental dan stigma [24]. Hassen et al. memperlihatkan bahwa intervensi kurikulum kesehatan mental dapat menghasilkan peningkatan literasi sekaligus menunjukkan hasil implementasi yang positif [27]. Bukti tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa layanan dasar tetap menjadi prediktor signifikan. Layanan dasar memiliki fungsi preventif dan perkembangan. Dampaknya mungkin lebih tersebar dan tidak selalu sebesar layanan tertarget, tetapi cakupannya menjangkau seluruh siswa.

Ketiga, heterogenitas hasil dalam penelitian terdahulu menjelaskan mengapa evaluasi keterlaksanaan perlu ditempatkan sebagai variabel tersendiri. Zhang et al. menemukan variasi efek yang besar pada intervensi sekolah terhadap depresi dan kecemasan [21]. Grande et al. menemukan pola serupa di negara berpendapatan rendah dan menengah [22]. Bradshaw et al. bahkan menyimpulkan bahwa bukti program universal di konteks tersebut belum cukup konsisten untuk mendukung satu kesimpulan sederhana [26]. Perbedaan desain, kompetensi pelaksana, intensitas, konteks sekolah, dan kesetiaan pelaksanaan dapat menjelaskan heterogenitas. Hasil penelitian ini mendukung argumen bahwa jumlah program atau status administratif tidak cukup. Evaluasi perlu menangkap apakah siswa benar-benar menerima dan dapat menggunakan program.

Keempat, hasil penelitian mendukung pendekatan bertingkat. Program universal tetap diperlukan untuk membangun literasi, kompetensi sosial emosional, keterhubungan, dan perilaku mencari bantuan. Siswa dengan kebutuhan lebih tinggi memerlukan layanan responsif yang lebih intensif. Siswa dengan risiko klinis memerlukan sistem rujukan yang jelas. Struktur tersebut menjelaskan mengapa dukungan sistem tetap penting walaupun beta statistiknya lebih kecil. Dukungan sistem memastikan bahwa kebutuhan yang melampaui kapasitas konselor sekolah tidak berhenti pada identifikasi masalah.

Kelima, hasil perlu dibaca dengan mempertimbangkan perbedaan individu. Montero-Marín et al. menunjukkan bahwa pelatihan mindfulness di sekolah tidak menghasilkan manfaat seragam pada seluruh peserta [29]. Temuan tersebut mengingatkan bahwa layanan BK tidak boleh menerapkan satu intervensi untuk semua siswa tanpa asesmen kebutuhan. Asesmen dan perencanaan dapat memiliki koefisien langsung yang kecil karena fungsi utamanya adalah meningkatkan ketepatan keputusan program. Efeknya mungkin dimediasi oleh kualitas layanan dasar, layanan responsif, dan perencanaan individual. Agenda penelitian berikutnya perlu menguji model mediasi tersebut.

### 3.8 Mekanisme Teoretis Hubungan Program BK dan Kesejahteraan Psikologis

Hubungan program BK dengan kesejahteraan psikologis dapat dijelaskan melalui empat mekanisme. Mekanisme pertama adalah pengembangan kompetensi. Layanan dasar memberikan kesempatan bagi siswa untuk mempelajari regulasi emosi, penyelesaian masalah, komunikasi, pengambilan keputusan, dan literasi kesehatan mental. Kompetensi tersebut mendukung penguasaan lingkungan, penerimaan diri, dan hubungan positif. Bukti meta-analitik SEL mendukung jalur ini [23].

Mekanisme kedua adalah akses bantuan. Layanan responsif mengurangi jarak antara munculnya masalah dan penerimaan dukungan. Ketika siswa mengetahui cara mengakses konselor, percaya pada kerahasiaan, dan memperoleh respons yang tepat, kemungkinan masalah berkembang menjadi gangguan fungsi yang lebih berat dapat berkurang. Tinjauan McPhail et al. mendukung pentingnya faktor akses dan kepercayaan [11]. Ashfiani et al. juga menunjukkan bahwa konseling kelompok yang terstruktur dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis [8].

Mekanisme ketiga adalah keterhubungan sekolah. Raniti et al. menunjukkan bahwa keterhubungan sekolah memiliki fungsi protektif terhadap depresi dan kecemasan [5]. Kajian pengukuran oleh Too et al. memperlihatkan bahwa keterhubungan remaja mencakup beberapa domain relasi dan memiliki relevansi lintas konteks [31]. Kappi et al. juga menunjukkan peran keterhubungan sekolah pada hubungan fungsi sosial dan gejala depresi dalam kelompok remaja tertentu [32]. Program BK dapat memperkuat keterhubungan melalui relasi suportif dengan konselor, mediasi konflik, kegiatan kelompok, dan koordinasi dengan guru.

Mekanisme keempat adalah orientasi masa depan. Perencanaan individual membantu siswa memahami minat, kekuatan, pilihan pendidikan, dan arah karier. Proses tersebut berhubungan secara konseptual dengan dimensi tujuan hidup dan otonomi. Purwaningsih et al. menemukan bahwa bimbingan klasikal berbasis *growth mindset* dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis siswa SMA [33]. Hasil itu menguatkan bahwa layanan perkembangan yang dirancang dengan tujuan psikologis yang jelas dapat berkontribusi pada dimensi kesejahteraan, bukan hanya pada keputusan akademik.

### 3.9 Implikasi Praktis, Keterbatasan dan Agenda Riset Lanjutan

Implikasi pertama berkaitan dengan kebijakan evaluasi BK. Sekolah perlu menggeser indikator keberhasilan dari kelengkapan administrasi menuju pengalaman layanan dan hasil siswa. Indikator minimal mencakup keterjangkauan layanan, konsistensi jadwal, tingkat penggunaan layanan, kecepatan respons, mutu rujukan, keterlibatan keluarga, kolaborasi dengan guru, serta perubahan indikator perkembangan siswa. Pengukuran berkala memungkinkan sekolah membedakan program yang aktif secara administratif dari program yang benar-benar berfungsi.

Implikasi kedua berkaitan dengan kurikulum layanan dasar. Pascapandemi, materi BK perlu mencakup literasi kesehatan mental, keterampilan mencari bantuan, regulasi emosi, penyelesaian konflik, pengambilan keputusan, efikasi diri, tujuan hidup, dan strategi adaptasi. Materi dapat diberikan melalui bimbingan klasikal, aktivitas kelompok, proyek reflektif, serta kolaborasi dengan mata pelajaran. Pendekatan ini konsisten dengan bukti bahwa intervensi universal dan literasi kesehatan mental dapat memberi manfaat pada siswa [23], [24], [27].

Implikasi ketiga menyangkut pedagogi dan kolaborasi. Guru mata pelajaran dan wali kelas dapat berperan sebagai mitra deteksi dini, bukan sebagai pengganti konselor. Guru dapat mengenali perubahan kehadiran, partisipasi, relasi sosial, atau performa akademik. Guru BK kemudian melakukan asesmen dan menentukan respons yang sesuai. Model ini

membutuhkan protokol komunikasi yang melindungi kerahasiaan serta membatasi penyebaran informasi pribadi siswa.

Implikasi keempat berkaitan dengan ketahanan sistem pendidikan. Pendidikan berkelanjutan memerlukan sekolah yang mampu mempertahankan dukungan psikososial saat menghadapi krisis baru, perubahan teknologi, bencana, atau tekanan sosial ekonomi. Sekolah perlu memiliki asesmen kebutuhan berkala, sistem pemantauan kesejahteraan, protokol penanganan risiko, jejaring rujukan, dokumentasi layanan, serta pengembangan profesional konselor. Penguatan dukungan sistem menjadi penting karena komponen tersebut justru menunjukkan keterlaksanaan terendah pada hasil.

Penelitian memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, desain potong lintang tidak dapat membuktikan kausalitas. Kedua, kedua variabel diukur melalui laporan siswa sehingga terdapat risiko bias metode yang sama. Ketiga, instrumen keterlaksanaan mengukur pengalaman penerima layanan dan belum menggabungkan observasi program, audit dokumen, atau penilaian konselor. Keempat, variasi rasio konselor-siswa, pengalaman kerja konselor, dukungan kepala sekolah, dan sumber daya sekolah belum dimasukkan. Kelima, struktur data siswa yang berada di dalam sekolah belum dianalisis melalui model multilevel. Keenam, faktor keluarga, dukungan teman sebaya, kondisi ekonomi, serta kesehatan mental awal belum dikendalikan secara memadai.

Riset lanjutan perlu menggunakan desain longitudinal dengan pengukuran pada beberapa titik waktu. Desain tersebut dapat menguji apakah peningkatan keterlaksanaan program mendahului perubahan kesejahteraan psikologis. Model multilevel juga diperlukan untuk memisahkan variasi pada tingkat siswa dan sekolah. Penelitian campuran dapat menambahkan wawancara dengan siswa, guru BK, pimpinan sekolah, dan orang tua untuk menjelaskan mengapa komponen tertentu mudah atau sulit diakses. Studi kuasi eksperimen atau uji berbasis klaster diperlukan untuk menguji paket layanan tertentu secara kausal. Selain itu, *school connectedness*, efikasi diri, literasi kesehatan mental, regulasi emosi, dan kemampuan mencari bantuan layak diuji sebagai mediator antara keterlaksanaan program dan kesejahteraan psikologis.

#### 4. KESIMPULAN

Keterlaksanaan program bimbingan dan konseling perlu dinilai berdasarkan kualitas layanan yang benar-benar dialami siswa, bukan hanya keberadaan dokumen program. Dalam penelitian, program menunjukkan tingkat keterlaksanaan relatif kuat, tetapi terdapat ketimpangan antar komponen. Layanan dasar menjadi komponen paling terlaksana, sedangkan dukungan sistem masih lemah. Kesejahteraan psikologis siswa juga menunjukkan profil yang berbeda antar dimensi. Hubungan positif dan tujuan hidup relatif lebih kuat, sedangkan pertumbuhan pribadi dan otonomi memerlukan perhatian lebih besar.

Keterlaksanaan program berkorelasi positif pada tingkat sedang dengan kesejahteraan psikologis. Layanan responsif memberikan kontribusi relatif terbesar, diikuti layanan dasar, dukungan sistem, dan perencanaan individual. Pola tersebut mendukung model layanan bertingkat yang menggabungkan pencegahan universal, respons terhadap kebutuhan spesifik, dan mekanisme rujukan yang kuat. Implikasi utamanya adalah perlunya evaluasi BK berbasis akses, kualitas implementasi, kesinambungan, dan hasil perkembangan siswa.

#### 5. DAFTAR PUSTAKA

- [1] N. Racine, B. A. McArthur, J. E. Cooke, R. Eirich, J. Zhu, dan S. Madigan, "Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis," *JAMA Pediatrics*, vol. 175, no. 11, pp. 1142–1150, 2021, doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2482.
- [2] H. Samji, J. Wu, A. Ladak, C. Vossen, E. Stewart, N. Dove, D. Long, dan G. Snell, "Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth: A systematic review," *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 27, no. 2, pp. 173–189, 2022, doi: 10.1111/camh.12501.

- [3] U. Panchal, G. Salazar de Pablo, M. Franco, C. Moreno, M. Parellada, C. Arango, dan P. Fusar-Poli, "The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: Systematic review," *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 32, no. 7, pp. 1151–1177, 2023, doi: 10.1007/s00787-021-01856-w.
- [4] M. F. Hertz, G. Kilmer, J. Verlenden, N. Liddon, C. N. Rasberry, L. C. Barrios, dan K. A. Ethier, "Adolescent mental health, connectedness, and mode of school instruction during COVID-19," *Journal of Adolescent Health*, vol. 70, no. 1, pp. 57–63, 2022, doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.10.021.
- [5] M. Raniti, D. Rakesh, G. C. Patton, dan S. M. Sawyer, "The role of school connectedness in the prevention of youth depression and anxiety: A systematic review with youth consultation," *BMC Public Health*, vol. 22, art. 2152, 2022, doi: 10.1186/s12889-022-14364-6.
- [6] C. D. Ryff dan C. L. M. Keyes, "The structure of psychological well-being revisited," *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 69, no. 4, pp. 719–727, 1995, doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719.
- [7] M. Stavriaki, R. García-Márquez, M. Bajo, A. I. Callejas-Albiñana, B. Paredes, dan D. Díaz, "Brief version of the Ryff Psychological Well-Being Scales for children and adolescents: Evidence of validity," *Psicothema*, vol. 34, no. 2, pp. 316–322, 2022, doi: 10.7334/psicothema2021.235.
- [8] N. Ashfiani, A. Budiaman, dan N. Budiman, "Wellness counseling to improve the psychological well-being," *Psychocentrum Review*, vol. 4, no. 3, pp. 333–345, 2022, doi: 10.26539/pcr.431170.
- [9] L. Kurniawan, D. Suwidagdh, dan R. Ningsih, "Psychological well-being: The impact of student perceptions on guidance and counseling teachers," *KONSELI: Jurnal Bimbingan dan Konseling*, vol. 8, no. 1, pp. 61–68, 2021, doi: 10.24042/kons.v8i1.7619.
- [10] R. Kusumawardani, S. C. Paek, S. Ratanawijitrasin, dan D. Phukao, "Exploring the implementation of the school-based mental health program for adolescents in Indonesia: A mixed-methods study," *Public Health of Indonesia*, vol. 9, no. 4, pp. 164–176, 2023, doi: 10.36685/phi.v9i4.751.
- [11] L. McPhail, G. Thornicroft, dan P. C. Gronholm, "Help-seeking processes related to targeted school-based mental health services: Systematic review," *BMC Public Health*, vol. 24, art. 1217, 2024, doi: 10.1186/s12889-024-18714-4.
- [12] L. J. Damschroder, C. M. Reardon, M. A. O. Widerquist, dan J. Lowery, "The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback," *Implementation Science*, vol. 17, art. 75, 2022, doi: 10.1186/s13012-022-01245-0.
- [13] C. Carlson, S. W. White, M. Hudnall, J. Lochman, dan R. Laird, "Leveraging data science to advance implementation science: The case of school mental health," *Journal of School Health*, vol. 93, no. 11, pp. 1045–1048, 2023, doi: 10.1111/josh.13385.
- [14] J. A. Durlak dan E. P. DuPre, "Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation," *American Journal of Community Psychology*, vol. 41, pp. 327–350, 2008, doi: 10.1007/s10464-008-9165-0.
- [15] E. Proctor, H. Silmere, R. Raghavan, P. Hovmand, G. Aarons, A. Bunger, R. Griffey, dan M. Hensley, "Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda," *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, vol. 38, no. 2, pp. 65–76, 2011, doi: 10.1007/s10488-010-0319-7.
- [16] L. D. Borders dan S. M. Drury, "Comprehensive school counseling programs: A review for policymakers and practitioners," *Journal of Counseling & Development*, vol. 70, no. 4, pp. 487–498, 1992, doi: 10.1002/j.1556-6676.1992.tb01643.x.
- [17] J. Carey dan C. Dimmitt, "School counseling and student outcomes: Summary of six statewide studies," *Professional School Counseling*, vol. 16, no. 2, pp. 146–153, 2012, doi: 10.1177/2156759X0001600204.
- [18] K. Wilkerson, R. Pérusse, dan A. Hughes, "Comprehensive school counseling programs and student achievement outcomes: A comparative analysis of RAMP versus non-RAMP schools," *Professional School Counseling*, vol. 16, no. 3, pp. 172–184, 2013, doi: 10.1177/2156759X1701600302.
- [19] V. Ariyanti, B. Al Habsy, M. Nursalim, dan R. T. Hariastuti, "Profile psychological well-being high school students," *Bisma The Journal of Counseling*, vol. 7, no. 2, pp. 195–200, 2023, doi: 10.23887/bisma.v7i2.69154.
- [20] Z. N. Fahmawati, N. Laili, G. R. Affandi, dan R. A. Paryontri, "Social skill, self-efficacy and psychological wellbeing on high school students," *GUIDENA: Jurnal Ilmu Pendidikan, Psikologi, Bimbingan dan Konseling*, vol. 12, no. 3, pp. 280–289, 2022, doi: 10.24127/gdn.v12i3.5695.
- [21] Q. Zhang, J. Wang, dan A. Neitzel, "School-based mental health interventions targeting depression or anxiety: A meta-analysis of rigorous randomized controlled trials for school-aged children and adolescents," *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 52, no. 1, pp. 195–217, 2023, doi: 10.1007/s10964-022-01684-4.
- [22] A. J. Grande, M. S. Hoffmann, S. Evans-Lacko, C. Ziebold, C. T. de Miranda, D. McDaid, C. Tomasi, dan W. S. Ribeiro, "Efficacy of school-based interventions for mental health problems in children and adolescents in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis," *Frontiers in Psychiatry*, vol. 13, art. 1012257, 2023, doi: 10.3389/fpsy.2022.1012257.
- [23] C. Cipriano et al., "The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions," *Child Development*, vol. 94, no. 5, pp. 1181–1204, 2023, doi: 10.1111/cdev.13968.
- [24] K. K. Y. Ma, J. K. Anderson, dan A.-M. Burn, "Review: School-based interventions to improve mental health literacy and reduce mental health stigma: A systematic review," *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 28, no. 2, pp. 230–240, 2023, doi: 10.1111/camh.12543.
- [25] I. Zbukvic et al., "Evidence for targeted and universal secondary school-based programs for anxiety and depression: An overview of systematic reviews," *Adolescent Research Review*, vol. 9, pp. 53–73, 2024, doi: 10.1007/s40894-023-00211-1.
- [26] M. Bradshaw, H. Gericke, B. J. Coetzee, P. Stallard, S. Human, dan M. Loades, "Universal school-based mental health programmes in low- and middle-income countries: A systematic review and narrative synthesis," *Preventive Medicine*, vol. 143, art. 106317, 2021, doi: 10.1016/j.ypmed.2020.106317.
- [27] H. M. Hassen, M. R. Behera, P. K. Jena, R. S. Dewey, dan G. A. Disassa, "Effectiveness and implementation outcome measures of mental health curriculum intervention using social media to improve the mental health literacy of adolescents," *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, vol. 15, pp. 979–997, 2022, doi: 10.2147/JMDH.S361212.
- [28] K. Kambara dan Y. Kira, "School-based intervention for depressive symptoms in upper secondary education: A focused review and meta-analysis of the effect of CBT-based prevention," *Mental Health & Prevention*, vol. 23, art. 200206, 2021,

- doi: 10.1016/j.mhp.2021.200206.
- [29] J. Montero-Marin et al., "School-based mindfulness training in early adolescence: What works, for whom and how in the MYRIAD trial?" *Evidence-Based Mental Health*, vol. 25, no. 3, pp. 117–124, 2022, doi: 10.1136/ebmental-2022-300439.
- [30] T. M. M. Morgado, L. M. J. Loureiro, dan M. A. M. R. Botelho, "Psychoeducational interventions to promote adolescents' mental health literacy in schools: Identifying theory for the development of a complex intervention," *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, vol. 35, no. 4, pp. 331–340, 2022, doi: 10.1111/jcap.12386.
- [31] E. K. Too, E. Chongwo, A. Mabrouk, dan A. Abubakar, "Adolescent connectedness: A scoping review of available measures and their psychometric properties," *Frontiers in Psychology*, vol. 13, art. 856621, 2022, doi: 10.3389/fpsyg.2022.856621.
- [32] A. Kappi, A. M. Linares, dan M. L. Chung, "School connectedness mediates the association of social function with depressive symptoms in teenagers with attention deficit hyperactivity disorder," *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 28, no. 3, pp. 363–369, 2023, doi: 10.1111/camh.12595.
- [33] L. Purwaningsih, F. N. Isti'adah, dan G. S. Sugara, "The application of growth mindset training-based classical guidance to improve psychological well-being of high school students," *QUANTA: Kajian Bimbingan dan Konseling dalam Pendidikan*, vol. 9, no. 1, pp. 91–98, 2025, doi: 10.22460/quanta.v9i1.5665.