Vol. 6, No. 10, Oktober 2026
pp. 419-435
e-ISSN 2774-700X
DOI: https://doi.org/10.59188/jurnalsosains.v6i10.32806



Strategi Komprehensif Penguatan Pelayanan Kesehatan Jiwa Indonesia

Mohammad Dzulfikar Arifi
Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Indonesia
Email : arifi.trainer@gmail.com

Keywords:
Mental Health Services; Continuum of Care; Policy Analysis; Multiple Criteria Decision Analysis; Primary Health Care

This is an open access article under the CC BY-SA license.

Copyright © 2026 by Author. Published by Green Publisher Indonesia

Abstract

Mental disorders contribute substantially to disability in Indonesia, while access to mental health care remains fragmented by geography, workforce capacity, stigma, and weak coordination. This policy analysis prioritizes service problems, identifies gaps across the continuum of care, and compares options for strengthening the national system. A qualitative descriptive analysis used secondary sources, including national surveys, workforce and facility information, regulations, and World Health Organization frameworks. The stages comprised situation assessment, Urgency–Seriousness–Growth (USG) prioritization, regulatory and service-gap analysis, and Multiple Criteria Decision Analysis (MCDA). The absence of an integrated and continuous service system received the highest USG score (15); unequal resources and weak cross-sector governance followed (13 each). Primary-care mental health strengthening ranked highest in MCDA (84/100), followed by community-based networks and tiered services (82 each), and hospital hubs and rehabilitation–reintegration (77 each). These scores represent evidence-informed analytical judgements rather than statistical estimates of effectiveness. The findings indicate that existing legal mandates are not yet translated into connected care pathways. The proposed response is a six-layer, end-to-end service architecture implemented in five stages and supported by governance, financing, workforce development, and interoperable information. Policy rankings are indicative pending stakeholder validation and sensitivity analysis of scoring assumptions.

Kata Kunci:
Pelayanan Kesehatan Jiwa; *Continuum of Care*; Analisis Kebijakan; *Multiple Criteria Decision Analysis*; Layanan Kesehatan Primer

Abstrak

Gangguan jiwa merupakan penyebab disabilitas yang bermakna di Indonesia, sementara akses layanan masih terfragmentasi akibat ketimpangan tenaga dan fasilitas, stigma, serta koordinasi lintas sektor yang lemah. Makalah kebijakan ini bertujuan memprioritaskan masalah pelayanan kesehatan jiwa, memetakan kesenjangan sepanjang continuum of care, menilai pilihan kebijakan, dan menyusun arah penguatan sistem. Kajian deskriptif-kualitatif menggunakan data sekunder dari survei nasional, statistik layanan dan tenaga, dokumen regulasi, serta kerangka *World Health Organization*. Analisis mencakup kajian situasi, prioritisasi *Urgency–Seriousness–Growth* (USG), penilaian kesenjangan layanan dan regulasi, serta *Multiple Criteria Decision Analysis* (MCDA). Masalah tertinggi adalah belum tersedianya sistem layanan komprehensif, terintegrasi, dan berkesinambungan (USG 15), diikuti ketimpangan sumber daya dan tata kelola lintas sektor (masing-masing 13). Penguatan layanan Puskesmas menempati urutan pertama dalam MCDA (84/100), disusul jejaring komunitas dan layanan berjenjang (masing-masing 82), serta rumah sakit sebagai pusat rujukan dan rehabilitasi–reintegrasi

(masing-masing 77). Angka tersebut merupakan penilaian analitis berbasis bukti, bukan estimasi statistik efektivitas kebijakan. Kajian merekomendasikan penguatan layanan terpadu dari hulu ke hilir dalam enam lapisan dan lima tahap implementasi. Urutan rekomendasi masih memerlukan validasi pemangku kepentingan serta uji sensitivitas penilaian.

PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa merupakan keadaan sejahtera yang mencakup aspek fisik, mental, dan sosial, bukan sekadar ketiadaan gangguan jiwa. Kesehatan jiwa tidak terpisahkan dari kesehatan fisik dan kesejahteraan, memengaruhi kemampuan individu dalam mengambil keputusan, membangun hubungan, dan membentuk lingkungan, serta perlu dipandang sebagai bagian dari hak asasi manusia yang penting bagi pengembangan diri, komunitas, dan sosial-ekonomi (WHO, 2022). Gangguan jiwa memiliki hubungan sebab-akibat dengan penyakit tidak menular, disabilitas, dan kemiskinan. Penyakit tidak menular kronis dapat memicu depresi, depresi dapat menimbulkan disabilitas karena terganggunya fungsi individu, dan disabilitas dapat mendorong kemiskinan karena individu tidak mampu bekerja (Patel et al., 2013). Rangkaian ini dapat berawal dari isu mana pun, sehingga perbaikan pada satu isu juga berdampak pada isu lainnya.

Gangguan jiwa memang tidak secara langsung menyebabkan kematian, tetapi menimbulkan disabilitas yang mengurangi keberfungsian dan kesempatan seseorang untuk hidup optimal. Data beban penyakit global tahun 2019 menunjukkan bahwa kontribusi gangguan jiwa terhadap years lived with disability (YLDs) mencapai 14,6% secara global dan 13,1% di Indonesia (IHME, 2019). Beban yang diukur dengan disability-adjusted life years (DALYs) juga terus meningkat; porsi DALYs akibat gangguan jiwa di Indonesia naik dari 4,15% pada 2015 menjadi 4,36% pada 2019, sedangkan secara global naik dari 4,67% menjadi 4,92%. Di antara penyakit tidak menular, gangguan jiwa pada 2019 menempati urutan ketujuh di Indonesia dan kelima secara global, bahkan secara global melampaui diabetes dan penyakit ginjal (Anindyajati et al., 2022; Cipta & Saputra, 2022; Kaligis et al., 2021; Subu et al., 2021; Suryaputri et al., 2022).

Kasus kesehatan jiwa di Indonesia juga semakin mudah ditemukan. Prevalensi gangguan jiwa berat meningkat dari 0,17% pada Riskesdas 2013 menjadi 0,67% pada Riskesdas 2018. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 mencatat prevalensi rumah tangga dengan anggota yang mengalami psikosis/skizofrenia sebesar 4 permil, depresi pada penduduk berusia 15 tahun ke atas sebesar 1,4%, dan masalah kesehatan jiwa pada kelompok usia yang sama sebesar 2,0% (Baklien et al., 2023; Basrowi et al., 2024; Erskine et al., 2024; Munira et al., 2023). *Indonesia National Adolescent Mental Health Survey* (I-NAMHS) 2021 menemukan bahwa 34,9% remaja usia 10–17 tahun mengalami masalah kesehatan jiwa dan 5,5% mengalami gangguan jiwa dalam 12 bulan terakhir; gangguan kecemasan merupakan yang terbanyak (3,7%), diikuti depresi mayor (1%) dan gangguan stres pascatrauma (0,5%). Survei yang sama mencatat pikiran bunuh diri pada 1,43% remaja, percobaan bunuh diri 0,15%, dan percobaan menyakiti diri 4,43%. Di kalangan dewasa muda, prevalensi gejala depresi berdasarkan Indonesian Family Life Survey 5 mencapai 27,86% (Purborini et al., 2021).

Data bunuh diri nasional masih bergantung pada estimasi organisasi nonpemerintah. Pada 2020 diperkirakan terjadi 2.700 kasus bunuh diri, tetapi hanya 670 yang dilaporkan (Onie, 2022), sementara Bank Dunia memperkirakan angka bunuh diri tahun 2019 sebesar 2,4 per 100.000 penduduk. Global School-based Student Health Survey mencatat 4,75% remaja Indonesia memiliki ide bunuh diri dan 2,46% pernah mencoba bunuh diri (Putra et al., 2019). Faktor risiko kesehatan jiwa di Indonesia antara lain bersumber dari keluarga, stigma, dan bencana. Pengalaman kekerasan pada masa kanak-kanak dan kurangnya keterlibatan keluarga dalam pengasuhan merupakan faktor risiko bunuh diri yang kuat (Pengpid & Peltzer, 2017), sedangkan dukungan keluarga yang memadai menjadi faktor protektif (Ratnasari et al., 2017). Sebagai negara rawan bencana, Indonesia juga menghadapi tingginya gangguan stres pascatrauma setelah bencana alam (Frankenberg et al., 2008; Irmansyah et al., 2010).

Di sisi pelayanan, kesenjangan pengobatan (*treatment gap*) Indonesia tergolong tinggi; Indonesia menempati urutan ke-12 dari 15 negara dalam *Asia-Pacific Mental Health Integration Index*, terutama karena terbatas dan tidak meratanya tenaga kesehatan serta kesenjangan fasilitas antara wilayah perkotaan dan perdesaan (Kemenkes, 2022). Berdasarkan SKI 2023, kesenjangan pengobatan psikosis/skizofrenia sebesar 37,2%, sedangkan hanya 12,7% penderita depresi yang mendapat pengobatan. Laporan dinas kesehatan menunjukkan 65% ODGJ berat telah memperoleh layanan, tetapi cakupan layanan untuk depresi dan gangguan mental emosional masih di bawah 10% (Kemenkes RI, 2024). Artinya, gangguan jiwa berat relatif lebih tertangani, sementara gangguan yang manifestasinya tidak mudah terlihat masih memiliki kesenjangan yang lebar (Subu et al., 2024; Tyas et al., 2024).

Kapasitas fasilitas juga belum memadai. Dari lebih dari 10.000 Puskesmas, hanya 4.617 atau sekitar 44,7% yang memiliki layanan kesehatan jiwa (BPS, 2021). Hanya sekitar 47,1% RSUD (357 dari 785) yang memiliki layanan kesehatan jiwa, dan Indonesia baru memiliki 48 Rumah Sakit Jiwa (RSJ). Beberapa provinsi, antara lain Kepulauan Riau, Banten, Sulawesi Barat, Maluku Utara, Gorontalo, Nusa Tenggara Timur, Papua Barat, dan Kalimantan Utara, belum memiliki RSJ, padahal regulasi mewajibkan RSU menyelenggarakan layanan kesehatan jiwa dan setiap provinsi memiliki sedikitnya satu RSJ. Obat psikiatri di FKTP masih terbatas jenisnya, meskipun buffer stock telah didistribusikan ke dinas kesehatan kabupaten/kota. RSJ Marzoeki Mahdi Bogor ditetapkan sebagai Pusat Kesehatan Jiwa Nasional pada 2022, tetapi fungsi penelitian dan pengembangan teknologinya belum memiliki rencana lanjutan yang jelas (Lestari & Wardhani, 2014; Pusat Kesehatan Reproduksi FKKMK UGM, 2022).

Ketersediaan sumber daya manusia (SDM) pun jauh dari kebutuhan. Indonesia memiliki sekitar 3.548 psikolog klinis (IPK, 2022) dan 1.221 psikiater (PDSKJI, 2024), sementara standar minimum WHO sebesar satu tenaga kesehatan jiwa per 30.000 penduduk berarti Indonesia dengan sekitar 272,7 juta penduduk membutuhkan kurang lebih 9.000 tenaga. Sebarannya juga timpang; hanya DI Yogyakarta dan DKI Jakarta yang telah memenuhi rasio psikolog klinis per penduduk sesuai standar WHO (World Health Organization, 2021, 2022). Praktik baik telah muncul, misalnya kerja sama Dinas Kesehatan Sleman dengan Fakultas Psikologi UGM sejak 2004 yang berkembang hingga satu psikolog

di setiap Puskesmas dan kemudian diikuti Kota Yogyakarta, Bantul, serta Puskesmas di DKI Jakarta. Selain menambah akses, layanan ini meringankan biaya; tarif konsultasi psikolog Puskesmas di Sleman hanya Rp15.000 per sesi dan gratis bagi pasien rujukan dokter Puskesmas.

Dari sisi regulasi, UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan PP Nomor 28 Tahun 2024 (Pasal 145–177) telah menggeser paradigma kesehatan jiwa dari orientasi penyakit menuju kesejahteraan dan keberfungsian, dengan upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang proaktif, terintegrasi, dan berkesinambungan sepanjang siklus hidup, serta penegasan hak Orang yang Berisiko dan ODGJ. Namun, banyak ketentuan masih didelegasikan kepada Peraturan Menteri; formula kebutuhan sumber daya dan mekanisme pendanaan belum dirinci; peralihan dari layanan berbasis rumah sakit ke layanan berbasis komunitas memerlukan standar dan indikator yang jelas; mekanisme koordinasi lintas sektor belum operasional; dan sistem data serta registri bunuh diri perlu dipastikan lengkap dan interoperabel.

Pembiayaan bersumber dari APBN dan APBD serta dukungan masyarakat, tetapi desentralisasi menimbulkan disparitas fasilitas antardaerah, dan BPJS Kesehatan tidak menjamin gangguan yang disebabkan perilaku membahayakan diri, termasuk akibat alkohol atau zat psikotropika. Belum ada sistem informasi kesehatan jiwa yang terintegrasi; pengumpulan data masih manual dan terkendala ketiadaan petugas khusus, tumpang tindih data antarinstansi, serta rendahnya literasi petugas. Rehabilitasi sosial dilaksanakan Kementerian Sosial melalui program Asistensi Rehabilitasi Sosial (ATENSI), tetapi sinerginya dengan layanan keluarga di kementerian lain belum jelas. Organisasi nonpemerintah dan komunitas, seperti Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia, Bipolar Care Indonesia, dan Into The Light Indonesia, berperan dalam peningkatan literasi, dukungan sebaya, dan advokasi, tetapi perannya masih dapat dioptimalkan.

Stigma tetap menjadi hambatan besar. Gangguan jiwa masih dipandang sebagai kutukan atau aib keluarga yang harus disembunyikan (Tristiana et al., 2017), sehingga keluarga terlambat mencari pertolongan dan pada kasus berat berujung pada pemasungan (Laila et al., 2018). Meskipun gerakan Indonesia Bebas Pasung telah dimulai sejak 2010, angka pemasungan pada penderita gangguan jiwa berat masih sekitar 14%. Stigma juga ditemukan pada tenaga kesehatan nonkesehatan jiwa (Praharso et al., 2020), dan rendahnya literasi kesehatan jiwa, yang umum di negara berkembang berbudaya kolektif (Brooks et al., 2022), menunjukkan perlunya edukasi masyarakat secara luas (Anjara et al., 2021).

Kajian terdahulu dan laporan kelembagaan yang digunakan dalam tulisan ini telah menunjukkan beban gangguan jiwa, kesenjangan tenaga serta fasilitas, dan kebutuhan pemenuhan mandat regulasi. Namun, pembahasan mengenai prevalensi penyakit, kapasitas pelayanan, dan ketentuan hukum belum cukup apabila setiap temuan dipertimbangkan sebagai persoalan yang terpisah. Kesenjangan analitis yang hendak dijawab adalah bagaimana bukti tersebut digunakan secara konsisten untuk menentukan masalah yang harus lebih dahulu ditangani, menilai kelayakan beberapa alternatif, dan menyusun urutan penguatan layanan sepanjang continuum of care.

Berdasarkan gambaran tersebut, persoalan kesehatan jiwa di Indonesia bersifat sistemik: belum kuatnya sistem yang menjangkau masyarakat sejak promosi dan

pencegahan, deteksi dini, pelayanan kuratif, rehabilitasi, hingga reintegrasi ke keluarga dan masyarakat. Lima kelompok masalah dapat diidentifikasi, yaitu (1) sistem pelayanan kesehatan jiwa yang belum komprehensif dan berkesinambungan; (2) keterbatasan dan ketidakmerataan SDM, fasilitas, sarana-prasarana, dan obat; (3) tata kelola dan koordinasi lintas sektor yang belum terlembaga; (4) rendahnya literasi dan tingginya stigma; serta (5) pembiayaan yang belum mendukung penguatan sistem secara berkelanjutan, ditandai dengan turunnya anggaran intervensi kesehatan jiwa di APBN Kementerian Kesehatan dari sekitar Rp52,8 miliar pada 2021 menjadi Rp39,9 miliar pada 2023. Makalah kebijakan ini bertujuan menentukan prioritas masalah, menganalisis kesenjangan sistem pelayanan, menilai alternatif kebijakan, dan merumuskan strategi penguatan pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif. Kesenjangan kajian terletak pada belum terhubungnya analisis beban masalah, penilaian alternatif, dan rancangan urutan pelaksanaan secara eksplisit. Integrasi USG dan MCDA dalam tulisan ini ditawarkan sebagai kerangka penalaran kebijakan, bukan sebagai validasi empiris dampak setiap alternatif.

Urgensi perumusan kebijakan tidak hanya berasal dari tingginya beban masalah, tetapi juga dari risiko putusnya tindak lanjut pasien antara deteksi dini, pelayanan primer, rujukan, dan reintegrasi sosial. Kebaruan makalah ini bersifat perumusan kerangka kebijakan yang menghubungkan analisis situasi, prioritisasi USG, penelusuran kesenjangan layanan dan regulasi, serta pembandingan alternatif menggunakan MCDA. Tujuannya adalah menghasilkan arah implementasi yang dapat ditelaah oleh pengambil kebijakan, bukan mengklaim bahwa susunan intervensi tersebut telah terbukti efektif melalui uji lapangan.

METODE PENELITIAN

Kajian ini merupakan analisis kebijakan (policy analysis) dengan pendekatan kualitatif-deskriptif yang bertumpu pada data sekunder. Sumber data meliputi survei nasional (Riskesdas 2013 dan 2018, SKI 2023, I-NAMHS 2021, IFLS 5, dan GSHS), data beban penyakit IHME 2019, data fasilitas dan tenaga kesehatan dari BPS, Kementerian Kesehatan, dan organisasi profesi, laporan kajian Center for Public Mental Health UGM dan Kementerian Kesehatan, background study RPJMN aspek kesehatan jiwa Kementerian PPN/Bappenas, serta dokumen regulasi dan kerangka global WHO (Center for Public Mental Health UGM & Kementerian Kesehatan RI, 2022). Analisis dilakukan dalam empat tahap.

A. Analisis situasi

Tahap pertama menelaah kondisi epidemiologis, kapasitas fasilitas dan SDM, regulasi, pembiayaan, peran organisasi nonpemerintah, sistem pendukung, dan stigma untuk mengidentifikasi kelompok permasalahan kesehatan jiwa.

B. Prioritisasi masalah dengan metode USG

Kelima kelompok permasalahan dinilai menggunakan metode Urgency–Seriousness–Growth (USG). Urgency menunjukkan seberapa mendesak masalah harus ditangani; Seriousness menunjukkan besarnya dampak terhadap kesehatan, sosial, ekonomi, hak asasi manusia, dan keberlangsungan sistem; sedangkan Growth menunjukkan potensi masalah membesar apabila tidak diintervensi. Setiap dimensi diberi skor 1 (rendah) sampai 5 (sangat tinggi), lalu dijumlahkan (U + S + G); semakin tinggi skor, semakin tinggi prioritas. Penilaian

merupakan analytical judgement berbasis bukti, sehingga skor berfungsi sebagai alat bantu prioritisasi, bukan hasil pengukuran statistik.

C. Analisis regulasi dan kesenjangan

Masalah prioritas dianalisis dengan membandingkan kerangka normatif, yaitu WHO Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030, panduan WHO tentang layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas, UU 17/2023, PP 28/2024, Permenkes 54/2017, dan regulasi pendukung, dengan kondisi implementasi di setiap tahap continuum of care, mulai dari promosi hingga rehabilitasi dan reintegrasi.

D. Analisis alternatif kebijakan dengan MCDA

Lima alternatif kebijakan dinilai menggunakan Multiple Criteria Decision Analysis (MCDA), yang menetapkan alternatif, kriteria, bobot, skala penilaian, dan proses penilaian secara transparan sehingga trade-off antarkriteria terlihat. Setiap alternatif diberi skor 1–5 pada lima kriteria berbobot (Tabel 1), lalu skor tertimbang dikonversi ke skala 100. Hasil MCDA berfungsi sebagai alat pendukung keputusan, bukan pengganti keputusan kebijakan.

Tabel 1. Kriteria dan Bobot Analisis MCDA

Kriteria	Bobot	Definisi operasional
K1. Kelayakan teknis	20%	Kemampuan alternatif diterapkan dengan model pelayanan, kompetensi, teknologi, standar klinis, dan jejaring yang tersedia atau realistis dikembangkan
K2. Dukungan kebijakan/regulasi	20%	Kesesuaian dengan UU 17/2023, PP 28/2024, kebijakan layanan primer, pendekatan berbasis komunitas, dan arah pembangunan kesehatan nasional
K3. Kesiapan kelembagaan dan sumber daya	20%	Ketersediaan atau kemudahan penguatan kelembagaan, SDM, fasilitas, pembiayaan, tata kelola, dan jejaring yang diperlukan
K4. Kompleksitas operasional	15%	Kemudahan implementasi, koordinasi, standardisasi, pengelolaan rujukan, dan monitoring (skor 5 = kompleksitas rendah; 1 = sangat kompleks)
K5. Kontribusi terhadap continuum of care	25%	Besarnya kontribusi dalam mengurangi treatment gap, memperkuat kesinambungan hulu–hilir, meningkatkan equity, dan mendukung recovery serta reintegrasi

Sumber: Tidak tercantum pada naskah asli

Kelayakan teknis, dukungan kebijakan, dan kesiapan kelembagaan masing-masing diberi bobot 20% karena alternatif yang baik secara konseptual tetapi tidak dapat dilaksanakan tidak akan menghasilkan perubahan sistem. Kompleksitas operasional diberi bobot 15% karena masih dapat dikelola melalui tahapan implementasi dan penguatan tata kelola. Kontribusi terhadap continuum of care diberi bobot terbesar, yaitu 25%, karena tujuan utama intervensi adalah mengatasi masalah sistemik yang menjadi prioritas hasil USG. Hasil keempat tahap tersebut kemudian disintesis menjadi rekomendasi kebijakan dan tahapan implementasi.

Penilaian USG dan MCDA dibaca sebagai perangkat penyusunan argumentasi kebijakan berdasarkan dokumen sekunder yang tersedia. Kriteria, bobot, dan skor digunakan untuk memperlihatkan pertimbangan yang mendasari urutan alternatif; nilainya tidak mencerminkan hasil survei preferensi pemangku kepentingan atau estimasi dampak. Karena identitas pemberi skor serta analisis sensitivitas atas bobot tidak dirinci dalam naskah, hasil pemeringkatan harus diposisikan sebagai rekomendasi awal yang masih membutuhkan pengujian bersama pihak terkait. Pembandingan tahap continuum of care dilakukan untuk menelaah kesenjangan

hubungan antarprogram, bukan untuk menghitung besaran dampak setiap kebijakan yang belum diimplementasikan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Prioritisasi Permasalahan

Tabel 2. Hasil Prioritisasi Permasalahan dengan Metode USG

No.	Permasalahan	U	S	G	Total	Peringkat	Kategori
1	Belum terwujudnya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif, terintegrasi, dan berkesinambungan	5	5	5	15	I	Sangat tinggi
2	Keterbatasan dan ketidakmerataan SDM, fasilitas, sarana-prasarana, dan obat kesehatan jiwa	5	4	4	13	II	Sangat tinggi
3	Belum optimalnya kepemimpinan, tata kelola, dan koordinasi lintas sektor	5	4	4	13	II	Sangat tinggi
4	Rendahnya literasi kesehatan jiwa dan masih tingginya stigma	4	5	3	12	III	Tinggi
5	Rendahnya investasi dan belum optimalnya mekanisme pembiayaan kesehatan jiwa	3	4	4	11	IV	Rendah

Sumber: Tidak tercantum pada naskah asli

U = urgency; S = seriousness; G = growth; skor 1–5 per dimensi.

Masalah dengan prioritas tertinggi adalah belum terwujudnya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif, terintegrasi, dan berkesinambungan (skor 15). Keterbatasan sumber daya pelayanan serta belum optimalnya tata kelola lintas sektor menyusul dengan skor 13, kemudian literasi dan stigma (12) serta pembiayaan (11). Masalah pertama menempati posisi teratas karena perubahan kebijakan yang menyasar masalah ini akan turut mengatasi masalah kedua hingga kelima. Di banyak wilayah, akses layanan kesehatan jiwa di FKTP masih terbatas, layanan yang ada belum mencakup promosi, prevensi, kurasi, dan rehabilitasi secara utuh, keterlibatan lintas sektor belum terintegrasi, dan pelanggaran hak asasi manusia seperti pemasungan masih ditemukan.

Hasil prioritisasi ini perlu dibaca bukan semata-mata sebagai kekurangan fasilitas atau tenaga, melainkan sebagai persoalan desain dan keterhubungan sistem. Promosi dan pencegahan belum terhubung dengan deteksi dini; deteksi dini belum selalu terhubung dengan layanan primer; layanan primer belum selalu memiliki jejaring rujukan yang efektif; pelayanan spesialistik belum selalu terhubung dengan rehabilitasi dan dukungan sosial; dan pemulihan belum selalu berujung pada reintegrasi ke keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan masyarakat. Berbagai komponen sistem sebenarnya telah tersedia dalam bentuk program, fasilitas, tenaga, skema pembiayaan, dan inisiatif masyarakat, tetapi belum terhubung dalam satu sistem dengan tujuan, indikator, rujukan, data, dan pembiayaan yang selaras. Karena itu, intervensi pembangunan sebaiknya dimulai dari penguatan sistem dan kapasitas, dengan literasi, pembiayaan, serta data dan informasi sebagai pengungkit.

Kerangka Konseptual: *Continuum of Care*

WHO memandang kesehatan jiwa sebagai hasil interaksi faktor biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan. Karena faktor risiko muncul sejak sebelum kelahiran dan berlanjut sepanjang siklus hidup, intervensi tidak dapat menunggu sampai gangguan muncul. Hulu sistem kesehatan jiwa harus mencakup keluarga yang suportif, pengasuhan positif, sekolah yang aman, lingkungan kerja yang sehat, perlindungan sosial, pencegahan kekerasan, pengurangan stigma, peningkatan literasi, dan penguatan keterampilan sosial-emosional. Dengan kata lain, kebijakan harus bergeser dari paradigma mengobati gangguan menuju menciptakan kondisi yang mendukung kesehatan jiwa sepanjang siklus kehidupan.

Pendekatan kesehatan masyarakat membentuk continuum: promosi meningkatkan faktor protektif; pencegahan mengurangi faktor risiko; deteksi dini dan intervensi awal menangkap masalah sebelum memberat; pengobatan menangani kondisi yang telah berkembang; dan rehabilitasi serta recovery membantu individu mencapai fungsi optimal. *WHO Comprehensive Mental Health Action Plan* 2013–2030 menetapkan empat tujuan, yaitu penguatan kepemimpinan dan tata kelola; layanan kesehatan jiwa dan sosial yang komprehensif, terintegrasi, dan berbasis komunitas; promosi dan pencegahan; serta penguatan sistem informasi, bukti, dan penelitian. WHO juga merekomendasikan integrasi kesehatan jiwa ke rumah sakit umum dan pelayanan primer, kesinambungan antarlevel pelayanan, kolaborasi dengan penyedia informal, intervensi dini, serta pendekatan yang berorientasi pada pemulihan, berpusat pada individu, dan berbasis hak asasi manusia. Rumah sakit tetap penting untuk kondisi akut dan kompleks, tetapi harus menjadi bagian dari jejaring yang terhubung dengan layanan primer, komunitas, keluarga, layanan sosial, dan dukungan sebaya. Keberhasilan pelayanan pun tidak berhenti pada berkurangnya gejala klinis, tetapi mencakup kemampuan individu menjalankan fungsi sosial, pendidikan, atau pekerjaan.

Landasan Regulasi Nasional

UU 17/2023 tentang Kesehatan, yang mencabut UU 18/2014 tentang Kesehatan Jiwa, menempatkan kesehatan dalam kerangka penguatan sistem yang integratif dan holistik, sehingga kesehatan jiwa harus menjadi bagian integral dari sistem kesehatan nasional, bukan sistem paralel. PP 28/2024 memberikan dasar paling eksplisit untuk desain pelayanan hulu–hilir. Pasal 146 menegaskan upaya kesehatan jiwa yang proaktif, terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan sepanjang siklus kehidupan; Pasal 150–156 mengatur upaya promotif dan preventif, termasuk penghilangan stigma, deteksi dini, konseling, dukungan psikologis awal, dan pencegahan bunuh diri; Pasal 157 mengatur upaya kuratif dengan tata laksana farmakologis dan nonfarmakologis serta rujukan dan rujuk balik; Pasal 159–160 mengatur rehabilitasi psikiatrik/psikososial, medik, dan sosial serta dukungan kepada keluarga; Pasal 165–167 mengatur SDM, fasilitas, dan pendanaan, termasuk fasilitas di luar sektor kesehatan dan berbasis masyarakat yang dikoordinasikan Puskesmas; dan Pasal 170 mengatur pencatatan serta pelaporan melalui sistem informasi kesehatan yang terintegrasi.

Karena regulasi teknis turunan UU 17/2023 belum terbit, pelayanan kesehatan jiwa masih mengacu pada Permenkes 54/2017 tentang Penanggulangan Pemasungan. Regulasi ini memandang pemasungan sebagai pelanggaran berat hak asasi manusia dan telah membangun kerangka yang relatif komprehensif melalui tiga tahap, yaitu pencegahan, penanganan, dan rehabilitasi, yang mencakup jaminan kesehatan, layanan bermutu, day care, home visit, layanan

residensial, rehabilitasi vokasional, kelompok bantu diri, hingga reintegrasi. Namun, pedomannya sendiri mengakui berbagai kesenjangan implementasi: lemahnya daya ungkit regulasi dan koordinasi lintas sektor, rendahnya pemberdayaan keluarga, tingginya treatment gap, pemasungan kembali akibat putus obat, belum optimalnya rujukan dua arah, terbatasnya obat kedaruratan psikiatri, dan belum mantapnya sistem informasi. Fokus kebijakan ke depan karenanya tidak cukup pada bebas pasung, tetapi harus bergeser ke pencegahan kekambuhan, kesinambungan pengobatan, dan penguatan layanan primer serta komunitas. Regulasi pendukung lainnya adalah Permenkes 19/2024 tentang Puskesmas, Permenkes 6/2024 tentang Standar Teknis SPM Kesehatan, Permenkes 18/2022 tentang Satu Data Bidang Kesehatan, serta target SDGs 3.4 dengan indikator angka kematian akibat bunuh diri.

Analisis Kesenjangan *Continuum of Care*

Perbandingan antara kerangka normatif dan kondisi lapangan menunjukkan bahwa persoalan utama adalah kesenjangan antara desain normatif dan kapasitas implementasi. Peta kesenjangan pada setiap tahap continuum disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3. Peta Kesenjangan Continuum of Care Kesehatan Jiwa

Tahap	Kesenjangan utama	Implikasi	Arah solusi
Hulu: determinan dan promosi	Intervensi lintas sektor belum dalam kerangka kesehatan jiwa bersama; literasi dan stigma masih menghambat	Masalah muncul atau memburuk sebelum individu terhubung dengan layanan	Kerangka promosi lintas sektor sepanjang siklus hidup melalui sekolah, keluarga, tempat kerja, komunitas, dan media
Pencegahan dan deteksi dini	Skrining, konseling, dan psychological first aid belum terhubung seragam dengan jalur pelayanan	Kasus ditemukan terlambat atau tidak masuk sistem	Standar deteksi dini, jalur rujukan, PFA, intervensi awal, dan registri
Pelayanan primer	Cakupan layanan jiwa Puskesmas terbatas; kapasitas SDM tidak merata	Akses dan kontinuitas layanan rendah	Paket layanan jiwa primer, SDM terlatih, supervisi spesialis, jejaring desa/kelurahan
Rujukan dan krisis	Kapasitas spesialistik serta rujuk dan rujuk balik belum merata	Kasus kompleks menumpuk atau terputus setelah rujukan	Stepped care, crisis pathway, layanan jiwa di RS umum, RSJ sebagai hub
Rehabilitasi dan sosial	Hubungan layanan kesehatan dengan rehabilitasi sosial dan komunitas belum optimal	Pemulihan klinis tidak selalu berujung pada kemandirian dan reintegrasi	Rencana pemulihan individual, case management, rehabilitasi psikososial, dukungan hunian dan pekerjaan
Data dan tata kelola	Data terfragmentasi; koordinasi lintas sektor belum optimal	Perencanaan, pembiayaan, dan evaluasi sulit dilakukan	Satu data, indikator bersama, dashboard, kelembagaan koordinasi

Sumber: Tidak tercantum pada naskah asli

Kesenjangan hulu. Upaya promosi dan intervensi terhadap determinan sosial belum ditempatkan sebagai agenda lintas sektor, padahal kesehatan jiwa dipengaruhi oleh keluarga,

pendidikan, pekerjaan, kondisi sosial-ekonomi, kekerasan, perundungan, dan penggunaan media. Akibatnya, pencegahan baru bergerak setelah masalah berkembang, sementara stigma membuat individu dan keluarga tidak mengenali gejala atau menyembunyikannya. Pada tahap berikutnya, skrining tanpa jalur rujukan dan tindak lanjut yang jelas berisiko menjadi intervensi yang terputus. Keberhasilan deteksi dini ditentukan oleh kemampuan sistem menjawab pertanyaan setelah seseorang terdeteksi: layanan apa yang dibutuhkan, di mana, oleh siapa, dan bagaimana memastikan layanan itu diterima.

Kesenjangan pelayanan. Pelayanan primer, yang paling dekat dengan masyarakat, belum merata dari segi cakupan, tenaga terlatih, kemampuan klinis, dan supervisi. Pada tingkat rujukan, kapasitas spesialistik tidak merata dan rujuk balik belum optimal, termasuk kesulitan pasien RSJ memperoleh layanan spesialistik nonjiwa di RS umum. Tanpa strata pelayanan yang jelas, kasus cenderung mengalir ke fasilitas berkapasitas tertinggi dan menumpuk, sedangkan di wilayah dengan kapasitas terbatas, individu terlambat mendapat layanan yang sesuai.

Kesenjangan rehabilitasi. Pelayanan tidak berhenti ketika gejala berkurang, tetapi hubungan antara layanan kesehatan dan rehabilitasi psikososial, dukungan sosial, komunitas, pendidikan, serta dunia kerja belum optimal. Akibatnya, pemulihan dapat berhenti pada aspek klinis tanpa diikuti pemulihan fungsi dan kemandirian. Skema pembiayaan yang membatasi periode perawatan dan belum adanya jejaring dengan layanan berbasis masyarakat turut memperbesar risiko pasien kembali ke keluarga tanpa dukungan yang memadai.

Alternatif Kebijakan

Berdasarkan analisis kesenjangan, solusi yang diperlukan bukan satu program baru, melainkan penguatan continuum of mental health care nasional. Lima alternatif kebijakan dirumuskan sebagai berikut.

1) **Alternatif 1**

   Memperluas layanan kesehatan jiwa di Puskesmas. Penguatan pintu masuk sistem melalui paket layanan minimal kesehatan jiwa primer, pelatihan tenaga, obat esensial, supervisi atau telekonsultasi dengan spesialis, deteksi dini, konseling, intervensi awal, pengelolaan kasus, dan rujuk balik. Alternatif ini mudah diintegrasikan dengan transformasi layanan primer, tetapi bila berdiri sendiri cenderung berpusat pada fasilitas dan belum menyelesaikan determinan sosial, stigma, serta rehabilitasi.

2) **Alternatif 2**

   Membangun jejaring pelayanan berbasis komunitas. Jejaring yang menghubungkan desa/kelurahan, keluarga, kader, sekolah, tempat kerja, organisasi masyarakat, layanan sosial, praktik psikologi, Puskesmas, rumah sakit, dan fasilitas rehabilitasi. Model ini paling dekat dengan pendekatan WHO dan dengan PP 28/2024 yang mengakui fasilitas di luar sektor kesehatan dan berbasis masyarakat.

3) **Alternatif 3**

   Menerapkan strata pelayanan. Intensitas intervensi disesuaikan dengan kebutuhan: distres ringan ditangani melalui edukasi, self-help terarah, dukungan psikologis awal, atau konseling; kondisi lebih kompleks melalui intervensi psikologis terstruktur dan/atau farmakoterapi; sedangkan kondisi berat, krisis, atau berisiko tinggi melalui layanan spesialistik dan/atau rawat inap.

4) Alternatif 4

Memperkuat RSJ dan RS umum sebagai hub. RSJ dan layanan jiwa di RS umum berfungsi sebagai pusat rujukan, konsultasi, pendidikan, pelatihan, layanan krisis, dan dukungan bagi jejaring primer, tanpa memperbesar ketergantungan pada rawat inap jangka panjang.

5) Alternatif 5

Menjadikan rehabilitasi dan reintegrasi bagian dari pelayanan. Episode pelayanan dinilai selesai bukan ketika pasien keluar dari rumah sakit, tetapi ketika individu memiliki rencana pemulihan dan dukungan yang memadai untuk kembali ke keluarga, pendidikan, pekerjaan, atau aktivitas produktif, sejalan dengan integrasi rehabilitasi psikiatrik, medik, dan sosial dalam PP 28/2024.

Hasil Analisis MCDA

Tabel 4. Hasil Penilaian Alternatif Kebijakan dengan MCDA

Peringkat	Alternatif	K1	K2	K3	K4	K5	Skor /100
1	Penguatan layanan kesehatan jiwa di Puskesmas	4	5	4	4	4	84
2	Jejaring pelayanan berbasis komunitas	4	5	3	3	5	82
2	Strata pelayanan	4	5	3	3	5	82
4	RSJ/RS umum sebagai hub rujukan	4	5	3	3	4	77
4	Rehabilitasi dan reintegrasi sebagai bagian pelayanan	4	5	3	3	4	77

Sumber: Tidak tercantum pada naskah asli

Skor /100 = (0,20·K1 + 0,20·K2 + 0,20·K3 + 0,15·K4 + 0,25·K5) × 20. Alternatif dengan skor sama diberi peringkat yang sama.

Penguatan layanan kesehatan jiwa di Puskesmas memperoleh skor tertinggi (84/100), terutama karena tingginya dukungan kebijakan dan relatif kuatnya kesiapan kelembagaan. Puskesmas telah menjadi bagian dari sistem pelayanan primer dan secara regulasi berfungsi menyelenggarakan serta mengoordinasikan pelayanan di wilayahnya, sehingga penguatannya lebih layak daripada membangun institusi baru. Namun, skor tinggi ini tidak berarti Puskesmas dapat menjadi satu-satunya solusi; tanpa jejaring komunitas, layanan spesialistik, rehabilitasi, dan rujuk balik, fragmentasi akan tetap terjadi. Puskesmas sebaiknya diposisikan sebagai salah satu simpul utama continuum of care dan koordinator pelayanan berbasis wilayah.

Jejaring berbasis komunitas dan strata pelayanan (82) memiliki kontribusi tertinggi terhadap continuum of care (skor K5 = 5), tetapi membutuhkan kesiapan kelembagaan dan koordinasi yang lebih besar. RSJ/RS umum sebagai hub dan rehabilitasi-reintegrasi (77) berada di peringkat terbawah, bukan karena kurang penting, melainkan karena keduanya menuntut kesiapan sumber daya dan koordinasi yang lebih tinggi. Rehabilitasi dan reintegrasi justru harus dipandang sebagai komponen wajib, khususnya bagi gangguan jiwa berat dan disabilitas psikososial, karena keberhasilan tidak boleh berhenti pada stabilisasi gejala.

Hasil MCDA menunjukkan bahwa tidak ada satu alternatif tunggal yang dapat menyelesaikan seluruh masalah. Alternatif dengan kesiapan implementasi tertinggi berfokus pada layanan primer, sedangkan alternatif dengan daya transformasi terbesar membutuhkan koordinasi lebih tinggi. Oleh karena itu, hasil MCDA lebih tepat diterjemahkan sebagai urutan penguatan sistem daripada pemilihan satu opsi secara eksklusif: tahap awal memanfaatkan komponen yang paling siap, yaitu Puskesmas dan strata pelayanan; bersamaan dengan itu jejaring komunitas dibangun dan RSJ/RS umum diperkuat sebagai hub; selanjutnya rehabilitasi dan reintegrasi diperluas sebagai bagian dari episode pelayanan. Seluruh proses ditopang oleh tata kelola lintas sektor, pembiayaan, SDM, dan sistem informasi. Dengan cara ini, MCDA menjembatani hasil USG yang mengidentifikasi masalah sistemik dengan desain implementasi yang realistis.

Skor komposit ini bergantung pada bobot dan penilaian analitis yang digunakan. Karena uji sensitivitas terhadap variasi bobot belum disajikan, stabilitas urutan alternatif tidak dapat dianggap telah teruji.

Rekomendasi Kebijakan dan Tahapan Implementasi

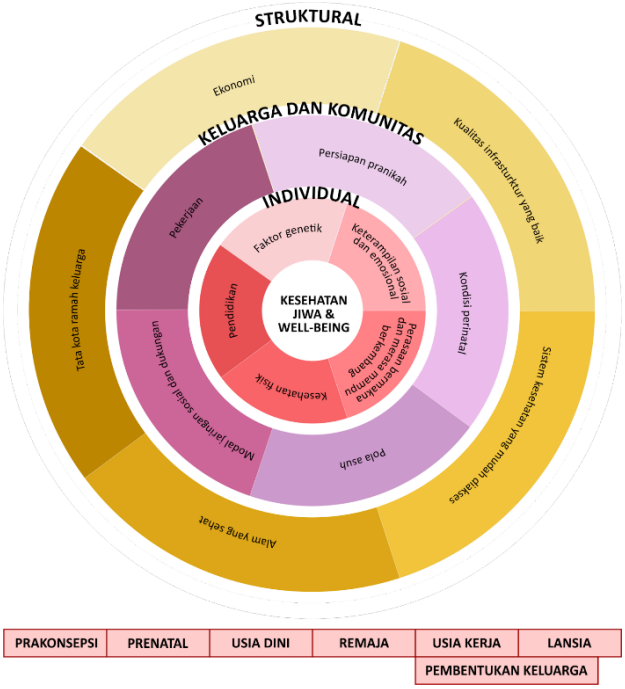
Rekomendasi kebijakan akhir adalah pengembangan sistem pelayanan kesehatan jiwa terintegrasi dengan pendekatan end to end, yang bertujuan mewujudkan generasi sehat jiwa, tangguh, dan berkualitas menuju Indonesia Emas 2045, serta menurunkan prevalensi gangguan jiwa dan angka bunuh diri pada 2030. Pendekatan hulu ke hilir ini menyasar individu, keluarga, komunitas, dan struktur kebijakan secara bersamaan. Model yang direkomendasikan terdiri atas enam lapisan, yaitu lingkungan dan determinan sosial yang mendukung kesehatan jiwa; promosi, literasi, dan resiliensi; pencegahan, deteksi dini, konseling, dan dukungan psikologis awal; pelayanan primer dan strata pelayanan; layanan spesialistik, krisis, dan rujukan; serta rehabilitasi, dukungan sosial, reintegrasi, dan pemulihan berbasis komunitas. Keenam lapisan disangga oleh tata kelola lintas sektor, pembiayaan berkelanjutan, SDM, sistem informasi, standar mutu, dan keterlibatan orang dengan pengalaman hidup. Tahapan implementasinya disajikan pada Tabel 5.

Tabel 5. Tahapan Implementasi Sistem Pelayanan Kesehatan Jiwa Terintegrasi

Tahap	Fokus	Kegiatan utama
1	Membangun arsitektur sistem	Menetapkan definisi dan paket layanan sepanjang continuum; memetakan peran K/L, pemerintah daerah, fasilitas kesehatan, layanan sosial, sekolah, tempat kerja, dan komunitas; menetapkan jalur pelayanan serta rujukan dan rujuk balik minimal di setiap kabupaten/kota; menyusun indikator bersama untuk cakupan, keberlanjutan, kualitas, keluaran, dan dampak
2	Memperkuat fungsi gatekeeper di layanan primer	Membangun kapasitas Puskesmas sesuai kebutuhan wilayah; mengembangkan pelatihan dan supervisi berbasis bukti bagi tenaga nonspesialis; membangun jejaring desa/kelurahan, sekolah, tempat kerja, dan komunitas; menjamin obat esensial, dukungan psikologis awal, konseling, dan mekanisme rujukan
3	Memperkuat layanan rujukan	Mengembangkan layanan jiwa di RS umum dan memperjelas fungsi RSJ sebagai hub; mengembangkan crisis pathway untuk kondisi berisiko tinggi; menerapkan standar rujuk dan rujuk balik serta pengawasan klinis
4	Membangun ekosistem rehabilitasi	Mengintegrasikan rehabilitasi psikiatrik/psikososial, medik, dan sosial; mengembangkan pendidikan berbasis keluarga dan kelompok sebaya; menghubungkan layanan dengan pendidikan, pelatihan kerja,

Tahap	Fokus	Kegiatan utama
		perlindungan sosial, dan dukungan perumahan; pendampingan individu untuk kasus yang membutuhkan dukungan berkelanjutan
5	Memastikan pembiayaan, data, dan akuntabilitas	Menghitung kebutuhan pembiayaan dan menerapkan budget tagging lintas K/L dan daerah; mengembangkan pembiayaan yang mendukung kesinambungan layanan, termasuk rehabilitasi dan dukungan komunitas; mengintegrasikan data ke Sistem Informasi Kesehatan sesuai prinsip Satu Data; mengembangkan dashboard nasional–daerah

Sumber: Tidak tercantum pada naskah asli



Gambar 1. Kerangka Keterintegrasian Sistem Pelayanan Kesehatan Jiwa

Sumber: Tidak tercantum pada naskah asli

Gambar 1 menunjukkan bahwa kesehatan jiwa dan kesejahteraan individu dipengaruhi oleh lapisan individu, keluarga dan komunitas, serta struktural sepanjang siklus hidup, mulai dari prakonsepsi hingga lansia. Kerangka ini menjadi dasar komitmen dan keterlibatan lintas sektor. Kementerian Kesehatan menjadi motor penguatan sistem, bersinergi dengan Kementerian Sosial yang berwenang dalam rehabilitasi sosial, sehingga kesinambungan layanan terjaga dari aspek medis, sosial, hingga kembali ke masyarakat. Kementerian Komunikasi, BUMN, dan lembaga penyiaran publik berperan sebagai saluran edukasi dan perubahan perilaku; Kementerian Pendidikan Dasar dan Menengah, Kementerian Agama, serta Kementerian Pendidikan Tinggi berperan menanamkan pemahaman kesehatan jiwa sejak dini; sedangkan Kementerian Koordinator Bidang PMK, Kementerian PPN/Bappenas, dan Kementerian Keuangan menjadi bagian dari struktur tata kelola dan pengendalian (Idaiani & Riyadi, 2018; Kementerian Kesehatan RI, 2019, 2023; Kementerian PPN/Bappenas, n.d.).

Tindak lanjut akhirnya adalah penyusunan regulasi teknis sesuai kewenangan setiap Kementerian/Lembaga dengan mengacu pada UU Kesehatan dan peraturan turunannya, yang kemudian diturunkan ke pemerintah daerah melalui pendampingan Kementerian Dalam Negeri. Komitmen regulasi ini menjadi prasyarat agar mandat normatif yang sudah kuat dapat

diterjemahkan menjadi jejaring pelayanan yang benar-benar bekerja, mulai dari keluarga dan komunitas, Puskesmas, rumah sakit, hingga rehabilitasi dan reintegrasi sosial.

Secara keseluruhan, kajian ini menunjukkan bahwa tantangan utama kesehatan jiwa di Indonesia bukan ketiadaan mandat, melainkan belum terhubungnya komponen sistem yang sudah ada. Prioritisasi USG menempatkan sistem pelayanan yang belum komprehensif sebagai akar masalah; analisis kesenjangan memperlihatkan bahwa kelemahan terjadi di sepanjang continuum, dari promosi hingga reintegrasi; dan MCDA menunjukkan bahwa penguatan Puskesmas merupakan titik awal yang paling siap, tetapi harus segera diikuti jejaring komunitas, strata pelayanan, RS sebagai hub, serta rehabilitasi dan reintegrasi. Keberhasilan strategi ini akan sangat ditentukan oleh konsistensi tata kelola lintas sektor, kecukupan pembiayaan, pemerataan SDM, dan ketersediaan data yang terintegrasi untuk memantau kemajuan.

KESIMPULAN

Kajian ini menyimpulkan bahwa persoalan kesehatan jiwa di Indonesia bersifat sistemik: tantangan utamanya bukan ketiadaan mandat, melainkan belum terhubungnya komponen sistem yang sudah ada. Gangguan jiwa menimbulkan beban yang terus meningkat, sementara kesenjangan pengobatan masih tinggi, fasilitas dan tenaga kesehatan belum merata, tata kelola lintas sektor belum terlembaga, stigma masih kuat, dan pembiayaan belum mendukung penguatan sistem. UU Nomor 17 Tahun 2023 dan PP Nomor 28 Tahun 2024 telah memberikan dasar normatif yang kuat bagi pelayanan hulu ke hilir, tetapi regulasi teknis turunannya belum terbit sehingga jarak antara desain normatif dan kapasitas implementasi masih lebar di sepanjang continuum of care, mulai dari promosi hingga rehabilitasi dan reintegrasi. Urutan kebijakan bersifat indikatif, bukan estimasi statistik besarnya manfaat. Rekomendasi memerlukan validasi bersama pemangku kepentingan dan pengujian sensitivitas bobot sebelum dijadikan dasar alokasi sumber daya secara mengikat.

Prioritisasi dengan metode USG menempatkan belum terwujudnya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif, terintegrasi, dan berkesinambungan sebagai masalah utama (skor 15), diikuti keterbatasan sumber daya serta lemahnya tata kelola lintas sektor (13), literasi dan stigma (12), dan pembiayaan (11). Karena perubahan kebijakan yang menyasar masalah pertama turut mengatasi masalah lainnya, intervensi sebaiknya dimulai dari penguatan sistem dengan literasi, pembiayaan, serta data dan informasi sebagai pengungkit. Hasil MCDA memperlihatkan bahwa penguatan layanan di Puskesmas merupakan titik awal yang paling siap (84 dari 100), disusul jejaring berbasis komunitas dan strata pelayanan (82), serta rumah sakit sebagai hub dan rehabilitasi–reintegrasi (77). Tidak ada satu alternatif tunggal yang dapat menyelesaikan seluruh masalah, sehingga hasil ini diterjemahkan sebagai urutan penguatan sistem: komponen yang paling siap dimanfaatkan lebih dahulu, jejaring komunitas dan rumah sakit dikembangkan bersamaan, lalu rehabilitasi dan reintegrasi diperluas sebagai bagian dari episode pelayanan, yang tetap merupakan komponen wajib meskipun skornya paling rendah.

Atas dasar itu, strategi yang direkomendasikan adalah pengembangan sistem pelayanan kesehatan jiwa terintegrasi dengan pendekatan end to end yang terdiri atas enam lapisan dan dilaksanakan dalam lima tahap, ditopang tata kelola lintas sektor, pembiayaan berkelanjutan, sumber daya manusia, dan sistem informasi. Keberhasilannya akan sangat ditentukan oleh

konsistensi tata kelola lintas sektor, kecukupan pembiayaan, pemerataan tenaga kesehatan, dan ketersediaan data yang terintegrasi, serta oleh penyusunan regulasi teknis di setiap kementerian/lembaga yang diturunkan ke pemerintah daerah. Karena skor USG dan MCDA merupakan penilaian analitis berbasis data sekunder, penelitian lanjutan perlu menguji hasil ini melalui validasi pemangku kepentingan dan evaluasi implementasi secara bertahap.

PENDANAAN

Penulis menyatakan bahwa tidak ada dukungan finansial yang diterima untuk pelaksanaan penelitian ini dan/atau penerbitan artikel ini.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis menyatakan bahwa penelitian ini dilakukan tanpa adanya hubungan komersial atau finansial yang dapat ditafsirkan sebagai potensi konflik kepentingan.

KONTRIBUSI PENULIS

Mohammad Dzulfikar Arifi: konseptualisasi penelitian, perancangan metodologi, pelaksanaan eksperimen, pengumpulan data, analisis data, penyusunan manuskrip, dan revisi manuskrip, supervisi penelitian, validasi hasil penelitian, pemberian masukan ilmiah, serta peninjauan dan revisi manuskrip. Seluruh penulis telah membaca dan menyetujui versi akhir manuskrip.

PERNYATAAN PENGGUNAAN KECERDASAN ARTIFISIAL GENERATIF

Penulis menyatakan bahwa kecerdasan artifisial (AI) generatif digunakan dalam penyusunan manuskrip ini untuk membantu meningkatkan kejelasan bahasa, memperbaiki tata bahasa, dan menyempurnakan struktur penulisan. AI generatif tidak digunakan untuk menghasilkan, memanipulasi, atau menganalisis data penelitian. Seluruh isi manuskrip telah ditinjau dan diverifikasi oleh penulis. Penulis bertanggung jawab sepenuhnya atas keakuratan, integritas, dan isi akhir manuskrip.

REFERENSI

Anindyajati, G., Mardiasmo, D. R., Sekarasih, L., Susilaradeya, D., Takwin, B., Pelupessy, D. C., & Diatri, H. (2022). The right to health: COVID-19 pandemic and the opportunity to transform mental health inequalities in Indonesia. *Frontiers in Public Health*, *10*, 844656. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.844656

Anjara, S. G., Brayne, C., & van Bortel, T. (2021). Perceived causes of mental illness and views on appropriate care pathways among Indonesians. *International Journal of Mental Health Systems*, *15*(1), 74. https://doi.org/10.1186/s13033-021-00497-5

Baklien, B., Marthoenis, M., Aceh, A. R., & Thurston, M. (2023). Pasung: A qualitative study of shackling family members with mental illness in Indonesia. *Transcultural Psychiatry*, *60*(3), 566–576. https://doi.org/10.1177/13634615221135254

Basrowi, R. W., Wiguna, T., Samah, K., Moeloek, N. D. F., Soetrisno, M., Purwanto, S. A., Ekowati, M., Elisabeth, A., Rahadian, A., Ruru, B., & Pelangi, B. (2024). Exploring mental health issues and priorities in Indonesia through qualitative expert consensus. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, *20*, e17450179331951. https://doi.org/10.2174/0117450179331951241022175443

Center for Public Mental Health UGM, & Kementerian Kesehatan RI. (2022). *Pemetaan analisa situasi masalah kesehatan jiwa di Indonesia*. Center for Public Mental Health.

Cipta, D. A., & Saputra, A. (2022). Changing landscape of mental health from early career psychiatrists' perspective in Indonesia. *Journal of Global Health Neurology and Psychiatry*, e2022011. https://doi.org/10.52872/001c.37413

Erskine, H. E., Maravilla, J. C., Wado, Y. D., Wahdi, A. E., Vu, L. M., Fine, S. L., Li, M., Ramaiya, A., Wekesah, F. M., Odunga, S. A., Njeri, A., Setyawan, A., Astrini, Y. P., Rachmawati, R., Hoa, D. T. K., Wallis, K., McGrath, C., Shadid, J., Enright, M. E., … Scott, J. G. (2024). Prevalence of adolescent mental disorders in Kenya, Indonesia, and Viet Nam measured by the National Adolescent Mental Health Surveys (NAMHS): A multi-national cross-sectional study. *The Lancet*, *403*(10437), 1671–1680. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02641-7

Idaiani, S., & Riyadi, E. I. (2018). Sistem kesehatan jiwa di Indonesia: Tantangan untuk memenuhi kebutuhan. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, *2*(2), 70–80. https://doi.org/10.22435/jpppk.v2i2.134

Kaligis, F., Ismail, R. I., Wiguna, T., Prasetyo, S., Indriatmi, W., Gunardi, H., Pandia, V., & Magdalena, C. C. (2021). Mental health problems and needs among transitional-age youth in Indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(8), 4046. https://doi.org/10.3390/ijerph18084046

Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Riset kesehatan dasar 2018 (Basic health survey 2018)*.

Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Survei kesehatan Indonesia 2023*.

Kementerian PPN/Bappenas. (n.d.). *Background study RPJMN aspek kesehatan jiwa*.

Lestari, W., & Wardhani, Y. F. (2014). Stigma dan penanganan penderita gangguan jiwa berat yang dipasung. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, *17*(2), 157–166.

Munira, L., Liamputtong, P., & Viwattanakulvanid, P. (2023). Barriers and facilitators to access mental health services among people with mental disorders in Indonesia: A qualitative study. *Belitung Nursing Journal*, *9*(2), 110–117. https://doi.org/10.33546/bnj.2521

Pusat Kesehatan Reproduksi FKKMK UGM. (2022). *Indonesia - National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS) - Stakeholders meeting*.

Subu, M. A., Dias, J. M., Mottershead, R., Ahmed, F. R., Narulita, S., Maryuni, M., Zakiyah, Z., Nurbaeti, I., Mohamed Al Marzouqi, A., & Al-Yateem, N. (2024). Exploring mental health stigma among Indonesian healthcare students towards individuals with mental illnesses: A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *19*(1), 2327103. https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2327103

Subu, M. A., Wati, D. F., Netrida, N., Priscilla, V., Dias, J. M., Abraham, M. S., Slewa-Younan, S., & Al-Yateem, N. (2021). Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: A qualitative content analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, *15*(1), 77. https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x

Suryaputri, I. Y., Mubasyiroh, R., Idaiani, S., & Indrawati, L. (2022). Determinants of depression in Indonesian youth: Findings from a community-based survey. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, *55*(1), 88–97. https://doi.org/10.3961/jpmph.21.113

Tyas, T. H., Good, M.-J. D., Pratikno, B., Subandi, M. A., Marchira, C. R., & Good, B. J. (2024). Unlocking the mentally ill in Indonesia: An empirical study of the effectiveness of a "Bebas Pasung" program in Central Java. *PLOS ONE*, *19*(10), e0302190. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302190

World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029

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