



## Collaborative Governance dalam Pelaksanaan Kebijakan Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

Alan Sulistyono<sup>\*1,2</sup>  Amy Yayuk Sri Rahayu<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Pasca Sarjana Ilmu Administrasi dan Kebijakan Publik Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

<sup>2</sup>Direktorat Jenderal Rehabilitasi Sosial, Kementerian Sosial RI, Jakarta, Indonesia

Korespondensi : alantyo@gmail.com ; +6285229497511

Diterima: 1 Mei 2024 ; Disetujui: 30 Agustus 2024; Diterbitkan: 15 November 2024

**Abstrak:** Penelitian ini menekankan pentingnya penerapan collaborative governance dalam kebijakan kesehatan jiwa di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), yang diharapkan meningkatkan efektivitas penyelenggaraan kesehatan jiwa melalui kerja sama antar-stakeholder. Meskipun demikian, temuan awal menunjukkan bahwa kebijakan tersebut belum efektif di DIY. Penelitian ini bertujuan menganalisis proses collaborative governance dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, dengan pendekatan post-positivistik dan metode kualitatif. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan analisis dokumen. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa proses kolaborasi berjalan baik dengan dialog tatap muka yang terstruktur dan upaya membangun kepercayaan melalui kegiatan kolaboratif. Namun, tantangan muncul akibat kurangnya komitmen dan pemahaman bersama antar-aktor, serta belum adanya kerangka kerja implementatif. Kepemimpinan mampu menjalankan perannya dengan baik yang memfasilitasi inisiasi kerangka itu dalam bentuk penyusunan Rencana Aksi Daerah (RAD) dan panduan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM). Kesimpulannya, proses kolaborasi masih memiliki sejumlah tantangan dan memerlukan aturan dasar lebih baik agar kolaborasi lebih implementatif. Disarankan agar seluruh stakeholder di Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) terlibat dalam penyusunan RAD dan penerapan panduan TPKJM serta meningkatkan kapasitas dan koordinasi antar-stakeholder untuk memastikan keberlanjutan dan efektivitas kebijakan penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY.

**Kata kunci:** Collaborative governance, kesehatan jiwa, Stakeholder, Rencana aksi daerah

**Abstract:** This study emphasises the importance of implementing collaborative governance in mental health policy in the Special Region of Yogyakarta (DIY), which is expected to increase the effectiveness of health provision through inter-stakeholder cooperation. However, preliminary findings show that the policy has not been effective in DIY. This study aims to analyse the collaborative governance process and its influencing factors, using a post-positivistic approach and qualitative methods. Data was collected through in-depth interviews and document analysis. The results revealed that the collaborative process worked well with structured face-to-face dialogue and trust-building efforts through collaborative activities. However, challenges arose due to a lack of commitment and shared understanding between actors, as well as the absence of an implementable framework. The leadership was able to play its role well, facilitating the initiation of the framework in the form of a Regional Action Plan (RAD) and guidelines for the Community Mental Health Implementation Team (TPKJM). In conclusion, the collaboration process still has a number of challenges and needs better ground rules to make collaboration more implementable. It is recommended that all stakeholders in the Community Mental Health Steering Committee (TPKJM) be involved in the development of the RAD and the implementation of the TPKJM guidelines and improve capacity and coordination between stakeholders to ensure the sustainability and effectiveness of the policy implementation.

**Keywords:** Collaborative governance, Mental health, Stakeholders, Health policy, Regional action plan

## 1. Pendahuluan

Masalah kesehatan jiwa di tingkat global terus meningkat, hampir satu miliar orang di seluruh dunia mengidap gangguan jiwa pada tahun 2019, dengan depresi dan kecemasan menjadi gangguan yang paling umum (WHO News room, 2022). Sementara dalam sistem kesehatan global, masih terdapat kesenjangan yang besar antara kebutuhan perawatan dan ketersediaan layanan kesehatan jiwa, yang diperparah oleh disparitas antara negara berkembang dan maju (World Health Organization, 2020). Di Indonesia, masalah ini sangat nyata, di mana hanya sebagian kecil dari penderita gangguan jiwa yang menerima perawatan yang memadai. Di berbagai daerah di Indonesia, pelayanan dan fasilitas kesehatan jiwa masih minim, sehingga banyak pasien dengan gangguan jiwa tidak mendapatkan penanganan yang baik (Delfina et al., 2021). Di kota besar seperti Surabaya misalnya, masih ditemukan bahwa banyak keluarga mengalami hambatan akses pelayanan kesehatan jiwa (Tristiana et al., 2018). Negara menghadapi tantangan dalam distribusi psikiater dan pelayanan kesehatan jiwa, khususnya di luar pulau Jawa, yang menyebabkan penggunaan metode pengobatan tradisional yang sering kali tidak aman seperti pemasangan (*Kesehatan Jiwa Bagi Semua*, 2023).

Masalah kesehatan jiwa memerlukan pendekatan yang mengintegrasikan *promotif* (mempromosikan kesehatan mental), *preventif* (mencegah gangguan mental), *kuratif* (mengobati kondisi), dan *rehabilitatif* (memulihkan individu ke masyarakat) dalam kerangka kerja kebijakan kesehatan yang komprehensif (Mental Health and Substance Use (MSD), 2022; World Health Organization, 2004). Masalah kesehatan jiwa juga bukan hanya urusan sektor kesehatan, tetapi banyak faktor lain seperti sosial, ekonomi, dan lingkungan yang mempengaruhi (World Health Organization, 2004). Aksi multisektoral, intervensi di dalam dan di luar sektor kesehatan diperlukan untuk penanganan masalah kesehatan jiwa (The WHO Regional Office for Europe, 2019). Di Indonesia pendekatan kebijakan kesehatan jiwa global diimplementasikan melalui Undang-undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Konsep upaya kesehatan jiwa ini telah mencakup pendekatan *promotif*, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitatif*. Penanganan kesehatan jiwa tidak hanya bergantung pada intervensi medis tetapi juga menjangkau berbagai aspek, seperti dukungan keluarga, integrasi komunitas/masyarakat, dan pemahaman masyarakat.

Beberapa pemerintah daerah di Indonesia telah merespon kebutuhan penanganan kesehatan jiwa dengan menerbitkan peraturan daerah (perda). Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) melakukannya dengan menerbitkan Peraturan Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta No 13 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa. Terbitnya perda ini didorong oleh tingginya kasus kesehatan jiwa di DIY, yang menempati posisi kedua tertinggi di Indonesia berdasarkan data prevalensi gangguan jiwa pada Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018. Bahkan, berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, DIY berada pada posisi pertama. Faktor-faktor seperti tekanan hidup, pengaruh media sosial, dan pandemi COVID-19 diperkirakan sebagai pemicu utama. Stigma sosial dan kasus bunuh diri yang tinggi juga menjadi perhatian khusus, dimana DIY mencatat 66 kasus bunuh diri pada tahun 2021 (Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat (Tpkjm) DIY & Pusat Rehabilitasi Yakkum, 2022).

Sebelum mengeluarkan Peraturan Daerah Nomor 13 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa, Pemerintah DIY telah mengimplementasikan beberapa kebijakan dan program dalam menangani isu kesehatan jiwa. Kebijakan itu antara lain menerbitkan Peraturan Gubernur Nomor 81 Tahun 2014, yang bertujuan untuk menghapus praktik pemasangan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ), Peraturan Gubernur Nomor 36 Tahun 2017 yang menyusun SOP penanganan gelandangan dan pengemis, termasuk ODGJ terlantar dan Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2022 tentang pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas psikososial. Dari sisi program, melalui RS Grhasia yang merupakan Unit Pelayanan Teknis (UPT) dari Dinkes DIY memperkenalkan program SADEWA, sebuah sistem informasi untuk penjemputan pasien dengan kegawatdaruratan psikiatri. Mengacu pada kebijakan dan program ini terlihat bahwa upaya penanganan masih tersentral di Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial. Pemerintah DIY menyadari penanganan lintas sektor yang melibatkan banyak aktor/*stakeholder* dibutuhkan dalam upaya ini. Pemerintah DIY membentuk Tim Pengarah/Pelaksana

Alan Sulisty, Amy Yayuk Sri Rahayu

*Collaborative Governance dalam Pelaksanaan Kebijakan Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta*

Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) di tingkat provinsi dan lokal, yang diresmikan melalui Surat Keputusan (SK) Gubernur No. 236/TIM/2021 sebagai kelembagaan yang mewadahi upaya kolaborasi lintas *stakeholder*.

Dengan dukungan perda dan inisiatif pembentukan TPKJM, DIY telah memperlihatkan upaya yang kuat dalam penyelenggaraan kesehatan jiwa melalui pendekatan kolaboratif. Namun dalam pelaksanaannya, penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY masih belum efektif. Kondisi itu tampak dalam hasil survei terakhir kesehatan jiwa yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan melalui Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023. DIY mencatat prevalensi yang relatif tinggi pada gejala gangguan jiwa psikosis/skizofrenia di tahun 2023, dengan angka sebesar 9,3‰ (per mil), jauh diatas rata-rata nasional sebesar 4 ‰, sekaligus merupakan yang tertinggi di antara provinsi-provinsi lain di Indonesia (lihat tabel 1). Artinya posisi DIY kembali menjadi peringkat pertama seperti pada Riskesdas tahun 2013 setelah turun ke posisi kedua pada Riskesdas tahun 2018. Hasil ini juga mengindikasikan bahwa banyak rumah tangga di DIY dihadapkan pada tantangan kesehatan jiwa khususnya pada gangguan jiwa psikosis/skizofrenia.

**Tabel 1.** Prevalensi (Permil) Rumah Tangga yang Memiliki ART dengan Gangguan Jiwa Psikosis/Skizofrenia menurut Provinsi, SKI 2023

Provinsi	Rumah Tangga yang memiliki ART dengan gangguan jiwa psikosis/skizofrenia				N Tertimbang
	Gejala		Gejala + Diagnosis		
	‰	95%CI (‰)	‰	95%CI (‰)	
Aceh	4,6	3,3-6,2	4,0	2,9-5,7	5.756
Sumatera Utara	1,6	1,1-2,3	1,1	0,7-1,7	15.884
Sumatera Barat	4,8	3,4-6,7	4,5	3,1-6,4	6.042
Riau	2,6	1,5-4,4	1,6	0,8-3,2	7.051
Jambi	2,8	1,4-5,5	2,8	1,4-5,5	4.051
Sumatera Selatan	3,0	2,0-4,5	2,1	1,4-3,2	9.402
Bengkulu	2,8	1,6-4,6	2,1	1,2-3,9	2.323
Lampung	2,8	1,6-4,8	2,0	1,0-4,2	10.424
Kepulauan Bangka Belitung	3,1	1,8-5,3	2,2	1,2-4,1	1.707
Kepulauan Riau	2,6	0,6-10,5	2,6	0,6-10,5	2.514
DKI Jakarta	4,9	2,8-8,3	4,9	2,8-8,3	12.317
Jawa Barat	3,8	2,9-4,9	2,4	1,8-3,4	58.510
Jawa Tengah	6,5	5,4-7,9	5,1	4,1-6,4	44.456
DI Yogyakarta	9,3	6,1-14,2	7,8	4,9-12,4	4.957
Jawa Timur	4,2	3,3-5,3	3,0	2,3-4,0	50.588
Banten	2,0	1,0-4,3	1,1	0,4-2,9	13.332
Bali	1,4	0,7-2,9	0,9	0,4-2,0	5.149
Nusa Tenggara Barat	3,7	2,0-6,8	3,0	1,5-6,1	6.849
Nusa Tenggara Timur	5,5	4,3-7,0	3,4	2,4-4,8	5.333
Kalimantan Barat	2,7	1,7-4,4	2,2	1,3-3,6	5.783
Kalimantan Tengah	2,4	1,3-4,4	1,8	0,9-3,9	3.178
Kalimantan Selatan	4,8	3,2-7,1	3,9	2,5-6,1	5.023
Kalimantan Timur	3,6	1,9-6,8	3,1	1,6-6,2	4.319
Kalimantan Utara	1,9	0,7-5,0	1,6	0,5-4,9	729
Sulawesi Utara	1,2	0,5-3,1	1,2	0,4-3,1	3.031
Sulawesi Tengah	3,9	2,5-6,1	3,4	2,1-5,5	3.215
Sulawesi Selatan	4,8	3,7-6,3	3,1	2,3-4,1	9.483
Sulawesi Tenggara	2,9	1,9-4,5	2,2	1,4-3,6	2.733
Gorontalo	2,9	1,4-5,9	2,3	1,1-4,9	1.260
Sulawesi Barat	5,9	3,2-10,8	4,2	2,1-8,3	1.467
Maluku	1,3	0,6-2,8	1,2	0,6-2,7	1.751
Maluku Utara	1,7	0,7-4,3	1,6	0,6-4,3	1.222
Papua Barat	1,1	0,4-3,0	0,6	0,2-2,6	563
Papua Barat Daya	1,3	0,5-3,4	0,7	0,2-3,0	599
Papua	3,0	1,0-9,0	1,6	0,5-5,1	1.029
Papua Selatan	1,0	0,1-7,0	1,0	0,1-7,0	546
Papua Tengah	3,0	1,3-6,9	0,4	0,1-2,7	1.528
Papua Pegunungan	2,2	0,8-6,0	0,2	0,0-1,2	1.516
<b>INDONESIA</b>	<b>4,0</b>	<b>3,7-4,4</b>	<b>3,0</b>	<b>2,7-3,3</b>	<b>315.621</b>

Sumber : Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023.

Data SKI tahun 2023 juga menunjukkan tingkat aksesibilitas dan efektivitas layanan kesehatan jiwa melalui perbandingan persentase rumah tangga yang memiliki anggota menunjukkan gejala

gangguan jiwa dan yang telah mendapatkan diagnosis dari dokter. Data menunjukkan DIY memiliki *gap* antara gejala dan diagnosa paling tinggi dibanding provinsi lain di pulau Jawa dan Bali yang merupakan daerah dengan fasilitas kesehatan lebih baik dibanding daerah lain (lihat tabel 2). Dalam data ini, DKI Jakarta menonjol sebagai provinsi dengan akses layanan kesehatan jiwa yang paling baik. Hal ini terlihat dari data yang menunjukkan bahwa persentase rumah tangga dengan anggota yang menunjukkan gejala gangguan jiwa (4,9%) hampir sama dengan persentase rumah tangga di mana anggota tersebut telah mendapatkan diagnosa (4,9%). Kondisi ini mengindikasikan bahwa hampir semua individu dengan gejala gangguan jiwa di DKI Jakarta mendapatkan diagnosa dan intervensi medis. DIY meskipun menunjukkan tingkat diagnosa yang relatif tinggi dibandingkan dengan tingkat gejala, namun *gap* antara gejala dan diagnosa paling tinggi dibanding provinsi lain, menandakan sistem kesehatan dalam mengidentifikasi serta menangani kasus gangguan jiwa belum lebih baik jika dibandingkan DKI Jakarta termasuk jika dibandingkan dengan Bali, Banten, Jawa Timur, Jawa Barat dan Jawa Tengah.

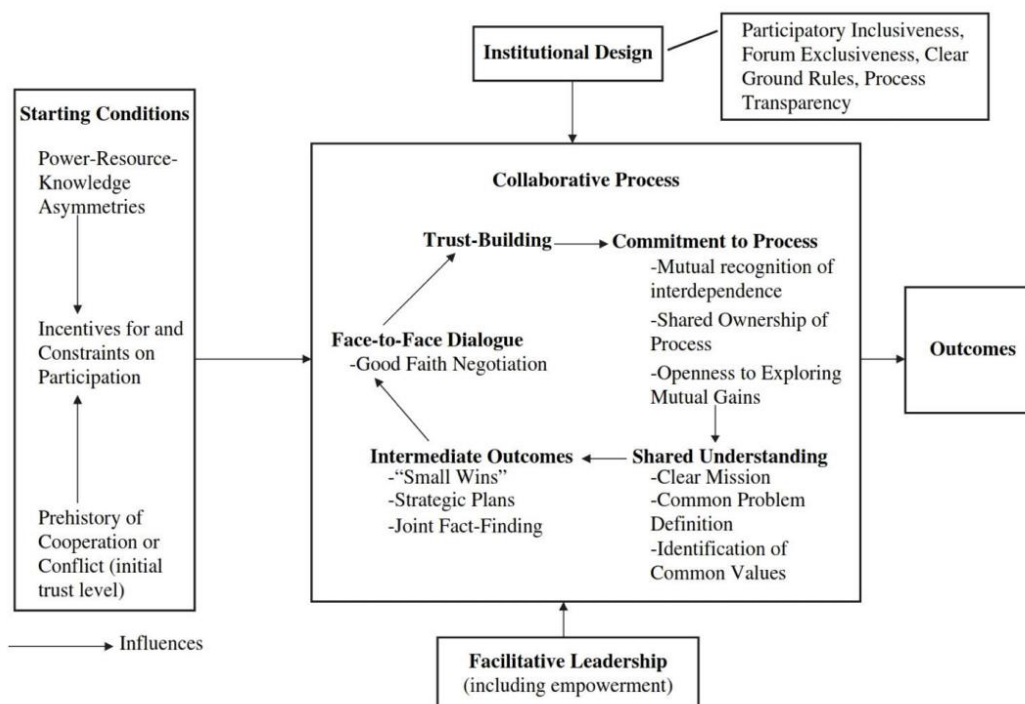
Temuan tersebut menunjukkan bahwa kolaborasi penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY belum sepenuhnya berhasil atau efektif. Meskipun dibentuknya TPKJM Provinsi DIY menjadi barometer bagi penanganan kesehatan jiwa di tingkat nasional (Firhani KrJogja, 2023), temuan di lapangan menunjukkan perlunya upaya meningkatkan efektivitas penyelenggaraan kesehatan jiwa. Temuan ini juga didukung dengan hasil analisis SWOT oleh TPKJM Provinsi DIY yang menyebutkan bahwa masih ada TPKJM yang belum berjalan secara optimal, baik di tingkat kabupaten/kota maupun di tingkat kapanewon/kemantren (TPKJM Provinsi DIY dan Pusat Rehabilitasi Yakkum, 2023).

**Tabel 2.** Gap Akses Layanan Kesehatan Jiwa

Provinsi	Gejala (%)	Gejala + Diagnosis (%)	Gap (%)
DKI Jakarta	4.9	4.9	0.0
Bali	1.4	0.9	0.5
Banten	2.0	1.1	0.9
Jawa Timur	4.2	3.0	1.2
Jawa Tengah	6.5	5.1	1.4
Jawa Barat	3.8	2.4	1.4
Daerah Istimewa Yogyakarta	9.3	7.8	1.5
Rata-rata nasional	4	3	1

Sumber: Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 (diolah peneliti)

Berdasar latar belakang tersebut, DIY telah menerapkan inisiatif kolaboratif dalam pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan kesehatan jiwa. Di tengah meningkatnya kebutuhan layanan kesehatan jiwa dan disparitas dalam akses terhadap perawatan yang memadai, inisiatif kolaborasi muncul sebagai pendekatan strategis dalam menghadapi tantangan ini. Kolaborasi, diartikan sebagai upaya menggabungkan beberapa organisasi yang sebelumnya tidak terhubung, menjadi penting untuk mencapai tujuan yang sama (Mattesich & Johnson, 2018). Kolaborasi dan keterlibatan banyak aktor dalam tata kelola menunjukkan adanya *collaborative governance*. Ansell & Gash (2008) dan Emerson et al (2012) menjelaskan bahwa *collaborative governance* melibatkan kerja sama antara pemerintah dan swasta untuk membuat keputusan bersama yang didasarkan pada kesepakatan formal dan konsultasi, dengan tujuan implementasi kebijakan atau pengelolaan aset dan program publik.



**Gambar 1.** Model *Collaborative Governance* Anshell & Gash (2008)

*Collaborative governance*, sebagaimana didefinisikan oleh Ansell dan Gash (2008), adalah suatu proses dan struktur pengambilan keputusan yang formal yang melibatkan keterlibatan semua pemangku kepentingan dalam pengelolaan masalah bersama secara efektif. Konsep ini mencakup beberapa dimensi utama yaitu: kondisi awal, desain institusional, proses kolaborasi, kepemimpinan fasilitatif dan hasil kolaborasi (lihat gambar 1).

1. *Starting condition* atau kondisi awal mencakup sejarah kolaborasi dan tingkat kepercayaan antar pemangku kepentingan, asimetri kekuasaan, serta insentif untuk berkolaborasi. Sejarah kolaborasi yang positif dapat meningkatkan kepercayaan di antara pemangku kepentingan dan memfasilitasi kerja sama yang lebih efektif. Sebaliknya, asimetri kekuasaan dan sumber daya dapat menjadi penghalang, kecuali jika diimbangi oleh mekanisme yang tepat untuk memastikan keterlibatan semua pihak.
2. *Institutional design* atau desain institusional meliputi struktur formal dan aturan yang mendukung kolaborasi, termasuk peraturan perundang-undangan dan kebijakan. Desain yang baik akan mencakup mekanisme formal untuk pengambilan keputusan, penyelesaian konflik, dan penetapan tanggung jawab yang jelas di antara pemangku kepentingan.
3. *Collaborative process* atau proses kolaborasi mencakup interaksi antar pemangku kepentingan, mekanisme pengambilan keputusan, serta cara mengatasi konflik dan membangun konsensus. Proses yang efektif biasanya ditandai dengan komunikasi yang transparan, partisipasi yang inklusif, dan kepemimpinan yang kuat.
4. *Facilitative leadership* atau kepemimpinan fasilitatif memainkan peran kunci dalam *collaborative governance*. Kepemimpinan yang fasilitatif adalah gaya kepemimpinan yang fokus pada mendukung proses kolaborasi, memfasilitasi dialog, membangun kepercayaan, dan mempromosikan partisipasi aktif dari semua pemangku kepentingan. Pemimpin yang fasilitatif bertindak sebagai mediator dan penyelesai konflik, memastikan bahwa semua suara didengar dan berbagai perspektif dihargai. Studi menunjukkan bahwa kepemimpinan fasilitatif dapat meningkatkan efektivitas kolaborasi dengan menciptakan lingkungan yang kondusif untuk dialog dan kerja sama yang konstruktif.

5. *Outcomes* atau hasil kolaborasi mencakup pencapaian tujuan bersama, peningkatan kualitas pelayanan, serta perbaikan hubungan antar pemangku kepentingan. Evaluasi terhadap hasil ini penting untuk memahami efektivitas dan keberlanjutan dari kolaborasi tersebut.

*Collaborative Governance* populer dari segi praktik maupun penelitian dan digambarkan berhasil dalam mengatasi masalah-masalah publik yang kompleks. Dalam konteks kesehatan jiwa, *collaborative governance* juga berhasil dilakukan di beberapa negara. Di Amerika Serikat, *collaborative governance* efektif untuk kesehatan mental anak (Hodges et al., 2013). Sementara itu, di Cina, *collaborative governance* berhasil dalam proyek percontohan manajemen kesehatan mental nasional (Li & Ma, 2021). Di Timor Leste, pendekatan kolaborasi antarsektor menunjukkan efektivitas dalam sistem perawatan kesehatan jiwa (Hall et al., 2019). Temuan ini menjelaskan bahwa *collaborative governance* bisa berhasil dalam kesehatan jiwa baik di negara maju seperti Amerika Serikat dan Cina maupun negara berkembang seperti Timor Leste.

Penelitian ini akan memberikan kebaruan dimana kolaborasi yang banyak digambarkan berhasil dalam mengatasi masalah publik termasuk kesehatan jiwa, namun dalam konteks penelitian ini kolaborasi belum sepenuhnya efektif menangani masalah kesehatan jiwa di Indonesia, khususnya DIY. Secara akademik penelitian ini akan memberikan wawasan tentang dinamika kolaborasi pada konteks dimana kolaborasi belum berdampak efektif. Berdasar uraian tersebut, peneliti ingin mengetahui mengapa *collaborative governance* dalam konteks penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY belum menunjukkan hasil yang efektif. Maka penelitian ini bertujuan menganalisis proses *Collaborative Governance* dalam Pelaksanaan Kebijakan Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Daerah Istimewa Yogyakarta. Selanjutnya, penelitian ini juga menganalisis faktor-faktor apa yang mempengaruhi *Collaborative Governance* dalam Pelaksanaan Kebijakan Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Daerah Istimewa Yogyakarta.

## 2. Metode

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan post-positivisme, yang mengoperasionalkan konsep utama *collaborative governance* dari Ansell & Gash (2008). Penelitian dilakukan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta pada bulan Januari sampai Maret tahun 2024. Sumber data dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam kepada pemangku kepentingan kunci yang bertanggung jawab dengan peran dan fungsi masing-masing berdasar SK Gubernur DIY tentang pembentukan TPKJM dalam penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY. Narasumber yang diwawancarai dalam penelitian ini berasal dari 13 stakeholder yaitu Biro Bina Mental Spiritual DIY; Dinas Kesehatan DIY (Dinkes DIY); Dinas Sosial DIY (Dinsos DIY); Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak dan Pengendalian Penduduk DIY (DP3AP2 DIY); RSJ Grhasia; Pusat Rehabilitasi YAKKUM (PR YAKKUM); CBM Global; Perhimpunan Jiwa Sehat DIY (PJS DIY); Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia DIY (KPSI DIY); Kelompok Swadaya Masyarakat Self Help Group (KSM-SHG); Center for Public Mental Health UGM (CPMH UGM); Ikatan Psikolog Klinis Indonesia DIY (IPKI DIY) dan Harian Jogja. Data sekunder diperoleh melalui analisis dokumen kebijakan, peraturan, dan dokumen resmi lainnya yang berkaitan dengan penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY, serta laporan dari berbagai organisasi dan lembaga yang terlibat dalam penyelenggaraan kesehatan jiwa.

## 3. Hasil dan Pembahasan

### 3.1 Dimensi Kondisi Awal

#### *Sejarah Kerjasama atau Konflik yang Pernah Terjadi*

Kerjasama masa lalu antara berbagai organisasi seperti Dinkes DIY, Dinsos DIY, Biro Bina Mental Spiritual, PR Yakkum, IPKI DIY, Kemensos, RS Grhasia, dan berbagai entitas lainnya telah memberikan kontribusi positif terhadap inisiatif kolaborasi. Kerjasama ini terlihat misalnya dari upaya PR Yakkum yang memfasilitasi diskusi dan koordinasi pihak-pihak terkait masalah kesehatan jiwa dan

pembentukan *Self-Help Group* (SHG) yang memberdayakan masyarakat. IPKI DIY juga memiliki sejarah kerjasama dalam melakukan pelatihan tenaga psikolog. Selain itu, ada juga sejarah kerja sama antara RS Grhasia dan Dinkes DIY dalam pelatihan *Community Mental Health Network* (CMHN) yang disponsori oleh WHO. Pembentukan TPKJM menunjukkan upaya berkelanjutan untuk kolaborasi dan sinergi antar pihak, menggambarkan bagaimana kolaborasi ini telah diawali sejarah kerjasama yang pernah terjalin. Sejarah kerjasama antar organisasi di DIY menunjukkan bahwa kolaborasi yang telah terjalin di masa lalu telah membangun dasar kepercayaan dan sinergi yang kuat, mengindikasikan bahwa para pemangku kepentingan terlibat dengan niat baik dan komitmen tinggi. Fondasi kerja sama yang positif ini penting untuk keberhasilan proses kolaboratif selanjutnya.

#### *Adanya Asimetri Kekuasaan, Sumber Daya, dan Pengetahuan dari Para Pihak yang Terlibat*

Tidak ada satu pun *stakeholder* yang memiliki kekuasaan atau pengaruh dominan di mana pengambilan keputusan dilakukan melalui kesepakatan bersama. Ketidakseimbangan dalam sumber daya dan pengetahuan antar pihak ini, meskipun ada, tidak mempengaruhi dinamika kolaborasi secara negatif. Sebaliknya, setiap *stakeholder* dapat saling melengkapi dengan sumber daya dan keahlian yang mereka miliki. Misalnya, CPMH UGM memiliki akses ke pengetahuan akademik dan riset terbaru serta sumber daya akademis, yang mungkin tidak dimiliki oleh *stakeholder* lain. Sementara OPD seperti Dinkes DIY, Dinsos DIY, DP3AP2 DIY memiliki akses langsung ke dukungan kebijakan dan anggaran. Semua *stakeholder* memiliki sumber daya dan pengetahuan berbeda.

### **3.2 Dimensi Desain Institusional**

#### *Aturan-aturan Dasar dalam Proses Kolaborasi*

Peraturan yang mendasari proses kolaborasi penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY dinilai sudah memadai. Seluruh *stakeholder* mengetahui adanya payung hukum penanganan kesehatan jiwa mulai dari undang-undang, peraturan daerah dan keputusan gubernur yang digunakan. Namun, implementasi dari peraturan tersebut memerlukan kerangka kerja yang lebih sistematis. Evaluasi terhadap implementasi peraturan ini mengindikasikan perlunya peningkatan dalam kerangka kerja untuk mendukung kolaborasi yang efektif. Kerangka kerja yang dimaksud adalah RAD yang saat ini sedang dalam proses penyusunan dan panduan TPKJM yang sudah di-*launching* akhir tahun 2023.

#### *Partisipasi yang Luas*

Keterlibatan berbagai pemangku kepentingan dalam proses kolaborasi menunjukkan partisipasi yang luas dan inklusif. Misalnya, seperti yang ditunjukkan oleh Biro Bina Mental Spiritual dan Dinkes DIY, melibatkan berbagai instansi pemerintah, komunitas, dan organisasi non-pemerintah. *Stakeholder* yang terlibat juga berupaya mendorong setiap orang berpartisipasi. Misalnya, DP3AP2 DIY bekerja sama dengan media massa untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kesehatan mental. Institusi pendidikan dan penelitian seperti IPKI DIY dan CPMH UGM juga aktif dalam koordinasi dan perencanaan, menunjukkan integrasi pengetahuan dan sumber daya dalam perumusan kebijakan. Di tingkat komunitas, kelompok swadaya seperti SHG menunjukkan partisipasi *grassroot* dalam implementasi program melalui perwakilan di desa-desa dan kerja sama dengan tokoh masyarakat. Partisipasi luas ini juga diwujudkan dalam mendorong setiap orang untuk ikut berpartisipasi, termasuk melalui edukasi dan peningkatan kesadaran oleh DP3AP2 DIY dan PR Yakkum, serta pengakuan dan dukungan pada komunitas oleh KPSI DIY dan PJS DIY.

#### *Pemerintah yang Bersifat Terbuka dan Inklusif*

Pemerintah DIY berusaha untuk menjalankan transparansi dan keterbukaan dalam kegiatan kolaboratif terkait kesehatan jiwa. Upaya ini terlihat dari berbagai inisiatif seperti kelas edukasi rutin untuk pegawai pemerintah daerah yang meningkatkan pemahaman dan keterlibatan mereka dalam isu kesehatan jiwa, serta peluncuran Buku Panduan TPKJM yang menyediakan sumber daya informatif untuk penerapan praktik kolaboratif. Proses kebijakan juga dijalankan secara formal dan transparan. Selain itu, pemerintah berusaha untuk terbuka dalam kegiatan kolaboratif yang dilakukan kepada

semua stakeholder. Ini tercermin dari upaya integrasi dan fasilitasi keterlibatan berbagai pihak dalam kegiatan kolaboratif. Proses pengambilan keputusan kolaboratif, seperti yang disampaikan oleh PJS DIY terkait fungsi *day care* dalam penyusunan Rancangan Peraturan Gubernur (rapergub), melibatkan diskusi antara *stakeholder* di TPKJM, menunjukkan proses deliberatif yang terbuka dan partisipatif.

### 3.3 Dimensi Kepemimpinan Fasilitatif

#### *Manajemen yang Handal dalam Proses Kolaborasi*

Pemerintah DIY menunjukkan kemampuan efektif dalam mengelola proses kolaborasi, pemberdayaan pihak-pihak terlibat, dan mengelola kepentingan berbagai *stakeholder* dalam konteks kesehatan jiwa. Proses kolaborasi dikelola dengan baik melalui pengaturan dan koordinasi komunikasi, dokumentasi yang sistematis, serta pelibatan berbagai pemangku kepentingan dalam pembuatan dan revisi kebijakan. Pemberdayaan dilakukan melalui peningkatan kapasitas *stakeholder*, pelibatan lintas sektor, dan advokasi kebijakan. Selain itu, keterlibatan aktif dari organisasi non-pemerintah dalam edukasi dan advokasi menunjukkan dukungan holistik. Proses pengambilan keputusan kolaboratif mencakup diskusi yang melibatkan semua aktor, memastikan inklusivitas dan partisipasi luas. Dengan demikian, kepemimpinan menunjukkan komitmen terhadap kolaborasi yang transparan, inklusif, dan partisipatif.

#### *Kemampuan Melaksanakan Kredibilitas Teknis*

Kepemimpinan memiliki pengetahuan dan keahlian yang relevan untuk mengelola isu-isu utama. Pemimpin berusaha mengelola masukan dari rapat sebelumnya untuk meningkatkan diskusi dan memilih narasumber yang relevan, mencerminkan keahlian teknis dalam mengidentifikasi isu kunci. Evaluasi bertahap juga dilakukan untuk meningkatkan hasil, menunjukkan pemahaman pentingnya monitoring dan evaluasi. Hal ini dibuktikan dengan keputusan untuk membuat kerangka kerja implementatif untuk kolaborasi yang lebih efektif. Selain itu, kontinuitas kepemimpinan yang stabil dibutuhkan untuk memastikan penerapan keahlian dan pengetahuan yang konsisten. Kredibilitas teknis ini penting dalam memfasilitasi diskusi efektif, mengelola proses kolaboratif, dan mendorong perubahan yang konstruktif dan berkelanjutan.

#### *Membuat Keputusan yang Kredibel dan Meyakinkan Semua Aktor*

Keputusan diambil berdasarkan konsensus bersama, memungkinkan partisipasi semua pihak untuk menyampaikan pandangan. Penggunaan data dan pengetahuan teknis terkini memastikan keputusan didukung oleh bukti empiris, meningkatkan legitimasi dan efektivitas. Pentingnya melibatkan sektor non-kesehatan dalam mendukung program penanganan kesehatan jiwa menunjukkan pendekatan lintas-sektoral yang diperlukan untuk keberhasilan program. Kesadaran akan keterlibatan berbagai sektor menegaskan bahwa tanggung jawab kesehatan jiwa tidak hanya milik sektor kesehatan, tetapi juga sektor lain seperti pendidikan dan sosial. Dengan demikian, keputusan yang diambil dalam kolaborasi ini kredibel, partisipatif, dan didukung oleh bukti serta inklusi berbagai sektor, memperkuat dukungan dan kepercayaan dalam proses kolaborasi.

### 3.4 Dimensi Proses Kolaborasi

#### *Dialog Tatap Muka*

Pada dialog tatap muka menunjukkan upaya terstruktur dengan rapat terjadwal seperti rapat koordinasi TPKJM dua kali setahun. Diskusi substansial dan FGD digunakan untuk menyusun pedoman dan rencana aksi, serta meningkatnya frekuensi pertemuan sesuai kebutuhan mendesak. Variabilitas dalam keterlibatan berbagai pihak perlu ditingkatkan. Diskursus untuk masalah dan kebijakan dilakukan melalui seleksi topik dan partisipan yang relevan, melibatkan kolaborasi antar-sektor, dan membahas peran masing-masing sektor. Diskusi teknis, etis, kebijakan, dan praktik dilakukan untuk memastikan pemahaman yang sama. Forum TPKJM juga berfungsi sebagai tempat pertukaran pengetahuan dan praktik terbaik dalam kesehatan jiwa.

#### *Membangun Kepercayaan*

Indikator membangun kepercayaan dalam kolaborasi kesehatan jiwa di DIY mencakup akses masyarakat dan upaya membangun kepercayaan melalui kegiatan kolaboratif. Akses masyarakat

diwujudkan melalui penyediaan fasilitas oleh Dinsos DIY, pelatihan SDM dan keterlibatan relawan, program konseling DP3AP2 DIY, pendekatan komunitas oleh KPSI, sistem rujukan oleh Yakkum, dan program DSSJ oleh RS Grhasia. Upaya membangun kepercayaan terlihat dari koordinasi rutin oleh berbagai stakeholder dalam TPKJM. Semua ini menunjukkan upaya terstruktur dan inklusif dalam meningkatkan keterlibatan dan kepercayaan masyarakat dalam kolaborasi kesehatan jiwa.

#### *Komitmen terhadap Proses*

Kesadaran akan ketergantungan mutual terlihat dari pentingnya kerja sama lintas sektor, dimana setiap aktor memahami ketergantungan satu sama lain. Rasa memiliki dari proses ditunjukkan oleh komitmen bersama berbagai sektor dalam kegiatan kolaboratif yang dilakukan. Namun, temuan menunjukkan bahwa rasa memiliki dari beberapa aktor masih kurang, yang menghambat keterlibatan penuh dalam proses kolaboratif. Keterbukaan mutual tercermin dari keterlibatan lintas sektor dalam kegiatan kolaboratif. Meski ada upaya untuk keterbukaan, masih terdapat kesulitan dalam berbagi informasi yang efektif antar stakeholder. Ini menunjukkan bahwa meskipun ada komitmen kuat dalam keterlibatan dan keterbukaan, rasa memiliki yang kurang dan kesulitan berbagi informasi menjadi tantangan.

#### *Kesepahaman Bersama*

Misi yang jelas terlihat dari kebijakan lintas sektor, integrasi peran sektor lain, visi dan kebijakan regional, serta edukasi dan promosi kesehatan mental. Namun, masih ada tantangan signifikan karena beberapa pihak belum memahami peran mereka dan tidak tahu target yang harus dicapai, yang menghambat kesinambungan dan efektivitas kolaborasi. Definisi masalah yang jelas dicapai melalui penetapan tujuan, serta edukasi dan advokasi untuk meningkatkan pemahaman masyarakat dan *stakeholder* tentang kesehatan jiwa. Kesulitan dalam pemahaman yang seragam tentang kesehatan jiwa menunjukkan bahwa masih ada pekerjaan yang perlu dilakukan untuk memastikan bahwa definisi masalah disampaikan secara jelas dan dipahami secara luas. Identifikasi nilai-nilai yang disepakati bersama dilakukan melalui pedoman kerja yang jelas, evaluasi tahunan, dan pengumpulan data. Upaya ini menunjukkan komitmen terhadap transparansi, akuntabilitas, keterukuran, dan keberhasilan yang konkret. Namun, masih ada tantangan dalam memastikan bahwa semua pihak memahami nilai-nilai ini dan bagaimana mereka dapat diterapkan secara konsisten dalam praktik kolaborasi sehari-hari

#### *Hasil Sementara*

Progres signifikan terlihat dari inisiatif penyusunan RAD dan panduan TPKJM yang memastikan kerangka kerja jelas dalam pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan kesehatan jiwa. Selain itu kolaborasi antar-*stakeholder* didalam TPKJM sudah terkoordinasi dengan baik. Pemberitahuan informasi sangat penting untuk mempertahankan komitmen dan memperkuat kolaborasi. Evaluasi tahunan menunjukkan komitmen terhadap keterbukaan. Namun, ada kebutuhan mendesak untuk ukuran data yang jelas dan pengumpulan data tahunan sebagai indikator keberhasilan. Komunikasi dan transparansi tentang hasil sementara sangat penting untuk melihat efektivitas kolaborasi.

### **3.5 Dimensi Outcomes**

Proses kolaborasi penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY telah memberikan dampak positif melalui kerja sama antar sektor. Dampak ini antara lain peningkatan kebijakan, koordinasi, pemberdayaan individu, dan penguatan sumber daya. Namun, kolaborasi masih menghadapi tantangan dalam menetapkan dan mencapai target yang jelas dan terukur untuk melihat hasil akhir yang diharapkan.

Hasil dari penelitian ini secara ringkas dapat divisualisasikan seperti pada gambar 2 berikut:



**Gambar 2.** Temuan hasil penelitian kunci kolaborasi dalam pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY berdasar Model *Collaborative Governance* Anshell & Gash (2008)

## 4. Pembahasan

### 4.1 Dimensi Kondisi Awal

Praktik *collaborative governance* dalam penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY diwujudkan melalui dialog tatap muka yang terstruktur. Dialog tatap muka itu mencakup pertemuan-pertemuan penting seperti rapat koordinasi TPKJM yang tidak hanya berfungsi sebagai platform pertukaran informasi, tetapi juga sebagai arena diskusi mendalam tentang isu-isu kesehatan jiwa yang kompleks. Interaksi langsung ini penting, karena memungkinkan komunikasi yang lebih kaya dan interaksi empatik, yang penting untuk memahami berbagai perspektif dan mencapai pemahaman bersama. Interaksi ini sebagai bentuk komunikasi yang efektif untuk memastikan bahwa setiap entitas memiliki pemahaman yang sama terhadap masalah dan tujuan, sekaligus menciptakan landasan yang kuat untuk distribusi tugas yang adil dan strategi bersama (Henderson et al., 2019). Dialog juga diperlukan untuk mendamaikan perbedaan dan merangkul kesamaan dalam nilai dan budaya karena kolaborasi bersifat dinamis, (Khenti et al., 2016).

Dalam proses kolaborasi ini, kepercayaan menjadi aset berharga melalui inklusivitas dan transparansi. TPKJM Provinsi DIY telah memperlihatkan usaha signifikan untuk membuka akses bagi masyarakat dalam inisiatif kolaboratif. Upaya yang dilakukan oleh berbagai lembaga dan organisasi dalam TPKJM tersebut menunjukkan komitmen kuat untuk membangun kepercayaan melalui kegiatan kolaboratif. Upaya tersebut dilakukan dalam bentuk koordinasi rutin, kolaborasi antar-sektor, edukasi dan pengembangan kapasitas, serta pembentukan aliansi dan kemitraan. Melalui kegiatan ini, kepercayaan antara lembaga, masyarakat, dan individu yang terlibat dalam penyelenggaraan kesehatan jiwa terus diperkuat. Kepercayaan tersebut penting untuk pencapaian hasil kesehatan jiwa yang efektif dan berkelanjutan. Ini menunjukkan bahwa dalam kolaborasi pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan kesehatan jiwa terdapat dinamika kekuasaan dan tantangan dalam membangun kepercayaan serta mengelola birokrasi dalam kolaborasi (Henderson et al., 2019; Pierre et al., 2020). Penelitian lain menemukan bahwa kolaborasi antar lembaga yang adil dan transparan memperkuat kepercayaan dan efektivitas kolaborasi (Patterson et al., 2020).

Meski proses kolaborasi telah dilakukan melalui dialog tatap muka dan upaya membangun kepercayaan antar aktor dengan baik namun belum semua aktor memiliki komitmen yang kuat. Sebagian aktor telah memiliki komitmen yang terjalin dalam proses kolaborasi yang tampak dari

kesadaran mutual antar aktor tentang pentingnya kolaborasi lintas sektor. Aktor-aktor ini tidak hanya terlibat tetapi juga merasakan kepemilikan atas proses kolaborasi yang ada, aktif berkontribusi dalam pengambilan keputusan dan implementasi strategi. Penelitian ini juga menemukan bahwa sebagian aktor lain masih kurang dalam rasa memiliki terhadap proses kolaborasi. Komitmen terhadap proses yang kurang juga terlihat pada sulitnya berbagi informasi atau komunikasi oleh beberapa aktor. Keterbukaan yang ditunjukkan dalam berbagi informasi dan strategi menciptakan 'kepemilikan kolektif' antar aktor yang diperlukan untuk menjamin kepercayaan dan keterlibatan yang berkelanjutan (Henderson et al., 2019).

Pemahaman bersama adalah puncak dari proses kolaborasi ini, dengan adanya misi yang jelas, pemahaman mendalam tentang masalah yang ada, dan nilai-nilai yang disepakati bersama. Sebagian aktor telah memiliki kesadaran kuat terhadap tujuan yang telah disepakati yaitu penurunan prevalensi gangguan jiwa dan peningkatan produktivitas ODGJ. Namun demikian sebagian aktor belum dapat memahami apa peran mereka dan tujuan dari kolaborasi ini. Setiap aktor memiliki misi dan tujuan masing-masing sesuai latar belakangnya meski tetap dalam upaya penanganan kesehatan jiwa. Pemahaman bersama masih menjadi tantangan dalam kolaborasi, sejalan dengan temuan Richter Sundberg et al (2024) yang menemukan tantangan seperti beragamnya pandangan dan perspektif tentang kesehatan jiwa di antara para pelaku kolaborasi dan kurangnya kesepakatan.

Proses kolaborasi yang diawali dengan dialog tatap muka, upaya membangun kepercayaan, komitmen terhadap proses dan pemahaman bersama telah memberikan hasil sementara yang cukup baik. Hasil sementara yang penting telah dicapai, antara lain pengembangan kebijakan dan pedoman, pencapaian konsensus pada tindakan dan target, peningkatan koordinasi antara lembaga, dan peningkatan kapasitas dan kesadaran masyarakat. Ini mencerminkan efektivitas sementara dari kolaborasi tersebut dan menandakan arah yang positif menuju perubahan berkelanjutan dalam sistem kesehatan jiwa di DIY. Namun demikian, agar proses kolaborasi ini berhasil, diperlukan ukuran-ukuran spesifik berupa data kuantitatif agar dapat digunakan untuk kepentingan evaluasi dan memberi *feedback* untuk perbaikan ke depan. Hasil sementara yang dicapai dapat memberikan umpan balik positif ke dalam proses kolaboratif, mendorong siklus kebajikan dari pembangunan kepercayaan dan komitmen, serta menciptakan momentum untuk keberhasilan kolaborasi yang berkelanjutan (Ansell & Gash, 2008).

## **4.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kolaborasi dalam Pelaksanaan Kebijakan Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di DIY**

### **4.2.1 Kondisi Awal**

Dalam penelitian mengenai proses kolaborasi dalam penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY kondisi awal menjadi faktor penting dalam efektifitas kolaborasi. Sejarah kerja sama yang telah terjalin antara masing-masing *stakeholder* telah membangun dasar kepercayaan dan sinergi, menciptakan fondasi kerja sama yang positif. Sejarah kolaborasi yang baik ini meningkatkan kemungkinan bahwa para pemangku kepentingan akan terlibat dalam proses kolaboratif dengan niat baik dan komitmen yang lebih tinggi. Keberadaan sejarah kerja sama yang positif menciptakan modal sosial yang memfasilitasi dialog terbuka dan mengurangi hambatan psikologis yang mungkin ada di antara para pemangku kepentingan, yang sangat penting untuk mendorong kepercayaan dan komitmen yang lebih kuat dalam proses kolaborasi yang sedang berlangsung. Milward et al (2010) dalam risetnya mengenai evolusi jaringan kesehatan jiwa menunjukkan bagaimana sejarah interaksi sebelumnya mempengaruhi struktur kolaborasi saat ini dan keefektifan jaringan tersebut.

Selain itu, adanya asimetri kekuasaan, sumber daya, dan pengetahuan di antara para pihak yang terlibat juga menjadi salah satu kondisi awal yang penting. Hal ini mencerminkan pentingnya memahami distribusi pengaruh sebagai faktor penentu dalam implementasi dan efektivitas penyelenggaraan kesehatan jiwa. Seperti yang dijelaskan oleh Iemmi (2019), perbedaan dalam kekuasaan dan sumber daya antar aktor dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk mempengaruhi keputusan dan implementasi program. Dalam konteks ini, tidak ada *stakeholder* yang memiliki lebih banyak pengaruh atau dominan dalam pengambilan keputusan yang dapat

mempengaruhi dinamika kolaborasi. Meskipun terdapat ketidakseimbangan dalam hal kekuasaan, sumber daya, dan pengetahuan, hal ini justru menjadi aspek positif karena masing-masing *stakeholder* memiliki sumber daya dan keahlian yang bisa saling melengkapi. Ketidakseimbangan ini diatasi melalui strategi pemberdayaan dan dukungan tambahan, sehingga semua pemangku kepentingan dapat berpartisipasi secara setara dan berarti. Dengan demikian, kondisi awal dalam kolaborasi penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY menunjukkan adanya dasar yang kuat untuk kerjasama berkat sejarah kolaborasi yang positif serta penanganan yang tepat terhadap asimetri kekuasaan dan sumber daya. Hal ini sejalan dengan konsep Ansell dan Gash yang menekankan pentingnya kondisi awal yang baik untuk efektivitas proses kolaboratif.

#### 4.2.2 Dimensi Desain Institusional

Desain institusional dalam proses kolaborasi penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY menunjukkan bahwa meskipun aturan dasar yang ada sudah cukup memadai dan mencerminkan kesiapan regulasi yang mendukung kolaborasi, namun implementasinya masih memerlukan kerangka kerja yang lebih sistematis untuk memastikan efektivitas dalam praktik. Aturan dasar yang terlihat memadai ini ternyata masih memiliki kekurangan yang signifikan, yang berdampak langsung pada proses kolaborasi, terutama dalam hal komitmen dan pemahaman bersama di antara para pemangku kepentingan.

Evaluasi terhadap implementasi aturan menjadi krusial, meskipun ini belum banyak dibahas dalam kerangka kerja Ansell dan Gash. Evaluasi ini diperlukan untuk memastikan bahwa aturan-aturan tersebut tidak hanya ada secara formal tetapi juga berfungsi efektif dalam praktik. Hal ini mencakup pembuatan protokol yang jelas untuk pengambilan keputusan, penyelesaian konflik, dan pembagian peran serta tanggung jawab. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa perlu adanya kerangka kerja yang lebih jelas, seperti Rencana Aksi Daerah (RAD) dan panduan dari Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM). Saat ini RAD sedang dibahas oleh pemerintah daerah DIY dengan DPRD Provinsi DIY, sementara Panduan TPKJM sudah mulai diimplementasikan akhir tahun 2023. RAD dan Panduan TPKJM akan memberikan panduan yang lebih konkret dan operasional untuk implementasi aturan, memastikan bahwa aturan dasar diterapkan secara efektif dan efisien.

Komitmen terhadap proses kolaboratif di DIY menunjukkan bahwa meskipun ada kesadaran mutual tentang pentingnya kolaborasi lintas sektor, rasa memiliki terhadap proses tersebut masih kurang di antara para pemangku kepentingan. RAD dan panduan TPKJM, sebagai kerangka kerja yang lebih konkret, diharapkan dapat memperkuat komitmen ini dengan menyediakan panduan yang jelas dan terstruktur untuk pelaksanaan kolaborasi. Dengan adanya RAD dan panduan TPKJM, pemangku kepentingan memiliki referensi yang jelas tentang peran dan tanggung jawab mereka, sehingga meningkatkan keterlibatan aktif dan tanggung jawab bersama. Selain itu, RAD dan panduan TPKJM diharapkan dapat meningkatkan pemahaman bersama di antara pemangku kepentingan. Dengan adanya protokol dan langkah-langkah yang terstruktur, semua pihak memiliki panduan yang sama untuk merujuk dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan kegiatan. Ini membantu mengurangi ketidakjelasan dan perbedaan interpretasi, sehingga semua aktor dapat bekerja dengan tujuan yang lebih selaras. RAD dan panduan TPKJM juga mendorong keterbukaan informasi dan transparansi, yang merupakan kunci dalam menciptakan pemahaman bersama yang efektif.

Sementara itu, pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY telah melibatkan partisipasi yang luas dari berbagai stakeholder. Partisipasi yang luas dari berbagai stakeholder sangat penting dalam desain institusional yang efektif. Inklusivitas partisipatif memastikan bahwa berbagai perspektif dan kepentingan diwakili dalam proses pengambilan keputusan, yang pada gilirannya meningkatkan legitimasi dan komitmen terhadap hasil yang dicapai. Partisipasi ini melibatkan pemerintah daerah, organisasi non-pemerintah, lembaga pendidikan, dan masyarakat umum, yang tidak hanya terlibat dalam dialog dan perencanaan tetapi juga dalam eksekusi dan adaptasi program secara aktif. Upaya terus-menerus untuk mendorong keterlibatan stakeholder lain mencerminkan pentingnya peran aktif dan berkelanjutan dalam menjaga momentum dan efektivitas proses

kolaboratif. Hal ini sesuai dengan rekomendasi oleh (Chiodo et al., 2022; Hodges et al., 2013; Pierre et al., 2020) tentang pentingnya struktur tata kelola yang inklusif.

Dalam aspek pemerintah bersifat terbuka dan inklusif, upaya telah dilakukan untuk memastikan bahwa keputusan dan kebijakan terkait kesehatan jiwa melibatkan berbagai pemangku kepentingan. Ini tercermin dalam dialog terbuka antara pemerintah daerah, lembaga kesehatan, organisasi masyarakat, dan organisasi non pemerintah lainnya dalam merumuskan dan melaksanakan kebijakan. Selain itu, pemerintah daerah juga telah melakukan langkah-langkah konkret, seperti penyusunan panduan dan kebijakan bersama yang melibatkan berbagai lembaga dan organisasi terkait. Pineo et al. (2020) menekankan pentingnya sistem tata kelola yang menyertakan berbagai aktor, termasuk sektor swasta dan organisasi masyarakat, untuk memfasilitasi pendekatan kesehatan dalam semua kebijakan.

Jadi aturan dasar yang kuat, partisipasi yang luas dan pemerintah bersifat terbuka dan inklusif adalah faktor penting untuk keberhasilan kolaborasi. Aturan dasar yang terlihat memadai namun masih kurang, memerlukan evaluasi dan perbaikan melalui kerangka kerja yang lebih konkret seperti RAD dan panduan TPKJM. Evaluasi terhadap implementasi aturan dan penggunaan RAD serta panduan TPKJM dapat memperkuat komitmen dan meningkatkan pemahaman bersama di antara semua aktor yang terlibat, sehingga efektivitas dan keberlanjutan kolaborasi dapat tercapai. Penelitian ini menemukan bahwa selain adanya aturan dasar pada proses kolaborasi, diperlukan juga sub indikator “evaluasi aturan dasar kolaborasi” untuk menilai sejauh mana aturan-aturan tersebut diterapkan dan berfungsi dalam praktik.

#### 4.2.3 Kepemimpinan Fasilitatif

Kepemimpinan fasilitatif dalam proses kolaborasi penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY menunjukkan kemampuan yang baik dalam mengelola proses, pemberdayaan *stakeholder*, dan pengelolaan kepentingan yang beragam. Pemimpin yang efektif telah berhasil menciptakan lingkungan yang kondusif untuk dialog terbuka, pertukaran informasi, diskusi mendalam, dan pengambilan keputusan bersama. Ini mencakup koordinasi yang baik dan penyesuaian pendekatan sesuai kebutuhan, menjaga proses tetap berjalan dengan lancar dan produktif. Kepemimpinan fasilitatif terlihat dalam kemampuan mereka mengintegrasikan data terkini dan pengetahuan ke dalam diskusi dan pengambilan keputusan. Kredibilitas teknis ini memberikan dasar yang kuat bagi keputusan yang diambil, memastikan bahwa keputusan didasarkan pada informasi yang akurat dan relevan. Pemimpin yang efektif mampu memfasilitasi diskusi yang interaktif dan produktif, menciptakan ruang untuk berbagai perspektif, dan menyatukan kepentingan yang beragam. Keputusan yang kredibel meningkatkan legitimasi proses kolaboratif dan memastikan komitmen jangka panjang dari para pemangku kepentingan. Pemimpin dalam *konteks collaborative governance* untuk kesehatan jiwa di DIY mampu membuat keputusan bersama yang kredibel dan meyakinkan semua aktor yang terlibat. Keputusan-keputusan ini didasarkan pada data dan pengetahuan teknis terkini, menyatukan berbagai perspektif dan kepentingan, serta mencari solusi yang dapat diterima oleh semua pihak. Ini sering kali memerlukan keterampilan negosiasi yang baik dan kemampuan untuk mencapai konsensus. Keputusan yang kredibel ini meningkatkan legitimasi proses kolaboratif dan memastikan komitmen jangka panjang dari para pemangku kepentingan.

Kendala dalam berbagi informasi dan transparansi dapat menjadi hambatan utama dalam proses kolaboratif. Meskipun kepemimpinan berusaha untuk memfasilitasi dialog terbuka, jika beberapa pemangku kepentingan merasa tidak mendapatkan informasi yang cukup atau tidak didengar, hal ini bisa mengurangi komitmen dan pemahaman mereka. Selain itu, ketidakjelasan mengenai peran dan tanggung jawab masing-masing pemangku kepentingan dapat menyebabkan kebingungan dan ketidakpastian. Pemangku kepentingan perlu memiliki pemahaman yang jelas tentang apa yang diharapkan dari mereka dan bagaimana kontribusi mereka berhubungan dengan tujuan keseluruhan kolaborasi. Kepemimpinan fasilitatif yang efektif harus memastikan bahwa komunikasi merata dan peran serta tanggung jawab jelas bagi semua pemangku kepentingan.

Komitmen terhadap proses kolaboratif di DIY menunjukkan bahwa meskipun ada kesadaran mutual tentang pentingnya kolaborasi lintas sektor, rasa memiliki terhadap proses tersebut masih

kurang di antara para pemangku kepentingan. RAD yang baru disusun dan panduan TPKJM yang sudah diimplementasikan, sebagai kerangka kerja yang lebih konkret, dapat memperkuat komitmen ini dengan menyediakan panduan yang jelas dan terstruktur untuk pelaksanaan kolaborasi. Dengan adanya RAD dan panduan TPKJM, pemangku kepentingan memiliki referensi yang jelas tentang peran dan tanggung jawab mereka, sehingga meningkatkan keterlibatan aktif dan tanggung jawab bersama. Tanpa kepemimpinan yang baik, keberadaan RAD dan panduan TPKJM mungkin tidak akan disepakati atau bahkan diinisiasi. Kepemimpinan fasilitatif adalah kunci dalam mengidentifikasi kebutuhan untuk kebijakan ini dan memfasilitasi proses penyusunannya. Pemimpin yang efektif memiliki visi untuk melihat pentingnya kerangka kerja yang terstruktur dan kemampuan untuk mengajak semua pemangku kepentingan berpartisipasi dalam penyusunan RAD dan panduan TPKJM.

Pemimpin yang kuat dapat mengkoordinasikan berbagai pihak, memfasilitasi diskusi yang konstruktif, dan memastikan bahwa semua suara didengar. Mereka juga memastikan bahwa setiap pemangku kepentingan memahami manfaat dari adanya RAD dan panduan TPKJM, sehingga menciptakan dukungan yang luas untuk implementasinya. Tanpa kepemimpinan yang efektif, kemungkinan besar akan ada hambatan besar dalam mencapai konsensus untuk membuat dan menerapkan kebijakan penting ini. Selain itu, kepemimpinan fasilitatif memastikan bahwa RAD dan panduan TPKJM tidak hanya menjadi dokumen formal tetapi juga diimplementasikan dengan baik. Pemimpin bertanggung jawab untuk memantau pelaksanaan kebijakan ini, menilai efektivitasnya, dan melakukan penyesuaian yang diperlukan. Mereka juga memainkan peran penting dalam memastikan bahwa semua pemangku kepentingan tetap berkomitmen dan memahami tujuan serta langkah-langkah yang ditetapkan dalam RAD dan panduan TPKJM. Kepemimpinan fasilitatif penting untuk mencapai kolaborasi yang efektif (Chiodo et al., 2022; Henderson et al., 2019; Richter Sundberg et al., 2024).

## 5. Kesimpulan

Proses kolaborasi dalam pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY menunjukkan bahwa meskipun telah ada upaya signifikan dalam membangun dialog tatap muka, membangun kepercayaan, dan meningkatkan komitmen serta pemahaman bersama, tantangan tetap ada. Proses kolaborasi ini telah menunjukkan hasil sementara yang positif seperti pengembangan kebijakan dan pedoman, peningkatan koordinasi antara lembaga, serta peningkatan kapasitas dan kesadaran masyarakat. Namun, untuk mencapai keberhasilan jangka panjang, diperlukan komitmen yang lebih kuat dari semua aktor, keterbukaan dalam berbagi informasi, serta pengukuran spesifik dan data kuantitatif untuk evaluasi dan umpan balik. Tantangan dalam proses kolaborasi ini antara lain kurangnya rasa memiliki di antara beberapa aktor dan kesulitan dalam berbagi informasi. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun ada kemajuan, masih ada kebutuhan untuk memperkuat komitmen dan kepercayaan antar pemangku kepentingan. Selain itu, kesadaran akan peran dan perspektif mengenai tujuan kolaborasi tentang pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan kesehatan jiwa juga menjadi tantangan dalam mencapai pemahaman bersama.

Penelitian ini menemukan bahwa efektivitas kolaborasi dalam penyelenggaraan kebijakan kesehatan jiwa di DIY masih belum optimal, dipengaruhi oleh tiga faktor utama: kondisi awal, desain institusional, dan kepemimpinan fasilitatif. Kondisi awal yang kuat, yang ditandai dengan sejarah kerja sama yang positif dan strategi pemberdayaan untuk mengatasi asimetri kekuasaan dan sumber daya, menciptakan dasar kepercayaan dan sinergi antar pemangku kepentingan. Namun, desain institusional yang ada, meskipun mencakup aturan dasar yang memadai, masih memerlukan kerangka kerja yang lebih sistematis seperti RAD yang sedang disusun dan panduan TPKJM yang sudah diimplementasikan, untuk dapat benar-benar memperkuat komitmen dan pemahaman bersama. Selain itu, kendala dalam berbagi informasi dan ketidakjelasan peran serta tanggung jawab menunjukkan bahwa komitmen dan pemahaman bersama masih kurang. Kepemimpinan fasilitatif yang efektif, yang mampu mengelola proses, memfasilitasi dialog terbuka, dan mengintegrasikan pengetahuan teknis ke dalam pengambilan keputusan, sangat dibutuhkan untuk memastikan bahwa kebijakan ini diinisiasi, disepakati, dan diimplementasikan dengan baik. Tanpa kepemimpinan yang

*Alan Sulistyono, Amy Yayuk Sri Rahayu*

*Collaborative Governance dalam Pelaksanaan Kebijakan Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta*

baik, RAD dan panduan TPKJM mungkin tidak akan disepakati atau diimplementasikan dengan efektif. Dengan demikian, kombinasi dari kondisi awal yang kuat, desain institusional yang efektif namun perlu diperkuat, dan kepemimpinan fasilitatif yang baik adalah kunci untuk mencapai kolaborasi yang lebih efektif dalam penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY.

## 6. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, saran yang dapat direkomendasikan sebagai berikut:

1. Disarankan adanya keterlibatan perwakilan semua pemangku kepentingan yang menjadi bagian dari TPKJM baik dari aktor pemerintah, akademisi, NGO, organisasi profesi, media, komunitas dan lain-lain guna merancang dan mengimplementasikan Rencana Aksi Daerah (RAD). RAD harus mencakup tujuan yang jelas, sasaran yang terukur, dan indikator kinerja utama (KPI) yang tepat. Selain itu, panduan TPKJM yang sudah diimplementasikan perlu terus disosialisasikan dan diadaptasi sesuai kebutuhan.
2. Membangun platform komunikasi terpusat yang memungkinkan pemangku kepentingan berbagi informasi secara real-time. Platform ini dapat berupa dashboard manajemen kasus penanganan masalah kesehatan jiwa di DIY.
3. Evaluasi berkala oleh TPKJM DIY yang terstruktur harus dilakukan untuk menilai efektivitas implementasi kebijakan, RAD, dan panduan TPKJM (baik pada proses penyusunan maupun setelah diimplementasikan).
4. Isu kesehatan jiwa merupakan cross cutting issue yang melibatkan banyak instansi salah satunya adalah Kementerian Sosial yang berperan dalam aspek rehabilitasi sosial. Kementerian Sosial melalui Direktorat Rehabilitasi Sosial Pemyandang Disabilitas dan UPT dengan wilayah kerja DIY diharapkan dapat meningkatkan dukungan sumberdaya anggaran, teknis dan pelatihan untuk stakeholder lokal berkaitan dengan rehabilitasi sosial ODGJ.

Penelitian ini dilakukan pada periode waktu Januari sampai dengan April 2024 sehingga hasil dari penelitian ini mungkin saja berbeda jika dilakukan pada periode waktu selanjutnya khususnya setelah RAD dan panduan TPKJM telah disusun dan diimplementasikan. Berdasarkan kesimpulan dan analisis dari penelitian ini, berikut adalah beberapa rekomendasi untuk penelitian di masa depan:

1. Studi longitudinal untuk memantau dan mengevaluasi implementasi RAD dan panduan TPKJM dari waktu ke waktu.
2. Penelitian mengenai manajemen kolaborasi untuk mengukur efektifitas kolaborasi dalam pelaksanaan kebijakan kesehatan jiwa di DIY.
3. Penelitian mengenai analisis stakeholder atau peran pemangku kepentingan dalam pelaksanaan kebijakan penyelenggaraan kesehatan jiwa di DIY.

**Ucapan terima kasih:** Penulis ingin mengucapkan terima kasih yang tulus kepada semua individu dan lembaga yang telah memberikan dukungan dan kontribusi signifikan dalam penelitian ini. Terima kasih kepada Prof Amy Yayuk Sri Rahayu, Guru Besar Ilmu Administrasi dan Kebijakan Publik Universitas Indonesia untuk bimbingan dan arahnya telah membawa penelitian ini lebih bermanfaat secara akademik. Terima kasih juga kepada seluruh stakeholder yang menjadi narasumber dari penelitian ini, telah memberikan akses dan informasi sehingga penelitian ini dapat dilakukan dengan baik. Kepercayaan dan dukungan yang diberikan oleh para stakeholder ini sangat kami hargai.

## Daftar Pustaka

- Ansell, C., & Gash, A. (2008a). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Ansell, C., & Gash, A. (2008b). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
- Chiodo, D., Lu, S., Varatharajan, T., Costello, J., Rush, B., & Henderson, J. L. (2022). Barriers and Facilitators to the Implementation of an Integrated Youth Services Network in Ontario. *International Journal of Integrated Care*, 22(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.6737>

- Delfina, S. A., Yulian, I., Firmansyah, M. A., Khairani, N. Z., & Zulaikha, T. (2021, December 30). Bagaimana Pelayanan Kesehatan Mental di Indonesia? Kumparan.Com (Kumparan). <https://kumparan.com/agnes-delfina-sulfan/bagaimana-pelayanan-kesehatan-mental-di-indonesia-1xCoy9TtmSd>
- Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2012). An Integrative Framework for Collaborative Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1–29. <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>
- Firhani KrJogja. (2023, December 12). TPKJM DIY Jadi Barometer Nasional, Perkuat Tata Kelola Kesehatan Jiwa. KrJogja. [https://www.krjogja.com/yogyakarta/1243475440/tpkjm-diy-jadi-barometer-nasional-perkuat-tata-kelola-kesehatan-jiwa?page=2&\\_gl=1\\*myqe0i\\*\\_ga\\*VDdDT3BTUGVHUVZSNjZVaWhQTVQ1UHZud3RHZExHalRpSXpka0ZaSXJCR1BxSGlrVzBmQjBSLXLcUVINKlyVQ](https://www.krjogja.com/yogyakarta/1243475440/tpkjm-diy-jadi-barometer-nasional-perkuat-tata-kelola-kesehatan-jiwa?page=2&_gl=1*myqe0i*_ga*VDdDT3BTUGVHUVZSNjZVaWhQTVQ1UHZud3RHZExHalRpSXpka0ZaSXJCR1BxSGlrVzBmQjBSLXLcUVINKlyVQ)
- Hall, T., Kakuma, R., Palmer, L., Minas, H., Martins, J., & Armstrong, G. (2019). Intersectoral Collaboration for People-Centred Mental Health Care in Timor-Leste: A Mixed-Methods Study Using Qualitative and Social Network Analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0328-1>
- Henderson, J., Javanparast, S., Baum, F., Freeman, T., Fuller, J., Ziersch, A., & Mackean, T. (2019). Interagency Collaboration in Primary Mental Health Care: Lessons from the Partners in Recovery program. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0297-4>
- Hodges, S., Ferreira, K., Mowery, D., & Novicki, E. (2013). Who's in Charge Here? Structures for Collaborative Governance in Children's Mental Health. *Administration in Social Work*, 37(4), 418–432. <https://doi.org/10.1080/03643107.2012.758062>
- Iemmi, V. (2019). Sustainable Development for Global Mental Health: A Typology and Systematic Evidence Mapping of External Actors in Low-Income and Middle-Income Countries. *BMJ Global Health*, 4(6). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001826>
- Kesehatan Jiwa bagi Semua. (2023, October 30). Kompas.Id. <https://www.kompas.id/baca/opini/2023/10/29/melayani-kesehatan-jiwa-dengan-manusiawi>
- Khenti, A., Fréel, S., Trainor, R., Mohamoud, S., Diaz, P., Suh, E., Bobbili, S. J., & Sapag, J. C. (2016). Developing A Holistic Policy and Intervention Framework For Global Mental Health. *Health Policy and Planning*, 31(1), 37–45. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv016>
- Li, Y., & Ma, H. (2021). Interorganisational Cooperation and Its Effects on Community Rehabilitation for People with Severe Mental Disorders in Beijing, China: A case study. *Health and Social Care in the Community*, 29(1), 154–163. <https://doi.org/10.1111/hsc.13078>
- Mattesich, P. W., & Johnson, K. M. (2018). *Collaboration: What Makes It Work* (3rd ed.). Fieldstone Alliance.
- Mental Health and Substance Use (MSD). (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Milward, H. B., Provan, K. G., Fish, A., Isett, K. R., & Huang, K. (2010). Governance and Collaboration: An Evolutionary Study of Two Mental Health Networks. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1093/jopart/mup038>
- Patterson, A. S., Boadu, N. Y., Clark, M., Janes, C., Monteiro, N., Roberts, J. H., Shiffman, J., Thomas, D., & Wipfli, H. (2020). Investigating Global Mental Health: Contributions from Political Science. *Global Public Health*, 15(6), 805–817. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1724315>
- Pierre, J., Letamendi, C., Sleiter, L., Bailey, Z., Dannefer, R., Shiman, L., Gutierrez, J., Martins, E., & Sierra, R. (2020). Building a Culture of Health at the Neighborhood Level Through Governance Councils. *Journal of Community Health*, 45(4), 871–879. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00804-0>
- Pineo, H., Zimmermann, N., & Davies, M. (2020). Integrating Health into The Complex Urban Planning Policy and Decision-Making Context: A Systems Thinking Analysis. *Palgrave Communications*, 6(1). <https://doi.org/10.1057/s41599-020-0398-3>
- Richter Sundberg, L., Gotfredsen, A., Christianson, M., Wiklund, M., Hurtig, A. K., & Goicolea, I. (2024). Exploring Cross-Boundary Collaboration for Youth Mental Health in Sweden – A Qualitative Study Using The Integrative Framework for Collaborative Governance. *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10757-y>
- The WHO Regional Office for Europe. (2019). *Multisectoral action for mental health*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346538/WHO-EURO-2019-3579-43338-60799->

eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat (Tpkjm) DIY, & Pusat Rehabilitasi Yakkum. (2022). Panduan Teknis Pelaksanaan Revitalisasi/Pembentukan Tim Pengarah Dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (Tpkjm) Daerah Istimewa Yogyakarta.
- TPKJM Provinsi DIY dan Pusat Rehabilitasi Yakkum. (2023). Panduan Teknis Pelaksanaan Revitalisasi/Pembentukan Tim Pengarah dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa masyarakat (TPKJM) Daerah Istimewa Yogyakarta.
- Tristiana, R. D., Yusuf, A., Fitryasari, R., Wahyuni, S. D., & Nihayati, H. E. (2018). Perceived Barriers on Mental health services by the family of patients with mental illness. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 63–67. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.12.003>
- WHO News room. (2022, June 17). Mental Health. Who.Int (World Health Organization). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. <https://iris.who.int/handle/10665/42940>
- World Health Organization. (2020). Global Mental Health Atlas Country Profile 2020. <https://iris.who.int/handle/10665/345946>



Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY SA) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>).