Arah Kebijakan Kesehatan Mental: Tren Global dan Nasional serta Tantangan Aktual

Rizqy Amelia Zein
amelia.zein@psikologi.unair.ac.id
Departemen Psikologi Kepribadian dan Sosial
Fakultas Psikologi, Universitas Airlangga

Ilham AkhsanuRidlo
ilham.ridlo@fkm.unair.ac.id
Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga

Pendahuluan

Secara global, selama tiga dekade terakhir, kesehatan mental merupakan isu sentral pembangunan kesehatan. Sejak beberapa dekade lalu, WHO menegaskan bahwa definisi sehat merupakan definisi yang sifatnya intergral; artinya tidak bukan sekedar bebas dari penyakit, namun kondisi dimana seseorang mencapai kesejahteraan paripurna secara fisik, mental dan sosial. Garis kebijakan WHO ini memiliki implikasi penting – seluruh batang tubuh kebijakan kesehatan yang diterapkan oleh negara-negara anggota WHO, harus seluruhnya mencakup ketiga aspek diatas.

Melihat tren global, kesehatan mental tidak lagi dipandang sebagai isu perifer dalam pembangunan kesehatan, mengingat betapa seriusnya dampak yang diakibatkan oleh lemahnya kondisi kesehatan mental. Studi *the Global Burden of Disease* yang dilakukan oleh WHO pada tahun 2012 mengungkapkan data yang meyakinkan mengenai peta beban penyakit di seluruh dunia. Yang mengejutkan, data *years lost due to disability* (YLD) dari studi tersebut menyebutkan bahwa 6 dari 20 jenis penyakit yang dianggap paling bertanggungjawab menyebabkan disabilitas adalah gangguan mental (World Health Organization, 2012).

Lebih lanjut, apabila kita mencermati estimasi WHO mengenai *disability-life adjusted years* (DALY) pada tahun 2012 yang menggambarkan jumlah tahun produktif yang terbuang akibat penyakit, kelumpuhan atau kematian dini, menempatkan *Unipolar Depressive Disorders* pada peringkat 9 dari 20 penyakit utama, apabila dibandingkan dengan penyakit menular (*communicable diseases*) atau penyakit tidak menular (*noxn-communicable disesases*) lainnya (World Health Organisation (WHO), 2015; World Health Organization, 2012). Artinya, meskipun gangguan mental belum terlalu dipandang sebagai problem epidemiologis, nyatanya memiliki dampak yang cukup signifikan dalam membuat jutaan orang hidup dalam disabilitas.

Data-data diatas menegaskan bahwa gangguan kesehatan mental membutuhkan fokus penuh dari para pengambil kebijakan, mengingat gangguan kesehatan mental mulai dianggap sebagai ancaman serius yang membutuhkan respon cepat dari penyedia layanan kesehatan (Baxter, Patton, Scott, Degenhardt, & Whiteford, 2013). Oleh karena itu, studi-studi epidemiologis yang terkait dengan gangguan mental sudah mulai dilakukan agar *evidence-based policy* dapat dirumuskan secara tepat.

Tulisan ini diorganisasi menjadi beberapa bagian. Bagian pertama akan banyak berfokus pada memberikan gambaran mengenai tren global dan nasional mengenai gangguan kesehatan mental, terutama mengulas studi-studi epidemiologis yang terkait dengan gangguan mental. Bagian kedua akan mengulas beberapa tantangan yang harus dihadapi oleh pengambil kebijakan dan tenaga kesehatan dalam mengatasi gangguan kesehatan mental, terutama kaitannya dengan kesejahteraan penderita. Tulisan ini kemudian ditutup dengan beberapa argumen kunci yang menyimpulkan bagian pertama dan kedua.

Tren Global; Seberapa Buruk Kondisi yang Kita Hadapi?

Pada tahun 1990, WHO pertama kali mengadakan studi *the Global Burden of Disease* yang kemudian mengejutkan dunia atas data yang menunjukkan bahwa gangguan psikiatrik/mental memilliki dampak yang luar biasa pada kondisi disabilitas jutaan orang didunia. Tak seperti banyak diduga orang, dampak yang ditimbulkan oleh buruknya kondisi kesehatan mental tidak lebih baik apabila dibandingkan dengan penyakit-penyakit menular dan terus bertambah buruk setiap tahunnya.

Oleh karena itu, WHO selanjutnya menyelenggarakan studi epidemiologis terpisah untuk menginvestigasi dampak global dari kesehatan mental yang dilakukan pertamakali pada tahun 2001-2003. *World Mental Health* (WMH) *Survey Initiative* awalnya melibatkan 14 negara (6 negara berkembang dan 8 negara maju). Sampai saat ini, survei WMH telah dilakukan 17 kali dan studi yang terakhir melibatkan lebih banyak negara, yaitu 28 negara. Survei ini menggunakan WHO *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), yaitu sebuah panduan wawancara diagnostik terstruktur yang menggunakan DSM-IV sebagai kriteria diagnostik, sebagai instrumen survei. Data yang diekstraksi dari survei WMH diharapkan mampu memberikan gambaran yang lebih baik mengenai prevalensi dan tingkat keparahan gangguan kesehatan mental di negara-negara yang berpartisipasi (Kessler & Üstün, 2004; Kessler, dkk., 2011). Sayangnya sampai dengan saat ini, Indonesia belum termasuk negara yang berpartisipasi dalam studi tersebut.

Dalam studi analisis sekunder yang dilakukan oleh Kessler, dkk. (2011) dengan menggunakan *dataset* dari survei WMH, ada beberapa informasi penting yang memotret isu kesehatan mental global. Gangguan mental yang secara konsisten tergolong sebagai gangguan dengan prevalensi tertinggi dan memenuhi kualifikasi diagnostik DSM-IV/CIDI ada empat jenis gangguan, yaitu; (a) gangguan kecemasan; (b) gangguan *mood*; (c) *externalizing disorder*; dan (d) gangguan penyalahgunaan zat, sedangkan jenis gangguan yang lain masuk kategori gangguan lainnya. Namun ada juga beberapa jenis gangguan yang tidak diakomodasi dalam CIDI, misalnya *specific phobia*, *conduct disorder,* dan gangguan bipolar (Kessler, dkk., 2011).

Gangguan dengan prevalensi tertinggi adalah gangguan kecemasan dengan prevalensi 14.3% dari total populasi, sedangkan posisi kedua ditempati oleh gangguan *mood* yang mencapai prevalensi sekitar 12%. Gangguan kecemasan dan gangguan *mood* paling banyak ditemui di regional Pan American Health Organization (PAHO) dan Amerika Serikat adalah negara partisipan dengan prevalensi tertinggi. Di Amerika Serikat, gangguan kecemasan dan gangguan *mood* memiliki prevalensi sebesar 31% dan 21.4% (Kessler, dkk., 2007).

Tingkat keparahan gangguan mental diklasifikasikan menjadi tiga kategori, yaitu; (a) ringan; (b) sedang; dan (c) berat. Data menunjukkan bahwa ada asosiasi yang kuat antara estimasi prevalensi dengan tingkat keparahan gangguan. Negara yang melaporkan prevalensi yang tinggi atas gangguan mental tertentu juga melaporkan adanya *impairment* yang tinggi yang diasosiasikan dengan gangguan mental tersebut. Survei WMH menyebutkan bahwa mayoritas

gangguan mental yang terdeteksi tergolong gangguan mental sedang, sedangkan negara yang melaporkan angka tertinggi untuk gangguan mental berat adalah Israel (Kessler, dkk., 2011).

Gangguan mental juga dilaporkan memiliki onset usia yang cenderung sangat dini. Misalnya, beberapa gangguan kecemasan seperti *phobia* dan *separation anxiety disorder* rata-rata muncul pada anak usia 7-14 tahun, sedangkan gangguan kecemasan lainnya serta gangguan *mood* rata-rata muncul pada usia 25-50 tahun. Tentunya hal ini berdampak pada besarnya *societal cost*, sehingga gangguan kesehatan mental juga diikuti dengan menurunnya capaian pendidikan, meningkatnya angka pernikahan dini, menyebabkan instabilitas pernikahan dan melemahnya status finansial dan okupasional (Kessler, dkk., 2007, 2011).

Investigasi atas kerugian finansial yang ditimbulkan oleh gangguan kesehatan mental juga menghasilkan data yang mengejutkan. Survei yang dilakukan di Amerika Serikat menyatakan bahwa nilai kerugian dalam domain sumberdaya manusia yang harus ditanggung pemberi kerja mencapai US$36 juta setiap tahunnya akibat *major depressive disorder* (MDD) yang diderita para pekerjanya. Lebih lanjut, 10 negara partisipan survei WMH melaporkan adanya rata-rata kerugian produktivitas sampai dengan 22 hari/pekerja akibat ADHD.

Survei WMH menjadi notifikasi penting yang menghasilkan *insight* bahwa gangguan mental merupakan gangguan kesehatan yang saat ini bertambah luas cakupannya, memiliki onset usia yang cenderung sangat dini dibandingkan dengan penyakit lainnya serta memiliki dampak yang luas, terutama di level sosial.

Lima belas tahun setelah studi pertama *The Global Burden of Disease* dipublikasikan, negara-negara anggota WHO di Eropa mengungkapkan kegelisahannya atas kondisi tersebut kemudian merespon dengan merumuskan *Mental Health Declaration* di Helsinki. Deklarasi tersebut menegaskan komitmen negara-negara anggota WHO regional Eropa untuk bersama-sama membangun kekuatan untuk mengatasi persoalan kesehatan mental (World Health Organisation, 2005).

Pertemuan tersebut menghasilkan serangkaian *action plan* beserta proposisi tegas *"..there is no health, without mental health"* yang menegaskan bahwa setiap negara anggota WHO harus mulai memasukkan isu kesehatan mental sebagai prioritas kebijakan. Sayangnya sampai dengan saat ini, gangguan kesehatan mental masih tergolong *low priority issue* di mayoritas negara berkembang, karena mereka lebih memprioritaskan kebijakan mengenai pengendalian penyakit menular dan kesehatan ibu dan anak (KIA). Tak banyak berbeda, negara-negara maju pun masih lebih memprioritaskan mengatasi *non-communicable disease* yang menyebabkan kematian dini, misalnya kanker dan penyakit kardiovaskular (Prince, dkk., 2007). Hal ini menunjukkan kurangnya komitmen para pengambil kebijakan untuk serius menangani masalah kesehatan mental, meskipun data-data epidemiologis menunjukkan bahwa problem ini tak lagi bisa dianggap remeh.

Sampai Dimana Kita?

Perumusan kebijakan kesehatan mental di Indonesia terbilang mengalami kemajuan apabila dibandingkan dengan beberapa dekade sebelumnya, meskipun kemajuannya cenderung lambat. Pun usaha-usaha yang telah dilakukan oleh pemerintah rupanya belum mampu menangani problem kesehatan mental sampai ke akar-akarnya. Perumusan kebijakan kesehatan mental belum didukung oleh data penunjang yang adekuat, sama halnya seperti yang dialami banyak negara berkembang lainnya. Padahal data yang berkualitas mengenai distribusi dan dampak penyakit sangat dibutuhkan untuk merumuskan kebijakan yang efektif serta penting untuk proses perencanaan layanan (Baxter, dkk., 2013).

Satu-satunya data yang secara nasional representatif mewakili Indonesia adalah data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), survei skala nasional yang diorganisasi oleh Badan Litbang Kementerian Kesehatan RI yang mencakup nyaris 1 juta responden dan sekitar 250 ribu rumah tangga di 440 kabupaten/kota di 27 propinsi di Indonesia. Survei lainnya yang mengakomodasi isu kesehatan mental adalah *Indonesian Family Life Survey* (IFLS) yang dilakukan oleh RAND Corporations, namun memiliki cakupan yang jauh lebih kecil daripada Riskesdas (Tampubolon & Hanandita, 2014). Meskipun begitu, instrumen yang digunakan oleh kedua survei untuk mengukur prevalensi gangguan mental terlalu sederhana bila dibandingkan dengan WHO-CIDI yang digunakan dalam survei WMH. Padahal WHO-CIDI masih memiliki kecenderungan kurang mengestimasi gejala klinis yang sebenarnya (Wittchen, 1994).

Indonesian Family Life Survey (IFLS) memiliki cakupan yang jauh lebih terbatas dibandingkan Riskesdas. IFLS 'hanya' melibatkan 30 ribu responden dan 12 ribu rumah tangga di 13 propinsi di Indonesia. Instrumen yang digunakan dalam IFLSpun kurang adekuat. Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) yang merupakan 'turunan' dari General Health Questionnaire memiliki perangkat psikometrik yang tidak jelas (Tampubolon & Hanandita, 2014). Selain itu, IFLS hanya menyediakan data mengenai depresi, tanpa melibatkan gangguan kesehatan mental lainnya.

Data Riskesdas tahun 2013 menyebutkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat seperti skizofrenia mencapai 1.7 perseribu orang penduduk. Artinya, ada 1-2 orang yang menderita skizofrenia setiap 1000 penduduk (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013). Prevalensi ini menurun drastis apabila dibandingkan dengan data Riskesdas tahun 2007 yang menyebutkan prevalensi gangguan jiwa berat mencapai 4.6 perseribu orang penduduk (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2008). Sama halnya dengan gangguan mental emosional yang mengalami penurunan prevalensi dari 11,6% pada tahun 2007, menjadi 6% pada tahun 2013 (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2008, 2013). Meskipun begitu, tidak ada penjelasan klasifikasi gangguan mental emosional, padahal spektrum gangguan kesehatan mental sangat luas dan beragam.

Penurunan prevalensi ini diakui oleh Kementerian Kesehatan sebagai anomali, bahkan sesungguhnya bertentangan dengan kenyataan di lapangan (Siswadi, 2014). Hal ini semakin menegaskan bahwa pemerintah Indonesia kekurangan data-data epidemiologis yang berkualitas untuk menyusun kebijakan kesehatan mental.

Satu-satunya perangkat kebijakan yang menaungi upaya peningkatan kualitas kesehatan mental di Indonesia adalah Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 mengenai Kesehatan Jiwa. Upaya membentuk payung legislasi atas kebijakan kesehatan mental adalah usaha yang patut diapresiasi, meskipun pemerintah cenderung sangat lambat dalam menjabarkannya dalam peraturan teknis. Selain itu, arah kebijakan kesehatan mental di Indonesia masih berkutat di area kuratif, belum sampai pada tahap preventif, promotif maupun rehabilitatif (Dirjen Bina Upaya Kesehatan, 2015).

Selain itu, komitmen pemerintah Indonesia dalam pembangunan kesehatan di Indonesia masih dipertanyakan akibat alokasi belanja kesehatan yang hanya diberi slot 5% dari APBN 2016, sedangkan anggaran untuk kesehatan mental hanya rata-rata 1% dari total anggaran kesehatan. Meskipun alokasi anggaran tahun 2016 sudah jauh lebih baik daripada tahun-tahun sebelumnya (Aditiasari, 2015; Biro Perencanaan dan Anggaran Kementerian Kesehatan RI, 2014). Tak heran Bank Dunia kemudian menggolongkan Indonesia sebagai negara dengan *health expenditure* terendah didunia ("Anggaran Kesehatan Indonesia", 2015).

Kondisi ini tentunya merupakan pekerjaan rumah yang tidak mudah yang harus dihadapi oleh para pengambil kebijakan. Selain isu mengenai data epidemiologis, proses legislasi dan *health*

budgeting, isu lainnya yang menjadi sentral dalam perbincangan mengenai kesehatan mental di Indonesia adalah problem mengenai kesenjangan perawatan (*treatment gap*) serta stigma dan diskriminasi yang dialami oleh orang dengan gangguan mental (ODGM).

Kesenjangan Perawatan dan Stigma – kepelikan situasi

Problem kesenjangan perawatan sejatinya tidak hanya terjadi di Indonesia, melainkan di seluruh dunia. Diseluruh dunia, tercatat sekitar 32.2% penderita skizofrenia yang tidak mendapatkan akses ke layanan kesehatan (Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno, 2004). Sedangkan di Indonesia angkanya jauh lebih mencengangkan – 96.5% penderita skizofrenia tidak mendapatkan perawatan medis yang memadai. Artinya, kurang dari 10% penderita skizofrenia mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan (Dirjen Bina Upaya Kesehatan, 2015; Siswadi, 2014).

Selama ini, layanan kesehatan mental banyak berpusat di rumah sakit jiwa milik pemerintah dan swasta yang jumlahnya 'hanya' 48 dan hanya ada di 26 propinsi di Indonesia (Siswadi, 2014). Lebih lanjut, jumlah tempat tidur yang dialokasikan untuk pasien psikiatrik hanya ada 7500 tempat tidur di seluruh Indonesia (Setiawan, 2015). Keterbatasan sumberdaya yang dimiliki rumah sakit jiwa tentunya memaksa pemerintah untuk mengubah orientasinya dari pelayanan kesehatan mental berbasis rujukan (pasien gangguan mental dirujuk ke rumah sakit jiwa) menjadi kesehatan mental komunitas dasar (pasien dirawat di layanan kesehatan primer).

Namun sejak integrasi layanan kesehatan mental ke Puskesmas pertama kali diperkenalkan pada tahun 2000, hanya 30% dari 9000 Puskesmas di seluruh Indonesia yang berhasil menyediakan layanan kesehatan mental. Persoalannya kemudian bertambah pelik – Indonesia juga masih kekurangan tenaga kesehatan mental profesional yang siap melayani pasien kesehatan mental di layanan kesehatan primer (Puskesmas), karena tenaga kesehatan di Puskesmas kurang terlatih untuk menangani kasus kesehatan mental, bahkan harus menangani kasus diluar kewenangannya (Marchira, 2011).

Stigma dan diskriminasi yang dialami oleh ODGM menjadi pekerjaan rumah yang berat selanjutnya. ODGM termasuk penderita skizofrenia sering mendapatkan perlakuan tidak manusiawi dari lingkungan sosialnya. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, ada sekitar 57 ribu penderita skizofrenia yang dipasung oleh keluarganya (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013). Tidak hanya pemasungan, orang dengan skizofrenia (ODS) dan ODGM juga harus menghadapi risiko dijauhi, diabaikan atau bahkan ditolak oleh lingkungan sosialnya. Tak sedikit pula ODGM yang menjadi korban perlakuan kasar, bahan gosip, olok-olok dan penolakan yang muncul dari keluarganya sendiri (Corrigan, 2006).

Oleh karena itu, pengobatan secara medis tidak serta-merta menyelesaikan problem yang dihadapi oleh ODS, karena hanya dengan pengobatan medis saja, pasien ODS masih memiliki probabilitas untuk kembali dirawat di rumah sakit jiwa (kambuh) sebesar 30%. Sedangkan apabila dikombinasikan program rehabilitasi yang melibatkan keluarga ODS, persentase kemungkinan terjadinya kekambuhan menurun sampai 8% (Viora, 2015). Artinya, pasien ODS masih dapat berfungsi secara normal, apabila ia berada dalam lingkungan keluarga yang suportif atas kondisinya.

Stigma yang dialami ODGM tak hanya berefek memperparah penyakitnya, melainkan juga pada rentan membuat ODGM marjinal secara status sosial dan ekonomi. Misalnya ketika ODGM mengungkapkan kondisi kesehatannya pada atasan dan rekan kerjanya, mereka cenderung dijauhi atau bahkan diperlakukan tidak adil. Pemberi kerja juga cenderung tidak bersedia memperkerjakan calon karyawan yang diketahui memiliki masalah kesehatan mental. Lebih

lanjut, di lingkup pendidikan, siswa yang juga ODGM juga cenderung mendapatkan perlakuan berbeda dari teman-temannya di sekolah, bahkan menjadi korban perundungan. Siswa ODGM juga cenderung diperlakukan berbeda dan diremehkan kemampuannya oleh gurunya disekolah. Bentuk-bentuk stigma seperti inilah yang kemudian yang berimplikasi pada tingginya *societal cost* yang ditimbulkan oleh gangguan mental (Sharac, Mccrone, Clement, & Thornicroft, 2010).

Kesimpulan

Masalah kesehatan mental tentunya tak lagi dapat dianggap sebagai isu perifer dalam perancangan kebijakan kesehatan. Faktanya, gangguan kesehatan mental adalah ancaman global yang juga harus dihadapi oleh masyarakat Indonesia. Kebijakan kesehatan mental yang *evidence-based* tentunya tak mungkin dapat disusun apabila data epidemiologis yang berkualitas tidak tersedia, sehingga langkah pertama yang harus diambil oleh pemerintah adalah berupaya untuk memotret kondisi kesehatan mental masyarakat Indonesia melalui riset yang komperhensif. Dengan data yang komperhensif, perancangan program-program kunci dan alokasi anggaran tentunya akan dapat diatur secara proporsional.

Persoalan politik anggaran adalah hal selanjutnya yang harus diselesaikan pemerintah. Tanpa ada komitmen politik yang ditunjukkan oleh pemerintah untuk mengalokasikan anggaran yang cukup untuk membuka akses layanan kesehatan mental, tentunya persoalan mengenai kesenjangan perawatan tak akan pernah selesai. Pemerintah harus mulai memprioritaskan untuk membangun Puskesmas-Puskesmas yang mampu menyediakan layanan kesehatan mental yang berkualitas, disertai dengan menyediakan tenaga kesehatan mental yang profesional.

Perluasan akses layanan, menggalakkan upaya promotif serta meningkatkan kesadaran masyarakat atas gangguan kesehatan mental harus menjadi prioritas arah kebijakan kesehatan jiwa nasional. Dengan tidak melulu mengandalkan pengobatan medis dan lebih banyak memfokuskan perawatan berbasis keluarga dan komunitas, kesejahteraan ODGM tentunya dapat ditingkatkan. Selain itu, dengan mendorong keluarga ODGM dan komunitasnya untuk lebih suportif terhadap kondisi kesehatan ODGM akan memperbesar peluang ODGM untuk kembali berfungsi secara normal.

PUSTAKA ACUAN

Aditiasari, D. (2015). Anggaran 2016: Pendidikan Rp424 T, Infrastruktur Rp313 T, Kesehatan Rp106 T. *DetikFinance*. Retrieved October 24, 2015, from http://finance.detik.com/read/2015/08/14/162843/2992360/4/anggaran-2016-pendidikan-rp-424-t-infrastruktur-rp-313-t-kesehatan-rp-106-t

Anggaran Kesehatan Indonesia. (2015). Anggaran Kesehatan Indonesia Salah Satu yang Terendah di Dunia. *Katadata News*. Retrieved October 24, 2015, from http://katadata.co.id/berita/2015/02/18/anggaran-kesehatan-indonesia-salah-satu-yang-terendah-di-dunia#sthash.WFSWm0H5.dpbs

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2008). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007. *Laporan Nasional 2007*, 1–384. doi:1 Desember 2013

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013*. Jakarta.

Baxter, A. J., Patton, G., Scott, K. M., Degenhardt, L., & Whiteford, H. a. (2013). Global Epidemiology of Mental Disorders: What Are We Missing? *PLoS ONE*, *8*(6), 1–9. doi:10.1371/journal.pone.0065514

Biro Perencanaan dan Anggaran Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Buku Saku Pagu Indikatif Kementerian Kesehatan Tahun 2014*. Jakarta.

Corrigan, P. W. (2006). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*(1), 48–67. doi:10.1093/clipsy.7.1.48

Dirjen Bina Upaya Kesehatan. (2015). Strategi nasional sistem kesehatan jiwa. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., … Wang, P. S. (2011). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, *18*(1), 23–33. doi:10.1017/S1121189X00001421

Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., … Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *6*(3), 168–176. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593

Kessler, R. C., & Üstün, B. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *13*(2), 93–117. doi:10.1002/mpr.168

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care 2004. *Bulletin of the World Health Organization*, *82*(03), 858–866. doi:/S0042-96862004001100011

Marchira, C. R. (2011). Integrasi Kesehatan Jiwa Pada Pelayanan Primer Di Indonesia: Sebuah tantangan di masa sekarang. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, *14*(03), 120–126.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, *370*(9590), 859–877. doi:10.1016/S0140-6736(07)61238-0

Setiawan, G. P. (2015). Rehabilitasi psikososial. Surabaya: Jaringan Rehabilitasi Psikososial Indonesia.

Sharac, J., Mccrone, P., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, *19*(03), 223–232. doi:10.1017/S1121189X00001159

Siswadi, A. (2014). Pemerintah Ragukan Riset Penderita Skizofrenia. *Tempo.co*. Retrieved October 24, 2015, from http://gaya.tempo.co/read/news/2014/03/28/060566006/pemerintah-ragukan-riset-penderita-skizofrenia

Tampubolon, G., & Hanandita, W. (2014). Poverty and mental health in indonesia. *Social Science and Medicine*, *106*, 20–27. doi:10.1016/j.socscimed.2014.01.012

Viora, E. (2015). Arah Kebijakan Rehabilitasi Psikososial pada ODGJ. Surabaya.

Wittchen, H. U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, *28*(1), 57–84. doi:10.1016/0022-3956(94)90036-1

World Health Organisation. (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, building solutions*. Copenhagen: World Health Organization.

World Health Organisation (WHO). (2015). *Mental Health Atlas*.

World Health Organization. (2012). Estimates for 2000–2012. *World Health Organization*. World Health Organization. Retrieved October 24, 2015, from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html