

Characteristics of JKN Participants with Schizophrenia in BPJS Kesehatan Sample Data (2024)

Khoerul Amri ^{1*)}

¹⁾ Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Mohammad Husni Thamrin
Correspondence Author: khoerulamri.pascathamrin@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.37012/jkmp.v5i2.3822>

Abstract

Schizophrenia is a mental health disorder associated with a substantial disease burden. In Indonesia, 594,383 registered cases were reported between 2022 and September 2024, accounting for 94% of the 631,211 registered cases of people with severe mental disorders. Although the National Health Insurance (Jaminan Kesehatan Nasional/JKN) program has achieved Universal Health Coverage of 98.46%, with an active membership rate of 80%, disparities in mental health service utilization persist and may be influenced by demographic, administrative, and geographic factors. This study aimed to describe the characteristics of JKN participants with schizophrenia and their utilization of primary health care facilities (PHCFs/FKTP) and advanced referral health care facilities (ARHCFs/FKRTL) based on demographic, administrative, and geographic characteristics using the 2024 BPJS Kesehatan mental health contextual sample dataset. A quantitative study with a cross-sectional design was conducted among 17,000 JKN participants with schizophrenia. Descriptive analyses were performed based on membership segment, age, sex, marital status, inpatient class, provincial region, and health service utilization patterns. The results showed that the largest proportion of participants were PBI APBN members (37.34%), aged 15–64 years (91.81%), male (60.14%), unmarried (52.82%), and enrolled in Class III inpatient care (75.95%). Geographically, the largest proportion of participants was distributed in Regional 1 (39.96%), followed by Regional 2 (21.96%) and Regional 5 (18.84%). Regarding health service utilization, the majority of participants utilized both primary and advanced referral health care facilities (65.44%), while 34.56% utilized only one level of health care facility. These findings indicate that most JKN participants with schizophrenia accessed a continuum of care from primary to advanced health care facilities, although variations were observed in participant distribution across membership characteristics and geographic regions. These findings may serve as a basis for strengthening equitable access to mental health services through the optimization of primary health care, strengthening referral systems, developing mental health telemedicine services, and improving community mental health literacy.

Keywords: Schizophrenia, National Health Insurance, BPJS Kesehatan, Mental Health, Participant Characteristics

Abstrak

Skizofrenia merupakan gangguan kesehatan jiwa dengan beban signifikan. Indonesia mencatat 594.383 kasus teregistrasi pada periode 2022–September 2024, yang mewakili 94% dari total 631.211 kasus Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat. Meskipun program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah mencapai cakupan Universal Health Coverage sebesar 98,46% dengan tingkat keaktifan peserta sebesar 80%, disparitas dalam pemanfaatan layanan kesehatan jiwa masih ditemukan dan dapat dipengaruhi oleh faktor demografi, administratif, dan geografis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran karakteristik peserta JKN dengan skizofrenia serta pemanfaatan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) berdasarkan karakteristik demografi, administratif, dan geografis dalam data sampel kontekstual kesehatan mental BPJS Kesehatan tahun 2024. Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain cross-sectional terhadap 17.000 peserta JKN dengan

skizofrenia. Analisis dilakukan secara deskriptif berdasarkan segmen kepesertaan, umur, jenis kelamin, status pernikahan, kelas rawat, regional provinsi, dan pola pemanfaatan pelayanan kesehatan. Hasil menunjukkan bahwa sebagian besar peserta merupakan PBI APBN (37,34%), berada pada kelompok usia produktif (91,81%), berjenis kelamin laki-laki (60,14%), belum menikah (52,82%), dan menggunakan kelas rawat III (75,95%). Berdasarkan wilayah, proporsi terbesar peserta berada di Regional 1 (39,96%), diikuti Regional 2 (21,96%) dan Regional 5 (18,84%). Dalam pemanfaatan pelayanan, sebagian besar peserta menggunakan FKTP dan FKRTL (65,44%), sedangkan 34,56% hanya memanfaatkan salah satu tingkat fasilitas kesehatan. Temuan ini menunjukkan bahwa mayoritas peserta dengan skizofrenia telah memanfaatkan pelayanan secara berjenjang dari FKTP hingga FKRTL, namun distribusi peserta masih menunjukkan variasi berdasarkan karakteristik kepesertaan dan wilayah.

Kata Kunci: Skizofrenia, Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan, Kesehatan Jiwa, Karakteristik Peserta

PENDAHULUAN

Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa berat yang memberikan beban kesehatan dan sosial yang signifikan. Secara global, gangguan jiwa berat berkontribusi terhadap sekitar 13% dari total beban penyakit yang diukur melalui *Disability-Adjusted Life Years* (DALYs), sedangkan skizofrenia memengaruhi lebih dari 21 juta orang di dunia dengan prevalensi seumur hidup sekitar 0,3–0,7%. Akses terhadap pelayanan kesehatan jiwa masih menjadi tantangan, terutama di negara berpendapatan rendah dan menengah, dengan hanya sekitar 10–25% penderita gangguan jiwa berat yang memperoleh perawatan yang adekuat (Maselko, 2017; Docrat et al., 2020a).

Di Indonesia, permasalahan skizofrenia menunjukkan kondisi yang perlu mendapat perhatian. Prevalensi skizofrenia dilaporkan meningkat dari 1,7 menjadi 7,0 kasus per 1.000 penduduk pada periode 2013–2017 (Lestari et al., 2021). Berdasarkan data Riskesdas 2018, diperkirakan terdapat sekitar 2,6 juta orang dengan skizofrenia di Indonesia (Renwick et al., 2023). Selain besarnya jumlah penderita, karakteristik geografis Indonesia sebagai negara kepulauan juga menjadi tantangan dalam pemerataan penyediaan pelayanan kesehatan jiwa (Amin et al., 2022).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu instrumen penting dalam memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Pada Desember 2024, cakupan kepesertaan JKN telah mencapai 278.078.256 jiwa atau sekitar 98,5% penduduk Indonesia. Tingginya cakupan tersebut menunjukkan kemajuan dalam pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC). Namun, kepesertaan JKN yang luas belum sepenuhnya menjamin pemerataan pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa. Faktor sosial ekonomi, kepemilikan

asuransi, karakteristik demografi, serta kondisi geografis dapat berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan (Kohn et al., 2004; Wulandari et al., 2023).

Dalam penyelenggaraan JKN, pelayanan penderita skizofrenia dilakukan secara berjenjang melalui Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan, sesuai kebutuhan, dilanjutkan melalui Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL). Kontinuitas pelayanan antara kedua tingkat fasilitas tersebut penting karena skizofrenia merupakan kondisi kronis yang membutuhkan pengelolaan jangka panjang dan pendekatan multidisiplin. Namun, implementasi pelayanan kesehatan jiwa pada tingkat primer dan integrasinya dengan pelayanan lanjutan masih menghadapi berbagai hambatan struktural dan sistemik (Pragholapati et al., 2024).

Ketimpangan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada penderita skizofrenia berpotensi menimbulkan konsekuensi klinis, sosial, dan ekonomi. Pelayanan yang tidak optimal dapat meningkatkan risiko kekambuhan dan kebutuhan terhadap pelayanan lanjutan, sekaligus meningkatkan beban pembiayaan kesehatan. Selain itu, ketimpangan akses dapat memperbesar kesenjangan kesehatan pada kelompok sosial ekonomi yang lebih rentan dan tidak sejalan dengan prinsip pemerataan dalam UHC (Abdulah et al., 2017; Syarif et al., 2024).

Meskipun penelitian mengenai skizofrenia dan pemanfaatan pelayanan kesehatan telah dilakukan, masih terdapat keterbatasan penelitian yang secara khusus menggambarkan pemanfaatan pelayanan pada FKTP dan FKRTL secara bersamaan dalam skema JKN dengan menggunakan data sampel BPJS Kesehatan berskala nasional. Data sampel kesehatan mental BPJS Kesehatan tahun 2024 memberikan peluang untuk mengidentifikasi karakteristik peserta dan pola pemanfaatan pelayanan berdasarkan segmen kepesertaan, karakteristik demografi, serta distribusi geografis.

Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran karakteristik peserta JKN dengan skizofrenia berdasarkan faktor demografi, administratif, dan geografis serta menggambarkan pemanfaatan pelayanan kesehatan pada FKTP dan FKRTL dalam data sampel kontekstual kesehatan mental BPJS Kesehatan tahun 2024. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi empiris sebagai dasar penguatan akses, kontinuitas pelayanan, sistem rujukan, dan pemerataan pelayanan kesehatan jiwa dalam penyelenggaraan JKN.

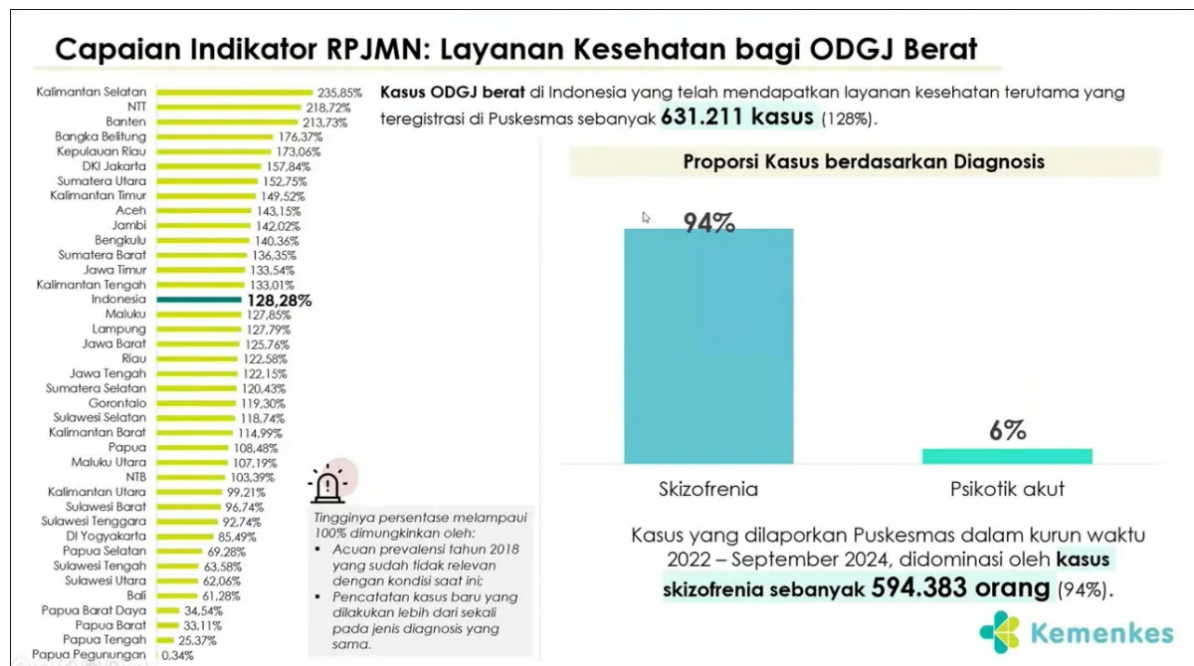
METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain studi *cross-sectional* analitik. Penelitian ini dilaksanakan dengan menggunakan data nasional yang bersumber dari BPJS Kesehatan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh peserta BPJS Kesehatan yang terdiagnosis skizofrenia berdasarkan kode diagnosis ICD-10 (F20-F29) dan memanfaatkan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) dalam periode tahun 2023. Berdasarkan Data Sampel Kontekstual Kesehatan Mental BPJS Kesehatan tahun 2024, populasi target penelitian mencakup seluruh peserta BPJS Kesehatan di Indonesia yang mendapatkan pelayanan kesehatan mental dengan total 54.820 peserta. Struktur data menunjukkan komprehensivitas pelayanan dengan 2.486 tindakan pelayanan FKTP non-kapitasi, 1.743.537 kunjungan pelayanan FKTP kapitasi, 2.074.277 kunjungan pelayanan FKRTL, dan 2.240.698 diagnosis sekunder. Pengambilan sampel menggunakan metode stratified random sampling dengan dua tingkat stratifikasi. Stratifikasi primer berdasarkan provinsi tempat tinggal peserta (38 provinsi), sedangkan stratifikasi sekunder berdasarkan kategori diagnosis gangguan mental yang terdiri dari *Anxiety Disorder*, *Depressive Disorder*, *Schizophrenia*, *Autism Spectrum Disorder*, dan *Others*. Setiap strata kemudian dibagi lagi berdasarkan segmentasi kepesertaan meliputi PBI APBD, PBI APBN, PBPU, PPU, dan Bukan Pekerja. Sumber data penelitian ini berasal dari Data Sampel Kontekstual Kesehatan Mental BPJS Kesehatan tahun 2024. Dari keseluruhan 54.820 peserta dengan gangguan kesehatan mental, sebanyak 17.000 peserta dengan diagnosis primer skizofrenia (F20-F29) telah memenuhi kriteria inklusi dan ditetapkan sebagai sampel penelitian. Penelitian ini mendapatkan rekomendasi etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Mohammad Husni Thamrin Nomor : 0160/S.Ket/KEPK/UMHT/VIII/2025.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menggunakan cakupan nasional Indonesia sebagai lokasi penelitian dengan memanfaatkan data sampel kontekstual kesehatan mental BPJS Kesehatan tahun 2024 yang mencakup seluruh wilayah Republik Indonesia. Lokasi penelitian mencakup 38 provinsi di Indonesia yang dikelompokkan menjadi 5 regional sesuai dengan kategorisasi INA-CBG untuk memastikan representativitas geografis dan efisiensi analisis data. Per Juni 2025, program JKN telah mencapai cakupan Universal Health Coverage (UHC) dengan

280.583.263 jiwa peserta atau 98,46% dari total penduduk Indonesia, dengan tingkat keaktifan peserta mencapai 80% dan sebanyak 221,7 juta peserta dalam status aktif.



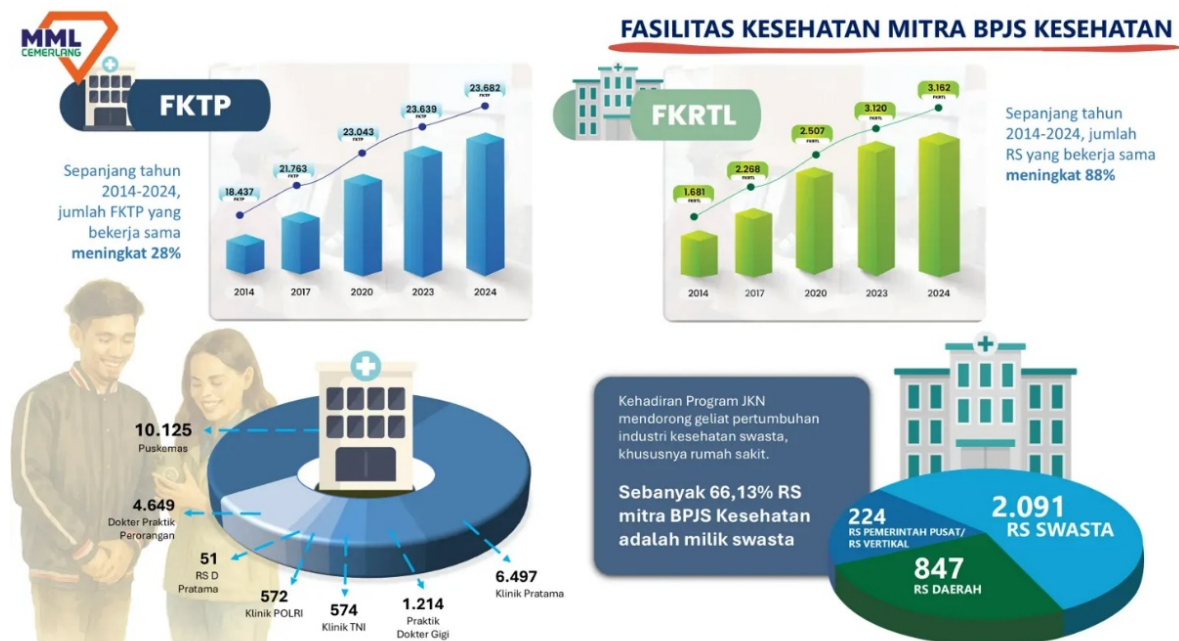
Gambar 1. Capaian Indikator RPJMN: Layanan Kesehatan bagi ODGJ Berat

(Kemenkes, 2024)

Konteks pelayanan kesehatan mental untuk Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat menunjukkan bahwa skizofrenia merupakan diagnosis dominan dengan 594.383 kasus atau 94% dari total 631.211 kasus ODGJ berat yang teregistrasi di Puskesmas seluruh Indonesia periode 2022-September 2024. Data capaian indikator RPJMN untuk layanan kesehatan ODGJ berat menunjukkan disparitas regional yang signifikan, dengan pencapaian tertinggi di Kalimantan Selatan (235,85%) dan terendah di Papua Pegunungan (0,34%), mengindikasikan variasi akses dan kualitas layanan kesehatan mental antar wilayah yang menjadi relevan dengan fokus penelitian ini pada determinan pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh penderita skizofrenia.

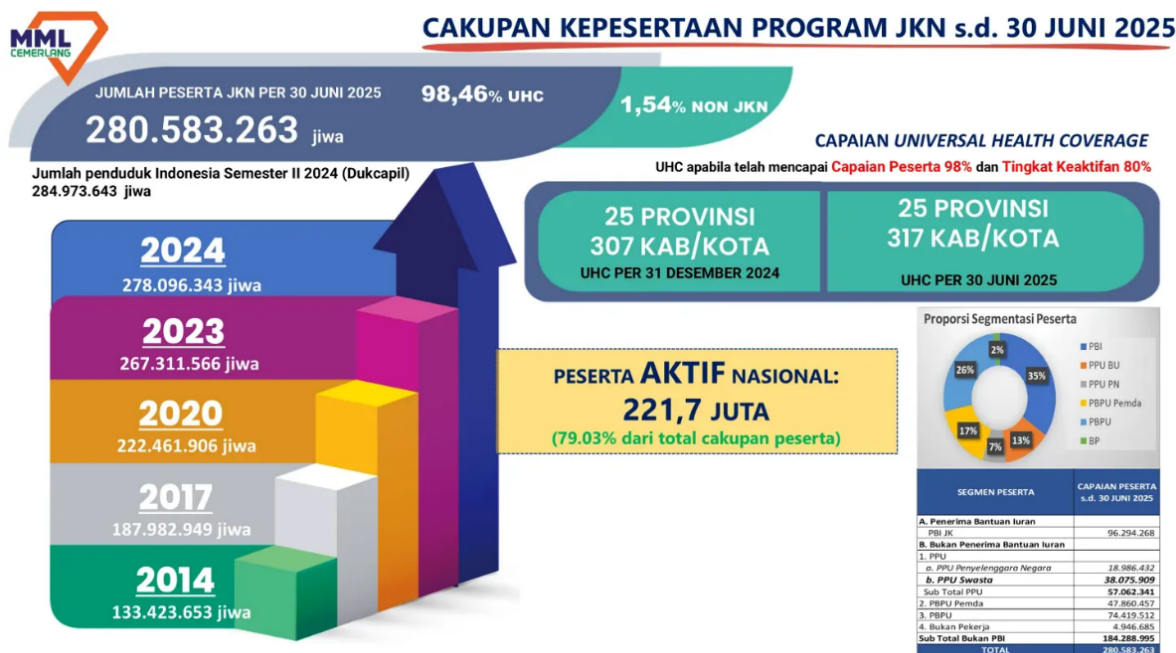
Sistem pelayanan kesehatan dalam cakupan penelitian ini mengikuti model rujukan berjenjang sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan. Per tahun 2024, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bermitra dengan BPJS Kesehatan berjumlah 23.682 fasilitas dengan komposisi 10.125 Puskesmas, 6.497 klinik pratama, 4.649 dokter praktik perorangan, 1.214 praktik dokter gigi, 574 klinik TNI, 572 klinik POLRI, dan 51 RS D Pratama. Jumlah FKTP ini menunjukkan peningkatan signifikan sebesar 28% dibandingkan tahun 2014 yang hanya 18.437 fasilitas,

mengindikasikan ekspansi akses layanan kesehatan primer yang substansial sepanjang dekade terakhir.



Gambar 2. Jumlah Fasilitas Kesehatan Mitra BPJS Kesehatan
(BPJS Kesehatan, 2025)

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dalam penelitian ini mencakup 3.162 rumah sakit yang bermitra dengan BPJS Kesehatan, terdiri dari 2.091 rumah sakit swasta, 847 rumah sakit daerah, dan 224 rumah sakit pemerintah pusat/vertikal. Jumlah FKRTL ini menunjukkan pertumbuhan yang sangat signifikan sebesar 88% dibandingkan tahun 2014 yang hanya 1.681 rumah sakit, menggambarkan ekspansi layanan kesehatan spesialisistik yang pesat dalam mendukung sistem rujukan berjenjang. Sebanyak 66,13% dari total rumah sakit mitra BPJS Kesehatan merupakan rumah sakit swasta, mencerminkan peran sektor privat yang dominan dalam penyediaan layanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan di Indonesia.



Gambar 3. Cakupan Kepesertaan Program JKN s.d 30 Juni 2025

(BPJS Kesehatan, 2025)

Distribusi kepesertaan berdasarkan segmentasi menunjukkan bahwa 35% peserta merupakan Penerima Bantuan Iuran (PBI), 26% adalah Pekerja Penerima Upah sektor pemerintah, 17% adalah Peserta Bukan Pekerja Upah mandiri daerah, 13% adalah Peserta Bukan Pekerja Upah mandiri, 7% adalah Pekerja Penerima Upah sektor swasta, dan 2% adalah Bukan Pekerja. Komposisi ini memberikan gambaran bahwa mayoritas peserta JKN terdiri dari kelompok PBI dan pekerja sektor formal, yang relevan dengan fokus penelitian ini pada penderita skizofrenia yang umumnya memiliki keterbatasan ekonomi dan kebutuhan layanan kesehatan mental yang berkelanjutan. Capaian *Universal Health Coverage* telah mencapai milestone penting dengan 50 provinsi/kabupaten/kota mencapai UHC pada tahun 2024-2025, dimana 25 provinsi telah mencapai UHC per 31 Desember 2024 dan 25 provinsi tambahan mencapai UHC per 30 Juni 2025, menunjukkan bahwa penelitian dilakukan pada periode transformatif sistem kesehatan Indonesia menuju UHC penuh.

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan proporsi dari seluruh variabel penelitian yang meliputi variabel independen (segmen peserta JKN, umur, jenis kelamin, status pernikahan, kelas rawat, regional provinsi) dan variabel dependen (pemanfaatan pelayanan kesehatan). Analisis ini memberikan gambaran karakteristik dasar dari 17.000 responden penderita skizofrenia yang menjadi sampel penelitian.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penderita Skizofrenia dalam Skema JKN Tahun 2024

Variabel	Kategori	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Segmen Peserta JKN	Bukan Pekerja	1.207	7,10
	PBI APBN	6.347	37,34
	PBI APBD	3.886	22,86
	PBPU	3.476	20,45
	PPU	2.084	12,26
Umur	Anak (0-14 tahun)	303	1,78
	Produktif (15-64 tahun)	15.608	91,81
	Lansia (≥ 65 tahun)	1.089	6,41
Jenis Kelamin	Laki-laki	10.224	60,14
	Perempuan	6.776	39,86
Status Pernikahan	Belum Menikah	8.979	52,82
	Menikah	7.048	41,46
	Cerai/Janda/Duda	973	5,72
Kelas Rawat	Kelas I	2.313	13,61
	Kelas II	1.776	10,45
	Kelas III	12.911	75,95
Regional Provinsi	Regional 1	6.793	39,96
	Regional 2	3.733	21,96
	Regional 3	1.009	5,94
	Regional 4	2.263	13,31
	Regional 5	3.202	18,84
Pemanfaatan Pelayanan	FKTP atau FKRTL saja	5.876	34,56
	FKTP dan FKRTL	11.124	65,44

Total Sampel: 17.000 responden

Karakteristik demografi dan sosial ekonomi sampel penelitian ini memberikan gambaran yang konsisten dengan epidemiologi skizofrenia di Indonesia dan pola kepesertaan JKN secara umum. Temuan bahwa mayoritas responden (60,20%) merupakan penerima bantuan iuran (PBI)—dengan 37,34% PBI APBN dan 22,86% PBI APBD—mencerminkan karakteristik sosioekonomi rendah yang umumnya terkait dengan penderita skizofrenia. Konsentrasi penderita skizofrenia dalam kategori PBI mengonfirmasi asosiasi yang terdokumentasi dengan baik antara gangguan jiwa dan kemiskinan, yang dapat bersifat dua arah: kemiskinan meningkatkan risiko gangguan jiwa melalui stres kronis dan kekurangan sumber daya, sementara gangguan jiwa dapat mengganggu kemiskinan melalui gangguan fungsi dan berkurangnya kapasitas untuk bekerja (Marchi et al., 2024). Proporsi peserta non-PBI dalam sampel mencakup PBPU (20,45%) dan PPU (12,26%), serta Bukan Pekerja (7,10%), mencerminkan heterogenitas status kepesertaan meskipun mayoritas tetap berasal dari kelompok bersubsidi.

Distribusi umur yang didominasi oleh kelompok usia produktif (15-64 tahun) sebesar 91,81% sangat konsisten dengan karakteristik onset dan perjalanan penyakit skizofrenia

yang biasanya dimulai pada masa remaja akhir atau dewasa awal. Proporsi kelompok lanjut usia (≥ 65 tahun) yang relatif rendah pada 6,41% dapat mencerminkan kematian prematur yang umumnya terkait dengan skizofrenia—harapan hidup penderita skizofrenia diperkirakan 15-20 tahun lebih pendek dibandingkan populasi umum akibat tingginya angka bunuh diri, penyakit kardiovaskular, dan komplikasi metabolik (Correll et al., 2022). Rendahnya proporsi anak-anak (0-14 tahun) sebesar 1,78% konsisten dengan jaranganya skizofrenia yang muncul pada masa kanak-kanak, yang biasanya hanya mencakup kurang dari 2% dari semua kasus skizofrenia onset dini.

Dominasi laki-laki dalam sampel (60,14% berbanding 39,86% perempuan) dengan rasio jenis kelamin sekitar 1,5:1 sesuai dengan bukti epidemiologis yang menunjukkan prevalensi skizofrenia yang lebih tinggi pada laki-laki. Namun, perlu dicatat bahwa rasio jenis kelamin ini mungkin juga sebagian mencerminkan perbedaan gender dalam perilaku mencari pertolongan dan akses ke layanan kesehatan. Literatur menunjukkan bahwa laki-laki dengan skizofrenia cenderung memiliki onset lebih awal, gejala negatif yang lebih parah, dan hasil yang lebih buruk, yang dapat meningkatkan kemungkinan pemanfaatan layanan kesehatan formal (Moniem & Kafetzopoulos, 2025). Sebaliknya, perempuan mungkin mengalami keterlambatan diagnosis atau lebih memilih untuk mencari perawatan informal, berkontribusi pada kurangnya representasi mereka dalam data administratif layanan kesehatan.

Status pernikahan responden menunjukkan pola yang sangat konsisten dengan gangguan sosial yang menjadi karakteristik skizofrenia. Mayoritas responden berstatus belum menikah (52,82%), diikuti yang menikah (41,46%), dan proporsi kecil cerai/janda/duda (5,72%). Tingginya proporsi yang belum menikah dapat dikaitkan dengan dampak skizofrenia terhadap fungsi sosial, hubungan interpersonal, dan kemampuan untuk membentuk dan mempertahankan kemitraan intim (Aggarwal et al., 2020a). Onset skizofrenia yang biasanya terjadi selama masa remaja akhir atau dewasa awal—periode kritis untuk pembentukan hubungan—dapat mengganggu lintasan perkembangan normal menuju pernikahan.

Distribusi kelas rawat yang sangat condong ke Kelas III (75,95%) mengonfirmasi profil sosial ekonomi dari populasi yang diteliti. Kelas III merupakan kelas perawatan untuk peserta PBI dan mencerminkan tingkat layanan terendah dalam sistem JKN. Konsentrasi pada Kelas III sejalan dengan proporsi tinggi anggota PBI (60,20%) dan memberikan bukti tambahan dari kerugian sosial ekonomi yang menjadi ciri populasi ini. Menariknya, meskipun terdapat proporsi substansial dari anggota non-PBI (PBPU 20,45% dan PPU

12,26%), mayoritas tetap terdaftar di Kelas III, kemungkinan mencerminkan preferensi untuk premi yang lebih rendah atau kendala keuangan yang membatasi kemampuan untuk memilih tingkat layanan yang lebih tinggi. Distribusi kelas rawat menunjukkan Kelas I sebesar 13,61% dan Kelas II sebesar 10,45%, mengindikasikan bahwa minoritas responden dengan kemampuan finansial lebih baik memilih layanan dengan fasilitas yang lebih lengkap. Temuan ini konsisten dengan analisis benefit incidence (Asante et al. 2023) yang menunjukkan bahwa manfaat kesehatan sektor publik hanya sedikit berpihak pada orang miskin, dengan populasi berpendapatan rendah menerima bagian yang lebih besar dari layanan primer tetapi bukan perawatan rumah sakit khusus di mana pengobatan skizofrenia biasanya terjadi.

Distribusi regional menunjukkan variasi yang substansial, dengan Regional 1 (provinsi-provinsi di Jawa) memiliki proporsi tertinggi (39,96%), diikuti Regional 2 (21,96%), Regional 5 (18,84%), Regional 4 (13,31%), dan Regional 3 (5,94%). Pola ini sebagian besar mencerminkan distribusi populasi di Indonesia, di mana Pulau Jawa merupakan wilayah terpadat penduduknya. Namun, representasi yang tidak proporsional dari Regional 1 mungkin juga mencerminkan akses yang lebih baik ke layanan kesehatan mental dan kapasitas diagnostik di Jawa dibandingkan dengan pulau-pulau luar. Temuan bahwa Regional 3 memiliki representasi terendah (5,94%) dapat mengindikasikan kebutuhan yang belum terpenuhi secara substansial di wilayah dengan infrastruktur kesehatan mental yang terbatas, di mana banyak kasus tetap tidak terdiagnosis atau tidak diobati. Variasi geografis ini penting mengingat perbedaan regional dalam capaian indikator RPJMN untuk layanan kesehatan ODGJ berat yang menunjukkan disparitas signifikan, dengan pencapaian tertinggi di Kalimantan Selatan (235,85%) dan terendah di Papua Pegunungan (0,34%).

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Berdasarkan hasil analisis terhadap 17.000 peserta JKN dengan skizofrenia tahun 2024, karakteristik responden didominasi oleh peserta PBI sebesar 60,20%, terutama PBI APBN (37,34%), kelompok usia produktif 15–64 tahun (91,81%), laki-laki (60,14%), dan belum menikah (52,82%). Dari sisi kelas rawat, sebagian besar peserta berada pada Kelas III (75,95%), sedangkan secara geografis proporsi terbesar berasal dari Regional 1 (39,96%). Pola tersebut menunjukkan bahwa populasi peserta JKN dengan skizofrenia dalam data

sampel didominasi kelompok usia produktif dan peserta dengan karakteristik sosial ekonomi yang relatif lebih rentan.

Dari aspek pemanfaatan pelayanan, sebanyak 65,44% peserta memanfaatkan FKTP dan FKRTL, sedangkan 34,56% hanya memanfaatkan salah satu tingkat fasilitas kesehatan. Temuan ini menunjukkan bahwa sebagian besar peserta telah memperoleh pelayanan pada kedua tingkat fasilitas kesehatan dalam skema JKN. Namun, variasi distribusi peserta menurut segmen kepesertaan dan wilayah menunjukkan masih adanya perbedaan karakteristik populasi yang perlu menjadi perhatian dalam perencanaan pelayanan kesehatan jiwa.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menegaskan pentingnya penguatan pelayanan kesehatan jiwa berbasis FKTP, kesinambungan rujukan ke FKRTL, serta pemerataan akses antarwilayah, terutama bagi kelompok peserta PBI dan wilayah dengan proporsi peserta yang lebih rendah. Temuan ini dapat menjadi dasar bagi BPJS Kesehatan dan pemangku kebijakan dalam mengembangkan strategi pelayanan kesehatan jiwa yang lebih merata, berkesinambungan, dan responsif terhadap karakteristik peserta JKN dengan skizofrenia.

REFERENSI

1. Abdulah, R., Siregar, R. F., & Alfian, S. D. (2017). Cost-effectiveness Analysis of Antipsychotic Combination Therapy in Schizophrenia Inpatients. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 6(1), 61–66. <https://doi.org/10.15416/ijcp.2017.6.1.61>
2. Aggarwal, S., Grover, S., & Chakrabarti, S. (2020a). Profile of Marital and Sexual Life of Patients With Schizophrenia and Recurrent Depressive Disorder: A Comparative Study. *Journal of Psychosexual Health*, 2(3–4), 233–241. <https://doi.org/10.1177/2631831820970007>
3. Amin, M. M., Futrawan, R., & Husada, M. S. (2022). Correlation Between Schizophrenia and Coronavirus Disease in North Sumatera, Indonesia: A Correlative Analytical Study. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.896623>
4. Asante, A., Cheng, Q., Susilo, D., Satrya, A., Haemmerli, M., Fattah, R. A., Kosen, S., Novitasari, D., Puteri, G. C., Adawiyah, E., Hayen, A., Mills, A., Tangcharoensathien, V., Jan, S., Thabrany, H., & Wiseman, V. (2023). The benefits and burden of health financing in Indonesia: analyses of nationally representative cross-sectional data. *The*

Lancet Global Health, 11(5), e770–e780. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00064-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00064-5)

5. Correll, C. U., Solmi, M., Croatto, G., Schneider, L. K., Rohani-Montez, S. C., Fairley, L., Smith, N., Bitter, I., Gorwood, P., Taipale, H., & Tiihonen, J. (2022). Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*, 21(2), 248–271. <https://doi.org/10.1002/wps.20994>
6. Docrat, S., Besada, D., Cleary, S., & Lund, C. (2020a). The impact of social, national and community-based health insurance on health care utilization for mental, neurological and substance-use disorders in low- and middle-income countries: a systematic review. *Health Economics Review*, 10(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s13561-020-00268-x>
7. Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858–866.
8. Lestari, R., Yusuf, A., Hargono, R., Setyawan, F. E. B., Hidayah, R., & Ahsan, A. (2021). Adapting to People With Schizophrenia: A Phenomenological Study on a Rural Society in Indonesia. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(1), 31–37. <https://doi.org/10.1177/0253717620926847>
9. Marchi, M., Alkema, A., Xia, C., Thio, C. H. L., Chen, L.-Y., Schalkwijk, W., Galeazzi, G. M., Ferrari, S., Pingani, L., Kweon, H., Evans-Lacko, S., David Hill, W., & Boks, M. P. (2024). Investigating the impact of poverty on mental illness in the UK Biobank using Mendelian randomization. *Nature Human Behaviour*, 8(9), 1771–1783. <https://doi.org/10.1038/s41562-024-01919-3>
10. Maselko, J. (2017). Social Epidemiology and Global Mental Health: Expanding the Evidence from High-Income to Low- and Middle-Income Countries. *Current Epidemiology Reports*, 4(2), 166–173. <https://doi.org/10.1007/s40471-017-0107-y>
11. Moniem, I., & Kafetzopoulos, V. (2025). Sex differences in schizophrenia: symptomatology, treatment efficacy and adverse effects. *Frontiers in Psychiatry*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1594334>
12. Praghlapati, A., Fitrikasari, A., & Handayani, F. (2024). Emergency Psychiatric Care in Primary Healthcare in Indonesia. *International Journal of Community Based*

13. Renwick, L., Susanti, H., Brooks, H., Keliat, B., Bradshaw, T., Bee, P., & Lovell, K. (2023). Culturally adapted family intervention for people with schizophrenia in Indonesia (FUSION): a development and feasibility study protocol. Pilot and Feasibility Studies, 9(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s40814-023-01280-8>
14. Syarif, I., Amqam, H., Syamsuddin, S., Hadju, V., Russeng, S., & Amir, Y. (2024). Potential Increasing Trend in Schizophrenia Relapse Prevention in the Past 40 Years: A Bibliometric Analysis. Journal of Preventive Medicine and Public Health, 57(5), 421–434. <https://doi.org/10.3961/jpmph.24.201>
15. Wulandari, R. D., Laksono, A. D., Rohmah, N., & Ashar, H. (2023). Regional differences in primary healthcare utilization in Java Region—Indonesia. PLOS ONE, 18(3), e0283709. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283709>