TINJAUAN EVALUATIF LAYANAN KESEHATAN JIWA DI LEMBAGA PEMASYARAKATAN KELAS I SURABAYA

Rima Nur Pitasari[1], Padmono Wibowo[2], Meitisa Vanya Simanjuntak[3]
[1,2,3] Politeknik Imigrasi dan Pemasyarakatan Indonesia
[1]rimanurpitasari2001@gmail.com, [2]padmonowibowo@gmail.com,
[3]meitisav@gmail.com

ABSTRACT

Correctional institutions bear a moral and legal obligation to fulfill inmates' right to mental health care, yet implementation is often constrained by limited resources, overcrowding, and the psychological vulnerability of prisoners. This study evaluates the implementation of mental health services at Surabaya Class I Correctional Facility against the Mental Health Service Standards for Detainees, Children, Inmates, and Juvenile Inmates (Decree of the Director General of Corrections No. PAS-2346.PK.07.02 of 2025), using Donabedian's framework of structure, process, and outcome. A qualitative approach with a case study design was employed. Data were collected through in-depth interviews, direct observation, and document review involving the head of the care section, a general practitioner, the nurse in charge of the program, pharmacy staff, a health cadre (tamping), and an inmate receiving services, and were analyzed using the interactive model of Miles and Huberman. The findings show that, in terms of structure, the facility has no permanent clinical psychologist or psychiatrist and no dedicated budget, although these gaps are partly bridged through external collaboration. In terms of process, the STAIR model (screening, triage, assessment, intervention, and reintegration) runs adaptively: initial screening and closely supervised psychopharmacological intervention have been carried out, whereas periodic screening and triage remain passive and informal. In terms of outcome, positive indications were observed, such as improved sleep and social interaction. Service delivery therefore still relies on an adaptive approach amid structural limitations, supported by external partnerships and staff dedication.

***Keywords**: Inmates, Mental Health Services, STAIR Model, Correctional Institution*

ABSTRAK

Lembaga pemasyarakatan mengemban kewajiban moral dan hukum untuk menjamin pemenuhan hak kesehatan jiwa warga binaan, namun pelaksanaannya kerap terkendala keterbatasan sumber daya, kelebihan hunian (*overcrowding*), dan kerentanan psikologis narapidana. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi pelaksanaan layanan kesehatan jiwa di Lapas Kelas I Surabaya berdasarkan Standar Layanan Kesehatan Jiwa bagi Tahanan, Anak, Narapidana, dan Anak Binaan (Keputusan Direktur Jenderal Pemasyarakatan Nomor PAS-2346.PK.07.02 Tahun 2025) dengan kerangka Donabedian (struktur, proses, dan *outcome*). Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi langsung, dan studi dokumentasi terhadap Kepala Seksi Perawatan, dokter umum, perawat penanggung jawab program, petugas farmasi, kader kesehatan (*tamping*), dan narapidana penerima layanan, kemudian dianalisis dengan model interaktif Miles

dan Huberman. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada faktor struktur terdapat kesenjangan berupa ketiadaan psikolog klinis atau psikiater tetap dan belum adanya anggaran khusus, yang diatasi sebagian melalui kolaborasi eksternal. Pada faktor proses, Model STAIR (skrining, triase, asesmen, intervensi, dan reintegrasi) berjalan secara adaptif; skrining awal dan intervensi psikofarmaka dengan pengawasan ketat telah terlaksana, sedangkan skrining berkala dan triase masih pasif dan informal. Pada faktor *outcome*, ditemukan indikasi dampak positif berupa perbaikan pola tidur dan kemampuan berinteraksi sosial. Layanan kesehatan jiwa masih bertumpu pada pendekatan adaptif di tengah keterbatasan struktur, dengan dukungan kemitraan eksternal dan dedikasi petugas.

Kata Kunci: Narapidana, Layanan Kesehatan Jiwa, Model STAIR, Lembaga Pemasyarakatan

A. Pendahuluan

Sistem pemasyarakatan Indonesia tidak lagi dipahami sebagai tempat pemenjaraan, melainkan sebagai tempat pembinaan yang menyiapkan narapidana agar dapat kembali ke masyarakat sebagai individu yang lebih baik, sebagaimana diamanatkan Undang-Undang Nomor 22 Tahun 2022 tentang Pemasyarakatan. Karena itu, kualitas hidup narapidana selama masa pembinaan, termasuk kesehatan jiwanya, merupakan prasyarat tercapainya tujuan pemasyarakatan (Putra & Kurniawan, 2023). Martabat manusia melekat pada setiap orang, termasuk mereka yang sedang menjalani pemidanaan (Esposito et al., 2024), sehingga pemenuhan kebutuhan kesehatan jiwa narapidana merupakan kewajiban moral negara.

Kewajiban tersebut ditegaskan secara internasional dalam *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* (Mandela Rules) yang menempatkan layanan kesehatan narapidana sebagai tanggung jawab negara dengan standar setara layanan di masyarakat atau *equivalence of care* (Osborn et al., 2022). Di Indonesia, hak tersebut dijamin oleh Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, Pasal 9 Undang-Undang Nomor 22 Tahun 2022, dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Secara teknis, Keputusan Direktur Jenderal Pemasyarakatan Nomor PAS-2346.PK.07.02 Tahun 2025 menetapkan Standar Layanan Kesehatan Jiwa bagi Tahanan, Anak, Narapidana, dan Anak Binaan melalui Model STAIR, yaitu skrining, triase, asesmen, intervensi, dan reintegrasi, serta mensyaratkan keberadaan tenaga profesional kesehatan jiwa di

setiap unit pelaksana teknis (Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, 2025).

Namun, jarak antara jaminan normatif dan kenyataan di lapangan masih lebar. Secara global, prevalensi gabungan depresi pada narapidana diperkirakan mencapai 36,9% (Bedaso et al., 2020), dan angka gangguan psikotik serta depresi mayor pada narapidana dua hingga empat kali lebih tinggi daripada populasi umum (World Health Organization, 2021). Di Indonesia, dari 59.034 narapidana yang menjalani deteksi dini pada 2024, sebanyak 10.354 terindikasi mengalami masalah kesehatan jiwa, tetapi hanya 1.587 yang memperoleh pemeriksaan lanjutan (Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, 2025). Lingkungan lapas sebagai *total institution* dengan kebebasan yang terenggut, privasi yang minim, dan kelebihan hunian memperberat kondisi tersebut (Choi et al., 2024). Per Maret 2026, jumlah penghuni lapas dan rutan di seluruh Indonesia mencapai 272.022 orang untuk kapasitas 146.860 orang, atau kelebihan hunian sebesar 85,32% (Direktorat Jenderal Pemasyarakatan, 2026).

Persoalan serupa dijumpai di Lapas Kelas I Surabaya. Dari 161 pegawai, hanya delapan orang yang bertugas di bidang kesehatan, sementara 14 narapidana terdata mengalami masalah kesehatan jiwa dan lapas belum memiliki psikolog klinis maupun psikiater tetap (data kepegawaian lapas, diolah penulis, 2026). Penelitian terdahulu telah memetakan hambatan layanan kesehatan jiwa di lembaga pemasyarakatan, antara lain keterbatasan tenaga profesional dan kesenjangan antara kebijakan dan implementasi (Octenta et al., 2024), hambatan birokrasi serta peran petugas sebagai penjaga gerbang akses layanan (Canada et al., 2022), dan ketidakpercayaan serta rumitnya rujukan (Solbakken et al., 2024). Namun, sepengetahuan penulis, kajian yang menilai pelaksanaan layanan terhadap Standar Layanan Kesehatan Jiwa Tahun 2025 secara sistematis di satu lapas di Indonesia masih terbatas.

Penelitian ini menggunakan kerangka kualitas layanan Donabedian (1988) yang menilai layanan melalui tiga faktor: struktur (sumber daya manusia, fasilitas, anggaran, kebijakan, dan organisasi),

proses (seluruh tindakan pemberian layanan), dan *outcome* (efek layanan terhadap status kesehatan). Struktur yang baik meningkatkan kemungkinan proses yang baik, dan proses yang baik meningkatkan kemungkinan *outcome* yang baik (Donabedian, 1988; Tossaint-Schoenmakers et al., 2021). Faktor proses dirinci mengikuti tahapan Model STAIR, dan Standar Layanan Kesehatan Jiwa Tahun 2025 digunakan sebagai tolok ukur kesesuaian pada setiap faktor.

Berdasarkan uraian tersebut, rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana pelaksanaan layanan kesehatan jiwa di Lapas Kelas I Surabaya apabila ditinjau berdasarkan Standar Layanan Kesehatan Jiwa Tahun 2025. Penelitian bertujuan mendeskripsikan dan mengevaluasi pelaksanaan layanan tersebut pada faktor struktur, proses, dan *outcome*. Secara teoretis, penelitian ini memperkaya kajian evaluasi layanan kesehatan jiwa lapas melalui perpaduan kerangka Donabedian dengan standar nasional; secara praktis, hasilnya menjadi dasar perbaikan layanan berbasis bukti bagi lapas dan pembuat kebijakan.

B. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus yang bersifat deskriptif-evaluatif. Pendekatan kualitatif dipilih karena penelitian bertujuan memahami secara mendalam kondisi operasional layanan kesehatan jiwa sebagai fenomena yang kontekstual, sedangkan sifat evaluatifnya digunakan untuk menilai kesesuaian kondisi aktual dengan standar. Lapas Kelas I Surabaya, yang berlokasi di Porong, Kabupaten Sidoarjo, Jawa Timur, dipilih karena beban masalah kesehatan jiwanya tidak diimbangi tenaga spesialis tetap dan karena akses kelembagaan yang memungkinkan pengumpulan data. Data lapangan dikumpulkan pada Juli 2026.

Informan ditentukan secara *purposive sampling* berdasarkan peran langsung dalam penyelenggaraan, pelaksanaan teknis, atau penerimaan layanan. Terdapat enam informan, yaitu Kepala Seksi Perawatan, dokter umum klinik, perawat penanggung jawab program kesehatan jiwa, petugas farmasi, kader kesehatan jiwa (narapidana *tamping*), dan seorang narapidana

penerima layanan. Identitas informan disamarkan dengan kode peran.

Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur dengan panduan yang disusun dari tiga faktor Donabedian dan tahapan STAIR, serta observasi langsung dengan lembar observasi terstruktur berdasarkan komponen standar. Data sekunder diperoleh melalui studi dokumentasi berupa profil lapas, data kepegawaian, SOP, perjanjian kerja sama (MoU), dan dokumen rujukan.

Analisis data mengikuti model interaktif Miles dan Huberman (1994), yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan atau verifikasi. Data wawancara dikodekan dengan bantuan NVivo 15 berdasarkan faktor Donabedian. Setiap indikator kemudian dibandingkan dengan standar dan dinilai Sesuai, Sesuai Sebagian, atau Belum Sesuai. Keabsahan data diuji dengan triangulasi sumber dan triangulasi teknik (wawancara, observasi, dan dokumentasi) berdasarkan kriteria Lincoln dan Guba (1985).

C. Hasil Penelitian dan Pembahasan

1. Analisis Frekuensi Kata (*Word Frequency Query*)

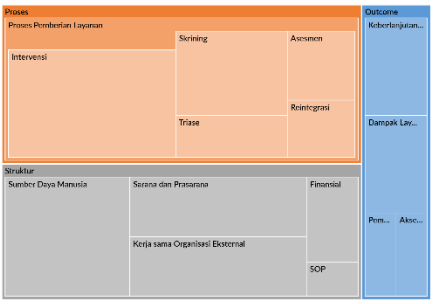


Gambar 1 Hasil Word Query

Dalam konteks evaluasi layanan kesehatan, temuan ini menunjukkan bahwa pelaksanaan layanan memiliki kaitan erat dengan ketersediaan dan kapasitas tenaga medis yang ada. Kata "dokter" yang muncul paling dominan mengindikasikan bahwa dokter umum menjadi tumpuan utama penyelenggaraan layanan kesehatan jiwa di lapas ini, mengingat ketiadaan psikolog klinis maupun psikiater tetap. Hal ini sejalan dengan temuan lapangan yang menunjukkan bahwa seluruh proses asesmen, pemberian obat psikofarmaka, dan koordinasi rujukan bertumpu pada satu dokter umum yang bertugas menjadi sebuah kondisi yang secara langsung mencerminkan kesenjangan pada

faktor struktur dalam kerangka Donabedian.

2. Faktor yang Digunakan Untuk Menganalisis Layanan Kesehatan



Gambar 1 Hasil Hierarchy Chart

Pengodean data wawancara dengan NVivo 15 menunjukkan bahwa kode terbanyak berada pada sumber daya manusia (faktor struktur) serta skrining dan intervensi (faktor proses), sedangkan faktor *outcome* paling sedikit dibicarakan informan. Pola ini menandakan bahwa persoalan utama layanan terletak pada ketersediaan sumber daya dan alur operasional.

1. Struktur

Layanan kesehatan jiwa bertumpu pada satu dokter umum, satu perawat penanggung jawab program, dan dua kader kesehatan yang aktif. Dari delapan pegawai bidang kesehatan, tidak ada psikolog klinis maupun psikiater. Usulan penambahan tenaga telah diajukan kepada Kementerian Imigrasi dan Pemasyarakatan melalui perencanaan kebutuhan SDM kesehatan dan telah direspons, tetapi belum terealisasi. Dari 10 unsur SDM dalam standar, 7 unsur terpenuhi.

Formulir skrining *Brief Jail Mental Health Screen* (BJMHS), buku pencatatan, komputer dan jaringan internet, kulkas dan lemari obat psikofarmaka, kamar tanpa kunci bagi penghuni, kamera CCTV, serta bel di depan kamar telah tersedia. Narapidana dengan masalah kesehatan jiwa ditempatkan di Blok G yang dekat dengan klinik. Kekurangannya, dinding belum dilapisi karet atau busa, ruang konseling permanen belum ada karena ruang sebelumnya dialihfungsikan menjadi gudang obat, dan obat psikofarmaka hanya tiga jenis (Haloperidol, CPZ, dan THP) bantuan Dinas Kesehatan melalui Puskesmas Kedungsolo, jauh di bawah Formularium Nasional 2024. Terpenuhi 8 dari 12 unsur.

Lapas menjalin kerja sama dengan RS Bhayangkara Tk. III Pusdik Sabhara Porong (kunjungan psikiater), Puskesmas Kedungsolo (obat), Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, BPJS Kesehatan, dan

Liponsos (Lingkungan Pondok Sosial), sehingga faktor ini dinilai sesuai. SOP mengacu pada standar 2025 tetapi dijalankan secara adaptif sesuai kondisi lapangan. Anggaran layanan kesehatan jiwa menyatu dalam anggaran perawatan atau poliklinik tanpa pos khusus, dan tidak tersedia anggaran perjalanan untuk memulangkan narapidana bermasalah jiwa. Akses peneliti terhadap data keuangan terbatas, sehingga faktor finansial hanya dinilai terpenuhi sebagian.

2. Proses (Model STAIR)

Skrining awal pada narapidana baru telah dilakukan dengan BJMHS, dan hal ini dikonfirmasi dokter, perawat, serta kader. Skrining berkala pada narapidana lama belum proaktif karena keterbatasan personel; pemeriksaan baru dilakukan berdasarkan laporan petugas blok, kader kesehatan, atau teman sekamar. Mekanisme pasif ini berisiko tidak mendeteksi narapidana yang tidak menunjukkan gejala mencolok. Skrining dinilai sesuai sebagian.

Triase tidak menggunakan Lembar Deteksi Dini Masalah dan Gangguan Kejiwaan. Pemilahan dilakukan informal melalui laporan lisan kepada perawat penanggung jawab tanpa dokumentasi harian yang sistematis. Jaringan pengamatan yang terbentuk secara organik antara petugas blok, kader, dan teman sekamar menjalankan sebagian fungsi tersebut, tetapi tidak menjamin konsistensi dan akurasi. Triase dinilai belum sesuai.

Asesmen awal didelegasikan kepada perawat melalui anamnesis dan tanya jawab karena keterbatasan waktu dokter, dan instrumen Mini ICD, BUSS-Perry, serta PANSS tidak digunakan secara rutin. Psikiater RS Bhayangkara Porong telah melakukan asesmen langsung melalui kunjungan, tetapi baru satu kali. Asesmen dinilai sesuai sebagian.

Intervensi berjalan melalui rujukan, psikofarmaka, dan pendekatan psikososial. Melalui MoU, psikiater RS Bhayangkara menegakkan diagnosis dan meresepkan obat, sedangkan dokter umum menangani kasus ringan dengan konsultasi kepada spesialis. Intervensi psikofarmaka merupakan komponen yang paling konsisten: obat diantar ke kamar dan diminum di hadapan petugas (*unit dose dispensing*) serta disimpan secara aman. Intervensi psikososial masih berupa pendampingan informal oleh

perawat dan kader, termasuk dukungan spiritual, dan belum terstruktur karena tidak ada psikolog. Intervensi dinilai sesuai sebagian.

Reintegrasi telah dijalankan melalui resume medis, penelitian kemasyarakatan, serta koordinasi dengan Bapas, keluarga, dan instansi terkait. Riwayat pengobatan dapat diakses setelah bebas melalui rekam medis elektronik berbasis BPJS Kesehatan dan platform Satu Sehat, sedangkan kerja sama dengan Liponsos menjadi solusi bagi narapidana tanpa keluarga. Hambatannya, pendampingan pemulangan yang dahulu dilakukan kini terbatas pada surat rujukan dan bekal obat sementara karena tidak ada anggaran perjalanan. Reintegrasi dinilai sesuai sebagian.

3. Outcome

Saat penelitian, narapidana yang aktif memperoleh penanganan kesehatan jiwa berkisar 15 hingga 16 orang, tiga di antaranya berkondisi berat dan ditempatkan di kamar khusus Blok G (keterangan kader). Indikasi dampak positif paling jelas tampak pada narapidana NP02, penyintas perundungan di lapas sebelumnya dengan PTSD berat. Saat awal masuk ia mengalami insomnia ekstrem, halusinasi, dan ketakutan berlebihan hingga tidak berani keluar kamar. Setelah memperoleh psikofarmaka dari psikiater dan pendampingan informal petugas serta kader, pola tidurnya membaik, ketakutannya berkurang, ia terlibat dalam kegiatan Cek Kesehatan Gratis, dan berniat melanjutkan kuliah setelah bebas. Perkembangan ini diperkuat pengamatan petugas farmasi.

Akses terhadap layanan terbuka melalui kerja sama dan rujukan sehingga dinilai sesuai. Program pembinaan baru diberikan kepada narapidana yang menunjukkan pemulihan, dan keberlanjutan layanan pascabebas yang diupayakan melalui rekam medis elektronik terhambat ketiadaan anggaran perjalanan, sehingga keduanya dinilai sesuai sebagian.

Tabel 1 Rekapitulasi Kesesuaian Layanan Kesehatan Jiwa di Lapas Kelas I Surabaya dengan Standar Tahun 2025

Indikator	Kesesuaian
Struktur	
Sumber daya manusia	Sesuai sebagian
Sarana dan prasarana	Sesuai sebagian
Kerja sama eksternal	Sesuai
SOP	Sesuai sebagian
Finansial	Sesuai sebagian
Proses	
Skrining	Sesuai sebagian
Triase	Belum sesuai
Asesmen	Sesuai sebagian
Intervensi	Sesuai sebagian
Reintegrasi	Sesuai sebagian
Outcome	
Dampak layanan	Sesuai
Akses terhadap layanan	Sesuai
Program pembinaan	Sesuai sebagian
Keberlanjutan layanan	Sesuai sebagian

4. Pembahasan

Hasil penelitian memperlihatkan rantai kausal sebagaimana dikemukakan Donabedian (1988): keterbatasan pada faktor struktur merambat ke faktor proses. Ketiadaan psikolog klinis dan psikiater tetap membuat asesmen terstandar dan intervensi psikososial terstruktur tidak dapat dijalankan; keterbatasan personel membuat skrining berkala dan triase tetap pasif; dan ketiadaan anggaran khusus membatasi variasi obat serta pendampingan pemulangan. Ketidakselarasan antara struktur dan proses ini sejalan dengan temuan Tossaint-Schoenmakers et al. (2021) bahwa *outcome* layanan sulit optimal bila struktur dan proses tidak seimbang.

Lapas merespons keterbatasan tersebut dengan pendekatan adaptif, yaitu kemitraan eksternal, pendelegasian asesmen awal kepada perawat, dan jaringan pengamatan informal oleh petugas blok, kader, serta teman sekamar. Pola ini sejalan dengan temuan Octenta et al. (2024) tentang kesenjangan kebijakan dan implementasi akibat keterbatasan tenaga profesional. Peran petugas blok dan kader juga mengingatkan pada konsep petugas sebagai penjaga gerbang akses layanan (Canada et al., 2022): di Lapas Kelas I Surabaya kepekaan merekalah yang menentukan siapa yang terdeteksi dan tertangani.

Adaptasi ini membuat layanan tetap berjalan dan memberi dampak positif, tetapi bergantung pada individu tertentu sehingga berisiko terhenti ketika perawat penanggung jawab berpindah tugas atau kader bebas.

Terdapat empat faktor penyebab kesenjangan. Pertama, keterbatasan SDM: usulan tenaga spesialis telah direspons tetapi belum terealisasi sehingga penyelesaiannya berada di luar kendali satuan kerja. Perawat

penanggung jawab bahkan mengusulkan agar satu lapas yang memiliki dokter spesialis jiwa dapat menjadi rujukan bagi UPT lain. Kedua, keterbatasan anggaran: tidak ada pos khusus kesehatan jiwa, dana kapitasi BPJS Kesehatan harus menanggung banyak kebutuhan, dan pendampingan pemulangan tidak lagi dapat dilakukan. Ketiga, sosialisasi Standar 2025 yang belum komprehensif; Kepala Seksi Perawatan, yang baru tiga bulan bertugas, mengaku belum mengetahui isi standar tersebut. Keempat, praktik adaptif yang belum dilembagakan melalui prosedur tertulis, pelatihan formal, dan mekanisme alih pengetahuan.

Temuan ini perlu dibaca dengan hati-hati. Penelitian dilakukan pada satu lapas dengan enam informan, temuan *outcome* bertumpu terutama pada satu kasus, dan akses terhadap data keuangan terbatas, sehingga hasilnya tidak dimaksudkan untuk digeneralisasi secara statistik, melainkan ditransfer secara analitis ke lapas lain dengan karakteristik serupa.

D. Kesimpulan

Layanan kesehatan jiwa di Lapas Kelas I Surabaya berjalan secara adaptif di tengah keterbatasan struktur. Pada faktor struktur, kesenjangan utama berupa ketiadaan psikolog klinis atau psikiater tetap, belum adanya anggaran khusus, dan terbatasnya jenis obat psikofarmaka, yang diatasi sebagian melalui kerja sama eksternal. Pada faktor proses, Model STAIR telah dijalankan dengan skrining awal, kunjungan psikiater, intervensi psikofarmaka yang diawasi ketat, serta koordinasi reintegrasi, tetapi skrining berkala dan triase masih pasif, informal, dan belum terdokumentasi. Pada faktor *outcome*, terdapat indikasi dampak positif berupa perbaikan pola tidur dan kemampuan berinteraksi sosial pada narapidana yang diamati. Kesenjangan tersebut disebabkan oleh keterbatasan SDM dan anggaran, belum komprehensifnya sosialisasi standar, serta praktik adaptif yang belum dilembagakan.

Penulis menyarankan agar lapas mendokumentasikan triase dan asesmen, menyediakan ruang konseling permanen yang menjaga kerahasiaan, serta menjalankan skrining berkala secara proaktif. Petugas perlu mengikuti pelatihan deteksi dini kegawatdaruratan psikiatri dan komunikasi terapeutik.

Pemerintah perlu mempercepat pemenuhan psikolog klinis dan psikiater di setiap UPT, menyediakan pos anggaran khusus kesehatan jiwa termasuk biaya perjalanan reintegrasi, dan menyosialisasikan standar secara menyeluruh. Penelitian selanjutnya dapat membandingkan beberapa lapas, mengkaji intervensi psikososial berbasis sesama narapidana (*peer support*), atau menelaah kesinambungan perawatan pascabebas.

DAFTAR PUSTAKA

Bedaso, A., Ayalew, M., Mekonnen, N., & Duko, B. (2020). Global estimates of the prevalence of depression among prisoners: A systematic review and meta-analysis. *Depression Research and Treatment, 2020*, Article 3695209. https://doi.org/10.1155/2020/3695209

Canada, K., Barrenger, S., Bohrman, C., Banks, A., & Peketi, P. (2022). Multi-level barriers to prison mental health and physical health care for individuals with mental illnesses. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 777124. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.777124

Choi, Y., Kim, M., & Park, J. (2024). Mental healthcare through cognitive emotional regulation strategies among prisoners. *Healthcare, 12*(1), 1–12. https://doi.org/10.3390/healthcare12010006

Direktorat Jenderal Pemasyarakatan. (2025). *Keputusan Direktur Jenderal Pemasyarakatan Nomor PAS-2346.PK.07.02 Tahun 2025 tentang Standar Layanan Kesehatan Jiwa bagi Tahanan, Anak, Narapidana, dan Anak Binaan*. Jakarta: Kementerian Imigrasi dan Pemasyarakatan.

Direktorat Jenderal Pemasyarakatan. (2026). *Imigrasi dan pemasyarakatan dalam angka* [Data per Maret 2026]. Jakarta: Kementerian Imigrasi dan Pemasyarakatan.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748.

Esposito, M., Szocik, K., Capasso, E., Chisari, M., & Sessa, F. (2024). Respect for bioethical principles and human rights in prisons: A systematic review on the state of the art. *BMC Medical Ethics*, 1–10. https://doi.org/10.1186/s12910-024-01049-5

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Octenta, C., Budijanto, O. W., & Ashari, A. (2024). Tantangan dan strategi: Layanan kesehatan mental pada lembaga pemasyarakatan. *Jurnal Ilmiah Kebijakan Hukum, 18*(3), 237–254.

Osborn, T. L., Wasanga, C. M., & Ndetei, D. M. (2022). Transforming mental health for all. *BMJ, 377*, o1593. https://doi.org/10.1136/bmj.o1593

Putra, R. A., & Kurniawan, I. D. (2023). Implementasi program pembinaan bagi narapidana di Lembaga Pemasyarakatan Kelas III Sukamara. *Gudang Jurnal Multidisiplin Ilmu, 1*(22), 48–54.

Solbakken, L. E., Bergvik, S., & Wynn, R. (2024). Breaking down barriers to mental healthcare access in prison: A qualitative interview study with incarcerated males in Norway. *BMC Psychiatry, 24*, 292.

Tossaint-Schoenmakers, R., Versluis, A., Chavannes, N., Talboom-Kamp, E., & Kasteleyn, M. (2021). The challenge of integrating eHealth into health care: Systematic literature review of the Donabedian model of structure, process, and outcome. *Journal of Medical Internet Research, 23*(5), e27180. https://doi.org/10.2196/27180

World Health Organization. (2021). *The WHO prison health framework: A framework for assessment of prison health system performance*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.