

POTENSI PENERIMAAN PERAWATAN KESEHATAN MENTAL DI ANTARA ORANG DEWASA BUKAN LANSIA BERPENDHASILAN RENDAH DENGAN PENYAKIT MENTAL

Donny Wiratma Saputro¹

¹Universitas Gajah Mada, JL. Bulaksumur, Kabupaten Sleman-Daerah Istimewa Yogyakarta, Indonesia
Email: donnywiratma@ugm.ac.id

ABSTRACT

Mental health is a hot issue in Indonesia, especially among non-elderly adults, so the study aims to examine differences in receiving mental health care between uninsured low-income non-elderly adults with serious mental illness (SMI) who qualify for Medicaid under the Nursing Act (ACA) and Medicaid. Assessing these differences might estimate the impact of efforts to expand Medicaid under the ACA on acceptance of mental health care among non-elderly adults who are not insured with SMI. The method used sampled 2000 people aged 18 to 64 years who participated in the 2018 National Survey on Drug Use and Health, had an income below 138% of the federal poverty level, met SMI criteria, and did not have insurance (n = 1000) or had Medicaid coverage only (n = 1000). Definition of SMI under the Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration Reorganization Act using descriptive analysis and logistic regression modelling. The results obtained in 28 areas of Indonesia that are currently expanding Medicaid, model-adjusted prevalence (MAP) to receive mental health care among Medicaid-only applicants with SMI (MAP = 71.3%; 95% confidence interval [CI] = 65.74%, 76.29%) were 30.1% greater than their uninsured counterparts (MAP = 54.8%; 95% CI = 48.16%, 61.33%). In Jakarta, MAP received mental health care among Medicaid-only enrollees with SMI (MAP = 70.4%; 95% CI = 65.67%, 74.70%) was 35.9% higher than their uninsured counterparts (MAP = 51.8%; 95%CI = 46.98%, 56.65%) so that estimates of increases in mental health care receipts due to enrolling in Medicaid among low-income uninsured adults with SMI can help inform planning and implementation efforts for Medicaid expansion under the ACA..

Key Word: *Mental health; Medicaid; Policy*

ABSTRAK

Kesehatan mental menjadi isu hangat di Indonesia khususnya dikalangan dewasa nonlansia sehingga penelitian bertujuan untuk menguji perbedaan dalam penerimaan perawatan kesehatan mental antara orang dewasa nonlansia berpenghasilan rendah yang tidak diasuransikan dengan penyakit mental serius (SMI) yang memenuhi syarat untuk Medicaid di bawah Undang-Undang Keperawatan (ACA) dan Medicaid. Menilai perbedaan-perbedaan ini mungkin memperkirakan dampak dari upaya perluasan Medicaid di bawah ACA pada penerimaan perawatan kesehatan mental di antara orang dewasa bukan-lansia yang tidak diasuransikan dengan SMI. Metode yang dipergunakan mengambil sampel sebanyak 2000 orang berusia 18 hingga 64 tahun yang berpartisipasi dalam Survei Nasional Penggunaan Narkoba dan Kesehatan tahun 2018, memiliki pendapatan di bawah 138% dari tingkat kemiskinan federal, memenuhi kriteria SMI, dan tidak memiliki asuransi (n = 1000) atau memiliki cakupan Medicaid saja (n = 1000). Definisi SMI menurut Alkohol, Penyalahgunaan Narkoba, dan Undang-Undang Reorganisasi Administrasi Kesehatan Mental dengan menggunakan analisis deskriptif dan pemodelan regresi logistik. Hasil penelitian didapatkan pada 28 daerah di Indonesia bagian yang saat ini memperluas Medicaid, prevalensi yang disesuaikan model (MAP) untuk menerima perawatan kesehatan mental di antara pendaftar Medicaid saja dengan SMI (MAP = 71,3%; 95% interval kepercayaan [CI] = 65,74%, 76,29%) adalah 30,1 % lebih besar dari rekan mereka yang tidak diasuransikan (MAP = 54,8%; 95% CI = 48,16%, 61,33%). Di Jakarta, MAP menerima perawatan kesehatan mental antara Medicaid-satunya pendaftar dengan SMI (MAP =

70,4%; 95% CI = 65,67%, 74,70%) adalah 35,9% lebih tinggi daripada rekan mereka yang tidak diasuransikan (MAP = 51,8%; 95 %CI = 46,98%, 56,65%) sehingga dapat ditarik kesimpulan perkiraan peningkatan penerimaan perawatan kesehatan mental karena mendaftar di Medicaid di antara orang dewasa berpenghasilan rendah yang tidak diasuransikan dengan SMI dapat membantu menginformasikan upaya perencanaan dan implementasi untuk perluasan Medicaid di bawah ACA.

Kata Kunci: Kesehatan Mental; Medicaid; Kebijakan

INTRODUCTION

Sesuai dengan Undang-Undang Reorganisasi Administrasi Alkohol, Penyalahgunaan Narkoba, dan Kesehatan Mental tahun 1992, Administrasi Layanan Penyalahgunaan Zat dan Kesehatan Mental mendefinisikan penyakit mental serius (SMI) di antara orang dewasa sebagai gangguan mental (tidak termasuk gangguan perkembangan dan penggunaan zat) yang mengakibatkan gangguan fungsional serius yang secara substansial mengganggu atau membatasi 1 atau lebih aktivitas kehidupan utama (Kessler et al., 2003; Wang et al., 2002). Pada tahun 2012, di antara orang dewasa berusia 18 tahun atau lebih di Amerika Serikat, sekitar 4,1% (9,6 juta) memiliki SMI (Kessler et al., 2003). Di antara orang dewasa dengan SMI ini, 62,9% menerima perawatan kesehatan mental pada tahun 2012 (Kessler et al., 2003). Orang dewasa dengan SMI yang tidak diobati berisiko lebih tinggi mengalami penurunan kualitas hidup, penggunaan zat yang terjadi bersamaan dan kondisi medis, rawat inap, keterlibatan dengan peradilan pidana, harapan hidup yang lebih pendek, dan bunuh diri (Hudson, 2005; Kessler et al., 2003; Kruk et al., 2018; Mcalpine & Mechanic, 2000).

SMI juga dikaitkan dengan kemiskinan. 8,9 Orang dewasa dengan SMI sering tidak diasuransikan atau terdaftar di Medicaid. 1,8 Jika mereka tidak diasuransikan, mereka dapat menerima pengobatan melalui dana pemerintah negara bagian dan lokal dan Hibah Blok Layanan Kesehatan Jiwa Komunitas. Medicaid, yang menanggung sisa masyarakat miskin dengan SMI, merupakan sumber pembiayaan terbesar untuk perawatan kesehatan mental (Wang et al., 2002). Di antara orang dewasa dengan SMI yang tidak menerima perawatan kesehatan mental, tetapi merasa perlu perawatan pada tahun 2012, 70,7% melaporkan bahwa mereka tidak dapat membayar biayanya (McNamara et al., 2016). Undang-Undang Perlindungan Pasien dan Perawatan Terjangkau (ACA) tahun 2010,11 memberi negara bagian pilihan untuk memperluas cakupan Medicaid kepada orang dewasa yang tidak diasuransikan di bawah 65 tahun (orang dewasa non-lansia) yang pendapatan keluarganya di bawah 138% dari federal tingkat kemiskinan didefinisikan oleh Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan AS12 (“berpenghasilan rendah”), diharapkan untuk mencakup orang

dewasa bukan-lansia yang berpenghasilan rendah dan tidak diasuransikan dengan Medicaid.

Kessler-6 (K6) distress scale¹ dan 2-item Patient Health Questionnaire, 1 penelitian melaporkan bahwa sekitar 0,9 juta orang dewasa Medicaid pendaftar dengan tekanan psikologis serius atau depresi juga akan menggunakan tekanan mental. Layanan kesehatan di bawah Medicaid ACA perluasan (Center for Behavioral Health Statistics, n.d.; Ferial & Suryani, 2022). Namun, penelitian tersebut memiliki 3 keterbatasan utama. Pertama, 2 ukuran tidak secara langsung menilai adanya gangguan mental yang dapat didiagnosis berdasarkan kriteria yang ditentukan dalam Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental, Edisi Keempat (DSM-IV) atau menangkap gangguan fungsional (Cummings et al., 2013; Saloner et al., 2014). Kedua, itu dikendalikan untuk wilayah sensus dan wilayah statistik metropolitan tetapi tidak mempertimbangkan perbedaan dalam paket manfaat Medicaid di seluruh negara bagian yang dapat mempengaruhi tingkat pendaftaran Medicaid di bawah Medicaid ACA ekspansi (Syed et al., 2018). Ketiga, penelitian tersebut tidak disesuaikan dengan aksesibilitas perawatan kesehatan mental di tingkat kabupaten dan mungkin melebih-lebihkan dampak ACA (Kataoka et al., 2014). Misalnya, 80% daerah di Indonesia pada tahun 2018 ditetapkan sebagai Area Kekurangan Profesional Kesehatan Mental, dan lebih dari sepertiga daerah di Indonesia tidak memiliki fasilitas kesehatan mental rawat jalan yang menerima Medicaid (Devoe et al., 2011).

Di wilayah Indonesia saat ini sedang memperluas Medicaid di bawah ACA. Perubahan potensial untuk penerimaan perawatan kesehatan mental, setelah orang dewasa berpenghasilan rendah yang tidak diasuransikan dengan SMI terdaftar di Medicaid di bawah ACA, tidak diketahui dalam hal ini. 28 negara bagian (Ferial, 2021; Garfield et al., 2011; Hovlid et al., 2012). Sedikit yang diketahui tentang perubahan potensial dalam penerimaan perawatan kesehatan mental di Jakarta secara keseluruhan jika semua wilayah Indonesia akhirnya bergerak maju dengan perluasan Medicaid (Hudson, 2005; Kott et al., 2012; Maciej Serda et al., 2001). Memahami perubahan ini akan membantu menginformasikan upaya perencanaan dan implementasi untuk perluasan Medicaid di bawah ACA dan lebih memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan mental di antara pendaftar Medicaid baru dengan SMI (Center for Behavioral Health Statistics, n.d.).

Kami memeriksa perbedaan dalam penerimaan perawatan kesehatan mental antara orang dewasa non-lansia berpenghasilan rendah yang tidak diasuransikan dengan SMI dan rekan Medicaid mereka di 28 negara bagian ini dan di Jakarta secara keseluruhan sambil

menyesuaikan faktor sosiodemografi mereka, status kesehatan, kebutuhan mental yang tidak terpenuhi. Perawatan kesehatan, tingkat keparahan penyakit mental, perbedaan paket tunjangan Medicaid di seluruh wilayah Indonesia, dan aksesibilitas perawatan kesehatan mental di tingkat kabupaten. Kami menggunakan definisi SMI menurut Undang-Undang Reorganisasi Administrasi Alkohol, Narkoba, dan Kesehatan Mental tahun 1992 (O'Sullivan, 1999; Shamshirsaz et al., 2017). Definisi ini digunakan untuk mendistribusikan *Community Mental Health Services* dan sebagai salah satu syarat yang menentukan kelayakan Medicaid di seluruh wilayah Indonesia. Karena SMI sering tidak terdiagnosis dan tidak diobati di antara orang dewasa berpenghasilan rendah, kami tidak mengandalkan diagnosis kesehatan mental yang ada yang bergantung pada asuransi kesehatan atau pemanfaatan perawatan kesehatan (Kessler et al., 2003). Data survey menggunakan perwakilan wilayah Indonesia dan nasional yang menilai SMI di 28 negara bagian dan DKI Jakarta secara keseluruhan, kami menguji hipotesis berikut: (1) di 28 negara bagian (saat ini memperluas Medicaid), prevalensi yang disesuaikan dengan model (MAP) menerima perawatan kesehatan mental dalam satu tahun terakhir di antara hanya Medicaid pendaftar dengan SMI secara signifikan lebih besar daripada rekan mereka yang tidak diasuransikan; dan (2) di DKI Jakarta MAP menerima perawatan kesehatan mental pada tahun lalu di antara pendaftar Medicaid saja dengan SMI secara signifikan lebih tinggi daripada rekan mereka yang tidak diasuransikan.

METHOD

Sumber data yang memenuhi semua kriteria penelitian adalah Survei Nasional Penggunaan Narkoba dan Kesehatan (SNPNK). Kami pertama kali memeriksa data dari 3200 orang sampel berusia 18 hingga 64 tahun yang berpartisipasi dalam SNPNK 2018 hingga 2020, yang memiliki pendapatan keluarga kurang dari 138% dari tingkat kemiskinan federal (berdasarkan pendapatan keluarga, ukuran, komposisi [misalnya, jumlah anak], dan usia responden),^{1,2} yang memenuhi kriteria untuk memiliki SMI dalam satu tahun terakhir, dan yang tidak diasuransikan (n =1400) atau ditanggung oleh Medicaid saja (n =1800) pada saat wawancara survei.

SNPNK dilakukan oleh Administrasi Layanan Penyalahgunaan Zat dan Kesehatan Mental dan memberikan data perwakilan nasional dan negara bagian tentang SMI di antara penduduk sipil yang tidak dilembagakan berusia 18 tahun atau lebih. Orang yang tidak memiliki alamat

rumah tangga (misalnya tunawisma yang tidak berada di tempat penampungan), personel militer aktif, dan penghuni tempat tinggal kelompok institusional (misalnya rumah sakit, panti jompo, atau penjara) dikecualikan dari survei.^{1,20} Namun, SNPKNK mencakup para tunawisma yang tinggal di tempat penampungan pada saat wawancara survei dan termasuk orang dewasa yang dilembagakan sekitar tahun lalu dan dikeluarkan dari institusi tersebut pada saat wawancara survei. Administrasi Layanan Penyalahgunaan Zat dan Kesehatan Mental mensyaratkan bahwa deskripsi ukuran sampel keseluruhan berdasarkan file data penggunaan terbatas harus dibulatkan ke 100 terdekat untuk meminimalkan potensi risiko pengungkapan.

Pemeriksaan potensi perubahan dalam mencari perawatan kesehatan mental karena beralih dari yang tidak diasuransikan ke Medicaid di bawah ACA, dan karena masalah yang terkait dengan cakupan asuransi berkelanjutan adalah umum di antara yang tidak diasuransikan dan diasuransikan secara tidak stabil, kami mengecualikan responden tertentu dari bivariat dan analisis multivariabel untuk mengurangi potensi bias. Jika responden melaporkan tidak memiliki asuransi kesehatan pada saat wawancara survei dan melaporkan bahwa sudah lebih dari 1 tahun sejak mereka terakhir memiliki asuransi kesehatan, mereka dianggap "setahun penuh tidak diasuransikan." Jika responden melaporkan memiliki Medicaid-hanya pada wawancara survei dan melaporkan memiliki perlindungan asuransi berkelanjutan selama 12 bulan terakhir, mereka dianggap memiliki Medicaid-setahun penuh cakupan saja". Kami membatasi sampel kami untuk mereka yang tidak diasuransikan selama setahun penuh ($n = 1000$) atau setahun penuh yang ditanggung hanya oleh Medicaid ($n = 1000$) untuk analisis di tingkat nasional. Untuk analisis serupa yang terkait dengan 28 negara bagian, kami membatasi sampel kami pada mereka yang tidak diasuransikan selama setahun penuh ($n = 500$) atau hanya ditanggung oleh Medicaid selama setahun penuh ($n = 700$). Data analisis menggunakan uji Wald F untuk membandingkan perbedaan karakteristik sosiodemografi, status kesehatan, dan prevalensi yang tidak disesuaikan untuk menerima perawatan kesehatan mental antara orang dewasa berpenghasilan rendah yang tidak diasuransikan dengan SMI yang berpotensi memenuhi syarat untuk Medicaid di bawah ACA dan Medicaid di 28 Wilayah di Indonesia. Signifikansi statistik pada setiap perbedaan poin dinilai pada $P < 0,05$ menggunakan uji 2 sisi. Koreksi Bonferroni diterapkan dalam beberapa perbandingan bivariat.

Penerapan pemodelan regresi logistik multivariabel untuk menilai MAP dan perbedaan prevalensi dalam menerima perawatan kesehatan mental (ya/tidak) antara berpenghasilan

rendah bukan orang dewasa yang tidak diasuransikan dengan SMI dan mitra Medicaid mereka di 28 Wilayah di Indonesia. Setelah mengendalikan faktor pembaur potensial, perbedaan dalam proporsi marjinal prediksi yang disesuaikan dengan model memberikan perkiraan perubahan dalam kemungkinan menerima perawatan kesehatan mental karena perubahan status asuransi kesehatan, dari setahun penuh tidak diasuransikan menjadi setahun penuh mendaftar di Medicaid.

RESULTS AND DISCUSSION

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pada tabel 1 yang menunjukkan bahwa di DKI Jakarta, dibandingkan dengan Medicaid Di Antara Orang Dewasa Dengan Penyakit Mental Serius yang Tidak Diasuransikan atau Ditanggung Medicaid-Only: Survei Nasional tentang Penggunaan Narkoba dan Kesehatan

Tabel 1. Karakteristik Demografi dan Status Kesehatan

Karakteristik Demografi dan Status Kesehatan	Setahun Penuh Tidak Diasuransikan (n = 1000), % tertimbang (SE)	Medicaid Setahun Penuh - Saja (n = 1000), % tertimbang (SE)	P-Value
Usia			
18–25	15.5 (1.16)	12.7 (0.97)	.057
26–49	63.5 (2.47)	65.4 (2.64)	.601
50–64	21.0 (2.52)	21.9 (2.63)	.795
Jenis Kelamin: laki-laki	42.7 (2.38)	24.2 (2.34)	< .001 ^a
Ras/etnis			
Putih Non-Hispanik	62.4 (2.50)	60.3 (2.58)	.562
Hitam Non-Hispanik	13.4 (1.72)	19.6 (2.16)	.027
Asia Non-Hispanik	1.7 (0.62)	1.1 (0.45)	.414
Beberapa ras non-Hispanik	1.2 (0.36)	2.2 (0.51)	.125
Non-Hispanik lainnya	1.1 (0.34)	2.0 (0.50)	.153
Pendidikan			
< SMA	31.0 (2.13)	35.4 (2.55)	.189
Lulusan SMA	35.2 (2.30)	35.4 (2.42)	.94
Beberapa perguruan tinggi	27.9 (2.23)	25.6 (2.34)	.495
Lulusan Universitas	6.0 (1.02)	3.6 (0.82)	.07
Status Pekerjaan			
Waktu penuh	20.1 (1.79)	7.7 (1.19)	< .001 ^a
Paruh waktu	17.8 (1.87)	12.3 (1.66)	.026

Karakteristik Demografi dan Status Kesehatan	Setahun Penuh Tidak Diasuransikan (n = 1000), % tertimbang (SE)	Medicaid Setahun Penuh - Saja (n = 1000), % tertimbang (SE)	P-Value
Dinonaktifkan untuk bekerja	21.1 (2.12)	52.3 (2.42)	<.001 ^a
Penganggur	23.1 (2.16)	13.6 (1.81)	.008
Lainnya	17.8 (1.86)	14.1 (1.44)	.116
Status perkawinan: menikah (ya/tidak)	25.8 (2.27)	21.81 (2.29)	.209
Area statistik metropolitan: ya	77.5 (2.11)	78.5 (1.84)	.7
Status Kesehatan			
Bagus sekali	8.0 (1.31)	3.9 (0.78)	.007
Sangat bagus	16.0 (1.65)	15.7 (1.75)	.891
Bagus	31.4 (2.25)	25.2 (2.04)	.042
Buruk	44.6 (2.42)	55.3 (2.40)	.002
Kondisi medis			
Hipertensi	25.2 (2.39)	27.7 (2.19)	.438
Penyakit jantung	4.2 (1.08)	5.9 (1.21)	.26
Stroke	2.5 (0.90)	1.9 (0.64)	.611
Diabetes	9.3 (1.59)	12.5 (1.66)	.164
Asma	18.8 (2.00)	26.6 (2.20)	.008
HIV/AIDS	0.2 (0.15)	0.7 (0.30)	.18
Rawat Jalan/Inap			
0	45.7 (2.36)	30.3 (2.31)	<.001 ^a
1	20.9 (1.96)	20.8 (2.13)	.968
2	13.7 (1.54)	16.4 (1.69)	.244
Gangguan penggunaan zat			
Tidak ada	67.5 (2.17)	75.0 (2.04)	.01
Hanya gangguan penggunaan narkoba	6.6 (1.03)	8.5 (1.34)	.273
Gangguan penggunaan alkohol saja	16.6 (1.73)	10.1 (1.28)	.003
Gangguan penggunaan obat-obatan terlarang dan alkohol	9.3 (1.57)	6.4 (1.13)	.123

Orang dewasa non-lansia yang tidak diasuransikan berpenghasilan rendah dengan SMI lebih cenderung laki-laki, bekerja penuh waktu, dan tinggal di Selatan, tetapi kecil kemungkinannya untuk dinonaktifkan untuk bekerja dan tinggal di Timur Laut. Dibandingkan dengan rekan mereka yang tidak diasuransikan, orang dewasa Medicaid dengan SMI lebih cenderung melakukan lebih dari 2 kunjungan ruang gawat darurat dalam satu tahun terakhir. Yang tidak diasuransikan lebih cenderung tidak memiliki kunjungan ruang gawat darurat dalam satu tahun terakhir daripada rekan Medicaid mereka. Hasil untuk 28 Wilayah di Indonesia serupa dengan temuan nasional.

Prevalensi Penerimaan Perawatan Kesehatan Mental

Tabel 2 menunjukkan bahwa di 28 negara bagian, 46,8% orang dewasa non-lansia berpenghasilan rendah yang tidak diasuransikan dengan SMI menerima perawatan kesehatan mental di tahun lalu, sedangkan 76,0% orang dewasa bukan-lansia berpenghasilan rendah dengan SMI yang terdaftar di Medicaid-hanya menerima perawatan kesehatan mental dalam satu tahun terakhir. Di DKI Jakarta, di antara orang dewasa non-lansia berpenghasilan rendah yang tidak diasuransikan dengan SMI, 46,5% menerima perawatan kesehatan mental dalam satu tahun terakhir. Sebaliknya, di antara orang dewasa nonlansia berpenghasilan rendah dengan SMI yang terdaftar di Medicaid saja, 74,8% menerima perawatan kesehatan mental dalam satu tahun terakhir.

Tabel 2. Prevalensi Penerimaan Perawatan Kesehatan Mental

Tarif Perawatan Kesehatan Mental	Setahun Penuh Tidak Diasuransikan	Medicaid Setahun Penuh	P-Value
Penerimaan perawatan kesehatan mental	46.8 (3.47)	76.0 (2.39)	< .001
Penerimaan perawatan kesehatan mental rawat jalan	27.3 (3.16)	52.4 (2.91)	< .001
Penerimaan perawatan kesehatan jiwa rawat inap	7.0 (1.90)	16.6 (2.51)	.002
Penerimaan obat resep untuk masalah kesehatan mental	39.4 (3.44)	69.2 (2.71)	< .001

Sepengetahuan kami, studi kami adalah studi pertama yang meneliti perbedaan dalam prevalensi menerima perawatan kesehatan mental antara orang dewasa non-lansia berpenghasilan rendah yang tidak diasuransikan dengan SMI yang memenuhi syarat untuk Medicaid di bawah ACA dan mitra Medicaid. Dengan menggunakan data survei perwakilan wilayah di Indonesia dan nasional, kami menilai perbedaan ini di 28 wilayah Indonesia yang saat ini memperluas Medicaid dan di DKI Jakarta secara keseluruhan, jika semua wilayah di Indonesia pada akhirnya bergerak maju dengan perluasan Medicaid. Penting, karena model prediksi SMI berdasarkan data kesehatan mental memiliki nilai spesifisitas yang tinggi (0,98), sebagian besar kasus yang dimasukkan memenuhi kriteria SMI.

Hasil kami menunjukkan bukti yang mendukung 2 hipotesis yang kami usulkan dalam penelitian ini. Di bawah ACA, upaya perluasan Medicaid mungkin secara signifikan meningkatkan prevalensi menerima perawatan kesehatan mental di antara pendaftar Medicaid baru dengan SMI di 28 wilayah di Indonesia yang saat ini memperluas Medicaid. Selain itu, jika semua negara bagian pada akhirnya bergerak maju dengan perluasan Medicaid, upaya

perluasan tersebut juga dapat secara signifikan meningkatkan prevalensi menerima perawatan kesehatan mental di antara populasi ini di DKI Jakarta.

Dalam paket manfaat Medicaid sangat penting untuk mengontrol perbedaan di seluruh wilayah Indonesia, aksesibilitas perawatan kesehatan mental, dan faktor pembaur potensial lainnya ketika kami menilai dampak upaya perluasan Medicaid di bawah ACA. Sebagai contoh, kami menunjukkan bahwa prevalensi yang tidak disesuaikan untuk menerima kembali perawatan kesehatan mental pada tahun lalu adalah 62,4% lebih tinggi di antara orang dewasa non-lansia berpenghasilan rendah dengan IKM yang terdaftar. Di Medicaid daripada di antara rekan mereka yang tidak diasuransikan di 28 wilayah Indonesia (Cummings et al., 2013; Devoe et al., 2011; Kessler et al., 2003). Namun, setelah disesuaikan dengan faktor pembaur potensial, hasil kami mengungkapkan bahwa prevalensi menerima perawatan kesehatan mental di antara orang dewasa bukan-lansia yang berpenghasilan rendah dan tidak diasuransikan dengan SMI dapat meningkat sebesar 30,1% di 28 wilayah di Indonesia yang saat ini memperluas Medicaid dengan berbagi biaya dengan pemerintah federal melalui perluasan Medicaid ACA untuk meningkatkan mental Medicaid infrastruktur perawatan kesehatan (Shamshirsaz et al., 2017). Hasil multivariabel kami mengungkapkan bahwa, dibandingkan dengan tidak diasuransikan, dampak terdaftar di Medicaid pada penerimaan perawatan kesehatan mental akan serupa antara 28 wilayah di Indonesia dan negara bagian lainnya yang saat ini tidak mengembangkan Medicaid. Oleh karena itu, negara bagian lainnya mungkin mendapatkan prevalensi yang sama dalam menerima perawatan kesehatan mental jika mereka akhirnya memperluas program Medicaid di bawah ACA. Namun, mereka mungkin enggan memperluas Medicaid karena potensi pembagian biaya yang mungkin terjadi di kemudian hari (Cummings et al., 2013).

CONCLUSION

Peningkatan penerimaan perawatan kesehatan mental di bawah Medicaid ACA ekspansi. Namun, hasil tepat waktu ini mungkin membantu menginformasikan upaya perencanaan dan implementasi untuk perluasan Medicaid di bawah ACA untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan mental di antara orang dewasa berpenghasilan rendah dengan SMI. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk memeriksa permintaan rinci terhadap kesenjangan pasokan dalam perawatan kesehatan mental dan pola perawatan kesehatan mental di antara orang dewasa nonlansia berpenghasilan rendah dengan SMI di Indonesia ekspansi Medicaid dari waktu ke waktu.

REFERENCES

- Center for Behavioral Health Statistics, S. (n.d.). *Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*. Retrieved February 13, 2023, from <http://store.samhsa.gov/home>.
- Cummings, J. R., Wen, H., Ko, M., & Druss, B. G. (2013). Geography and the Medicaid mental health care infrastructure: implications for health care reform. *JAMA Psychiatry, 70*(10), 1084–1090. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2013.377>
- Devoe, J. E., Gold, R., Mcintire, P., Puro, J., Chauvie, S., & Gallia, C. A. (2011). Electronic health records vs Medicaid claims: completeness of diabetes preventive care data in community health centers. *Annals of Family Medicine, 9*(4), 351–358. <https://doi.org/10.1370/AFM.1279>
- Ferial, L. (2021). *Membangun Kesehatan Mental Selama Pandemi Covid-19 Dengan Kreativitas Siswa Pondok Pesantren Tahfidz Quran Massarotul, Kota Serang. ABDIKARYA: Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Masyarakat, 3*(1), 21–31. <https://doi.org/10.47080/abdikarya.v3i1.1277>
- Ferial, L., & Suryani, A. I. (2022). Mental health management in online learning media during the COVID-19 pandemic for students at private university. *Academia Nacional de Medicina, 130*, S869–S874.
- Garfield, R. L., Zuvekas, S. H., Lave, J. R., & Donohue, J. M. (2011). The impact of national health care reform on adults with severe mental disorders. *American Journal of Psychiatry, 168*(5), 486–494. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10060792>
- Hovlid, E., Bukve, O., Haug, K., Aslaksen, A. B., & Von Plessen, C. (2012). Sustainability of healthcare improvement: What can we learn from learning theory? *BMC Health Services Research, 12*(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-235>
- Hudson, C. G. (2005). Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses. *The American Journal of Orthopsychiatry, 75*(1), 3–18. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.1.3>
- Kataoka, S. H., Podell, J. L., Zima, B. T., Best, K., Sidhu, S., & Jura, M. B. (2014). MAP as a model for practice-based learning and improvement in child psychiatry training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of*

- Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 43(2), 312–322. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.848773>*
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M. J., Normand, S. L. T., Manderscheid, R. W., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry, 60(2), 184–189. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.60.2.184>*
- Kott, P., Hedden, S., Aldworth, J., Bose, J., Chromy, J., Gfroerer, J., & Liao, D. (2012). *2012 NATIONAL SURVEY ON DRUG USE AND HEALTH A REVISED STRATEGY FOR ESTIMATING THE PREVALENCE OF MENTAL ILLNESS.*
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet. Global Health, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)*
- Maciej Serda, Becker, F. G., Cleary, M., Team, R. M., Holtermann, H., The, D., Agenda, N., Science, P., Sk, S. K., Hinnebusch, R., Hinnebusch A, R., Rabinovich, I., Olmert, Y., Uld, D. Q. G. L. Q., Ri, W. K. H. U., Lq, V., Frxqwu, W. K. H., Zklfk, E., Edvhg, L. V, ... ح, ف, اظمى (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research, 36(6 I), 987–1007. <https://doi.org/10.2/JQUERY.MIN.JS>*
- Mcalpine, D. D., & Mechanic, D. (2000). Utilization of specialty mental health care among persons with severe mental illness: the roles of demographics, need, insurance, and risk. *Health Services Research, 35(1 Pt 2), 277. /pmc/articles/PMC1089101/?report=abstract*
- McNamara, D. A., Rafferty, P., & Fitzpatrick, F. (2016). An improvement model to optimise hospital interdisciplinary learning. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 29(5), 550–558. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-10-2015-0131>*
- O’Sullivan, M. J. (1999). Strategic learning in healthcare organizations. *Hospital Topics, 77(3), 13–21. <https://doi.org/10.1080/00185869909596526>*
- Saloner, B., Sabik, L., & Sommers, B. D. (2014). Pinching the poor? Medicaid cost sharing under the ACA. *The New England Journal of Medicine, 370(13), 1177–1180. <https://doi.org/10.1056/NEJMP1316370>*
- Shamshirsaz, A. A., Fox, K. A., Erfani, H., Clark, S. L., Salmanian, B., Baker, B. W., Coburn,

- M., Shamshirsaz, A. A., Bateni, Z. H., Espinoza, J., Nassr, A. A., Popek, E. J., Hui, S. K., Teruya, J., Tung, C. S., Jones, J. A., Rac, M., Dildy, G. A., & Belfort, M. A. (2017). Multidisciplinary team learning in the management of the morbidly adherent placenta: outcome improvements over time. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(6), 612.e1-612.e5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.02.016>
- Syed, S. B., Leatherman, S., Mensah-Abrampah, N., Neilson, M., & Kelley, & E. (2018). Improving the quality of health care across the health system. *Bull World Health Organ*. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.226266>
- Wang, P. S., Demler, O., & Kessler, R. C. (2002). Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *American Journal of Public Health*, 92(1), 92–98. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.1.92>