

**DIFUSI NORMA *SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS* (SDGS)  
DALAM KEBIJAKAN KESEHATAN MENTAL INDIA**



**SKRIPSI**

*Disusun sebagai Salah Satu Syarat Melaksanakan Penelitian Skripsi Sarjana pada  
Program Studi Ilmu Hubungan Internasional*

Oleh:

**Andi Ira Tenri Adikusuma**

**4516023036**

**PROGRAM STUDI ILMU HUBUNGAN INTERNASIONAL**

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK**

**UNIVERSITAS BOSOWA MAKASSAR**

**2020**

HALAMAN PENGESAHAN

DIFUSI NORMA *SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS* (SDGS)  
DALAM KEBIJAKAN KESEHATAN MENTAL INDIA

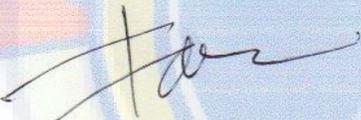
Andi Ira Tenri Adikusuma

4516023036

Skripsi telah disetujui dan diperiksa oleh :

Pembimbing I

Pembimbing II

  
Finahlivah Hasan, S.IP., M.A.

  
Zulkhair Burhan, S.IP., MA

Mengetahui :

Dekan FISIP Universitas Bosowa

Ketua Prodi HI Universitas Bosowa

  
Arief Wicaksono, S.IP., M.A.

  
Zulkhair Burhan, S.IP., M.A.

## KATA PENGANTAR

Puji dan rasa syukur kepada Allah ta'ala. Alhamdulillah, atas rahmat, taufik dan hidayah-Nya, penulis diberi kemampuan dalam menyelesaikan skripsi ini, yang berjudul:

### **“DIFUSI NORMA *SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS* (SDGS) DALAM KEBIJAKAN KESEHATAN MENTAL INDIA”**

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, karena keterbatasan penulis sebagai manusia, namun sejauh ini penulis mencoba usaha terbaiknya selama dalam proses menyelesaikan skripsi ini. Harapannya, tulisan ini kedepannya mampu menebar kebermanfaatan baik untuk penulis pribadi terlebih bagi khalayak umum. Dalam penyusunan penulisan skripsi ini, penulis banyak mendapat pelajaran serta dukungan motivasi dari berbagai pihak.

Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih banyak kepada berbagai pihak yang membantu penulis dalam penyusunan skripsi ini. Terkhusus kepada kedua orang tua yang Alhamdulillah masih dalam keadaan sehat menemani penulis hingga kini, untuk ibu yang tak pernah henti mendoakan hal baik untuk anaknya, selain membantu doa dan menjaga asupan nutrisi penulis, ibu juga yang banyak membantu mengoreksi penulisan dalam penyusunan skripsi sebelum akhirnya penulis serahkan pada pembimbing, penulis menyadari bahwa ibu mencoba usaha terbaiknya menjadi *support system* sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi ini semoga dalam keadaan baik. Terima kasih juga penulis ucapkan pada ayah dengan caranya yang tak banyak berucap namun tetap mampu membuat penulis selalu merasa penuh cinta, terima kasih sudah bekerja keras memenuhi kebutuhan penulis sehingga tak pernah penulis merasa kekurangan sedikitpun. Terima kasih untuk adik yang senantiasa membantu memudahkan urusan penulis dalam proses penyelesaian skripsi. Serta nenek tercinta yang atas kehendak Allah sepekan sebelum mengerjakan proposal tidak sempat menyaksikan dan kebersamai penulis dalam proses

penyusunan skripsi ini, sejak kecil nenek yang paling bersemangat mengetahui perkembangan penulis, yang selalu datang dengan membawa makanan laut yang katanya berfungsi meningkatkan perkembangan otak anak, yang selalu mendukung dan mengingatkan penulis untuk belajar yang baik, pepatah yang umum namun sering diucapkan nenek sejak dulu “Kejarlah ilmu sampai ke negeri Cina”, hanyalah sebuah kiasan betapa nenek sangat menghargai ilmu pengetahuan.

Ucapan terima kasih sebanyak-banyaknya juga penulis haturkan kepada orang-orang yang saya hormati yaitu ibu Finahliyah Hasan, S.IP., M.A. dan bapak Zulkhair Burhan, S.IP., M.A. selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, arahan dan motivasi yang sangat berguna dalam penyelesaian skripsi ini, bapak Arief Wicaksono, S.IP., M.A. dan ibu Beche Bt. Mamma, S.IP., M.A. selaku dosen penguji. Dalam kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Arief Wicaksono, S.IP., M.A., selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Bosowa.
2. Bapak Zulkhair Burhan, S.IP., M.A., selaku ketua Program Studi Ilmu Hubungan Internasional Universitas Bosowa
3. Untuk seluruh Bapak dan Ibu Dosen Program Studi Ilmu Hubungan Internasional Universitas Bosowa yang telah memberikan ilmu dan arahnya selama ini.
4. Untuk seluruh staf akademik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Bosowa yang telah banyak membantu dalam bidang akademik dan kemahasiswaan.
5. Untuk teman-teman seperjuanganku sekaligus sahabatku dari RSBI 2 (Selandu), Idam, Ekki, Heny dan Ama, kenal pertama kali sejak SMP dan masih bersama hingga sekarang, masa remaja hingga memasuki usia 20-an kalian yang paling tahu proses dewasaku hingga saat ini. Terima kasih selalu sabar dan tak pernah jaim, maaf saya telat setahun dari kalian karena memilih *gap year*. Terima kasih

juga untuk Nopyanti khususnya karena ia yang mengajak saya mendaftar di Unibos saat itu walaupun akhirnya ia melanjutkan di universitas lain.

6. Untuk teman-teman seperjuanganku Dandellion'16, kak Eka, Mustika Sari, Riri, Tika, Moris, Ega, Afiat, Rachmat, Hasan, Ani, Siska, Indah, Jaq, Ical, Fuad, Kiky, Henry, Pute', Dahli, Regita, Pika, Nasrun dan lainnya mungkin yang tak sempat saya sebutkan namanya, kalian semua berarti.
7. Untuk teman-teman HmI Kom.Sospol Universitas Bosowa
8. Untuk teman-teman volunteer F8 (2018) dan Makassar Forum (2019).
9. Untuk teman-teman Green Youth Movement.
10. Untuk teman-teman KKN Desa Bune di Bone.
11. Terakhir untuk diri sendiri, terima kasih selalu kuat, perjalanan masih panjang *fasten your seatbelt honey*, masih banyak yang perlu kamu bantu.

Semoga Allah ta'ala memberikan balasan yang berlipat ganda kepada semua pihak yang telah meluangkan waktu berharganya membantu penulis dalam proses mengerjakan skripsi. Skripsi ini tentunya jauh dari kata sempurna, sehingga penulis membutuhkan kritik dan saran yang membangun agar menjadi pembelajaran bagi penulis meminimalisir kesalahan kedepannya.

Makassar, September 2020

Andi Ira Tenri Adikusuma

## ABSTRAK

Bunuh diri berada di urutan kedua sebagai penyebab utama kematian pada individu berusia 15-29 tahun di dunia. India merupakan salah satu negara dengan angka bunuh diri tertinggi di dunia khususnya diantara orang-orang yang berusia 15 hingga 29 tahun. Pada hari kesehatan mental dunia Oktober 2014, kementerian kesehatan dan kesejahteraan keluarga pemerintah India mengumumkan kebijakan kesehatan mental nasional pertamanya. Kebijakan nasional tentang kesehatan mental juga selaras dengan Agenda Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) 2030 yang diadopsi oleh PBB pada September 2015. Peneliti memfokuskan pada diskusi terkait proses pemerintah India dalam menyinergikan kebijakan kesehatan mentalnya dengan implementasi agenda SDGs menggunakan konsep difusi norma serta konsep sustainable development.

Metode yang peneliti gunakan dalam penelitian ini ialah metode deskriptif-eksplanatif, dimana peneliti menggambarkan implementasi SDGs dan kebijakan kesehatan mental di India kemudian menjelaskan bagaimana proses difusi norma kesehatan mental terjadi dari ranah domestik India kemudian menjadi norma yang diadopsi secara global dalam agenda pembangunan berkelanjutan yang selanjutnya diselaraskan oleh pemerintah India menjadi kebijakan kesehatan mental.

Hasil dari penelitian ini ialah proses difusi norma kesehatan mental di India terjadi dengan tiga tahapan yaitu *norm emergence* (munculnya norma); *norm acceptance* (penerimaan norma); dan *norm institutionalization* (institusionalisasi norma). Pada tahap pertama *norm emergence* terdiri atas dua elemen yakni *norm entrepreneurs* (WHO & PBB) dan *organizational platforms* berupa perjanjian terkait kesehatan mental. Selanjutnya tahap kedua yakni *norm acceptance* yang berkaitan dengan identitas Negara India yang berlangsung sejak 1991 hingga awal 2000an sehingga pada tahun 2012-2014 terjadilah *norm internalization* dimana pemerintah India mengadopsi kebijakan kesehatan mental nasionalnya.

Kata Kunci: *difusi norma, sdgs, kebijakan kesehatan mental India*

## ABSTRACT

Suicide is the second leading cause of death in individuals aged 15-29 years in the world. India is one of the countries with the highest suicide rate in the world, especially among people aged 15 to 29 years. On world mental health day October 2014, the Indian government's ministry of health and family welfare announced its first national mental health policy. The national policy on mental health is also in line with the 2030 Agenda for Sustainable Development (SDGs) adopted by the United Nations in September 2015. Researchers focus on discussions related to the Indian government's process of synergizing its mental health policies with the implementation of the SDGs agenda using the concept of norm diffusion and the concept of sustainable development.

The method that the researcher uses in this research is the descriptive-explanative method, where the researcher describes the implementation of SDGs and mental health policies in India then explains how the diffusion process of mental health norms occurs from the Indian domestic sphere and then becomes a norm that is adopted globally in the sustainable development agenda which is furthermore. was harmonized by the Indian government into mental health policies.

The results of this study are the diffusion process of mental health norms in India occurs in three stages, namely norm emergence; norm acceptance; and norm institutionalization. In the first stage, norm emergence consists of two elements, namely norm entrepreneur (WHO & UN) and organizational platforms in the form of agreements related to mental health. Furthermore, the second stage is norm acceptance related to the identity of the Indian State which lasted from 1991 to the early 2000s so that in 2012-2014 there was norm internalization in which the Indian government adopted its national mental health policy.

**Keywords:** *norm diffusion, sds, Indian mental health policy*

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN Sampul</b> .....	
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	i
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ii
<b>ABSTRAK</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Batasan Masalah.....	6
C. Rumusan Masalah .....	6
D. Tujuan dan Kegunaan Penelitian .....	6
1. Tujuan Penelitian.....	6
2. Kegunaan Penelitian.....	6
E. Kerangka Konseptual .....	7
1. Perspektif Konstruktivisme.....	7
2. Konsep Sustainable Development.....	9
F. Metode Penelitian.....	10
1. Tipe Penelitian.....	10
2. Jenis dan Sumber Data.....	11
3. Teknik Pengumpulan Data.....	11
4. Teknik Analisis Data.....	11
G. Rancangan Sistematika Pembahasan .....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>14</b>

A. Konstruktivisme.....	19
B. Konsep Sustainable Development.....	30
<b>BAB III GAMBARAN UMUM TENTANG AGENDA SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS DAN KEBIJAKAN KESEHATAN MENTAL INDIA</b>	
A. SDGs sebagai Agenda PBB 2030.....	38
1. PBB.....	38
2. SDGs.....	40
3. SDGs India.....	47
B. Kebijakan Kesehatan Mental .....	50
1. Kebijakan Kesehatan Mental Global.....	50
a. WHO.....	51
b. WFMH.....	56
2. Kebijakan Kesehatan Mental India.....	57
<b>BAB IV ANALISIS UPAYA PEMERINTAH INDIA DALAM MENYINERGIKAN KEBIJAKAN KESEHATAN MENTALNYA DENGAN IMPLEMENTASI AGENDA SDGS</b>	
A. Konsep Difusi Norma.....	64
B. Konsep Sustainable Development.....	70
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan .....	74
B. Saran-Saran .....	77
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>78</b>

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. LATAR BELAKANG

*No health without mental health* merupakan prinsip yang diakui secara global oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Kesehatan mental mengalami masa transisi yang cukup panjang, menelusuri kembali penghapusan penggunaan rantai dan pasung terhadap pasien yang mengidap gangguan jiwa pada 1793 oleh Philippe Pinel, ke revolusi psikiatris kedua di tahun 1960-an berkat munculnya terapi psikososial dan biologis, hingga menumbuhkan perhatian menuju kebijakan kesehatan mental dan akhirnya banyak menimbulkan pernyataan tentang kebijakan kesehatan mental selama dua dekade terakhir (Zhou, Yu, Yang, Chen, Xiao, 2018).

Pada tahun 2012, Organisasi Kesehatan Dunia mengadopsi Rencana Aksi Kesehatan Mental Global yang terdiri atas empat tujuan yang hendak dicapai dalam rentang waktu 2013 hingga 2020. Tujuan ini untuk memandu upaya internasional dalam mengurangi beban global penyakit mental diantaranya: kepemimpinan dan tata kelola yang lebih kuat untuk program kesehatan mental; layanan kesehatan mental dan sosial yang komprehensif dan terintegrasi dalam lingkungan masyarakat; implementasi strategi untuk pencegahan penyakit mental dan promosi layanan yang tersedia; serta memperkuat sistem informasi, bukti, dan penelitian (World Health Organization, 2013). Kebijakan dan rencana kesehatan mental merupakan elemen yang saling terkait diperlukan untuk meningkatkan kesehatan mental di suatu negara. Kebijakan memberikan visi global sedangkan rencana terdiri atas rincian untuk mewujudkan visi dari kebijakan tersebut.

Pada 2017, Sekitar 72% negara anggota WHO yang memiliki kebijakan kesehatan mental nasional. Terdapat 120 negara atau setara dengan 62% dari semua negara anggota WHO yang telah memperbarui kebijakan atau rencana mereka sejak sebelum 2013 dengan 44 negara memperbarui kebijakan atau rencana mereka pada tahun 2016 dan setelahnya. Lebih dari 55% negara anggota WHO di kawasan mana pun dan lebih dari 75% negara-negara Mediterania Timur, Asia Tenggara, Pasifik Barat, dan Eropa melaporkan pembaruan kebijakan atau rencana mereka terhitung sejak 2012 hingga 2017 (WHO, 2017).

WHO memperkirakan bahwa gangguan mental, neurologis, dan penggunaan zat merupakan 10% dari beban penyakit global dan 30% dari beban penyakit non-fatal. Di seluruh dunia, diperkirakan 450 juta orang menderita satu atau lebih gangguan mental (WHO, 2018). Hampir 800.000 orang meninggal karena bunuh diri setiap tahun, 1 orang meninggal karena bunuh diri setiap 40 detik. Bunuh diri berada di urutan kedua sebagai penyebab utama kematian pada individu berusia 15-29 tahun di dunia (WHO, 2019). Beyyer (2017) mengatakan bahwa penyebab utamanya (lebih dari 90%) ialah dikarenakan gangguan mental, umumnya depresi, schizophrenia, kecemasan dan penyakit mental lainnya. Pada akhir dekade ini, depresi adalah salah satu penyebab utama kecacatan, mempengaruhi 264 juta orang (WHO, 2019) dan diperkirakan menjadi yang kedua setelah penyakit jantung iskemik sebagai penyebab kecacatan di seluruh dunia (Turekian, Moore, Rasenick, 2014).

Selain berdampak pada segi kesehatan, kelambanan pemerintah dalam menangani kesehatan mental juga memiliki dampak negatif yang meluas di seluruh masalah sosial, ekonomi, dan keamanan. Ekonomi global kehilangan sekitar \$ 1 triliun setiap tahun dalam produktivitas karena depresi dan kecemasan. Gangguan mental, neurologis dan penggunaan zat diperkirakan berkontribusi terhadap kerugian hasil ekonomi \$ 2,5-8,5 triliun secara global, sebuah angka yang

diproyeksikan akan mencapai dua kali lipat pada tahun 2030 (The World Bank, 2020).

Upaya WHO meningkatkan kesadaran aktor negara dalam wacana pengambilan kebijakan nasional tentang kesehatan mental juga selaras dengan Agenda Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) 2030 yang diadopsi oleh PBB pada September 2015. Agenda 2030 adalah dokumen yang menampilkan 17 tujuan pembangunan berkelanjutan yang terdiri dari 169 target, yang akan menentukan pembangunan global dari 2015 hingga 2030. Untuk pertama kalinya, PBB telah memasukkan kesehatan mental.

Tujuan ke-3 SDG dengan memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua untuk semua usia yang terdiri atas tiga target secara langsung berkaitan dengan kesehatan mental dan penyalahgunaan zat. SDG 3.4 meminta negara-negara: “Pada tahun 2030, mengurangi sepertiga kematian dini akibat penyakit tidak menular (NCD) melalui pencegahan dan pengobatan serta meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan.” SDG 3.5 meminta negara-negara: “Memperkuat pencegahan dan penyalahgunaan penggunaan zat, termasuk penyalahgunaan narkotika dan penggunaan alkohol yang berbahaya.” SDG 3.8 meminta negara-negara: “Mencapai cakupan layanan kesehatan universal, termasuk lindungan resiko finansial, akses terhadap layanan kesehatan dasar yang berkualitas dan akses terhadap obat-obatan dan vaksin yang aman, efektif, berkualitas dan terjangkau bagi semua” (United Nations, 2015).

Dengan demikian, SDGs 3.4, 3.5 dan 3.8 menuntut perhatian kebijakan untuk pencegahan dan pengobatan gangguan mental, neurologis dan penggunaan zat, serta memerlukan perhatian kebijakan untuk diberikan pada promosi kesehatan mental. SDGs lain (terutama 1,5,8 dan 10, masing-masing berkaitan dengan pengentasan kemiskinan, gender, pembangunan ekonomi dan pengurangan ketimpangan di dalam dan antar negara) juga meminta perhatian diberikan pada

kesehatan mental, karena gangguan mental sangat terkait dengan kemiskinan, kesulitan keuangan dan hutang, serta produktivitas yang rendah. Umumnya lebih rentan pada wanita, antar etnik minoritas, orang cacat dan kelompok termarginal lainnya (Jenkins, 2019, pp. 34).

Agenda Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) merupakan bagian tak terpisahkan dari tradisi dan warisan lama negara India. Agenda 2030 secara substansial mencerminkan agenda pembangunan India, seperti yang dikatakan oleh Perdana Menteri Narendra Modi dalam pidatonya di PBB pada *United Nations Sustainable Development Summit* September 2015 “Banyak agenda pembangunan India dicerminkan dalam Agenda Pembangunan Berkelanjutan. Rencana nasional kami ambisius dan terarah; Pembangunan berkelanjutan seperenam kemanusiaan akan menjadi konsekuensi besar bagi dunia dan planet kita yang indah” (UN, 2017).

Dari segi eksternal, negara India telah memainkan peran penting dalam membentuk SDGs dan memastikan keseimbangan di antara tiga pilar utama SDGs yaitu ekonomi, sosial dan lingkungan. Secara internal, India telah meluncurkan beberapa program untuk mencapai tujuan tersebut. Terlepas dari sumber daya keuangannya yang langka karena pendapatan per kapita yang relatif rendah, populasi yang besar dan geografis yang luas, India berkomitmen untuk mencapai tujuan ambisius. Dalam dokumen laporan Implementasi SDGs oleh India pada tahun 2017 menjelaskan bahwa pemerintah India ditahun yang sama fokus untuk mencapai tujuan 1, 2, 3, 5, 9, 14 dan 17, namun melihat tiga pilar utama dari SDGs dapat disimpulkan bahwa tujuan global pada poin lainnya juga berkaitan erat dengan tujuan lainnya. Dari ketiga pilar utama SDGs terbagi menjadi beberapa tujuan salah satunya yaitu tujuan ke-3 yang berhubungan langsung dalam bidang kesehatan. Dalam meningkatkan indikator kesehatan, pemerintah India membuat langkah signifikan untuk mencapai tujuan ke-3 tersebut.

India merupakan salah satu negara dengan angka bunuh diri tertinggi di dunia khususnya diantara orang-orang yang berusia 15 hingga 29 tahun. WHO memperkirakan sekitar 170.000 kematian akibat bunuh diri terjadi di India setiap tahun (CNN World, 2020). WHO memperkirakan bahwa India memiliki salah satu populasi terbesar yang terkena penyakit mental. Sesuai data statistik the National Crime Records Bureau (NCRB), 135.585 orang bunuh diri di negara tersebut pada tahun 2011 (The Hindu, 2016). Statistik NCRB dari tahun 2002 menunjukkan bahwa kasus bunuh diri tahunan di negara tersebut selalu berada di atas angka 1 lakh atau setara dengan 20.415 dan jumlah kasus tertinggi terjadi pada tahun 2011 (The Hindu, 2016). Pada tahun 2002, terdapat 110.417 kasus (The Hindu, 2016). Akibatnya, WHO melabeli India sebagai 'negara paling menyedihkan' di dunia. Apalagi sejak tahun 1990, satu dari tujuh orang dari India pernah menderita penyakit mental mulai dari depresi, kecemasan hingga kondisi parah seperti skizofrenia, menurut sebuah penelitian. Berdasarkan survei oleh Lancet (2012) memperkirakan angka kematian akibat bunuh diri di India sekitar 22,0 per 100.000 orang.

Pada hari kesehatan mental dunia Oktober 2014, kementerian kesehatan dan kesejahteraan keluarga pemerintah India mengumumkan kebijakan kesehatan mental nasional pertama India. Kebijakan ini merupakan upaya untuk mengurangi kesenjangan pengobatan, beban penyakit dan tingkat kecacatan karena penyakit mental. Kebijakan tersebut mempertimbangkan realitas sosial-budaya India yang tertanam dalam sistem nilai yang mempromosikan perawatan terintegrasi, berbasis bukti, tata kelola dan penyediaan layanan berkualitas yang lebih efektif. Lebih lanjut, kebijakan ini menekankan kebutuhan orang-orang dengan penyakit mental, penyedia tenaga medis dan perawat serta kerjasama dengan para stakeholder (National Health Portal India, 2014, pp. 1).

India menyetujui dan mengadopsi resolusi Majelis Kesehatan Dunia (WHA) 65.4 yang ditetapkan pada forum Majelis Kesehatan Dunia (WHA) ke-65

berlangsung di Jenewa pada 21-26 Mei 2012 (NHPI, 2014, pp.2). Resolusi WHA 65.4 ini membahas tentang beban global gangguan mental dan perlunya respon komprehensif dan terkoordinasi dari sektor kesehatan dan sosial di tingkat masyarakat. India adalah salah satu sponsor utama resolusi ini (WHO, 2012). Kebijakan kesehatan mental nasional India selaras dengan maksud dari Resolusi WHA 65.4.

Mempertimbangkan status India dalam kelompok negara dengan penghasilan menengah kebawah serta melihat kontribusi aktif pemerintah India sebagai salah satu sponsor utama dalam resolusi kesehatan mental dunia, maka penulis akan meneliti upaya pemerintah India dalam menyinergikan kebijakan kesehatan mentalnya dengan implementasi agenda SDGs.

## **B. BATASAN MASALAH**

Kebijakan kesehatan mental India telah diadopsi sejak tahun 2014 sedangkan PBB mengadopsi *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada tahun 2015, sehingga penulis membatasi penelitian ini pada periode 2014 hingga 2015.

## **C. RUMUSAN MASALAH**

Apakah upaya pemerintah India dalam menyinergikan kebijakan kesehatan mentalnya dan implementasi agenda SDGs?

## **D. TUJUAN DAN KEGUNAAN PENELITIAN**

### **1. TUJUAN PENELITIAN**

Mengetahui upaya pemerintah India dalam menyinergikan kebijakan kesehatan mentalnya dan implementasi agenda SDGs.

### **2. KEGUNAAN PENELITIAN**

- a. Secara akademis tulisan ini semoga dapat menjadi bahan rujukan bagi pengembangan Ilmu Hubungan Internasional terlebih isu kesehatan mental dalam ranah HI masih belum mendapat perhatian khusus oleh para penstudi HI, isu kesehatan mental dalam HI menjadi hal menarik untuk

didiskusikan karena berkaitan dengan upaya dalam mewujudkan pembangunan berkelanjutan (SDGs).

- b. Kegunaan praktis yang diharapkan dari tulisan ini ialah bahwa hasil penelitian yang diperoleh nantinya dapat memperluas wawasan mengenai fungsi dan kajian Ilmu Hubungan Internasional yang telah diperoleh selama mengikuti kegiatan perkuliahan. Bagi pihak-pihak yang berkepentingan dengan hasil penelitian, penulis berharap manfaat hasil penelitian ini dapat diterima sebagai diskusi untuk lebih mengembangkan studi ini dalam ranah Hubungan Internasional.
- c. Kegunaan pragmatis penelitian ini ialah agar dapat memenuhi tugas akhir skripsi strata-1 jurusan Hubungan Internasional, Universitas Bosowa Makassar dalam melihat upaya pemerintah India dalam menyinergikan kebijakan kesehatan mentalnya dan implementasi agenda SDGs sebagai upaya dalam mendukung agenda pembangunan berkelanjutan.

## **E. KERANGKA KONSEPTUAL**

Penulis juga menggunakan teori dan konsep yang relevan dalam mengkaji penerapan SDGs melalui kebijakan kesehatan mental di India. Teori yang digunakan terkait fenomena yang dikaji ialah *Konstruktivisme* dimana peneliti memokuskan pada *diskusi norma* oleh Finnemore dan Sikkink sedangkan konsep yang digunakan ialah konsep *Sustainable Development* oleh Munasinghe Institute.

### **1. Perspektif Konstruktivisme**

Teori ini pertama kali diperkenalkan di HI oleh Nicholas Greenwood Onuf dalam bukunya "*World of Our Making*" pada tahun 1989 kemudian dikembangkan oleh Alexander Wendt dalam artikelnya yang populer yaitu "*Anarchy Is What States Make of It*". Selanjutnya dikembangkan oleh Friedrich Kratochwil bersama John Ruggie dalam karyanya yang menetapkan *intersubjektif* sebagai sentral dari konstruktivisme (Zehfuss, 2004). Kemudian

dikembangkan lebih lanjut dalam *rules, norms* dan *decisions* yang hingga kini menjadi rujukan dalam konstruktivisme. Ketiga tokoh diatas diidentifikasi sebagai konstruktivis kunci yang berperan penting dalam perkembangan teori konstruktivisme.

Karya konstruktivis awal pada 1980-an hingga awal 1990-an berusaha membangun pendekatan yang berlawanan dengan teori rasional yang mendominasi studi hubungan internasional (misalnya, Wendt 1987, 1992; Onuf 1989; Kratochwil 1989; Ruggie 1993; Kratochwil dan Ruggie 1986). Sedangkan, karya konstruktivis saat ini berfokus pada norma dan sosialisasi internasional (Schimmelfennig 2000; Kent 2002; Lewis 2003).

Konstruktivis memusatkan perhatian pada peran ide, norma, pengetahuan, budaya, dan argumen dalam politik, secara khusus menekankan pada peran ide dan pemahaman yang dipegang secara kolektif atau *intersubjektif* dalam kehidupan sosial.

Dalam penelitian ini, penulis akan memokuskan pada diskusi norma yang dicetuskan oleh Martha Finnemore dan Kathryn Sikkink untuk menjelaskan upaya pemerintah India mengimplementasikan agenda SDGs melalui kebijakan kesehatan mentalnya.

Tujuan utama dari eksplorasi konstruktivis tentang difusi norma adalah bagaimana organisasi-organisasi internasional 'secara signifikan memengaruhi kemampuan, pemahaman, dan kepentingan negara' dan 'mempromosikan norma dan praktik tertentu di negara-negara, seringkali dengan cara yang tidak terduga' (Cox dan Jacobson 1973:7; Abbott dan Snidal 1998:13).

Teori difusi norma dipahami seperti sebuah siklus kehidupan "*life-cycle*" yang terdiri atas tiga tahapan yaitu *norm emergence* (munculnya norma); *norm acceptance* (penerimaan norma); dan *norm institutionalization* (institusionalisasi norma), (Finnemore & Sikkink, 1996:895). Ketiga tahapan diatas akan dibahas lebih dalam lagi pada BAB II penelitian ini.

## 2. Konsep Sustainable Development

Pembangunan berkelanjutan merupakan konsep yang muncul akibat terjadinya permasalahan diakibatkan oleh perbuatan manusia yang dirasakan pada masa itu. Permasalahan yang dimaksud ialah meningkatnya keprihatinan terhadap eksploitasi sumber daya alam (SDA) demi pembangunan ekonomi dengan mengorbankan kualitas lingkungan. Semakin menguatnya keprihatinan ini, dibentuklah suatu badan di bawah Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang disebut *United Nations World Commission on Environment and Development* (UNWCED). Pembentukan badan ini untuk membahas lebih lanjut mengenai pembangunan berkelanjutan. Dalam “*Our Common Future*” yang dipublikasikan oleh WCED tahun 1987, pembangunan berkelanjutan didefinisikan sebagai berikut:

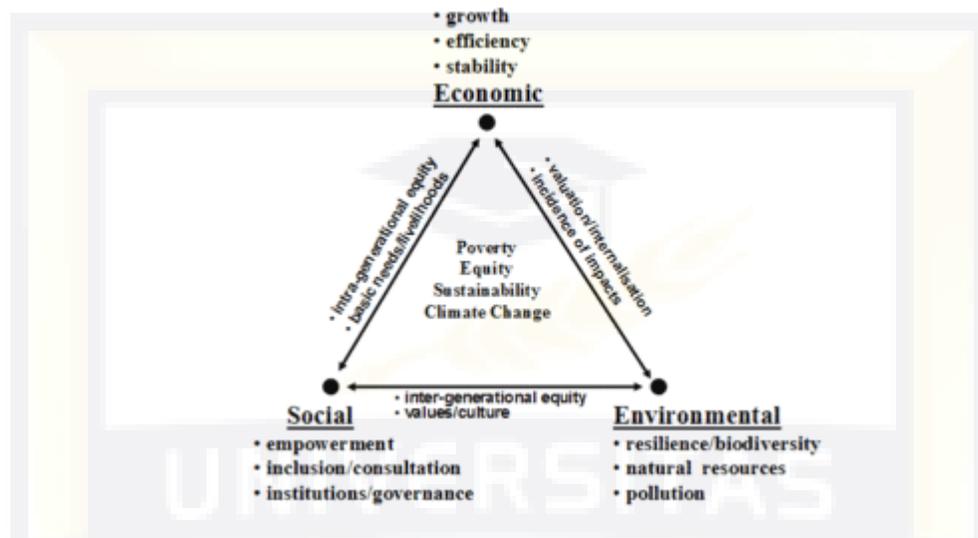
*“...sustainable development is defined as development that meet the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs.” (World Commision on Environment and Development 1987: 43)*

Dari definisi diatas, pembangunan berkelanjutan akan tercapai jika memikirkan atau memerhatikan hak-hak generasi mendatang oleh karenanya bukan hanya hak generasi sekarang yang perlu dipertimbangkan, termasuk didalamnya terkait sumber daya alam. Inilah konsep penting dalam pembangunan berkelanjutan.

Dalam konsep pembangunan berkelanjutan terdiri dari dua gagasan, yaitu kebutuhan dan keterbatasan. Dalam hal ini, kebutuhan merujuk pada kebutuhan dasar kaum miskin sedunia yang perlu menjadi prioritas utama. Sedangkan keterbatasan melihat pada kemajuan teknologi sebuah negara dan organisasi sosial untuk memenuhi kebutuhan generasi masa kini dan mendatang.

Gambar I. Segitiga Pembangunan Berkelanjutan—Elemen Pokok dan

## Interkoneksi



Sumber: Munasinghe Institute for Development (MIND), 2001

Berbagai kebijakan kesehatan mental oleh pemerintah India merupakan bentuk pengabdian negara terhadap perwujudan salah satu tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs) ke-3, yaitu dengan memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua untuk semua usia yang terdiri atas tiga target secara langsung berkaitan dengan kesehatan mental dan penyalahgunaan zat. Dalam hal ini, kesehatan mental juga termasuk ke dalam agenda pembangunan berkelanjutan ke-3. Oleh karena itu, konsep *sustainable development* dapat dijadikan alat untuk menganalisis keterkaitan kesehatan mental dengan ketiga pilar tersebut.

## F. METODE PENELITIAN

### 1. TIPE PENELITIAN

Tipe penelitian dalam penelitian ini adalah Deskriptif-Eksplanatif, dimana peneliti menggambarkan implementasi SDGs dan kebijakan kesehatan mental di India kemudian menjelaskan dan mencari penyebab serta faktor

yang mempengaruhi pemerintah India mengadopsi kebijakan kesehatan mental.

## **2. JENIS DAN SUMBER DATA**

Penulisan ini menggunakan jenis data sekunder. Data sekunder ini didapatkan dengan mempelajari artikel, buku-buku, website, jurnal, majalah, karya ilmiah dan akses internet yang relevan dengan penelitian ini.

## **3. TEKNIK PENGUMPULAN DATA**

Teknik pengumpulan data dalam penulisan ini ialah telaah pustaka (library research). Penulis melakukan penelusuran data melalui internet (browsing) dengan cara menelusuri berbagai literature seperti buku elektronik, buku pelengkap, majalah dan terbitan berkala, jurnal ilmiah, bulletin, dan dokumen resmi untuk memperoleh bahan atau data sehubungan dengan topik penelitian.

## **4. TEKNIK ANALISIS DATA**

Penulisan ini menggunakan analisa kualitatif, dengan menganalisa studi perbandingan, studi kasus, analisis wacana, content analysis, analisa terhadap pernyataan pemegang otoritas (pejabat atau ahli), dan kutipan dari sumber-sumber kepustakaan.

## **G. RANCANGAN SISTEMATIKA PEMBAHASAN**

Hasil penelitian ini secara keseluruhan disusun dalam karya tulis ilmiah berupa skripsi dengan sistematika pembahasan sebagai berikut:

### **BAB I PENDAHULUAN**

- A. Latar Belakang
- B. Batasan Masalah
- C. Rumusan Masalah
- D. Tujuan dan Kegunaan Penelitian
  - 1. Tujuan Penelitian

2. Kegunaan Penelitian
- E. Kerangka Konseptual
1. Perspektif Konstruktivisme
  2. Konsep Sustainable Development
- F. Metode Penelitian
1. Tipe Penelitian
  2. Jenis dan Sumber Data
  3. Teknik Pengumpulan Data
  4. Teknik Analisis Data
- G. Rancangan Sistematika Pembahasan

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

- A. Perspektif Konstruktivisme
- B. Konsep Sustainable Development

## **BAB III GAMBARAN UMUM TENTANG AGENDA SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS DAN KEBIJAKAN KESEHATAN MENTAL INDIA**

- A. SDGs sebagai Agenda PBB 2030
  1. PBB
  2. SDGs
- B. Kebijakan Kesehatan Mental
  1. Kebijakan Kesehatan Mental Global
    - a. WHO
    - b. WFMH
  2. Kebijakan Kesehatan Mental India

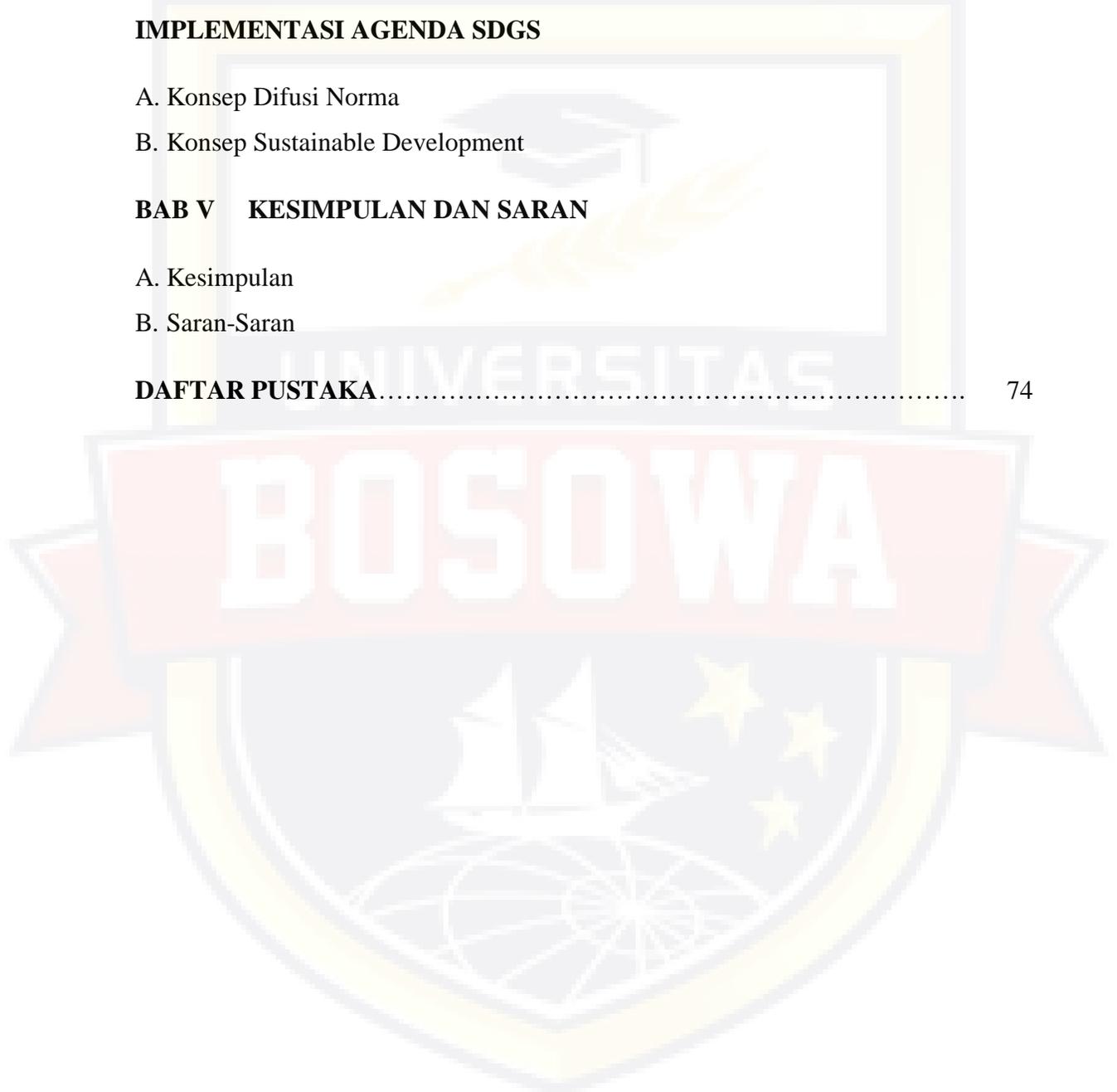
**BAB IV ANALISIS UPAYA PEMERINTAH INDIA DALAM  
MENYINERGIKAN KEBIJAKAN KESEHATAN MENTALNYA DENGAN  
IMPLEMENTASI AGENDA SDGS**

- A. Konsep Difusi Norma
- B. Konsep Sustainable Development

**BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

- A. Kesimpulan
- B. Saran-Saran

**DAFTAR PUSTAKA..... 74**



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai bahan pembanding serta pelengkap dalam penelitian ini penulis akan menyertakan beberapa literatur terdahulu yang membahas seputar isu kesehatan mental dalam ranah HI serta pengaruh kesehatan mental terhadap kelangsungan pembangunan berkelanjutan sesuai dengan judul penelitian ini. Dalam penelitian ini, penulis akan mencoba menganalisis upaya yang dilakukan pemerintah India dalam mengimplementasikan SDGs melalui kesehatan khususnya kebijakan kesehatan mental yang telah diadopsi oleh India sejak tahun 2014. Merujuk pada beberapa literatur yang ada, diharapkan dapat memberi kontribusi baru bagi penulis, baik untuk melengkapi penelitian ini ataupun sebagai referensi.

Pertama, ditulis oleh Dr. Anna Cornelia Beyer yang merupakan salah satu dosen senior di Universitas Hull UK dan anggota Institut Internasional untuk Kajian Strategi juga peneliti dalam kajian teori HI, studi terorisme dan kontraterorisme, analisis kebijakan luar negeri Amerika Serikat, penyebab perang dan kekerasan serta psikologi hubungan internasional. Salah satu bagian dalam bukunya yang berjudul "*Mental Health and International Relations: Why We Need to Look at Mental Health as a Security Issue*" terdapat dalam bukunya *International Political Psychology* bagian 6 halaman 105 dan diterbitkan pada tahun 2016.

Dalam tulisannya, Beyer menuturkan bahwa penstudi HI perlu mengintegrasikan isu kesehatan mental pada ranah keamanan hubungan internasional. Berdasarkan data yang dipaparkan dari dua juta orang meninggal per tahun, hampir satu juta orang yang meninggal karena bunuh diri setiap tahunnya (WHO, 2016). Penyebab utama lebih dari 90% kasus bunuh diri adalah penyakit mental, terutama depresi, skizofrenia dan penyakit mental lainnya. WHO juga percaya bahwa depresi menjadi penyebab utama kecacatan dalam beberapa dekade mendatang.

Seorang yang mengidap penyakit mental mendapat diskriminasi dari lingkungan kerjanya, pendidikan bahkan dari lingkungan sosialnya, menimbulkan kerugian sosial dan individu bagi seorang individu, mereka dirugikan dalam masyarakat. Penyakit mental juga meningkatkan resiko pengangguran, pemenjaraan dan penggunaan obat-obatan terlarang dan penyakit lainnya.

Keamanan manusia adalah paradigma yang memungkinkan kita untuk fokus pada topik kelangsungan hidup yang dianggap berdampak lebih pada individu daripada negara secara keseluruhan. Berdasarkan data yang dipaparkan, Beyer menuturkan bahwa jika kita menganggap penting untuk membahas isu keamanan manusia maka perlu bagi para penstudi HI juga mendiskusikan penyakit mental dan bunuh diri dalam studi keamanan. itulah mengapa kesehatan mental perlu dilibatkan dalam diskusi yang menyangkut ilmu politik.

Kedua, dokumen resmi yang diterbitkan di website global mental health oleh the Lancet Commision. The Lancet Commision on Global Mental Health and Sustainable Development adalah sintesis dan pengetahuan komprehensif mengenai kesehatan mental global sebagai salah satu agenda dalam pembangunan berkelanjutan. The Lancet Commision on Global Mental Health and Sustainable Development diterbitkan pada tahun 2018.

Dalam dokumen tersebut menghasilkan beberapa upaya untuk mewujudkan kesehatan mental di era SDGs diantaranya:

1. Layanan kesehatan mental harus ditingkatkan sebagai komponen penting dari cakupan kesehatan secara umum dan harus diintegrasikan sepenuhnya ke dalam tanggapan global terhadap prioritas kesehatan lainnya, termasuk penyakit tidak menular, kesehatan ibu dan anak, dan HIV/AIDS. Sejalan dengan itu, kesehatan fisik penderita gangguan jiwa berat harus ditekankan dalam perawatan terpadu tersebut.

2. Hambatan dan ancaman terhadap kesehatan mental perlu ditangani; termasuk kurangnya kesadaran akan nilai kesehatan mental dalam pembangunan sosial dan ekonomi, kurangnya perhatian pada promosi dan perlindungan kesehatan mental lintas sektor, kendala sisi permintaan yang parah untuk perawatan kesehatan mental yang disebabkan oleh stigma dan diskriminasi dan meningkatnya ancaman terhadap kesehatan mental karena tantangan global seperti perubahan iklim dan ketimpangan yang meningkat.
3. Kesehatan mental perlu dilindungi oleh kebijakan publik dan upaya pembangunan; tindakan lintas sektoral ini harus dilakukan oleh setiap pemimpin negara untuk melibatkan berbagai pemangku kepentingan di dalam dan di luar kesehatan, termasuk dalam sektor pendidikan, tempat kerja, kesejahteraan sosial, pemberdayaan gender, layanan anak dan pemuda, peradilan pidana serta pembangunan dan bantuan kemanusiaan. Intervensi ini harus menargetkan faktor penentu sosial dan lingkungan yang memiliki pengaruh penting pada kesehatan mental pada periode perkembangan, terutama di masa kanak-kanak dan remaja, untuk promosi kesehatan mental dan pencegahan gangguan mental.
4. Peluang baru harus dirangkul, termasuk yang ditawarkan oleh penggunaan inovatif individu non-spesialis terlatih dan teknologi digital, untuk memberikan berbagai intervensi kesehatan mental, dan mobilisasi suara orang-orang dengan pengalaman hidup gangguan mental.
5. Investasi tambahan yang substansial harus segera dilakukan karena alasan ekonomi dan kesehatan yang kuat untuk peningkatan investasi dalam kesehatan mental. Meskipun penambahan sumber daya sangat penting, ada peluang langsung untuk penggunaan yang efisien dan efektif dari sumber daya yang ada – misalnya, melalui redistribusi anggaran kesehatan mental dari rumah sakit besar ke rumah sakit daerah dan layanan lokal berbasis komunitas, pengenalan intervensi dini untuk kemunculan gangguan mental, dan realokasi anggaran

untuk prioritas kesehatan lainnya untuk mempromosikan integrasi perawatan kesehatan mental dalam platform pengiriman yang mapan.

6. Investasi dalam penelitian dan inovasi harus tumbuh dan memanfaatkan pendekatan baru dari berbagai disiplin ilmu seperti genomik, ilmu saraf, penelitian layanan kesehatan, ilmu klinis, dan ilmu sosial, baik untuk penelitian implementasi tentang peningkatan intervensi kesehatan mental dan untuk penelitian penemuan untuk memajukan pemahaman tentang penyebab dan mekanisme gangguan mental dan mengembangkan intervensi yang efektif untuk mencegah dan mengobatinya (The Lancet Commissions, 2018).

The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development 2018 dianggap sebagai pedoman dalam mengimplementasikan kesehatan mental global di era SDGs karena mencakup berbagai dokumen penting yang terkait dengan kesehatan mental global. Namun, seorang professor epidemiologi Rachel Jenkins dalam jurnal terbitannya mengkritik ada beberapa aspek yang kurang sesuai dengan praktiknya.

Ketiga, jurnal oleh Rachel Jenkins yang merupakan professor epidemiologi dan kebijakan kesehatan mental internasional di Institut Psychiatry, King's College London, direktur pusat kolaborasi WHO dan juga professor tamu di London School of Hygiene & Tropical Medicine. Jurnal oleh Rachel Jenkins yang berjudul "*Global Mental Health and Sustainable Development 2018*".

Dalam jurnal tersebut, Jenkins menjelaskan pendekatan utama untuk meningkatkan kesehatan mental global meliputi: (a) peningkatan layanan kesehatan mental sebagai komponen penting dari cakupan kesehatan universal; (b) mengatasi hambatan dan ancaman terhadap kesehatan mental; (c) perlindungan kesehatan mental oleh kebijakan publik; (d) menyediakan teknologi baru; (e) tambahan investasi keuangan; dan (f) lebih meningkatkan penelitian dan inovasi dalam bidang kesehatan mental global (Jenkins, 2019).

Dalam literatur tersebut, Jenkins menuliskan tujuan SDGs yang secara langsung membahas tentang kesehatan dan terdiri atas tiga target yang secara khusus membahas kesehatan mental yaitu target 4,5 dan 8. Adapun tujuan SDGs lainnya yang juga berkaitan dengan kesehatan mental ialah tujuan SDGs ke 1,5,8 dan 10 yang masing-masing berkaitan dengan pengentasan kemiskinan, gender, pembangunan ekonomi dan pengurangan ketimpangan dalam dan antar negara.

Kemudian, Jenkins juga mengkritik implementasi kesehatan mental global dengan SDGS oleh the Lancet Commission dikarenakan masih ada beberapa aspek penting yang belum dilengkapi pada dokumen tersebut diantaranya:

1. Laporan Institute of Medicine (Institute of Medicine, 2001), yang menghasilkan meningkatkan pendanaan AS untuk penelitian tentang gangguan mental dan neurologis;
2. Foresight Report (2008) tentang modal mental dan kesejahteraan, yang memberikan alasan bagi pemerintah untuk menghargai dan berinvestasi dalam kesehatan mental positif penduduk mereka, dengan fokus pada kebutuhan untuk mengatasi gangguan mental dan memperdebatkan kehidupan sistematis pendekatan khusus untuk mengidentifikasi kebutuhan, pendekatan yang diperhatikan secara luas dan digunakan oleh Komisi Lancet sendiri;
3. Laporan PBB (1996) tentang pencegahan bunuh diri, yang telah mendukung strategi nasional untuk pencegahan bunuh diri sejak saat itu; dan
4. Proyek implementasi WHO yang bersejarah, yang berisi pelajaran berharga untuk hari ini (Jenkins R., 2019).

Berbeda dengan beberapa literatur diatas yang diawal membahas pentingnya isu kesehatan mental dikaitkan dengan keamanan manusia dalam ranah HI, kemudian beberapa literatur yang mengaitkan kesehatan mental global di era SDGs, penelitian ini akan lebih memokuskan pada isu kesehatan mental sebagai bagian dari tujuan pembangunan berkelanjutan di India serta melihat faktor apa saja yang

mempengaruhi upaya pemerintah India mengimplementasikan agenda SDGs dalam kebijakan kesehatan mental nasionalnya.

Penulis juga menggunakan teori dan konsep yang relevan dalam mengkaji penerapan SDGs melalui kebijakan kesehatan mental di India. Teori yang digunakan terkait fenomena yang dikaji ialah *Konstruktivisme* dimana peneliti memokuskan pada *diskusi norma* oleh Finnemore dan Sikkink sedangkan konsep yang digunakan ialah konsep *Sustainable Development* oleh Institut Munasinghe.

## A. KONSTRUKTIVISME

Teori ini pertama kali diperkenalkan di HI oleh Nicholas Greenwood Onuf dalam bukunya “*World of Our Making*” pada tahun 1989 kemudian dikembangkan oleh Alexander Wendt dalam artikelnya yang populer yaitu “*Anarchy Is What States Make of It*”. Selanjutnya dikembangkan oleh Friedrich Kratochwil bersama John Ruggie dalam karyanya yang menetapkan *intersubjektif* sebagai sentral dari konstruktivisme (Zehfuzz, 2004). Kemudian dikembangkan lebih lanjut dalam *rules, norms* dan *decisions* yang hingga kini menjadi rujukan dalam konstruktivisme. Ketiga tokoh diatas diidentifikasi sebagai konstruktivis kunci yang berperan penting dalam perkembangan teori konstruktivisme.

Konstruktivisme mendapat banyak kritik khususnya oleh pendekatan tradisional ‘arus utama’ dalam HI, seperti neorealisme dan neoliberalisme. Pandangan pertama ini menentang konstruktivisme dengan rasionalisme dalam politik internasional, pandangan tradisional HI memandang bahwa negara-negara (aktor) adalah kesatuan dan rasional yang bersifat empiris dimana realitas politik internasional yang tidak berubah. Menurut Wendt (1992), “*Anarchy is not an avoidable feature of international reality; but what states make of it*”, pandangan Wendt dapat dipahami bahwa menurutnya anarki merupakan hasil bentukan oleh

negara-negara (aktor) dan bukan realitas internasional yang tidak dapat dihindari. Seperti yang dikatakan Zuffin (2004) bahwa “*Practice influences outcome, the sosial world is seen as constructed, not given*” dimana praktik dalam hubungan internasional mempengaruhi hasil, dunia sosial dipandang sebagai hal yang dikonstruksi (dibentuk), tidak diberikan.

*“the way international politics is conducted is made, not given, because identities and interests are constructed and supported by intersubjective practice”* (Wendt, 1992).

Wendt (1992) berpendapat bahwa terjadinya peristiwa dalam politik internasional merupakan suatu konstruksi (dibentuk), tidak diberikan secara sukarela, karena identitas dan kepentingan dikonstruksi dan didukung oleh praktik *intersubjektif*. Pendekatan ini didasarkan pada identitas yang ditafsirkan lebih mendasar daripada kepentingan yang diamini oleh pendekatan tradisional HI. Lingkungan internasional dalam prosesnya terbentuk dan dibentuk oleh interaksi (Zehfuss, 2004).

Karya konstruktivis awal pada 1980-an hingga awal 1990-an berusaha membangun pendekatan yang berlawanan dengan teori rasional yang mendominasi studi hubungan internasional (misalnya, Wendt 1987, 1992; Onuf 1989; Kratochwil 1989; Ruggie 1993; Kratochwil dan Ruggie 1986). Sedangkan, karya konstruktivis saat ini berfokus pada norma dan sosialisasi internasional (Schimmelfennig 2000; Kent 2002; Lewis 2003).

Konstruktivis memusatkan perhatian pada peran ide, norma, pengetahuan, budaya, dan argumen dalam politik, secara khusus menekankan pada peran ide dan pemahaman yang dipegang secara kolektif atau *intersubjektif* dalam kehidupan sosial.

Konstruktivisme yang berorientasi pada interpretasi normatif telah mengalihkan perhatian mereka ke serangkaian pertanyaan baru, dan khususnya

kepatuhan dengan batasan sosial, norma dan perubahan norma itu sendiri. Norma dalam konstruktivisme mencoba mendefinisikan peristiwa serta bagaimana pengaruhnya dalam praktik hubungan internasional. Untuk melihat bagaimana proses pengaruh identitas atau norma, perlu untuk mengeksplorasi makna *intersubjektif* (Zehfuss, 2004). Konstruktivisme menantang cara konsep positivis dalam memandang dunia sosial. Konstruktivisme mencoba menafsirkan makna serta memahami proses perubahan praktik daripada memvalidasi penjelasan ilmiah yang bersifat empiris.

Studi konstruktivis awal tentang norma-norma sosial umumnya dikelompokkan menjadi tiga bidang, diantaranya:

1. **Perilaku normatif** - bagaimana norma yang ada mempengaruhi perilaku dalam komunitas/Negara.
2. **Sosialisasi** - bagaimana norma yang ada atau norma yang baru lahir dari satu negara menyebar dan diinternalisasi oleh aktor-aktor di luar negara tersebut.
3. **Kemunculan normatif** - bagaimana sebuah ide mencapai status intersubjektif dalam negara. Berfokus pada elemen dinamika normatif ini mengarah pada kemajuan dalam bagaimana konstruktivis memahami kesesuaian dengan striktur normatif, penyebaran norma yang ada, dan munculnya norma baru (Hoffmann, 2010).

### **Norm Diffusion (Difusi Norma)**

Dalam penelitian ini, penulis akan memokuskan pada difusi norma yang dicetuskan oleh Martha Finnemore dan Kathryn Sikkink untuk menjelaskan upaya pemerintah India mengimplementasikan agenda SDGs melalui kebijakan kesehatan mentalnya.

Para konstruktivis menunjukkan peran organisasi internasional dalam menyebarkan norma dalam sistem internasional (misalnya, Finnemore 1996). Organisasi internasional beroperasi baik di dalam dan semua aspek HI yang tidak hanya berfungsi sebagai forum untuk mewujudkan kepentingan Negara tetapi juga sebagai actor yang dapat memicu perubahan di berbagai bidang seperti pembangunan, lingkungan, hak asasi manusia, kesetaraan gender dan praktik ilmiah (Finnemore, 1996; True dan Mintrom, 2001). Namun, penelitian mengenai organisasi internasional menunjukkan bahwa organisasi internasional mungkin tidak selalu beroperasi menurut cara yang paling efisien (Haas, 1990; Barnett dan Finnemore 1999) dan juga bahwa organisasi internasional mungkin pada kenyataannya beroperasi dengan cara yang berlawanan dengan Negara-negara yang meratifikasi atau mengadopsi suatu aturan atau kebijakan (Abbott dan Snidal 1998:13)

Pandangan konstruktivisme mengenai organisasi internasional dibutuhkan guna memberikan penjelasan tentang bagaimana organisasi internasional tidak hanya dibentuk oleh negara tetapi juga oleh aktor non-negara. Konstruktivisme mengakui bahwa organisasi internasional adalah “*norm diffusers*” atau instrumen yang berfungsi sebagai difusi norma. Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia, difusi ialah penyebaran atau perembesan sesuatu (kebudayaan, teknologi, ide) dari satu pihak ke pihak lain; penghamburan; pemencaran. Maka secara sederhana, jika dikaitkan dalam hubungan internasional maka penelitian ini akan menjelaskan penyebaran norma yang diklaim oleh konstruktivisme bahwa aktor dalam “*norm diffusers*” ialah organisasi internasional. Selain sebagai “*norm diffusers*”, organisasi internasional juga merupakan konsumen norma yang dibentuk oleh aktor non-negara (Susan, 2005).

Tujuan utama dari eksplorasi konstruktivis tentang difusi norma adalah bagaimana organisasi-organisasi internasional 'secara signifikan memengaruhi kemampuan, pemahaman, dan kepentingan negara' dan 'mempromosikan norma dan

praktik tertentu di negara-negara, seringkali dengan cara yang tidak terduga' (Cox dan Jacobson 1973:7; Abbott dan Snidal 1998:13).

Dapat dikatakan bahwa organisasi internasional menyebarkan norma melalui pembentukan rezim, membentuk agenda internasional, membangun wacana, menegakkan aturan, dan menengahi antar negara. Ini adalah peran penting yang harus dimainkan oleh organisasi internasional, dan menunjukkan pentingnya organisasi ini sebagai 'perekat' dalam sistem internasional yang mengikat bersama negara (Susan, 2005).

Selain itu, organisasi internasional bertindak sebagai gerbang resmi yang menentukan actor non-negara mana yang dianggap sah dalam sistem internasional, sehingga dapat menghilangkan legitimasi yang lain dari struktur pemerintahan global (Susan, 2005). Misalnya, sebuah NGO (*Non-Government Organization*) melakukan pengurusan status terakreditasi resmi di PBB agar dianggap sah dalam bidang isu tertentu seperti isu perempuan dalam pembangunan. Hal ini menjadi fungsi penting dari organisasi internasional yang menjadikannya actor tujuan dalam hubungan internasional.

Menurut Finnemore (1996) norma disebarkan melalui sistem internasional, dan diajarkan ke Negara-negara anggota dalam organisasi internasional. Norma penting karena mengajarkan Negara-negara tentang perilaku yang sesuai dan dapat menjelaskan bagaimana Negara-negara dengan kepentingan yang berbeda menetapkan tujuan kebijakan yang sama (True and Mintrom, 2001).

Jika organisasi internasional menjadi alat dalam menyebarkan norma, maka akan memunculkan pertanyaan darimana norma tersebut berasal? Serta bagaimana sebuah norma dapat terbentuk? Untuk menjawabnya, penulis mencoba menggunakan konsep difusi norma Martha Finnemore & Kathrin Sikkink yang menjelaskan bahwa norma merupakan suatu standard perilaku yang tepat bagi actor dengan identitas yang mereka miliki (Finnemore & Sikkink, 1998:890).

Finnemore (1996) memokuskan pada norma dalam masyarakat internasional serta bagaimana norma tersebut berpengaruh pada identitas dan kepentingan. Norma-norma internasional yang melekat pada masyarakat internasional disebarluaskan ke Negara-negara anggota khususnya anggota organisasi internasional. Norma ini kemudian yang membentuk kebijakan nasional dengan mengedukasi pada Negara-negara yang seharusnya menjadi kepentingan mereka (Hara, 2011:126-127).

Menurut Finnemore (1996) bahwa norma internasional yang diperkenalkan oleh organisasi internasional dapat mempengaruhi kebijakan nasional dengan mengupayakan Negara-negara anggota untuk mengadopsi norma tersebut dalam kebijakan nasional. Finnemore menekankan pentingnya lingkungan internasional dalam pembentukan identitas Negara.

Namun, norma-norma domestik juga sangat terkait dengan cara kerja norma-norma internasional. Banyak norma-norma internasional berakar dari norma domestik dan menjadi norma internasional melalui upaya *norm entrepreneurs* dari berbagai kalangan. Selain itu, norma internasional juga mempengaruhi norma domestik yang dapat menghasilkan berbagai macam interpretasi norma.

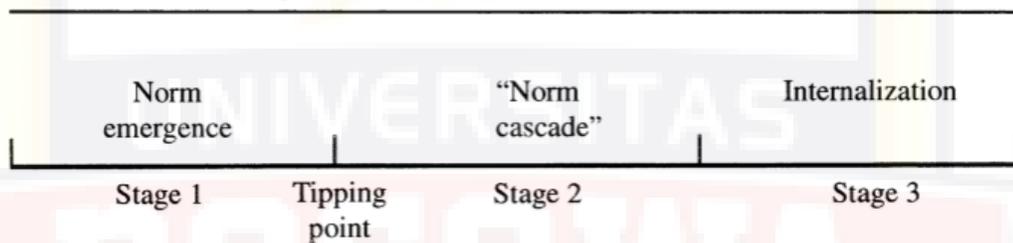
Pada umumnya yang kita lihat nampak bahwa norma-norma internasional lebih unggul daripada norma domestik, sebuah proses dimana *norm entrepreneurs* domestik yang menganjurkan minoritas mengadopsi norma untuk memperkuat posisi mereka dalam debat domestik. Dapat dikatakan bahwa norma domestik dan internasional saling terkait. Menurut Finnemore & Sikkink bahwa norma domestik berpengaruh kuat pada tahap awal dari *life-cycle* dan pengaruh domestik berkurang secara signifikan setelah tiba pada tahap *norm-internalization* dalam sistem internasional.

Finnemore dan Sikkink (1996) mengajukan beberapa usulan mengenai asal mula atau munculnya norma internasional; proses norma yang mempengaruhi

perilaku Negara dan non-negara; dan Norma-norma yang mana yang dianggap penting dan dalam landasan apa (Finnemore & Sikkink, 1996:895)

**a. Norm “life cycle”**

Teori difusi norma dipahami seperti sebuah siklus kehidupan “*life-cycle*” yang terdiri atas tiga tahapan yaitu *norm emergence* (munculnya norma); *norm acceptance* (penerimaan norma); dan *norm institutionalization* (institusionalisasi norma), (Finnemore & Sikkink, 1996:895).



**FIGURE 1.** *Norm life cycle*

**1. Norm Emergence**

*Norm emergence* terdiri atas dua elemen yaitu *norm entrepreneurs* dan *organizational platforms*.

**a. Norm Entrepreneurs**

*Norm emergence* merupakan persuasi oleh *norm entrepreneurs*. Tahap pertama, *norm entrepreneurs* berusaha meyakinkan *norm leaders* untuk mengadopsi norma baru. *Norm entrepreneurs* merupakan aktor yang memiliki pemahaman kuat mengenai perilaku yang sesuai atau diinginkan oleh komunitas mereka, sedangkan *norm leaders* merupakan negara-negara yang lebih dahulu mengadopsi norma sehingga mempunyai sumberdaya yang memadai dalam melaksanakan norma tersebut (Primbudi, 2017). Tahap kedua, diwarnai dengan dinamika peniruan sebagai upaya *norm leaders* untuk mensosialisasikan kepada negara lain untuk menjadi *norm followers*. *Norm followers* merupakan Negara-negara yang nantinya akan

tertarik mengadopsi norma baru tersebut. *Norm entrepreneurs* sangat penting dalam kemunculan norma karena menarik perhatian pada masalah atau bahkan “menciptakan” isu dengan menginterpretasikan, menafsirkan serta mendramatisasi isu tersebut (Finnemore & Sikkink, 1996:895).

Para ahli menyebut proses interpretasi ini sebagai *framing* (pembingkai). *Framing* merupakan komponen penting dari strategi politik *norm entrepreneurs*, karena jika berhasil maka *framing* baru tersebar dengan pemahaman public secara umum dan diadopsi sebagai cara baru untuk memahami masalah (Finnemore & Sikkink, 1996:895).

Secara tidak langsung, meningkatnya urgensi terhadap norma tersebut, maka memicu pemerintah mengadopsi norma tersebut. Interpretasi disertai rasionalitas dan disebar melalui media (Finnemore & Sikkink, 1996:895).

#### **b. Organizational Platforms**

*Organizational Platforms* merupakan wadah untuk *norm entrepreneurs* agar mempromosikan norma-norma mereka. *Organizational platforms* berupa perjanjian sebagai sumber hukum internasional, *organizational platforms* menggunakan keahlian penggunaan data juga menerbitkan informasi untuk mempengaruhi perilaku actor-aktor yang berkaitan (Ring, 2014:63). Seringkali, *platforms* ini dikonstruksi secara khusus untuk mempromosikan norma, misalnya beberapa NGOs yang menjadi bagian dalam mempromosikan suatu isu semisal isu hak asasi manusia, norma lingkungan dan sebagainya (Finnemore & Sikkink, 1996:899). Beberapa dokumen dengan penelitian empirik berkontribusi untuk mempromosikan norma baru dalam sistem internasional.

Apapun platformnya, *norm entrepreneurs* dan organisasi internasional saling membutuhkan untuk mengamankan dukungan dari actor-aktor

Negara agar disetujui norma-norma kemudian membentuk sosialisasi norma dan menjadi bagian dari agenda mereka.

### **Tipping or Threshold Points**

Setelah *norm entrepreneurs* telah melakukan persuasi terhadap Negara-negara yang menjadi *norm leaders* dan mengadopsi norma baru, kemudian norma tersebut mencapai *tipping points*.

Fase *tipping points* dipahami oleh Finnemore (1998) sebagai jalur “menuju dan hingga ke puncak”, dengan indicator: 1.) Munculnya banyak Negara yang menyatakan ketertarikan untuk mengadopsi norma baru tersebut, umumnya sepertiga dari keseluruhan Negara dalam sistem internasional, 2.) Diadopsinya norma oleh *critical state*, yaitu Negara yang berkompromi untuk mengadopsi norma, meskipun kondisi Negara tersebut sangat tidak memungkinkan untuk implementasi norma baru tersebut, baik dari segi sosial, budaya, masyarakatnya maupun dari infrastruktur politiknya (Finnemore dan Sikkink, 1998:90).

### **2. Norm Cascade (Acceptance)**

Hingga tahap *tipping points*, sedikit perubahan normative yang terjadi tanpa adanya pergerakan domestik signifikan yang mendukung perubahan tersebut. Namun, setelah *tipping points* tercapai, dinamika yang berbeda dimulai. Banyak negara-negara mulai mengadopsi norma-norma baru lebih cepat bahkan tanpa adanya tekanan domestik.

Finnemore dan Sikkink menyatakan adanya pengaruh sistem internasional dimana *norm leaders* membujuk actor lainnya untuk mematuhi melalui mekanisme-sosialisasi meliputi 1.) memberikan tekanan agar Negara sasaran mengadopsi kebijakan sesuai perjanjian yang diratifikasi; 2.) memotivasi pemenuhan indicator norma internasional (Finnemore 1998:91). Menurut Finnemore dan Sikkink, Negara-negara mematuhi norma-

norma pada *norm acceptance* karena berkaitan dengan identitas Negara secara fundamental yang membentuk perilaku Negara serta identitas Negara dibentuk oleh budaya dimana Negara bertindak yang berkontribusi pada penelitian norma-norma terkini.

Finnemore dan Sikkink menjelaskan mengenai motif yang mendasari Negara-negara mengadopsi norma baru. Ketiga motif yang mendasarinya yakni legitimasi, kesesuaian dan penghormatan.

**a. Legitimasi**

Menurut para ahli, legitimasi berperan dalam membentuk perilaku Negara. Claude menggambarkan organisasi internasional sebagai kunci pintu persetujuan dan ketidaksetujuan internasional (Finnemore, 1998). Finnemore dan Sikkink melabeli organisasi internasional sebagai “pemberi label” pada Negara-negara yang menerima atau menolak suatu norma (Brown, 2007). Negara yang menolak mendapatkan konsekuensi norma seperti hilangnya reputasi, kepercayaan serta kredibilitaas dalam hubungan internasional.

**b. Kesesuaian**

Kesesuaian melibatkan hubungan antar Negara dalam organisasi internasional. Menurut Robert Axelrod, kesesuaian melibatkan “bukti sosial” Negara mematuhi norma untuk menunjukkan bahwa mereka telah beradaptasi dengan lingkungan sosial mereka.

**c. Penghargaan**

Penghargaan berkaitan dengan legitimasi dan kesesuaian, tetapi lebih mendalam lagi, karena menunjukkan bahwa pemimpin Negara terkadang mengikuti norma karena ingin mendapatkan penghormatan, respon atau hubungan baik dari Negara lain setelah mengadopsi suatu norma.

**3. Norm Internalization**

Pada tahap terakhir yaitu *norm internalization* dimana norma dapat diterima secara luas sehingga diinternalisasi oleh para actor dan sudah seharusnya ada sejak lama atau “*taken for granted*” serta tidak lagi menjadi perdebatan publik (Finnemore dan Sikkink, 1998:93).

Elemen yang berperan penting dalam tahapan ini ialah perilaku dan kebiasaan. Ketiks perilaku menjadi kebiasaan maka terjadilah proses internalisasi. Identitas dan norma bertransformasi pada perubahan perilaku anggota dari sistem dan masyarakat berupa empati dan identifikasi (Finnemore, 1998:905).

Berikut merupakan tahapan dalam teori difusi norma:

	Tahap 1: <i>Norm Emergence</i>	Tahap 2: <i>Norm acceptance</i>	Tahap 3: <i>Norm internalization</i>
Aktor/ Agen	<i>Norm entrepreneurs</i> dengan <i>organizational platform</i>	Negara, organisasi internasional, jaringan kelompok kepentingan	Peraturan perundang-undangan, birokrasi
Motif	Altruisme, empati, komitmen, ideologis	Legitimasi, reputasi, kebanggaan	Konformitas
Mekanisme dominan	Persuasi	Sosialisasi, institusionalisasi, demonstrasi	Perilaku terinstitusionalisasi

Sumber: Finnemore & Sikkink (1998:258)

Norma-norma domestik sangat terkait dengan cara kerja norma-norma internasional. Banyak norma internasional dimulai dari norma domestik dan menjadi norma internasional melalui upaya *norm entrepreneurs* dari berbagai kalangan. Selain itu, norma internasional harus selalu bekerja pengaruhnya melalui saringan struktur domestik dan norma domestik yang dapat menghasilkan berbagai interpretasi norma. Pada umumnya yang kita lihat sekilas nampak norma-norma internasional lebih unggul daripada norma domestik, proses dimana *norm entrepreneurs* domestik yang menganjurkan minoritas mengadopsi norma untuk memperkuat posisi mereka dalam debat domestik. Dengan kata lain, dapat dikatakan bahwa norma domestik dan internasional saling terkait. Menurut Finnimore & Sikkink bahwa norma domestik berpengaruh kuat pada tahap awal dari *life-cycle* (siklus hidup), dan pengaruh domestik berkurang secara signifikan setelah tiba di tahap *norm-internalization* dalam sistem internasional.

## **B. Konsep Sustainable Development**

Pembangunan berkelanjutan merupakan konsep yang muncul akibat terjadinya permasalahan diakibatkan oleh perbuatan manusia yang dirasakan pada masa itu. Permasalahan yang dimaksud ialah meningkatnya keprihatinan terhadap eksploitasi sumber daya alam (SDA) demi pembangunan ekonomi dengan mengorbankan kualitas lingkungan. Semakin menguatnya keprihatinan ini, dibentuklah suatu badan di bawah Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang disebut *United Nations World Commission on Environment and Development* (UNWCED). Pembentukan badan ini untuk membahas lebih lanjut mengenai pembangunan berkelanjutan. Dalam “*Our Common Future*” yang dipublikasikan oleh WCED tahun 1987, pembangunan berkelanjutan didefinisikan sebagai berikut:

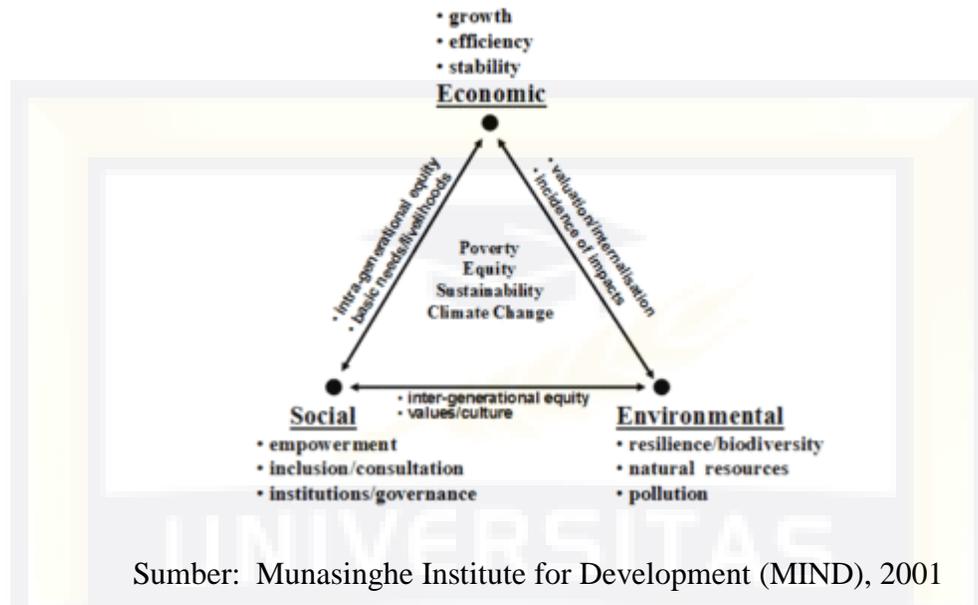
“...sustainable development is defined as development that meet the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs.” (World Commision on Environment and Development 1987: 43)

Dari definisi diatas, pembangunan berkelanjutan akan tercapai jika memikirkan atau memerhatikan hak-hak generasi mendatang oleh karenanya bukan hanya hak generasi sekarang yang perlu dipertimbangkan, termasuk didalamnya terkait sumber daya alam. Inilah konsep penting dalam pembangunan berkelanjutan.

Dalam konsep pembangunan berkelanjutan terdiri dari dua gagasan, yaitu kebutuhan dan keterbatasan. Dalam hal ini, kebutuhan merujuk pada kebutuhan dasar kaum miskin sedunia yang perlu menjadi prioritas utama. Sedangkan keterbatasan melihat pada kemajuan teknologi sebuah negara dan organisasi sosial untuk memenuhi kebutuhan generasi masa kini dan mendatang.

Selain itu, dalam definisi tersebut pun ada konsep penting lainnya, yakni mengenai pentingnya mengintegrasikan tiga pilar atau dimensi, yaitu ekonomi, sosial, dan lingkungan dalam mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan. Keterkaitan ketiga pilar ini tentunya tidak sepenuhnya bersifat *mutually exclusive* akan tetapi mampu menciptakan perkuatan satu sama lainnya (*mutually reinforcing*) (Sumiati W., 2018). Keterkaitan antara ketiga pilar tersebut dapat dilihat lebih detail dalam segitiga pembangunan berkelanjutan sebagai berikut:

Gambar I. Segitiga Pembangunan Berkelanjutan—Elemen Pokok dan Interkoneksi



Sumber: Munasinghe Institute for Development (MIND), 2001

## 1. Ekonomi

Konsep modern yang mendasari keberlanjutan ekonomi berusaha untuk memaksimalkan aliran pendapatan yang dapat dihasilkan dengan tetap menjaga persediaan barang (atau modal) yang menghasilkan pendapatan tersebut. Fisher mendefinisikan modal sebagai "persediaan alat", dan pendapatan sebagai "aliran jasa dari persediaan kekayaan". Hicks berpendapat bahwa konsumsi berkelanjutan maksimum masyarakat adalah "jumlah yang dapat mereka konsumsi tanpa memiskinkan diri mereka sendiri". Efisiensi ekonomi memainkan peran kunci dalam memastikan konsumsi dan produksi yang optimal (Munasinghe M., 2007).

Banyak yang berpendapat bahwa pertumbuhan ekonomi yang tidak terkendali tidak berkelanjutan, dan menunjukkan batasan praktis dalam menerapkan aturan keberlanjutan ekonomi tanpa perlindungan lingkungan dan sosial tambahan. Masalah muncul dalam mendefinisikan jenis modal yang akan dipelihara (misalnya, modal manufaktur, alam, manusia dan sosial telah diidentifikasi) dan substitusinya (lihat bagian selanjutnya). Seringkali, sulit untuk menilai aset ini dan layanan yang mereka sediakan, terutama dalam

kasus sumber daya ekologi dan sosial (Munasinghe M., 1992). Bahkan aset ekonomi utama mungkin terlewatkan - misalnya, di mana transaksi non-pasar mendominasi. Ketidakpastian, ireversibilitas dan bencana runtuh juga menimbulkan kesulitan (Pearce D., 1990). Banyak pendekatan mikroekonomi yang umum digunakan sangat bergantung pada analisis marginal berdasarkan gangguan kecil (misalnya, membandingkan biaya dan manfaat tambahan dari kegiatan ekonomi).

Dari sudut pandang teori ketahanan, sistem yang agak terganggu segera kembali ke keseimbangan stabil yang dominan dan dengan demikian ada sedikit risiko ketidakstabilan. Dengan demikian, analisis marginal mengasumsikan variabel yang berubah dengan cepat dan tidak sesuai untuk menganalisis perubahan besar, fenomena yang tidak berkesinambungan, dan transisi cepat di antara beberapa kesetimbangan. Ketahanan sistem ekonomi lebih baik dinilai dari kemampuan untuk memberikan layanan ekonomi utama dan mengalokasikan sumber daya secara efisien dalam menghadapi guncangan besar (misalnya guncangan harga minyak tahun 1973 atau kekeringan parah). Pekerjaan yang lebih baru sedang mengeksplorasi perilaku sistem yang besar, non-linier, dinamis dan kacau, dalam kaitannya dengan kerentanan dan ketahanan sistem (Munasinghe M., 2007).

## **2. Lingkungan**

Interpretasi lingkungan dari keberlanjutan berfokus pada kelangsungan hidup dan kesehatan sistem kehidupan secara keseluruhan - didefinisikan dalam hal ukuran ketahanan, kekuatan dan organisasi yang komprehensif, multi-skala, dinamis, dan hierarkis (Costanza R., 2000). Ide-ide ini berlaku untuk sistem alam (atau liar) dan terkelola (atau pertanian), dan mencakup kawasan hutan belantara, pedesaan dan perkotaan. Resiliensi adalah potensi suatu keadaan sistem untuk mempertahankan struktur / fungsinya dalam menghadapi gangguan (Pimm, 1991).

Keadaan ekosistem ditentukan oleh struktur internalnya dan serangkaian proses yang saling menegakkan kembali. Holling awalnya mendefinisikan ketahanan sebagai jumlah perubahan yang akan menyebabkan ekosistem untuk beralih dari satu status sistem ke sistem lainnya (Holling, 1973). Ketahanan juga terkait dengan kemampuan suatu sistem untuk kembali ke ekuilibrium setelah guncangan yang mengganggu (Pimm S., 1984). Petersen berpendapat bahwa ketahanan ekosistem tertentu bergantung pada kesinambungan proses ekologi terkait pada skala spasial yang lebih besar dan lebih kecil (Petersen G. 1998). Kapasitas adaptif merupakan aspek ketahanan yang mencerminkan elemen pembelajaran dari perilaku sistem dalam menanggapi gangguan. Sistem alam cenderung lebih rentan terhadap perubahan eksternal yang cepat daripada sistem sosial - sistem sosial mungkin dapat merencanakan adaptasinya sendiri.

Semangat dikaitkan dengan produktivitas utama ekosistem. Hal ini dianalogikan sebagai output dan pertumbuhan sebagai indikator dinamisme dalam sistem ekonomi. Organisasi bergantung pada kompleksitas dan struktur sistem ekologi atau biologi. Misalnya, organisme multiseluler seperti manusia lebih terorganisir (memiliki subkomponen dan interkoneksi yang lebih beragam di antara mereka), daripada amoeba bersel tunggal. Keadaan organisasi yang lebih tinggi menyiratkan tingkat entropi yang lebih rendah. Dengan demikian, hukum kedua termodinamika mensyaratkan bahwa kelangsungan hidup organisme yang lebih kompleks bergantung pada penggunaan energi entropi rendah yang berasal dari lingkungannya, yang dikembalikan sebagai energi entropi tinggi (kurang berguna). Sumber utama energi ini adalah radiasi matahari.

Dalam konteks ini, degradasi sumber daya alam, polusi, dan hilangnya keanekaragaman hayati merugikan karena meningkatkan kerentanan, merusak kesehatan sistem, dan mengurangi ketahanan (Perrings C., 1994). Ciriacy-

Wantrup memperkenalkan gagasan ambang batas aman (juga terkait dengan daya dukung), yang penting - seringkali untuk menghindari kehancuran ekosistem yang dahsyat (Holling C., 1986). Keberlanjutan dapat dipahami juga dalam hal fungsi normal dan umur panjang dari hierarki bersarang sistem ekologi dan sosial ekonomi, yang diurutkan menurut skala.

Pembangunan berkelanjutan melampaui pemeliharaan statis status quo ekologi. Sistem ekologi-sosioekonomi yang digabungkan dapat berkembang untuk mempertahankan tingkat keanekaragaman hayati yang akan memastikan ketahanan sistem jangka panjang. Perspektif ekologi seperti itu mengalahkan tujuan ekonomi yang lebih sempit, yaitu hanya melindungi ekosistem tempat aktivitas manusia bergantung secara langsung. Pembangunan berkelanjutan menuntut kompensasi atas peluang yang hilang dari generasi mendatang, karena aktivitas ekonomi saat ini mengubah keanekaragaman hayati dengan cara yang akan mempengaruhi aliran jasa ekologi penting di masa depan.

Kaitan antara dan evolusi bersama sistem sosioekonomi dan ekologi juga menggarisbawahi kebutuhan untuk mempertimbangkan keberlanjutan bersama. Singkatnya, apa yang dibutuhkan sistem ekologi (dan sosio-ekonomi) adalah peningkatan kesehatan sistem dan kemampuan dinamis untuk beradaptasi terhadap perubahan di berbagai skala spasial dan temporal, daripada konservasi beberapa keadaan statis yang 'ideal' (Munasinghe M., 2007).

### **3. Sosial**

Keberlanjutan sosial sejalan dengan gagasan yang dibahas sebelumnya tentang kelestarian lingkungan (UNEP, IUCN, WWF., 1991). Mengurangi kerentanan dan menjaga kesehatan (yaitu, ketahanan, kekuatan dan organisasi) sistem sosial dan budaya, dan kemampuan mereka untuk menahan

guncangan, adalah penting (Chambers R., 1989). Meningkatkan sumber daya manusia (melalui pendidikan) dan memperkuat nilai-nilai sosial, kelembagaan dan kesetaraan akan meningkatkan ketahanan sistem sosial dan pemerintahan. Banyak perubahan berbahaya seperti itu terjadi secara perlahan, dan efek jangka panjangnya terabaikan dalam analisis sosio-ekonomi. Melestarikan modal budaya dan keanekaragaman di seluruh dunia adalah penting - ada sekitar 6000 kelompok budaya dengan bahasa berbeda di seluruh dunia, sementara budaya asli (sebagai lawan budaya negara) mungkin mewakili lebih dari 90% keanekaragaman budaya global (Gray A., 1991).

Munasinghe menarik kesejajaran antara peran masing-masing keanekaragaman hayati dan keanekaragaman budaya dalam melindungi ketahanan sistem ekologi dan sosial, dan keterkaitan di antara keduanya. Beberapa laporan berikutnya dari organisasi internasional telah menyoroti keanekaragaman budaya (UNESCO, 2001). Memperkuat kohesi sosial dan jaringan hubungan, dan mengurangi konflik yang merusak, juga merupakan elemen integral dari pendekatan ini. Aspek penting dari pemberdayaan dan partisipasi yang lebih luas adalah subsidiaritas - yaitu, desentralisasi pengambilan keputusan ke tingkat terendah (atau paling lokal) yang masih efektif.

Memahami hubungan yang muncul dari komunitas miskin, dan hubungannya dengan lembaga dan pemerintah sangat penting untuk membangun koneksi dan menyalurkan sumber daya secara lebih langsung untuk membuat pembangunan sosial lebih berkelanjutan. Penekanan kadang-kadang ditempatkan pada pembentukan organisasi tingkat masyarakat baru, yang kadang-kadang merusak jaringan dan kelompok lokal yang ada - yang pada akhirnya menyebabkan penduduk setempat merasa bahwa mereka tidak memiliki kepentingan atau kepemilikan dalam proyek tersebut. Oleh karena itu, fokusnya beralih ke perbaikan tata kelola dengan memberikan hak kepada masyarakat miskin untuk berpartisipasi dalam keputusan yang berdampak

pada mereka. Bekerja dengan modal sosial berbasis masyarakat yang ada menghasilkan jalan untuk mengangkat orang dari kemiskinan. Ini juga menghasilkan hubungan yang lebih berkelanjutan dengan komunitas, dan menciptakan peluang untuk partisipasi yang lebih bermakna.

SDGs membawa lima prinsip mendasar yang menyeimbangkan dimensi ekonomi, sosial, dan lingkungan, yaitu: 1) *People* (manusia); 2) *Planet* (bumi); 3) *Prosperity* (kemakmuran); 4) *Peace* (perdamaian); dan 5) *Partnership* (kerjasama). Kelima prinsip dasar ini dikenal dengan istilah 5P dan menaungi 17 Tujuan, 169 Sasaran & 241 indikator yang tidak dapat dipisahkan, saling terhubung, dan terintegrasi satu sama lain guna mencapai kehidupan manusia yang lebih baik.<sup>8</sup> SDGs bertujuan untuk mengukur dimensi sosial, ekonomi, dan lingkungan dari pembangunan berkelanjutan (UN, 2015).

## BAB III

### GAMBARAN UMUM

#### AGENDA SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS DAN KEBIJAKAN KESEHATAN MENTAL INDIA

##### A. *Sustainable Development Goals* (SDGs) sebagai Agenda PBB Tahun 2030

###### 1. Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB)

PBB didirikan pada tanggal 24 Oktober 1945 yang kemudian setiap tanggal 24 Oktober dirayakan sebagai hari PBB. PBB mempunyai tujuan-tujuan sesuai yang disebutkan dalam Piagam PBB:

- a. Memelihara kedamaian dan keamanan dunia.
- b. Mengembangkan hubungan-hubungan antara bangsa dan saling menghormati untuk dasar hak-hak yang sama dan keteguhan diri sendiri manusia.
- c. Bekerjasama dalam memecahkan masalah-masalah ekonomi, sosial, budaya dan kemanusiaan dunia dan mempromosikan kehormatan bagi hak asasi manusia dan kebebasan-kebebasan pokok.
- d. Sebagai pusat mengharmonisasikan aksi-aksi bangsa-bangsa dalam mencapai akhir yang sama.

PBB yang beranggotakan 193 negara, memiliki enam badan utama, yaitu *General Assembly* (Majelis Umum PBB), *Security Council* (Dewan Keamanan PBB), *ECOSOC* (Dewan Ekonomi dan Sosial), *Trusteeship Council* (Dewan Perwalian), *International Court of Justice* (Mahkamah Internasional), dan *Secretary* (Sekretariat PBB).

Pada tahun 1971, untuk pertama kalinya PBB mendeklarasikan hak-hak bagi penyandang gangguan mental yaitu "*Declaration on The Right of Mentally Retarded Persons*", kemudian pada tahun 1991 PBB merilis

*“Principles for The Protection of Persons with Mental Illness and The Improvement of Mental Health Care”*. Selanjutnya, PBB mengadopsi *“Convention on the Rights of Persons with Disabilities”* pada tahun 2006, kemudian pada tahun 2010 Organisasi Kesehatan Dunia bersama *United Nations Department of Economic and Sosial Affairs (DESA)* merilis analisis kebijakan kesehatan mental ke dalam upaya pembangunan MDGs saat itu (WHO, 2015:2).

Menyusul dokumen tersebut, *United Nations University (UNU)* dan DESA menyelenggarakan *“United Nations Expert Group Meeting on Mental Well-Being, Disability, and Development”* di Kuala Lumpur pada tahun 2013 dan *“United Nations Expert Group Meeting on Mental Well-Being, Disability, and Disaster Risk Reduction”* di Tokyo pada tahun 2014. Kedua pertemuan diatas bekerjasama dengan WHO, Bank Dunia serta organisasi internasional lainnya untuk membuka jalan agar dilibatkannya kesehatan mental dan kesejahteraan dalam SDGs.

Sejalan dengan agenda SDGs, dalam pengimplementasian kesehatan mental, kesejahteraan dan kecacatan juga telah dilibatkan dalam *the United Nations Funds amd Programmes (UNFPA)*, Rencana Strategi 2008-2012, *The United Nations Relief and Works Agency (UNRWA) Medium Term Strategy 2010-2015*, *The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Strategy 2011-2015*, *the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) Strategy 2012-2015*, *The United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) Public Health Strategy 2014-2018*, dan *United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) Strategic Plan 2014-2017* (WHO, 2015). Dalam bidang kemanusiaan, PBB bersama NGO lainnya membentuk skema kolaboratif melalui *the Inter-Agency Standing Committee (IASC)* mengenai kesehatan mental dan kesejahteraan psikososial dalam situasi darurat.

## 2. Sustainable Development Goals (SDGs)

Fokus kajian hubungan internasional mengalami pergeseran ketika memasuki abad 21. Fokus kajian hubungan internasional masa kini tidak hanya berfokus pada konflik dan isu perang saja yang terkait dengan militer dan keamanan tetapi juga telah memokuskan kajian lainnya dalam bidang ekonomi dan sosial. Kedua aspek tersebut oleh para pembuat kebijakan dalam hubungan internasional telah sepakat untuk menggantikan sistem keamanan sejak berakhirnya Perang Dingin (E-International Relations, 2017).

Berakhirnya Perang Dingin antara Amerika Serikat dan Uni Soviet berkontribusi pada berkurangnya kemungkinan terjadinya perang antarnegara. Oleh karena itu, studi keamanan tradisional yang hanya fokus pada aspek militer dinilai kurang relevan diterapkan di masa kini. Masa kini, keamanan negara tidak hanya bergantung pada kuatnya aspek militer saja. Akan tetapi, banyak hal lain yang kemudian dipandang oleh para pembuat kebijakan sebagai penentu kekuatan dan keamanan suatu negara.

Pertimbangan ekonomi yang oleh para negarawan diartikan sebagai seni pelaksanaan kepentingan negara yang meliputi kebijakan dalam dan luar negeri pun mendapat banyak perhatian (Baldwin, 1985). Hal ini yang kemudian mengkategorikan bidang ekonomi sebagai *high politics* setelah sebelumnya hanya merupakan aspek *low politics* saja. Atas dasar inilah, negara-negara kemudian saling berkompetisi dalam bidang ekonomi.

Pemenuhan aspek ekonomi ini tidak terlepas dari Sumber Daya Alam (SDA). Umumnya agar suatu negara dapat berkompetisi atau dapat survive dengan negara lainnya, sebuah negara membutuhkan hasil alam. Terlebih setelah adanya pasar bebas (*free market*) yang memungkinkan setiap negara dapat melakukan jual beli komoditas yang diperlukan sehingga memacu setiap negara untuk berusaha menyediakan komoditas terbaiknya. Kemungkinan terburuk yang banyak kita jumpai saat ini berakibat pada eksploitasi SDA.

Pertumbuhan ekonomi yang dilakukan beberapa negara guna meningkatkan perekonomiannya terkadang dicapai namun dengan cara merusak lingkungan secara global dan dalam jangka waktu yang panjang (UN, 1987). Upaya perbaikan yang biasanya didasarkan pada penggunaan peningkatan jumlah bahan mentah, energi, bahan kimia, dan sintetis serta pada penciptaan polusi yang kurang diperhitungkan dalam menentukan biaya proses produksi telah menimbulkan efek buruk pada lingkungan (UN, 1987).

Menyadari kerugian yang ditimbulkan bagi lingkungan, maka Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), merasa perlu untuk melakukan pembaharuan perihal rencana globalnya. Langkah awal, PBB membentuk sebuah badan yang khusus membahas mengenai lingkungan dan pembangunan. Badan tersebut bernama *United Nations World Commission on Environment and Development* (UNWCED). Melalui badan ini, lahirlah sebuah agenda global yang hendak dicapai PBB sejak tahun 2015 hingga 2030. Agenda tersebut disebut *Sustainable Development Goals* (SDGs) atau Agenda Pembangunan Berkelanjutan.

SDGs disepakati sebagai agenda global PBB oleh para pemimpin dari 193 negara di dunia pada 25 September 2015. Agenda ini disusun berdasarkan Tujuan Pembangunan Milenium/*Millennium Development Goals* (MDGs) yang telah diupayakan sejak tahun 2000 hingga 2015. Setelah masa berlaku MDGs selesai pada tahun 2015, SDGs dibentuk untuk melanjutkan pembangunan secara global hingga tahun 2030.

SDGs yang secara resmi dinyatakan dalam Resolusi PBB 70/1 dengan judul - *Mentransformasi Dunia Kita: Agenda 2030 untuk Pembangunan Berkelanjutan* (*Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*) merupakan rencana aksi global dengan tujuan untuk melindungi dan membangun bumi beserta seluruh manusia di dalamnya bersamaan dengan pembangunan kesejahteraan dan perdamaian bagi semua pada tahun 2030 (UN, 2015).

Pembentukan SDGs dinilai penting untuk dijadikan sebagai agenda global dan kelanjutan dari MDGs mengingat dari awal diberlakukan hingga akhir periodenya, MDGs dapat dikatakan sukses dalam mewujudkan beberapa tujuannya.

MDGs terdiri atas delapan butir tujuan yang hendak dicapai hingga 2015, diantaranya: Memberantas kemiskinan dan kelaparan ekstrim; Mewujudkan pendidikan dasar untuk semua; Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan; Menurunkan angka kematian anak; Meningkatkan kesehatan ibu; Memerangi HIV dan AIDS, malaria serta penyakit lainnya; Memastikan kelestarian lingkungan; serta Mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan (United Nations Development Programme, 2008).

Sedangkan SDGs terdiri atas 17 agenda yang hendak dicapai hingga 2030, diantaranya: *No Poverty* (menghapus kemiskinan); *Zero Hunger* (mengakhiri kelaparan); *Good Health and Well-being* (kesehatan yang baik dan kesejahteraan); *Quality Education* (pendidikan bermutu); *Gender Equality* kesetaraan gender); *Clean Water and Sanitation* (akses air bersih dan sanitasi); *Affordable and Clean Energy* (energy bersih dan terjangkau); *Decent Work and Economic Growth* (pekerjaan layak dan pertumbuhan ekonomi); *Industry, Innovation and Infrastructure* (infrastruktur, industry dan inovasi); *Reduced Inequalities* (mengurangi ketimpangan); *Sustainable Cities and Communities* (kota dan komunitas yang berkelanjutan); *Responsible Consumption and Production* (konsumsi dan produksi yang bertanggungjawab); *Climate Action* (penanganan perubahan iklim); *Life Below Water* (menjaga ekosistem laut); *Life on Land* (menjaga ekosistem darat); *Peace, Justice, and Strong Institutions* (perdamaian, keadilan dan kelembagaan yang kuat), dan *Partnerships for the Goals* (kemitraan untuk mencapai tujuan (UN, 2015).

Agar beberapa tujuan yang belum berhasil dicapai MDGs ini dapat sukses terlaksana, SDGs berupaya untuk menyelesaikan misi MDGs sekaligus memetakan agenda ke depan yang lebih luas. SDGs yang menekankan pada mengurangi kesenjangan guna menjamin tidak ada seorang pun yang tertinggal dalam upaya pembangunan berkelanjutan menjadikan salah satu ciri utama targetnya. Isu kesehatan mental tidak secara spesifik dicantumkan pada MDGs, meskipun secara tidak langsung isu kesehatan mental berkaitan dengan isu kesehatan fisik, pendidikan dan pembangunan ekonomi.

Tahun 2015 menandai transisi bersejarah bagi kesehatan mental global, kesejahteraan dan kecacatan. Tujuan ke-3 SDGs telah diintegrasikan sebagai prioritas global baru ke dalam agenda SDGs 2030. Selain itu, kerangka kerja oleh Sendai terkait pengurangan resiko bencana 2015-2030 mencakup penyediaan dukungan psikososial dan layanan kesehatan mental untuk semua yang membutuhkan serta melibatkan penyandang disabilitas sebagai kajian dari prioritas mereka.

Dalam SDGs, pada tujuan ke-3 khususnya berkaitan langsung dengan isu kesehatan secara umum. Tujuan ke-3 SDG dengan memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua untuk semua usia yang terdiri atas tiga target secara langsung berkaitan dengan kesehatan mental dan penyalahgunaan zat. SDG 3.4 meminta negara-negara: “Pada tahun 2030, mengurangi sepertiga kematian dini akibat penyakit tidak menular (NCD) melalui pencegahan dan pengobatan serta meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan.” SDG 3.5 meminta negara-negara: “Memperkuat pencegahan dan penyalahgunaan penggunaan zat, termasuk penyalahgunaan narkoba dan penggunaan alkohol yang berbahaya.” SDG 3.8 meminta negara-negara: “Mencapai cakupan layanan kesehatan universal, termasuk perlindungan resiko finansial, akses terhadap layanan kesehatan dasar yang berkualitas dan akses terhadap obat-obatan dan vaksin yang aman, efektif, berkualitas dan terjangkau bagi semua” (United Nations, 2015).

Dengan demikian, SDGs 3.4, 3.5 dan 3.8 menuntut perhatian kebijakan untuk pencegahan dan pengobatan gangguan mental, neurologis dan penggunaan zat, serta memerlukan perhatian kebijakan untuk diberikan pada promosi kesehatan mental. SDGs lain (terutama 1,5,8 dan 10, masing-masing berkaitan dengan pengentasan kemiskinan, gender, pembangunan ekonomi dan pengurangan ketimpangan di dalam dan antar negara) juga meminta perhatian diberikan pada kesehatan mental, karena gangguan mental sangat terkait dengan kemiskinan, kesulitan keuangan dan hutang, serta produktivitas yang rendah. Umumnya lebih rentan pada wanita, antar etnik minoritas, orang cacat dan kelompok termarginal lainnya (Jenkins, 2019, pp. 34).

**Kotak 1. Agenda 2030 untuk Pembangunan Berkelanjutan dan SDGs (PBB, 2015)**

Agenda 2030 untuk Pembangunan Berkelanjutan dan SDGs diadopsi pada September 2015 di KTT PBB dan memasukkan kesehatan mental dan kesejahteraan sebagai target utama yang baru. Deklarasi Milenium dan MDGs tidak menyebutkan kesehatan mental dan kecacatan; oleh karena itu, inklusi ini merupakan terobosan. Diantara 17 SDGs, kesehatan mental dan kesejahteraan termasuk dalam Tujuan 3 selain bagian Visi Kami dan Agenda baru dari Agenda 2030.

**Visi kami**

7. Dalam tujuan dan target ini, kami menetapkan visi yang sangat ambisius dan transformasional. Kami membayangkan dunia yang bebas dari kemiskinan, kelaparan, penyakit, dan keinginan, di mana semua kehidupan dapat berkembang. Kami membayangkan dunia yang bebas dari ketakutan dan kekerasan. Dunia dengan akses universal yang adil ke pendidikan berkualitas di semua tingkatan, ke perawatan kesehatan dan perlindungan sosial, di mana kesejahteraan fisik, **mental** dan **kesejahteraan** sosial terjamin ...

### **Agenda baru**

26. Untuk meningkatkan **kesehatan** dan **kesejahteraan** fisik dan **mental**, dan untuk memperpanjang harapan hidup bagi semua, kita harus mencapai cakupan kesehatan universal dan akses ke perawatan kesehatan yang berkualitas.

### **Tujuan ke-3.**

Dengan memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua untuk semua usia.

**3.4** Pada tahun 2030, mengurangi sepertiga kematian dini akibat penyakit tidak menular (NCD) melalui pencegahan dan pengobatan serta meningkatkan **kesehatan mental dan kesejahteraan**.

**3.5** Memperkuat pencegahan dan **penyalahgunaan penggunaan zat, termasuk penyalahgunaan narkotika dan penggunaan alkohol yang berbahaya**.

Paragraf di bawah ini mencakup disabilitas dan ini relevan dengan upaya untuk melindungi dan mempromosikan hak-hak penyandang disabilitas mental, intelektual atau psikososial.

### **Agenda baru**

**19.** Kami menekankan tanggung jawab semua Negara, sesuai dengan Piagam PBB, untuk menghormati, melindungi dan mempromosikan hak asasi manusia dan kebebasan fundamental bagi semua, tanpa membedakan ras, warna kulit, jenis kelamin, bahasa, agama, pendapat politik atau lainnya, asal kebangsaan atau sosial, properti, kelahiran, **kecacatan** atau status lainnya.

**23.** Orang yang rentan harus diberdayakan. Mereka yang kebutuhannya tercermin dalam Agenda termasuk semua anak, pemuda, **penyandang disabilitas** (lebih dari 80 persennya hidup dalam kemiskinan), orang yang hidup dengan HIV / AIDS, lanjut usia, masyarakat adat, pengungsi dan pengungsi internal serta migran.

**25.** Kami berkomitmen untuk menyediakan pendidikan berkualitas yang inklusif dan setara di semua tingkatan pelatihan anak usia dini, dasar, menengah, tersier, teknis dan kejuruan. Semua orang, tanpa memandang jenis kelamin, usia, ras atau etnis, dan **penyandang disabilitas**, migran, masyarakat adat, anak-anak dan remaja, terutama mereka yang berada dalam situasi rentan, harus memiliki akses ke kesempatan belajar seumur hidup yang membantu mereka memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk memanfaatkan peluang dan berpartisipasi penuh dalam masyarakat.

#### **Tujuan 4.**

Memastikan pendidikan berkualitas yang inklusif dan adil dan mempromosikan kesempatan belajar seumur hidup untuk semua

**4.5** Pada tahun 2030, menghapuskan disparitas gender dalam pendidikan dan memastikan akses yang setara ke semua tingkat pendidikan dan pelatihan kejuruan bagi mereka yang rentan, termasuk **penyandang disabilitas**, masyarakat adat dan anak-anak dalam situasi rentan.

**4.a** Membangun dan meningkatkan fasilitas pendidikan yang peka terhadap anak, **disabilitas** dan gender serta menyediakan lingkungan belajar yang aman, tanpa kekerasan, inklusif dan efektif untuk semua.

#### **Tujuan 8.**

Mendorong pertumbuhan ekonomi yang berkelanjutan, inklusif, dan berkelanjutan, lapangan kerja penuh dan produktif, serta pekerjaan yang layak untuk semua.

**8.5** Pada tahun 2030, mencapai pekerjaan penuh dan produktif serta pekerjaan yang layak untuk semua perempuan dan laki-laki, termasuk untuk kaum muda dan **penyandang disabilitas**, dan upah yang setara untuk pekerjaan yang setara.

#### **Tujuan 10.**

Mengurangi ketimpangan di dalam dan antar negara

**10.2** Pada tahun 2030, memberdayakan dan mempromosikan inklusi sosial, ekonomi dan politik semua, tanpa memandang usia, jenis kelamin, **disabilitas**, ras, etnis, asal, agama atau ekonomi atau status lainnya.

### **Tujuan 11.**

Menjadikan kota dan pemukiman manusia inklusif, aman, tangguh dan berkelanjutan

**11.2** Pada tahun 2030, menyediakan akses ke sistem transportasi yang aman, terjangkau, dapat diakses dan berkelanjutan untuk semua, meningkatkan keselamatan jalan raya, terutama dengan memperluas transportasi umum, dengan perhatian khusus pada kebutuhan mereka yang berada dalam situasi rentan, perempuan, anak-anak, **penyandang disabilitas** dan lanjut usia orang.

**11.7** Pada tahun 2030, menyediakan akses universal ke ruang hijau dan publik yang aman, inklusif dan dapat diakses, khususnya untuk perempuan dan anak-anak, lanjut usia dan **penyandang disabilitas**.

### **Tujuan 17.**

Memperkuat sarana implementasi dan merevitalisasi Kemitraan Global untuk Pembangunan Berkelanjutan

**17.18.** Pada tahun 2020, meningkatkan dukungan pengembangan kapasitas untuk negara berkembang, termasuk untuk negara kurang berkembang dan negara berkembang kepulauan kecil, untuk meningkatkan secara signifikan ketersediaan data berkualitas tinggi, tepat waktu dan dapat diandalkan yang dipilah berdasarkan pendapatan, jenis kelamin, usia, ras, etnis, status migrasi, **disabilitas**, lokasi geografis dan karakteristik lain yang relevan dalam konteks nasional.

Sumber: WHO, 2015

### **3. SDGs India**

India bersama negara-negara lain telah menandatangani deklarasi Agenda 2030 untuk pembangunan berkelanjutan SDGs yang terdiri atas 17 tujuan yang bersifat komprehensif dan focus pada 5P yaitu *People, Planet, Prosperity, Peace* dan *Partnership*. Peran pemerintah India merupakan hal terpenting dalam implementasi program-program diatas serta dalam

menynergikan dengan SDGs agar dapat secara efektif mempengaruhi semua parameter sosial dan ekonomi untuk mencapai SDGs.

India sebagai seperenam populasi dari seluruh umat manusia menyadari peran dan tanggung-jawabnya dalam mendukung keberlanjutan planet dan seluruh kehidupan. India telah aktif dalam mengadopsi, melaksanakan dan memantau SDGs. Bersama dengan NITI Aayog yang merupakan *think tank* utama pemerintah India yang bekerjasama dalam upaya implementasi agenda SDGs di India.

Meski memerangi kemiskinan, India tetap berkomitmen untuk melindungi lingkungan sebagai salah satu pilar SDGs. India berkomitmen untuk mengurangi emisi per unit Produk Domestik Bruto (PDB) sebesar 33%-35% pada tahun 2030. Selain itu, pemerintah India juga berencana untuk membuat penyerap karbon tambahan sebesar 2,5-3 miliar ton melalui tambahan perlindungan pohon. Dan yang terakhir ialah menyediakan sumber daya sebesar 100 miliar USD per tahun untuk negara-negara berkembang (VNR India, 2017).

India telah memainkan peran penting dalam membentuk agenda pembangunan berkelanjutan (SDGs). Tujuan pembangunan nasional India tercermin dalam SDGs. Artinya, India telah berkomitmen untuk mencapai SDGs sepenuhnya sebelum diadopsi pada September 2015. Salah satu agenda pembangunan India yang mencerminkan agenda pembangunan berkelanjutan oleh PBB ialah Kebijakan Kesehatan Mental Nasional India yang telah diadopsi sejak Oktober 2014.

India telah membuat kemajuan luar biasa dalam menyediakan akses terkait solusi perawatan kesehatan dengan menekankan pada kelompok rentan. Serangkaian inisiatif terkhusus dibawah kebijakan kesehatan nasional 2017 telah berperan dalam mencapai kemajuan di beberapa bidang.

Fokus utama India ialah memastikan terjangkaunya perawatan kesehatan primer dan meningkatkan infrastruktur medis yang lebih modern.

Juga untuk meningkatkan status kesehatan wanita dan nana-anak untuk mencegah *Non-Communicable Disease* (NCD).

India adalah salah satu dari sedikit negara pertama yang menetapkan target dan indikator khusus untuk mengurangi beban kematian berbasis NCD sebesar 25% pada tahun 2025 (India VNR, 2020:47). Tanggapan India terhadap NCD sejalan dengan program kesehatan umum lainnya. Undang-undang perawatan kesehatan mental diadopsi pada tahun 2017 yang mengutamakan pada hak untuk memberikan perawatan kesehatan mental juga meningkatkan kesadaran mengenai kesehatan mental.

Agenda Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) merupakan bagian tak terpisahkan dari tradisi dan warisan lama negara India. Agenda 2030 secara substansial mencerminkan agenda pembangunan India, seperti ungkapan India kuno *Vasudhaiva Kutumbakam* वसुधैव कुटुम्बकम्, yang berarti "dunia adalah satu keluarga", dengan ringkas menangkap semangat pendekatan India terhadap semua aspek kehidupan termasuk pembangunan ekonomi, sosial dan lingkungan. Serta frasa yang digaungkan oleh Perdana Menteri Modi ialah “*Sabka Saath Sabka Vikas*” berarti “Upaya Kolektif, Pembangunan Inklusif” yang membentuk landasan agenda pembangunan nasional India. Dengan demikian, Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) adalah bagian tak terpisahkan dari tradisi dan warisan lama Negara India.

Secara substansial, tujuan tersebut mencerminkan agenda pembangunan India, seperti yang dicatat oleh Perdana Menteri Narendra Modi dalam pidatonya di KTT Pembangunan Berkelanjutan PBB pada September 2015.

*“Much of India’s development agenda is mirrored in the Sustainable Development Goals. Our national plans are ambitious and purposeful; Sustainable development of one-sixth of humanity will be of great consequence to the world and our beautiful planet.”*

Dapat diartikan bahwa dari pidato PM Modi diatas bahwa banyak dari agenda pembangunan berkelanjutan merupakan cerminan dari agenda pembangunan di India, dengan rencana yang ambisius dan terarah; Pembangunan berkelanjutan seperenam manusia akan menjadi konsekuensi besar bagi dunia dan planet kita yang indah.

Dari segi eksternal, negara India telah memainkan peran penting dalam membentuk SDGs dan memastikan keseimbangan di antara tiga pilar utama SDGs yaitu ekonomi, sosial dan lingkungan. Secara internal, India telah meluncurkan beberapa program untuk mencapai tujuan tersebut. Terlepas dari sumber daya keuangannya yang langka karena pendapatan per kapita yang relatif rendah, populasi yang besar dan geografis yang luas, India berkomitmen untuk mencapai tujuan ambisius.

Dalam dokumen laporan Implementasi SDGs oleh India pada tahun 2017 menjelaskan bahwa pemerintah India ditahun yang sama fokus untuk mencapai tujuan 1, 2, 3, 5, 9, 14 dan 17, namun melihat tiga pilar utama dari SDGs dapat disimpulkan bahwa tujuan global pada poin lainnya juga berkaitan erat dengan tujuan lainnya. Dari ketiga pilar utama SDGs terbagi menjadi beberapa tujuan salah satunya yaitu tujuan ke-3 yang berhubungan langsung dalam bidang kesehatan. Dalam meningkatkan indikator kesehatan, pemerintah India membuat langkah signifikan untuk mencapai tujuan ke-3 tersebut.

## **B. Kebijakan Kesehatan Mental**

### **1. Kesehatan Mental Global**

Ketidaktahuan dan sikap apatis masyarakat umum tentang penyakit mental dan sakit jiwa adalah bagian dari struktur sosial kita hingga sekitar seratus tahun yang lalu. Hal ini secara alami tercermin pada hukum zaman kolonial, "orang gila" dapat dikurung di tempat yang tidak layak. Tidak ada rumah sakit yang menerima pasien sakit jiwa. Mereka dibuang sebagai penjahat

atau orang miskin, dikurung di penjara, rumah miskin, di kandang pribadi atau kamar dengan pengawasan yang ketat.

Kesehatan mental mengalami masa transisi yang cukup panjang, menelusuri kembali penghapusan penggunaan rantai dan pasung terhadap pasien yang mengidap gangguan jiwa pada 1793 oleh Philippe Pinel, ke revolusi psikiatrik kedua di tahun 1960-an berkat munculnya terapi psikososial dan biologis (Zhou, Yu, Yang, Chen, Xiao, 2018).

Secara historis, perkembangan kesehatan mental global dapat dibagi menjadi tiga zaman yaitu zaman pertama didominasi oleh dua orang Amerika Dorothea Dix dan Clifford Beers, zaman kedua didominasi oleh ilmuwan sosial dan psikiater sosial terkemuka dan zaman ketiga oleh organisasi internasional yaitu *The World Federation for Mental Health (WFMH)*, *the World Health Organization (WHO)* dan *The World Psychiatric Association (WPA)*.

**a. The World Health Organization (WHO)**

World Health Organization didirikan pada 7 April 1948 oleh PBB pasca perang dunia II dan setelah pembubaran LBB. WHO merupakan salah satu badan PBB yang bertindak selaku coordinator dalam kesehatan umum internasional. Kantor pusat WHO berada di Jenewa, Swiss.

WHO sebagai agen khusus kesehatan PBB merupakan pencerminan terhadap aspirasi negara-negara di dunia. Misi dari WHO adalah mencapai taraf kesehatan yang tertinggi bagi semua orang di dunia. Merujuk definisi “kesehatan” oleh WHO ialah:

*“A state of complete physical, mental and sosial well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (WHO, 1948).

Dapat dimaknai bahwa kesehatan adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang saling melengkapi dan bukan hanya berfokus pada

penyakit. Kesehatan mental seperti halnya kesehatan lainnya, dapat dipengaruhi oleh serangkaian faktor sosial, budaya, ekonomi, politik dan lingkungan sekitar yang perlu ditangani melalui strategi komprehensif untuk promosi, pencegahan, perawatan dan pemulihan dalam pendekatan seluruh unsur pemerintahan (WHO, 2013:7).

Sebagai sebuah agen khusus, WHO memiliki badan pemerintah dan anggota. Badan pemerintah WHO salah satunya ialah *The World Health Assembly* (Majelis Kesehatan Dunia). WHO diperintah oleh 191 negara-negara anggota melalui *The World Health Assembly* (Majelis Kesehatan Dunia). Majelis Kesehatan tersusun dari 64 perwakilan-perwakilan dari negara-negara anggota WHO. Majelis Kesehatan Dunia adalah badan pengambil keputusan tertinggi untuk WHO. Biasanya Majelis Kesehatan Dunia bertemu di Jenewa pada bulan Mei setiap tahunnya, dan dihadiri oleh delegasi-delegasi dari 191 negara anggota. Tugas utama Majelis Kesehatan Dunia adalah untuk menentukan kebijakan-kebijakan organisasi. Majelis Kesehatan memilih Direktur Jendral, mengawasi kebijakan-kebijakan keuangan dari organisasi, dan meninjau serta menyetujui program keuangan yang diusulkan oleh WHO (Roidatunisa, 2009).

Pada akhir tahun 1975, WHO mendistribusikan kuesioner ke lebih dari lima puluh negara anggota, kuesioner dikirim ke negara-negara anggota ahli WHO di bidang kesehatan mental, perwakilan relawan asosiasi kesehatan mental, dan otoritas lain di bidang kesehatan mental yang telah direkomendasikan oleh kantor regional WHO (Curran, 1978). Lebih dari tujuh puluh tanggapan diterima di Jenewa sebagai jawaban atas kuesioner tersebut.

Negara anggota yang diikutsertakan dalam survey tahun 1976 diatas diantaranya Australia, Balirain, Benin, Brazil, Canada (Alberta and British Columbia), Costa Rica, Cyprus, Yaman, Denmark, Mesir, Ethiopia, Prancis, Fiji, Ghana, India (Punjab and Uttar Pradesh), Iran, Iraq, Jepang, Jordan,

Kuwait, Lesotho, Malaysia, Nigeria (Lagos and W. Nigeria), Norway, Pakistan, Poland, Peru, Qatar, Romania, Rwanda, Saudi Arabia, Senegal, Sudan, Switzerland (Geneva), Suriah, Thailand, Tanzania, Trinidad and Tobago, Inggris (England and Wales), United States of America (Indiana and Massachusetts), Uni Soviet, Uruguay, and Yaman Utara (Curran, 1978).

Berdasarkan jurnal penelitian yang dilakukan oleh Curran (1978) mengatakan bahwa terdapat tiga jenis sistem hukum kesehatan mental yang beroperasi di negara-negara yang diteliti dalam survei tahun 1976 tersebut. Yang pertama adalah negara industri di Eropa dan Amerika Utara, ditambah negara-negara Australia, Selandia Baru, dan Jepang di Pasifik Barat. Kelompok kedua terdiri dari negara-negara berkembang yang sebelumnya berada di bawah penjajahan. Kategori ketiga adalah kelompok negara yang tidak memiliki undang-undang kesehatan mental yang formal.

Selama tahun 1980-an, WHO telah bekerjasama dengan negara anggota dalam upaya memperkenalkan perawatan kesehatan mental ke dalam program kesehatan nasionalnya. Selain itu, WHO bekerjasama dan berkoordinasi dengan beberapa organisasi internasional seperti *the United Nations Children's Fund* (UNICEF), *United Nations Development Programme* (UNDP), *The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), dan *International Labour Organization* (ILO).

WHO memperkirakan bahwa gangguan mental, neurologis, dan penggunaan zat merupakan 10% dari beban penyakit global dan 30% dari beban penyakit non-fatal. Di seluruh dunia, diperkirakan 450 juta orang menderita satu atau lebih gangguan mental (WHO, 2018). Hampir 800.000 orang meninggal karena bunuh diri setiap tahun, 1 orang meninggal karena bunuh diri setiap 40 detik. Bunuh diri berada di urutan kedua sebagai

penyebab utama kematian pada individu berusia 15-29 tahun di dunia (WHO, 2019). Beyyer (2017) mengatakan bahwa penyebab utamanya (lebih dari 90%) ialah dikarenakan penyakit mental, umumnya depresi, schizophrenia, kecemasan dan penyakit mental lainnya. Pada akhir dekade ini, depresi adalah salah satu penyebab utama kecacatan, mempengaruhi 264 juta orang (WHO, 2019) dan diperkirakan menjadi yang kedua setelah penyakit jantung iskemik sebagai penyebab kecacatan di seluruh dunia (Turekian, Moore, Rasenick, 2014).

Selain berdampak pada segi kesehatan, kelambanan pemerintah dalam menangani kesehatan mental juga memiliki dampak negatif yang meluas di seluruh masalah sosial, ekonomi, dan keamanan. Ekonomi global kehilangan sekitar \$ 1 triliun setiap tahun dalam produktivitas karena depresi dan kecemasan. Gangguan mental, neurologis dan penggunaan zat diperkirakan berkontribusi terhadap kerugian hasil ekonomi \$ 2,5-8,5 triliun secara global, sebuah angka yang diproyeksikan akan mencapai dua kali lipat pada tahun 2030 (The World Bank, 2020).

Pada bulan Januari 2002 pada sesi ke 109 Dewan Eksekutif menyetujui resolusi terkait penguatan kesehatan mental. Resolusi tersebut menyerukan kepada Negara-negara Anggota untuk mengadopsi rekomendasi dari *World Health Report 2001* oleh WHO dan untuk berinvestasi lebih banyak, baik secara nasional maupun dalam kerjasama, dalam kesehatan mental dan mendesak Direktur Jenderal dan komite regional untuk melaksanakan rekomendasi tersebut. Hal ini menyoroti perlunya kolaborasi dan dukungan teknis yang berkontribusi pada pemahaman yang lebih baik tentang masalah kesehatan mental, kebijakan dan program yang lebih efektif untuk pencegahan dan perawatan termasuk program untuk korban konflik bersenjata dan bencana, dan untuk membangun koalisi yang lebih kuat untuk kampanye advokasi kesehatan mental (WHO, 2002:4).

Pada tahun 2011, hanya 60% negara anggota WHO yang memiliki kebijakan kesehatan mental nasional, hanya 71% negara yang memiliki rencana kesehatan mental dan hanya 59% negara anggota yang memiliki undang-undang mengenai kesehatan mental (WHO, 2011).

Pada 2017 mengalami peningkatan sekitar 72% negara anggota WHO yang memiliki kebijakan kesehatan mental nasional. Terdapat 120 negara atau setara dengan 62% dari semua negara anggota WHO yang telah memperbarui kebijakan atau rencana mereka sejak sebelum 2013 dengan 44 negara memperbarui kebijakan atau rencana mereka pada tahun 2016 dan setelahnya. Lebih dari 55% negara anggota WHO di kawasan mana pun dan lebih dari 75% negara-negara Mediterania Timur, Asia Tenggara, Pasifik Barat, dan Eropa melaporkan pembaruan kebijakan atau rencana mereka terhitung sejak 2012 hingga 2017 (WHO, 2017).

Di bawah kepemimpinan WHO, telah banyak melakukan advokasi, termasuk publikasi dokumen resmi seperti “*World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*” dan dokumen berkala seperti “*mhGAP Intervention Guide (2010)*”, “*Mental Health Atlas*” kemudian “*Mental Health Action Plan 2013-2020*” yang telah diadopsi oleh WHA pada tahun 2012.

Pada Mei 2012, Majelis Kesehatan Dunia ke-65 yang merupakan pertemuan tahunan oleh WHO mengadopsi resolusi WHA 65.4 mengenai beban global gangguan mental dan kebutuhan untuk tanggapan yang komprehensif dan terkoordinasi dari sector kesehatan dan sosial di tingkat negara. Selanjutnya, rencana aksi diuraikan melalui konsultasi dengan negara-negara anggota, masyarakat sipil dan mitra internasional sehingga WHO mengadopsi Rencana Aksi Kesehatan Mental Global pada tahun 2012.

Organisasi Kesehatan Dunia mengadopsi Rencana Aksi Kesehatan Mental Global yang terdiri atas empat tujuan yang hendak dicapai dalam

rentan waktu 2013 hingga 2020. Tujuan ini untuk memandu upaya internasional dalam mengurangi beban global penyakit mental diantaranya: kepemimpinan dan tata kelola yang lebih kuat untuk program kesehatan mental; layanan kesehatan mental dan sosial yang komprehensif dan terintegrasi dalam lingkungan masyarakat; implementasi strategi untuk pencegahan penyakit mental dan promosi layanan yang tersedia; serta memperkuat sistem informasi, bukti, dan penelitian (World Health Organization, 2013). Kebijakan dan rencana kesehatan mental merupakan elemen yang saling terkait diperlukan untuk meningkatkan kesehatan mental di suatu negara. Kebijakan memberikan visi global sedangkan rencana terdiri atas rincian untuk mewujudkan visi dari kebijakan tersebut.

Maraknya pelanggaran HAM dan diskriminasi yang dialami oleh penyandang gangguan jiwa, maka perspektif HAM sangat penting dalam merespon beban global gangguan jiwa. Rencana aksi menekankan perlunya layanan, kebijakan, undang-undang, rencana, strategi dan program untuk melindungi, mempromosikan dan menghormati hak-hak orang dengan gangguan jiwa sejalan dengan *International Covenant on Civil and Political Rights*, *the International Covenant on Economic, Hak Sosial dan Budaya*, Konvensi Hak Penyandang Disabilitas, Konvensi Hak Anak dan instrumen hak asasi manusia internasional dan regional yang relevan (WHO, 2013).

Terdapat perbedaan signifikan dalam cakupan penduduk antara negara berpenghasilan tinggi dan rendah. Misalnya, undang-undang kesehatan mental mencakup 92% orang yang tinggal di negara berpenghasilan tinggi, sedangkan hanya 36% yang tercakup di negara berpenghasilan rendah (WHO, 2011).

**b. The World Federation for Mental Health (WFMH)**

*The World Federation for Mental Health* adalah organisasi keanggotaan internasional yang didirikan pada tahun 1948 oleh George

Brock Chisholm yang merupakan Direktur Jenderal pertama Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang menyarankan agar WFMH dibentuk (World Federation for Mental Health, 1948). George Brock Chisholm membayangkan WFMH sebagai badan internasional nonpemerintah yang menghubungkan organisasi kesehatan mental dunia dan Perserikatan Bangsa-Bangsa. Tujuan dari WFMH ialah untuk memajukan semua orang dan negara, mencegah peningkatan gangguan mental dan emosional, perawatan yang tepat bagi mereka yang mengalami gangguan mental, dan mempromosikan isu kesehatan mental.

Misi WFMH ialah untuk mempromosikan peningkatan kesadaran akan kesehatan mental, pencegahan gangguan kesehatan mental advokasi, dan intervensi yang berfokus pada pemulihan terbaik di seluruh dunia.

WFMH telah menjadi NGO dalam status konsultatif dengan Dewan Sosial dan Ekonomi PBB (ECOSOC) sejak 1963 dan bertautan resmi dengan WHO juga berhubungan secara formal dengan *UN Department of Public Information* (DPI).

## **2. Kebijakan Kesehatan Mental di India**

Kesehatan mental merupakan perhatian utama di seluruh dunia dan India tidak ketinggalan dalam memperhatikan isu ini. Dr. Brock Chisholm, Direktur Jenderal pertama Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), pada tahun 1954, pernah menyatakan bahwa "tanpa kesehatan mental tidak akan ada kesehatan fisik yang sejati" (Kolappa, 2013). Lebih dari 60 tahun kemudian, skenario tersebut belum berubah secara substansial. Sekitar 14% dari beban penyakit global dikaitkan dengan gangguan neuropsikiatri. Beban gangguan mental mungkin telah diremehkan karena apresiasi yang tidak memadai antara penyakit mental dan gangguan kesehatan lainnya (Prince, 2007). Masih ada masalah yang cukup besar dalam penetapan prioritas mengenai

beban masalah kesehatan dan mengatasi ketidaksetaraan dalam kaitannya di bidang kesehatan mental.

Melihat sejarah India terkait kebijakan kesehatan mental bahwa India telah mengadopsi Undang-Undang terkait perawatan dan pengobatan orang sakit jiwa sejak tahun 1912. Kemudian, RUU legislatif diusulkan ke kementerian kesehatan pada tahun 1950 dan 1959 oleh kelompok psikiatri, tetapi tidak sejalan dengan praktiknya. RUU Reformasi lainnya kemudian dirancang kembali dan diajukan ke kementerian oleh kelompok profesional pada 1971, namun rancangan tersebut masih dalam pertimbangan oleh pemerintah India (Currant, 1978:84).

Budaya india sejak dahulu mengakui hubungan antara pikiran, tubuh, dan jiwa serta dampaknya terhadap kesehatan mental. Di dunia sekarang ini, perubahan gaya hidup, bersama dengan ketidaksetaraan sosial dan ekonomi telah meningkatkan stres baik individu dan masyarakat, membuat kita lebih rentan terhadap kesehatan mental yang buruk. Hubungan dua arah antara penyakit mental dan kemiskinan dibuktikan dalam banyak laporan, termasuk laporan disabilitas dunia pada tahun 2010 yang menempatkan penyandang disabilitas di bagian bawah piramida. Peringatan ini adalah tentang apa yang bisa menjadi krisis kesehatan, dengan konsekuensi yang mendorong kita untuk memandang fenomena ini sebagai keharusan bagi kesehatan dan pembangunan.

Agenda Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) merupakan bagian tak terpisahkan dari tradisi dan warisan lama negara India. Agenda 2030 secara substansial mencerminkan agenda pembangunan India, seperti yang dikatakan oleh Perdana Menteri Narendra Modi dalam pidatonya di PBB pada *United Nations Sustainable Development Summit* September 2015 “Banyak agenda pembangunan India dicerminkan dalam Agenda Pembangunan Berkelanjutan. Rencana nasional kami ambisius dan terarah;

Pembangunan berkelanjutan seperenam kemanusiaan akan menjadi konsekuensi besar bagi dunia dan planet kita yang indah” (UN, 2017).

Dari segi eksternal, negara India telah memainkan peran penting dalam membentuk SDGs dan memastikan keseimbangan di antara tiga pilar utama SDGs yaitu ekonomi, sosial dan lingkungan. Secara internal, India telah meluncurkan beberapa program untuk mencapai tujuan tersebut. Terlepas dari sumber daya keuangannya yang langka karena pendapatan per kapita yang relatif rendah, populasi yang besar dan geografis yang luas, India berkomitmen untuk mencapai tujuan ambisius. Dalam dokumen laporan Implementasi SDGs oleh India pada tahun 2017 menjelaskan bahwa pemerintah India ditahun yang sama fokus untuk mencapai tujuan 1, 2, 3, 5, 9, 14 dan 17, namun melihat tiga pilar utama dari SDGs dapat disimpulkan bahwa tujuan global pada poin lainnya juga berkaitan erat dengan tujuan lainnya. Dari ketiga pilar utama SDGs terbagi menjadi beberapa tujuan salah satunya yaitu tujuan ke-3 yang berhubungan langsung dalam bidang kesehatan. Dalam meningkatkan indikator kesehatan, pemerintah India membuat langkah signifikan untuk mencapai tujuan ke-3 tersebut.

India merupakan salah satu negara dengan angka bunuh diri tertinggi di dunia khususnya diantara orang-orang yang berusia 15 hingga 29 tahun. WHO memperkirakan sekitar 170.000 kematian akibat bunuh diri terjadi di India setiap tahun (CNN World, 2020). WHO memperkirakan bahwa India memiliki salah satu populasi terbesar yang terkena penyakit mental. Sesuai data statistik the National Crime Records Bureau (NCRB), 135.585 orang bunuh diri di negara tersebut pada tahun 2011 (The Hindu, 2016). Statistik NCRB dari tahun 2002 menunjukkan bahwa kasus bunuh diri tahunan di negara tersebut selalu berada di atas angka 1 lakh atau setara dengan 20.415 dan jumlah kasus tertinggi terjadi pada tahun 2011 (The Hindu, 2016). Pada tahun 2002, terdapat 110.417 kasus (The Hindu, 2016). Akibatnya, WHO

melabeli India sebagai 'negara paling menyedihkan' di dunia. Apalagi sejak tahun 1990, satu dari tujuh orang dari India pernah menderita penyakit mental mulai dari depresi, kecemasan hingga kondisi parah seperti skizofrenia, menurut sebuah penelitian. Berdasarkan survei oleh Lancet (2012) memperkirakan angka kematian akibat bunuh diri di India sekitar 22,0 per 100.000 orang.

Pada hari kesehatan mental dunia Oktober 2014, kementerian kesehatan dan kesejahteraan keluarga pemerintah India mengumumkan kebijakan kesehatan mental nasional pertama India. Kebijakan ini merupakan upaya untuk mengurangi kesenjangan pengobatan, beban penyakit dan tingkat kecacatan karena penyakit mental. Kebijakan tersebut mempertimbangkan realitas sosial-budaya India yang tertanam dalam sistem nilai yang mempromosikan perawatan terintegrasi, berbasis bukti, tata kelola dan penyediaan layanan berkualitas yang lebih efektif. Lebih lanjut, kebijakan ini menekankan kebutuhan orang-orang dengan penyakit mental, penyedia tenaga medis dan perawat serta kerjasama dengan para stakeholder (National Health Portal India, 2014, pp. 1).

India menyetujui dan mengadopsi resolusi Majelis Kesehatan Dunia (WHA) 65.4 yang ditetapkan pada forum Majelis Kesehatan Dunia (WHA) ke-65 berlangsung di Jenewa pada 21-26 Mei 2012 (NHPI, 2014, pp.2). Resolusi WHA 65.4 ini membahas tentang beban global gangguan mental dan perlunya respon komprehensif dan terkoordinasi dari sektor kesehatan dan sosial di tingkat masyarakat. India adalah salah satu sponsor utama resolusi ini (WHO, 2012). Kebijakan kesehatan mental nasional India selaras dengan maksud dari Resolusi WHA 65.4.

Menyadari masalah ini, dan dampak negatif yang dapat muncul dalam kehidupan orang-orang yang rentan, Pemerintah India mengusulkan untuk mengambil tindakan tegas guna mencapai tujuan ini, pemerintah India

memperkenalkan kebijakan kesehatan mental progresif yang menguraikan rencana yang jelas untuk mengatasi masalah ini (NHPI, 2014).

Pada dokumen *“Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective”* oleh WHO. Dokumen tersebut berisi laporan perkembangan bantuan kesehatan mental di beberapa Negara. Untuk Negara India sendiri melaporkan bahwa tim kesehatan mental distrik memberikan layanan klinis yang terjangkau, termasuk manajemen langsung kasus yang kompleks serta pelatihan pada layanan juga dukungan dari petugas medis terlatih dan pekerja perawatan primer lainnya di pusat perawatan primer. Seiring berjalannya waktu, pusat perawatan primer bertanggung jawab untuk mengoperasikan klinik kesehatan mental secara mandiri dengan dukungan minimal dari tim kesehatan mental. Selain itu, ketersediaan obat-obatan psikotropika yang gratis dan siap pakai di klinik telah memungkinkan pasien untuk menerima perawatan di komunitas mereka, sehingga sangat mengurangi biaya dan waktu yang dihabiskan untuk bepergian ke rumah sakit.

Kebijakan Kesehatan Mental Nasional India cukup ambisius, salah satu artikel merangkum beberapa poin kebijakan kesehatan mental India dikatakan unggul:

1. Menekankan perlunya pendanaan yang lebih besar serta memperluas anggaran kesehatan mental, dari dokumen kebijakan tersebut menyatakan, "Belanja kesehatan oleh pemerintah bukanlah pengeluaran tetapi investasi sosial dan hak sosial." Ia juga mengakui fakta bahwa kesehatan mental terkait dengan banyak aspek kehidupan lainnya, dan karenanya merekomendasikan alokasi dana tidak hanya untuk departemen kesehatan pemerintah tetapi juga ke sektor lain seperti kesejahteraan sosial, pendidikan sekolah dan perkembangan perempuan dan anak.

2. Mengidentifikasi kelompok rentan Kebijakan tersebut, mengakui bahwa beberapa populasi sangat rentan terhadap penyakit kesehatan mental, dan tidak boleh didiskriminasi dalam penyediaan layanan. Dokumen kebijakan berisi daftar lengkap dari berbagai kelompok ini, yang mencakup orang miskin (yang terkait dengan penyakit mental dalam "lingkaran setan negatif"), tunawisma (yang "tidak memiliki ketentuan untuk perawatan dan dukungan"), orang-orang dalam tahanan institusi (yang menghadapi "perampasan kebebasan pribadi"), yatim piatu, anak-anak, orang tua dan orang-orang yang terkena dampak keadaan darurat dan berbagai bencana alam atau buatan manusia. Khususnya, kebijakan tersebut juga mencantumkan sebagai orang-orang rentan yang "mengungsi secara internal" - migran dari pedesaan ke perkotaan yang bekerja di sektor yang tidak terorganisir - dan orang-orang dari kelompok yang terpinggirkan seperti minoritas seksual, pekerja seks atau korban perdagangan manusia.
3. Ini menempatkan fokus pada pemberi perawatan. Mengakui bahwa anggota keluarga adalah pemberi perawatan utama bagi orang yang sakit mental di India, kebijakan tersebut bertujuan untuk memberi keluarga akses ke informasi dan akses terpandu ke layanan khusus. "Keluarga menanggung biaya keuangan langsung untuk pengobatan serta biaya tidak langsung terkait seperti hilangnya upah," katanya. "Biaya emosional dan sosial dalam memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang menderita penyakit mental tidak dapat dihitung tetapi menimbulkan kerugian yang sangat besar pada keluarga."
4. Fokusnya pada promosi kesehatan mental. Selain pengobatan penyakit mental, kebijakan tersebut juga menekankan perlunya mencegah masalah tersebut dan meningkatkan kesehatan mental. Ini menempatkan tanggung jawab promosi tersebut pada penitipan anak usia dini itu sendiri, dengan menargetkan pusat anganwadi untuk anak-anak di bawah usia enam

tahun. Kebijakan tersebut bertujuan untuk melatih pekerja anganwadi dan guru sekolah untuk membantu orang tua dan pengasuh memahami “kebutuhan fisik dan emosional anak untuk memfasilitasi dan lingkungan yang afirmatif dan positif” untuk pertumbuhan mereka. Ia juga mengusulkan pengajaran pendidikan kecakapan hidup wajib di sekolah dan perguruan tinggi yang, antara lain, mencakup diskusi tentang isu gender dan pengucilan sosial.

5. Ini berusaha untuk mendekriminalisasi bunuh diri: Untuk menurunkan tingkat bunuh diri di India, pembicaraan kebijakan tentang mendirikan pusat intervensi krisis, melatih para pemimpin komunitas untuk mengenali faktor risiko, membatasi akses ke sarana bunuh diri dan juga menyusun pedoman untuk pelaporan media yang bertanggung jawab atas masalah. Lebih penting lagi, bagaimanapun, kebijakan tersebut secara resmi bertujuan untuk mendekriminalisasi percobaan bunuh diri, yang saat ini merupakan pelanggaran hukuman yang banyak diperdebatkan di India (Scroll.in, 2014).

## BAB IV

### ANALISIS UPAYA PEMERINTAH INDIA DALAM MENYINERGIKAN KEBIJAKAN KESEHATAN MENTALNYA DENGAN IMPLEMENTASI AGENDA SDGS

*No health without mental health* (WHO, 2013).

Secara historis, perkembangan kesehatan mental global dapat dibagi menjadi tiga zaman yaitu zaman pertama didominasi oleh dua orang Amerika Dorothea Dix dan Clifford Beers, zaman kedua didominasi oleh ilmuwan sosial dan psikiater sosial terkemuka dan zaman ketiga oleh organisasi internasional (Samuel, 2014).

Isu kesehatan mental mengalami masa transisi yang cukup panjang, menelusuri kembali penghapusan penggunaan rantai dan pasung terhadap pasien yang mengidap gangguan jiwa pada 1793 oleh Philippe Pinel, ke revolusi psikiatri kedua di tahun 1960-an berkat munculnya terapi psikososial dan biologis (Zhou, Yu, Yang, Chen, Xiao, 2018).

Upaya WHO meningkatkan kesadaran aktor negara dalam wacana pengambilan kebijakan nasional tentang kesehatan mental juga selaras dengan Agenda Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) 2030 yang diadopsi oleh PBB pada September 2015.

Konstruktivisme mengakui bahwa organisasi internasional adalah “*norm diffusers*” atau instrumen yang berfungsi dalam proses difusi norma. Oleh karenanya, dalam bab ini penulis akan menganalisis upaya pemerintah India mengimplementasikan agenda SDGs melalui kebijakan kesehatan mentalnya dengan menggunakan konsep *life-cycle* oleh Finnemore and Sikkink serta konsep *Sustainable Development* oleh Institut Munasinghe. Konsep *life-cycle* digunakan untuk menjelaskan bagaimana proses *norm diffusion* terjadi. *Norm Diffusion* berdasarkan konsep *life-cycle* terdiri atas tiga tahapan yaitu *norm emergence* (munculnya norma);

*norm acceptance* (penerimaan norma); dan *norm institutionalization* (institusionalisasi norma).

#### **A. KONSEP DIFUSI NORMA**

Konstruktivisme mengakui bahwa organisasi internasional adalah “*norm diffusers*” atau instrumen yang berfungsi dalam proses difusi norma.

WHO merupakan salah satu badan PBB yang bertindak selaku koordinator dalam kesehatan umum internasional. Misi dari WHO adalah mencapai taraf kesehatan yang tertinggi bagi semua orang di dunia. Merujuk definisi “kesehatan” oleh WHO ialah:

“*A state of complete physical, mental and sosial well-being and not merely the absence of disease or infirmity*” (WHO, 1948).

Pada tahun 1971, untuk pertama kalinya PBB mendeklarasikan hak-hak bagi penyandang gangguan mental yaitu “*Declaration on The Right of Mentally Retarded Persons*”. Kemudian pada akhir tahun 1975, WHO mendistribusikan kuesioner ke lebih dari lima puluh negara anggota, kuesioner dikirim ke negara-negara anggota ahli WHO di bidang kesehatan mental, perwakilan relawan asosiasi kesehatan mental, dan otoritas lain di bidang kesehatan mental yang telah direkomendasikan oleh kantor regional WHO (Currant, 1978). Lebih dari tujuh puluh tanggapan diterima di Jenewa sebagai jawaban atas kuesioner tersebut.

Negara anggota yang diikutsertakan dalam survei tahun 1976 diantaranya ialah Australia, Balirain, Benin, Brazil, Canada (Alberta and British Columbia), Costa Rica, Cyprus, Yaman, Denmark, Mesir, Ethiopia, Prancis, Fiji, Ghana, India (Punjab and Uttar Pradesh), Iran, Iraq, Jepang, Jordan, Kuwait, Lesotho, Malaysia, Nigeria (Lagos and W. Nigeria), Norway, Pakistan, Poland, Peru, Qatar, Romania, Rwanda, Saudi Arabia, Senegal, Sudan, Switzerland (Geneva), Suriah, Thailand, Tanzania, Trinidad and Tobago, Inggris (England and Wales),

United States of America (Indiana and Massachusetts), Uni Soviet, Uruguay, and Yaman Utara (Currant, 1978).

Selama tahun 1980-an, WHO telah bekerjasama dengan negara anggota dalam upaya memperkenalkan perawatan kesehatan mental ke dalam program kesehatan nasionalnya. Selain itu, WHO bekerjasama dan berkoordinasi dengan beberapa organisasi internasional seperti *the United Nations Children's Fund* (UNICEF), *United Nations Development Programme* (UNDP), *The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), dan *International Labour Organization* (ILO).

Pada tahun 1991 PBB merilis "*Principles for The Protection of Persons with Mental Illness and The Improvement of Mental Health Care*". Selanjutnya, PBB mengadopsi "*Convention on the Rights of Persons with Disabilities*" pada tahun 2006, kemudian pada tahun 2010 Organisasi Kesehatan Dunia bersama *United Nations Department of Economic and Sosial Affairs* (DESA) merilis analisis kebijakan kesehatan mental ke dalam upaya pembangunan MDGs saat itu (WHO, 2015).

Menyusul dokumen tersebut, *United Nations University* (UNU) dan DESA menyelenggarakan "*United Nations Expert Group Meeting on Mental Well-Being, Disability, and Development*" di Kuala Lumpur pada tahun 2013 dan "*United Nations Expert Group Meeting on Mental Well-Being, Disability, and Disaster Risk Reduction*" di Tokyo pada tahun 2014. Kedua pertemuan diatas bekerjasama dengan WHO, Bank Dunia serta organisasi internasional lainnya untuk membuka jalan agar dilibatkannya kesehatan mental dan kesejahteraan dalam SDGs.

Setelah tinjauan kritis diputuskan bahwa akan berguna untuk menetapkan langkah-langkah praktis yang diperlukan untuk memperkenalkan komponen kesehatan mental ke dalam perawatan kesehatan primer. Untuk mencapai hal ini, WHO mempertemukan sejumlah pakar di Pusat Kolaborasi Penelitian dan

Pelatihan Kesehatan Mental WHO di Groningen, Belanda, pada Desember 1985 (WHO, 1990).

Berdasarkan keterangan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa PBB, WHO bersama organisasi internasional lainnya berperan sebagai *norm entrepreneurs* yang merupakan agen dalam memunculkan isu kesehatan mental dalam sistem internasional. Hal ini sesuai dengan konsep *life-cycle* tahap pertama yaitu *norm emergence* oleh Finnemore & Sikkink dimana pada tahap *norm emergence* mengandung dua elemen yaitu *norm entrepreneurs* dan *organizational platforms*.

WHO sebagai *norm entrepreneurs* berusaha meyakinkan *norm leaders* untuk mengadopsi norma kesehatan mental ini. *Norm leaders* merupakan negara-negara yang lebih dahulu mengadopsi kebijakan kesehatan mental. Berdasarkan jurnal penelitian yang dilakukan oleh Currant (1978) dapat disimpulkan bahwa *norm leaders* dalam hal ini ialah negara-negara industri di Eropa dan Amerika Utara, ditambah negara-negara Australia, Selandia Baru, dan Jepang.

WHO dan PBB selaku *norm entrepreneurs* menginterpretasi isu kesehatan mental atau disebut *framing* (pembingkai) diawali sejak tahun 1991 oleh PBB yang merilis sebuah dokumen resmi berjudul “*Principles for The Protection of Persons with Mental Illness and The Improvement of Mental Health Care*”. Kemudian diikuti oleh WHO yang aktif mengadvokasi dengan merilis beberapa dokumen terkait pentingnya kesehatan mental, interpretasi disertai rasionalitas dan disebar melalui media secara tidak langsung hal ini meningkatnya urgensi terhadap isu kesehatan mental ini.

Di bawah kepemimpinan WHO, telah banyak melakukan advokasi terkait kesehatan mental dan semakin massif sejak tahun 1991, termasuk publikasi dokumen resmi salah satunya seperti “*World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*” yang kemudian menjadi acuan pada bulan Januari 2002 di sesi ke 109, dimana Dewan Eksekutif menyetujui resolusi terkait penguatan kesehatan mental.

Elemen diatas penulis simpulkan bahwa dalam *norm emergence* (kemunculan norma) ini terjadi proses *Organizational Platforms* yang menjadi wadah bagi WHO dan PBB selaku *norm entrepreneurs* untuk mempromosikan isu kesehatan mental.

Sejak tahun 1980-an, WHO telah bekerjasama dan berkoordinasi dengan beberapa organisasi internasional seperti *the United Nations Children's Fund* (UNICEF), *United Nations Development Programme* (UNDP), *The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), dan *International Labour Organization* (ILO). *Platforms* kemudian dikonstruksi untuk mempromosikan isu kesehatan mental seperti mengajak beberapa organisasi internasional terkait untuk ikut mempromosikan seperti beberapa organisasi internasional diatas.

Setelah WHO dan PBB selaku *norm entrepreneurs* telah melakukan persuasi terhadap *norm leaders* maka isu kesehatan mental ini mencapai *tipping points*. Fase *tipping points* dipahami oleh Finnemore (1998) sebagai jalur “menuju dan hingga ke puncak”, dengan indikator:

1. Munculnya banyak Negara yang menyatakan ketertarikan untuk mengadopsi kebijakan kesehatan mental, umumnya sepertiga dari keseluruhan Negara dalam sistem internasional;
2. Diadopsinya norma oleh *critical state*, yaitu Negara yang berkompromi untuk mengadopsi kebijakan kesehatan mental, meskipun kondisi Negara tersebut sangat tidak memungkinkan untuk implementasi kebijakan kesehatan mental tersebut, baik dari segi sosial, budaya, masyarakatnya maupun dari infrastruktur politiknya (Finnemore dan Sikkink, 1998:90).

Pada tahun 2011, 60% negara anggota WHO telah memiliki kebijakan kesehatan mental nasional, 71% negara yang memiliki rencana kesehatan mental dan 59% negara anggota yang memiliki undang-undang mengenai kesehatan mental (WHO, 2011).

Hingga tahap *tipping points* tercapai, dinamika yang berbeda dimulai. Banyak negara-negara mulai mengadopsi kebijakan kesehatan mental lebih cepat bahkan tanpa adanya tekanan domestik, sehingga berlanjut pada tahap *norm acceptance*.

Pada 2017 telah mengalami peningkatan sekitar 72% negara anggota WHO yang memiliki kebijakan kesehatan mental nasional. Terdapat 120 negara atau setara dengan 62% dari semua negara anggota WHO yang telah memperbarui kebijakan atau rencana mereka sejak sebelum 2013 dengan 44 negara memperbarui kebijakan atau rencana mereka pada tahun 2016 dan setelahnya. Lebih dari 55% negara anggota WHO di kawasan mana pun dan lebih dari 75% negara-negara Mediterania Timur, Asia Tenggara, Pasifik Barat, dan Eropa melaporkan pembaruan kebijakan atau rencana mereka terhitung sejak 2012 hingga 2017 (WHO, 2017).

Menurut Finnemore dan Sikkink, Negara-negara mematuhi norma-norma pada *norm acceptance* karena berkaitan dengan identitas Negara secara fundamental yang membentuk perilaku Negara serta identitas Negara dibentuk oleh budaya dimana Negara bertindak yang berkontribusi pada penelitian norma-norma terkini, jika dikaitkan dengan negara India bahwa budaya india sejak dahulu mengakui hubungan antara pikiran, tubuh, dan jiwa serta dampaknya terhadap kesehatan mental. Jika melihat kembali pada sejarah India terkait kebijakan kesehatan mental bahwa India telah mengadopsi Undang-Undang terkait perawatan dan pengobatan orang sakit jiwa sejak tahun 1912 namun rancangan tersebut masih dalam pertimbangan oleh pemerintah India (Currant, 1978:84) namun kebijakan kesehatan nasional India mulai diadopsi sejak 2014.

Finnemore dan Sikkink menjelaskan mengenai motif yang mendasari Negara-negara mengadopsi norma baru. Diantaranya legitimasi, kesesuaian dan penghargaan dimana India menyetujui dan mengadopsi resolusi Majelis

Kesehatan Dunia (WHA) 65.4 yang ditetapkan pada forum Majelis Kesehatan Dunia (WHA) ke-65 berlangsung di Jenewa pada 21-26 Mei 2012 (NHPI, 2014, pp.2). Resolusi WHA 65.4 ini membahas tentang beban global gangguan mental dan perlunya respon komprehensif dan terkoordinasi dari sektor kesehatan dan sosial di tingkat masyarakat. India adalah salah satu sponsor utama resolusi ini (WHO, 2012). Hal ini dapat dikatakan sebagai legitimasi juga kesesuaian sebagai bukti sosial pemerintah India mematuhi dan berperan aktif dalam isu kesehatan mental. Dengan mengadopsi resolusi serta menjadi salah satu sponsor aktif terkait resolusi kesehatan mental tersebut maka secara tidak langsung akan terjalin hubungan baik dari negara lain.

Pada tahap terakhir yaitu *norm internalization* dimana norma dapat diterima secara luas sehingga diinternalisasi oleh negara dan sudah seharusnya ada sejak lama atau “*taken for granted*” (Finnemore dan Sikkink, 1998:93). Pada hari kesehatan mental dunia Oktober 2014, kementerian kesehatan dan kesejahteraan keluarga pemerintah India mengumumkan kebijakan kesehatan mental nasional pertama India. Kebijakan ini merupakan upaya untuk mengurangi kesenjangan pengobatan, beban penyakit dan tingkat kecacatan karena penyakit mental. Kebijakan tersebut mempertimbangkan realitas sosial-budaya India yang tertanam dalam sistem nilai yang mempromosikan perawatan terintegrasi, berbasis bukti, tata kelola dan penyediaan layanan berkualitas yang lebih efektif. Lebih lanjut, kebijakan ini menekankan kebutuhan orang-orang dengan penyakit mental, penyedia tenaga medis dan perawat serta kerjasama dengan para stakeholder (National Health Portal India, 2014, pp. 1).

## **B. KONSEP SUSTAINABLE DEVELOPMENT**

Pembangunan berkelanjutan merupakan sebuah konsep yang muncul akibat terjadinya permasalahan yang diakibatkan oleh perbuatan manusia dan dirasakan

pada saat itu. Permasalahan yang dimaksud adalah meningkatnya keprihatinan terhadap eksploitasi sumber daya alam (SDA) demi pembangunan ekonomi dengan mengorbankan kualitas lingkungan.

Dalam kaitannya dengan negara India, konsep *Sustainable development* juga menjadi tujuan dari pemerintah India. *Vasudhaiva Kutumbakam* वसुधैव कुटुम्बकम्, ungkapan India kuno yang berarti "dunia adalah satu keluarga", dengan ringkas menangkap semangat pendekatan India terhadap semua aspek kehidupan termasuk pembangunan ekonomi, sosial dan lingkungan. Dengan demikian, Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) adalah bagian tak terpisahkan dari tradisi dan warisan lama Negara India. Secara substansial, tujuan tersebut mencerminkan agenda pembangunan India, seperti yang dicatat oleh Perdana Menteri Narendra Modi dalam pidatonya di KTT Pembangunan Berkelanjutan PBB pada September 2015.

*“Much of India’s development agenda is mirrored in the Sustainable Development Goals. Our national plans are ambitious and purposeful; Sustainable development of one-sixth of humanity will be of great consequence to the world and our beautiful planet.”*

Dapat diartikan bahwa dari pidato PM Modi diatas bahwa banyak dari agenda pembangunan berkelanjutan merupakan cerminan dari agenda pembangunan di India, dengan rencana yang ambisius dan terarah; Pembangunan berkelanjutan seperenam kemanusiaan akan menjadi konsekuensi besar bagi dunia dan planet kita yang indah.

Salah satu agenda pembangunan India yang mencerminkan agenda pembangunan berkelanjutan oleh PBB ialah Kebijakan Kesehatan Mental Nasional India yang telah diadopsi sejak Oktober 2014.

## 1. Ekonomi

Jika kita kaitkan dengan visi Kebijakan Kesehatan Mental Nasional India ialah untuk mempromosikan kesehatan mental, mencegah penyakit mental, memungkinkan pemulihan dari penyakit mental, mempromosikan destigmatisasi dan desegregasi, dan memastikan inklusi sosio-ekonomi orang-orang yang terkena penyakit mental dengan menyediakan kesehatan yang dapat diakses, terjangkau dan berkualitas dan kepedulian sosial kepada semua orang melalui rentang hidup mereka, dalam kerangka kerja berbasis hak (NMHP India, 2014).

Faktor ekonomi menjadi salah satu alasan pemerintah India mengadopsi kebijakan kesehatan mental, salah satunya yaitu **Kemiskinan**, kemiskinan dan kesehatan mental yang buruk terkait erat dalam lingkaran setan yang negatif. Orang dari kelompok sosial ekonomi bawah lebih rentan terhadap masalah kesehatan mental. Belanja kesehatan langsung untuk mengakses layanan kesehatan mental dan hilangnya produktivitas karena kecacatan juga dapat menyebabkan kemiskinan (NMHP India, 2014).

## 2. Sosial

India merupakan salah satu negara dengan angka bunuh diri tertinggi di dunia khususnya diantara orang-orang yang berusia 15 hingga 29 tahun. WHO memperkirakan sekitar 170.000 kematian akibat bunuh diri terjadi di India setiap tahun (CNN World, 2020). WHO memperkirakan bahwa India memiliki salah satu populasi terbesar yang terkena penyakit mental. Sesuai data statistik the National Crime Records Bureau (NCRB), 135.585 orang bunuh diri di negara tersebut pada tahun 2011 (The Hindu, 2016). Statistik NCRB dari tahun 2002 menunjukkan bahwa kasus bunuh diri tahunan di negara tersebut selalu berada di atas angka 1 lakh atau setara dengan 20.415

dan jumlah kasus tertinggi terjadi pada tahun 2011 (The Hindu, 2016). Pada tahun 2002, terdapat 110.417 kasus (The Hindu, 2016).

Melihat kembali visi Kebijakan Kesehatan Mental Nasional India ialah untuk mempromosikan kesehatan mental, mencegah penyakit mental, memungkinkan pemulihan dari penyakit mental, mempromosikan destigmatisasi dan desegregasi, dan memastikan inklusi sosio-ekonomi orang-orang yang terkena penyakit mental dengan menyediakan kesehatan yang dapat diakses, terjangkau dan berkualitas dan kepedulian sosial kepada semua orang melalui rentang hidup mereka, dalam kerangka kerja berbasis hak (NMHP India, 2014).

Faktor inilah yang menjadi salah satu alasan pemerintah India mengadopsi kebijakan kesehatan mental, berangkat dari upaya pemerintah India dalam mengurangi angka bunuh diri khususnya usia muda 15-29 di negaranya, juga terlihat dari nilai dan prinsip dasar yang tertera pada Kebijakan Kesehatan Mental India diantaranya kesetaraan, keadilan, perawatan terintegrasi, perawatan berbasis bukti, kualitas, pendekatan partisipatif dan berbasis hak, tata kelola dan penyampaian yang efektif, basis nilai dalam semua program pelatihan dan pengajaran dan pendekatan holistik untuk kesehatan mental (NMHP India, 2014).

SDGs membawa lima prinsip mendasar yang menyeimbangkan dimensi ekonomi, sosial, dan lingkungan, yaitu: 1) *People* (manusia); 2) *Planet* (bumi); 3) *Prosperity* (kemakmuran); 4) *Peace* (perdamaian); dan 5) *Partnership* (kerjasama). Kelima prinsip dasar ini dikenal dengan istilah 5P dan menaungi 17 Tujuan, 169 Sasaran & 241 indikator yang tidak dapat dipisahkan, saling terhubung, dan terintegrasi satu sama lain guna mencapai kehidupan manusia yang lebih baik.<sup>8</sup> SDGs bertujuan untuk mengukur dimensi sosial, ekonomi, dan lingkungan dari pembangunan berkelanjutan (UN, 2015).

## BAB V

### KESIMPULAN & SARAN

#### KESIMPULAN

##### Konsep difusi norma

*Norm Diffusion* berdasarkan konsep *life-cycle* terdiri atas tiga tahapan yaitu *norm emergence* (munculnya norma); *norm acceptance* (penerimaan norma); dan *norm institutionalization* (institusionalisasi norma).

Pada tahap pertama *norm emergence* yang terdiri atas dua elemen yakni *norm entrepreneurs* dan *organizational platforms* yang berupa perjanjian terkait kesehatan mental. Pada tahun 1971, untuk pertama kalinya PBB mendeklarasikan hak-hak bagi penyandang gangguan mental yaitu “*Declaration on The Right of Mentally Retarded Persons*”. Selama tahun 1980-an, WHO telah bekerjasama dengan negara anggota dalam upaya memperkenalkan perawatan kesehatan mental ke dalam program kesehatan nasionalnya. Selain itu, WHO bekerjasama dan berkoordinasi dengan beberapa organisasi internasional.

WHO sebagai *norm entrepreneurs* berusaha meyakinkan *norm leaders* untuk mengadopsi norma baru ini. *Norm leaders* merupakan negara-negara yang lebih dahulu mengadopsi norma. WHO dan PBB selaku *norm entrepreneurs* menginterpretasi kesehatan mental atau disebut *framing* (pembingkaiian) diawali sejak tahun 1991 oleh PBB yang merilis sebuah dokumen resmi berjudul “*Principles for The Protection of Persons with Mental Illness and The Improvement of Mental Health Care*”. Kemudian diikuti oleh WHO yang aktif mengadvokasi dengan merilis beberapa dokumen terkait pentingnya kesehatan mental, interpretasi disertai rasionalitas dan disebar melalui media secara tidak langsung hal ini meningkatnya urgensi terhadap kesehatan mental. Dalam *norm emergence* (kemunculan norma) ini terjadi proses *Organizational Platforms* yang menjadi wadah bagi WHO dan PBB selaku *norm entrepreneurs* untuk mempromosikan kesehatan mental.

Sejak tahun 1980-an, WHO telah bekerjasama dan berkoordinasi dengan beberapa organisasi internasional. *Organizational Platforms* kemudian dikonstruksi

untuk mempromosikan kesehatan mental seperti mengajak beberapa organisasi internasional terkait.

Setelah WHO dan PBB selaku *norm entrepreneurs* telah melakukan persuasi terhadap *norm leaders* maka isu kesehatan mental mencapai *tipping points* dengan munculnya banyak negara yang menyatakan ketertarikan untuk mengadopsi kebijakan kesehatan mental terbukti pada tahun 2011, 60% negara anggota WHO telah memiliki kebijakan kesehatan mental nasional, 71% negara yang memiliki rencana kesehatan mental dan 59% negara anggota yang memiliki undang-undang mengenai kesehatan mental (WHO, 2011).

Hingga tahap *tipping points* tercapai, dinamika yang berbeda dimulai. Banyak negara-negara mulai mengadopsi kebijakan kesehatan mental bahkan tanpa adanya tekanan domestik, sehingga berlanjut pada tahap *norm acceptance*.

*Norm acceptance* berkaitan dengan identitas negara secara fundamental. Budaya India sejak dahulu mengakui hubungan antara pikiran, tubuh, dan jiwa serta dampaknya terhadap kesehatan mental. Kebijakan kesehatan mental India telah diadopsi sejak tahun 1912 yaitu Undang-Undang terkait perawatan dan pengobatan orang sakit jiwa, namun rancangan tersebut masih dalam pertimbangan oleh pemerintah India kemudian kebijakan kesehatan nasional India mulai diadopsi sejak 2014.

Ada tiga motif yang mendasari pemerintah India mengadopsi kebijakan kesehatan mental, diantaranya legitimasi, kesesuaian dan penghargaan dimana India menyetujui dan mengadopsi resolusi Majelis Kesehatan Dunia (WHA) 65.4 yang ditetapkan pada forum Majelis Kesehatan Dunia (WHA) ke-65 berlangsung di Jenewa pada 21-26 Mei 2012 (NHPI, 2014, pp.2). Resolusi WHA 65.4 ini membahas tentang beban global gangguan mental dan perlunya respon komprehensif dan terkoordinasi dari sektor kesehatan dan sosial di tingkat masyarakat. India adalah salah satu sponsor utama resolusi ini. Hal ini dapat dikatakan sebagai legitimasi juga

kesesuaian sebagai bukti sosial pemerintah India mematuhi dan berperan aktif dalam kebijakan tersebut. Dengan mengadopsi resolusi serta menjadi salah satu sponsor aktif terkait resolusi kesehatan mental tersebut maka secara tidak langsung akan terjalin hubungan baik dari negara lain.

Pada tahap terakhir yaitu *norm internalization* dimana diskursus kesehatan mental dapat diterima secara luas sehingga diinternalisasi oleh negara dan sudah seharusnya ada sejak lama atau “*taken for granted*” (Finnemore dan Sikkink, 1998:93). Pada hari kesehatan mental dunia Oktober 2014, kementerian kesehatan dan kesejahteraan keluarga pemerintah India mengumumkan kebijakan kesehatan mental nasional pertama India.

### **Konsep sustainable development**

Konsep *Sustainable development* juga menjadi tujuan dari pemerintah India. *Vasudhaiva Kutumbakam* वसुधैव कुटुम्बकम्, ungkapan India kuno yang berarti "dunia adalah satu keluarga", dengan ringkas menangkap semangat pendekatan India terhadap semua aspek kehidupan termasuk pembangunan ekonomi, sosial dan lingkungan. Dengan demikian, Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) adalah bagian tak terpisahkan dari tradisi dan warisan lama Negara India.

Visi Kebijakan Kesehatan Mental Nasional India ialah untuk mempromosikan kesehatan mental, mencegah penyakit mental, memungkinkan pemulihan dari penyakit mental, mempromosikan destigmatisasi dan desegregasi, **dan memastikan inklusi sosio-ekonomi orang-orang yang terkena penyakit mental dengan menyediakan kesehatan yang dapat diakses**, terjangkau dan berkualitas dan kepedulian sosial kepada semua orang melalui rentang hidup mereka, dalam kerangka kerja berbasis hak (NMHP India, 2014).

## **Saran**

Melalui penelitian ini, semoga isu kesehatan mental dapat lebih dikembangkan dalam Ilmu Hubungan Internasional, isu kesehatan mental dalam HI menjadi hal menarik untuk didiskusikan karena berkaitan dengan upaya dalam mewujudkan pembangunan berkelanjutan (SDGs).

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku

- Beyyner Anna, C. (2017). *International political psychology: Exploration into a new discipline*. England, UK: Palgrave Macmillan.
- Burchill, S. et al. (2005). *Theories of international relations third edition*. New York, USA: Palgrave Macmillan.
- Cox Robert, W., & Harold K. Jacobson. (1973). *The Anatomy of Influence: Decision Making in International Organization*. London: Yale University Press.
- Kratochwil, F.W. (1989). *Rules, norms and decisions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mcglinchey, S. et al. (2017). *International relations theory*. Bristol, England: E-International Relations Publishing.
- Onuf Nicholas, G. (1989). *World of our making: Rules and rule in social theory and international relations*. Columbia: the University of South Carolina Press.
- Pearce, D. (1990). *Sustainable development: economics and environment in the third world*. London: Edward Elgar Publishing Limited.
- Pimm, S. (1991). *The balance of nature?: ecological issues in the conversation of species and communities*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Jackson, R., & George Sorensen. (1999). *Pengantar studi hubungan internasional*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Wendt, A. (1999). *Social theory of international relations*. Cambridge, UK: Cambridge University Pers.
- Zehfus, M. (2004). *Constructivism in international relations: The politics of Reality*. Cambridge, UK: The Press Syndicate of The University of Cambridge.

## Jurnal

- Abbott Kenneth, W., & Duncan Snidal. (1998). *Why States Act Through Formal International Organizations*. *Journal of Conflict Resolution*, 42(1), 3–33. doi:10.1177/0022002798042001001
- Barnett Michael, N., & Finnemore Martha. (1999). *The politics, power, and pathologies of international organizations*. *International Organization*, 53(4), 699–732. www.jstor.org/stable/2601307
- Chambers, R. (1989). *Vulnerability, coping and policy*. *IDS Bulletin*, 20(2), 1–7. Diakses dari doi.org/10.1111/j.1759-5436.1989.mp20002001.x
- Costanza, R. (2000). *The dynamics of the ecological footprint concept*. *Ecological Economics*, 32(2000), 341–345.
- Cox Robbert, W., Jacobson Harold, K., et al. (2008). *The anatomy of influence: decision making in international organizations*. *The Journal of Modern African Studies*, 14(2), 345–348. doi.org/10.1017/S0022278X00053349
- Curran, W.J. (1978). *Comparative analysis of mental health legislation in forty-three countries: a discussion of historical trends*. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1(1), 79–92. doi: 10.1016/0160-2527(78)90025-0
- Finnemore, M., & Kathryn Sikkink. (1998). *International Norm Dynamics and Political Change*. *International Organization*, 52(4), 887–917. Diakses dari www.jstor.org/stable/2601361
- Gray, R. (1991). *Economic measures of sustainability*. *Canadian Journal of Agricultural Economics*, 39(4), 627–635. Diakses dari doi.org/10.1111/j.1744-7976.1991.tb03614.x
- Haas, P.M. (1992). *Introduction: epistemic communities and international policy coordination*. *International Organization*. 46(1), 1–35. Diakses dari www.jstor.org/stable/2706951

- Holling, C.S. (1973). *Resilience and stability of ecological system*. Annual Review of Ecology and Systematics, 4, 1–23. Diakses dari doi.org/10.1146/annurev.es.04.110173.000245
- Jenkins, R. (2019). *Global mental health and sustainable development goals 2018*. BJPsych International, 16(2), 34. doi:10.1192/bji.2019.5
- Kolappa, K. et al. (2013). *No physical health without mental health: lesson unlearned?*. Bull World Health Organ, 91(1), 3-3A. Doi: 10.2471/BLT.12.115063
- Kratochwil, F.W., & Ruggie, J.G. (1986). *International organization: a state of the art on an art of the state*. International Organization, 40(04), 753-775. Doi:10.1017/S0020818300027363
- Lancet, (2018). *NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4*. Health Policy, 392(10152), 1072-1088. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31992-5
- Munasinghe, M. (2001). *Exploring the linkages between climate change and sustainable development: A challenge for transdisciplinary research*. Conservation Ecology 5(1): 14. Diakses dari www.ecologyandsociety.org/vol5/iss1/art14/
- Perrings, C. (1994). *Ecological resilience in the sustainability of economic development*. Environmental Economics and Policy 9405: 1-22. Diakses dari doi: 10.22004/ag.econ.263925
- Peterson, G. (1998). *Ecological resilience, biodiversity and scale*. Ecosystems 1(1): 6-18. Diakses dari doi:10.1007/s100219900002
- Pimm, S. (1984). *The complexity and stability of ecosystems*. Nature 307(5939): 321-326. Diakses dari doi:10.1038/307321a0

- Prince, M. et al. (2007). *No health without mental health*. Nature 370(9590): 853-877.  
Diakses dari doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0
- Roidatunisa. (2009). *Peranan world health organization (who) melalui global programme on aids dalam menangani kasus hiv/aids di Indonesia (2001-2006)*. (Skripsi, Universitas Komputer Indonesia, 2009). Diakses dari <https://elib.unikom.ac.id/files/disk1/394/jbptunikompp-gdl-roidatunis-19690-1-pdfroid-8.pdf>
- Schimmelfennig, F. (2000). *International Socialization in the New Europe:: Rational Action in an Institutional Environment*. European Journal Of International Relations, 6(1): 109-139. doi.org/10.1177/1354066100006001005
- Susan, P., (2005). *Norm diffusion within international organizations: a case study of the world bank*. Journal of International Relations and Development, 8(2), 111-141. doi:10.1057/palgrave.jird.180005
- True, J., & Mintrom, M., (2001). *Transnational networks and policy diffusion: the case of gender mainstreaming*. International Studies Quarterly, 45(1), 27-57. Doi:10.1111/0020-8833.00181
- Ruggie, J.G. (1993). *Territoriality and beyond: problematizing modernity in international relation*. International Organization, 47(1), 139-174. Diakses dari [www.jstor.org/stable/2706885](http://www.jstor.org/stable/2706885)
- Zhou, W., Yu, Y., & Yang, M. (2018). *Policy development and challenges of global mental health: A systematic review of published studies of national-level mental health policies*. BMC Psychiatry, 18(138), 2. doi:10.1186/s12888-018-1711-1

## **Dokumen**

Government of India. (2020). *India VNR 2020: decade of action taking sdgs from global to local*. New Delhi, India: Author. Diakses tanggal 29 Mei 2020, dari <http://www.niti.gov.in/node/1242>

National Health Mission Government of India. (2014). *National Mental Health Policy of India*. New Delhi, India: Author. Diakses tanggal 29 Mei 2020, dari [https://nhm.gov.in/images/pdf/National\\_Health\\_Mental\\_Policy.pdf](https://nhm.gov.in/images/pdf/National_Health_Mental_Policy.pdf)

Munasinghe, M. (2007). *Sustainable development triangle*. Rio: Munasinghe Institute for Sustainable Development. Diakses tanggal 30 Mei 2020, dari [https://www.researchgate.net/publication/295539679\\_Sustainable\\_Development\\_Triangle](https://www.researchgate.net/publication/295539679_Sustainable_Development_Triangle)

The Lancet. (2018). *The lancet commission on global mental health and sustainable development*. London, UK: Author. Diakses tanggal 2 Agustus 2020, dari [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

Tim Penyusun Prodi Ilmu Hubungan Internasional. (2020). *Panduan penulisan proposal, skripsi dan lembar kendali pembimbingan*. Makassar: Fisip-Ilmu Hubungan Internasional Universitas Bosowa Makassar.

United Nations. (1987). *World Commission on Environment and Development*. New York, USA: Author.

United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. New York, USA: Author.

United Nations. (2017). *India voluntary national review report on the implementation of the sustainable development goals*. New York, USA: Author.

World Health Organization. (2002). *Nations for mental health: final report*. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization. (2010). *Best practices: Mental health policy and planning*. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization. (2011). *Mental health atlas 2011*. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization. (2015). *Mental health, well-being, and disability: A new global priority key united nations resolutions and documents*. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization. (2017). *Mental health atlas 2017*. Geneva, Switzerland: Author.

World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: Global health estimates*. Geneva, Switzerland: Author.

### **Website**

CNN World. (2020, September 7). *India didn't prioritize mental health before Covid-19. Now it's paying the price*. Diakses dari [edition.cnn.com/2020/09/06/india/india-mental-health-dst-intl-hnk/index.html](https://edition.cnn.com/2020/09/06/india/india-mental-health-dst-intl-hnk/index.html)

The Hindu. (2016, June 7). *India saw 1,35,445 suicides last year*. Diakses dari [www.thehindu.com/news/national/india-saw-135445-suicides-last-year/article4849710.ece](http://www.thehindu.com/news/national/india-saw-135445-suicides-last-year/article4849710.ece)

The World Bank. (2020, April 2). *Mental health*. Diakses dari <https://www.worldbank.org/en/topic/mental-health>

Turekian, V.C., Moore, A., & Rasenick, M.M. (2014, June 23). *Mental health diplomacy: Building a global response*. Diakses dari

<http://www.sciencediplomacy.org/editorial/2014/mental-health-diplomacy-building-global-response>

Oxford Research Encyclopedia. (2010). *Norms and social constructivism in international relations*. Oxford University: Hoffmann, M.J. doi.org/10.1093/acrefore/9780190846626.013.60

Johari, A. (2014). Five reasons why India's first mental health policy is an impressive document. Scroll.in. Diakses dari <https://scroll.in/article/684038/five-reasons-why-indias-first-mental-health-policy-is-an-impressive-document>

World Health Organization. (2012, May 26). *Sixth-fifth World Health Assembly*. Geneva, Switzerland: Author. Diakses dari [who.int/mediacentre/events/2012/wha65/en/](http://who.int/mediacentre/events/2012/wha65/en/)

World Health Organization. (2016). *Mental health and substance use: suicide data*. Geneva, Switzerland: Author. Diakses dari [www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data](http://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data)

World Health Organization. (2018). *Mental health: Strengthening our response*. Geneva, Switzerland: Author. Diakses dari [www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response](http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response)

World Health Organization. (2019). *Mental health*. Geneva, Switzerland: Author. Diakses dari [www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health](http://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health)