

“Jika Diedukasi, Kami Siap”: Perspektif Kesiapan Pokdarwis Dalam Kesehatan Jiwa Berbasis Pariwisata

Shofi Khaqul Ilmy^a, Made Bayu Oka Widiarta^b, I Komang Gunawan Landra^c, Kadek Dwi Pitriyani^d, I Gusti Ayu Armadhira Iswa Adi^e

^{a,b,d,e}Prodi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners, Fakultas Kedokteran, Universitas Pendidikan Ganesha, Singaraja 81116, Bali, Indonesia.

^cDepartemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran, Universitas Pendidikan Ganesha, Singaraja 81116, Bali, Indonesia.

^eRSUD Buleleng, Singaraja 81116, Bali, Indonesia.

e-mail korespondensi: nilmy@undiksha.ac.id

ABSTRACT

Objective: This study explored the readiness of *Kelompok Sadar Wisata* (Pokdarwis) to integrate community mental-health promotion within local tourism in Buleleng, Bali. It applies the *Community Readiness Model* (CRM) to a tourism-community stakeholder context to generate stage-matched priorities for program development.

Methods: A qualitative descriptive study informed by phenomenological inquiry was conducted from July-October 2024. Data were collected through face-to-face semi-structured interviews with seven active Pokdarwis members, supported by field notes and document review. Transcripts were analyzed using *Template Analysis*, with CRM used as a sensitizing framework to map readiness stages. Trustworthiness was ensured through member checking, peer debriefing, reflexive journaling, and an audit trail.

Results: Participants perceived mental health largely through a physical-health lens, expressed stigma-related concerns, and reported limited institutional support and unclear referral pathways. Despite recognizing tourism's potential as a restorative setting, organizational capacity and program planning remained early-stage. CRM mapping indicated readiness ranging from vague awareness to preplanning.

Conclusions: Strengthening mental-health literacy, clarifying safe referral pathways, and building local partnerships are critical stage-matched priorities to move Pokdarwis toward action. This study contributes evidence on how CRM can guide tourism-community stakeholders in implementing feasible, culturally grounded community mental-health initiatives.

Keywords: Community mental health, community readiness, local tourism, phenomenology.

ABSTRAK

Tujuan: Penelitian ini mengeksplorasi kesiapan *Kelompok Sadar Wisata* (Pokdarwis) dalam mengintegrasikan promosi kesehatan jiwa berbasis komunitas ke dalam pariwisata lokal di Buleleng, Bali. Studi ini menerapkan *Community Readiness Model* (CRM) pada konteks pemangku kepentingan komunitas pariwisata untuk menghasilkan prioritas pengembangan program yang sesuai tahap kesiapan (*stage-matched priorities*).

Metode: Penelitian kualitatif deskriptif yang diinformasikan oleh pendekatan inkuiri fenomenologis dilakukan pada Juli–Oktober 2024. Data dikumpulkan melalui wawancara tatap muka semi-terstruktur terhadap tujuh anggota Pokdarwis yang aktif, didukung catatan lapangan dan telaah dokumen. Transkrip dianalisis menggunakan *Template Analysis*, dengan CRM digunakan sebagai kerangka pemantik (*sensitizing framework*) untuk memetakan tahap kesiapan. Keabsahan data dijaga melalui *member checking*, *peer debriefing*, *reflexive journaling*, dan *audit trail*.

Hasil: Partisipan memaknai kesehatan jiwa terutama melalui lensa kesehatan fisik, mengungkapkan kekhawatiran terkait stigma, serta melaporkan dukungan institusional yang terbatas dan jalur rujukan yang belum jelas. Meskipun pariwisata dipandang berpotensi sebagai ruang restoratif, kapasitas organisasi dan perencanaan program masih berada pada tahap awal. Pemetaan CRM menunjukkan kesiapan berada pada rentang *vague awareness* hingga *preplanning*.

Kesimpulan: Penguatan literasi kesehatan jiwa, penegasan jalur rujukan yang aman, dan pembangunan kemitraan lokal merupakan prioritas sesuai tahap kesiapan untuk mendorong Pokdarwis menuju tahap aksi. Studi ini memberikan bukti mengenai bagaimana CRM dapat memandu pemangku kepentingan komunitas pariwisata dalam mengimplementasikan inisiatif promosi kesehatan jiwa yang layak, kontekstual, dan berakar budaya.

Kata Kunci: Kesehatan jiwa komunitas, kesiapan komunitas, pariwisata lokal, fenomenologi.

PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa merupakan komponen esensial dalam pencapaian kesejahteraan individu dan masyarakat (Gautam et al., 2024). Gangguan atau masalah kesehatan jiwa berdampak pada kualitas hidup, produktivitas, dan beban sosial-ekonomi (Ilmy, Noorhamdani and Windarwati, 2020; Defar et al., 2023). Data nasional terbaru menunjukkan proporsi penduduk usia ≥ 15 tahun dengan indikasi masalah kesehatan jiwa masih bermakna sebesar 2,0%. Sedangkan di provinsi Bali terdeteksi 0,3% mengalami masalah kesehatan jiwa (lebih kecil dibanding nasional), dan jika diproyeksikan (jumlah penduduk di Provinsi Bali 4,46 juta), akan terdapat sekitar 13.380 orang yang berisiko mengalami masalah kesehatan jiwa (Kemenkes, 2023). Angka ini menandakan bahwa masih terdapat beban masalah kesehatan jiwa yang belum tuntas dan mengisyaratkan strategi promotif-preventif yang kontekstual dengan sumber daya lokal.

Kebutuhan promosi kesehatan jiwa berbasis komunitas menjadi semakin mendesak karena hambatan akses layanan kesehatan jiwa masih nyata, terutama dipengaruhi oleh stigma, keterbatasan dukungan sosial, serta kendala biaya dan rujukan. Studi kualitatif di Indonesia menunjukkan bahwa stigma dan akses layanan yang tidak mudah, termasuk ketidakjelasan jalur rujukan serta faktor ekonomi, masih menjadi penghalang utama bagi individu untuk memperoleh layanan kesehatan jiwa yang tepat waktu (Munira, Liamputtong and Viwattanakulvanid, 2023). Pada saat yang sama, tinjauan sistematis menegaskan bahwa stigma dan diskriminasi tetap menjadi isu krusial yang memperlebar “treatment gap” dan menghambat perilaku mencari pertolongan. Kondisi ini menuntut strategi promotif-preventif yang lebih dekat dengan warga, lebih dapat diterima secara sosial-budaya, dan mampu menghubungkan komunitas dengan jalur bantuan yang aman (Lui, Sagar-Ouriaghli and Brown, 2024).

Kabupaten Buleleng dikenal sebagai kawasan pariwisata dengan lanskap alam

dan budaya yang beragam (Badan Riset dan Inovasi Daerah Kabupaten Buleleng, 2022). Pasca-pandemi, dinamika sosial-ekonomi pariwisata memunculkan tantangan kesehatan jiwa, munculnya stres, kecemasan, dan penurunan well-being, sekaligus memberikan peluang kepada perawat untuk mengatasi hal tersebut (Budhi, Lestari and Suasih, 2022). Masyarakat harus melakukan berbagai penyesuaian dalam hidup mereka pasca-pandemi, peluang ini terbuka sehingga perawat jiwa mampu melakukan upaya promosi dan prevensi untuk mencegah perburukan (seperti depresi ataupun bunuh diri) (Windarwati et al., 2024). Sejumlah bukti menunjukkan paparan alam dan aktivitas berbasis budaya dapat menurunkan stres dan memulihkan perhatian, dijelaskan melalui Attention Restoration Theory dan Stress Recovery Theory (Ohly et al., 2016; Twohig-Bennett and Jones, 2018; Fancourt and Tymoszuk, 2019). Dengan demikian, pariwisata lokal berpotensi dimanfaatkan sebagai wahana promosi dan pencegahan masalah kesehatan jiwa bila dikelola secara aman dan beretika.

Walaupun terdapat bukti bahwa wisata berbasis alam dapat mendukung kesehatan mental, implementasi promosi kesehatan jiwa di tingkat komunitas tetap menghadapi tantangan klasik, seperti stigma, keraguan untuk mencari bantuan, dukungan kelembagaan yang terbatas, serta jalur rujukan yang tidak jelas. Studi-studi terkini menunjukkan bahwa stigma masih menghambat help-seeking pada berbagai konteks, dan tinjauan sistematis juga menegaskan adanya hambatan berlapis (pengetahuan, sikap, akses, dan faktor sosial) terhadap perilaku mencari pertolongan (Gallimore et al., 2023). Di Indonesia, hambatan tersebut juga tampak pada tingkat komunitas dan layanan, sehingga integrasi promosi kesehatan jiwa ke dalam ekosistem desa wisata memerlukan pendekatan yang tidak hanya “menawarkan program”, tetapi terlebih dulu memastikan kesiapan aktor lokal untuk menerima, merencanakan, dan menjalankan program

secara aman serta berjejaring dengan layanan kesehatan. Sayangnya, sampai saat ini, kajian yang secara spesifik mengukur kesiapan Pokdarwis (sebagai aktor kunci tata kelola desa wisata) untuk mengintegrasikan promosi kesehatan jiwa, serta menghasilkan rekomendasi tindakan yang sesuai tahap kesiapan (stage-matched actions), masih sangat terbatas

Kelompok Sadar Wisata (Pokdarwis) berperan strategis sebagai penggerak destinasi, pengelola atraksi, sekaligus jembatan antara masyarakat, pelaku usaha, dan pemerintah desa dalam ekosistem pariwisata desa (Setiawan, 2022). Namun, kajian yang menelaah bagaimana anggota Pokdarwis memaknai “kesiapan” untuk mengintegrasikan aktivitas wisata dengan upaya kesehatan jiwa masih terbatas. Penelitian yang ada cenderung mendeskripsikan potensi wisata untuk well-being, tanpa mengurai kapasitas, kepemimpinan, iklim sosial, pengetahuan isu, pengetahuan tentang upaya, dan sumber daya yang diperlukan agar program berbasis komunitas benar-benar dapat dijalankan (Garzón Vásquez, Guzmán Rincón and Cala Vitery, 2025; Shrestha et al., 2025).

Berdasarkan kesenjangan tersebut, penelitian ini bertujuan mengeksplorasi kesiapan Kelompok Sadar Wisata (Pokdarwis) dalam mengintegrasikan promosi kesehatan jiwa berbasis komunitas ke dalam konteks pariwisata lokal di Buleleng, Bali. Studi ini menggunakan Community Readiness Model (CRM) untuk memetakan tahap kesiapan dan menerjemahkannya menjadi prioritas pengembangan program yang selaras dengan tingkat kesiapan (misalnya penguatan literasi kesehatan jiwa, penataan rujukan yang aman, dan kemitraan lokal). Kontribusi utama penelitian ini adalah menghadirkan bukti empiris bahwa CRM dapat diaplikasikan pada pemangku kepentingan komunitas-pariwisata untuk menghasilkan rekomendasi yang lebih feasible dan terarah, sejalan dengan penggunaan CRM dalam berbagai konteks promosi kesehatan komunitas yang

menekankan pentingnya pemetaan kesiapan sebelum intervensi dan perencanaan aksi berbasis tahap

METODE

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif deskriptif untuk menggali dan mendeskripsikan esensi pengalaman anggota Kelompok Sadar Wisata (Pokdarwis) mengenai kesiapan mengintegrasikan pariwisata lokal dengan upaya kesehatan jiwa di Kabupaten Buleleng, Bali (Giorgi, 2009). Pendekatan ini dipilih karena berorientasi pada “menggambarkan apa adanya” (to describe, not explain/interpret beyond the data) tentang pengalaman hidup partisipan, sehingga keluaran yang dihasilkan berupa deskripsi tematik yang jernih mengenai bagaimana kesiapan dipahami, dialami, dan dimaknai dalam konteks kerja Pokdarwis dan ekosistem desa wisata.

Dalam penelitian ini, CRM diposisikan sebagai kerangka sensitisasi guna menstrukturkan penggalan data dan sintesis lintas-kasus pada enam dimensi, diantaranya upaya yang ada, pengetahuan tentang upaya, kepemimpinan, iklim komunitas, pengetahuan tentang isu, dan sumber daya. Pendekatan ini memungkinkan pendalaman pengalaman individual sekaligus pemetaan indikator tingkat kesiapan komunitas secara kualitatif. Penelitian berlangsung Juli-Oktober 2024.

Tabel 1. Karakteristik Demografis Partisipan (n=7)

Partisipan	Usia	Jenis kelamin	Tingkat Pendidikan	Lama keanggotaan (tahun)	Peran
P1	42	Laki-laki	Diploma 3	3	Koordinator
P2	41	Laki-laki	SMP	2	Anggota
P3	43	Laki-laki	SMA	3	Anggota
P4	35	Laki-laki	S1	2	Anggota
P5	30	Perempuan	SMA	1	Anggota
P6	40	Laki-laki	SMA	2	Koordinator
P7	28	Perempuan	SMA	1	Anggota

Catatan: Seluruh partisipan adalah anggota aktif kelompok sadar wisata di wilayah Buleleng.

Setting dan Partisipan Penelitian

Lokasi penelitian berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng. Partisipan adalah pengurus dan anggota Pokdarwis yang menjadi aktor kunci pengelolaan destinasi wisata (rincian pada Tabel 1). Strategi penentuan partisipan menggunakan teknik snowball sampling, rekrutmen difasilitasi oleh Ketua Pokdarwis sebagai gatekeeper untuk akses komunitas, potensi bias seleksi diminimalkan dengan kriteria inklusi tertulis, undangan kepada seluruh anggota yang memenuhi syarat, serta konfirmasi independen oleh peneliti terhadap kelayakan partisipan. Kriteria inklusi yang ditetapkan oleh peneliti diantaranya: (1) Berusia 20–45 tahun (laki-laki/perempuan); (2) Anggota aktif pokdarwis \geq 6 bulan; (3) berdomisili di desa wisata setempat (lingkup Kabupaten Buleleng); (4) Mampu berkomunikasi lisan dalam Bahasa Indonesia/Bali; (5) bersedia mengikuti wawancara mendalam. Sedangkan kriteria eksklusi yang digunakan gangguan komunikasi berat atau kondisi kesehatan yang menghambat wawancara.

Partisipan akhir yang terlibat dalam penelitian ini sebesar tujuh (7) partisipan. Hal ini telah memenuhi kriteria besar partisipan berdasarkan rekomendasi Creswell (2015), bahwa jumlah partisipan penelitian desain fenomenologi 5-25 orang. Peneliti menghentikan proses rekrutmen partisipan baru ketika informasi baru tidak

menambah makna tema (saturasi konseptual).

Peran dan Refleksivitas Peneliti

Tim peneliti berlatar keperawatan jiwa dan psikiatri, serta memahami konteks lokal Buleleng. Potensi bias kedekatan konteks dikelola melalui: (1) bracketing (menuliskan dugaan/harapan awal sebelum pengumpulan data), (2) jurnal reflektif harian selama lapangan, dan (3) peer debriefing terjadwal dengan rekan sejawat yang tidak terlibat lapangan untuk menguji interpretasi.

Pengumpulan Data

Wawancara mendalam semi-terstruktur dilakukan tatap muka di lokasi yang dipilih partisipan (balai desa, sekretariat Pokdarwis, atau ruang terbuka yang tenang), berdurasi 45–75 menit per partisipan, direkam audio dengan izin. Pedoman wawancara disusun mengacu pada dimensi CRM sebagai panduannya. Pedoman wawancara memotret: (1) Kondisi kesehatan jiwa masyarakat di kawasan wisata (knowledge of issue); (2) Upaya yang telah dilakukan masyarakat dalam meningkatkan kesehatan jiwa (community effort); (3) Pengorganisasian Pokdarwis untuk upaya kesehatan jiwa dan peran stakeholder (leadership); (4) Pandangan masyarakat pada kesehatan jiwa (community climate); (5) Pengetahuan mengenai upaya kesehatan jiwa yang ada (knowledge of effort); dan (6) Sumber daya pariwisata untuk peningkatan kesehatan jiwa masyarakat (resource). Selanjutnya peneliti membuat catatan lapangan (konteks, non-verbal, situasi

sosial) dan mengumpulkan dokumen relevan (profil desa wisata, SOP kegiatan, brosur/unggahannya promosi) untuk triangulasi ringan.

Seluruh rekaman ditranskrip verbatim pada hari yang sama; bila ada bagian berbahasa Bali, dilakukan terjemahan dan back-translation oleh penutur asli untuk menjaga makna. Selanjutnya data disimpan dalam berkas terpisah: identitas (daftar kode) dan data penelitian (transkrip, catatan lapangan) dengan akses terbatas peneliti. Kutipan pada hasil ditampilkan dengan kode (mis. P1, Koordi atau P5 untuk anggota) untuk meminimalkan deductive disclosure pada komunitas kecil.

Analisis Data

Analisis data dilakukan menggunakan Template Analysis dalam bingkai fenomenologi deskriptif. Peneliti terlebih dahulu melakukan familiarisasi melalui pembacaan berulang seluruh transkrip, menyusun ringkasan idiografik per kasus dan memo reflektif untuk menjaga bracketing/epoché terhadap praduga peneliti. Tahap berikutnya adalah preliminary coding pada sebagian transkrip (1–2 transkrip pertama) secara induktif, menangkap unit makna yang berulang terkait pengalaman dan persepsi kesiapan anggota Pokdarwis terhadap upaya kesehatan jiwa berbasis pariwisata.

Sebagai prior knowledge, CRM digunakan sebagai konsep sensitivasi menstrukturkan template awal pada enam domain. Kode-kode induktif yang muncul dari data kemudian dipetakan ke domain CRM yang paling sesuai atau dibentuk sebagai sub-tema baru bila belum terwakili melalui qualitative mapping peneliti. Dengan prinsip fleksibilitas TA, peneliti melakukan aplikasi–revisi iteratif terhadap template (mis. menggabung/memisah tema, menaik-turunkan level tema/sub-tema, atau memindahkan kode lintas domain jika koherensi data menuntut), sampai diperoleh template final (v1.0) yang stabil. Seluruh keputusan revisi, boundary/negative cases, dan perubahan struktur dicatat dalam audit

trail (versi v0.1 → v0.4 → v1.0) beserta memo analitik.

Untuk keabsahan temuan, kredibilitas hasil dijaga melalui member checking (ringkasan tema dibahas kembali dengan sebagian partisipan) dan peer debriefing dengan pakar keperawatan komunitas dan stakeholder terkait. Dependabilitas dan konfirmabilitas diperkuat oleh audit trail (versi kode, keputusan analitik, memo reflektif) serta pengodean ganda terbatas. Transferabilitas ditopang dengan konteks desa wisata (demografi, jenis atraksi, pola kunjungan) dan variasi (peran, gender, lama keanggotaan). Potensi bias karena kedekatan konteks dikelola lewat bracketing awal dan jurnal reflektif sepanjang proses

Persetujuan Etik

Penelitian ini telah memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran, Universitas Pendidikan Ganesha (No. 044/UN48.24.11/LT/2024). Partisipan menandatangani **lembar persetujuan setelah penjelasan**; hak untuk menolak/berhenti kapan pun dijamin; apresiasi non-moneter yang wajar diberikan (konsumsi dan transport lokal). Risiko minimal (potensi ketidaknyamanan emosional saat membahas stres) dikelola dengan **distress protocol** dan **rujukan ke puskesmas** bila diperlukan.

HASIL

Tema 1: Makna Kesehatan pada Dimensi Kesehatan Jiwa

Temuan menunjukkan bahwa sebagian besar partisipan memaknai kesehatan secara sempit sebagai ketiadaan keluhan fisik. Pemaknaan ini berimplikasi pada kurangnya perhatian terhadap aspek psikologis dan sosial dari kesehatan jiwa. Selain itu, stres dipersepsikan sebagai bagian normal dari kehidupan sehari-hari, sehingga konsekuensi psikologisnya kurang diakui. Pada sisi lain, sebagian partisipan mengaitkan gangguan jiwa dengan kerangka kepercayaan spiritual seperti karma dan kesurupan. Rangkaian pemaknaan tersebut menggambarkan kondisi pengetahuan isu yang masih terbatas.

Sub-tema 1.1: Sehat adalah tidak ada keluhan (fisik)

Partisipan menempatkan tubuh sebagai indikator utama kesehatan. Hal ini tampak dari pernyataan:

“Menurut saya sehat itu tidak sakit; kalau tidak sakit kita bisa bekerja dan memenuhi kebutuhan sehari-hari.” (P2)

“Saya kurang paham, tapi sehat itu tidak ada keluhan fisik, bisa bekerja, beraktivitas, tidak merepotkan orang lain.” (P4)

Kutipan tersebut mengisyaratkan bahwa kriteria “sehat” diartikan pada absennya gejala somatik, sementara dimensi kejiwaan belum tampil sebagai bagian integral dari definisi sehat.

Sub-tema 1.2: Stres itu hal biasa (normalisasi beban psikologis)

Stres dipandang wajar dan tidak selalu diposisikan sebagai isu kesehatan jiwa yang perlu dikelola. Seorang partisipan menyatakan:

“Pikiran sehat itu tidak stres; saya susah jelaskan lebih rinci.” (P1, Koord).

“Stres itu bagian hidup sehari-hari; yang penting kita jalani saja.” (P7)

Normalisasi ini menunjukkan kesadaran yang terbatas terhadap dampak stres pada kesejahteraan psikologis, serta keterbatasan kosakata/konsep untuk mengartikulasikan kesehatan jiwa secara lebih komprehensif.

Sub-tema 1.3: Karma dan kesurupan (Gangguan jiwa dari lensa spiritual)

Sebagian partisipan menafsirkan gangguan jiwa melalui kepercayaan spiritual, seperti pernyataan partisipan sebagai berikut:

“Kalau ‘gila’ itu karena karma di masa lalu, karma buruk.” (P3)

“Di daerah sini, orang yang ngamuk atau teriak sering dianggap kesurupan, leluhur menyampaikan pesan.” (P2)

Narasi ini menempatkan fenomena gangguan jiwa dalam bingkai budaya-Shofi Khaqul Ilmy, dkk., *Jika Diedukasi, Kami Siap...*

religius, yang di satu sisi memaknai pengalaman secara kontekstual, namun di sisi lain berpotensi mengaburkan kebutuhan akan bantuan psikososial dan layanan kesehatan jiwa formal.

Secara keseluruhan, pemaknaan kesehatan yang lebih berorientasi pada fisik, normalisasi stres, serta atribusi spiritual terhadap gangguan jiwa menunjukkan keterbatasan pengetahuan isu di tingkat komunitas. Dalam kerangka CRM, tema ini membahas tentang aspek pengetahuan tentang isu. Pola mengindikasikan posisi pada rentang *vague awareness*, atau isu dikenali secara umum, namun belum dipahami secara konseptual/klinikal dan belum diprioritaskan sebagai kebutuhan yang memerlukan respons terstruktur.

Tema 2: Isu yang Sunyi, Tapi Patut untuk Dibahas

Temuan pada dimensi iklim komunitas menunjukkan bahwa isu kesehatan jiwa belum menonjol dalam percakapan publik, sementara aktivitas wisata lebih dipahami sebagai sarana rekreasi/kebugaran, bukan pemulihan psikologis. Meski demikian, keterbukaan terhadap arahan dari pihak kesehatan dan pemerintah desa tampak jelas, menandakan peluang penguatan isu bila disertai dukungan dan sosialisasi yang tepat.

Sub-tema 2.1: Jarang dibicarakan (low salience dalam percakapan komunitas).

Isu kesehatan jiwa belum mendapatkan ruang diskusi yang memadai di tingkat komunitas. Hal ini tercermin dari pernyataan partisipan:

“Kami belum pernah dapat edukasi khusus tentang kesehatan jiwa.” (P2)

“Topik jiwa jarang dibicarakan di rapat desa atau Pokdarwis.” (P5)

Minimnya paparan memperkuat kesan bahwa kesehatan jiwa belum menjadi agenda bersama, sehingga urgensi dan rute tindakan kolektif belum terbentuk.

Sub-tema 2.2: Wisata dipahami sebagai sekadar rekreasi

Destinasi dan aktivitas wisata diposisikan terutama sebagai hiburan atau olahraga, bukan sebagai medium pemulihan mental. Hal tersebut dinyatakan berdasarkan pernyataan berikut:

“Bagi kami, wisata itu untuk senang-senang, anak muda datang buat foto.” (P4)

“Yang kami rasakan lebih ke kebugaran, misalnya berenang, bukan untuk jiwa.” (P3)

Cara pandang ini menunjukkan adanya kesenjangan narasi. manfaat psikologis alam/aktivitas budaya belum dipromosikan sebagai bagian dari pengalaman berwisata.

Sub-tema 2.3: Siap jika diarahkan (keterbukaan terhadap arahan)

Kendati sunyi, iklim komunitas bersifat reseptif terhadap inisiatif baru, terutama bila ada rujukan dan dukungan teknis dari layanan kesehatan. Pernyataan yang mendukung seperti berikut:

“Jika diedukasi, kami siap” (P1, Koord)

“Kalau ada arahan dari puskesmas, kami siap ikut dan jalankan.” (P6, Koord)

“Perlu sosialisasi supaya warga paham manfaatnya.” (P2)

Kutipan ini menandai kesiapan kondisional, yang ditandai dengan kemauan bergerak hadir, tetapi menunggu kompas yang jelas. Secara keseluruhan, iklim sosial terhadap isu kesehatan jiwa masih sunyi namun terbuka terhadap arahan dan dukungan, sejalan dengan indikasi tahap *vague awareness* pada tahap *preplanning* dalam kerangka CRM.

Tema 3: Potensi yang melimpah, tetapi belum terarah (Upaya yang belum menjadi terapi)

Temuan pada dimensi “upaya yang ada” menunjukkan bahwa potensi pariwisata alam dan budaya di Buleleng melimpah, namun belum diposisikan secara spesifik sebagai wahana pemulihan psikologis. Aktivitas yang terkait kesehatan jiwa masih bersifat insidental, serta belum ditopang oleh standar atau paket kegiatan yang terstruktur.

Shofi Khaqul Ilmy, dkk., Jika Diedukasi, Kami Siap....

Kondisi ini mengisyaratkan belum terbentuknya kerangka mampu memanfaatkan aset wisata menjadi intervensi komunitas yang aman, beretika, dan berkelanjutan.

Sub-tema 3.1: Wisata ada, belum ada terapi (Aset belum diposisikan terapeutik)

Aset destinasi alam tersedia luas, tetapi belum diartikulasikan sebagai ruang pemulihan mental:

“Di Buleleng banyak air terjun, pemandian air panas, trekking, semua bagus.” (P1, Koord)

“Belum pernah kami promosikan destinasi khusus untuk kesehatan jiwa.” (P2)

Kutipan ini memperlihatkan adanya kesenjangan pemaknaan, dari “atraksi” menuju “fungsi terapeutik” yang belum menjadi fokus pengelolaan.

Sub-tema 3.2: Bergerak sesekali (Aktivitas insidental)

Aktivitas yang berpotensi menyehatkan jiwa muncul sesaat tanpa kesinambungan dan tujuan yang jelas terkait kesehatan jiwa, yang ditunjukkan dari pernyataan-pernyataan berikut:

“Kadang ada jalan sehat bareng, tapi tidak rutin dan tujuannya bukan jiwa.” (P7)

“Kegiatan healing sifatnya sesekali, belum jadi program.” (P5)

Pola insidental ini menandakan ketiadaan agenda rutin dan indikator keberhasilan yang disepakati bersama.

Sub-tema 3.3: Tanpa rancangan program (Belum ada standar atau paket wisata restoratif)

Belum tersedia kerangka operasional untuk memastikan keselamatan dan mutu kegiatan:

“Kami belum punya SOP untuk kegiatan yang menenangkan pikiran.” (P6, Koord)

“Belum ada paket terstruktur, durasi, rute, apa yang dilakukan.” (P4)

Ketiadaan standar operasional dan paket membuat replikasi dan evaluasi upaya

menjadi sulit, serta menyulitkan integrasi dengan alur rujukan layanan kesehatan.

Secara keseluruhan, upaya yang ada bersifat embrionik (aset tersedia, tetapi belum diarahkan menjadi intervensi yang terstandar dan berorientasi pemulihan psikologis); aktivitas masih insidental dan tidak dibingkai dalam paket “wisata restoratif”; dan SOP untuk keselamatan, rujukan, serta indikator proses–hasil belum disusun. Dalam kerangka CRM, pola ini mengindikasikan tahap *preplanning*, partisipan telah mengakui potensi dan menunjukkan minat, tetapi masih memerlukan pemetaan program, penyusunan SOP, dan percontohan paket kecil-skala agar aset dapat berfungsi sebagai wahana promotif dan preventif yang aman dan berkelanjutan.

Tema 4: Manfaat kesehatan jiwa yang belum dipromosikan

Temuan pada dimensi ini menunjukkan bahwa informasi mengenai pemanfaatan pariwisata lokal untuk kesehatan jiwa belum menjangkau warga dan pelaku secara memadai. Narasi promosi destinasi masih bertumpu pada rekreasi dan visualisasi media sosial, bukan pada pemulihan psikologis. Di saat yang sama, keterlibatan layanan kesehatan (*nakes*) dalam menginformasikan “pariwisata untuk kesehatan jiwa” masih terbatas, sehingga pesan yang sampai ke masyarakat tidak menegaskan dimensi kesejahteraan mental.

Sub-tema 4.1: Tidak dipikirkan masyarakat (Rendahnya pengetahuan masyarakat)

Warga belum mengaitkan aktivitas wisata dengan manfaat ketenangan atau pemulihan. Hal ini ditunjukkan dari pernyataan-pernyataan berikut ini:

“Orang-orang belum tahu jelas kalau wisata bisa untuk menenangkan pikiran.” (P5)

“Kami belum dapat informasi soal manfaat wisata untuk ‘jiwa’.” (P2)

Kedua kutipan menegaskan kurangnya informasi masyarakat mengenai orientasi

promotif–preventif kesehatan jiwa dalam konteks pariwisata lokal.

Sub-tema 4.2: Dinarasikan rekreasi, bukan untuk pemulihan dan ketenangan

Materi promosi masih menekankan aspek hiburan/estetika:

“Promosi kami fokus ke rekreasi dan foto-foto untuk media sosial.” (P4)

“Belum ada materi promosi tentang manfaat ‘pemulihan dan rasa tenang’.” (P1, Koord)

Arah pesan ini berimplikasi pada ketidakmunculan manfaat psikologis sebagai nilai jual yang sah dan berdampak.

Sub-tema 4.3: Minim keterlibatan Tenaga kesehatan

Kolaborasi dengan layanan kesehatan belum diarahkan pada isu kesehatan jiwa di destinasi, yang ditunjukkan dari pernyataan berikut:

“Perawat, bidan, atau dari puskesmas belum pernah membahas paket wisata untuk jiwa.” (P3)

“Kalau ada materi dari nakes, itu biasanya hipertensi, diabetes.” (P7)

Minimnya *touch point* *nakes* pada narasi destinasi membuat peran kesehatan jiwa di ruang wisata kurang kuat.

Secara keseluruhan, pengetahuan tentang upaya berada pada tingkat rendah karena pesan promosi belum mengangkat dimensi *well-being* mental dan kemitraan *nakes* belum terjalin dalam komunikasi publik. Dalam kerangka CRM, pola ini menahan komunitas pada rentang *vague awareness/preplanning*: potensi diakui, tetapi belum diterjemahkan menjadi pesan, materi, dan kanal yang konsisten.

Tema 5: Jika diedukasi, kami siap (Kesiapan yang menunggu arahan)

Temuan pada dimensi kepemimpinan menunjukkan adanya kemauan di kalangan Pokdarwis, namun kesiapan tersebut bersifat kondisional dan masih menunggu arahan dari sektor pemerintahan. Ketiadaan kepemimpinan yang jelas dan ritme koordinasi yang belum rutin membuat inisiatif terkait

kesehatan jiwa belum bertransformasi menjadi gerak programatik.

Sub-tema 5.1: Kesiapan kondisional (bergantung pada edukasi/dukungan)

Partisipan menegaskan kesiapan untuk bertindak jika mendapat pembekalan dan arahan teknis. Hal ini ditunjukkan dari pernyataan-pernyataan berikut ini:

“Jika diedukasi, kami siap mengelola kegiatan yang menenangkan.” (P6, Koord)

“Kalau ada arahan dari desa/puskesmas, kami jalankan.” (P1, Koord)

Kutipan ini menandai pola siap dengan syarat, kemauan ada, tetapi membutuhkan arahan operasional.

Sub-tema 5.2: Belum jelas dipimpin atau diarahkan

Belum terdapat figur penggerak yang diakui bersama untuk isu kesehatan jiwa, yang ditunjukkan dari pernyataan-pernyataan berikut:

“Sejauh ini belum ada orang khusus yang mengomandoi program ‘jiwa’.” (P5)

“Kami menunggu penunjukan siapa yang memimpin.” (P2)

Kondisi ini menyulitkan konsolidasi tindakan dan akuntabilitas, dengan munculnya harapan yang ada.

Sub-tema 5.3: Kolaborasi yang jarang dilakukan

Jejaring antar pokdarwis dan *stakeholder* telah ada tetapi belum terorganisasi spesifik untuk isu kesehatan jiwa, yang ditunjukkan dari pernyataan berikut:

“Koordinasi dengan puskesmas ada, tapi belum rutin untuk isu jiwa.” (P4)

“Kami butuh dukungan lintas sektor, bukan bergerak sendiri.” (P6, Koord)

Ini menunjukkan potensi kolaborasi yang belum dioptimalkan.

Kepemimpinan saat ini kondisional, adanya kemauan, tetapi arah, figur *stakeholder*, dan ritme koordinasi belum

terbentuk. Dalam CRM, pola ini mengindikasikan tahap *preplanning*, dengan peluang transisi ke *preparation* apabila desa/puskesmas menetapkan penanggung jawab, menyusun agenda koordinasi rutin, dan memberikan pembekalan teknis bagi Pokdarwis untuk menjalankan paket kegiatan yang aman dan terukur.

Tema 6: Potensi yang belum tertaut

Pada dimensi sumber daya, komunitas memiliki potensi yang beragam (alam, produk lokal, jejaring awal), namun belum dikondisikan menjadi dukungan program yang padu. Ketidakjelasan alur serta keterbatasan sumber daya manusia dan anggaran menghambat operasionalisasi wisata restoratif secara aman dan berkelanjutan.

Sub-tema 6.1: Potensi tersebar, tetapi tidak terkoordinasi

Aset produk dan atraksi ada, tetapi belum ditautkan ke tujuan kesehatan jiwa. Hal ini ditunjukkan dari pernyataan-pernyataan berikut ini:

“Produk lokal (jamu, aromaterapi) ada, tapi belum terhubung ke paket wisata.” (P2)

“Banyak potensi, tapi masih tersebar masing-masing.” (P5)

ini menandakan kebutuhan konsolidasi potensi-potensi yang ada dalam satu paket wisata dinilai memberikan nilai tambah wisata.

Sub-tema 6.2: Rujukan yang belum jelas

Kesiapsiagaan penanganan kasus psikologis di lapangan belum baku, yang dijelaskan sebagai berikut:

“Kalau ada pengunjung terlihat cemas, kami belum tahu alur rujukan.” (P3)

“Perlu kontak puskesmas yang jelas saat kegiatan.” (P1, Koord)

Tanpa standar operasional terkait rujukan, risiko salah tangani atau *missed opportunity* bantuan meningkat.

Sub-tema 6.3: Niat ada, tenaga dan dana terbatas (keterbatasan dana/SDM)

Keterbatasan sumber daya menghambat pelebagaan program, yang ditunjukkan dari pernyataan berikut:

“*Anggaran spesifik untuk program kesehatan jiwa belum ada.*” (P6, Koord)

“*Belum ada orang terlatih untuk memandu wisata restoratif.*” (P4)

(*people-place-program*), penyusunan standar operasional keselamatan & rujukan, pelatihan pelaku wisata, serta alokasi anggaran (*starter budget*). Dengan penguatan ini, komunitas berpotensi naik ke *preparation* dan mengeksekusi program secara lebih terukur.

Tabel 2. Penyusunan Tema Hasil Analisis berdasarkan CRM

Dimensi CRM	Tema Utama	Sub-tema Kunci	Indikasi Tahap
Pengetahuan tentang Isu	Tema 1: Makna Kesehatan pada Dimesi Kesehatan Jiwa	1) Sehat adalah tidak ada keluhan (fisik) 2) Stres itu hal biasa (normalisasi beban psikologis) 3) Karma dan kesurupan (lensa spiritual)	<i>Vague awareness</i>
Iklim Komunitas	Tema 2: Isu yang Sunyi, Tapi Patut untuk Dibahas	1) Jarang dibicarakan (<i>low salience</i> dalam komunitas) 2) Wisata dipahami sebagai sekedar rekreasi 3) Siap jika diarahkan (keterbukaan)	<i>Vague awareness</i> kepada <i>preplanning</i>
Upaya yang Ada	Tema 3: Potensi yang melimpah, tetapi belum terarah (Upaya belum menjadi terapi)	1) Wisata ada, tapi belum ada terapi 2) Bergerak sesekali (insidental) 3) Tanpa rancangan program (Belum ada standar atau paket restoratif)	<i>Preplanning</i>
Pengetahuan tentang Upaya	Tema 4: Manfaat Kesehatan Jiwa yang Belum Dipromosikan	1) Tidak dipikirkan masyarakat 2) Dinarasikan rekreasi, bukan untuk pemulihan dan ketenangan 3) Minim keterlibatan tenaga kesehatan	<i>Vague awareness / preplanning</i>
Kepemimpinan	Tema 5: “Jika Diedukasi, Kami Siap”: Kesiapan yang Menunggu Arahan	1) Kesiapan kondisional 2) Belum jelas dipimpin atau diarahkan 3) Kolaborasi yang jarang dilakukan	<i>Preplanning</i> menuju <i>Preparation</i>
Sumber Daya	Tema 6: Potensi yang belum tertaut	1) Potensi tersebar, tetapi tidak terkoordinasi 2) Rujukan belum jelas 3) Niat ada, tenaga dan dana terbatas	<i>Preplanning</i>

Hal ini menunjukkan kebutuhan pelatihan singkat, alokasi anggaran awal, dan dukungan teknis.

Ketersediaan aset potensi tidak otomatis menjadi kapasitas. Tanpa mengkondisikan sumber daya, standar operasional rujukan, dan penguatan SDM serta pendanaan, upaya sulit beranjak dari wacana. Dalam CRM, kondisi ini konsisten dengan *preplanning*. Langkah realistis meliputi: pemetaan aset-penanggung jawab

Shofi Khaqul Ilmy, dkk., Jika Diedukasi, Kami Siap....

PEMBAHASAN

Pada tahap ini, komunitas umumnya sudah “menyadari” adanya isu, tetapi belum memiliki pemahaman konseptual yang memadai, struktur dukungan, sumber daya, dan rencana kerja yang jelas untuk bergerak ke aksi. Pola tersebut tampak dari cara partisipan memaknai kesehatan jiwa yang masih dominan sebagai isu fisik, kekhawatiran terhadap stigma, serta belum adanya prosedur rujukan dan dukungan



institusional yang tegas. Pola readiness seperti ini konsisten dengan penggunaan Community Readiness Model (CRM) yang memang memetakan kesiapan komunitas berdasarkan dimensi pengetahuan isu, kepemimpinan, iklim komunitas, sumber daya, dan pengetahuan upaya, sehingga rekomendasi yang dihasilkan dapat dibuat bertahap (stage-matched) dan realistis (He et al., 2023).

Secara substantif, temuan tentang stigma dan pemahaman yang “menyempit” pada aspek fisik mengindikasikan bahwa hambatan utama bukan sekadar kurangnya program, tetapi kurangnya prasyarat implementasi: literasi kesehatan jiwa, rasa aman untuk membahas isu, dan legitimasi tata kelola rujukan. Literatur mutakhir menegaskan stigma dan diskriminasi masih menjadi penghalang yang persisten dan berdampak lintas level (individu–komunitas–sistem layanan kesehatan), sehingga intervensi yang efektif biasanya menekankan edukasi yang tepat sasaran, peningkatan kontak sosial yang aman, serta perubahan praktik organisasi dan layanan (Thornicroft et al., 2022). Dalam konteks Indonesia, hambatan akses layanan kesehatan jiwa juga kerap terkait stigma, dukungan sosial, biaya, serta ketidakjelasan jalur bantuan, yang memperkuat urgensi membangun help-seeking pathways yang mudah dan aman (Munira, Liamputtong and Viwattanakulvanid, 2023). Dengan demikian, hasil studi ini mengarah pada prioritas tahap awal: (1) meningkatkan literasi kesehatan jiwa yang peka budaya, (2) menurunkan stigma melalui komunikasi publik yang aman, dan (3) menegaskan jalur rujukan yang sederhana dan “terlihat” oleh anggota Pokdarwis maupun warga.

Di sisi lain, partisipan juga melihat pariwisata sebagai ruang yang restoratif, namun potensi ini masih belum diterjemahkan menjadi desain program dan tata kelola layanan. Bukti terbaru di bidang nature-based pariwisata menunjukkan pengalaman wisata berbasis alam dapat berasosiasi dengan pemulihan stres dan kesejahteraan psikologis, serta memberi

arah bagi manajemen destinasi untuk merancang pengalaman yang mendukung restorasi (Qiu, Sha and Scott, 2021). Studi empiris yang lebih baru juga menunjukkan pengalaman wisata alam dapat menurunkan gejala depresi, kecemasan, dan stres (setidaknya jangka pendek) sehingga relevan sebagai “aset” promosi kesehatan jiwa, dengan catatan perlu penguatan kesinambungan, etika, dan rujukan bila ditemukan distres (Avecillas-Torres et al., 2025). Artinya, desa wisata dapat menjadi platform promotif-preventif, tetapi harus ditopang safeguard klinis minimal (mis. protokol respons distres, rujukan, dan batasan peran pemandu).

Karena hambatan yang muncul adalah dukungan institusional dan rujukan yang belum jelas, integrasi dengan layanan primer menjadi kunci. Bukti internasional menunjukkan model kolaboratif di layanan primer (mis. collaborative care dengan care manager) dapat meningkatkan luaran depresi dan memperkuat tindak lanjut yang terstruktur, meski implementasinya menuntut koordinasi, supervisi, dan kejelasan peran (Curth et al., 2020; af Winklerfelt Hammarberg et al., 2022). Selain itu, pendekatan integrasi dukungan non-klinis melalui referral pathways (selaras dengan logika “rujukan sosial”) semakin berkembang, namun efektivitasnya bergantung pada desain jalur rujukan, aktor penghubung, dan mekanisme follow-up (Spanos et al., 2025). Studi implementasi di layanan primer juga menekankan perlunya alur yang distandarkan dari skrining—rujukan-tindak lanjut, serta peran tenaga penghubung komunitas untuk memastikan rujukan “tidak putus” (Larson et al., 2024). Dengan kata lain, “kesiapan” Pokdarwis yang masih awal dapat ditingkatkan lebih cepat bila ada jangkar sistem di puskesmas yang menyediakan protokol, pelatihan, dan kanal rujukan yang kredibel.

Secara keseluruhan, kontribusi utama penelitian ini adalah menyediakan bukti bahwa integrasi promosi kesehatan jiwa dalam ekosistem desa wisata perlu dimulai dari penguatan prasyarat implementasi:

pengetahuan yang benar, penurunan stigma, kapasitas organisasi, dan rujukan yang aman. Pendekatan berbasis tahap kesiapan berpotensi meningkatkan penerimaan program, efisiensi sumber daya, dan keberlanjutan implementasi pada tingkat lokal.

Terakhir, karena partisipan melihat pariwisata sebagai ruang restoratif namun kapasitas program masih awal, implementasi perlu dimulai dari kegiatan berisiko rendah dan berbiaya minimal yang mudah diintegrasikan dalam aktivitas wisata (misalnya paket “wisata mindful” berbasis alam, ruang informasi kesehatan jiwa yang ramah stigma, serta rujukan yang jelas pada materi promosi). Strategi ini sejalan dengan prinsip *stage-matched actions*: memindahkan komunitas dari *preplanning* menuju *preparation/action* melalui aktivitas yang realistis dan terukur.

Implikasi Praktis

Implikasi praktis dari temuan (stigma, literasi kesehatan jiwa yang masih dominan fisik, dukungan institusional terbatas, dan jalur rujukan yang belum jelas) menegaskan peran strategis perawat jiwa/perawat komunitas sebagai penggerak kesiapan masyarakat desa wisata berbasis pelayanan primer, dengan pendekatan berbasis bukti (Kenwright et al., 2024). Pada tahap *vague awareness-preplanning*, prioritas paling realistis adalah memperkuat literasi kesehatan jiwa dan komunikasi anti-stigma melalui psikoedukasi singkat yang berulang, berbahasa non-labeling, serta menekankan kerahasiaan dan keselamatan. Pendekatan ini selaras dengan rekomendasi mutakhir bahwa stigma dan diskriminasi merupakan penghambat utama perilaku mencari pertolongan sehingga perlu intervensi edukasi dan perubahan praktik sosial/organisasi yang eksplisit untuk menurunkannya (Thornicroft et al., 2022). Selain itu, peningkatan kapasitas tenaga layanan primer melalui pelatihan terstruktur terbukti dapat memperbaiki kompetensi layanan kesehatan jiwa di tingkat primer, sehingga menjadi pijakan yang relevan bagi

penguatan peran perawat di Puskesmas (Kokota et al., 2020).

Selanjutnya, perawat Puskesmas perlu memimpin pembentukan jalur rujukan aman yang operasional bagi konteks desa wisata, termasuk Standar Operasional Prosedur (SOP), meliputi tanda bahaya, prosedur komunikasi, kontak layanan, dan mekanisme *follow-up*, serta simulasi skenario untuk memastikan Pokdarwis mampu bertindak sebagai *gatekeeper* (*penjaga awal*) tanpa melakukan diagnosis. Bukti terbaru menunjukkan pelatihan *gatekeeper* dapat meningkatkan pengetahuan dan *self-efficacy* dalam pencegahan bunuh diri, meskipun memerlukan penguatan berkala agar efeknya bertahan (Liu et al., 2025). Pada saat yang sama, kajian sistematis mengenai *referral pathways* menegaskan bahwa keberhasilan integrasi dukungan komunitas–layanan primer sangat ditentukan oleh desain alur rujukan dan tindak lanjut yang jelas, sehingga rekomendasi ini relevan untuk mengatasi pola “rujukan tidak jelas” yang muncul dalam temuan penelitian (Spanos et al., 2025; Larson et al., 2024).

Keterbatasan

Penelitian ini memiliki tiga keterbatasan utama. Pertama, ukuran sampel yang kecil dan relatif homogen (tujuh anggota Pokdarwis, termasuk dua koordinator) serta konteks yang terbatas pada satu kabupaten di Bali membatasi transferabilitas temuan ke desa wisata lain. Kedua, data bergantung pada wawancara *self-report* satu waktu pengambilan sehingga berpotensi mengalami *recall bias* dan *social desirability bias*, di samping kemungkinan pengaruh *gatekeeper* pada proses pemilihan partisipan. Ketiga, meskipun dilakukan *triangulasi ringan* (catatan lapangan, dokumen, observasi singkat), studi ini tidak melakukan penilaian kuantitatif tingkat kesiapan (CRM) maupun pelacakan luaran jangka panjang, sehingga temuan bersifat deskriptif–indikatif. Untuk penelitian selanjutnya, disarankan memperluas konteks (*multi-desa*), menambah ukuran dan heterogenitas sampel lintas pemangku

kepentingan, serta memadukan penilaian CRM kuantitatif dan evaluasi longitudinal terhadap implementasi paket “wisata restoratif”.

KESIMPULAN

Temuan memperlihatkan enam klaster tema yang saling terkait: (1) pemaknaan “sehat” yang masih berorientasi pada ketiadaan keluhan fisik dan normalisasi stres, (2) iklim komunitas yang sunyi tetapi reseptif terhadap inovasi, (3) potensi destinasi dan aktivitas yang melimpah namun bersifat dan belum terarah sebagai program promotif–preventif kesehatan jiwa, (4) kurangnya komunikasi mengenai manfaat potensi wisata, (5) kepemimpinan yang kondisional dan belum memiliki penanggung jawab yang diakui, dan (6) potensi sumber daya wisata yang tersebar tanpa SOP dan alur rujukan yang jelas. Secara keseluruhan, persepsi dan pengalaman partisipan menggambarkan kesiapan yang hadir tetapi belum terkonsolidasi menjadi praktik programatik.

Dipetakan melalui lensa CRM, pola di atas menempatkan komunitas pada rentang vague awareness kepada preplanning di seluruh dimensi. Temuan penting dirumuskan sebagai kesiapan kondisional, “siap jika diedukasi dan didukung.” Artinya, kemauan dan aset lokal telah tersedia, namun realisasi program menuntut arah yang lebih jelas, penguatan literasi, dan tata kelola kolaboratif. Dengan demikian, langkah tahap-spesifik yang paling layak adalah: (a) penguatan literasi kesehatan jiwa yang peka budaya dan reposisi narasi destinasi menuju wisata restoratif, (b) penetapan serta pembekalan koordinator Pokdarwis bersama tenaga kesehatan, (c) uji coba paket wisata-skala dengan standar operasional alur rujukan minimal, dan (d) konsolidasi aset-anggaran-jejaring untuk memastikan keberlanjutan.

Secara praktis, studi ini menegaskan bahwa integrasi pariwisata lokal dan kesehatan jiwa paling efektif dimulai dari penguatan kesiapan komunitas, bukan sekadar menambah aktivitas wisata.

Kontribusi teoretiknya adalah menunjukkan bagaimana CRM dapat berfungsi sebagai kerangka sensitisasi yang menautkan data kualitatif dengan strategi tahap-spesifik, sementara kontribusi kebijakannya menggarisbawahi kebutuhan koordinasi lintas-sektor di tingkat desa. Jika langkah-langkah di atas diadopsi, komunitas berpeluang bertransisi menuju tahap preparation, sehingga paket wisata restoratif yang aman, terukur, dan berkelanjutan (selaras nilai lokal) dapat dijalankan dan dievaluasi dampaknya bagi kesejahteraan psikologis warga dan pengunjung.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh anggota Pokdarwis atas partisipasi dan dukungannya selama proses penelitian, serta kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng atas fasilitasi dan masukan teknis yang berharga. Penghargaan juga disampaikan kepada Universitas Pendidikan Ganesha (Undiksha) atas pendanaan melalui DIPA dengan nomor kontrak penelitian 862/UN48.16/LT/2023.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- af Winklerfelt Hammarberg, S. et al. (2022) 'Clinical effectiveness of care managers in collaborative primary health care for patients with depression: 12- and 24-month follow-up of a pragmatic cluster randomized controlled trial', *BMC Primary Care*, 23(1), p. 198. doi: 10.1186/s12875-022-01803-x.
- Avecillas-Torres, I. et al. (2025) 'Nature Tourism and Mental Well-Being: Insights from a Controlled Context on Reducing Depression, Anxiety, and Stress', *Sustainability*, 17(2), p. 654. doi: 10.3390/su17020654.
- Badan Riset dan Inovasi Daerah Kabupaten Buleleng (2022) *Pariwisata Unggulan Kabupaten Buleleng*. Available at: <https://brida.bulelengkab.go.id/informasi/detail/artikel/71-pariwisata-unggulan-kabupaten-buleleng> (Accessed: 6 October 2025).
- Budhi, M. K. S., Lestari, N. P. N. E. and Suasih, N. N. R. (2022) 'The Recovery of The Tourism Industry In Bali Province Through The Pentahelix Collaboration Strategy In The New Normal Era', *GeoJournal of Tourism and Geosites*, 40(1), pp. 167–174. doi: 10.30892/gtg.40120-816.
- Curth, N. K. et al. (2020) 'Collaborative care for depression and anxiety disorders: results and lessons learned from the Danish cluster-randomized Collaborative trials', *BMC Family Practice*, 21(1), p. 234. doi: 10.1186/s12875-020-01299-3.
- Defar, S. et al. (2023) 'Health related quality of life among people with mental illness: The role of socio-clinical characteristics and level of functional disability', *Frontiers in Public Health*, 11. doi: 10.3389/fpubh.2023.1134032.
- Fancourt, D. and Tymoszuk, U. (2019) 'Cultural engagement and incident depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing', *British Journal of Psychiatry*, 214(4), pp. 225–229. doi: 10.1192/bjp.2018.267.
- Gallimore, J.-B. et al. (2023) 'Impact of mental health stigma on help-seeking in the Caribbean: Systematic review', *PLOS ONE*, 18(9), p. e0291307. doi: 10.1371/journal.pone.0291307.
- Garzón Vásquez, D. E., Guzmán Rincón, A. and Cala Vitery, F. (2025) 'Effects of tourism on well-being from the perspective of key actors: a scoping review', *Humanities and Social Sciences Communications*, 12(1), p. 1438. doi: 10.1057/s41599-025-05792-x.
- Gautam, S. et al. (2024) 'Concept of mental health and mental well-being, its determinants and coping strategies', *Indian Journal of Psychiatry*, 66(Suppl 2), pp. S231–S244. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_707_23.
- Giorgi, Amedeo. (2009) *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach*. Duquesne University Press.
- He, L. et al. (2023) 'Community Readiness Assessment of the "Take TIME for Your Child's Health" Intervention', *Healthcare*, 11(17), p. 2386. doi: 10.3390/healthcare11172386.
- Ilmy, S. K., Noorhamdani, N. and Windarwati, H. D. (2020) 'Family Burden of Schizophrenia in Pasung During COVID-19 Pandemic: A Scoping Review', *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic (Injec)*, 5(2), p. 185. doi: 10.24990/injec.v5i2.315.
- Kemenkes (2023) *Survei Kesehatan Indonesia (SKI)*. Jakarta: Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kemenkes RI.
- Kenwright, M. et al. (2024) 'Effectiveness of community mental health nurses in an integrated primary care service:

Shofi Khaqul Ilmy, dkk., Jika Diedukasi, Kami Siap...



- An observational cohort study', *International Journal of Nursing Studies Advances*, 6, p. 100182. doi: 10.1016/j.ijnsa.2024.100182.
- Larson, E. K. et al. (2024) 'Centering the role of community health workers in social risk screening, referral, and follow-up within the primary care setting', *BMC Primary Care*, 25(1), p. 338. doi: 10.1186/s12875-024-02590-3.
- Lui, J. C., Sagar-Ouriaghli, I. and Brown, J. S. L. (2024) 'Barriers and facilitators to help-seeking for common mental disorders among university students: a systematic review', *Journal of American College Health*, 72(8), pp. 2605–2613. doi: 10.1080/07448481.2022.2119859.
- Munira, L., Liamputtong, P. and Viwattanakulvanid, P. (2023) 'Barriers and facilitators to access mental health services among people with mental disorders in Indonesia: A qualitative study', *Belitung Nursing Journal*, 9(2), pp. 110–117. doi: 10.33546/bnj.2521.
- Ohly, H. et al. (2016) 'Attention Restoration Theory: A systematic review of the attention restoration potential of exposure to natural environments', *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B*, 19(7), pp. 305–343. doi: 10.1080/10937404.2016.1196155.
- Qiu, M., Sha, J. and Scott, N. (2021) 'Restoration of Visitors through Nature-Based Tourism: A Systematic Review, Conceptual Framework, and Future Research Directions', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), p. 2299. doi: 10.3390/ijerph18052299.
- Setiawan, A. (2022) 'Peran Pokdarwis dalam Pengembangan Destinasi Wisata Pantai Biru Kersik Kecamatan Marangkayu Kabupaten Kutai Kartanegara', *Jurnal Administrasi Bisnis FISIPOL UNMUL*, 10(3), pp. 263–272. Available at: <http://e-journals.unmul.ac.id/index.php/jadbi/s/index> (Accessed: 7 October 2025).
- Shrestha, T. et al. (2025) 'Factors influencing the effectiveness of nature-based interventions (NBIs) aimed at improving mental health and wellbeing: An umbrella review', *Environment International*, 196, p. 109217. doi: 10.1016/j.envint.2024.109217.
- Thornicroft, G. et al. (2022) 'The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health', *The Lancet*, 400(10361), pp. 1438–1480. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01470-2.
- Twohig-Bennett, C. and Jones, A. (2018) 'The health benefits of the great outdoors: A systematic review and meta-analysis of greenspace exposure and health outcomes', *Environmental Research*, 166, pp. 628–637. doi: 10.1016/j.envres.2018.06.030.
- Windarwati, H. D. et al. (2024) 'The Association of Physical Symptoms and Psychological Problems in the Indonesian Community During the COVID-19 Outbreak', *Journal of Caring Sciences*, 13(4), pp. 237–243. doi: 10.34172/jcs.33175.