MONOGRAF

UNSRI PRESS

PELAYANAN KESEHATAN JIWA

DI TINGKAT FASILITAS KESEHATAN PRIMER

Haerawati Idris
Ririn Noviyanti Putri

MONOGRAF

PELAYANAN KESEHATAN JIWA DI TINGKAT FASILITAS KESEHATAN PRIMER

Haerawati Idris

Ririn Noviyanti Putri

UPT. Penerbit dan Percetakan
Universitas Sriwijaya 2021
Kampus Unsri Palembang
Jalan Srijaya Negara, Bukit Besar Palembang 30139
Telp. 0711-360969
email: unsri.press@yahoo.com, penerbitunsri@gmail.com
website: www.unsri.unsripress.ac.id

Anggota APPTI No. 026/KTA/APPTI/X/2015
Anggota IKAPI No. 001/SMS/2009

Edisi Pertama, Cetakan Pertama, April 2021
55 halaman : 24 x 16 cm

Hak cipta dilindungi undang-undang.
Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.
Hak Terbit Pada Unsri Press

ISBN: 978-979-587-950-3

PRAKATA

Syukur Alhamdulillah buku monograf dengan judul "Pelayanan kesehatan jiwa di tingkat fasilitas kesehatan primer." telah rampung. Penulisan monograf ini merupakan hasil penelitian yang disusun untuk menambah khasanah ilmu pengetahua sebab literatur yang membahas pelayanan kesehatan di tingkat fasilitas primer masih terbatas.

Peningkatan proporsi penderita gangguan jiwa menyebabkan upaya pelayanan kesehatan tak hanya fokus pada upaya kuratif saja, melainkan lebih menekankan upaya yang bersifat preventif dan promotif. Salah satu Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ada di puskesmas adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa. Oleh sebab itu penting menyediakan literatur terkait pelaksanaan pelayaan kesehatan jiwa ini di level fasilitas kesehatan primer.

Buku monograf ini terdiri dari empat bab, bab pertama merupakan pendahuluan yang berisi latar belakang, permasalahan, tujuan dan metode pemecahan masalah. Bab kedua membahas mengenai konsep pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas dan bab ketiga mendeskripsikan hasil temuan. Bab terakhir mengenai penutup yang berisi kesimpulan. Buku ini masih memiliki keterbatasan, saran dan kritikan yang membangun untuk penyempurnaan buku ini senantiasa kami harapkan.

Palembang, April 2021

Tim Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA..... i

DAFTAR ISI..... ii

DAFTAR TABEL..... iv

BAB I..... **1**

1.1 Latar Belakang..... 1

1.2 Permasalahan dan Tujuan..... 6

1.3 Metode Pemecahan Masalah..... 6

BAB II..... **8**

2.1 Pelayanan Kesehatan Jiwa di Puskesmas..... 8

a. Pelatihan psiko-pendidikan SDM..... 10

b. Deteksi dini..... 11

c. Penegakan diagnosa..... 13

d. Dukungan Emosional..... 14

e. Perawatan Berbasis Rumah (*home visit*)..... 15

f. Rujukan..... 16

g. Pengawasan..... 18

h. Cakupan kontak layanan kesehatan jiwa..... 20

2.2 Metode Penelitian..... 21

BAB III..... **23**

3.1. Pelatihan Psiko-Pendidikan Tenaga Kesehatan..... 23

3.2 Pelayanan Deteksi Dini..... 26

3.3 Penegakan Diagnosa..... 30

3.4 Dukungan Emosional Tenaga Kesehatan Ketika Memberikan Pelayanan Kesehatan Jiwa.....32

3.5 Perawatan Berbasis Rumah (Kunjungan Rumah) Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa..... 35

3.6 Sistem Rujukan Perawatan Jiwa..... 38

3.7 Pengawasan.....42

3.8 Cakupan Pemanfaatan Layanan Kesehatan Jiwa..... 45

BAB IV 49

DAFTAR PUSTAKA.....51

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Karakteristik Informan Kunci..... 21
Tabel 2 Analisis Tema Pelatihan Psiko-Pendidikan.....23
Tabel 3 Hasil Observasi Pelatihan SDM.....25
Tabel 4 Analisis Tema Pelayanan Deteksi Dini.....26
Tabel 5 Hasil Observasi SOP Deteksi Dini.....29
Tabel 6 Analisis Tema Penegakan Diagnosa..... 30
Tabel 7 Analisis Tema Dukungan Emosional.....33
Tabel 8 Analisis Tema Kunjungan Rumah..... 35
Tabel 9 Analisis Tema Sistem Rujukan..... 38
Tabel 10 Analisis Tema Pengawasan.....42
Tabel 11 Hasil Observasi Pengawasan yang dilakukan..... 43

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyelenggaraan upaya kesehatan jiwa harus dilakukan secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat. Masalah kesehatan jiwa memiliki lingkup yang luas, kompleks serta tidak terpisahkan dari kesehatan terutama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh (Korobu, 2015). Peningkatan proporsi penderita gangguan jiwa menyebabkan upaya pelayanan kesehatan tak hanya fokus pada upaya kuratif saja, melainkan lebih menekankan upaya yang bersifat preventif dan promotif (WHO, 2013).

Sistem kesehatan dunia dipandang belum memadai dalam menanggapi beban gangguan mental, sehingga antara kebutuhan perawatan dengan persediaan terjadi kesenjangan yang sangat besar. Sekitar 85% orang dengan gangguan mental parah di negara berkembang tidak mendapat pengobatan atas gangguannya (WHO, 2013). Demikian halnya di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduknya, maka jumlah kasus gangguan jiwa kemungkinan akan terus meningkat (WHO, 2014).

Gangguan jiwa berat mengakibatkan menurunnya produktivitas pasien dan pada akhirnya akan memunculkan beban biaya besar yang akan membebani keluarga, masyarakat, serta pemerintah (Ayuningtyas, 2018). Lebih dalam lagi pasien dengan gangguan jiwa dapat memberikan dampak pada beban negara yang bertambah dan produktivitas manusia yang kian menurun dalam jangka panjang. Kondisi neuropsikiatrik menyumbang 13% dari total *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) yang hilang karena semua penyakit dan cedera di dunia dan diperkirakan meningkat hingga 15% pada tahun 2020 (WHO, 2013).

Merujuk pada konsep upaya kesehatan jiwa paripurna, penanganan masalah kesehatan jiwa mencakup upaya kesehatan jiwa masyarakat sebagai landasan, didukung pelayanan kesehatan jiwa dasar dan diperkuat pelayanan kesehatan jiwa rujukan yang terintegrasi. Program pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas diarahkan pada upaya pencegahan (preventif) dan promotif melalui penyuluhan dan kunjungan kerumah pasien jiwa dan upaya kuratif dengan menggunakan obat-obat jiwa yang ada. Peran dokter, masyarakat, perawat jiwa, serta peran keluarga dilibatkan dalam upaya tersebut. Disamping itu dilakukan pemantapan kerja sama lintas sektoral dan menjalin kemitraan termasuk lembaga swadaya masyarakat (LSM) serta memperdayakan masyarakat (kader kesehatan jiwa) melalui peningkatan pendidikan dan teknik konseling dasar tentang kesehatan jiwa yang terintegrasi dengan program

kesehatan pada umumnya (Direktorat Bina Kesehatan Jiwa, 2015)

Hasil Riset Kesehatan Dasar (2018) menunjukan bahwa peningkatan proporsi gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2018 cukup signifikan, yaitu 7 per 1000 penduduk atau sebanyak 1,6 juta jiwa. Tahun 2018 sebanyak 31,5% dari jumlah penduduk Indonesia yang mengalami gangguan mental dipasung dalam 3 bulan terakhir, dan sekitar 14 juta atau 6% dari total penduduk Indonesia yang berusia ≥ 15 tahun mengalami depresi atau gangguan jiwa, serta sekitar 91% penderita depresi tersebut tidak berobat atau menjalankan pengobatan medis (Riskesdas, 2018). Diketahui data profil Dinas Kesehatan Kota Palembang (2017), jumlah kunjungan gangguan jiwa sekitar 53.655 orang dan tahun 2018 meningkat menjadi 56.389 orang. Jumlah kunjungan gangguan jiwa pada Puskesmas Kota Palembang tahun 2017 sebanyak 8.506 jiwadan pada tahun 2018 menjadi 10.623 jiwa (Dinas Kesehatan Kota Palembang, 2018).

Salah satu Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ada di puskesmas adalah penyeleggaraan pelayanan kesehatan jiwa, namun program ini dipandang masih belum menjadi program prioritas. Hal ini dapat dilihat pada data capaian SPM pelayanan kesehatan jiwa di Kota Palembang, bahwa pelayanan kesehatan jiwa di Kota Palembang tahun 2018 belum tercapai, yakni hanya 70,22% dari target 2.314 orang. (Dinas Kesehatan Kota Palembang, 2018).

Berdasarkan hasil survey awal yang dilakukan oleh peneliti, di Kota Palembang hanya terdapat 2 puskesmas yang memiliki posyandu kesehatan jiwa, yaitu Puskesmas 1 Ulu dan Puskesmas Kenten. Meskipun Puskesmas 1 Ulu telah mengadakan posyandu jiwa, tetapi capaian SPM pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas 1 Ulu masih belum tercapai yakni sebesar 93,75% dengan pemanfaatan fasyankes hanya 69,62%. Kondisi yang lebih kurang baik dibandingkan dengan Puskesmas 1 Ulu adalah Puskesmas Kenten dengan capaian SPM juga belum tercapai yakni 85,58% dengan pemanfaatan fasyankes hanya 30,56% (Dinas Kesehatan Kota Palembang, 2018).

Hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada Ka. Puskesmas 1 Ulu, bahwa posyandu jiwa dilaksanakan atas dasar jumlah kasus ODGJ yang meningkat serta banyak pasien yang melakukan rujukan ke RSJ. Dalam pelaksanaan pelayanan *home visit* yang dilakukan oleh kader terdapat hambatan, yaitu adanya penolakan pada saat melakukan kunjungan rumah pasien yang dipasung serta pengetahuan masyarakat yang kurang mengenai kesehatan jiwa. Hal ini yang menyebabkan capaian SPM tidak tercapai.

Permasalahan dipaparkan sebelumnya sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mawarpury (2017) yang menemukan bahwa program kesehatan jiwa belum menjadi program prioritas dikarenakan Pemerintah belum memandang kesehatan jiwa sebagai program yang penting. Tantangan

upaya kesehatan jiwa antara lain jumlah dan pekerja terlatih yang kurang serta sebaran yang tidak merata, terbatasnya fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelengarakan upaya keswa yakni hanya 21,47% Puskesmas, terbatasnya ketersediaan obat, anggaran dibidang keswa yang masih sangat rendah, kesadaran masyarakat akan kesehatan jiwa, serta minimnya dukungan keluarga dan masyarakat terhadap penyedia layanan, mengakibatkan sebagian besar penderita gangguan jiwa belum teridentifikasi dan tidak memperoleh layanan keswa secara tepat (Yusuf AH, 2019).

Puskesmas sebagai layanan kesehatan dasar yang menghadapi berbagai macam tantangan dan jumlah kasus kesehatan jiwa yang terus meningkat dituntut harus memberikan pelayanan yang optimal dan dapat dengan mudah dijangkau oleh masyarakat. Penerapan standar upaya kesehatan jiwa sangat penting dalam rangka deteksi dini dan penegakan diagnosa serta pengobatan terhadap penderita. Maka dari itu, dapat dibuat perencanaan program pelayanan kesehatan jiwa, yang lebih terencana dengan baik dan dapat dilaksanakan serta di evaluasi dengan memperhitungkan sumber daya yang dimiliki, ketersediaan sarana, termasuk ketersediaan obat-obatan, bekerja sama dengan lintas sektoral, serta menciptakan sistem database pasien terkini. Sehingga dapat meningkatkan hasil kegiatan program pelayanan kesehatan jiwa.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka perlu evaluasi lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan jiwa pada tingkat fasilitas kesehatan primer di Kota Palembang.

1.2 Permasalahan dan Tujuan

Permasalahan yang akan diulas pada tulisan ini berdasarkan pemaparan latar belakang di atas adalah bagaimana pelayanan kesehatan mental di tingkat fasilitas kesehatan primer. Adapun tujuan dari tulisan ini adalah untuk menganalisis pelaksanaan pelayanan kesehatan mental yang meliputi pelatihan psiko-pendidikan SDM, deteksi dini, penegakan diagnosa, dukungan emosional, kunjungan rumah, rujukan perawatan dan pengawasan dalam layanan kesehatan jiwa di Kota Palembang.

1.3 Metode Pemecahan Masalah

Guna menjawab masalah mengenai pelayanan kesehatan mental di tingkat fasilitas kesehatan primer maka metode pemecahan masalah dilakukan melalui penelitian kualitatif, yaitu suatu proses penelitian dengan pemahaman yang berdasarkan pada metodologi yang menyelidiki bagaimana pelaksanaan pelayanan kesehatan mental di tingkat fasilitas kesehatan primer di Kota Palembang. Penelitian kualitatif ini mengamati kegiatan program pelayanan kesehatan jiwa di tingkat fasilitas primer di Puskesmas 1 Ulu, Puskesmas Kenten, Puskesmas Plaju, Puskesmas Karya Jaya dan Dinas Kesehatan Kota Palembang dengan menggali informasi mendalam

mengenai pelatihan psiko-pendidikan sdm yang diberikan kepada tenaga kesehatan, pelayanan deteksi dini pada layanan kesehatan jiwa, penegakan diagnosa dalam pelayanan kesehatan jiwa, dukungan emosional tenaga kesehatan ketika memberikan pelayanan kesehatan jiwa, perawatan berbasis rumah (kunjungan rumah) dalam pelayanan kesehatan jiwa, sistem rujukan perawatan dalam pelayanan kesehatan jiwa dan pengawasan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa.

BAB II
PELAYANAN KESEHATAN MENTAL

2.1 Pelayanan Kesehatan Jiwa di Puskesmas

Kebijakan kesehatan jiwa di Indonesia mengacu pada Undang-Undang No 18 tahun 2014 bahwa upaya kesehatan jiwa merupakan kegiatan dalam mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi seluruh individu, keluarga dan masyarakat yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Kebijakan ini memacu pihak pemerintah dalam memberikan kemudahan aksesibilitas dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa, diantaranya adalah mendekatkan masyarakat pada pelayanan kesehatan jiwa melalui pelaksanaan kesehatan jiwa di tingkat fasilitas primer (Permenkes RI, 2016).

Bina Kesehatan Jiwa menetapkan evaluasi capaian indikator program upaya kesehatan jiwa di Puskesmas. Puskesmas disebut melaksanakan upaya kesehatan jiwa bila memenuhi kriteria-kriteria dibawah ini, antara lain:

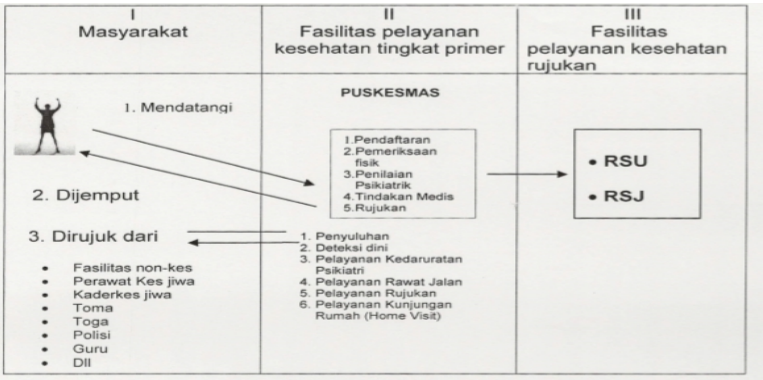
1. Memiliki tenaga kesehatan kesehatan jiwa yang terlatih dengan minimal waktu 30 jam pelatihan.
2. Menyelenggarakan upaya promotif serta preventif mengenai kesehatan jiwa.
3. Melaksanakan deteksi dini, penegakan diagnosa, penyuluhan keswa, penatalaksanaan awal, pengelolaan

rujukan balik kasus gangguan jiwa, dan kunjungan rumah (*home visit*). (Bina Kesehatan Jiwa, 2015).

Pelayanan kesehatan jiwa di tingkat fasilitas kesehatan dasar ialah pelayanan kesehatan jiwa yang dilakukan oleh dokter, perawat maupun tenaga kesehatan lain di Puskesmas dan pelayanan kesehatan dasar lain menurut kompetensi masing masing bidang secara terintergasi. Pelatihan terhadap tenaga kesehatan seperti bidan, perawat dan dokter perlu dilakukan oleh Dinas Kesehatan guna keperluan deteksi dini serta penganganan masalah kesehatan jiwa dan penyediaan obat sesuai kebutuhannya.

Puskesmas sebagai ujung tombak di komunitas merupakan pelayanan kesehatan tingkat dasar atau primer. Puskesmas memiliki tugas dasar untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat umum kepada masyarakat. Disamping itu, berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No 406/Menkes/SKNII/2009 mengenai Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas, puskesmas diharapkan memiliki pemahaman dalam berbagai masalah gangguan jiwa yang ada di masyarakat, kemudian dapat memberikan pelayanan kesehatan jiwa secara integratif, yakni dengan kemampuan deteksi masalah yang ada pada masyarakat ataupun pasien, mampu memberikan terapi pisikofarmaka, memberikan perawatan jalan, melakukan rujukan yang tepat bagi pasien yang memerlukan, melakukan perawatan lanjutan, memberikan edukasi kesehatan jiwa pada masyarakat

Fasilitas kesehatan tingkat primer menyelenggrakan berbagai macam pelayanan, diantaranya penyuluhan, deteksi dini, pelayanan kedaruratan psikiatri, pelayanan rawat jalan, pelayanan rujukan dan *home visite* (Kemenkes, 2009).



Gambar 1 Mekanisme Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas Tingkat Primer (Kemenkes, 2009)

Evaluasi pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas pada negara-negara berkembang menggunakan metode kombinasi dilakukan oleh Lund *et al* (2012) dan Jordan MJD *et al* (2019). Gabungan metode tersebut memberikan janji dalam kelayakan di fasilitas primer dalam meningkatkan cakupan pelayanan serta memeperkecil jarak atau kesenjangan pengobatan, antara lain:

a. Pelatihan psiko-pendidikan SDM

Kegiatan deteksi dini gangguan jiwa bergantung pada peran penting tenaga kesehatan. Namun, hambatan-hambatan yang dihadapi tenaga kesehatan tersebut menghalangi kemampuan deteksi dini gangguan jiwa.

Penelitian mengenai efek pelatihan kesehatan jiwa yang dilakukan di Australia terhadap manajemen gangguan jiwa diketahui bahwa terdapat peningkatan angka diagnosis gangguan jiwa yang lazim dan peningkatan rasa percaya diri dokter umum dalam melakukan terapi (Naismith *et al*, 2001).

Pelatihan tenaga kesehatan mencakup pelatihan terapi gangguan jiwa serta diagnosisnya. Bila penegakan diagnosa telah dilakukan, maka dokter akan dihadapkan pada tugas untuk memilih pendekatan terapi yang tepat bagi pasien (Culpeper, 2003). Studi lainnya mengemukakan bahwa diagnosa aksis IV PPGDJ-II, yang dilakukan oleh dokter umum (tidak terlatih) tidak valid dan tidak reliabel, baik secara statistik maupun klinik. Maka dari itu, diperlukan adanya pelatihan bagi tenaga kesehatan dengan harapan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan dan pemahaman mengenai diagnosa dan tatalaksana gangguan jiwa pada pasien serta meningkatkan angka cakupan gangguan jiwa di pelayanan kesehatan.

b. Deteksi dini

Deteksi dini ialah proses mengungkap kemungkinan seseorang menderita suatu penyakit. Guna menghindari adanya sakit, diperlukan upaya sedini mungkin untuk mengenali kondisi-kondisi terkait, dimana faktor-faktor yang dapat menimbulkan gelaja maupun gangguan perlu

diketahui. Adapun tujuan dari penyelenggarakan deteksi dini untuk memberikan pengetahuan, informasi dan pemahaman terhadap kondisi jiwa atau psikologis., sehingga masyarakat/keluarga dan penderita dapat terhindar dan menanggulangi adanya gangguan jiwa (Hanifah, 2017).

Penyelenggaraan deteksi dini merupakan kegiatan yang mengklasifikasikan pasien gangguan jiwa berdasar keluhan psikis yang frekuensinya berkelanjutan (pusing, sakit perut, tidak bisa tidur) walaupun saat dilakukan pemeriksaan fisik pasien tersebut dinyatakan sehat. Pengklasifikasian deteksi dini dapat pula diperoleh melalui hasil pertanyaan yang dilakukan petugas kesehatan di ruag konsultasi. Data-data mengenai pasien gangguan jiwa bisa diperoleh dari petugas puskesmas, laporan masyarakat, rumah sakit, LSM, catatan kader, institusi pendidikan/akademi keperawatan. Petugas kesehatan melaksanakan deteksi dini pada pasien dengan gangguan jiwa dan dilakukan tiap pemeriksaan dilakukan. (Hothasian, 2019).

Menurut Hidayat, *et al* (2010), salah satu upaya untuk mengatasi masalah kesehatan mental di Indonesia yaitu dengan alat deteksi dini. Sebelumnya, umumnya pasien gangguan jiwa akan mengunjungi puskesmas terlebih dahulu, disertai dengan pelbagai keluhan yang tidak jelas dan terkait dengan kondisi fisik (Retnowati, 2011). Dalam

hal ini, kepekaan dokter dan perawat menjadi faktor penting dalam mengidentifikasi keluhan-keluhan pasien. Namun, dikarenakan banyaknya jumlah pasien juga jumlah tenaga medis yang terbatas, kerap membuat dokter dan perawat di Puskesmas mengalami keterbatasan dalam melakukan *assesment*. Maka dari itu, seringkali pasien yang sebenarnya mengalami gangguan jiwa, mendapatkan diagnosis yang kurang tepat dan menghabiskan biaya untuk pemeriksaan laboratorium dan pengobatan yang tidak tepat (Oktarina & Praseyawati, 2009).

Direktorat Kesehatan Jiwa Kemenkes membuka Layanan Kesehatan Jiwa Bergerak (*Mobile Mental Health Services*). MMHS adalah layanan kesehatan jiwa masyarakat dengan tujuan deteksi kasus kesehatan jiwa di masyarakat secara dini. Alat deteksi dini yang digunakan yaitu *Self Reporting Quetionnaire* 29 (SRQ 29). SRQ merupakan kuesioner yang dikembangkan oleh WHO sebagai alat ukur adanya masalah/gangguan jiwa.

c. Penegakan diagnosa

Penegakan diagnosa merupakan upaya untuk menegakkan atau mengetahui jenis penyakit yang diderita oleh individu. Penegakan diagnosa pada orag yang diduga memiliki gangguan jiwa dilakukan dengan tujuan untuk menetapkan kondisi kejiwaan atau mental dan tindakan selanjutnya. Dokter spesialis kedokteran jiwa, psikolog

dan dokter umum mendiagnosis untuk melakukan penegakan diagnosa. Diagnosis terhadap pasien gangguan jiwa dilakukan salah satunya dengan anamnese, yaitu berkaitan dengan keluhan berupa gejala (*symptom*) yang dirasakan oleh penderita pasien (Hothasian, 2019).

Penegakan diagnosis adalah kegiatan menganalisis data pengkajian dalam menentukan diagnosis dengan menggunakan landasan pengenalan dan pengidentifikasian pola respons terhadap masalah kesehatan jiwa/penyakit psikiatri yang aktual dan potensial. Pelaksanaan penegakan diagnosis didasarkan pada analisis data. Analisis data ini umumnya terbagi dalam dua jenis, yakni data terkait gejala positif dan data terkait gejala negatif dari suatu penyakit psikis (Yusuf A *et al*, 2014).

d. Dukungan Emosional

Dukungan emosional merupakan dukungan dimana rasa empati, adanya suasana kehangatan, ada yang selalu mendampingi, dan rasa diperhatikan dilibatkan yang akan membuat seseorang mendapat kenyamanan, merasa yakin dan dicintai, dipedulikan sehingga seseorang itu bisa menghadapi masalah dengan baik. Hadirnya tenaga kesehatan dalam komunikasi yang terbagi dalam dimensi respon dan dimensi tindakan. Dimensi respon terdiri dari respon yang ikhlas, menghadiri pada awal berhubungan saling percaya dan komunikasi terbuka respon ini terus

dipertahankan sampai dengan akhir hubungan (Jordan MJD*et al,* 2016).

e. Perawatan Berbasis Rumah (*home visit*)

Paradigma baru muncul setelah UU mengenai kesehatan jiwa dalam pelayanan kesehatan jiwa, pemerintah berupaya untuk membuat pelayanan kesehatan jiwa lebih dekat melalui pendekatan puskesmas dan pemberdayaan masyarakat dengan dilakukannya kunjungan rumah untuk melakukan perawatan. Kunjungan rumah (*home visit*) atau layanan rumah (*home care*) adalah layanan kesehatan yang dilakukan di rumah pasien. Pelayanan kesehatan ini bersifat komprehensif dan berkesinambungan yang dilakukan pada pasien dan keluarga di tempat tinggal masing-masing guna upaya peningkatan, mempertahankan, dan pemulihan kesehatan jiwa, ataupun pemaksimalan tingkat kemandirian dan efek dari penyakit dapat diminimalkan (Yusuf A, 2019).

Home visit atau *home care* bertujuan dalam pemberian edukasi kepada pasien, keluarga, dan masyarakat sebagai upaya promotif dan pencegahan gangguan jiwa, memberi dukungan dalam pengelolaan kesehatan jiwa keluarga, pemberian perawatan di tempat tinggal individu hingga pasien mandiri.

Tenaga kesehatan puskesmas yang melakukan kegiatan *home visit* pada keluarga ODGJ adalah dokter, perawat atau perawat kesehatan jiwa masyarakat dan kader kesehatan/kesehatan jiwa. Kader bertanggung jawab untuk melakukan melakukan *home visit* pada pasien gangguan jiwa atau pasung dengan kemampuan *self care* dan *partial care* dalam rangka menilai kemampuan yang dimiliki oleh pasien. Perawat jiwa masyarakat dan dokter difokuskan dalam melakukan *home visit* pada pasien-pasien dengan kondisi *total care*. Frekuensi dalam melakukan *home visit* bagi kader adalah seminggu satu kali, dan bagi perawat dan dokter adalah seminggu dua kali kunjungan.

f. Rujukan

Sistem rujukan kesehatan jiwa adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas kasus atau masalah kesehatan jiwa yang diselenggarakan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal. Rujukan vertikal dilaksanakan melalui rujukan dari satu strata sarana pelayanan kesehatan jiwa paling dasar yakni puskesmas ke sarana pelayanan kesehatan jiwa setingkat RSU dan RSJ. Rujukan juga dapat diselenggarakan secara horizontal yakni pelaksanaan rujukan kasus atau masalah kesehatan jiwa pada strata sarana pelayanan kesehatan yang sama (Yusuf A, 2019).

Sistem rujukan kesehatan jiwa memiliki keuntungan dalam pertolongan pelayanan kesehatan jiwa yang dapat diberikan secara cepat dan murah oleh puskesmas, peningkatan kapasitas dan keterampilan tenaga kesehatan dipuskesmas tentang pelayanan kesehatan jiwa akan meningkatan pengelolaan kasus gangguan jiwa dan pemasungan di daerah masing-masing rujukan ODGJ. Hal-hal yang harus dilakukan sebelum melaksanakan tindak rujukan, sebagai berikut:

a. Pernyataan persetujuan dari keluarga untuk dilakukan rujukan kesehatan jiwa ke RSU atau RSJ
b. Memastikan ODGJ sudah terdaftar sebagai peserta JKN. Apabila diinginkan menjadi Penerima Bantuan Iuran (PBI) maka kriteria dan daftarnya ditetapkan oleh menteri bidang sosial. Pendaftaran tidak dapat dilakukan secara perseorangan, tetapi melalui proses verifikasi, validasi, dan penetapan menjadi PBI.
c. Melengkapi persyaratan adm rujukan
d. Mempersiapkan keluarga untuk ikut serta dalam proses merujuk
e. Persiapan sistem transportasi rujukan.

Apabila saat tindak lanjut di RSU atau RSJ setelah perawatan dan pasien diperbolehkan pulang maka rumah sakit rujukan wajib membuat dan mengirimkan surat rujuk balik pada puskesmas asal sebelum dirujuk. Surat rujuk

balik ini memuat penjelasan mengenai kondisi terakhir pasien, terapi medis dan non medis yang diberikan selama di rumah sakit, terapi medis dan non medis yang harus dilanjutkan oleh puskesmas. Setelah menerima surat rujuk balik, maka puskesmas diwajibkan untuk melakukan *home visit* ke rumah pasien untuk melakukan pemeriksaan fisik dan kondisi kejiwaan pasien, memperhatikan anjuran tindakan yang di sampaikan RS yang terakhir merawat pasien, serta melakukan tindak lanjut atau perawatan kesehatan masyarakat dan memantau (*follow up*) kondisi klinis pasien sampai sembuh, mandiri dan produktif.

g. Pengawasan

Pengawasan dalam pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas merupakan kegiatan program pelayanan kesehatan jiwa yang sudah dilaksanakan oleh staf dalam kurun waktu tertentu, apakah sesuai dengan standar, prosedur atau rencana kerja, dan sumber daya yang sudah digunakan. Pengawasan tersebut berupa hasil dari pemantauan dan evaluasi serta verifikasi laporan kegiatan (Yusuf A, 2019).

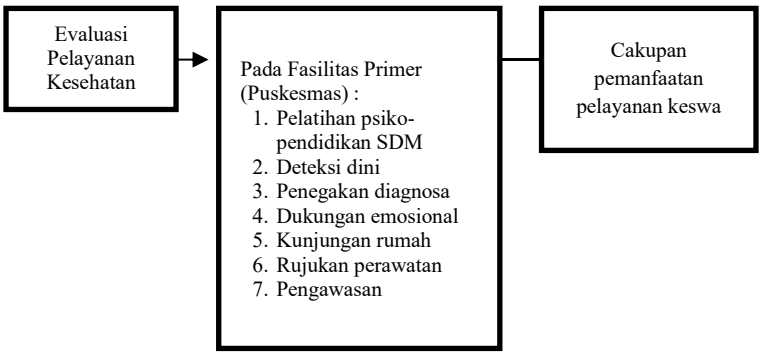
Faktor penting dalam proses pelaksanaan integrasi layanan kesehatan jiwa di layanan kesehatan primer adalah supervisi yang dilakukan tenaga profesional dibidang kesehatan jiwa (Greenhalgh, 2009). Psikiater yang melakukan supervisi bagi dokter di pelayanan kesehatan tingkat primer akan menjadi sarana untuk meningkatkan

kompetensi yang berkesinambungan. Data dari Kementerian Kesehatan RI tahun 2014, menyebutkan bahwa terdapat 249 RSU telah memiliki psikiater dengan layanan jiwa, meskipun masih terdapat tiga provinsi yang belum memiliki psikiater. Dengan demikian, secara umum sumber daya psikiater tersedia dan dapat melakukan tugasnya sebagai supervisor layanan kesehatan jiwa bagi dokter di layanan primer.

Elemen pemangku kepentingan yang terlibat dalam proses pemantauan sangat tergantung pada analisis pemangku kepentingan yang terlibat. Dapat berasal dari komponen, kelompok konsumen dan keluarga, tenaga kesehatan, sektor sosial, sektor pendidikan, perumahan, penyedia layanan, pemerintah, institusi pendidikan, organisasi profesi, petugas keamanan, tenaga kesehatan tradisional, dan organisasi keagamaan. Peningkatan objektivitas sistem supervisi dapat dilakukan bila memiliki tim pemantauan yang terdiri atas komponen pemangku kepentingan yang terlibat dan sangat perlu untuk memastikan bahwa mereka yang melakukan pemantauan memiliki sedikit mungkin kepentingan terhadap program atau aktivitas tersebut untuk meminimalkan *conflict of interest* (konflik kepentingan) yang mungkin terjadi (Lund *et al,* 2012)

h. Cakupan kontak layanan kesehatan jiwa

Keluaran akhir pada pelayanan kesehatan jiwa adalah peningkatan peningkatan cakupan pemanfaatan layanan kesehatan jiwa itu sendiri. Pemanfaatan atau utilisasi fasilitas kesehatan merupakan penggunaan fasilitas layanan yang tersedia berupa fasilitas rawat jalan, *home visit* oleh tenaga kesehatan maupun kegiatan lain dari pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut yang didasarkan pada ketersediaan dan kesinambungan pelayanan, penerimaan masyarakat dan kewajaran, mudah diakses oleh masyarakat, bermutu dan terjangkau. Pada penelitian ini dimana cakupan kontak pengobatan didefinisikan berdasarkan rasio orang yang telah menghubungi layanan untuk total populasi sasaran yang membutuhkan layanan tersebut. Meningkatkan cakupan pengobatan mengatasi kesenjangan besar antara ketersediaan, dan kebutuhan untuk perawatan kesehatan mental (Jordan MJD, *et al* 2019).



Gambar 2 Rangka Penelitian

2.2 Metode Penelitian

Teknik analisis data pada penelitian kualitatif ini adalah analisis isi (*content analysis*). Penelitian dilakukan di empat puskesmas di Kota Palembang, yakni Puskesmas 1 Ulu, Puskesmas Plaju, Puskesmas Karya Jaya dan Puskesmas Kenten. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam (*in-depth interview*), observasi dan telaah dokumen. Wawancara mendalam dilakukan kepada 15 informan kunci dengan posisi Kepala Seksi Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan Kota Palembang, Kepala Puskesmas, Kepala Pemegang Program Upaya Kesehatan Jiwa Masyarakat di Puskesmas, Dokter dan Perawat di Puskesmas yang terkait pelayanan kesehatan jiwa. Data mengenai informan kunci dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 1 Karakteristik Informan Kunci

No	Inisial	Jenis Kelamin	Umur (tahun)	Pendidikan	Jabatan
1	**SY**	P	44	S1 Keperawatan	Pengelola Program PKM Plaju
2	**EH**	P	30	S1 Keperawatan	Perawat PKM Plaju
3	**LH**	P	50	S2 Kesmas	Pimpinan PKM 1 Ulu
4	**RS**	P	28	D3 Keperawatan	Pengelola Program PKM 1 Ulu
5	**AK**	P	28	S1 Kedokteran	Dokter Fungsional
6	**PD**	P	36	S1 Kedokteran	Dokter Umum
7	**DK**	P	36	S2	Pengelola Program Dinkes
8	**RA**	P	59	S2	Pimpinan PKM Plaju
9	**DM**	P	37	D3 Keperawatan	Pengelola Program Kenten
10	**AW**	L	25	D3 Keperawatan	Pengelola Program PKM Karya Jaya
11	**YG**	L	24	D3 Keperawatan	Perawat PKM Karya Jaya
12	**AL**	L	33	S2	Pimpinan PKM Karya Jaya
13	**HR**	P	50	S1 Kedokteran	Pimpinan PKM Kenten
14	**DJ**	P	26	S1 Kedokteran	Dokter Fungsional
15	**DS**	L	44	S2	Kasi. PTM, Keswa, Napza Dinkes

Telaah dokumen dalam penelitian ini diperoleh dari studi kepustakaan dan telaah data yang meliputi data jumlah kunjungan gangguan jiwa, data cakupan kontak layanan kesehatan jiwa/pemanfaatan layanan kesehatan jiwa serta dokumen yang terkait dengan pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan jiwa di Kota Palembang Tahun 2019, antara lain dokumen perencanaan kegiatan pelayanan kesehatan jiwa, dokumen pencatatan dan pelaporan pelaksanaan kegiatan program upaya kesehatan jiwa guna mengkaji ulang kebenaran informasi yang didapat dari hasil wawancara mendalam.

Peneliti menganalisis data dengan 7 tahapan *Colaizzi's Method,* karena dinilai rinci, jelas dan cukup sederhana. Keabsahan data penelitian ini diuji berdasarkan empat indikator yakni kredibilitas (credibility), keteralihan (transferability). kebergantungan atau reliabilitas (*dependability*), dan kepastian atau dapat dikonfirmasi (*confirmability*).

BAB III
PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN MENTAL DI FKTP

3.1. Pelatihan Psiko-Pendidikan Tenaga Kesehatan

Meningkatkan produktivitas sumber daya manusia, dalam hal ini tenaga kesehatan dapat dilakukan melalui manajemen sumber daya manusia dengan mengikutsertakan mereka dalam pendidikan dan pelatihan sesuai tugasnya (Diana, 2015)

Tabel 2 Analisis Tema Pelatihan Psiko-Pendidikan

Tema	Kategori	Sub Kategori
Kurangnya SDM yang terlatih	Pelatihan yang diberikan belum merata dan optimal	Petugas tidak tau efek samping injeksi
		Ketakutan dalam bertindak
		Palatihan hanya dilakukan ± 3 jam

Hasil wawancara dengan Pengelola Program Dinas Kesehatan Kota terkait SDM:

> **"***karena kita masih kurang, belum semua puskesmas itu tenaganya terlatih untuk penanganan kesehatan jiwa, di Kota Palembang kami rasa cukup kurang, masih banyak petugas kita yang rangkap jabatan, yang rangkap program jadi kami berusaha bagaimana supaya ada sendiri program jiwa ini yang mengelolanya…***" (DS)**

Berdasarkan penuturan informan kunci menyebutkan bahwa di Kota Palembang tenaga kesehatan jiwa masih kurang secara kuantitas dan sebagian belum terlatih serta masih banyak yang memiliki rangkap jabatan. Menurut WHO 2016,

pelayanan dan sumber daya kesehatan jiwa di negara berkembang dinilai kurang, dengan demikian guna mengatasi keterbatasan tersebut maka dokter umum dan tenaga kesehatan lainnya mesti bisa melakukan pelayanan dan perawatan gangguan jiwa. Kemampuan tenaga profesional di tingkat pelayanan primer dapat dikembangkan melalui pelatihan yang bertahap pada dokter umum melalui pelatihan *general practitioner* ditambah dengan keterampilan penanganan gangguan jiwa dan perawat di puskesmas melalui pelatihan *basic, intermediate dan advance course on community mental health nursing* (Yusuf AH, 2019).

Ditiap pelayanan kesehatan primer diharapkan mempunyai setidaknya satu dokter dan dua orang perawat yang terlatih dan memiliki keterampilan *assesment* hingga intervensi dasar pada penderita gangguan jiwa (Kemenkes, 2014). Menurut Bina Kesehatan Jiwa (2015), Puskesmas dikatakan menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa apabila memenuhi defisini yang salah satunya, yaitu memiliki tenaga kesehatan terlatih kesehatan jiwa, minimal 30 jam pelatihan. Namun, hasil penelitian menunjukan bahwa pelatihan yang diberikan pada tenaga kesehatan belum merata dan optimal. Hanya dokter dalam yang mendapatkan pelatihan, sedangkan pemegang program dan perawat ada yang mendapatkan pelatihan tetapi dalam bentuk skala kecil seperti bimtek atau seminar selama ±3 jam.

Tabel 3 Hasil Observasi Pelatihan SDM

Tenaga Kesehatan	PKM Plaju	PKM 1 Ulu	PKM Kenten	PKM Karya Jaya
Dokter	-	√	√	-
Perawat	-	-	√	-
Pengelola Program	-	-	-	-

Sumber : Data Primer Hasil Observasi Penelitian, 2019

Pengetahuan pekerja kesehatan pada kesehatan jiwa dan pelatihan yang minim, cenderung akan membuat form pelaporan gangguan jiwa diisi secara salah atau asal-asalan atau bahkan tidak diisi sama sekali (Marchira, 2011). Petugas kesehatan yang belum mendapatkan pelatihan mengatakan bahwa mereka sering mengalami hambatan seperti takut mengambil tindakan, tidak tau efek samping injeksi, gejala-gejala pasien yamng mirip membuat tenaga kesehatan sulit saat diagnosa. Penelitian di Australia mengenai efek pelatihan kesehatan jiwa terhadap manajemen gangguan jiwa lazim menunjukkan bahwa terjadi peningkatan rasa percaya diri dokter umum dalam melakukan terapi dan meningkatkan angka diagnosis gangguan jiwa yang lazim (Naismith *et al,* 2001).

Jumlah kasus gangguan jiwa yang kian meningkat memungkinkan pemanfaatan puskesmas akan meningkat karena aksesibiliti yang mudah. Namun, hal tersebut tidak diimbangi dengan peningkatan keterampilan tenaga kesehatan dan ketersediaan sarana prasarana (Greasley dan Small, 2015).

Disamping itu, tenaga kesehatan yang memiliki rangkap tugas mengakibatkan beban kerja meningkat. Beban kerja yang tinggi akan memengaruhi kinerja tenaga kesehatan (Kurniadi, 2013).

Sumber daya yang minim serta ketersediaan psikiater maupun tenaga kesehatan jiwa diwaktu dekat yang belum memungkinkan, maka untuk menciptakan pelayanan lebih baik dapat dilakukan dengan memperbanyak pelatihan. Keterampilan yang berhubungan dengan penyakit dan keterampilan psiko-sosial perlu diajarkan pada tenaga kesehatan di tingkat primer (Marchira, 2011).

3.2 Pelayanan Deteksi Dini Pada Layanan Kesehatan Jiwa

Deteksi dini gangguan jiwa termasuk dalam pencegahan sekunder. Pencegahan sekunder di definisikan sebagai deteksi dini dan pengobatan segera terhadap penyakit atau gangguan dengan tujuan menurunkan prevalensi gangguan dengan memperpendek lama sakit (Hanifah, 2018).

Tabel 4 Analisis Tema Pelayanan Deteksi Dini

Tema	Kategori	Sub Kategori
Kurangnya keterbukaan pasien dalam proses deteksi dini	Tempat pelaksanaan	Tidak ada ruangan khusus.
	Waktu pelaksanaan	Jadwal benturan dengan program lain.
		Tidak punya waktu yang lama.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kegiatan deteksi dini yang dilakukan di pelayanan kesehatan jiwa pada puskesmas, dilakukan dengan cara di luar dan didalam gedung. Deteksi dini yang dilakukan di luar gedung yaitu dilakukan ke sekolah-sekolah serta pada saat kunjungan rumah. Dibeberapa puskesmas telah menerapkan dan melakukan deteksi dini di dalam gedung baik pada program pelayanan kesehatan jiwa maupun pada pada program PTM terintegrasi.

Deteksi dini merupakan bentuk dari upaya preventif, yang mana upaya preventif tersebut dilaksanakan di lingkungan masyarakat, keluarga, dan lembaga (Kemenkes, 2014). Kegiatan deteksi dini ini tidak hanya dilakukan dengan pasien yang berpotensi dengan gangguan jiwa tapi juga dengan pasien yang sehat atau mengalami keluhan fisik yang sebenarnya bisa jadi berpotensi untuk terkena gangguan jiwa tersebut (Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa, 2015). Alat deteksi dini itu sendiri merupakan bentuk kuesioner SRQ (*Self Reporting Questionnaire*) yang telah dirancang oleh Kementerian Kesehatan.

Beberapa kepustakaan menyebutkan sekitar 50% kasus gangguan jiwa yang lazim, luput dari perhatian petugas kesehatan dilayanan primer, yang diduga karena adanya hambatan dalam proses deteksi tersebut (Kessler et al, 2002). Mendeteksi dini gangguan jiwa bukan hal yang mudah, membutuhkan keterampilan dan pengetahuan (Hanifah, 2018).

Ketrampilan dan pengetahuan dapat ditingkatkan melalui pelatihan. Dalam pelatihan tersebut diutamakan untuk memberi pelatihan pada faktor mental-emosional sebagai penyebab gangguan kesehatan fisik yang justru sering diabaikan oleh tenaga kesehatan umum. Jadi pelayanan jiwa di pelayanan kesehatan umum tidak hanya dititikberatkan pada gangguan jiwa seperti psikosis, tetapi justru lebih pada gangguan kesehatan jiwa yang tampil dalam bentuk berbagai keluhan fisik (Depkes, 2009).

Kendala yang disebutkan oleh dokter, perawat maupun pengelola program Dinas Kesehatan serupa yaitu keterbukaan pasien dalam proses deteksi dini tersebut sehingga memerlukan ruangan khusus poli jiwa agar pasien maupun keluarga dapat terbuka menyampaikan kondisinya. Hasil wawancara dengan Dokter :

"deteksi dini dilakukan langsung di puskesmas, hm ini karna ruangannya kurang kondusif jadi pasien merasa gak private makanya mereka susah untuk apa curhatnya tu susah pas kita anamnesa itu susah, karna mereka kan banyak yang ditutupi karna ruangannya kan kita ga ada ruangan khusus" (DJ)

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Oktarina & Prasetyawati (2009) bahwa wawancara yang bersifat pribadi di puskesmas tidak memungkinkan karena ketiadaan tempat untuk melakukan hal itu yang menyebabkan terabaikannya perhatian kepada faktor

mental-emosional sebagai penyebab gangguan kesehatan fisik atau jasmaniah sehingga mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas.

Selain itu, untuk SOP atau pedoman deteksi dini tidak seluruh puskesmas tersedia. Penerapan standard upaya kesehatan jiwa dasar di puskesmas sangat penting dalam rangka deteksi dini dan ketepatan diagnosa sehingga dapat dibuat perencanaan program pelayanan kesehatan jiwa yang lebih terencana dengan baik dan dapat dilaksanakan serta di evaluasi.

Tabel 5 Hasil Observasi SOP Deteksi Dini

Tempat	Tersedia	Tidak Tersedia
PKM Plaju	-	√
PKM 1 Ulu	√	-
PKM Kenten	√	-
PKM Karya Jaya	-	√

Sumber : Data Primer Hasil Observasi Penelitian, 2019

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hambatan dalam melakukan deteksi dini lainnya yaitu adalah waktu wawancara. Di puskesmas, banyak pasien yang perlu dilayani serta banyaknya jadwal program lain yang terbentur menyebabkan sempitnya waktu untuk pemeriksaan setiap pasien. Lama konsultasi pada sebagian besar dokter umum berkisar antara 3-30 menit dengan rata-rata sekitar 6-7 menit. Padahal waktu wawancara pasien memerlukan waktu yang lama seperti yang diungkapkan saat wawancara oleh Dokter:

"..sama waktunya ya, kita itu susah kalau skrinning keluar, waktunya susah, kita banyak kegiatan lain juga, dan skrinning kesehatan jiwa ini butuh waktu yang lama karna kita mau nanya-nanya pasiennya, keluarganya…"

(AK)

Penelitian yang dilakukan oleh Achmad Haryadi (2001), bahwa rendahnya gangguan jiwa di Puskesmas yang terdeteksi kemungkinan disebabkan oleh sempitnya waktu untuk pemeriksaan setiap pasien, banyaknya pasien yang perlu dilayani pada satu waktu, belum memungkinkanya tempat pemeriksaan yang lebih pribadi dan hubungan petugas kesehatan (dokter dan perawat) dengan pasien belum terbina dengan baik. Menurut Greasley dan Small (2015), ketidaktersediaan ruangan konseling khusus di pelayanan kesehatan dasar menyebabkan penurunan jumlah kasus kesehatan mental yang akan direfer oleh *General Practioner.*

3.3 Penegakan Diagnosa Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa

Proses penegakan diagnosis dilakukan untuk menentukan kondisi kejiwaan seseorang dan tindak lanjut pelaksanaan (Hothasian, 2019).

Tabel 6 Analisis Tema Penegakan Diagnosa

Tema	Kategori	Sub Kategori
Tidak sesuainya background pendidikan dokter	Kurangnya pelatihan	Keraguan dalam menegakkan diagnosa

Penegakan diagnosis yang dilakukan oleh dokter harus berdasarkan buku pedoman Diagnosis Penggolongan Gangguan Jiwa (PPPDGJ III) atau pedoman yang terbaru. Berdasarkan hasil observasi diketahui bahwa seluruh puskesmas yang diteliti tersedia buku PPPDGJ III.

Pada pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas, penegakan diagnosa ini dilakukan oleh dokter umum dikarenakan pada puskesmas belum memiliki dokter spesialis jiwa yang menyebabkan kendala saat menangani atau melakukan diagnosis.

> **"***kendalanya binggung juga pastikan, misalnya anak-anak karena pada pasien 17 tahun, 18 tahun tidak mungkin kita langsung bilang skizofrenia. Umur segitu kan masih bisa bilang dia gangguan mental atau autism apa cerebral palsy, nah itu jadi kita masih binggung di sana…***" (AK)**

Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hothasian (2019) bahwa hambatan dalam penegakan diagnosa adalah keterbukaan pasien serta kurangnya kemampuan tenaga medis dalam menegakan diagnosa.

Pendidikan kedokteran umum hanya memberikan sedikit kurikulum psikiatri, kurang dari 5% dari total pendidikan kedokteran. Selain itu pada masa pendidikan tersebut, para mahasiswa lebih banyak berhadapan dengan pasien psikotik yang dirawat inap yang menyebabkan kurangnya kemampuan untuk mendiagnosis gangguan jiwa (Patel, 2003). Penelitian yang lain menemukan bahwa diagnosis aksis IV PPGDJ-II, yang dilakukan oleh dokter umum (tidak terlatih) tidak valid

dan tidak reliabel, baik secara statistik maupun klinik. (Sudiyanto, 1998).

Dengan pelatihan terhadap tenaga medis dan paramedis, diharapkan pemahaman tentang diagnosis dan penatalaksanaan gangguan jiwa dapat meningkat. (Murhayanto, 2008).

> **"***Butuh pelatihan yang lebih lagi sih ya sebenarnya, meskipun sudah pernah dapat, tapi pelatihan itu emang penting***" (PD)**

Pendiagnosaan pasien gangguan jiwa yang dilakukan oleh dokter pada wilayah penelitian dikatakan sudah sesuai, dan berpedoman pada buku pedoman Diagnosis Penggolongan Gangguan Jiwa (PPPDGJ III) maupun SOP dari puskesmas itu sendiri. Adanya beberapa kendala dalam penegakan diagnosa tersebut membutuhkan pelatihan bagi dokter agar bisa mendiagnosis ganguan kesehatan jiwa dimasyarakat dengan baik, sehingga diharapkan dokter umum diwajibkan untuk mampu menangani keluhan pasien dengan gangguan jiwa.

3.4 Dukungan Emosional Tenaga Kesehatan Ketika Memberikan Pelayanan Kesehatan Jiwa

Dukungan emosional atau penghargaan adalah dukungan yang melibatkan rasa empati, perhatian, peduli, penghargaan positif dan dorongan terhadap orang lain (Sarafino dan Smith, 2011). Dukungan emosional memberikan kenyamanan dan perasaan dicintai serta dihargai (Ahyani dan Kumalasari, 2012).

Melalui dukungan yang dirasakan, individu akan merasa lebih tenang jika dihadapkan pada suatu masalah (Sarafino dan Smith, 2011).

Tabel 7 Analisis Tema Dukungan Emosional

Tema	Kategori	Sub Kategori
Pemberian dukungan emosional yang baik	Sikap keluarga dalam merawat pasien	Empati
		Kasih sayang
		Perhatian

Berdasarkan hasil penelitian seluruh tenaga kesehatan telah memberikan dukungan emosional dengan baik ke pasien maupun keluarga ODGJ. Seperti yang diungkapkan Pengelola Program:

"Yang pasti mereka butuh dukungan seperti rasa empati, perhatian, cara pemberian obat ya kita lakukan pendekatan lah" **(RS)**

Meskipun ditemukan hambatan dalam pemberian dukungan mengenai penolakan dari keluarga yang disebabkan oleh stigma negatif dari masyarakat, hal tersebut tidak membuat tenaga kesehatan diam begitu saja. Tenaga kesehatan tetap berusaha melakukan berbagai macam pendekatan ke keluarga pasien. Pada akhirnya, terjalin sebuah komunikasi dan hubungan yang baik sehingga berdampak baik bagi perkembangan kesembuhan pasien.

Bentuk dukungan emosional yang diberikan oleh tenaga kesehatan ke pasien adalah dalam bentuk empati, peduli, perhatian seperti menyuruh pasien untuk mandi, untuk makan obat, untuk keluar dari kamar, semangat untuk sembuh dengan

berbagai pendekatan lainnya yaitu dengan memberikan motivasi juga kepada keluarga pasien.

Empati adalah konsep kompleks multidimensi yang mengandung unsur moral, kognitif, emotif dan komponen perilaku yang melibatkan kemampuan untuk memahami situasi, perspektif, perasaan, berkomunikasi, bertindak pada pemahaman dengan pasien. Empati memainkan peran terhadap kesehatan mental dan keperawatan (Mercer and Reynolds, 2002). Penelitian di India yang dilakukan oleh Rangaswamy, *et al* (2012), bahwa dengan bersikap empati dapat membangun hubungan saling percaya dengan individu maupun keluarga. Tenaga kesehatan mendorong partisipasi dalam memberikan dukungan, meningkatkan interaksi sosial, mendorong untuk kegiatan masyarakat, mengajari strategi untuk menghadapi stigma dan dikriminasi.

Keluarga pasien diberikan motivasi dan edukasi juga oleh tenaga kesehatan mengenai cara penanganan pasien. Motivasi dan edukasi tersebut dapat berdampak pada dukungan emosional yang diberikan oleh keluarga. Keluarga yang dulunya sering marahi pasien, mengurung pasien, sekarang sudah besikap lembut, dan dapat memberikan rasa nyaman dan kasih sayang pada pasien sehingga dapat berdampak pada tingkat kesembuhan pasien tersebut. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hasiolan & Sutejo (2015) bahwa dukungan emosional yang diberikan keluarga

merupakan dukungan yang memberikan perasaan nyaman, perasaan yang dicintai dalam bentuk semangat, dan rasa percaya akan meningkatkan kebahagiaan, sehingga pasien termotivasi untuk berusaha untuk sembuh.

Hasil observasi pada penelitian menunjukkan bahwa pada pelaksaan kegiatan posyandu jiwa, pasien diberi penuh dukungan emosional baik dari tenaga kesehatan maupun kader. Sejalan dengan penelitian Nurmalasari (2015), bahwa rasa aman, cinta, dan kasih sayang mampu membuat individu yang sakit jadi merasa nyaman, tenang berada dilingkungannya, tidak merasa takut, malu dan rendah diri bila berhadapan dengan orang lain. Dukungan emosional meningkatkan status kesehatan yang secara komprehensif keduanya mendukung kualitas hidup (Surahmiyati, 2017).

3.5 Perawatan Berbasis Rumah (Kunjungan Rumah) Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa

Home visit adalah layanan kesehatan berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka (Kemenkes, 2014).

Tabel 8 Analisis Tema Kunjungan Rumah

Tema	Kategori	Sub Kategori
Pelayanan kunjungan rumah yang rutin	Membantu akses ke pelayanan kesehatan	Mendapatkan informasi pelayanan kesehatan jiwa

Cara yang dinilai efektif dalam penyampaian informasi pada pasien ODGJ dan keluarga salah satunya adalah dengan kunjungan rumah, penyampaian informasi seperti edukasi cara perawatan pasien dan pemberian obat. Berdasarkan hasil telaah dokumen, kegiatan dari kunjungan rumah tersebut yaitu, pengontrolan perkembangan pasien, pemeriksaan vital/fisik, pengecekan ketersediaan obat dan aturan minum obat, melakukan konseling/edukasi kepada pasien dan juga keluarga pasien serta melakukan pencatatan dan pelaporan. Dengan adanya kegiatan dari kunjungan rumah tersebut, beberapa pasien ODGJ menunjukkan perubahan positif, baik dalam perawatan harian maupun kesembuhan jangka panjang dan kesadarannya untuk pergi ke pelayanan kesehatan. Hasil wawancara dengan salah satu Pengelola Program Puskesmas:

"pelaksanaan kunjungan rumah itu kayak observasi biasanya, kita lihat kita tanya perkembanganya dengan keluarga, ditimbang berat badan di tensi, ditanyakan keluhan, ditanya mengenai obat dan pemberian obatnya, dikasih edukasi" ***(AW).***

Berdasarkan hasil wawancara menunjukkan bahwa tujuan dilakukannya kunjungan rumah pasien sudah sesuai dengan SOP puskesmas serta Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas.

Basavanthappa (2011) memaparkan bahwa kunjungan ke rumah pasien gangguan jiwa dalam proses perawatan penyakit jiwa sangat diperlukan karena banyak pasien dengan

penyakit jiwa pada umumnya memiliki gejala dasar seperti menarik diri atau isolasi sosial, di masyarakat. Maka dari itu, kunjungan rumah akan memberikan kesempatan pada tenaga kesehatan untuk lebih memahami pasien dengan lebih terbuka. Melalui kunjungan rumah, membuat tenaga kesehatan memiliki wawasan mengenai bagaimana pasien mengelola hidupnya sehari-hari ditempat tinggalnya.

Kendala yang dialami pada tenaga kesehatan saat melalukan kunjungan ke rumah pasien yaitu adanya penolakan dari keluarga. Keluarga ODGJ umumnya merasa malu dengan keadaan anggota keluarganya yang ODGJ serta takut kalau masyarakat atau tetangga mengetahui. Hal ini dapat terjadi akibat stigma negatif mengenai penyakit jiwa di masyarakat masih tinggi serta kurangnya pengetahuan keluarga mengenai kesehatan jiwa. Sehingga, pihak puskesmas tetap berusaha untuk memberikan edukasi berulang ke keluarga pasien mengenai kesehatan jiwa. Kendala utama yang sering dihadapi fasilitas pelayanan tingkat pertama adalah minimnya ketersediaan media yang disebabkan belum adanya alokasi dana yang digunakan untuk memenuhi berbagai media edukasi kesehatan jiwa di puskesmas (Yusuf AH, 2019).

Tenaga kesehatan puskesmas seperti perawat dan dokter melakukan kunjungan rumah kepada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa. Frekuensi kunjungan kesehatan jiwa adalah dua minggu sekali

(Kemenkes, 2014). Namun hasil penelitian menujukkan bahwa frekuensi kunjungan rumah hanya 1-2 kali perbulan, dan itu lebih di fokuskan pada pasien atau keluarga yang tidak mengambil obat.

3.6 Sistem Rujukan Perawatan Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa

Rujukan adalah upaya pelimpahan tanggung jawab timbal balik secara vertical maupun horizontal dari tingkat pelayanan dasar kepada tingkat pelayanan rujukan atau sebaliknya, sehingga gangguan jiwa memperoleh pelayanan yang lebih sesuai dengan kebutuhan (Yusuf AH, 2019).

Tabel 9 Analisis Tema Sistem Rujukan

Tema	Kategori	Sub Kategori
Sistem rujukan berjenjang	Harus melalui Rumah Sakit Tipe B	Apabila emergency dan pernah terdaftar selama 3 bulan sebagai pasien bisa langsung rujuk ke RS. Erba

Kebutuhan dalam meningkatkan kualitas di pelayanan kesehatan di Indonesia termasuk dalam kegiatan perawatan keluar puskemas dan perawatan lanjutan. Perencanaan perawatan di puskesmas dan perawatan lanjutan setelah keluar dari puskesmas mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Mekanisme sistem rujukan tersebut yaitu harus berjenjang.

Hasil wawancara dengan Pimpinan Puskesmas:

"Rujukan ada yang pake BPJS ada yang umum. Boleh kemana aja. Kita bisa langsung ke Ernaldi Bahar kalo yang umum, kalo BPJS harus berjenjang bisa ke penempatan di atas kita, di Muhammadiyah, atau dimana…" ***(RA).***

Hasil wawancara dengan Dokter :

"*Kita berjenjang, kalau langsung itu dalam keadaan emergency atau pernah terdaftar jadi pasien selama 3 bulan*" **(DJ)**

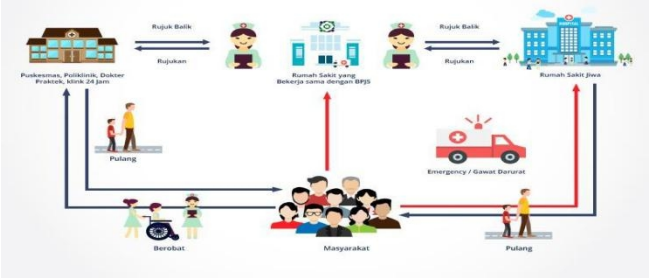
Hasil wawancara dengan Pengelola Program Dinkes :

"Jadi, karena sekarang sistem rujukan ini berjenjang, jadi agak kesulitan kita itu salah satu hambatan kami juga. Jadi, dari puskesmas harus ke Tipe B dulu baru bisa ke Erba. Jadi, ga bisa langsung ke Ernaldi Bahar. Salah satu hambatan kami juga." ***(DK).***

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sistem rujukan pelayanan kesehatan jiwa adalah sistem rujukan berjenjang, yakni harus melalui Tipe B terlebih dahulu untuk bisa rujuk ke RS. Ernaldi Bahar maka harus *emergency* atau pernah terdaftar menjadi pasien disana selama 3 bulan. Akan tetapi, beberapa informan tidak menyampaikan informasi yang sama, dikarenakan kurangnya koordinasi mengenai aturan sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa.

Sesuai dengan konsep *Public Health Centre*, maka sistem rujukan menunjang upaya pelayanan kesehatan secara berjenjang dari tingkat rumah tangga ke tingkat masyarakat, dari tingkat masyarakat ke puskesmas dan puskesmas ke rumah sakit atau unit pelayanan lain ditingkat kabupaten/kota atau propinsi atau propinsi dengan dasar pemikiran rujukan ditujukan secara timbal balik ke unit pelayanan yang lebih

kompeten, terjangkau dan dilakukan secara rasional, tidak dibatasi dengan wilayah administrasi (Depkes, 2009).



Gambar 3 Alur Rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit dan Sebaliknya (Permenkes, 2017)

Berdasarkan hasil observasi dan telaah dokumen, alasan dilakukannya rujukan perawatan juga berkaitan dengan kekurangan ketersediaan obat yang ada di Puskesmas. Hal ini tentu perlu dilakukan rujukan keparawatan sesegara mungkin agar menghindari hal-hal yang tidak diinginkan seperti tiba-tiba mengamuk atau menyakiti orang lain disekitarnya. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hanifah (2017) yang menyatakan bahwa pasien dirujuk adalah pasien yang atas pertimbangan perawat atau dokter yang memerlukan pelayanan di Rumah Sakit baik untuk diagnostic atau terapi.

Puskesmas merupakan pusat pelayanan kesehatan perorangan primer yang berfungsi sebagai gate keeper atau kontak pertama pelayanan kesehatan formal. Puskesmas harus dapat memberikan penanganan awal kasus medis yang masih dapat ditangani di puskesmas sebelum dilakukan rujukan kepada pasien. Koordinasi dan transfer informasi antara

layanan primer dan spesialis yang tidak adekuat akan memberikan konsekuensi yang buruk (Garasen & Johnsen, 2007).

Berdasarkan telaah dokumen didapatkan hasil bahwa terdapat beberapa kasus rujukan dan orang dengan gangguan jiwa ini memiliki ekonomi menegah kebawah dan pada awal mulanya tidak memiliki JKN. Pada kasus rujuk yang merujuk ke Rumah Sakit Ernaldi Bahar, pasien harus memiliki BPJS terlebih dahulu, tidak seperti peraturan yang dulu pasien bisa berobat ke Rumah Sakit Erba dengan menggunakan KK. Dengan adanya kendala tersebut maka pihak Dinas Kesehatan dan puskesmas bekerja sama untuk mendaftarkan dan menjamin pasien untuk memiliki Jaminan Kesehatan Nasional tersebut guna keperluan perawatan yang dibutuhkan oleh pasien.

Tindak lanjut setelah perawatan di RSU atau di RSJ dan pasien dinyatakan boleh pulang maka RS rujukan wajib mengirim surat rujuk balik kepada puskesmas asal sebelum dirujuk. Surat rujuk balik menjelaskan kondisi terakhir pasien, terapi medis dan non medis yanh harus dilanjutkan di puskesmas.

Pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit haruslah selaras dengan pelayanan yang akan dilanjutkan di pelayanan kesehatan primer. Sistem rujukan diperlukan untuk dapat menginformasikan sebagian informasi tentang catatan medik, catatan dokumentasi keperawatan, catatan konsultasi psikolog

sampai lanjutan pengobatan yang harus didapatkan oleh pasien. Informasi-informasi tersebut dapat dijadikan informasi lanjutan perawatan yang akan dilakukan di pelayanan primer. Sistem rujukan yang bersifat efisien dapat menjamin kesinambungan perawatan pasien di pelayanan primer atau sekunder (Harris, *et al.,* 2007).

3.7 Pengawasan dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Jiwa

Pengawasan dalam pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas, yaitu kegiatan program pelayanan kesehatan jiwa yang sudah dilaksanakan oleh staf dalam kurun waktu tertentu, apakah sesuai standar, prosedur atau rencana kerja, dan sumber daya yang sudah digunakan (Yusuf A, 2019).

Tabel 10 Analisis Tema Pengawasan

Tema	Kategori	Sub Kategori
Kurang optimalnya Pengawasan	Pengawasan secara langsung dilakukan 3 bulan sekali	Perbedaan hasil laporan pencatatan kasus gangguan jiwa

Pengawasan dalam pelayanan kesehatan jiwa dilaksanakan secara bertahap dan dilaksanakan secara seksama. Hal ini dimaksudkan agar dapat sejauh mana pelaksanaan kesehatan jiwa telah dilakukan. Pengawasan dalam pelayanan kesehatan jiwa tingkat primer dilakukan oleh Dinas Kesehatan baik melalui pengawasan langsung maupun pengawasan tidak langsung.

Hasil wawancara dengan Pengelola Program :

"Kalau monev puskesmas setiap bulan tapi kalau dari dinkes paling 3 bln sekali, laporan bisa kirim via email" **(SY)**

"Setiap bulan dinkes datang, setiap ada pertemuan dilakukan kunjungan terus" **(RS)**

"Jarang ya paling 3-4 bulan kadang kalau ada acara , laporan bisa via email" **(DM)**

"Pengawasan dari dinkes tahun kemarin hanya 1x, tapi ada group wa yang kalau ada kendala bisa melapor kesana" **(AW)**

Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat dilihat bahwa pengawasan yang dilakukan oleh Pihak Dinas Kesehatan Kota Palembang tidak dilakukan secara berkala. Pengawasan hanya dilakukan dengan rentang waktu 3 bulan sekali. Namun, mereka bisa koordinasi mengenai permasalahan pelayanana kesehatan jiwa melalui grup *Whatsapp*. Hasil tersebut sejalan dengan hasil observasi peneliti.

Tabel 11 Hasil Observasi Pengawasan yang dilakukan Dinas Kesehatan

Tempat	Ya	Tidak
PKM Plaju	-	√
PKM 1 Ulu	√	-
PKM Kenten	√	-
PKM Karya Jaya	-	√

Sumber : Data Primer Hasil Observasi Penelitian, 2019

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Marchira (2011) bahwa kepadatan penduduk tidak sebanding dengan jumlah tenaga yang ada mengakibatkan pemerintah mengalami kesulitan dalam mengawasi program-program

kesehatan yang ada di puskesmas. Faktor penting dalam pelaksanaan integrasi layanan kesehatan jiwa di layanan primer adalah supervisi oleh tenaga kesehatan professional dibidang kesehatan jiwa (Greenhalgh, 2009). Akibat dari kurangnya pembinaan, pengawasan serta penilaian oleh Dinas Kesehatan maupun dari pihak puskesmas, adalah pengetahuan, keterampilan dan motivasi yang rendah dan pada akhirnya kinerja tenaga kesehatan akan rendah pula yang berefek pada capaian hasil kegiatan program pelayanan kesehatan yang rendah pada umumnya dan program pelayanan kesehatan jiwa pada khususnya.

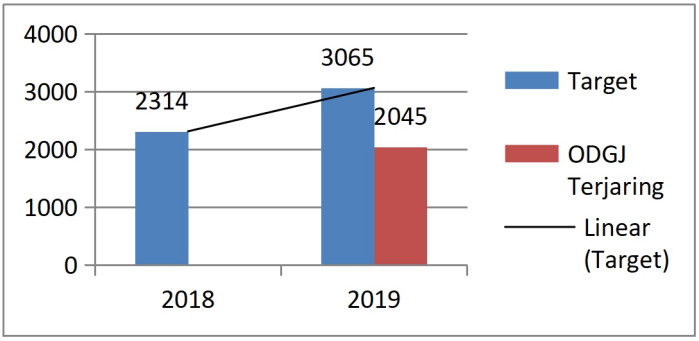
Kurang optimalnya pengawasan yang dilakukan tersebut berdampak pada sistem pencatatan dan pelaporan kasus gangguan jiwa. Laporan tertulis secara periodik atau bulanan, bisa langsung dikirim melalui email. Format laporan tersebut terdiri jenis penyakit pasien, jumlah pasien hingga jenis obat yang hendak dikonsumsi. Namun karena kurangnya pengawasan dari pihak Dinas Kesehatan, menyebabkan sistem pencatatan dan pelaporan belum sepenuhnya baik sehingga akan sulit untuk mendapatkan data terkini mengenai pasien jiwa. Hasil telaah dokumen yang dilakukan peneliti, didapatkan ada perbedaan jumlah kasus gangguan jiwa antara data dinas kesehatan dan data dari puskesmas.

Abdulmalik *et al* (2016) mengemukakan bahwa pencatatan yang tidak dilakukan secara rutin, rendahnya

dukungan dari *stakeholder*, serta kegiatan monitoring dan evaluasi yang tidak dilakukan secara berkala (monev tidak hanya untuk mengupdate jumlah pasien) memiliki dampak terhadap perencanaan dan pengambilan keputusan serta cakupan pelayanan kesehatan jiwa itu sendiri.

3.8 Cakupan Pemanfaatan Layanan Kesehatan Jiwa

Peningkatan pelayanan kesehatan mental dapat dilihat melalui persentase jumlah kunjungan baru penderita gangguan mental di Puskesmas. Berdasarkan Rekapitulasi Laporan Jiwa, Kota Palembang mengalami peningkatan target capaian program.



Hal ini sejalan dengan hasil wawancara bahwa target pelayanan kesehatan jiwa ini mengalami peningkatan. Data per Agustus, ODGJ yang terjaring sudah mencapai 2045 jiwa (66,72%). (Dinas Kesehatan Kota Palembang, 2019)

Menurut *National Institute of Mental Health* gangguan jiwa mencapai 13% dari keseluruhan penyakit dan akan meningkat

mencapai 25% pada tahun 2030 (Mawarpury, 2017). Namun faktanya, dari hasil penelitian diketahui jika cakupan pelayanan kesehatan mental di Kota Palembang belum mencapai target. Tantangan banyak ditemui saat proses penjaringan ODGJ, satu diantaranya adalah stigma negatif masyarakat terhadap ODGJ.

Masyarakat serta keluarga kerap menilai bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang memalukan bagi keluarga. Stigma negatif yang melekat pada ODGJ beserta keluarga mengakibatkan ODGJ dan keluarga terkucil di masyarakat. Efek negatif dari stigma ini antara lain kehilangan *self esteem*, perpecahan dalam hubungan kekeluargaan, isolasi sosial, rasa malu, yang pada akhirnya memicu perilaku pencarian bantuan tertunda (Nariati, 2017). Penelitian yang dilakukan oleh Franz *et al* (2010) juga menyebutkan bahwa adanya perasaan takut terhadap label penderita gangguan jiwa yang dirasakan oleh keluarga akan berdampak pada pencarian pengobatan yang dilakukan oleh keluarga terlambat.

Kendala lainnya yang ditemukan dalam peneliti mengenai cakupan pelayanan kesehatan mental adalah ketersediaan obat. Kurangnya ketersediaan obat yang dimiliki puskesmas menyebabkan keluarga pasien memilih merujuk pasien ke Rumah Sakit Ernaldi Bahar. Hal ini kerap terjadi pada pelayanan kesehatan mental di puskesmas. Pada beberapa kasus, obat-obatan ini tidak pernah dipakai, pada kasus yang lain obat-obatan ini kadang tidak tersedia (Marchira CR, 2011).

Alasan lain keluarga pasien melakukan rujukan ke RS. Ernaldi Bahar yakni karena tersedia psikolog untuk mereka melakukan konsultasi. Berdasarkan UU Nomor 18 Tahun 2014, puskesmas hanya menyediakan dokter umum saja, dan memang tidak perlukan tenaga psikolog. Namun, berbagai studi yang telah dilakukan menyatakan bahwa psikolog dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan mental. Terbatasnya fasilitas yang tersedia, kurang menunjang efisiensi serta tidak mendorong motivasi para pelaku dalam melaksanakan kebijakan (Mawarpury *et al*, 2017).

Salah satu dari 10 prinsip pelayanan kesehatan mental menurut WHO (2007) ditingkat primer adalah tersedianya psikiater dan tenaga profesional kesehatan mental lain yang mesti ada untuk mendukung pelayanan kesehatan jiwa. Faktanya, sumber daya kesehatan mental di negara-negara berkembang seperti Indonesia masih kurang. Sehingga, dokter umum dan tenaga kesehatan lain harus melakukan pelayanan kesehatan mental. Pemecahan masalah yang ditawarkan pemerintah untuk masalah ini sekarang ialah pengoptimalan pelatihan mengenai kesehatan mental.

Penelitian di Northwestern China juga menunjukkan bahwa peningkatan prevalensi gangguan mental, namun tingkat penggunaan layanan kesehatan mental hanya sekitar 2,45% sampai 4,67% karena keterbatasan akses (Liu L *et al,* 2018). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan mental di puskesmas

bermaksud dan bertujuan untuk kemudahan akses bagi masyarakat karena persoalan mengenai aksesibilitas masih terjadi di beberapa tempat. Guna mengatasi hambatan tersebut telah dilakukan upaya melalui kunjungan rumah, akan tetapi kunjungan rumah dinilai belum efektif karena kendala-kendala seperti waktu untuk melakukan kunjungan karena bertabrakan dengan kegiatan program lain (Pratiwi *et al,* 2015).

Masalah kesehatan mental memerlukan kerjasama secara luas, yang tidak hanya melibatkan pihak kesehatan namun juga lintas sektoral, yang melibatkan peran berbagai departemen, peran masyarakat dan mitra swasta, terlebih saat ini keadaan masyarakat diterpa bermacam-macam krisis, baik dalam bentuk fisik, psikis dan sosial serta lingkungan. Oleh karena itu, tindakan preventif lintas sektor perlu dilaksanakan secara berkesinambungan dan terpadu, agar masalah tersebut tidak memberikan dampak yang mendalam terhadap taraf kesehatan mental masyarakat (Pramujiwati *et al*, 2013).

BAB IV
PENUTUP

1. Pelayanan kesehatan jiwa di Kota Palembang masih belum berjalan dengan optimal yang menyebabkan cakupan kontak layanan kesehatan jiwa/pemanfaatan layanan kesehatan jiwa di Kota Palembang belum mencapai target yakni 66,72%.
2. Kurangnya tenaga kesehatan di puskesmas yang terlatih dikarenakan tidak meratanya pelatihan yang diberikan kepada petugas kesehatan tersebut yang menyebabkan beberapa kendala yang dihadapi oleh dokter maupun perawat.
3. Kurang terbukannya pasien dan keluarga dalam proses deteksi dini dikarenakan tempat pelaksanaan yang tidak kondusif dan waktu yang tidak memungkinkan.
4. Pelatihan yang tidak merata dan belum optimal dan background pendidikan petugas kesehatan yang bukan khusus kesehatan jiwa mengakibatkan dokter sulit dan ragu untuk menegakan diagnosa.
5. Dukungan emosional yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada pasien maupun kepada keluarga mampu merubah pandangan dan sikap keluarga dalam memberikan dukungan dalam perawatan pasien ODGJ.

6. Perawatan Berbasis Rumah (Kunjungan Rumah) dalam pelayanan kesehatan jiwa sudah dilakukan dan berdampak baik dalam pemantauan perkembangan pasien.
7. Sistem rujukan perawatan dalam pelayanan kesehatan jiwa di Kota Palembang diharuskan berjenjang yang mengakibatkan pasien tidak bisa langsung rujuk ke RS. Ernaldi Bahar.
8. Kurang optimalnya pengawasan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa di Kota Palembang dipantau oleh Dinas Kesehatan yang berdampak pada sistem pencatatan dan pelaporan kasus kesehatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

Abdulmalik, Jibril dan Thornicroft, Graham. 2016. *Community Mental Health: A Brief, Global Perspective.* Neurology, Psychiatry and Brain Research. Vol 22 pp: 101-104.

Achmad Haryadi, 2001. *Buku Penuntun Praktis Pelayanan Kesehatan Jiwa*.Dirjen. pelayanan Medik RSJ Pusat Jakarta

Ahyani, L.N & Kumalasari, F. 2012. *Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Penyesuaian Diri Remaja di Panti Asuhan*. Jurnal Penelitian. Kudus: Universitas Muria Kudus.

Ayuningtyas Dumilah, Misnaniarti, Rayhani Marisa. 2018. *Analysis Of Mental Health Situation On Community In Indonesia And The Intervention Strategies*. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, 9(1):1-10.

Basavanthappa, BT. 2011. *Essential of mental health nursing*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.

Culpeper L. 2003. *Use of Algoritme to Treat Anxiety in Primary Care J Clin Psychiatory*.

Diana, R. 2015. *Sumber Daya Manusia dan Produktivitas Kerja*. Istinbath. 15(1), p89-103.

Dinas Kesehatan Kota Palembang. 2019. *Profil Kesehatan Kota Palembang*. Sumatera Selatan.

Direktorat Bina Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan Republik Indonesia .2015. *Mental Health*.

Franz. L, Carter T, Leiner A.S, Bergner.E. 2010. Stigma and Treatment Delay in First-episode Psychosis: A Grounded Theory Studi. Early Interv Psychiatry. 4(1):47-56. http://www.ncbi.nlm.nih.gov

Garåsen, H., & Johnsen, R. (2007). The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC health services research*, *7*, 133. https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-133

Greasley, P., & Small, N. (2015). *Evaluating a primary care counseling service: outcomes and issues.* Journal of Primary Health Care and Development, 6, 125136.

Greenhalgh, Trisha, 2009. *WHO/WONCA Report-Integrating Mental in Primary Care: Global Perspective*. London Journal of Primary Care; 2:81-2.

Hanifah AN, Afridah W. 2018. *Upaya Mengoptimalkan Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat di Kelurahan Wonokromo Surabaya.* Jurnal Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya.

Harris, P., Nagy, S., and Vardaxis, N. 2010. *Mosby's Dictionary of Medicine, Nursing and Health Professions (2nd ed).* Sydney: Mosby Elsevier.

Hasiolan, M.I.S., Sutejo, Sutejo. 2015. *Efek Dukungan Emosional Keluarga pada Harga Diri Remaja: Pilot Study***.** Jurnal Keperawatan Indonesia, 18(2), p. 67-71. doi:https://doi.org/10.7454/jki.v18i2.400.

Hothasian JM, Suryawati C, Fatmasari EY. 2019. *Evaluasi Pelaksanaan Program Upaya Kesehatan Jiwa di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang Tahun 2018. Jurnal Kesehatan Masyarakat.* Vol 7. No 1. ISSN: 2356-3346.

Jordans MJD, Luitel NP, Kohrt BA, Rathod SD, Garman EC, De Silva M, Komproe IH, Patel Ikram, Lund Crick. 2019. *Community-, facility-, and individual-level outcomesof a district mental health care plan in a low-resource setting in Nepal: A population-based evaluation.* PLoSMed 16(2): e1002748.https://doi. org/10.1371/journal.pmed.1002748.

Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta.

Kementrian Kesehatan RI. 2014. *Undang Undang No 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa*. Lembaran Negara RI tahun 2014 No.5571. Jakarta : Sekretariat Negara.

Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta

Kemenkes RI. 2018. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta.

Kessler D., Bennewith O., Lewis G, *et al*. 2002. *Detection of Depression and Anxiety in Primary Care Follow Up Study*, in: BMJ,vol.325.

Korobu Laury M.G, Kandou G.D, Tilaar Ch.R. 2015. *Analysis of the Implementation services of Psychosocial Rehabilitation Instalation in RSJ Prof. Dr. V.L. Ratumbuysang of North Sulawesi Province.* JIKMU, Vol. 5, No. 2. Manado.

Kurniadi, A. 2013. *Manajemen Keperawatan dan Prospektifnya: Teori, Konsep dan Aplikasi.* Jakarta: Badan Penerbit FK UI.

Liu L, Chen X-I, NiC-p, Yang P, Huang Y-q, Liu Z-r. 2018. *Survey on The Use of Mental Health Services and help-seeking Behaviors in a Community Population in Northwestern China.* Psychiatry Research. 262:135-40.

Lund C, Tomlinson M, De Silva M, Fekadu A, Shidhaye R, Jordans MJ, Peterse I, Bhana A, Kigozi F, Prince M, Thornicroft G, Hanlon C, Kakuma R, McDaid D, Sexena S, Chisholm D, Raja S, Kippen-Wood S, Honikman S, Fairall L, Patel V. 2012. *PRIME: a programme to reduce the treatment gap for mental disorders in five low- and middle-income countries*. PLoS Med. 9(12):e1001359.

Marchira, Karla R. 2011. *Integrasi Kesehatan Jiwa Pada Pelayanan Primer di Indonesia: Sebuah Tantangan di Masa Sekarang.* Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 14(3). pp 120-126.

Mawarpury, Sari K, Safrina L. 2017. *Layanan Kesehatan Mental di Puskesmas : Apakah di Butuhkan?.* Jurnal Insight Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Jember. ISSN : 1858-4063 Vol. 13, No. 1.

Mercer, S.W, and Reynolds, W.J. 2002. *Emphaty and Quality of Care. British Journal of General Practice,* pp 9-12.

Moleong, Lexy J. 2016. *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

Murhanyo Dwi. 2008. *Keefektifan Pelatihan Tenaga Media dan Paramedis Puskesmas Terhadap Deteksi Dini Gangguan Jiwa di Kabupaten Sukoharjo.* Tesis. Program Studi Kedokteran Keluarga. Pascasarjana Universitas Sebelas Maret. Surakarta.

Naismith, S.L., Hickie I.B. 2001. *Effect of Mental Health Training and Clinical Audit on General Practioners Management of Common Mental Disorders.* The Medical Journal of Australia, Vol. 175.

Nasriati R. 2017. *Stigma dan Dukungan Keluarga dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).* Medisains Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan. Vol. 15 No. 1.

Nurmalasari, Y., & Putri, D. 2015. *Dukungan Sosial Dan Harga Diri Pada Remaja Penderita Lupus*. Jurnal Psikologi, *8*(1). Retrieved from https://ejournal.gunadarma.ac.id/

Oktarina, Oktarina, and Ika I. Prasetyawati. 2009. *Strategi Pengembangan Pelayanan Kesehatan Jiwa dengan Matrix Jendela Pelanggan di Puskesmas Manukan Kulon Surabaya.* Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, 12(1). doi:10.22435/bpsk.v12i1 Jan.1908.

Patel, V, Weiss, H.A, Chowdhary, N, Naik, S, Pednekar, S, Chatterjee, S, Bhat, B, Araya, R, King, M, Simon, G, Verdeli H, and Kirkwood, B.R. 2011. *Lay Health Worker Led Intervention for Depressive and Anxiety Disorders in India: Impact on Clinical and Disability Outcomes Over 12 Months*. British Journal of Psychiatry. 199(6)., pp 459-466.

Pratiwi A, Muhlisin A, Sudaryono A, Kurniwan ST. 2015. *Penyakit Jiwa di Komunitas*. Jurnal Warta Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. Vol 28 No 2. ISSN 1410-9344.

Pramujiwati D, Budi Ana Keliat, Ice Yuli Wardani. 013. *Pemberdaayaan Keluarga dan Kader Kesehatan dalam Penanganan Pasien Harga Diri Rendah Kronik dengan Pendekatan Model Precede L Green di RW 06, 07, dan 10 Tanah Baru Bogor Utara.* Jurnal Keperawatan Vol 1, No 2: 170-177.

Profil Kesehatan Dinas Kesehatan. 2017. Kota Palembang.

Rangaswamy, T, Thornicroft, G., Chatterje, S., Patel, V., Balaji, M., Chavan, A., Kumar,P., Dabholkar, H., John, S., Koschorke, M., and Dakshin, L. 2012. *The Development of a Lay Health Worker Delivered Collaborative Community Based Intervention for People with Schizopherenia in India.* BMC Health Services Research, p. 42.

Retnowati, S., and Munawaroh, S.M., 2011. *Hardiness, Harga Diri, Dukungan Sosial dan Depresi pada Remaja Pencitas Bencana di Yogyakarta.* Jurnal Humanitas. Vol 6 NO. 2

Sarafino, E.P., Timothy W, Smith. 2010. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions.* 7th edition. Amerika Serikat: JohnWiley & Sons, Inc.

Sudiyanto, A. 1998. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Jiwa Keluarga Terhadap Kekambuhan Penderita Gangguan Afektif*. Disertasi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Surahmiyati S, Yoga BH, Hasanbasri M. 2017. *Dukungan sosial untuk orang dengan gangguan jiwa di daerah miskin: studi di sebuah wilayah puskesmas di Gunungkidul*. BKM Journal of Community Medicine and Public Health. Vol 33 No 8.

WHO. 2007. *Integrating mental health services into primary health care.* Geneva: World Health Organization

WHO. 2013. *Mental Health Action Plan 2013 – 2020*. Geneva: World Health Organization.

WHO. 2014. *Global Mental Health Atlas Country Profile 2014*. Geneva: World Health

Yusuf AH, Fitryasari R, Nihayati NE, Tristiana RD. 2019. *Kesehatan Jiwa (Pendekatan Holistik dalam Asuhan Keperawatan).* Edisi Pertama. Jakarta : Mitra Wacana Media.

PELAYANAN KESEHATAN JIWA

DI TINGKAT FASILITAS KESEHATAN PRIMER

ISBN 978-979-587-950-3

UNSRI PRESS

9 789795 879503