

EVALUASI PELAYANAN KESEHATAN JIWA DI SULAWESI TENGAH

Hayani Anastasia¹, Octaviani¹, Made Agus Nurjana¹, Junus Widjaja¹, Samarang¹,
Gunawan¹

¹Badan Riset dan Inovasi Nasional

Email: anayani7337@gmail.com; haya006@brin.go.id
octa006@brin.go.id, agusmd81@gmail.com, junus.widjaja@gmail.com,
sama001@brin.go.id, guna017@brin.go.id

ABSTRAK

Sulawesi Tengah menjadi provinsi dengan masalah gangguan kejiwaan tertinggi di Indonesia. Implementasi pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa masih belum diketahui di samping masih kurangnya perhatian terhadap pelayanan kesehatan jiwa mulai dari pelayanan primer di Puskesmas. Oleh karena itu, perlu melihat bagaimana upaya pelayanan kesehatan jiwa di Sulawesi Tengah, apakah telah sesuai SPM pelayanan kesehatan jiwa. Penelitian ini dilakukan untuk melihat implementasi pelayanan kesehatan jiwa di tingkat pelayanan primer, sekunder, dan tersier dan hasilnya, dengan desain *cross—sectional*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan jiwa belum optimal. Masalah-masalah yang ditemukan dalam pelayanan kesehatan jiwa terutama di pelayanan kesehatan primer adalah capaian kinerja belum mencapai target, peralatan untuk pelayanan kesehatan jiwa tidak tersedia, ketidakterediaan obat, rangkap jabatan, kurangnya pelatihan, kerjasama lintas sektor tidak optimal, serta masalah eksternal termasuk didalamnya dukungan keluarga termasuk pemahaman yang rendah tentang kesehatan jiwa. Oleh karena itu perlu dilakukan program pelayanan kesehatan jiwa yang berbasis masyarakat, seperti pembentukan kader jiwa yang dapat membantu puskesmas melakukan deteksi dini gangguan kejiwaan di masyarakat, meningkatkan pelatihan SDM, sosialisasi dan edukasi tentang kesehatan jiwa di masyarakat, serta meningkatkan kerjasama lintas sektor khususnya dengan Dinas Sosial dan pemerintah daerah

Kata kunci : Kesehatan jiwa, SPM, evaluasi, Sulawesi Tengah

ABSTRACT

Central Sulawesi is the province with the highest environmental disturbance problem in Indonesia. The implementation of mental health services is still unknown in addition to the lack of attention to mental health services starting from primary services at Puskesmas. Therefore, it is necessary to see how the efforts of mental health services in Central Sulawesi are following the SPM of mental health services.

This study was conducted to see the implementation of mental health services at the primary, secondary, and tertiary service levels and the results, with a cross-sectional design. The results showed that mental health services were not optimal. The problems found in mental health services, especially in primary health care, are performance achievements that have not reached targets, equipment for mental health services not available, drug unavailability, concurrent positions, lack of training, cross-sector cooperation not optimal, and external problems including family support including the low understanding of mental health. Therefore, it is necessary to carry out community-based mental health service programs, such as the formation of mental cadres that can help puskesmas carry out early detection of psychiatric disorders in the community, increase human resource training, socialization and education about mental health in the community, and increase cross-sector cooperation, especially with Social Services and local governments

Keywords: mental health, SPM, evaluation, Central Sulawesi

PENDAHULUAN

Kesehatan mental atau kesehatan jiwa merupakan bagian menyeluruh dari aspek kesehatan. *World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa sehat adalah keadaan baik dari segi fisik, mental, dan sosial, bukan hanya tidak adanya penyakit. Kesehatan mental merupakan komponen dasar dari definisi kesehatan yang memungkinkan seseorang menyadari potensi mereka, mengatasi tekanan kehidupan normal, bekerja secara produktif, dan berkontribusi pada komunitas.¹⁻³

Terdapat sekitar 450 juta orang menderita gangguan mental dan perilaku di seluruh dunia. Diperkirakan satu dari empat orang akan menderita gangguan mental selama masa hidup mereka. Menurut WHO regional Asia Pasifik (WHO SEARO) pada tahun 2017 jumlah kasus gangguan depresi terbanyak di India (56.675.969 kasus atau 4,5% dari jumlah populasi), terendah di Maldives (12.739 kasus atau 3,7% dari populasi). Adapun di Indonesia sebanyak 9.162.886 kasus atau 3,7% dari populasi.⁴⁻⁶

Prevalensi gangguan jiwa berat secara nasional di Indonesia sebesar 1,7‰ (permil), atau sebanyak 1.728 orang berdasarkan data Riskesdas 2013.⁷ Kondisi ini menurun daripada data yang dilaporkan pada tahun 2007 sebesar 4,6‰.⁸ Prevalensi psikosis atau skizofrenia

tertinggi di Yogyakarta (2,7‰), Aceh (2,7‰), dan Sulawesi Selatan (2,6‰), sedangkan yang terendah di Kalimantan Barat (0,7‰). Prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan terdapat sekitar 6%. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah (11,6%), Sulawesi Selatan (9,3%), Jawa Barat (9,3%), sedangkan prevalensi terendah di Provinsi Lampung sekitar 1,2%.⁸ Prevalensi gangguan mental emosional ini terlihat menurun dibandingkan data hasil Riskesdas 2007 yang sebesar 11,6%.^{4,7}

Berdasarkan data Riskesdas 2013, prevalensi gangguan jiwa berat di Sulawesi Tengah sebesar 1,9‰, lebih tinggi dari prevalensi nasional (1,7‰). Kabupaten Morowali, Sigi, dan Donggala mempunyai prevalensi gangguan jiwa berat tertinggi dengan prevalensi masing-masing 5,5‰, 3,2‰, dan 2,9‰. Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk berumur 15 tahun ke atas juga dilaporkan tinggi sebesar 11,6%, jauh di atas prevalensi nasional sebesar 6%. Kabupaten dengan prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk berumur 15 tahun ke atas tertinggi adalah Kabupaten Tojo Una-Una, Tolitoli, dan Sigi dengan prevalensi masing-masing 37,1%, 24,6%, dan 19,2%. Sebaliknya, proporsi cakupan pengobatan penderita gangguan mental emosional dilaporkan rendah sebesar 18,7%, jauh lebih rendah dibandingkan cakupan pengobatan nasional sebesar 26,6%.⁹

Berdasarkan data Riskesdas 2018, prevalensi gangguan jiwa berat di Sulawesi Tengah meningkat dibandingkan riskesdas 2013 menjadi di atas 7‰ yang merupakan prevalensi nasional. Sulawesi Tengah dilaporkan mempunyai prevalensi depresi pada penduduk usia di atas 15 tahun tertinggi di Indonesia pada Riskesdas 2018, yaitu 12,3%. Selain itu, prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk usia di atas 15 tahun juga dilaporkan paling tinggi di Indonesia dengan prevalensi 19,8%. Prevalensi beberapa jenis gangguan kejiwaan tersebut dilaporkan meningkat jika dibandingkan tahun 2013, angka gangguan jiwa berat meningkat 5,1‰ dan prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk usia di atas 15 tahun juga meningkat sebesar 7,5%.¹⁰

Pada tahun 2018, persentase pelayanan ODGJ berat di Sulawesi Tengah adalah sebesar 63,2%. Persentase pelayanan kesehatan ODGJ tertinggi dilaporkan sebesar 100% di Kabupaten Morowali, Donggala Buol, Tojo Una-Una, dan Banggai Laut.¹¹ Pada tahun 2019 pelayanan ODGJ berat terendah dilaporkan di Kota Palu sebesar 92,37%, Kabupaten Parigi Moutong sebesar 85,06%; Kabupaten Tojo Una-Una sebesar 32,95%, Morowali sebesar 67,3%, Banggai Kepulauan 1,68%, dan Banggai Laut sebesar 49,06%.¹²

Kesenjangan pengobatan (*treatment gap*) gangguan jiwa di Sulawesi Tengah mencapai 90%. Hal ini berarti hanya sekitar 10% orang dengan gangguan jiwa yang mendapatkan layanan kesehatan jiwa.¹² Sulawesi Tengah telah berupaya melakukan upaya pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan kesehatan dasar. Pelayanan kesehatan jiwa yang telah dilakukan adalah skrining deteksi dini di masyarakat serta tata laksana kasus untuk gangguan kesehatan jiwa dengan obat-obatan dan pola hidup sehat, seperti pola tidur yang baik, makan, dan berolahraga.¹¹

Upaya pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia diatur dalam Undang-Undang No. 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa.¹³ Namun, implementasi pelayanan kesehatan jiwa mulai dari pelayanan primer di Puskesmas sampai dengan pelayanan tersier di RSJ belum diketahui dengan pasti. Pelayanan kesehatan jiwa masih belum menjadi perhatian oleh semua pelayanan primer dan sekunder walaupun jumlah orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) tercatat terus meningkat.

Sulawesi Tengah menjadi provinsi dengan masalah gangguan kejiwaan tertinggi di Indonesia. Prevalensi gangguan kejiwaan baik dari gangguan jiwa berat sampai depresi di Provinsi Sulawesi Tengah menunjukkan peningkatan pada tahun 2018 jika dibandingkan dengan data tahun 2013 (berdasarkan data Riskesdas). Data peningkatan prevalensi yang terjadi di tahun 2018, dikumpulkan bahkan sebelum terjadinya kejadian bencana gempa, tsunami, dan likuifaksi di Palu, Sigi, dan Donggala. Disamping itu, pengobatan terhadap masalah gangguan kejiwaan dilaporkan masih sangat rendah. Implementasi pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa masih belum diketahui di samping masih kurangnya perhatian terhadap pelayanan kesehatan jiwa mulai dari pelayanan primer di Puskesmas. Oleh karena itu, perlu melihat bagaimana upaya pelayanan kesehatan jiwa di Sulawesi Tengah, apakah telah sesuai SPM pelayanan kesehatan jiwa.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang dilaksanakan pada bulan Januari sampai Desember 2021 di Sulawesi Tengah. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan capaian kinerja dan kondisi pelayanan Kesehatan jiwa dengan indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan jiwa. Disamping itu indikator RE-AIM juga digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan program kesehatan jiwa. Pendekatan evaluasi yang dilakukan adalah pendekatan evaluasi dengan kerangka RE-AIM. Elemen RE-AIM mencakup:

1. *Reach*: Partisipasi target populasi pada pelayanan kesehatan jiwa

2. *Effectiveness*: Efek dari pelayanan kesehatan jiwa, baik positif maupun negatif
3. *Adoption*: Pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa
4. *Implementation*: Sejauh mana pelayanan kesehatan jiwa telah dilaksanakan
5. *Maintenance*: Bagaimana keberlangsungan kegiatan pelayanan kesehatan jiwa?

Sampel adalah Puskesmas terpilih di wilayah Kota Palu, Kabupaten Sigi, Donggala, dan Parigi Moutong. Jumlah sampel puskesmas yang akan menjadi sampel adalah Kota Palu sebanyak 8 puskesmas, Kabupaten Donggala 9 puskesmas, Sigi 10 puskesmas, dan Parigi Moutong 12 puskesmas. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan checklist, review data dan wawancara mendalam dengan kepala Puskesmas dan penanggung jawab program Kesehatan jiwa di Puskesmas, Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten, dan Dinas Kesehatan Provinsi. Data yang diperoleh dianalisis secara deskriptif. Data hasil wawancara mendalam akan dianalisis secara kualitatif dengan menggunakan analisis tematik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Standar Jumlah dan Kualitas Barang/Jasa

Tabel 1 menunjukkan keadaan jumlah dan kualitas barang/jasa berdasarkan standar pelayanan minimal (SPM) ODGJ berat yang seharusnya dipenuhi oleh puskesmas. Di semua Kabupaten/Kota yang dikunjungi, Kota Palu, Kabupaten Sigi, Parigi Moutong, dan Donggala, semua puskesmas tidak memiliki buku pedoman diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ-III). Beberapa petugas keswa memiliki buku tentang kesehatan jiwa yang berupa modul hasil pelatihan. Namun buku pedoman diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ-III) atau yang terbaru tidak tersedia bahkan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Tabel 1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang/Jasa berdasarkan SPM ODGJ Berat di 4 Kabupaten/Kota di Sulawesi Tengah

Indikator	Jumlah Standar Menurut SPM	Kondisi Riil
Standar Jumlah dan Kualitas barang/jasa		
- Buku pedoman diagnosis penggolongan gangguan jiwa	Minimal 1 per PKM	Semua PKM tidak memiliki
- Kit berisi 2 alat fiksasi	Sesuai kebutuhan	Semua PKM tidak memiliki
- Formulir pencatatan dan pelaporan	Sesuai kebutuhan	Ada
- Media KIE	Sesuai kebutuhan	Tidak ada

Alat kit fiksasi juga tidak tersedia di semua puskesmas. Bahkan hampir semua petugas tidak mengetahui apa itu kit fiksasi dan peruntukannya. Demikian pula dengan media KIE untuk edukasi kepada ODGJ dan keluarganya maupun untuk masyarakat. Satu puskesmas mempunyai media KIE yang diterima pada saat pelatihan oleh Kementerian Kesehatan.

Standar Jumlah dan Kualitas SDM Kesehatan

Tabel 4 menunjukkan tenaga kesehatan yang bertanggung jawab terhadap penanganan kesehatan jiwa di puskesmas berdasarkan SPM ODGJ berat di Kota Palu, Kabupaten Sigi, Parigi Moutong, dan Donggala. Di semua puskesmas program kesehatan jiwa dipegang oleh 1 perawat dan untuk diagnosa dan pengobatan dilakukan oleh dokter puskesmas. Namun, tidak semua perawat dan dokter telah dilatih khusus kesehatan jiwa.

Tabel 2. Standar Jumlah dan Kualitas SDM Kesehatan berdasarkan SPM ODGJ Berat di 4 Kabupaten/Kota di Sulawesi Tengah

Indikator	Jumlah Standar Menurut SPM	Kondisi Riil
Standar Jumlah dan Kualitas SDM Kesehatan	1 dokter dan/atau 1 perawat terlatih per PKM	Ada 1 dokter dan 1 perawat per PKM tetapi tidak semua terlatih

Untuk pelatihan lebih banyak diikuti oleh penanggung jawab pelayanan kesehatan jiwa dan jarang diikuti oleh dokter puskesmas. Hanya puskesmas tertentu yang dokter ikut dilatih. Salah satunya adalah dokter di Puskesmas Parigi, Kabupaten Parigi Moutong. Selain itu penanggung jawab pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas ini adalah sarjana psikologi yang mempunyai keahlian sebagai konselor.

Dua puskesmas di Kota Palu dan dua puskesmas di kabupaten juga terdapat psikolog di puskesmasnya. Namun, psikolog ini bukan pegawai puskesmas tetapi bantuan psikolog dari LSM Sejenak Hening, yang membantu menempatkan psikolog di puskesmas-puskesmas tersebut setelah bencana tsunami dan likuifaksi.

Program penempatan psikolog di puskesmas juga dilakukan di Kabupaten Sigi dengan bantuan LSM Sejenak Hening yang menyediakan psikolog di 2 puskesmas, Puskesmas Biromaru dan Puskesmas Dolo dan melatih kader jiwa untuk membantu memberikan konseling di wilayahnya. Setelah kegiatan selesai Pemerintah Daerah Kabupaten Sigi berusaha melanjutkan kegiatan tersebut dengan anggaran dari Pemda.

Capaian Kinerja

Tabel 5 menunjukkan capaian kinerja pelayanan kesehatan jiwa di Kota Palu, Kabupaten Sigi, Parigi Moutong, dan Donggala. Capaian kinerja menurut SPM seharusnya adalah 100% namun capaian kinerja di keempat kabupaten/kota menunjukkan penurunan bahkan tidak mencapai 50% di tahun 2020.

Tabel 3. Capaian Kinerja berdasarkan SPM ODGJ Berat di 4 Kabupaten/Kota di Sulawesi Tengah

Indikator	Jumlah Standar Menurut SPM	Kondisi Riil
Capaian kinerja	100%	
- Kota Palu		100% (2017), 100 (2018), 92,4 (2019), 45% (2020)
- Kabupaten Sigi		97,3% (2017); 95,9% (2018); 680,7% (2019); 17,8% (2020)
- Kabupaten Parigi Moutong		96,8% (2017); 95,4% (2018); 85,1% (2019); 39,6% (2020)
- Kabupaten Donggala		98,7% (2017); 81,5% (2018); 206,1% (2019); 15,7% (2020)

Capaian kinerja ditentukan oleh jumlah ODGJ yang mendapatkan pelayanan standar. Setiap orang dengan gangguan jiwa berat berhak mendapatkan pelayanan standar. Pelayanan standar menurut SPM meliputi pemeriksaan kesehatan jiwa, edukasi, dan rujukan jika diperlukan. Ketiga pelayanan ini diberikan di setiap puskesmas, namun berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa kegiatan tersebut tidak dapat dilakukan maksimal. Pelayanan di puskesmas lebih pada pelayanan untuk memberikan rujukan.

Pelayanan Kesehatan Jiwa Berdasarkan Indikator RE-AIM

Indikator RE-AIM merupakan indikator yang sering digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan program kesehatan dengan lima indikator *reach*, *effectiveness*, *adoption*, dan *implementation*. Pelayanan kesehatan jiwa di empat kabupaten/kota berdasarkan kerangka RE-AIM dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4. Pelayanan Kesehatan Jiwa Berdasarkan Indikator RE-AIM di 4 Kabupaten/Kota di Sulawesi Tengah

Elemen RE-AIM	Indikator	Kota Palu	Kabupaten Sigi	Kabupaten Parigi Moutong	Kabupaten Donggala
<i>Reach</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporsi ODGJ yg mendapat pelayanan kesehatan jiwa - Bagaimana skrining ODGJ di masyarakat dilakukan? - Bagaimana strategi melibatkan ODGJ dalam pelayanan kesehatan jiwa? 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% (2017), 100 (2018), 92,4 (2019), 45% (2020) - melalui kasus di PKM - tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> - 97,3% (2017); 95,9% (2018); 680,7% (2019); 17,8% (2020) - melalui kasus di PKM - tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> - 96,8% (2017); 95,4% (2018); 85,1% (2019); 39,6% (2020) - melalui kasus di PKM - tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> - 98,7% (2017); 81,5% (2018); 206,1% (2019); 15,7% (2020) - melalui kasus di PKM - tidak ada
<i>Effectiveness</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporsi ODGJ yang menerima pengobatan - Proporsi ODGJ yang mengalami pemasangan - Proporsi <i>treatment gap</i> di yankes primer dan kan kabupaten - Efek positif dan negatif yang dilaporkan oleh ODGJ dan keluarganya (seperti peningkatan kualitas hidup, kepercayaan diri, kesehatan fisik, peningkatan ekonomi, dijauhi masyarakat/tetangga) 	<ul style="list-style-type: none"> - 45% (2020) - tidak ada data krn miskonsepsi soal pasung - 0% (2017), 0% (2018), 7,6% (2019), 55% (2020) - Positif: lebih tenang, kesehatan membaik, kualitas hidup meningkat, peningkatan ekonomi karena sudah bisa bekerja. Negatif: tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> - 17,8% (2020) - 2,7% / 5 org (2017); 4,1% / 7 org (2018); 0,1% / 1 org (2019); 4,2% / 4 org (2020) - 2,7% (2017); 4,1% (2018); 0% (2019), 82,2% (2020) - Positif: lebih tenang, kesehatan membaik, kualitas hidup meningkat, peningkatan ekonomi karena sudah bisa bekerja. Negatif: tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> - 96,8% (2017); 95,4% (2018); 85,1% (2019); 39,6% (2020) - 3,2% / 32 org (2017); 4,6% / 26 org (2018); 4,4% / 32 org (2019); 2,8% / 29 org (2020) - 3,2% (2017); 4,6% (2018); 14,9% (2019), 17,8% (2020) - Positif: lebih tenang, kesehatan membaik. Negatif: tidak ada perubahan 	<ul style="list-style-type: none"> - 98,7% (2017); 81,5% (2018); 206,1% (2019); 15,7% (2020) - 1,3% / 4 org (2017); 18,5% / 12 org (2018); 1,8% / 10 org (2019); 8,9% / 8 org (2020) - 1,3% (2017); 18,5% (2018); 0% (2019), 84,3% (2020) - Positif: lebih tenang, kesehatan membaik, kualitas hidup meningkat. Negatif: tidak ada perubahan
<i>Adoption</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporsi yankes (PKM, RS) yang melaksanakan program pelayanan kesehatan jiwa - Bagaimana keterlibatan masyarakat dan sektor lain, seperti lembaga masyarakat dalam pelayanan kesehatan kejiwaan 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% - LSM Sejenak Hening membantu di 2 PKM dengan menyediakan psikolog di PKM dan melatih kader untuk memberikan konseling kepada masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% PKM melaksanakan program kesehatan jiwa, RS tidak melaksanakan karena pasien langsung dirujuk ke RSUD Madani Palu - LSM Sejenak Hening membantu di 2 PKM, PKM Biromaru dan Dolo dengan menyediakan psikolog di PKM dan melatih kader untuk memberikan konseling kepada masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% PKM melaksanakan program kesehatan jiwa, RS melaksanakan pelayanan kejiwaan dan mempunyai poli jiwa. RS menerima rujukan dari puskesmas sebelum dibawa ke Madani - Tidak ada, banyak ODGJ yang tidak memiliki BPJS dan kerjasama dengan BPJS-PBI terputus 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% PKM melaksanakan program kesehatan jiwa, RS tidak melaksanakan pelayanan kejiwaan dan pasien langsung dirujuk ke Madani atau RS lain di Palu - Tidak ada, banyak ODGJ yang tidak memiliki BPJS dan kerjasama dengan BPJS-PBI terputus

<p><i>Implementation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporsi yankes (PKM, RS) yang melaksanakan program pelayanan kesehatan jiwa sesuai SPM - Proporsi nakes di pelayanan kesehatan jiwa - Proporsi nakes bagian kejiwaan yang dilatih pelayanan kejiwaan minimal 1 kali - Proporsi PKM yang rutin melakukan edukasi dan monitoring - Apa saja faktor eksternal dan internal yang mempengaruhi pelaksanaan program pelayanan kesehatan kejiwaan 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% - 100% - keadaan ekonomi pasien, dukungan keluarga pasien kurang, dukungan pemdes kurang, kurang koordinasi dengan dinas sosial, rangkap jabatan petugas puskesmas, petugas puskesmas sering menanggung biaya pasien dengan uang pribadi, pasien tidak mempunyai BPJS 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% PKM - 100% - keadaan ekonomi pasien, dukungan keluarga pasien kurang, dukungan pemdes kurang, kurang koordinasi dengan dinas sosial, rangkap jabatan petugas puskesmas, petugas puskesmas sering menanggung biaya pasien dengan uang pribadi, pasien tidak mempunyai BPJS 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% - 100% - keadaan ekonomi pasien, dukungan keluarga pasien kurang, dukungan pemdes kurang, kurang koordinasi dengan dinas sosial, rangkap jabatan petugas puskesmas, petugas puskesmas sering menanggung biaya pasien dengan uang pribadi, pasien tidak mempunyai BPJS dan kerjasama BPJS dan daerah terputus 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% PKM - 100% - keadaan ekonomi pasien, dukungan keluarga pasien kurang, dukungan pemdes kurang, kurang koordinasi dengan dinas sosial, rangkap jabatan petugas puskesmas, petugas puskesmas sering menanggung biaya pasien dengan uang pribadi, pasien tidak mempunyai BPJS dan kerjasama BPJS dan daerah terputus
------------------------------	---	--	--	---	---

UU No. 36 Tahun 2009 dan UU Kesehatan Jiwa No.18 Tahun 2014 menunjukkan upaya pemerintah untuk penguatan pelayanan kesehatan jiwa. Hal ini juga didukung dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) yang mendukung upaya pelayanan kesehatan jiwa, yaitu PMK No. 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang salah satunya mengenai pelayanan gangguan jiwa berat, PMK No. 39 Tahun 2016 tentang Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS PK), dan PMK No.75 Tahun 2014 tentang pemanfaatan puskesmas sebagai penyelenggara fungsi upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan. Namun, undang-undang dan peraturan-peraturan belum dilaksanakan secara optimal. Selain itu upaya untuk memperbaiki sistem kesehatan jiwa menghadapi banyak tantangan.¹⁴

Pelayanan ODGJ berdasarkan undang-undang kesehatan jiwa No.18 Tahun 2014 harus dilakukan dengan sistem pelayanan berjenjang dari fasilitas kesehatan primer, seperti puskesmas hingga rumah sakit tingkat kabupaten/kota. Upaya pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit di 4 kabupaten/kota terasa kurang. Menurut WHO pelayanan dan sumber daya kesehatan jiwa di negara berkembang memang masih kurang sehingga pelayanan kesehatan jiwa seharusnya dapat dilakukan oleh dokter umum dan pekerja kesehatan lain.¹⁵⁻¹⁷

Upaya pelayanan kesehatan primer di Sulawesi Tengah terlihat dengan adanya pelayanan di puskesmas-puskesmas. Semua puskesmas telah melakukan program pelayanan kesehatan jiwa karena ini merupakan bagian dari SPM walaupun tingkat optimalisasi pelayanan di masing-masing puskesmas berbeda. Kajian yang dilakukan oleh Idaiani dan Riyadi tentang pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia menunjukkan bahwa lebih dari 50% puskesmas memiliki program kesehatan jiwa, dan yang berjalan kemungkinan hanya sekitar 20%.¹⁵

Upaya pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas mengalami banyak kendala. Pengobatan menjadi salah satu kendala utama yang ditemukan di puskesmas. Hampir semua puskesmas tidak melakukan pengobatan dengan alasan obat tidak tersedia baik karena tidak ada pengadaan ataupun tidak ada stok obat. Hal ini sejalan dengan kajian yang telah dilakukan yang menemukan bahwa persentase puskesmas yang memiliki ketersediaan dan kecukupan obat psikotik hanya 69,3%, antidepresan 47,2%, dan anti cemas 70,2%. Stok obat psikotropika minim karena diusulkan oleh puskesmas dan juga

oleh Dinas Kesehatan berdasarkan data kasus yang kecil.¹⁷ Hasil kajian menyatakan, bahwa pada beberapa kasus, obat-obatan ini tidak pernah dipakai, dan pada kasus yang lain obat-obatan ini kadang tidak tersedia. Ketersediaan obat-obatan ini berdasarkan permintaan dari puskesmas, sehingga jika puskesmas tidak pernah meminta maka obat-obatan ini juga tidak akan disediakan.¹⁶

Masalah lain yang ditemukan dalam pelayanan kesehatan jiwa adalah masalah sumber daya manusia. Pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas biasanya dipegang oleh 1 orang perawat dan diagnosis dan pengobatan dilakukan oleh 1 orang dokter umum. Pemegang program jiwa di puskesmas dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih non spesialis. Hal ini disebabkan sangat terbatasnya SDM spesialis jiwa dan juga luasnya cakupan pelayanan. Pada negara miskin dan berkembang yang SDM kesehatan jiwanya terbatas, hal ini merupakan solusi yang dapat dilakukan dan merupakan salah satu upaya agar cakupan pelayanan kesehatan jiwa menjadi lebih luas. Namun, hal ini mengalami banyak tantangan karena dokter dan petugas kesehatan di puskesmas menghadapi beban yang berat dalam pekerjaannya. Petugas kesehatan di puskesmas bukan hanya memeriksa pasien tetapi harus menjalankan banyak banyak program kesehatan.¹⁴ Petugas penanggung jawab kesehatan jiwa biasanya rangkap jabatan, masih bertugas dengan tugas kesehatan lain, seperti bertugas di poli umum, bidan, petugas vaksinasi, dan lain-lain. Hal yang sama juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan di puskesmas lain di wilayah Indonesia.¹⁸ Upaya kesehatan jiwa di puskesmas dilakukan bersama-sama upaya kesehatan lainnya. Petugas pelaksana program bekerja rangkap bersama tugas-tugas lainnya. Petugas kesehatan di puskesmas menghadapi beban pekerjaan yang sangat berat karena harus menjalankan banyak program kesehatan dengan jumlah tenaga yang terbatas, sehingga terjadi hambatan dalam melaksanakan program kesehatan jiwa.^{15,16,18}

Masalah ini ditambah pula dengan kurang terlatihnya tenaga kesehatan baik dokter maupun perawat tentang pelayanan kesehatan jiwa. Masalah ini menimbulkan masalah mulai dari ketidakberanian dokter untuk mengobati, masalah pelaporan karena ketidaktahuan tentang pembagian diagnosis dalam kesehatan jiwa, maupun penanganan ODGJ. Untuk meningkatkan kompetensi dokter dan tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan jiwa serta menghadapi masalah kurang atau tidak adanya tenaga psikiater dan

tenaga kesehatan jiwa di pelayanan primer maka hal yang dapat dilakukan adalah dengan memperbanyak pelatihan kesehatan jiwa pada tenaga kesehatan di puskesmas.^{16,17}

Terdapat banyak model pelatihan dari negara berkembang lain, seperti India, Nepal, Pakistan, dan Bangladesh.¹⁹ Tidak ada model pelatihan yang sama untuk pelatihan dan pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan primer, namun beberapa prinsip umum dapat diterapkan. Ada dua keterampilan penting yang bisa diajarkan pada petugas kesehatan, yaitu 1) keterampilan yang berhubungan dengan penyakit, dan 2) keterampilan psikososial. WHO juga menerangkan 10 prinsip-prinsip pelatihan dan efektivitas dari program pelatihan untuk petugas kesehatan sejauh ini dapat dipertanggungjawabkan jika prinsip-prinsip ini tetap dipegang.^{20,21} Diharapkan dengan pelatihan ini pelayanan primer memiliki manajemen dan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Permasalahan lain yang ditemukan dalam pelayanan kesehatan jiwa berkaitan dengan keluarga ODGJ. Kendala keuangan merupakan alasan utama sehingga terjadi putus obat. Keluarga tidak mampu membiayai transportasi ke rumah sakit rujukan sehingga tidak bisa memperoleh obat. Pengetahuan keluarga tentang ODGJ juga rendah. Hal yang sama dilaporkan pada penelitian lain dimana keadaan ekonomi menjadi alasan utama keluarga menghentikan pengobatan. Keadaan ini pula yang menyebabkan tingkat pengetahuan mereka menjadi rendah. Pengetahuan yang kurang menjadi hambatan petugas kesehatan dalam memberikan penjelasan tentang kesehatan jiwa. Selain itu ketidakpuasan dengan layanan kesehatan yang ada juga dikaitkan dengan kekambuhan meskipun telah diobati. Keluarga mungkin juga mengalami beban tambahan terkait pengasuhan ODGJ dan kurang dalam memberikan dukungan pada ODGJ.^{18,22,23} Stigmatisasi yang dialami oleh keluarga juga akan menyebabkan keluarga menolak kehadiran ODGJ karena merasa malu. Hal ini dapat mempengaruhi tingkat kesembuhan ODGJ akibat dari kualitas perawatan keluarga yang kurang baik bahkan kemungkinan tidak ada kemauan untuk merawat anggota keluarganya yang ODGJ dan kemudian menelantarkan atau memasing.^{18,24,25}

Permasalahan ini dapat diatasi dengan mendorong upaya-upaya promotif dan preventif di tingkat keluarga, sekolah, lingkungan kerja, dan media sosial. Upaya

promotif dapat dilakukan untuk mengurangi stigma terhadap gangguan jiwa di masyarakat.¹⁵ Selain itu perlu pendekatan dengan keluarga untuk menyakinkan keluarga pentingnya berobat rutin, memberikan *health education* untuk meningkatkan pengetahuan ODGJ dan keluarga, serta memberikan motivasi pada keluarga. Hasil studi menunjukkan bahwa keluarga membutuhkan informasi dan pendidikan kesehatan yang cukup untuk menjalankan peran mereka dalam melakukan pengasuhan terhadap ODGJ. Keluarga membutuhkan informasi tentang kondisi kesehatan mental, kemungkinan perawatan, sumber daya, dan layanan kesehatan yang tersedia bagi ODGJ dan keluarga.^{25,26} Sebagian keluarga merasa jenuh dan putus asa dalam pengobatan ODGJ sehingga penting bagi petugas kesehatan untuk memberikan dukungan dan motivasi kepada keluarga bahwa ODGJ dapat sembuh dan kembali ke masyarakat.

Kendala utama lain yang dihadapi dalam pelayanan kesehatan jiwa di Sulawesi Tengah adalah tidak optimalnya kerjasama lintas sektor. Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial bekerja sendiri-sendiri dalam pelayanan kesehatan jiwa. Banyak ODGJ yang ditemukan tidak mempunyai BPJS dan bahkan kerjasama antara BPJS dan daerah terputus yang harusnya dapat dihadapi bersama oleh pemerintah daerah, dinas kesehatan, dan dinas sosial. Padahal di dalam UU No.18 Tahun 2014 menyebutkan bahwa upaya kesehatan jiwa tidak hanya menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan tetapi juga menjadi tanggung jawab institusi terkait lain, pemerintah daerah dan masyarakat. Kemitraan dengan lintas membantu memberdayakan masyarakat sektor ini merupakan upaya membantu pemerintah dalam meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan, mengisi kekurangan pelayanan, serta membantu memberdayakan masyarakat dan agar pemenuhan layanan kesehatan jiwa di masyarakat lebih optimal.¹⁴

KESIMPULAN

Pelayanan kesehatan jiwa standar menurut SPM meliputi pemeriksaan kesehatan jiwa, edukasi, dan rujukan jika diperlukan. Pelayanan kesehatan jiwa yang dilakukan di puskesmas belum maksimal dan lebih banyak pada rujukan. Edukasi dilakukan pada saat kunjungan rumah walaupun tidak maksimal dengan tidak adanya media KIE yang tersedia.

Capaian kinerja di empat kabupaten tidak mencapai 100%. Disamping itu di semua kabupaten masih ditemukan kasus pemasangan dengan kasus pasung terbanyak ditemukan di Kabupaten Parigi Moutong. Walaupun demikian dilaporkan adanya perubahan kualitas hidup pada ODGJ yang tidak mengalami putus obat. Mereka dapat beraktivitas mulai dari membantu pekerjaan rumah sampai bekerja untuk mendapatkan penghasilan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih penulis ucapkan kepada seluruh masyarakat di Kota Palu, kabupaten Sigi, Parigi Moutong, dan Donggala yang telah bekerja sama membantu jalannya penelitian. Penulis juga menyampaikan terima kasih kepada seluruh anggota tim serta rekan-rekan, atas segala bantuan dan dukungan sehingga penelitian ini dapat terselesaikan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

DAFTAR PUSTAKA

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

WHO. *Basic Documents. 43rd Edition*. Geneva: World Health Organization; 2001.

Jorm AF. Mental Health Literacy: Public Knowledge and Beliefs about Mental Disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2000;396-401.

Ayuningtyas D, Misnaniarti, Rayhani M. Analisis Situasi Kesehatan Mental pada Masyarakat di Indonesia dan Strategi Penanggulangannya *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*. 2018;9(1):1-10.

WHO. *Prevention of Mental Disorders, Effective Intervention and Policy Options (Summary Report)*. Geneva: World Health Organization collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht; 2004.

WHO. *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017.

Balitbangkes Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Balitbangkes Kementerian Kesehatan RI; 2013.

Balitbangkes Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta: Balitbangkes Kementerian Kesehatan RI; 2007.

- Jastal, Udin Y, Veridiana NN, et al. *Riset Kesehatan Dasar dalam Angka: Riskesdas 2013 Sulawesi Tengah*. Jakarta: Lembaga Penerbitan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan 2013.
- Balitbangkes Kementerian Kesehatan RI. Hasil Utama Riskesdas 2018. 2018.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah. Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2018. 2018.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah. Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2019. 2019.
- Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. 2014.
- Suryaputri IY, Utami NH, Muubasyiroh R. Gambaran Upaya Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Komunitas di Kota Bogor. *Buletin Penelitian Kesehatan*. 2019;47(1):13-22.
- Idaiani S, Riyadi EI. Sistem Kesehatan Jiwa di Indonesia: Tantangan untuk Memenuhi Kebutuhan. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*. 2018;2(2):70-80.
- Marchira CR. Integrasi Kesehatan Jiwa pada Pelayanan Primer di Indonesia: Sebuah Tantangan di Masa Sekarang. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2011;14(3):120-126.
- Idaiani S, Jovina TA, Pancaharjono W, Mogsa DF. Kajian Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) Nomor 514 Tahun 2015 di Bidang Pelayanan Kesehatan jiwa di Puskesmas dan Implentasinya. *Buletin Penelitian Kesehatan*. 2020;23(1):37-45.
- Lestari WAE, Yusuf A, Tristiana RD. Pengalaman Petugas Kesehatan Jiwa dalam Menangani Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Puskesmas Kabupaten Lamongan. *Psychiatry Nursing Journal*. 2020;2(1):5-15.
- Yamamoto K. Mental Health Services Development in Okinawa and Japan. JSPS-NCD Seminar; 1 November 1999, 1999; Yogyakarta, Indonesia.
- Ignacio L. Mental Health Care in the Community. JSPS-NCD Seminar; 2000; Jakarta.
- Ignacio L. Pathways to Mental Health Care in the Community: Issues in Training and the Need for Change. JSPS-NCD Seminar; 2000; Jakarta.
- Isobel S, Meehan F, Pretty D. An Emotional Awareness Based Parenting Group for Parents with Mental Illness: A Mixed Methods Feasibility Study of Community Mental Health Nurse Facilitation. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016;30(1):35-40.
- Laila NH, Mahkota R, Krianto T, Shivalli S. Perceptions About Pasung (Physical Restraint and Confinement) of Schizophrenia Patients: A Qualitative Study among Family Members and Other Key Stakeholders in Bogor Regency, West Java Province, Indonesia 2017. *International Journal of Mental Health Systems*. 2018;12(1):1-7.

Carrara BS, Ventura CAA, Bobbili S, Jacobina OMP, Khenti A, Mendes IAC. Stigma in Health Professionals Towards People with Mental Illness: An Integrative Review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2019;33(4):311-318.

Brenman NF, Luite NP, Mall S, Jordans MJD. Demand and access to mental health services: a qualitative formative study in Nepal. *BMC International Health and Human Rights*. 2014;14(22):1-12.

Rodríguez-Meirinhos A, Antolín-Suárez L, Oliva A. Support Needs of Families of Adolescents With Mental Illness: A Systematic Mixed Studies Review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018;32(1):152-163.