

# TESIS

## ANALISIS FAKTOR PENDUKUNG DAN PENGHAMBAT LAYANAN

### KESEHATAN JIWA DI PUSKESMAS LAROMPONG KABUPATEN LUWU, SULAWESI SELATAN

*ANALYSIS OF FACILITATORS AND BARRIERS OF MENTAL  
HEALTH SERVICES IN THE LAROMPONG HEALTH  
CENTER IN LUWU DISTRICT, SOUTH SULAWESI*



**ROSALINA SANDI**

**K012171007**

**PROGRAM PASCA SARJANA**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2019**



**ANALISIS FAKTOR PENDUKUNG DAN PENGHAMBAT LAYANAN  
KESEHATAN JIWA DI PUSKESMAS LAROMPONG  
KABUPATEN LUWU, SULAWESI SELATAN**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**ROSALINA SANDI**

**Kepada**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2019**



**TESIS**

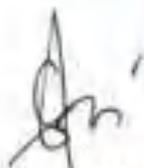
**ANALISIS FAKTOR PENDUKUNG DAN PENGHAMBAT LAYANAN  
KESEHATAN JIWA DI PUSKESMAS LAROMPONG KABUPATEN LUWU,  
SULAWESI SELATAN**

Disusun dan diajukan oleh

**ROSALINA SANDI**  
Nomor Pokok : K012171007

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
pada tanggal 30 Desember 2019  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui  
Komisi Penasihat,

  
Sudirman Nasir, S.Ked., M.W.H., Ph.D  
Ketua

  
Dr. Apik Indarty Moedjiono, SKM., M.Si  
Anggota

  
Ketua Program Studi  
Kesehatan Masyarakat  
Dr. Masni, Apt., MSPH



## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rosalina Sandi

Nomor Mahasiswa : K012171007

Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi  
Promosi Kesehatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan dari tesis ini adalah hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Desember 2019

Yang menyatakan

Rosalina Sandi



## PRAKATA

Puji dan syukur Penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan RahmatNya sehingga Penulis dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul *Analisis Faktor Pendukung dan Penghambat Layanan Kesehatan Jiwa di Puskesmas Larompong Kabupaten Luwu, Sulawesi Selatan*. Sebagai salah satu syarat dalam memperoleh gelar Magister Kesehatan (M.Kes) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat konsentrasi Promosi Kesehatan Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis menyadari bahwa kesempurnaan sangat jauh dari penyusunan tesis ini. Keterbatasan dan kekurangan yang ada dalam tesis ini merupakan refleksi dari ketidaksempurnaan penulis sebagai manusia. Namun dengan kerendahan dan ketulusan hati, penulis memberanikan diri mempersembahkan tesis ini sebagai hasil usaha dan kerja keras yang telah penulis lakukan selama ini.

Penyusunan tesis ini juga tidak lepas dari bantuan dan dukungan banyak pihak. Terima kasih tak terhingga untuk suami tercinta YAN TIMANG RANO dan anak-anakku tersayang NADINE ALESSIA CHRISTY dan NAYSA AKIVA CHRISTY, atas cinta, kasih sayang, kesabaran, motivasi dan doa tulus yang tak putus, yang menghantarkan penulis hingga sampai ke tahap ini. Terima kasih yang tak terhingga untuk yang sangat

muliakan, orang tua dan mertua atas doa dan dukungannya, untuk bantuan moril, materil dan spiritual yang ikhlas.



Ucapan terima kasih dari lubuk hati yang dalam penulis haturkan kepada Bapak **Sudirman Nasir, S.Ked., MWH, Ph.D** sebagai Ketua Komisi Penasihat dan Ibu **Dr. Apik Indarty Moedjiono, SKM, M.Si.** sebagai Anggota Komisi Penasihat yang senantiasa memberikan arahan, dorongan dan bimbingan selama proses penyusunan tesis ini.

Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dewan penguji yang terhormat atas masukan, saran dan koreksinya dalam pembuatan tesis ini yakni, Ibu **Dr. Suriah, SKM, M.Kes.**, Bapak **Dr. Atjo Wahyu, SKM, M.Kes.** dan Bapak **Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS.** Semoga apa yang diberikan akan dibalas oleh yang maha kuasa dengan limpahan rahmat dan karuniaNya.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya penulis sampaikan pula kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.
2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Periode 2014-2018, Prof. Dr. drg. A. Zulkifli, M. Kes. dan Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Periode 2018-2022.
3. Dr. Masni, Apt., MSPH selaku Ketua Program Studi S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.



4. Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS, sebagai pembimbing akademik yang telah meluangkan waktunya dan banyak memberi bimbingan serta arahan kepada penulis.
5. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, terkhusus kepada seluruh dosen Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga selama penulis mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
6. Seluruh staf pegawai FKM Unhas atas segala arahan dan bantuan yang diberikan selama penulis mengikuti pendidikan terkhusus kepada staf jurusan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Kak Venni dan Kak Ati dan Kak Yuli atas segala bantuannya dalam pengurusan administrasi penulis.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu khususnya Sekertaris Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu Bapak H. Aziz dan Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Ibu Rina, Kepala Puskesmas Larompong beserta staf dan yang telah bekerja sama dan membantu dalam proses pengumpulan data selama saya melakukan penelitian.
8. Teman-teman terbaikku mahasiswa magister Jurusan Promosi Kesehatan Angkatan 2017 UNHAS (Kak Minorva, Kak Orpa, Ibu Imah, Ibu Violend, Ibu Jilyana, Ibu Ekasulistyawati, Kak Asrul, Kak Ani, Pak Rudy, Yuyun, Uwya, Helvy, Echy, Nana, Aya, Rezy, Sutri,



dan Heny) atas segala kebersamaan dalam menempuh pendidikan dan meraih cita-cita bersama, terima kasih atas segala kritik, dan saran yang sangat membangun bagi pribadi penulis.

Akhir kata, semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua. Amin.

Makassar, Desember 2019

Penulis



## ABSTRAK

**ROSALINA SANDI.** *Analisis Faktor Pendukung dan Penghambat Layanan Kesehatan Jiwa Di Puskesmas Larompong Kabupaten Luwu, Sulawesi Selatan* (Dibimbing oleh Sudilman Nasir dan Apik Indarty Moedjiono)

Kesehatan jiwa menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk Indonesia. Sistem pelayanan kesehatan jiwa dasar diselenggarakan terintegrasi dalam pelayanan kesehatan umum di Puskesmas dan jejering, namun masih merupakan program pengembangan dan belum menjadi program prioritas. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong dilihat dari faktor yang mendukung dan faktor yang menghambatnya.

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Data diperoleh dengan cara wawancara mendalam, observasi tidak terstruktur dan telaah dokumen pada 23 informan yang terdiri dari orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), keluarga ODGJ, petugas kesehatan dan penentu kebijakan (stakeholder) di Puskesmas Larompong Kabupaten Luwu, Sulawesi Selatan. Analisis isi digunakan untuk mengidentifikasi topik atau kategori dalam data.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sikap positif petugas kesehatan, akses informasi, dukungan keluarga dan masyarakat, dan dukungan stakeholder merupakan faktor pendukung layanan kesehatan jiwa. Faktor penghambat layanan kesehatan jiwa adalah kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang gangguan jiwa, internalisasi stigma, dan ketersediaan sumber daya manusia yang terbatas. Disimpulkan bahwa layanan kesehatan jiwa sangat ditentukan oleh seberapa besar kekuatan pendukung dan penghambatnya. Orang dengan gangguan jiwa akan memanfaatkan layanan kesehatan jiwa jika kekuatan pendukungnya lebih besar daripada kekuatan penghambatnya, begitupun sebaliknya. disarankan kepada institusi terkait untuk membuat kebijakan terkait pelayanan kesehatan jiwa, menyediakan pelayanan kesehatan jiwa yang berkesinambungan dan melaksanakan pembinaan dan pendidikan sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa. Untuk masyarakat disarankan untuk dapat bekerja sama mewujudkan perlindungan hak pelayanan kesehatan ODGJ.

Kata kunci: Faktor Pendukung, Faktor Penghambat, Layanan Kesehatan Jiwa, Gangguan Jiwa



## ABSTRACT

**ROSALINA SANDI.** *Analysis of Facilitators and Barriers of Mental Health Services In The Larompong Health Center In Luwu District, South Sulawesi* (Supervised by **Sudirman Nasir** and **Apik Indarty Moedjiono**)

Mental health to be one of a significant health problem in the world, including Indonesia. Basic mental health care system is held integrated in the public health services in health centers and networks, but it is still a development program and has not become a priority program. This study aims to analyze mental health services at the Larompong community health center seen from facilitators and barriers.

This study is a qualitative research with phenomenological approach. Data were obtained by interview, unstructured observation and document review on 23 informants consisting of people with mental disorders, families of people with mental disorders, health workers and policy makers (stakeholders) in Larompong Health Center Luwu District, South Sulawesi. Content analysis was used to identify topics or categories in the data.

These results indicated that the positive attitude of health workers, access to information, family and community support and stakeholder support was facilitators of mental health services. Barriers of mental health services was the lack of knowledge and understanding of mental disorders, the internalization of stigma, and the availability of human resources were limited. It was concluded that mental health care was largely determined by how much the strength of the supporting and inhibiting. People with mental disorders will utilize mental health services if the supporting force was larger than the inhibiting power, and vice versa. Suggested to the relevant institutions to make policies related to mental health services, provide ongoing mental health services and implement guidance and training of human resources in the field of mental health. It is suggested for the community to be able to work to realize the protection of people with mental disorder health service rights.

**Keywords:** Facilitators, Barriers, Mental Health Services, Mental Disorders



## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR MATRIKS	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Pertanyaan Penelitian	12
D. Tujuan Penelitian	12
E. Manfaat Penelitian	13
II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kesehatan Jiwa	14
B. Pelayanan Kesehatan Jiwa	30
C. Tinjauan Tentang Variabel Yang Diteliti	59
D. Landasan Teori	75
E. Kerangka Teori Penelitian	80
F. Kerangka Konsep	80
Defenisi Konseptual	82
III. METODE PENELITIAN	
Pendekatan dan Jenis Penelitian	86



B. Lokasi dan Waktu Penelitian	87
C. Instrumen Penelitian	87
D. Informan Penelitian	87
E. Teknik Pengumpulan Data	89
F. Teknik Pengolahan Data	93
G. Teknik Analisis Data	93
H. Keabsahan Data	94
IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	96
1. Gambaran umum lokasi penelitian	96
2. Karakteristik informan	98
3. Layanan kesehatan jiwa yang tersedia	104
a. Pelayanan kesehatan dalam gedung	105
1) Pelayanan rawat jalan	105
2) Pelayanan rujukan	112
b. Pelayanan kesehatan di luar gedung	113
1) Deteksi dini penderita gangguan jiwa	114
2) Penyuluhan kesehatan jiwa	116
3) Kunjungan rumah ( <i>Home visit</i> )	117
4. Faktor pendukung	118
a. Sikap positif petugas kesehatan	118
b. Akses informasi tentang kesehatan jiwa	121
1) Sumber informasi	122
2) Ketersediaan informasi	123
3) Kemudahan akses informasi	124
c. Dukungan keluarga dan masyarakat	126
1) Bentuk dukungan keluarga dekat	126
2) Bentuk dukungan dari masyarakat	130
d. Dukungan <i>stakeholder</i>	131



5. Faktor penghambat	134
a. Kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang gangguan jiwa	134
1) Pandangan negatif mengenai orang dengan gangguan jiwa	135
2) Pemahaman tidak tepat mengenai penyebab terjadinya gangguan jiwa	136
3) Pemahaman yang minim mengenai penanganan yang tepat bagi penderita gangguan jiwa	138
b. Internalisasi stigma	139
1) Stigma yang berasal dari ODGJ ( <i>self stigma</i> )	139
2) Rasa malu keluarga	141
c. Ketersediaan sumber daya manusia yang kurang	143
B. Pembahasan	148
1. Faktor pendukung	149
a. Sikap positif petugas kesehatan	149
b. Akses informasi tentang kesehatan jiwa	155
c. Dukungan keluarga dan masyarakat	157
d. Dukungan <i>stakeholder</i>	163
2. Faktor penghambat	169
a. Kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang gangguan jiwa	169
b. Internalisasi stigma	174
c. Ketersediaan sumber daya manusia yang kurang	180
C. Keterbatasan Penelitian	185
V PENUTUP	
A. Kesimpulan	186
B. Saran	188

R PUSTAKA  
AN-LAMPIRAN



## DAFTAR TABEL

2.1	Jenis pelayanan yang diberikan menurut tingkat pelayanan kesehatan jiwa komunitas	55
-----	---	----



## DAFTAR GAMBAR

2.1	Teori Lawrence Green	76
2.2	Teori Kurt Lewin	78
2.3	Bagan kerangka teori penelitian	79
2.4	Kerangka konsep penelitian	80
4.1	Peta wilayah kerja Puskesmas Larompong	97
4.2	Skema hasil analisis faktor pendukung dan penghambat layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong	182



## DAFTAR MATRIKS

2.1	Sintesa Penelitian tentang Layanan Kesehatan Jiwa	68
3.1	Kriteria Informan penelitian	88
3.2	Matriks pengumpulan data kualitatif	89
4.1	Karakteristik informan ODGJ	100
4.2	Karakteristik informan Keluarga ODGJ	102
4.3	Karakteristik informan Petugas Kesehatan	103
4.4	Karakteristik informan Stakeholder	104
4.5	Obat-obatan generik untuk gangguan jiwa yang tersedia di Puskesmas	110
4.6	Ketersediaan media informasi kesehatan jiwa	123
4.6	Informasi tentang kesehatan jiwa pada penyuluhan kesehatan	124
4.7	Kemudahan akses informan terhadap fasilitas dan tenaga kesehatan	125
4.8	Kemudahan akses informan terhadap media massa	126



## DAFTAR SINGKATAN

BOK	Biaya Operasional Kesehatan
BPJS	Badan Pelaksana Jaminan Sosial
KIA/KB	Kesehatan Ibu dan Anak/ Keluarga Berencana
ODGJ	Orang Dengan Gangguan Jiwa
ODMK	Orang Dengan Masalah Kejiwaan
P2M	Pencegahan Penyakit Menular
PTM	Penyakit Tidak Menular
SDG's	Sustainable Development Goals
WHO	World Health Organization
YLD	Years Lived with Disability



## DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar permintaan menjadi informan
2. *Informed Consent* informan
3. Pedoman wawancara mendalam informan orang dengan gangguan jiwa
4. Pedoman wawancara mendalam informan keluarga ODGJ
5. Pedoman wawancara mendalam informan petugas kesehatan
6. Pedoman wawancara mendalam informan *stakeholder*
7. Lembar observasi
8. Lembar tilik dokumen
9. Matriks hasil wawancara
10. Matriks hasil observasi
11. Matriks hasil telaah dokumen
12. Dokumentasi kegiatan penelitian
13. Surat ijin penelitian
14. Profil penulis



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kesehatan mental merupakan salah satu target yang tercantum dalam Sustainable Development Goals (SDG's), namun sering terabaikan (Thornicroft dan Patel, 2014; Votruba dkk., 2014; Izutsu dkk., 2015). Padahal kesehatan mental merupakan komponen mendasar dari definisi kesehatan, yang tidak kalah penting dibandingkan kesehatan fisik (WHO, Mental Health Action Plan 2013-2020; Huber dkk., 2011; Ohrnberger, 2017). Kesehatan mental yang baik memungkinkan orang untuk menyadari potensi mereka, mengatasi tekanan kehidupan yang normal, bekerja secara produktif, dan berkontribusi pada komunitas mereka (WHO, 2014; Allen, 2014; Galderisi dkk, 2015).

Kesehatan jiwa menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk Indonesia. 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 (WHO, Prevention of Mental Disorders; National Alliance of Health, 2015). Masalah kesehatan jiwa akan menimbulkan dampak

antara lain meningkatnya kekerasan di rumah tangga, kriminalitas, diri, penganiayaan anak, perceraian, kenakalan remaja,



penyalahgunaan narkotika psikotropika dan zat adiktif lainnya, masalah dalam pekerjaan, masalah dalam pendidikan, dan mengurangi produktifitas secara signifikan (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Sejak tahun 2000, paradigma pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia mengalami perubahan dari kesehatan jiwa berbasis rujukan menuju kesehatan jiwa berbasis komunitas di pelayanan primer (Machira, 2011; Wasniyati, 2014). Penanganan gangguan jiwa telah diatur oleh peraturan pemerintah. Setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat (Undang-undang Republik Indonesia No 18 Tahun 2014; Kohrt dkk., 2018).

Sistem pelayanan kesehatan jiwa dasar diselenggarakan terintegrasi dalam pelayanan kesehatan umum di Puskesmas dan jejaring. Ironisnya sistem manajemen pelayanan kesehatan jiwa di tingkat Puskesmas bukan merupakan program prioritas. Kesehatan jiwa masih termasuk dalam program pengembangan, bukan merupakan program pokok yang terdiri dari program KIA/KB, Promosi Kesehatan, Pengobatan, Kesehatan Lingkungan, Gizi Masyarakat, P2M. Sehingga perhatian pemerintah masih tertuju pada fasilitas rujukan, yakni rumah sakit yang

klinik psikiatri.



Orang terpaksa melakukan perjalanan ke fasilitas rujukan di ibukota provinsi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa, sementara masih sedikit Puskesmas yang menyediakan layanan tersebut dan kekurangan sumber daya. Hanya sekitar 30 persen dari 9.000 Puskesmas yang memiliki program layanan kesehatan jiwa (Machira, 2011; Yusuf, 2015). Dari jumlah terbatas itu, Puskesmas yang memiliki pelayanan kesehatan jiwa seringkali hanya punya seorang perawat yang sudah dibekali pelatihan tingkat dasar kesehatan jiwa. Ditambah pula tidak ada sama sekali stok obat kesehatan jiwa (Rahayuni dkk, 2018).

Minimnya perawatan dan layanan pendukung kesehatan jiwa yang dapat diakses dan terjangkau, mendorong keluarga memasung saudaranya yang mengalami disabilitas psikososial di rumah (Lestari, 2014; Tristiana, 2018). Hingga saat ini, orang dengan gangguan jiwa berat di Indonesia masih mengalami pemasungan serta perlakuan salah. Proporsi rumah tangga yang pernah memasung anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat sebesar 31,5% (Riskesmas, 2018). Padahal pemerintah sudah melarang pasung sejak tahun 1977, bahkan Indonesia bebas pasung bagi pasien gangguan jiwa merupakan program prioritas yang harus dicapai pemerintah pada tahun 2019 (Human Rights Wacth, 2016; Yusuf dan Tristiana, 2018).

Beberapa penelitian mengemukakan bahwa faktor penghambat

) pada layanan kesehatan jiwa adalah pengetahuan tentang an jiwa yang kurang (Langley dkk, 2010; Brown dkk, 2015; Ross



dkk, 2015; Ali dkk, 2016; Rahayuni dkk, 2018), kesiapan sumber daya (Viora, 2014; Farelly dkk, 2015; Beidas dkk, 2016; Ali dkk, 2016), stigma (Brown dkk, 2015; Petersen dkk, 2015; Ali dkk, 2016; Kantor dkk, 2017), dan pembiayaan (Supper dkk, 2014; Ross dkk, 2015; Ali dkk, 2016). Sedangkan faktor yang mendukung (*facilitators*) adalah dukungan keluarga (Gulliver, 2012; Hom dkk, 2015; Wright dkk, 2015), perawatan terpadu (Hill, 2013; Wright dkk, 2015; Ross dkk, 2015; Gondek dkk, 2016; Shepardson, 2018), kepercayaan pada petugas (Borba, 2012; Hom dkk, 2015; Wright dkk, 2015), akses informasi (Langley dkk, 2010; Kantor dkk, 2017) dan dukungan pemangku kepentingan (Supper dkk, 2014; Beidas dkk, 2016; Gleacher dkk, 2016; Shepardson, 2018).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu, Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2018 menyatakan dari 353.277 jiwa penduduk terdapat 470 (0,13 persen) kasus gangguan jiwa yang tercatat termasuk kasus lama dan kasus baru, sebagian besar merupakan kasus gangguan *skizofrenia* dan gangguan psikotik kronik lainnya. Dari jumlah tersebut 252 orang (53,6 persen) dengan gangguan jiwa yang datang berobat ke Puskesmas.

Angka kunjungan tertinggi terdapat pada Puskesmas Larompong yakni sebanyak 32 orang (78 persen) yang datang dan tercatat di Puskesmas dari 41 (0,19 persen) kasus Gangguan Jiwa. Sedangkan angka

an terendah pada Puskesmas Noling yaitu sebanyak 17 orang (41,9 persen) dari 41 (0,27 persen) kasus gangguan jiwa. Berdasarkan data



dari Puskesmas Larompong jumlah orang dengan gangguan jiwa yang berkunjung ke Puskesmas Larompong meningkat dari tahun sebelumnya. Hal ini dikarenakan di Puskesmas Larompong sudah ada kebijakan dari pihak Puskesmas dalam upaya untuk menangani keadaan tersebut.

Upaya Puskesmas yaitu dengan melakukan kunjungan rumah oleh petugas kesehatan jiwa puskesmas tiap bulannya. Puskesmas Larompong sendiri telah memiliki manajemen pelayanan kesehatan jiwa dimasyarakat dalam bentuk Karsewa atau kader kesehatan jiwa. Keberadaan kader sehat jiwa ini diharapkan memberikan nilai positif pada pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong.

Adanya stigma keliru tentang gangguan jiwa yang menghambat akses ke pelayanan kesehatan mengakibatkan penanganan yang salah, sehingga seringkali menjadi hambatan dalam upaya menurunkan prevalensi penderita gangguan jiwa. Sikap yang ditunjukkan oleh para profesional kesehatan terhadap penderita gangguan jiwa hampir sama dengan masyarakat umum atau bahkan lebih buruk. Orang-orang yang memiliki pengalaman hidup dengan gangguan jiwa sering diremehkan dan mengalami perlakuan tidak manusiawi oleh banyak profesional kesehatan yang berhubungan dengan mereka. Sikap seperti itu dapat berkontribusi pada stigmatisasi pengguna layanan kesehatan jiwa (Thornicroft, 2007; Hill, 2013; Corker, 2013; Knaak, 2017 ).

pasien dengan gangguan jiwa dianggap tidak akan mematuhi aturan, sehingga petugas kesehatan cenderung untuk mengisi ulang



resep atau dirujuk ke spesialis. Ini merupakan hambatan untuk perawatan dan pengobatan yang berkualitas yang kemudian mempengaruhi pemulihan mereka karena perasaan 'dibatasi, dihukum atau dihina' dalam interaksi mereka dengan penyedia layanan kesehatan (Pellegrini, 2014; Corrigan, 2014).

Masyarakat umumnya mengidentikkan orang-orang yang memiliki masalah kejiwaan dengan “orang gila”. Oleh karena gejala-gejala yang dianggap aneh dan berbeda dengan orang normal. Sementara gangguan jiwa lain seperti depresi, cemas, dan gangguan jiwa yang tampil dalam berbagai keluhan fisik masih kurang dikenal (Andersson dkk., 2013). Penderita akan datang ke pelayanan kesehatan primer karena keluhan fisiknya, sementara petugas kesehatan yang belum terlatih sering terfokus hanya pada keluhan fisik dengan melakukan berbagai pemeriksaan dan memberikan obat-obatan untuk mengatasinya, sementara masalah kejiwaannya seringkali terabaikan dan pengobatan menjadi tidak efektif (Andersson dkk., 2013; Sun dkk., 2016).

Kategori gangguan jiwa yang dinilai dalam data Riset Kesehatan Dasar 2018 diketahui terdiri dari gangguan mental emosional (kecemasan dan depresi), dan gangguan jiwa berat (*psikosis*) termasuk diantaranya *skizofrenia*. Bentuk gangguan jiwa lainnya yaitu *postpartum depression*, demensia dan bunuh diri (*suicide*) (WHO, Global Mental Health, 2015).

an kecemasan dan depresi merupakan salah satu masalah yang paling umum di masyarakat (Kelleher, 2014).



Keadaan yang mengindikasikan seseorang sedang mengalami perubahan psikologis. Gangguan ini berisiko menjadi lebih serius apabila tidak ditangani dengan tepat, dapat berpotensi untuk menjadi gangguan jiwa berat dan berujung dengan bunuh diri. Pada tahun 2015, WHO memperkirakan 788.000 orang meninggal karena bunuh diri, lebih banyak dari jumlah ini yang mencoba untuk bunuh diri tetapi tidak mati. Depresi adalah penyumbang utama bunuh diri (dikategorikan dalam analisis GBD sebagai cedera yang disengaja) (WHO, Depression and Other Common Mental Disorders, 2017).

Menurut WHO Regional Asia Pasifik (WHO SEARO) jumlah kasus gangguan depresi terbanyak di India (56.675.969 kasus atau 4,5 persen dari jumlah populasi), terendah di Maldives (12.739 kasus atau 3,7 persen dari populasi). Adapun di Indonesia sebanyak 9.162.886 kasus atau 3,7 persen dari populasi (WHO, Depression and Other Common Mental Disorders, 2017).

Ketika seseorang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau kualitas hidup sehingga memiliki resiko mengalami gangguan jiwa, inilah yang biasanya disebut orang dengan masalah kejiwaan atau ODMK (UU Republik Indonesia No 18 Pasal 1 Tentang Kesehatan Jiwa, 2014).

Gangguan mental terdiri dari berbagai masalah, dengan berbagai

Namun, umumnya dicirikan oleh beberapa kombinasi abnormal kiran, emosi, perilaku dan hubungan dengan orang lain (WHO,



Factsheet on Mental Disorders, 2017). Pada konteks kesehatan jiwa, terdapat dua istilah untuk individu yang mengalami gangguan jiwa. Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) (UU Republik Indonesia No 18 Tahun 2014). Setiap individu ODMK berpotensi mengalami gangguan jiwa atau disabilitas psikososial (United Nation of Human Rights, 2009; Yazfinedi, 2018).

Secara nasional, kesehatan jiwa masih menjadi persoalan serius di Indonesia. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk 15 tahun keatas mencapai 9,8 persen. Prevalensi rumah tangga dengan gangguan jiwa berat mengalami kenaikan yang memprihatinkan yakni sebesar 7 per mil, sangat tinggi jika dibandingkan dengan tahun 2013 yaitu sebesar 1.7 per mil. Berdasarkan jumlah tersebut, 31,5 persen diantaranya sedang dipasung.

Sulawesi Selatan masih termasuk dalam 10 besar provinsi dengan prevalensi gangguan jiwa terbesar. Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk 15 tahun keatas mencapai 12,83 persen, sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat sebesar 8,8 per mil artinya 8 sampai 9 orang dari 1000 penduduk mengalami gangguan jiwa berat (Riskesdas Provinsi Sulawesi Selatan, 2018).

Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial keanekaragaman penduduk maka jumlah kasus gangguan jiwa bertambah. Hal ini berdampak pada penambahan beban negara dan



penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. Beban penyakit atau *burden of disease* penyakit jiwa di Indonesia masih cukup besar. Kasus depresi saja menyumbang 6,6 persen dari total *Years Lived with disability* (YLD) (WHO, Depression and other common mental disorders, 2017).

Gangguan jiwa berat dapat menyebabkan turunnya produktivitas pasien dan akhirnya menimbulkan beban biaya besar yang dapat membebani keluarga, masyarakat, serta pemerintah. Dampak yang ditimbulkan pun menjadi problem yang penting untuk dilihat dalam masalah kesehatan mental. Beban yang ditimbulkan oleh gangguan jiwa yang dipikul oleh penderita membuat mereka tidak mampu menikmati kehidupannya secara normal (Ahmedani, 2011).

Sistem kesehatan dunia dianggap belum cukup menanggapi beban gangguan mental, sehingga terdapat kesenjangan yang begitu besar antara kebutuhan akan perawatan dan persediaan. Sekitar 85% orang dengan gangguan mental parah di negara berkembang tidak mendapat pengobatan atas gangguannya (WHO, Mental Health Action Plan 2013-2020). Sejalan dengan ini juga diketahui bahwa pengeluaran setahun bagi kesehatan mental masih rendah yaitu kurang dari US\$ 2 per orang, serta tenaga kesehatan mental yang kurang dari 1 per 100.000 populasi (WHO, Global Mental Health Atlas Country Profile, 2014).



erbagai data menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa mulai tingkat lokal sampai nasional umumnya sangat tinggi, sedangkan

layanan kesehatan jiwa masih sangat kurang. Hasil penelitian dari berbagai tempat, baik dalam maupun luar negeri, menunjukkan bahwa perilaku merupakan salah satu domain penting yang mempengaruhi layanan kesehatan jiwa. Sedangkan perilaku sendiri dipengaruhi oleh kekuatan yang mendorong dan menghambatnya. Kegagalan mengakses layanan kesehatan jiwa dapat mengakibatkan kegagalan penatalaksanaan gangguan jiwa. Kegagalan penatalaksanaan gangguan jiwa berpengaruh pada keberlanjutan dan dapat mengakibatkan keparahan penyakit, penurunan produktifitas, kehilangan pekerjaan, beban ekonomi dan kualitas hidup menurun serta kematian. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk meneliti layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong dengan melihat faktor pendukung dan penghambatnya.

## **B. Rumusan Masalah**

Berbagai data menunjukkan bahwa kesehatan jiwa merupakan permasalahan yang signifikan baik ditingkat lokal, nasional maupun di dunia. Minimnya perawatan dan layanan pendukung kesehatan jiwa yang dapat diakses dan terjangkau menyebabkan orang dengan gangguan jiwa mengalami penanganan dan perlakuan yang salah. Berdasarkan studi pendahuluan diketahui dari 353.277 jiwa penduduk Kabupaten Luwu terdapat 470 (0,13 persen) kasus gangguan jiwa yang tercatat. Dari jumlah

252 orang (53,6 persen) dengan gangguan jiwa yang datang ke Puskesmas. Angka kunjungan tertinggi terdapat pada



Puskesmas Larompong yakni sebanyak 32 orang (78 persen) yang datang dan tercatat di Puskesmas dari 41 (0,19 persen) kasus. Jumlah kunjungan tersebut dari tahun ke tahun mengalami peningkatan. Hal ini dikarenakan di Puskesmas Larompong sudah ada kebijakan dari pihak Puskesmas dalam upaya untuk menangani keadaan tersebut. Upaya Puskesmas yaitu dengan melakukan kunjungan rumah oleh petugas kesehatan jiwa puskesmas tiap bulannya. Puskesmas Larompong sendiri telah memiliki manajemen pelayanan kesehatan jiwa dimasyarakat dalam bentuk Karsewa atau kader kesehatan jiwa. Keberadaan kader sehat jiwa ini diharapkan memberikan nilai positif pada pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong. Namun, upaya tersebut tidak terlepas dari faktor-faktor yang dapat mendukung dan menghambat peningkatan layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong. Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan di Puskesmas Larompong Kabupaten Luwu, ada beberapa faktor yang mempengaruhi layanan kesehatan jiwa seperti sumber daya manusia, motivasi petugas, kemandirian keluarga, kerjasama lintas sektor dan adanya dukungan dari pemangku kebijakan, beberapa faktor ini berbeda dengan beberapa hasil penelitian sebelumnya. Hal ini menantang peneliti untuk mengkaji lebih dalam tentang faktor pendukung dan penghambat layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong tersebut.



### C. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah diuraikan maka pertanyaan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagaimana layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong dilihat dari faktor yang mendukung (*facilitators*) dan menghambatnya (*barriers*)?
2. Mengapa orang dengan gangguan jiwa memanfaatkan layanan kesehatan jiwa dan tidak memanfaatkan layanan kesehatan jiwa?

### D. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan umum

Untuk menganalisis faktor yang mendukung dan faktor yang menghambat layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong Kabupaten Luwu.

#### 2. Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Menganalisis faktor yang mendukung layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong.
- b. Menganalisis faktor yang menghambat layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong.



## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat praktis**

Dapat memberikan informasi atau masukan kepada instansi terkait dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu untuk menjadi acuan dalam pengambilan kebijakan serta perencanaan suatu intervensi peningkatan cakupan pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Luwu.

### **2. Manfaat ilmu pengetahuan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan bahan bagi masyarakat dan peneliti berikutnya terkait dengan pelayanan kesehatan jiwa di tempat lain.

### **3. Manfaat bagi Peneliti**

Penelitian ini memberikan pengalaman yang sangat berharga bagi peneliti dalam rangka memperluas pengetahuan dan mengasah kemampuan dalam menganalisis suatu permasalahan kesehatan di masyarakat. Selain itu, hasil dari penelitian akan menjadi referensi peneliti dalam menyusun perencanaan intervensi promosi kesehatan.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Kesehatan Jiwa

WHO (2005) mendefinisikan kesehatan sebagai suatu keadaan lengkap kesejahteraan fisik, mental dan sosial serta bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan. Dari definisi kesehatan tersebut, kesehatan mental atau jiwa sangat jelas terintegrasi didalamnya. Jadi dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesehatan tanpa kesehatan jiwa. Menurut UU RI no. 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, yang dimaksud dengan “Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut mampu menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya” (Kemenkes RI, 2014).

Tiga pemikiran utama untuk meningkatkan kesehatan yaitu, kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan; kesehatan jiwa adalah lebih dari tidak adanya penyakit mental; dan kesehatan jiwa memiliki hubungan yang erat dengan kesehatan fisik serta perilaku. Kesehatan jiwa merupakan pondasi untuk kesejahteraan dan keefektifan fungsi kehidupan

individu dan komunitas (WHO, 2005).



Karakteristik jiwa yang sehat Kementerian Kesehatan RI (2012) menyebutkan individu dengan jiwa yang sehat memiliki beberapa karakteristik, diantaranya :

- 1) Menerima dirinya apa adanya dengan kriteria mampu mengatasi perasaan-perasaan negatif atau positif dengan baik, memiliki harga diri yang normal, tidak merendahkan maupun menyombongkan dirinya, dan dapat menerima kehidupannya dengan baik.
- 2) Memiliki hubungan yang baik dengan orang lain dengan kriteria dapat mencintai dan dicintai, tidak berbuat curang maupun dicurangi oleh orang lain, memiliki rasa kepercayaan terhadap orang lain, tidak meremehkan pendapat orang lain, dan menjadi bagian dari kelompok.
- 3) Mampu menjalani kehidupannya secara terarah dengan kriteria memiliki tujuan hidup yang realistis, dapat mengambil keputusan, memiliki rasa tanggung jawab, dan menjalani pekerjaannya dengan senang hati.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan jiwa atau psikologis tidak hanya dipengaruhi oleh karakteristik individu saja, tetapi juga dipengaruhi oleh keadaan sosial ekonomi serta lingkungan dimana orang tersebut berada. Berikut ini penjabaran dari faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kesehatan jiwa dan kesejahteraan menurut WHO (2012) :



1) Karakteristik dan perilaku individu

Karakteristik dan perilaku individu berhubungan dengan kecerdasan emosional dan kecerdasan sosial yang dimilikinya, serta dipengaruhi oleh faktor genetiknya. Kecerdasan emosional berhubungan dengan pembawaan seseorang serta kemampuan belajar untuk menghadapi perasaan dan pikiran serta mengelola dirinya dalam kehidupan sehari-hari. Sedangkan kecerdasan sosial yaitu kapasitas untuk menghadapi dunia sosial disekitarnya seperti mengambil bagian dalam kegiatan sosial, bertanggung jawab atau menghormati pendapat orang lain. Dan faktor genetik yang mempengaruhi karakteristik dan perilaku individu yaitu bawaan individu semenjak lahir, seperti kelainan kromosom misalnya sindrom down, atau cacat intelektual yang disebabkan oleh paparan saat masih di kandungan serta kekurangan oksigen ketika dilahirkan.

2) Keadaan sosial dan ekonomi

Kapasitas seorang individu untuk mengembangkan resiko masalah kesehatan jiwa sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial mereka sendiri, dimana lingkungan sosial tersebut mengharuskan mereka untuk terlibat secara positif dengan anggota keluarga, teman, ataupun kolega, dan mencari nafkah untuk diri mereka dan keluarga. Selain itu, keadaan sosial ekonomi, seperti kesempatan yang terbatas

hilang untuk memperoleh pendidikan dan pendapatan, serta stres  
kerja dan pengangguran.



### 3) Keadaan lingkungan

Lingkungan sosial budaya dan geopolitik dimana individu berada juga mempengaruhi diri mereka sendiri, rumah tangga, serta status kesehatan mental dan kesejahteraannya. Keadaan lingkungan yang dapat mempengaruhi diantaranya yaitu tingkat akses ke kebutuhan pokok dan jasa, misalnya air, pelayanan kesehatan esensial, dan aturan hukum; paparan yang mendominasi keyakinan sosial, budaya, sikap atau praktik; kebijakan ekonomi yang dibentuk di tingkat nasional, misalnya sedang berlangsungnya krisis keuangan global.

WHO juga menjelaskan bahwa kesehatan mental dan gangguan mental umum sebagian besar dibentuk oleh lingkungan sosial, ekonomi, dan fisik tempat individu tersebut menetap (WHO, 2014).

Faktor-faktor di atas dapat mempengaruhi kondisi kesehatan jiwa seseorang, sehingga dapat menjadi stresor bagi individu. Individu dengan jiwa yang sehat mampu mengontrol dirinya untuk menghadapi stresor yang ada serta selalu memiliki pikiran yang positif tanpa adanya tekanan fisik dan psikologis (Nasir & Muhith, 2011).

#### 1. Gangguan Jiwa

##### a. Definisi Gangguan Jiwa

Seseorang yang tidak mampu menghadapi atau mengatasi stresor tersebut maka memiliki risiko yang tinggi untuk mengalami masalah

(Nurjanah, 2004). Menurut UU RI no.18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, menyatakan bahwa "Orang dengan masalah kejiwaan yang



selanjutnya disingkat OMDK adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/ atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa” (Kemenkes RI, 2014).

Kesehatan mental atau jiwa memiliki hubungan timbal balik dengan penyakit tidak menular, dimana kesehatan mental meningkatkan risiko terjadinya penyakit tidak menular, luka dan kecelakaan, begitu juga sebaliknya penyakit tidak menular, luka dan kecelakaan dapat menyebabkan stres yang nantinya akan meningkatkan untuk terjadinya gangguan kesehatan mental (Isfandari & Lolong, 2014). Seseorang yang mengalami masalah kejiwaan secara terus-menerus sehingga menjadi menumpuk, maka dapat menimbulkan gangguan kesehatan fisik maupun jiwa (Kemenkes RI, 2013).

Gangguan jiwa merupakan sekumpulan gejala yang mengganggu pikiran, perasaan, dan perilaku yang menyebabkan kehidupan seseorang menjadi terganggu dan menderita sehingga tidak dapat melaksanakan fungsi sehari-hari (Kemenkes RI, 2015). Gangguan jiwa secara langsung tidak akan menyebabkan kematian, namun akan menyebabkan penderitanya menjadi beban keluarga dan masyarakat sekitarnya, serta membuat penderitanya menjadi tidak produktif (Efendi & Makhfudli, 2009).

Gangguan kesehatan jiwa bukan merupakan penyakit yang datangnya secara tiba-tiba, namun merupakan akibat dari terakumulasinya

masalah yang dimiliki individu. Dengan demikian deteksi dini masalah



kesehatan jiwa dapat dilakukan, dimana dengan adanya deteksi dini tersebut dapat membantu mencegah timbulnya masalah yang lebih berat.

## **b. Faktor-faktor penyebab gangguan jiwa**

### **1) Psikologis**

Hubungan antara peristiwa hidup yang mengancam, seperti peristiwa traumatik merupakan salah satu faktor penyebab yang menjadi stresor seseorang untuk mengalami gangguan jiwa. Psikologis akan terpengaruh dalam waktu yang panjang, saat seseorang kesulitan untuk melupakan pengalaman traumatik. Seseorang yang tidak mampu menanggulangi stresor, maka akan berakibat pada timbulnya gejala-gejala dalam aspek kejiwaan, berupa gangguan jiwa ringan maupun berat (Yosep, Puspowati & Sriati, 2009).

### **2) Genetik**

Penelitian yang dilakukan oleh Yanuar (2019) mengenai analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian gangguan jiwa di Desa Paringan Kabupaten Ponorogo, menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara genetik dengan kejadian gangguan jiwa. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan pendapat Cloninger (1989) dalam Yanuar (2019) yang mengatakan bahwa faktor genetik memiliki kaitan yang erat terhadap gangguan jiwa terutama gangguan persepsi sensori dan gangguan psikotik.



### 3) Lingkungan

Terdapat hubungan yang erat antara kondisi sosial dan lingkungan sebagai stresor psikososial dengan timbulnya gangguan jiwa (Efendi & Makhfudli, 2009).

### 4) Holistik elektik

Holistik elektik merupakan suatu konsep yang memandang manusia sebagai satu kesatuan integral dari unsur-unsur organobiologik, psikoedukatif, dan sosiokultural. Dari ketiga unsur tersebut dapat menyebabkan gangguan jiwa, yang berarti gangguan jiwa memiliki penyebab yang multi-faktorial (*holistik*). Faktor-faktor lain yang turut andil menjadi penyebab gangguan jiwa merupakan faktor tambahan (*elektik*) (Darmabrata & Nurhidayat, 2003).

Konsep holistik elektik menggambarkan bahwa gangguan jiwa dilandasi oleh faktor-faktor dasar atau predisposisi yang biasanya merupakan faktor organobiologik atau psikoedukatif, yang kemudian dimanifestasikan dengan beberapa gejala karena dipicu oleh faktor stresor sosial yang merupakan faktor presipitasi (Darmabrata & Nurhidayat, 2003).

#### c. Jenis gangguan jiwa

Gangguan jiwa secara garis besar dapat digolongkan menjadi dua bagian yaitu gangguan psikiatrik organik dan gangguan fungsional.

Gangguan psikiatrik organik terbagi menjadi dua macam yaitu, gangguan seperti karsinoma, gangguan endokrin, dan lain-lain, serta



gangguan penggunaan zat psikoaktif seperti penggunaan alkohol, obat-obatan terlarang, dan lain-lain.

Gangguan fungsional juga terbagi menjadi dua macam yaitu, psikosis seperti skizofrenia, gangguan mood, dan gangguan psikotik lainnya, serta neurosis seperti gangguan obsesif kompulsif, fobia, dan sebagainya (Puri, Laking, & Treasaden, 2012).

Maramis & Maramis (2009) membagi gangguan jiwa ke dalam dua golongan, yaitu :

### **1) Gangguan jiwa berat / penyakit mental (Psikosis)**

Psikosis merupakan gangguan jiwa serius yang dapat ditimbulkan oleh penyebab organik maupun emosional. Gejala yang ditunjukkan diantaranya gangguan kemampuan berpikir, bereaksi secara emosional, berkomunikasi, mengingat, menafsirkan kenyataan dan bertindak sesuai dengan kenyataan itu, sedemikian rupa sehingga kemampuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari menjadi sangat terganggu. Gangguan jiwa berat berupa gangguan psikotik dan gangguan jiwa skizofrenia merupakan bentuk gangguan fungsi pikiran berupa disorganisasi isi pikiran yang ditandai dengan gejala gangguan pemahaman berupa delusi dan waham, gangguan persepsi berupa halusinasi atau ilusi, terganggunya daya nilai realitas yang dimanifestasikan dengan perilaku bizzare atau aneh (Efendi & Makhfudli, 2009).



## 2) Gangguan jiwa ringan/ gangguan mental (Neurosis)

Neurosis merupakan penyesuaian diri yang salah secara emosional karena tidak dapat diselesaikannya konflik tak sadar. Neurosis menurut gejalanya dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu neurosis cemas, neurosis histerik, neurosis fobik, neurosis obsesif kompulsif, neurosa depresif, neurosa nerastenik, dan neurosa depersonalisasi . Gangguan jiwa neurotik, yaitu gangguan kejiwaan dimana penderitanya akan menunjukkan gejala mudah lelah, kecemasan yang berlebih, insomnia, kelumpuhan, depresi, dan gejala-gejala lainnya yang berhubungan dengan tekanan jiwa (Nasir & Muhith, 2011).

Gangguan mental emosional juga merupakan bagian dari gangguan jiwa yang bukan disebabkan oleh kelainan organik otak atau lebih didominasi oleh gangguan emosi. Gangguan mental emosional adalah gejala orang yang menderita karena memiliki masalah mental atau jiwa, lalu jika kondisi tersebut tidak segera ditangani maka akan menjadi gangguan yang lebih serius. Selain itu, gangguan mental emosional juga disebut dengan istilah distres psikologik atau distres emosional (Idaiani, Suhardi, & Kristanto, 2009).

Pada keadaan tertentu gangguan ini dapat diderita oleh semua orang namun dapat pulih kembali seperti keadaan semula jika dapat diatasi oleh individu tersebut atau berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan

Jika tidak dapat diatasi maka akan berlanjut menjadi gangguan yang lebih serius (Kemenkes RI, 2013). Gangguan mental emosional ditandai



dengan menurunnya fungsi individu pada ranah keluarga, pekerjaan atau pendidikan, dan masyarakat atau komunitas, selain itu gangguan ini berasal dari konflik alam bawah sadar yang menyebabkan kecemasan. Depresi dan gangguan kecemasan merupakan jenis gangguan mental emosional yang lazim ditemui di masyarakat. Sedangkan gangguan jiwa berat yang lazim ditemui di masyarakat yaitu skizofrenia dan gangguan psikosis. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang prevalensinya paling tinggi dialami oleh masyarakat (Kurniawan & Sulistyarini, 2016).

#### **d. Tanda dan gejala gangguan jiwa**

Seseorang yang mengalami gangguan jiwa berat ditandai dengan hilangnya kontak dengan realita, menunjukkan perilaku yang tidak lazim, serta munculnya waham dan halusinasi. Seseorang yang mengalami gangguan mental emosional akan mengalami penurunan fungsi pada ranah keluarga, pekerjaan, pendidikan, komunitas, dan masyarakat (Kurniawan & Sulistyarini, 2016). Gejala yang berkontribusi pada terjadinya gangguan mental emosional diantaranya yaitu, mempunyai pemikiran untuk mengakhiri hidup, hilangnya kemampuan untuk melakukan hal-hal yang bermanfaat didalam hidup, kesulitan dalam menikmati kehidupan sehari-hari, merasa tidak berharga, dan terganggunya pekerjaan sehari-hari (Surjaningrum, 2012).

Gangguan jiwa berat gangguan psikotik dan gangguan jiwa

nia memiliki beberapa gejala yang dimanifestasikan dalam gejala an pemahaman berupa delusi dan waham, gangguan persepsi



berupa halusinasi atau ilusi, serta terganggunya daya nilai realitas yang dimanifestasikan dengan perilaku bizzare atau aneh (Efendi & Makhfudli, 2009).

Menurut Nasir dan Muhith (2011) beberapa tanda dan gejala gangguan jiwa, yaitu sebagai berikut :

1) Gangguan kognitif

Kognitif merupakan proses mental di mana terdapat hubungan yang disadari dan dipertahankan oleh individu dengan lingkungannya. Proses kognitif meliputi sensasi dan persepsi, perhatian, ingatan, asosiasi, pertimbangan, pikiran, serta kesadaran.

2) Gangguan perhatian

Perhatian merupakan pemusatan dan konsentrasi energi.

3) Gangguan ingatan

Ingatan merupakan tanda-tanda kesadaran serta kemampuan untuk menyimpan, mencatat, dan memproduksi isi.

4) Gangguan asosiasi

Asosiasi merupakan kesan atau gambaran ingatan yang ditimbulkan oleh suatu perasaan, kesan, atau gambaran ingatan dalam suatu proses mental.

5) Gangguan pertimbangan

Pertimbangan atau penilaian merupakan suatu proses mental untuk

melakukan pertimbangan atau penilaian terhadap suatu maksud dan tujuan dari aktivitas.



6) Gangguan pikiran

Pikiran merupakan bagian dari pengetahuan seseorang.

7) Gangguan kesadaran

Kesadaran merupakan kemampuan seseorang untuk mengadakan suatu hubungan maupun pembatasan antara dirinya dengan lingkungan melalui pancaindra.

8) Gangguan kemauan

Kemampuan merupakan suatu proses keinginan yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan setelah dilakukan pertimbangan dan kemudian diputuskan

9) Gangguan emosi dan afek

Emosi merupakan pengalaman sadar dan berpengaruh terhadap aktivitas tubuh yang menghasilkan sensasi kinetis maupun organik. Afek merupakan kehidupan perasaan atau nada perasaan emosional seseorang, menyenangkan atau tidak, yang menyertai suatu pikiran, biasa berlangsung lama dan jarang disertai komponen fisiologis.

10) Gangguan psikomotor

Psikomotor merupakan gerakan tubuh yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa.

**e. Gangguan jiwa yang sering ditemukan**

**1) Gangguan cemas (Anxietas)**

asa cemas yang berlebihan dan tidak masuk akal, misalnya cemas jadi sesuatu yang tidak menyenangkan, padahal tidak ada yang



perlu dicemaskan. Selain dari gejala tersebut terdapat pula gejala kecemasan atau ketegangan yang bersifat ganda :

- a) Ketegangan mental: cemas, bingung, rasa tegang atau gugup dan sulit memusatkan perhatian
- b) Ketegangan fisik: gelisah, sakit kepala, gemetaran, dan tidak bisa santai
- c) Gejala fisik: pusing, berkeringat, denyut jantung cepat atau keras, mulut kering dan nyeri perut.

Gejala dapat berlangsung berbulan-bulan, sering muncul kembali dan sering dicetuskan oleh peristiwa yang menegangkan. Gangguan cemas mempunyai pengaruh terhadap kondisi fisik dan mental, tetapi gangguan cemas dapat disembuhkan.

## 2) Depresi

Gangguan depresi harus dibedakan dengan perasaan sedih biasa. Semua orang pada saat tertentu dapat merasa sedih dan tidak bahagia. Apabila kehilangan orang yang dicintai, orang akan merasa sedih yang mendalam. Rasa sedih dan berkabung demikian adalah normal dan merupakan reaksi sementara menghadapi stress dalam kehidupan. Orang tersebut masih dapat melaksanakan fungsi dalam kehidupan sehari-hari dan dengan berlalunya waktu perasaan sedih akan hilang.



Gangguan depresi adalah perasaan sedih dan tertekan yang  
b. Perasaan tertekan sedemikian beratnya sehingga yang  
kutan tidak dapat melaksanakan fungsi sehari-hari sebagai orang

tua, pasangan hidup, pegawai, pelajar, ibu rumah tangga, pedagang dan lain-lain.

Keluarga dan kerabat seringkali tidak menyadari adanya depresi, dan menyuruh penderita untuk melawan perasaannya, dimana hal ini hanya akan memperburuk keadaannya. Kadang-kadang depresi juga tampil dalam bentuk keluhan fisik yang beragam, sehingga orang juga dihadapkan pada pemeriksaan fisik yang bermacam ragam walaupun akhirnya tidak ditemukan kelainan pada organ tubuh.

Seseorang yang menderita depresi akan mengalami gejala, baik fisik maupun mental emosional. Berikut ini gejala depresi yang membutuhkan pertolongan :

a) Suasana perasaan

Merasa sedih, murung, kehilangan minat, dan rasa senang terhadap pekerjaan yang biasa dilakukan. Sering merasa mudah tersinggung, mengalami rasa cemas dan panic bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi.

b) Pikiran

Isi pikiran biasanya tentang kegagalan dan kesalahan. Cenderung menyalahkan diri sendiri terhadap kegagalan yang terjadi. Sulit memusatkan perhatian dan daya ingat menjadi terganggu, kadang-kadang timbul pikiran ingin mati.



c) Keluhan fisik

Rasa lelah berkepanjangan, gangguan tidur (sulit tidur atau terlalu banyak tidur), gangguan makan (tidak nafsu makan atau banyak makan), kehilangan minat seksual, rasa sakit dan nyeri di leher dan punggung, sakit kepala, nyeri di dada dan keluhan di perut serta keluhan fisik lainnya. Beberapa orang yang mengalami depresi, hanya mengeluh gangguan fisik dan menolak adanya masalah emosional atau depresi. Orang ini disebut menderita depresi terselubung, depresinya tertutup oleh keluhan fisik.

d) Kegiatan (aktifitas)

Biasanya orang yang mengalami depresi kegiatannya menjadi menurun, dia hanya ingin berbaring di tempat tidur sepanjang hari atau menarik diri dari pergaulan. Dalam keadaan ini kadang-kadang ada usaha untuk bunuh diri.

e) Khusus untuk anak dan remaja

Depresi sering muncul dalam bentuk gangguan tingkah laku, misalnya menantang, kebut-kebutan, berkelahi atau tingkah laku mencederai diri sendiri.

### 3) Gangguan Psikotik

Seseorang yang menderita gangguan psikotik menunjukkan perubahan yang nyata dan berlangsung lama. Orang tersebut mungkin

menunjukkan gejala sebagai berikut:

menarik diri dari lingkungan dan hidup dalam dunianya sendiri



- b) Merasa tidak mempunyai masalah dengan dirinya.
- c) Kesulitan untuk berpikir dan memusatkan perhatian.
- d) Gelisah dan bertingkah laku atau bicara kacau
- e) Sulit tidur.
- f) Mudah tersinggung dan mudah marah
- g) Mendengar atau melihat sesuatu yang tidak nyata.
- h) Berkeyakinan yang keliru seakan-akan ada seseorang yang membuntuti atau ingin membunuhnya.
- i) Keluhan fisik yang aneh, misalnya ada hewan atau benda yang tidak lazim didalam tubuhnya.
- j) Mungkin ada masalah dalam melaksanakan tugas sehari-hari.
- k) Tidak merawat diri, kadang-kadang berpenampilan kotor.

#### **4) Demensia (kepikunan)**

Demensia sering terjadi pada lanjut usia. Gambaran utama penyakit ini adalah :

- a) Penurunan daya ingat mengenai hal yang baru terjadi, misalnya orang tersebut lupa apakah sudah makan, mandi, lupa dimana meletakkan barangnya dan lain-lain.
- b) Penurunan daya pikir, misalnya tidak mampu lagi berhitung yang biasanya mudah dilakukan.
- c) Penurunan daya nilai, misalnya sulit membedakan yang baik dan yang



ik.

- d) Penurunan kemampuan berbahasa, misalnya sulit mencari kata-kata untuk menyatakan pendapat.
- e) Penurunan fungsi sehari-hari, misalnya tak mampu berpakaian, mandi, mencuci, memasak dan melakukan kegiatan lainnya sendiri.
- f) Kehilangan kendali emosional, misalnya mudah bingung, menangis dan mudah tersinggung.
- g) Keadaan ini biasa terdapat pada usia lanjut dan sangat jarang pada usia muda.

Kehilangan daya ingat dapat menyebabkan masalah tingkah laku, misalnya menjadi gaduh, gelisah, pencuriga dan memiliki emosi yang meledak-ledak.

## **B. Pelayanan Kesehatan Jiwa**

### **1. Pelayanan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat (Depkes RI, 2009). Sesuai dengan batasan seperti di atas, mudah dipahami bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang ditemukan banyak macamnya.

kesemuanya ini ditentukan oleh:



- a. Pengorganisasian pelayanan, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.
- b. Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.

Menurut pendapat Hodgetts dan Casio, jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu:

- a. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

- b. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (*public health service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat.



### a. Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang baik harus memiliki berbagai persyaratan pokok. Syarat pokok yang dimaksud adalah tersedia dan berkesinambungan

1) Pelayanan kesehatan harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continuous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

2) Dapat diterima dan wajar

Pelayanan kesehatan harus dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat serta bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.

3) Mudah dicapai

Pelayanan kesehatan harus mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud di sini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting.

4) Mudah dijangkau

Pelayanan kesehatan harus mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan dimaksud disini terutama dari



sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

5) Bermutu

Pelayanan kesehatan harus bermutu (*quality*), pengertian mutu yang dimaksud di sini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditentukan.

**b. Stratifikasi Pelayanan Kesehatan**

Strata pelayanan kesehatan yang dianut oleh tiap negara tidaklah sama, namun secara umum dikelompokkan menjadi tiga macam, yaitu :

1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health services*)

Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka (promosi kesehatan). Yang dimaksud pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (*basic health services*), yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan (*ambulatory/ out patient services*). Bentuk

an ini di Indonesia adalah Puskesmas, Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling, dan Balkesmas.



## 2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health services*)

Yang dimaksud pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut yang diperlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan rawat inap (*in patient services*) yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer dan memerlukan tersedianya tenaga-tenaga spesialis. Bentuk pelayanan ini misalnya Rumah Sakit kelas C dan D.

## 3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health services*)

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan tingkat ketiga adalah pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder, bersifat lebih kompleks dan umumnya diselenggarakan oleh tenaga-tenaga superspesialis. Bentuk pelayanan ini di Indonesia adalah Rumah Sakit kelas A dan B (Azwar, 1996).

### c. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan proses pendayafungsian layanan kesehatan oleh masyarakat. Menurut Levey dan Loomba (1973), yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang dilaksanakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan seseorang,

, kelompok dan masyarakat (Ilyas, 2003).



Menurut Notoatmodjo (2003), respons seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut:

1) Tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*).

Dengan alasan antara lain:

a) Bahwa kondisi yang demikian tidak akan mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari.

b) Fasilitas kesehatan yang dibutuhkan tempatnya sangat jauh, petugasnya tidak simpatik, judes dan tidak ramah.

c) Takut dokter, takut disuntik jarum dan karena biaya mahal.

2) Tindakan mengobati sendiri (*self treatment*), dengan alasan yang sama seperti telah diuraikan. Alasan tambahan dari tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya dengan diri sendiri, dan merasa bahwa berdasarkan pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian obat keluar tidak diperlukan.

3) Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*), seperti dukun.

4) Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya, termasuk tukang-tukang jamu.

5) Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang

tegorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas, dan rumah

t.



- 6) Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (*private medicine*). (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Alan Dever dalam "*Determinants of Healthy Service Utilization*", faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan adalah :

- 1) Faktor sosiokultural yang terdiri dari : (a) norma dan nilai sosial yang ada di masyarakat, dan (b) teknologi yang digunakan dalam pelayanan kesehatan.
- 2) Faktor organisasi yang terdiri dari :
  - a) Ketersediaan sumber daya. Yaitu sumber daya yang mencakupi baik dari segi kuantitas dan kualitas, sangat mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan.
  - b) Keterjangkauan lokasi. Keterjangkauan lokasi berkaitan dengan keterjangkauan tempat dan waktu. Keterjangkauan tempat diukur dengan jarak tempuh, waktu tempuh dan biaya perjalanan.
  - c) Keterjangkauan sosial. Dimana konsumen memperhitungkan sikap petugas kesehatan terhadap konsumen.
  - d) Karakteristik struktur organisasi formal dan cara pemberian pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan ada yang mempunyai struktur organisasi yang formal misalnya rumah sakit.



tor interaksi konsumen-petugas kesehatan

Faktor yang berhubungan dengan konsumen

Tingkat kesakitan atau kebutuhan yang dirasakan oleh konsumen berhubungan langsung dengan penggunaan atau permintaan pelayanan kesehatan. Kebutuhan dipengaruhi oleh: (1) faktor sosiodemografi, yaitu umur, sex, ras, bangsa, status perkawinan, jumlah keluarga dan status sosial ekonomi, (2) faktor sosio psikologis, yaitu persepsi sakit, gejala sakit, dan keyakinan terhadap perawatan medis atau dokter, (3) faktor epidemiologis, yaitu mortalitas, morbiditas, dan faktor resiko.

b) Faktor yang berhubungan dengan petugas kesehatan yang terdiri dari:

- (1) Faktor ekonomi, yaitu adanya barang substitusi, serta adanya keterbatasan pengetahuan konsumen tentang penyakit yang di deritanya.
- (2) Karakteristik dari petugas kesehatan yaitu tipe pelayanan kesehatan, sikap petugas, keahlian petugas dan fasilitas yang dimiliki pelayanan kesehatan tersebut.

Menurut Anderson (2009), ada tiga faktor-faktor penting dalam mencari pelayanan kesehatan yaitu:

- 1) Mudahnya menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia.
- 2) Adanya faktor-faktor yang menjamin terhadap pelayanan kesehatan yang ada.
- 3) Adanya kebutuhan pelayanan kesehatan.

#### **d. Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Anderson (1975) mendeskripsikan model sistem kesehatan dan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan (*behaviour model of*



*health service utilization*). Anderson mengelompokkan faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ke dalam tiga kategori utama, yaitu:

1) Karakteristik predisposisi (*predisposing characteristics*)

Karakteristik ini digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda yang disebabkan karena adanya ciri-ciri individu yang digolongkan ke dalam tiga kelompok:

- a) Ciri-ciri demografi, seperti : jenis kelamin, umur, dan status perkawinan.
- b) Struktur sosial, seperti : tingkat pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, agama, dan sebagainya.
- c) Kepercayaan kesehatan (*health belief*), seperti keyakinan penyembuhan penyakit.

2) Karakteristik kemampuan (*enabling characteristics*)

Karakteristik kemampuan adalah sebagai keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan. Anderson (1975) membaginya ke dalam dua golongan, yaitu:

- a) Sumber daya keluarga, seperti : penghasilan keluarga, keikutsertaan dalam asuransi kesehatan, kemampuan membeli jasa, dan pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

b) Sumber daya masyarakat, seperti : jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia dalam



wilayah tersebut, rasio penduduk terhadap tenaga kesehatan, dan lokasi pemukiman penduduk. Menurut Anderson semakin banyak sarana dan jumlah tenaga kesehatan maka tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan suatu masyarakat akan semakin bertambah.

### 3) Kebutuhan (*need characteristics*)

Karakteristik kebutuhan merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Anderson (1975) menggunakan istilah kesakitan untuk mewakili kebutuhan pelayanan kesehatan. Penilaian terhadap suatu penyakit merupakan bagian dari kebutuhan. Penilaian individu ini dapat diperoleh dari dua sumber, yaitu:

- a) Individu (*perceived need*), merupakan penilaian keadaan kesehatan yang paling dirasakan oleh individu, besarnya ketakutan terhadap penyakit dan hebatnya rasa sakit yang diderita.
- b) Penilaian klinik (*evaluated need*), merupakan penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya, yang tercermin antara lain dari hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter (Ilyas, 2003)

#### **e. Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Telah dilakukan beberapa penelitian yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Adapun faktor-faktor yang

berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan antara lain berikut:



## 1) Pengetahuan

Di dalam menggunakan pelayanan kesehatan, seseorang dipengaruhi oleh perilakunya yang terbentuk dari pengetahuannya. Seseorang cenderung untuk bersikap tidak menggunakan jasa pelayanan kesehatan disebabkan karena adanya kepercayaan dan keyakinan bahwa jasa pelayanan kesehatan tidak dapat menyembuhkan penyakitnya, demikian juga sebaliknya. Wibowo juga menyebutkan bahwa pengetahuan ibu tentang pelayanan antenatal berhubungan dengan pemanfaatan antenatal pada bidan (Silitonga, 2001).

## 2) Jarak

Andersen berasumsi bahwa semakin banyak sarana dan tenaga kesehatan, semakin kecil jarak jangkauan masyarakat terhadap tempat pelayanan kesehatan seharusnya tingkat penggunaan pelayanan kesehatan akan bertambah. Smith (1983) membuktikan bahwa menempatkan fasilitas pelayanan kesehatan lebih dekat kepada masyarakat golongan sosial ekonomi rendah secara langsung menyebabkan pelayanan tersebut diterima oleh masyarakat. Hasil penelitiannya menyebutkan bahwa masyarakat segan berpergian jauh ke sarana pengobatan hanya untuk pengobatan ringan. Lama berpergian dan jarak juga mempengaruhi pencarian pengobatan (Hediyati, 2001). Hal serupa juga dijelaskan oleh Mechanic (1996) bahwa dalam memanfaatkan

an kesehatan faktor.



### 3) Persepsi Sakit

Rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Rumah Sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan yang lain juga disebabkan persepsi dan konsep masyarakat sendiri tentang sakit (Notoatmodjo, 2003). Persepsi sakit merupakan pengalaman yang dihasilkan melalui pancaindra. Setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda meskipun mengamati objek yang sama. Green (1980) dalam Notoatmodjo (2003) menyebutkan bahwa persepsi berhubungan dengan motivasi individu untuk melakukan kegiatan, bila persepsi seseorang telah benar tentang sakit maka ia cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan bila mengalami sakit. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wibowo (1992) menunjukkan bahwa makin banyak ibu yang mempunyai keluhan/gangguan kesehatan sebelum hamil akan makin sering memanfaatkan pelayanan antenatal. (Hediyati, 2001).

### 4) Kualitas Pelayanan

Kualitas pelayanan akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian Fachran (1998) tentang pemanfaatan laboratorium di RSUD Budhi Asih. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa kualitas fisik, kualitas pelayanan, dan kualitas informasi yang diberikan oleh petugas laboratorium berhubungan dengan pemanfaatan laboratorium tersebut. Hasil penelitian Bintang (1989) menyebutkan bahwa sikap petugas berpengaruh terhadap pemanfaatan

Depkeu RI (Hediyati, 2001).



## 2. Puskesmas

Puskesmas adalah tulang punggung paling penting bagi bangsa Indonesia untuk menopang derajat kesehatan setiap warga negara. System pelayanan kesehatan di Indonesia dilaksanakan melalui kerjasama timbal balik antara masyarakat dengan puskesmas beserta rujukannya, puskesmas adalah penanggungjawab penyelenggaraan upaya kesehatan tingkat pertama (Depkes RI, 2004).

Puskesmas atau pusat kesehatan masyarakat adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok. (Entjang, 2000). Menurut Azwar (1999) puskesmas adalah satu kesatuan fungsional yang langsung memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam suatu wilayah tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok.

Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan nasional ditingkat pertama memiliki tanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat ataupun perseorangan diwajibkan untuk berupaya sesuai dengan yang ditetapkan berdasarkan komitmen nasional, regional, dan global serta yang memiliki daya tinggi untuk penyelenggaraan derajat kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan yang wajib dilakukan adalah promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya kesehatan ibu dan

rtta keluarga berencana, upaya perbaikan gizi masyarakat, upaya



pengecegan dan pemberantasan penyakit menular, upaya pengobatan (Depkes, 2004b).

Fungsi puskesmas dilaksanakan dengan cara merangsang masyarakat untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri, memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang menggali dan menggunakan sumber daya secara efektif dan efisien, memberikan bantuan yang bersifat bimbingan teknis dan rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan harapan bantuan tersebut menimbulkan ketergantungan, memberi pelayanan langsung kepada masyarakat, bekerja sama dengan lintas sektor yang bersangkutan dan lintas program Puskesmas.

Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat yang merupakan pelayanan tingkat pertama. Upaya yang harus dilaksanakan atau wajib diadakan adalah basic six yaitu :

- a. Upaya promosi kesehatan
- b. Upaya kesehatan lingkungan
- c. Upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana
- d. Upaya perbaikan gizi masyarakat
- e. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
- f. Upaya pengobatan



at masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan puskesmas

Minat adalah suatu rasa ketertarikan yang muncul pada diri seseorang karena pengaruh dari stimulus itu sendiri. Minat masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah sikap masyarakat untuk mengikuti atau memanfaatkan fasilitas kesehatan karena mutu dan kualitasnya sesuai dan tidak bertentangan dengan alur pikiran masyarakat dan dapat memberikan manfaat bagi masyarakat.

Menurut Rifai (2005) persepsi masyarakat tentang kualitas jasa pelayanan kesehatan dan pengaruhnya terhadap pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan merupakan indikator utama keberhasilan jasa pelayanan kesehatan.

Pemanfaatan adalah proses cara perbuatan memanfaatkan sedangkan pelayanan adalah perilaku atau cara melayani (Depkes, 2003). Untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan baik, maka banyak hal yang perlu diperhatikan diantaranya adalah kesesuaian dengan kebutuhan masyarakat, sehingga perkembangan pelayanan kesehatan secara umum dipengaruhi oleh besar kecilnya kebutuhan dan tuntutan dari masyarakat yang sebenarnya merupakan gambaran dari masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat tersebut. Menurut Kuncoro (2005) mata rantai terdepan yang perlu diperhatikan dalam memperbaiki mutu dan kinerja pelayanan kesehatan adalah pengalaman pasien dan masyarakat terhadap pelayanan yang mereka terima.

Penyusunan masyarakat kedalam sebuah pelayanan selalu dikaitkan dengan mutu karena sebuah mutu adalah ciri khas dari sebuah pelayanan



yang menjadi daya tarik masyarakat. Menurut Lawrence Green (1980) perilaku manusia dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan atau minat untuk berobat dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu :

1) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor ini bertujuan untuk menggambarkan fakta bahwa tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri, yang digolongkan kedalam 3 kelompok:

- a) Ciri-ciri demografi, seperti jenis kelamin dan umur
- b) Struktur sosial, seperti status pendidikan, pekerjaan, kesukaan atau ras dan sebagainya
- c) Manfaat-manfaat kesehatan, seperti keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.

2) Faktor-faktor pendukung (*enabling factor*)

Faktor ini mencerminkan bahwa meskipun predisposisi menggunakan pelayanan kesehatan, dia tidak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali bila dia mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung pada kemampuan konsumen untuk membayar.

Anderssen (1998) mengartikan *enabling factor* sebagai factor yang memungkinkan orang sakit untuk memanfaatkan pelayanan

sehatan. Faktor-faktor ini mencakup status ekonomi keluarga, akses



terhadap sarana pelayanan kesehatan yang ada, sarana dan prasarana dan penanggungungan biaya.

a) Status ekonomi adalah keadaan ekonomi yang membedakan antara satu keluarga dengan keluarga lain dalam hal pemenuhan kebutuhan. Dalam lingkungan masyarakat kesenjangan masalah ekonomi sangatlah tampak terbukti dengan masih banyaknya mereka-mereka yang hidup dengan kekurangan dan ada juga yang hidup dengan kemewahan dan jabatan.

b) Sifat pelayanan

Segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara layanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan publik dan pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sifat layanan publik adalah segala bentuk pelayanan yang dilakukan oleh petugas kesehatan terhadap kunjungan pasiennya.

Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan tenaga kesehatan dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti daya tanggap, jaminan, empati, tepat waktu, kenyamanan, ketersediaan, dan bukti langsung.

c) Akses atau jarak tempuh

Menurut Anderson dan McFarlen (2009) jarak merupakan penghalang yang meningkatkan kecenderungan penundaan upaya seseorang atau masyarakat dalam mencari pelayanan



kesehatan. Menurut Suharmiati dkk (2012) puskesmas sebagai pemberi pelayanan primer yang menjadi andalan utama pelayanan bagi masyarakat, belum mampu memberikan pelayanan bagi daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan.

d) Sarana dan prasarana

Sarana dan prasarana adalah kelengkapan yang disediakan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menunjang aktivitas pelayanannya. Menurut khoeriyah dan Rahayu (2013) fasilitas kesehatan adalah salah satu jenis fasilitas umum yang dibutuhkan masyarakat yang berfungsi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sehingga akan mempengaruhi kegiatan suatu kota atau wilayah dalam meningkatkan kelancaran aktivitas dan meningkatkan produktivitas.

Ketersediaan sarana pelayanan kesehatan akan berpengaruh terhadap status kesehatan yang berkualitas dan status masalah kesehatan yang terjadi di wilayah kerjanya.

e) Pembiayaan

Biaya adalah sesuatu imbalan yang harus diberikan seseorang kepada pihak pemberi layanan kesehatan atas jasa yang diberikan untuk merawat dan memberikan segala kebutuhan yang diperlukan saat dia sakit. Biaya adalah cara dan pengertian yang tepat akan

ubah-ubah, tergantung pada bagaimana penggunaan biaya  
ebut. Biasanya, biaya berkaitan dengan tingkat harga suatu barang



yang harus dibayar. Jika kita membeli sebuah produk secara tunai dan kemudian segera menggunakan produk tersebut, maka tidak akan ada masalah yang timbul dalam pendefinisian dan pengukuran biaya produk tersebut.

Pelayanan Kesehatan digolongkan sebagai retribusi jasa umum yang terdiri dari komponen: biaya investasi, biaya pemeriksaan dan tindakan medis, biaya pengobatan, biaya penginapan dan konsumsi, biaya pengadaan kartu, biaya kegiatan rutin dan pemeliharaan.

### 3) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*)

Faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud di dalam tindakan apabila dirasakan sebagai kebutuhan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Sikap, perilaku petugas kesehatan, tokoh agama serta tokoh masyarakat.

#### a) Sikap tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan

Sikap adalah gambaran kepribadian seseorang yang terlahir melalui gerakan fisik dan tanggapan pikiran terhadap sesuatu keadaan atau suatu objek. Sikap seseorang pada suatu objek adalah perasaan atau emosi, dan faktor kedua adalah reaksi atau respon atau kecenderungan untuk bereaksi, sebagai reaksi maka sikap selalu berhubungan dengan dua alternatif yaitu senang atau tidak senang,

urut dan melaksanakan atau menjauhi menghindari sesuatu (Sugeng, 2004). Menurut *Oxford Advanced Learner Dictionary* menyimpulkan bahwa sikap (*attitude*) berasal dari bahasa *Italia attitude*



*manner of placing or holding the body, dan way of feeling thinking or behaving cample* (1950) dalam buku Notoadmodjo (2003) mengemukakan bahwa sikap adalah *a syndrome of response consistency with regard to social objects*. Artinya sikap adalah sekumpulan respons yang konsisten terhadap objek sosial. Sikap adalah suatu reaksi yang ada pada individu terhadap sebuah sesuatu, reaksi tersebut dapat berupa reaksi terbuka, ataupun sebuah reaksi tertutup tergantung banyaknya stimulus terhadap sikap tersebut. Suatu sikap pada diri individu belum tentu terwujud dalam suatu tindakan nyata, diperlukan faktor pendukung fasilitas (Sunaryo, 2004).

Menurut Ajzen (2005) sikap adalah disposisi untuk berespon secara favorable atau unfavorable terhadap benda, orang, institusi, atau kejadian. Sikap adalah sebagai kondisi internal individu yang mempengaruhi pilihan individu untuk menampilkan tingkah laku atau terhadap obyek, orang atau kejadian (Gagne dan Brigg, 1974)

Amaliah (2008) mengatakan sikap adalah disposisi individu untuk berperilaku yang didasarkan pada belief beserta evaluasinya terhadap suatu obyek, atau kejadian, kemudian yang diekspresikan dalam bentuk kognitif, afektif, dan konatif.

Anteseden sikap menurut teori planned behavior yang dipaparkan oleh Ajzen diatas sikap yang dimiliki seseorang terhadap suatu tingkah dilandasi oleh belief seseorang terhadap konsekuensi (outcome) yang dihasilkan jika tingkah laku itu dilakukan dan kekuatan belief



tersebut. Belief adalah pernyataan subjektif tentang aspek-aspek yang dapat dibedakan di dunianya yang sesuai dengan pemahaman diri dan lingkungannya.

Sikap adalah predisposisi evaluatif yang menentukan bagaimana individu bertindak, akan tetapi sikap dan tindakan nyata sering kali jauh berbeda. Hal ini dikarenakan tindakan nyata tidak hanya ditentukan oleh sikap semata namun juga ditentukan faktor eksternal lainnya.

Pengukuran sikap didapatkan dari iteraksi antara *belief content* dan *belief strength*. *Belief* seseorang mengenai suatu obyek atau tindakan dapat dimunculkan dalam format respon bebas dengan cara meminta subyek untuk menuliskan karakteristik, kualitas dan atribut dari obyek atau konsekuen tingkah laku tertentu.

Sikap tenaga kesehatan adalah sebuah tindakan atau respon yang diberikan oleh tenaga kesehatan itu sendiri kepada obyek yaitu masyarakat sebagai pengguna pelayanan kesehatan. Pengguna pelayanan kesehatan sebagai obyek memiliki respons yang dapat mempengaruhi kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan.

Suswari (2010) mengatakan bahwa tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan harus secara holistik yaitu bahwa pemberian pelayanan tidak boleh diberikan kepada yang kaya namun

pemberian pelayanan kesehatan kepada semua lapisan baik yang



kaya maupun yang miskin karena dalam konteks kesehatan manusia adalah sama.

b) Perilaku petugas kesehatan

Perilaku menurut J.P.Chaplin adalah kumpulan reaksi, perbuatan, aktivitas, gabungan gerak, tanggapan ataupun jawaban yang dilakukan seseorang seperti proses berfikir, bekerja, hubungan seks, dan sebagainya.

Menurut Kartina Kartono perilaku merupakan proses mental dan reaksi seseorang yang sudah tampak atau masih sebatas keinginan.

Menurut Lubis bahwa perilaku memiliki beberapa aspek yaitu:

(1) Pengamatan

Pengamatan adalah pengenalan objek dengan cara melihat, mendengar, meraba, membau, dan mengecap.

(2) Perhatian

Perhatian adalah kondisi pemusatan energi psikis yang tertuju kepada objek dan dianggap sebagai kesadaran seseorang dalam aktivitas.

(3) Fantasi

Fantasi adalah kemampuan untuk membentuk tanggapan yang telah ada akan tetapi tidak selamanya tanggapan selalu sama dengan tanggapan sebelumnya.



#### (4) Ingatan

Ingatan adalah kemampuan seseorang merekam apa yang sudah terjadi sebelumnya. Ingatan terjadi melalui beberapa tahapan yaitu *erusting stage* (penyusunan informasi melalui transformasi informasi fisik, perubahan fenomena), *sterage stage* (menyimpan informasi yang terorganisir dan mempertahankan kode dalam ingatan).

Perilaku petugas kesehatan adalah sebuah kumpulan reaksi yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan ketika menghadapi pasien. Perilaku dapat muncul dalam beberapa jenis yaitu empati, simpati, marah, kesal dll.

#### c) Persepsi Masyarakat

Menurut Ruch (1967), persepsi adalah suatu proses tentang petunjuk-petunjuk inderawi (*sensory*) dan pengalaman masa lampau yang relevan diorganisasikan untuk memberikan kepada kita gambaran yang terstruktur dan bermakna pada suatu situasi tertentu.

Gibson dan Donely (1994) menjelaskan bahwa persepsi adalah proses pemberian arti terhadap lingkungan oleh seorang individu. Menurut Walgito 2002 mengatakan bahwa persepsi merupakan suatu proses yang di dahului oleh proses pengindraan yaitu proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indra namun proses itu tidak berhenti begitu saja melainkan stimulus tersebut di teruskan dan proses selanjutnya merupakan persepsi.

bagai cara pandang, persepsi timbul karena adanya respon  
o stimulus. Stimulus yang diterima seseorang sangat kompleks,



stimulus masuk ke dalam otak, kemudian diartikan, ditafsirkan serta diberi makna melalui proses yang rumit baru kemudian dihasilkan persepsi (Atkinson dan Hilgard, 1991 : 209).

Menurut Valerie A. Zeithaml and Mary Jo Bitner (1986) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi persepsi pelanggan yaitu, *word of mouth* atau pernyataan (secara personal atau non personal) yang disampaikan oleh orang lain selain organisasi (*service provider*) kepada pelanggan. *Word of mouth* ini biasanya cepat diterima oleh pelanggan karena yang menyampaikannya adalah mereka yang dapat dipercayai, seperti pakar, teman, keluarga, publikasi media massa. Kemudian *personal need* atau kebutuhan yang dirasakan seseorang mendasar bagi kesejahteraannya juga sangat menentukan.

*Past experience* atau pengalaman masa lalu meliputi hal-hal yang telah dipelajari atau diketahui pelanggan dari yang pernah diterimanya pada masa sebelumnya. Dan yang terakhir dalam hal yang mempengaruhi persepsi pelanggan adalah *external communication* merupakan pernyataan langsung atau tidak langsung oleh perusahaan tentang jasanya kepada pelanggan, Sehingga apabila didapatkan persepsi pelanggan yang baik, maka empat faktor yang dapat mempengaruhi persepsi pelanggan dapat dipenuhi oleh Puskesmas.

### 3. Upaya Kesehatan Jiwa

Upaya pelayanan kesehatan jiwa komunitas dapat dibedakan menurut jenis dan jenis pelayanannya.



### a. Tingkatan Pelayanan

Menurut tingkatan pelayanannya, pelayanan kesehatan jiwa terdiri dari pelayanan

- 1) Primer
- 2) Sekunder
- 3) Tersier

Pelayanan tingkat primer ialah pelayanan tingkat dasar, diberikan oleh fasilitas pelayanan yang menjadi ujung tombak di komunitas, yaitu Puskesmas, Balai Kesehatan Jiwa Masyarakat, Dokter praktek swasta, Perawat Kesehatan Jiwa Masyarakat, Bidan, Psikolog Klinis, Pekerja Sosial dan Terapis okupasi yang telah mendapat pelatihan. Pelayanan tingkat sekunder diberikan oleh Rumah Sakit Umum, dan pelayanan kesehatan tersier diberikan di Rumah Sakit Jiwa.

Walaupun secara umum pelayanan kesehatan jiwa formal terdiri dari tiga tingkatan (primer, sekunder dan tersier), secara kenyataan juga ada pelayanan yang diselenggarakan oleh masyarakat. Di samping itu juga variasi yang berkembang di masyarakat sebagai jawaban terhadap kondisi dan kebutuhan lingkungan setempat. Sebagai contoh adalah keberadaan perawat kesehatan jiwa komunitas yang memberikan pelayanan dalam rangka mengisi kekosongan pelayanan kesehatan jiwa dasar di wilayah

t. Pelayanan kesehatan jiwa komunitas oleh masyarakat  
nyai bentuk sangat beragam, baik secara kelembagaan seperti  
u, Panti Pemulihan, Pesantren, dan lain-lain, maupun non- lembaga



seperti perawatan mandiri oleh keluarga, konseling oleh tokoh agama dan tokoh masyarakat, pengobatan alternatif yang telah mendapat sertifikat dari Departemen Kesehatan RI, dan lain-lain.

Pelayanan kesehatan jiwa komunitas lainnya yang diberikan oleh tenaga-tenaga yang terlatih dan terorganisasi, seperti kader kesehatan jiwa, guru, polisi, dan lintas sektor terkait.

### **b. Jenis Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas**

Jenis pelayanan meliputi pelayanan non-medik dan pelayanan medik.

Termasuk pelayanan non-medik adalah:

- 1) Penyuluhan
- 2) Pelatihan
- 3) Deteksi dini
- 4) Konseling
- 5) Terapi okupasi

Sedangkan yang termasuk pelayanan medik adalah:

- 1) Penyuluhan
- 2) Penilaian psikiatrik
- 3) Deteksi dini
- 4) Pengobatan dan tindakan medik-psikiatrik
- 5) Konseling
- 6) Psikoterapi
- 7) Rawat inap

s pelayanan yang diberikan menurut tingkat Pelayanan Kesehatan

munitas adalah sebagai berikut:



**Tabel 2.1. Jenis pelayanan yang diberikan menurut tingkat pelayanan kesehatan jiwa komunitas**

No	Jenis Pelayanan	Tersier	Sekunder	Primer	Lain-lain*	
					L	NL
1	Non-medik					
	a. penyuluhan	+	+	+	+/-	+/-
	b. pelatihan	+	+	+	+/-	+/-
	c. deteksi dini	+	+	+	+	+
	d. konseling	+	+	+	+	+
	e. terapi okupasi	+	+	+/-	+/-	+/-
2	Medik					
	a. penyuluhan	+	+	+		
	b. penilaian psikiatrik	+	+	+/-		
	c. deteksi dini	+	+	+		
	d. pengobatan	+	+	+/-		
	e. tindakan medik-Psikiatrik	+	+/-	-		
	f. konseling	+	+	+		
	g. psikoterapi	+	+/-	-		
	h. rawat inap	+	+/-	-		

Catatan : \* Merupakan pelayanan yang diselenggarakan oleh masyarakat baik secara lembaga seperti Rumah detoksikasi, pusat pemulihan berbasis agama, dll maupun non-lembaga (NL) seperti kader kesehatan jiwa, pekerja sosial, tokoh masyarakat, tokoh agama, dll

### c. Komponen Pelayanan

Di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat primer dapat diselenggarakan pelayanan sebagai berikut.

- 1) Penyuluhan
- 2) Deteksi dini
- 3) Pelayanan Kedaruratan Psikiatri

Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan Rujukan

Pelayanan Kunjungan Rumah (*Home Visite*)



Fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan pelayanan kesehatan jiwa tingkat rujukan sebagai berikut:

- 1) Pelayanan Kedaruratan Psikiatrik
- 2) Pelayanan Rawat Jalan (anak,dewasa, usila)
- 3) Pelayanan Day-Care
- 4) Pelayanan Rawat Inap
- 5) Pelayanan pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium, radiologis, psikometrik)
- 6) Pemeriksaan psikologi
- 7) Pelayanan *Consultation-Liaison Psychiatry*
- 8) Pelayanan terapi okupasi
- 9) Pelayanan terapi aktifitas kelompok (TAK)
- 10) Pelayanan rehabilitasi psikiatrik
- 11) Pelayanan dampingan bagi tenaga kesehatan tingkat primer (*technical assistance*)
- 12) Pelayanan Kunjungan Rumah (*Home Visit*)

Sedangkan di sarana non-kesehatan bisa berupa

- 1) Pelayanan Rawat Jalan
- 2) Pelayanan Rawat Inap
- 3) Pelayanan Rujukan

Pelayanan Kunjungan Rumah (*Home Visit*)

Pelayanan Pelatihan Kerja (terapi okupasi)



Disamping pelayanan-pelayanan ini juga dimungkinkan adanya pelayanan non-kesehatan.

#### **d. Mekanisme pelayanan**

Mekanisme dari sisi petugas kesehatan adalah proses penyediaan pelayanan kepada masyarakat, sedangkan dari sisi masyarakat adalah proses untuk mendapatkannya. Prosesnya di mulai dari menghubungi / mendatangi fasilitas, mendapatkan pelayanan, sampai dengan kembali kerumah.

Pusat pelayanan kesehatan berada di Puskesmas. Puskesmas menerima kasus secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung kasus datang sendiri atau dibawa oleh keluarga atau pengantar. Secara tidak langsung kasus dirujuk oleh pihak lain yang ada di masyarakat baik perorangan maupun lembaga. Kasus juga bisa dijemput oleh Puskesmas setelah mendapat laporan/permintaan dari masyarakat. Selain itu, kasus juga dapat dirujuk dari fasilitas dengan tingkat yang lebih tinggi seperti Rumah Sakit atau lembaga non-kesehatan yang ada di masyarakat. Di dalam Puskesmas berturut-turut dilalui proses sebagai berikut:

- a) Pendaftaran
- b) Pemeriksaan fisik
- c) Penilaian Psikiatrik



akan Medis

Sedangkan pelayanan yang diperoleh:

- a) Penyuluhan
- b) Deteksi dini
- c) Pelayanan Kedaruratan Psikiatri
- d) Pelayanan Rawat Jalan
- e) Pelayanan Rujukan
- f) Pelayanan Kunjungan Rumah (*Home Visit*)

### C. Tinjauan Tentang Variabel Yang Diteliti

#### 1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil 'tahu' yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap sesuatu. Pengetahuan merupakan domain sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan diperoleh dari pengalaman, baik pengalaman sendiri maupun pengalaman orang lain.

Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yaitu :

##### a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari  
nya, termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat  
(*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang



dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, oleh sebab itu, "tahu" ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar, orang yang telah paham terhadap obyek atau materi dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi, atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja dapat menggambarkan

(misalnya: menguraikan, mengidentifikasi, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya).



e. Sintesis (*syntesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada, misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap materi atau obyek. Penilaian-penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

## 2. Sikap Petugas Kesehatan

Sikap adalah gambaran kepribadian seseorang yang terlahir melalui gerakan fisik dan tanggapan pikiran terhadap sesuatu keadaan atau suatu objek. Sikap seseorang pada suatu objek adalah perasaan atau emosi, dan faktor kedua adalah reaksi atau respon atau kecenderungan untuk bereaksi, sebagai reaksi maka sikap selalu berhubungan dengan dua alternatif yaitu senang atau tidak senang, menurut dan melaksanakan atau menjauhi menghindari sesuatu.

Menurut *Oxford Advanced Learner Dictionary* menyimpulkan bahwa

*ttitude*) berasal dari bahasa *Italia attitude manner of placing or the body, dan way of feeling thinking or behaving camp*le (1950)



dalam buku Notoadmodjo (2003) mengemukakan bahwa sikap adalah a *syndrome of response consistency with regard to social objects*. Artinya sikap adalah sekumpulan respons yang konsisten terhadap objek sosial. Sikap adalah suatu reaksi yang ada pada individu terhadap sebuah sesuatu, reaksi tersebut dapat berupa reaksi terbuka, ataupun sebuah reaksi tertutup tergantung banyaknya stimulus terhadap sikap tersebut.

Sikap tenaga kesehatan adalah sebuah tindakan atau respon yang diberikan oleh tenaga kesehatan itu sendiri kepada obyek yaitu masyarakat sebagai pengguna pelayanan kesehatan. Pengguna pelayanan kesehatan sebagai obyek memiliki respons yang dapat mempengaruhi kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan.

Tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan harus secara holistik yaitu bahwa pemberian pelayanan tidak boleh diberikan kepada yang kaya namun pemberian pelayanan kesehatan kepada semua lapisan baik yang kaya maupun yang miskin karena dalam konteks kesehatan manusia adalah sama. Sikap petugas kesehatan akan mempengaruhi perilakunya. Perilaku petugas kesehatan adalah sebuah kumpulan reaksi yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan ketika menghadapi pasien. Perilaku dapat muncul dalam beberapa jenis yaitu empati, simpati, marah, kesal dll.



### 3. Ketersediaan Sumber Daya Manusia

Definisi ketersediaan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah kesiapan suatu sarana (tenaga, barang, modal, anggaran) untuk dapat digunakan atau dioperasikan dalam waktu yang telah ditentukan atau keadaan tersedia. Terdapat tiga indikator yang digunakan dalam konsep ketersediaan, yaitu (Fajri, 2006: 40) :

- a. Jenisnya dapat mencukupi kebutuhan yang ada
- b. Jumlahnya mencukupi kebutuhan yang ada
- c. Tersedia tepat pada waktunya

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996, sumber daya manusia kesehatan adalah orang yang bekerja secara aktif dibidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan, maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melaksanakan upaya kesehatan.

Di dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa terdiri atas tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang kesehatan jiwa, tenaga professional lainnya, dan tenaga lain yang terlatih di bidang kesehatan jiwa. Pemerintah menyusun perencanaan, pengadaan dan peningkatan mutu, penempatan dan pendayagunaan, serta pembinaan sumber daya manusia di bidang Kesehatan Jiwa, dalam rangka

Anggaran program Kesehatan Jiwa yang berkesinambungan.



Perencanaan sumber daya manusia di bidang Kesehatan Jiwa dilakukan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah dengan memperhatikan:

- a. Jenis upaya penyelenggaraan Kesehatan Jiwa yang dibutuhkan oleh masyarakat;
- b. Jumlah fasilitas pelayanan di bidang Kesehatan Jiwa; dan
- c. Jumlah tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang Kesehatan Jiwa yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan Kesehatan Jiwa.

#### 4. Stigma

Penderita gangguan jiwa seringkali mendapat stigma dari lingkungan sekitarnya. Stigma tersebut melekat pada penderita sendiri maupun keluarganya. Hal ini karena penderita gangguan jiwa sendiri sudah dinamakan secara berbeda dari penderita penyakit fisik lainnya. Beberapa orang percaya bahwa gangguan jiwa merupakan hasil dari pilihan-pilihan yang buruk, dalam penelitian Tyas (2008), Wardhani, dkk (2011) dan Colucci (2013) disebutkan bahwa gangguan jiwa terjadi akibat sebab supranatural dan ada pula yang mempercayai akibat keturunan dari orang tua atau kerabat terdekatnya. Selain itu, orang dengan gangguan jiwa dipercaya sebagai orang yang berbahaya dan tidak bisa diprediksi, kurang kompeten, tidak dapat bekerja, harus dirawat di RSJ, dan tidak akan pernah

Stigma pada penderita gangguan jiwa berat menyangkut  
...ian, prasangka dan diskriminasi.



Pengabaian merupakan masalah pengetahuan dari masyarakat terkait gangguan jiwa itu sendiri. Prasangka merupakan masalah dari sikap, baik itu dari penderita yang mengarah pada stigma diri maupun dari masyarakat yang menimbulkan stigma terhadap penderita gangguan jiwa. Sedangkan diskriminasi merupakan masalah dari perilaku, baik itu dari penyedia layanan penanganan kesehatan jiwa maupun dari masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa berat (Thornicroft dkk, 2008).

Stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa oleh penyedia layanan kesehatan mengakibatkan kesenjangan akses, pengobatan, dan hasil pengobatan (Birch dkk, 2005). Penyedia layanan kesehatan seringkali ragu-ragu untuk menilai sepenuhnya status fisik pasien dengan penyakit mental karena ketidaknyamanan dengan gejala pasien atau diagnosis (Phelan, Stradins, & Morrison, 2001). Perawat, yang terdiri dari sekitar 15,3% dari tim kesehatan, dapat memiliki dampak yang signifikan terhadap penurunan kontribusi terhadap beberapa kesenjangan kesehatan yang dialami oleh pasien kesehatan jiwa (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2010).

Instruksi dan paparan klinis langsung dapat membantu untuk mengurangi atau menghilangkan rasa takut. Napoletano (1981) menemukan bahwa instruksi yang positif dapat merubah sikap terhadap penyakit mental, tepatnya pada penyebab penyakit mental. Ketakutan adalah penyebab utama dari diskriminasi dan stigma (Allport, 1954) dalam

(2011)



## 5. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga yaitu informasi verbal, sasaran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang – orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial secara emosional merasa lega diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya (Wahdah, 2013).

Dukungan keluarga sangat penting terhadap pengobatan pasien gangguan jiwa, karena pada umumnya seseorang dengan gangguan jiwa belum mampu mengatur dan mengetahui jadwal kapan harus berobat. Keluarga harus selalu membimbing dan mengarahkan agar seseorang dengan gangguan jiwa untuk dapat berobat dengan benar dan teratur. Dukungan keluarga yang bisa diberikan kepada pasien meliputi dukungan emosional yaitu dengan memberikan kasih sayang dan sikap menghargai yang diperlukan klien, dukungan informasional yaitu dengan memberikan nasihat dan pengarahan kepada klien, dan dukungan penilaian memberikan pujian kepada klien jika mau diarahkan untuk berobat ( Karmila, Dhian, & Herawati, 2016)

## 6. Akses informasi



Menurut Kementerian Komunikasi dan Informatika, akses informasi kemudahan yang diberikan kepada seseorang atau masyarakat

untuk memperoleh informasi publik yang dibutuhkan. Informasi yang dimaksud disini adalah keterangan, pernyataan, gagasan, dan tanda-tanda yang mengandung nilai, makna dan pesan, baik data, fakta maupun penjelasannya yang dapat dilihat, didengar, dan dibaca, yang disajikan dalam berbagai kemasan dan format sesuai dengan perkembangan teknologi informasi dan komunikasi secara elektronik atau non-elektronik (Kementerian Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia, 2010).

Informasi adalah pesan (ucapan atau ekspresi) atau kumpulan pesan yang terdiri dari order sekuens dari symbol, atau makna yang dapat ditafsirkan dari pesan atau kumpulan pesan. Informasi dapat direkam atau ditransmisikan. Para konsep memiliki banyak arti lain dalam konteks yang berbeda. Informasi bisa dikatakan sebagai pengetahuan yang didapatkan dari pembelajaran, pengalaman atau instruksi. Namun demikian, istilah ini memiliki banyak arti tergantung pada konteksnya dan secara umum berhubungan erat dengan konsep seperti arti, pengetahuan, persepsi, stimulus, komunikasi, kebenaran, representasi dan rangsangan mental.

Pengetahuan dan informasi mengenai penyakit mental harus diketahui oleh seluruh masyarakat Indonesia agar tidak kembali lagi terjadi perilaku-perilaku yang melanggar hak asasi manusia pada penderita. Mulai dari penyebab mereka menderita gangguan jiwa atau keterbelakangan mental, cara berkomunikasi dengan mereka hingga mengetahui perawatan yang

untuk mereka agar dapat sembuh atau dapat mengembangkan yang dimilikinya (Lubis dkk, 2014). Pemberian informasi,



mengedukasi masyarakat sangatlah penting terkait kesehatan mental agar stigma yang ada di masyarakat dapat dihilangkan dan penderita mendapatkan penanganan yang tepat (Putri dkk, 2017).

## 7. Dukungan Stakeholder

Dukungan merupakan motivasi yang diberikan seseorang kepada orang lain untuk melakukan suatu aktivitas dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Motivasi yang diberikan bisa berupa pikiran, tenaga dan materi. Menurut Biset (1998), *stakeholder* adalah individu atau suatu kelompok masyarakat yang memiliki kepentingan atau perhatian pada permasalahan tertentu. *Stakeholder* secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi atau dipengaruhi oleh aktivitas, produk, layanan serta kinerja suatu organisasi.

Deteksi dini kesehatan jiwa perlu dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa masyarakat agar individu yang sehat akan tetap sehat, individu yang berisiko tidak mengalami gangguan jiwa dan individu yang mengalami gangguan jiwa mendapatkan pelayanan yang tepat sehingga dapat mandiri dan produktif di masyarakat. Untuk itu diperlukan dukungan dan peran aktif *stakeholder* (Livana dkk.,2018; Tol dkk.,2011)



**Matriks 2.1 Sintesa Penelitian tentang Layanan Kesehatan Jiwa**

No	Nama/ Judul/ Tahun	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian
1	Viktoria Kantor dkk (2017) <b><i>Perceived barriers and facilitators of mental health service utilization in adult trauma survivors: A systematic review</i></b> (Metode: penelitian literatur)	Untuk mengklasifikasi penghambat dan pendukung trauma pada layanan kesehatan jiwa. Meningkatkan pendekatan para pembuat kebijakan dan praktisi untuk akses ke fasilitas layanan kesehatan jiwa.	Faktor yang mendukung: 1. Sistem kesehatan 2. Asuransi 3. Layanan telepon  Faktor yang menghambat : 1. Stigma 2. Ketakutan akan ditolak atau dihakimi
2	Alissa A Gleacher dkk (2016) <b><i>Implementing a Measurement Feedback System in Community Mental Health Clinics: A Case Study of Multilevel Barriers and Facilitators</i></b> (Metode: Kualitatif)	Untuk Menerapkan pengukuran sistem umpan balik di klinik kesehatan mental komunitas	1. Lebih banyak hambatan daripada pendukung 2. Pentingnya peran dan dukungan pemangku kepentingan dalam menciptakan kondisi yang baik untuk mengintegrasikan praktik-praktik baru
3	Audra k. Langley dkk (2010). <b><i>Evidence-based mental health programs in schools: barriers and facilitators of successful implementation</i></b> (Metode: Kualitatif)	Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi praktik berbasis bukti dan intervensi perilaku kognitif untuk trauma di sekolah.	Faktor pendukung : 1. Ketersediaan sumber daya 2. Jaringan profesional  Faktor penghambat adalah : 1. Dukungan guru 2. Persetujuan orang tua 3. Tanggung jawab yang saling bersaing 4.
	Terminia Colucci dkk (2015)	Tujuan dari penelitian ini	Faktor pendukung :



	<b><i>In or out? Barriers and facilitators to refugee-background young people accessing mental health services</i></b> (Metode: Kualitatif)	adalah untuk mengeksplorasi hambatan dan dukungan untuk melibatkan kaum muda dari latar belakang pengungsi dengan layanan kesehatan mental.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gaya dan pendekatan penyedia layanan kesehatan mental</li> <li>2. Advokasi</li> <li>3. Kesenambungan perawatan</li> <li>4. Dukungan keluarga dan komunitas</li> </ol> <p>Faktor penghambat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsep budaya kesehatan mental</li> <li>2. Akses pelayanan</li> <li>3. Kepercayaan</li> <li>4. Penyakit dan perawatan</li> </ol>
5	Dawid Gondek dkk (2016) <b><i>Facilitators And Barriers To Person-Centred Care In Child And Young People Mental Health Services: A Systematic Review</i></b> (Metode: penelitian literatur)	Tujuan penelitian ini adalah untuk secara sistematis meninjau faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan yang berpusat pada orang dalam layanan kesehatan mental untuk anak-anak, remaja dan keluarga yang memeriksa perspektif dari para profesional, pengguna layanan dan wali	<p>Faktor yang menghambat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurangnya keahlian dari pemberi layanan</li> <li>2. komunikasi</li> </ol> <p>Faktor yang mendukung :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cara-cara inovatif dalam pelayanan</li> </ol>
6	Adrienne Brown dkk (2015)	Penelitian ini bertujuan untuk meninjau literatur tentang hambatan dan dukungan untuk mengakses dan terlibat dengan perawatan kesehatan mental di antara anak muda dari kelompok yang berpotensi kurang	<p>Faktor yang menghambat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengetahuan kesehatan mental yang buruk</li> <li>2. Akses informasi tentang di mana mencari bantuan</li> <li>3. Sikap negatif terhadap pencari bantuan</li> <li>4. Rasa malu</li> <li>5. Ketakutan pada stigma</li> <li>6. kerahasiaan</li> </ol> <p>Faktor yang mendukung :</p>



	<p><b>Systematic review of barriers and facilitators to accessing and engaging with mental health care among at-risk young people</b></p> <p>(Metode: mix kuantitatif dan kualitatif)</p>	beruntung, termasuk anak muda orang-orang yang diidentifikasi sebagai Aborigin atau Torres Strait Islander (ATSI)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketersediaan layanan</li> <li>2. Keterjangkauan</li> <li>3. Kesadaran untuk mencari bantuan</li> <li>4. Keterlibatan dalam perawatan kesehatan mental</li> </ol>
7	<p>I. Supper dkk (2014)</p> <p><b>Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors</b></p> <p>(Metode: Cross-sectional)</p>	Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pendukung dan penghambat untuk kolaborasi antarprofesional dalam perawatan kesehatan primer seperti yang dirasakan oleh orang-orang yang terlibat selain perawat.	<p>Faktor yang mendukung:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepentingan bersama para profesional kesehatan yang berbeda dalam kolaborasi</li> <li>2. Pemahaman tentang peluang untuk meningkatkan kualitas perawatan</li> </ol> <p>Faktor yang menghambat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesadaran akan peran dan kompetensi masing-masing</li> <li>2. Kerahasiaan</li> <li>3. Pembiayaan jangka panjang</li> <li>4. Pemantauan bersama</li> </ol>
8	<p>Lori E. Ross dkk (2015).</p> <p><b>Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study</b></p> <p>(Metode: Kualitatif)</p>	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi mekanisme yang mendasari akses perawatan primer yang buruk untuk populasi ini.	<p>Faktor yang mendukung:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Model perawatan kolaboratif interdisipliner</li> <li>2. Pendidikan kesehatan mental</li> </ol> <p>Faktor yang menghambat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosial ekonomi dan psikologis</li> <li>2. Pengetahuan</li> <li>3. Sistem kesehatan</li> </ol>
9	<p>Kathina Ali dkk (2016)</p>	Penelitian ini bertujuan untuk secara sistematis meninjau literatur tentang hambatan yang dirasakan dan	<p>Faktor yang menghambat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stigma dan rasa malu</li> <li>2. Penolakan dan kegagalan untuk memahami tingkat keparahan penyakit</li> <li>3. Biaya perawatan</li> </ol>



	<p><b>Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review</b></p> <p>(Metode: penelitian literatur)</p>	<p>fasilitator mencari bantuan untuk gangguan makan</p>	<p>4. Rendahnya motivasi untuk berubah</p> <p>5. Sikap negatif terhadap pencarian bantuan</p> <p>6. Kurangnya dorongan dari orang lain untuk mencari bantuan</p> <p>7. Kurangnya pengetahuan tentang sumber daya bantuan</p> <p>Faktor yang mendukung :</p> <p>1. Adanya masalah kesehatan mental lain</p> <p>2. Tekanan emosional</p> <p>3. Kekhawatiran tentang kesehatan.</p>
10	<p>Melanie A. Hom dkk (2015)</p> <p><b>Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature</b></p> <p>(Metode: Penelitian Literatur)</p>	<p>Tujuan dari penelitian ini adalah secara kritis membahas literatur yang masih ada tentang pencarian bantuan dan layanan kesehatan mental pemanfaatan di antara individu dengan risiko tinggi untuk bunuh diri, serta untuk menguraikan tantangan dan arah masa depan untuk penelitian di bidang ini</p>	<p>Faktor yang mendukung:</p> <p>1. Melek tentang kesehatan mental</p> <p>2. Pandangan positif tentang layanan</p> <p>3. Dorongan dari keluarga atau teman untuk mencari pengobatan</p> <p>Faktor yang menghambat :</p> <p>1. Kurangnya persepsi kebutuhan untuk layanan</p> <p>2. Preferensi untuk manajemen diri</p> <p>3. Takut dirawat di rumah sakit</p> <p>4. faktor struktural (mis., waktu, keuangan)</p>
11	<p>Rinad S. Beidas dkk (2016)</p> <p><b>A Multi-Level Examination of stakeholder perspectives of implementation of Evidence-Based Practices in a</b></p>	<p>Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi penghambat dan pendukung untuk pelaksanaan praktik berbasis bukti dari perspektif berbagai pemangku</p>	<p>Faktor yang mendukung:</p> <p>1. Dukungan pemangku kepentingan</p> <p>Faktor yang menghambat:</p> <p>1. Sumber daya</p> <p>2. Tuntutan yang bersaing dari lembaga</p>



	<b>Large Urban Publicly-Funded Mental Health System</b> (Metode: Kualitatif)	kepentingan dalam sistem kesehatan mental besar yang didanai publik.	3. Latar belakang pendidikan terapis 4. Faktor pendanaan
12	Nicola Wright dkk (2015). <b>Practitioner Review: Pathways to care for ADHD – a systematic review of barriers and facilitators</b>  (Metode: Penelitian literatur)	Tujuan penelitian ini adalah untuk menyelidiki bukti penelitian terkait dengan faktor-faktor yang mempengaruhi anak-anak mengakses layanan untuk Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD).	Faktor pendukung:  1. Ketersediaan layanan 2. Keterjangkauan layanan 3. Prasangka individu tentang ADHD 4. Pengetahuan dan sikap para professional 5. Dukungan orang tua  Faktor penghambat :  1. Kesalahan diagnosis 2. Keyakinan dan persepsi tentang kemajuran obat 3. Jenis kelamin 4. Etnis
13	Simone Farrelly Dkk (2015). <b>Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis</b>  (Metode: Kualitatif-Grounded theory).	Penelitian ini bertujuan untuk menguji coba bentuk fasilitasi SDM yang bertujuan untuk menghasilkan preferensi perawatan pasien sebelum kemungkinan kambuh dan untuk memahami bagaimana para pemangku kepentingan merasakan intervensi dan hambatan terhadap SDM dalam bentuk Joint Crisis Plan	Faktor yang menghambat:  1. Ambivalensi tentang perencanaan perawatan 2. Persepsi bahwa mereka 'sudah melakukan shared decision making' 3. Kekhawatiran tentang 'kesesuaian klinis pilihan pengguna layanan' 4. Terbatas 'ketersediaan pilihan pengguna layanan'



14	Kirsten Schultz Petersen dkk (2015)  <b><i>Recovery from Mental Illness: A Service User Perspective on Facilitators and Barriers</i></b>  (Metode : Kualitatif).	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi perspektif pengguna layanan pada pendukung dan penghambat yang terkait dengannya pemulihan	Faktor yang mendukung:  1. Kemauan keras 2. Hubungan social  Faktor yang menghambat:  1. Stigma
15	Shepardson RL (2018).  <b><i>Perceived barriers and facilitators to implementation of peer support in Veterans Health Administration Primary Care-Mental Health Integration settings.</i></b>  (Metode: Deskriptif-kualitatif).	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor penghambat dan pendukung dalam implementasi dukungan sebaya dalam pengaturan Integrasi Kesehatan Primer Perawatan Veteran dan Kesehatan Mental.	Faktor yang menghambat  1. Fungsi program yang buruk 2. Dukungan administratif yang tidak memadai 3. Kebingungan peran 4. Sikap pemangku kepentingan yang negatif Faktor pendukung : 1. Dukungan administrasi ditekankan diikuti oleh fungsi program dan kohesi tim 2. Dukungan dan akses / visibilitas pemangku kepentingan dianggap untuk memfasilitasi implementasi awal

Berdasarkan tabel sintesa hasil penelitian diatas bahwa layanan kesehatan jiwa dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya kepercayaan, stigma, ketakutan dan rasa malu, pengetahuan, akses informasi, sumber daya, dukungan keluarga, dukungan petugas kesehatan, sistem kesehatan, pembiayaan, ketersediaan dan keterjangkauan layanan kesehatan, dan dukungan pemangku kepentingan. Dalam penelitian ini peneliti

menganalisis variabel pengetahuan, stigma, ketersediaan obat, pembiayaan, sikap petugas kesehatan, akses informasi, dukungan



keluarga, dan dukungan pemangku kepentingan (*stakeholder*) karena lebih relevan dengan tempat dilaksanakannya penelitian.

Penelitian-penelitian diatas menggunakan metode kualitatif dan penelitian literature pada umumnya lebih banyak mengungkap kausalitas variabel yang berhubungan dengan layanan kesehatan jiwa maka dalam penelitian ini peneliti berusaha menggali lebih mendalam pendukung dan penghambat dalam layanan kesehatan jiwa menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus.

#### **D. Landasan Teori**

Ada banyak teori tentang perilaku ataupun teori perubahan perilaku, namun teori yang relevan dalam penelitian ini adalah teori perilaku yang dikemukakan oleh Lawrence Green (1980) dan teori perubahan perilaku oleh Kurt Lewin (1970) :

##### **a. Teori Lawrence Green**

Konsep umum yang digunakan untuk mendiagnosis perilaku adalah konsep dari Lawrence Green dan Marshall Kreuter (1991) yaitu perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu :

##### **1. Faktor Pendorong (*Predisposing factors*)**

Faktor pendorong adalah faktor antesenden terhadap perilaku yang dasar atau motivasi bagi perilaku. Faktor pendorong yang up antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-disi dan persepsi yang berkenaan dengan motivasi seseorang atau



kelompok untuk bertindak. Dalam arti umum, kita dapat mengatakan faktor pendorong sebagai preferensi pribadi yang dibawa seseorang atau kelompok kedalam suatu pengalaman belajar. Preferensi ini mungkin mendorong atau menghambat perilaku sehat, dan dalam setiap kasus faktor ini mempunyai pengaruh.

## 2. Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin adalah faktor antesenden terhadap perilaku yang memungkinkan suatu atau motivasi atau aspirasi terlaksana. Termasuk di dalamnya keterampilan dan sumber daya pribadi disamping sumber daya masyarakat.

Faktor pemungkin mencakup berbagai keterampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. Sumber daya itu meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, personalia, sekolah, klinik atau sumber daya yang serupa. Faktor pemungkin ini juga menyangkut keterjangkauan sumber daya, biaya, jarak, ketersediaan transportasi, jam buka atau jam pelayanan, dan sebagainya termasuk pula di dalamnya petugas kesehatan seperti perawat, bidan, dokter dan pendidikan kesehatan sekolah.

## 3. Faktor Penguat (*reinforcing factors*)

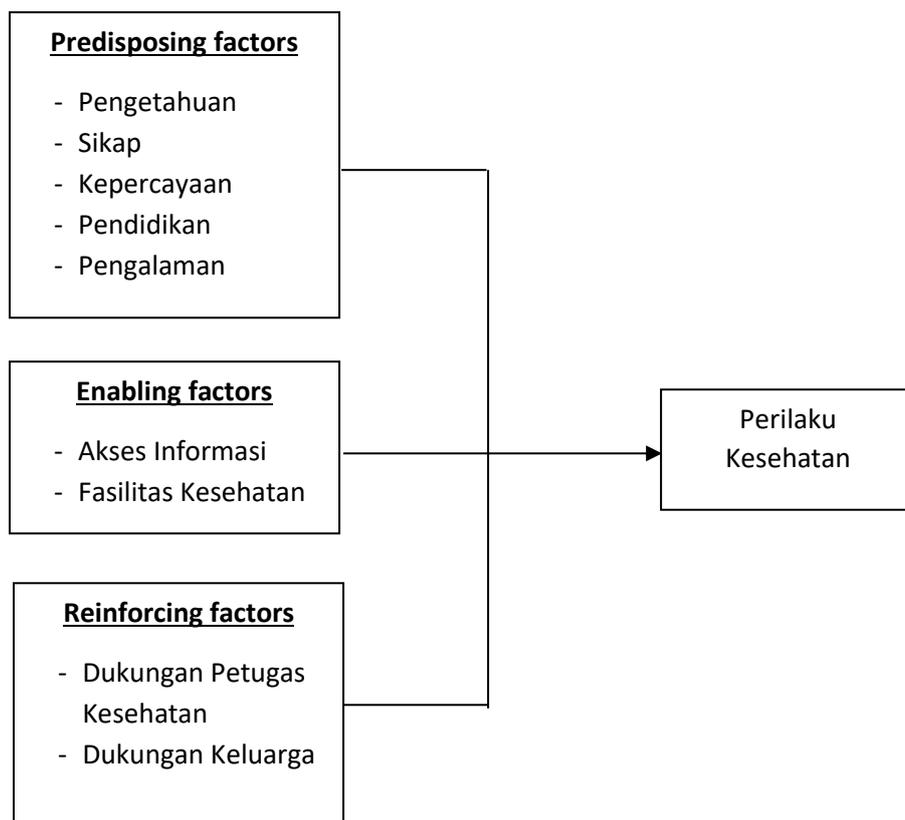
Faktor penguat merupakan faktor penyerta yang sesudah perilaku yang memberikan ganjaran, insentif, atau hukuman atas perilaku dan berperan bagi menetap atau melenyapnya perilaku itu. Yang termasuk dalam faktor

h manfaat sosial dan jasmani serta ganjaran nyata ataupun tidak yang pernah diterima pihak lain. Faktor penguat adalah faktor yang



menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. Sebagai contoh terkadang meskipun seseorang tahu manfaat periksa kehamilan, di dekat rumahnya juga terdapat posyandu tetapi ia tidak melakukan pemeriksaan kehamilan karena ibu-ibu tokoh masyarakat dan ibu-ibu lainnya juga tidak melakukan periksa kehamilan namun anaknya tetap sehat.

**Gambar 2. 1. Teori Lawrence Green**



Sumber : Lawrence Green (1980)

Selain ketiga faktor tersebut diatas, lingkungan atau disebut juga

faktor *nonbehavioral* juga dapat mempengaruhi terbentuknya perilaku

Hal ini meliputi faktor – faktor individu yang sangat sulit dikontrol



baik oleh tindakan individu maupun kolektif namun mempunyai pengaruh dalam masalah – masalah kesehatan. Faktor – faktor ini diantaranya adalah genetik, umur, jenis kelamin, penyakit bawaan, kelainan fisik dan mental, dan tempat kerja atau tempat tinggal. Beberapa faktor resiko *nonbehavioral* dapat dikontrol oleh individu sendiri, misalnya resiko terpapar sinar matahari yang berlebihan, individu dapat menghindari atau membatasi paparan ini (Green dan Kreuter, 1991).

#### **b. Teori Kurt Lewin**

Teori Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restraining forces*). Perilaku itu dapat berubah apabila terjadi ketidak-seimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang, yakni:

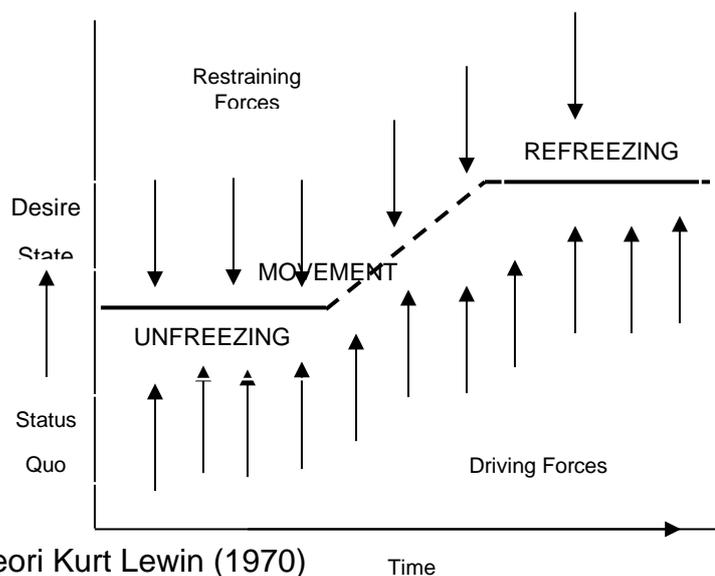
1. Kekuatan - kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan-perubahan perilaku. Stimulus ini berupa penyuluhan-penyuluhan atau informasi-informasi sehubungan dengan perilaku yang bersangkutan. Misalnya, seseorang yang belum ikut KB (ada keseimbangan antara pentingnya mempunyai anak sedikit dengan kepercayaan banyak anak banyak rezeki) dapat berubah perilakunya

dan mengikuti KB kalau kekuatan pendorong, yakni pentingnya ber-dinaikkan dengan penyuluhan-penyuluhan atau usaha-usaha lain.



2. Kekuatan-kekuatan penahan menurun. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang memperlemah kekuatan penahan tersebut. Dengan keadaan semacam ini jelas juga akan terjadi perubahan perilaku. Misalnya dengan pemberian pengertian kepada orang tersebut bahwa banyak anak banyak rezeki banyak adalah kepercayaan yang salah, maka kekuatan penahan tersebut melemah dan akan terjadi perubahan perilaku pada orang tersebut.
3. Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun. Dengan keadaan semacam ini jelas juga akan terjadi perubahan perilaku. Seperti pada contoh di atas juga, penyuluhan KB yang memberikan pengertian terhadap orang tersebut tentang pentingnya ber-KB dan tidak benarnya kepercayaan banyak anak banyak rezeki akan meningkatkan kekuatan pendorong, dan sekaligus menurunkan kekuatan penahan.

**Gambar 2. 2. Teori Kurt Lewin**



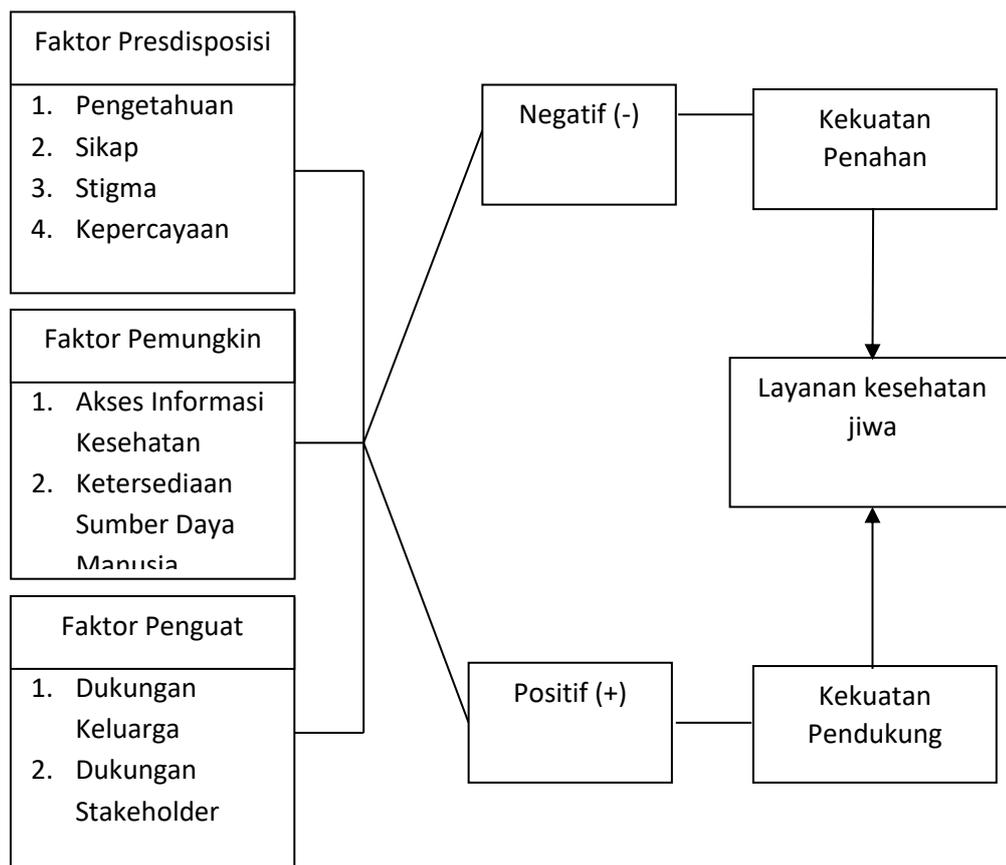
: Teori Kurt Lewin (1970)



### D. Kerangka Teori Penelitian

Berdasarkan landasan teori dari Lawrence Green dan teori Kurt Lewin diatas, maka dengan memodifikasi kedua dasar teori diatas, bagan kerangka teori dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

**Gambar 2. 3. Bagan Kerangka Teori Penelitian**



Sumber : Modifikasi teori Kurt Lewin dan Lawrence Green

### F. Kerangka Konsep

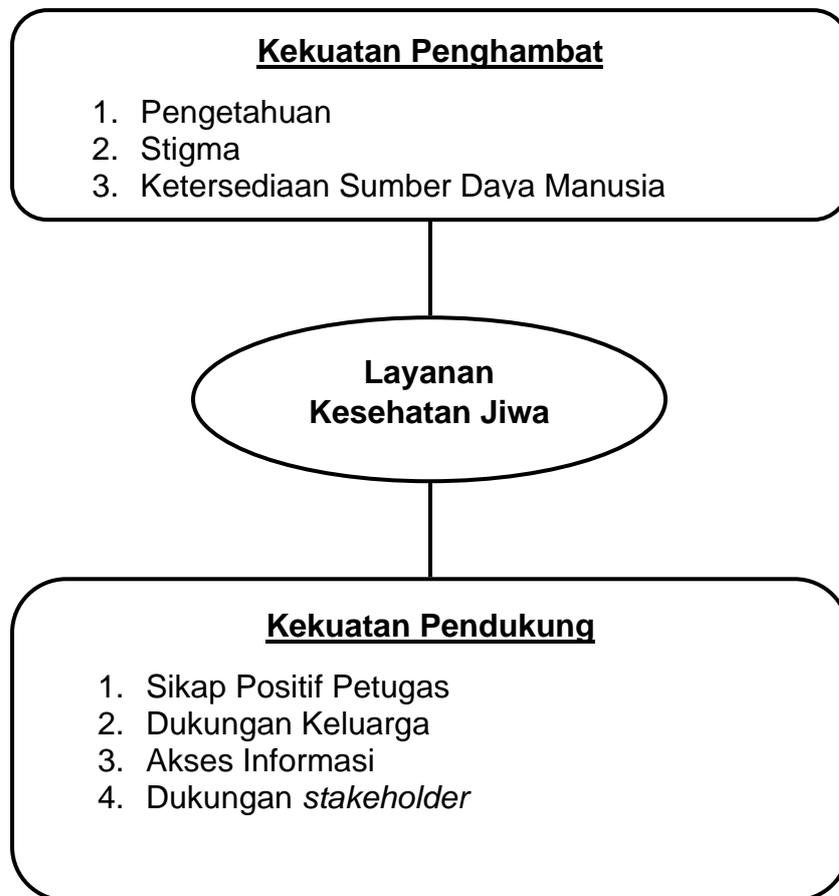
Seorang memanfaatkan layanan kesehatan jiwa disebabkan oleh faktor. Dengan berdasar pada teori Lawrence Green dan Kurt Lewin maka determinan perilaku yang mendasari pemanfaatan layanan



kesehatan jiwa yaitu pengetahuan, stigma, ketersediaan sumber daya manusia, dukungan keluarga, sikap petugas kesehatan, kepercayaan, akses informasi dan dukungan pemangku kepentingan.

Berdasarkan gambaran yang telah diuraikan sebelumnya dan berdasarkan pada teori Lawrence Green dan Kurt Lewin, maka kerangka konsep penelitian digambarkan sebagai berikut :

**Gambar 2. 4. Kerangka Konsep Penelitian**



Penelitian ini menggunakan modifikasi antara teori Kurt Lewin dan Lawrence Green, dimana untuk teori Lawrence Green bahwa layanan

kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat. Faktor predisposisi yaitu berupa pengetahuan petugas kesehatan, kepercayaan, dan stigma. Sedangkan faktor pemungkin yang berpengaruh adalah akses terhadap informasi kesehatan serta ketersediaan sumber daya manusia dan faktor penguatnya adalah sikap dan perilaku petugas kesehatan dan keluarga bisa berupa dukungan untuk berperilaku ataupun sebaliknya dan juga dukungan dari pemangku kepentingan. Ketiga faktor tersebut bisa menjadi kekuatan – kekuatan pendorong yang akan mendorong layanan kesehatan jiwa ataupun menjadi kekuatan – kekuatan penahan yang akan menghambat layanan kesehatan jiwa sebagaimana dijelaskan dalam teori Kurt Lewin. Oleh karena itu peneliti menggabungkan teori Lawrence Green dan Kurt Lewin untuk menjawab tujuan penelitian ini.

## **G. Defenisi Konseptual**

### **1. Layanan kesehatan jiwa**

Layanan kesehatan jiwa yang dilakukan di Puskesmas yang mencakup pelayanan penyuluhan, deteksi dini, pelayanan kedaruratan psikiatri, pelayanan rawat jalan, pelayanan rujukan, pelayanan kunjungan rumah (*Home Visit*). Pelayanan termasuk pendaftaran, pemeriksaan fisik, penilaian psikiatrik, dan tindakan medis.



## 2. Pengetahuan

Kemampuan petugas kesehatan untuk mengerti dan memahami sesuatu setelah sesuatu tersebut diketahui dan diingat. Pengetahuan petugas kesehatan yang dimaksud disini adalah segala pengetahuannya terkait kesehatan jiwa, baik itu definisi kesehatan jiwa dan gangguan jiwa, tanda-tanda gangguan jiwa, tentang jenis-jenis gangguan jiwa, dan cara pencegahan/menangani gangguan jiwa. Petugas kesehatan dianggap tahu tentang kesehatan jiwa jika mampu menyebutkan definisi kesehatan jiwa dan gangguan jiwa, tanda-tanda gangguan jiwa, dan jenis-jenis gangguan jiwa memahami tentang pencegahan dan penanganan gangguan jiwa.

## 3. Stigma

Pandangan negatif yang yang diterima dan melekat pada orang dengan gangguan jiwa dan keluarganya. Stigma mencakup stereotip, prasangka, pelabelan dan diskriminasi. Stigma diberikan oleh masyarakat termasuk juga petugas kesehatan. Stigma tersebut berupa label yang mengidentikkan orang dengan gangguan jiwa sama dengan “orang gila”, diremehkan, perlakuan kasar, dihina, tidak diperbolehkan melakukan interaksi sosial, dan dipasung.

## 4. Ketersediaan sumber daya manusia

Ketersediaan sumber daya manusia pada layanan kesehatan jiwa di dinas mencakup jumlah tenaga kesehatan dengan kompetensi di Kesehatan Jiwa yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan Kesehatan Jiwa. Kompetensi yang dimiliki oleh petugas pada layanan



kesehatan jiwa termasuk Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam penanganan dan penatalaksanaan ODGJ, SOP dalam pelacakan penderita gangguan jiwa serta instrumen yang digunakan dalam melakukan pelacakan penderita gangguan jiwa.

### **5. Sikap positif petugas**

Tindakan atau respon positif yang diberikan oleh petugas kesehatan kepada orang dengan gangguan jiwa. Sikap positif yang diberikan berupa kesiapan petugas kesehatan, simpati, empati dan interaksi yang baik dengan ODGJ dan keluarganya.

### **6. Dukungan keluarga**

Dukungan yang diperoleh oleh orang dengan gangguan jiwa dari keluarga baik yang tinggal serumah maupun yang tidak serumah. Dukungan tersebut dapat berupa dukungan emosional, dukungan materi, penghargaan, saran, dan informasi. Keluarga dianggap mendukung jika dapat memberikan salah satu bentuk dukungan tersebut kepada orang dengan gangguan jiwa untuk memanfaatkan layanan kesehatan jiwa dan tidak memberikan tekanan, pengucilan, pengabaian dan pemasungan.

### **7. Akses informasi**

Kemudahan bagi orang dengan gangguan jiwa dan keluarganya untuk mendapatkan informasi – informasi terkait kesehatan jiwa yang mencakup gejala gangguan jiwa dan perawatan/pengobatan gangguan jiwa, cara mendapatkan dan sumber informasinya. Informasi ini bisa didapat baik dari media cetak, media elektronik, media KIE di fasilitas



kesehatan maupun informasi dari petugas kesehatan, keluarga atau orang lain. ODGJ dianggap memiliki akses informasi yang mudah jika dapat memperoleh informasi yang cukup tentang kesehatan jiwa dan gangguan jiwa minimal dengan satu sumber atau cara.

## **8. Dukungan stakeholder**

Dukungan yang diperoleh Puskesmas dengan layanan kesehatan jiwa dari pemangku kepentingan seperti Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten, Kepala seksi pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan Kepala Puskesmas. Dukungan tersebut dapat berupa dukungan kebijakan, dukungan pembiayaan, dukungan ketersediaan sarana dan prasarana, binbingan teknis, peningkatan Sumber daya manusia, sistem informasi, pemantauan dan evaluasi. Stakeholder dianggap mendukung jika dapat memberikan salah satu bentuk dukungan tersebut kepada Puskesmas dengan layanan kesehatan jiwa.

