

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., MWH., 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 penulis muliakan, orang tua dan mertua atas doa dan dukungannya, untuk semua 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 Fatimah, Ibu Violend, Ibu Jilyana, Ibu Ekasulistyawati, Kak Asrul, Kak Jonni, 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 |
| G. Defenisi Konseptual | 82 |
| III. METODE PENELITIAN | |
| A. 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 |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN-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 Mental Health, 2015). Masalah kesehatan jiwa akan menimbulkan dampak sosial antara lain meningkatnya kekerasan di rumah tangga, kriminalitas, bunuh 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 memiliki 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% (Risikesdas, 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 (*barriers*) pada layanan kesehatan jiwa adalah pengetahuan tentang kesehatan 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 kunjungan terendah pada Puskesmas Noling yaitu sebanyak 17 orang (41,4 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 pengobatan, 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). Gangguan kecemasan dan depresi merupakan salah satu masalah kejiwaan 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 gejala. Namun, umumnya dicirikan oleh beberapa kombinasi abnormal pada pikiran, 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 dengan keanekaragaman penduduk maka jumlah kasus gangguan jiwa terus 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).

Berbagai data menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa mulai dari 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 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. 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 bagi 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 atau hilang untuk memperoleh pendidikan dan pendapatan, serta stres pekerjaan 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 kejiwaan (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 permasalahan 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 organik 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 tetapi 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 skizofrenia memiliki beberapa gejala yang dimanifestasikan dalam gejala gangguan 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 memberikan 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)

Rasa cemas yang berlebihan dan tidak masuk akal, misalnya cemas akan terjadi 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 menetap. Perasaan tertekan sedemikian beratnya sehingga yang bersangkutan 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:

a) 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 buruk.

- 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.

Karena 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 pelayanan 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, keluarga, 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 dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas, dan rumah sakit.

- 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.
- 3) Faktor interaksi konsumen-petugas kesehatan
 - a) 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 merupakan suatu model kepercayaan kesehatan yang disebut sebagai model 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 sebagai 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 pelayanan 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 poliklinik 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 anak serta keluarga berencana, upaya perbaikan gizi masyarakat, upaya

pencegahan 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
- a. Minat 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.

Kunjungan 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 faktor yang memungkinkan orang sakit untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan. 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 berubah-ubah, tergantung pada bagaimana penggunaan biaya tersebut. 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, menurut dan melaksanakan atau menjauhi menghindari sesuatu (Azwar, 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 (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 laku 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), *sterae 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.

Sebagai cara pandang, persepsi timbul karena adanya respon terhadap 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 tingkatan 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 setempat. Pelayanan kesehatan jiwa komunitas oleh masyarakat mempunyai bentuk sangat beragam, baik secara kelembagaan seperti Posbindu, 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

Jenis pelayanan yang diberikan menurut tingkat Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas 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
- 4) Pelayanan Rawat Jalan
- 5) Pelayanan Rujukan
- 6) 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
- 4) Pelayanan Kunjungan Rumah (*Home Visit*)
- 5) 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
- d) Tindakan 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 sebelumnya, termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*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 (membuat bagan), 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 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.

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 penyelenggaraan 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 sembuh. Stigma pada penderita gangguan jiwa berat menyangkut pengabaian, 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 Morrison (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 adalah 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 tepat untuk mereka agar dapat sembuh atau dapat mengembangkan potensi 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) <i>Perceived barriers and facilitators of mental health service utilization in adult trauma survivors: A systematic review</i> (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) <i>Implementing a Measurement Feedback System in Community Mental Health Clinics: A Case Study of Multilevel Barriers and Facilitators</i> (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). <i>Evidence-based mental health programs in schools: barriers and facilitators of successful implementation</i> (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. |
| 4 | Erminia Colucci dkk (2015) | Tujuan dari penelitian ini | Faktor pendukung : |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | <p><i>In or out? Barriers and facilitators to refugee-background young people accessing mental health services</i> (Metode: Kualitatif)</p> | <p>adalah untuk mengeksplorasi hambatan dan dukungan untuk melibatkan kaum muda dari latar belakang pengungsi dengan layanan kesehatan mental.</p> | <p>1. Gaya dan pendekatan penyedia layanan kesehatan mental 2. Advokasi 3. Kesenambungan perawatan 4. Dukungan keluarga dan komunitas</p> <p>Faktor penghambat :</p> <p>1. Konsep budaya kesehatan mental 2. Akses pelayanan 3. Kepercayaan 4. Penyakit dan perawatan</p> |
| 5 | <p>Dawid Gondek dkk (2016)</p> <p><i>Facilitators And Barriers To Person-Centred Care In Child And Young People Mental Health Services: A Systematic Review</i> (Metode: penelitian literatur)</p> | <p>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> | <p>Faktor yang menghambat :</p> <p>1. Kurangnya keahlian dari pemberi layanan 2. komunikasi</p> <p>Faktor yang mendukung :</p> <p>1. Cara-cara inovatif dalam pelayanan</p> |
| 6 | <p>Adrienne Brown dkk (2015)</p> | <p>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> | <p>Faktor yang menghambat :</p> <p>1. Pengetahuan kesehatan mental yang buruk 2. Akses informasi tentang di mana mencari bantuan 3. Sikap negatif terhadap pencari bantuan 4. Rasa malu 5. Ketakutan pada stigma 6. kerahasiaan</p> <p>Faktor yang mendukung :</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | <p>Systematic review of barriers and facilitators to accessing and engaging with mental health care among at-risk young people</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"> 1. Ketersediaan layanan 2. Keterjangkauan 3. Kesadaran untuk mencari bantuan 4. Keterlibatan dalam perawatan kesehatan mental |
| 7 | <p>I. Supper dkk (2014)</p> <p>Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors</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"> 1. Kepentingan bersama para profesional kesehatan yang berbeda dalam kolaborasi 2. Pemahaman tentang peluang untuk meningkatkan kualitas perawatan <p>Faktor yang menghambat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran akan peran dan kompetensi masing-masing 2. Kerahasiaan 3. Pembiayaan jangka panjang 4. Pemantauan bersama |
| 8 | <p>Lori E. Ross dkk (2015).</p> <p>Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study</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"> 1. Model perawatan kolaboratif interdisipliner 2. Pendidikan kesehatan mental <p>Faktor yang menghambat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosial ekonomi dan psikologis 2. Pengetahuan 3. Sistem kesehatan |
| 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"> 1. Stigma dan rasa malu 2. Penolakan dan kegagalan untuk memahami tingkat keparahan penyakit 3. Biaya perawatan |

| | | | |
|----|--|--|---|
| | <p><i>Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review</i></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><i>Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature</i></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><i>A Multi-Level Examination of Stakeholder Perspectives of Implementation of Evidence-Based Practices in a</i></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> |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | <p>Large Urban Publicly-Funded Mental Health System (Metode: Kualitatif)</p> | <p>kepentingan dalam sistem kesehatan mental besar yang didanai publik.</p> | <p>3. Latar belakang pendidikan terapis 4. Faktor pendanaan</p> |
| 12 | <p>Nicola Wright dkk (2015). Practitioner Review: Pathways to care for ADHD – a systematic review of barriers and facilitators (Metode: Penelitian literatur)</p> | <p>Tujuan penelitian ini adalah untuk menyelidiki bukti penelitian terkait dengan faktor-faktor yang mempengaruhi anak-anak mengakses layanan untuk Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD).</p> | <p>Faktor pendukung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketersediaan layanan 2. Keterjangkauan layanan 3. Prasangka individu tentang ADHD 4. Pengetahuan dan sikap para professional 5. Dukungan orang tua <p>Faktor penghambat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesalahan diagnosis 2. Keyakinan dan persepsi tentang kemajuran obat 3. Jenis kelamin 4. Etnis |
| 13 | <p>Simone Farrelly Dkk (2015). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis (Metode: Kualitatif-Grounded theory).</p> | <p>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</p> | <p>Faktor yang menghambat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) <i>Recovery from Mental Illness: A Service User Perspective on Facilitators and Barriers</i> (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). <i>Perceived barriers and facilitators to implementation of peer support in Veterans Health Administration Primary Care-Mental Health Integration settings.</i> (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 menggunakan variabel pengetahuan, stigma, ketersediaan obat, kepercayaan, 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 menjadi dasar atau motivasi bagi perilaku. Faktor pendorong yang mencakup antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi 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.

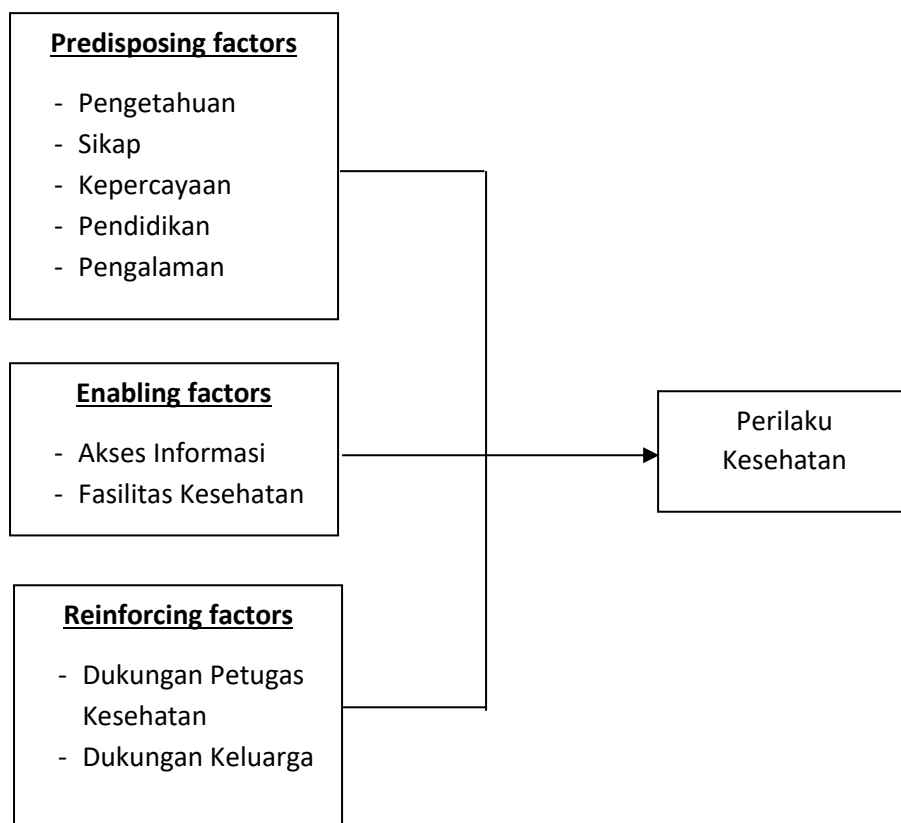
Faktor pemungkin mencakup berbagai keterampilan dan sumber daya yang perlu untuk melakukan perilaku kesehatan. Sumber daya itu meliputi fasilitas pelayanan kesehatan, personalia, sekolah, klinik atau sumber daya yang serupa. Faktor pemungkin ini juga menyangkut keterjangkauan sumber daya, biaya, jarak, 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 ini adalah manfaat sosial dan jasmani serta ganjaran nyata ataupun tidak nyata 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 penyebab *nonbehavioral* juga dapat mempengaruhi terbentuknya perilaku spesifik. 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).

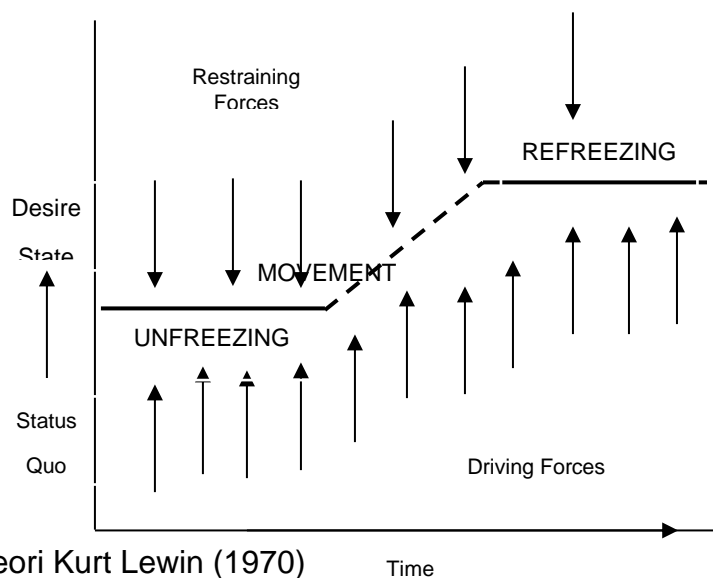
b. Teori Kurt Lewin

Teori Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*restrining 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 dengan mengikuti KB kalau kekuatan pendorong, yakni pentingnya ber-KB, 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

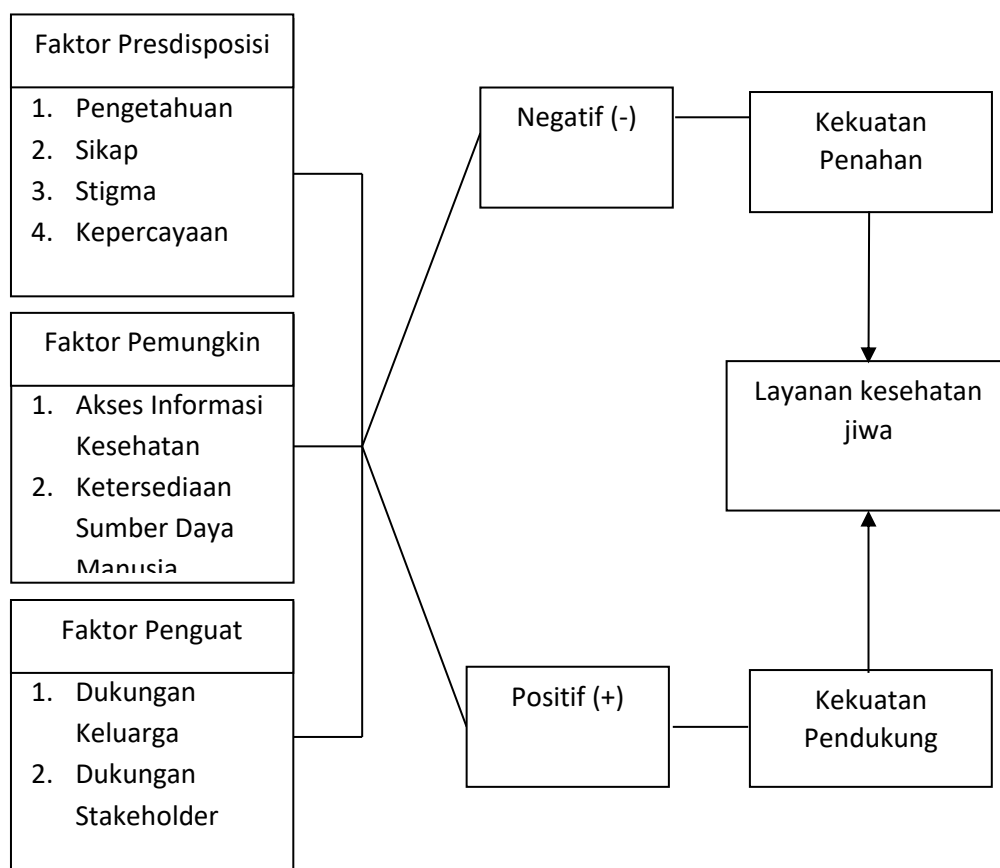


Sumber : Teori Kurt Lewin (1970)

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

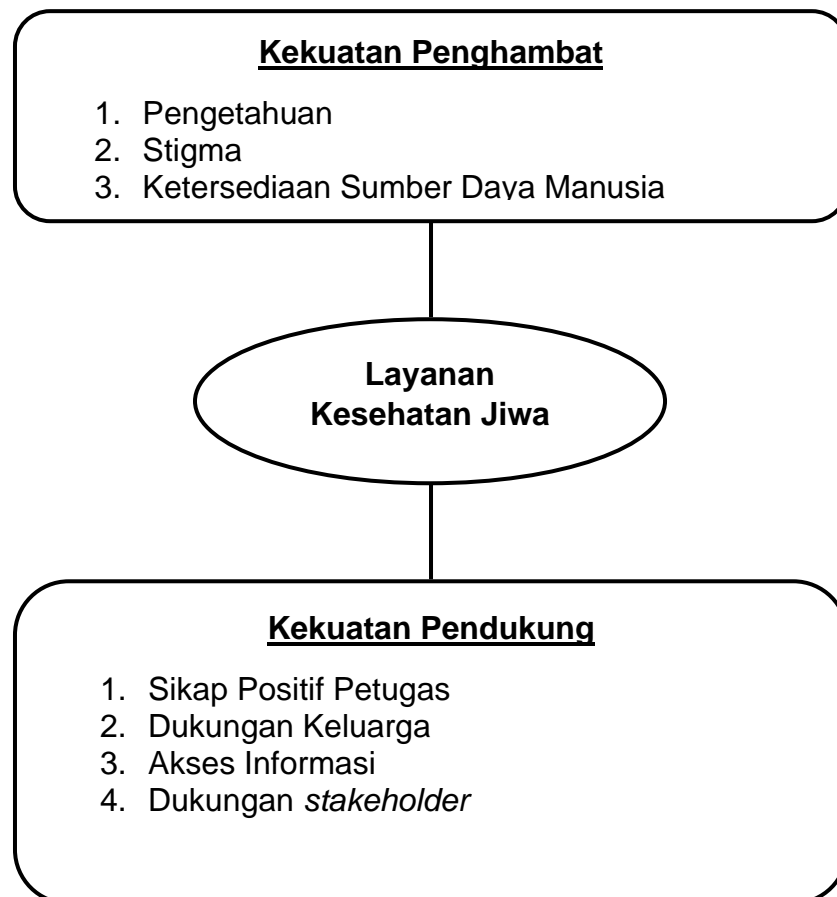
F. Kerangka Konsep

Seseorang memanfaatkan layanan kesehatan jiwa disebabkan oleh berbagai 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 Puskesmas mencakup jumlah tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang 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-gejala gangguan jiwa dan perawatan/pengobatan gangguan jiwa, termasuk cara mendapatkan dan sumber informasinya. Informasi ini bisa didapatkan 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.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan dan Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yaitu suatu pendekatan yang menekankan pengalaman manusia sebagai objek penelitian. Penelitian dengan pendekatan fenomenologi berusaha untuk memahami makna dari berbagai peristiwa dan interaksi manusia di dalam situasinya yang khusus. Bogdan & Bikles (1982) menjelaskan bahwa pendekatan fenomenologi menekankan pada berbagai aspek subjektif dari perilaku manusia supaya dapat memahami tentang bagaimana dan apa makna yang mereka bentuk dari berbagai peristiwa dalam kehidupan sehari-hari. Dalam hal ini informasi akan digali lebih dalam oleh peneliti adalah tentang bagaimana dukungan dan hambatan pada layanan kesehatan jiwa dalam aspek pengetahuan, sikap petugas, ketersediaan sumber daya manusia, stigma, dukungan keluarga, akses informasi, dan dukungan *stakeholder*.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Larompong Kabupaten Luwu, Provinsi Sulawesi Selatan. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Mei dan Juni tahun 2019.

C. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti sebagai instrument penelitian dilengkapi dengan perlengkapan sebagai berikut:

1. Voice recorder untuk merekam proses wawancara
2. Kamera untuk mendokumentasikan gambar
3. Pedoman wawancara sebagai acuan peneliti
4. Catatan lapangan atau lembar observasi.

D. Informan Penelitian

Data dalam penelitian ini diperoleh dengan cara wawancara mendalam dan observasi tidak terstruktur pada 23 informan yang terdiri dari orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), keluarga ODGJ, petugas kesehatan serta penentu kebijakan (*stakeholder*). Informan dipilih secara Purposive berdasarkan kriteria-kriteria yang telah ditentukan. Sedangkan kriteria yang telah ditentukan untuk informan adalah sebagai berikut:

Matriks 3.1 Kriteria Informan penelitian

| No. | Informan | Kriteria Inklusi |
|-----|---|--|
| 1. | Orang dengan gangguan jiwa yang memanfaatkan layanan kesehatan jiwa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengalami gejala-gejala positif gangguan jiwa 2. Mampu berkomunikasi dengan baik. 3. Bersedia untuk diwawancarai 4. Menjalani perawatan di layanan kesehatan jiwa Puskesmas Larompong 5. Sudah memiliki kontrol diri yang baik 6. Tinggal bersama keluarga yang dapat mendampingi pada saat wawancara. |
| 2. | Orang dengan gangguan jiwa yang tidak memanfaatkan layanan kesehatan jiwa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengalami gejala-gejala positif gangguan jiwa 2. Mampu berkomunikasi dengan baik 3. Bersedia untuk diwawancarai 4. Tidak pernah mendapatkan perawatan atau pengobatan di layanan kesehatan jiwa 5. Tinggal bersama dengan keluarga yang dapat mendampingi pada saat wawancara. |
| 3. | Petugas Kesehatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter, petugas kesehatan jiwa, perawat, bidan desa, petugas promosi kesehatan, petugas pendaftaran 2. Bertugas di puskesmas Larompong 3. Sudah bertugas minimal 2 tahun |
| 4. | Keluarga ODGJ | <ol style="list-style-type: none"> 1. Orang tua, suami, istri, anak atau keluarga dekat ODGJ 2. Tinggal bersama atau tinggal dekat dari rumah ODGJ |
| 5. | Pemangku kepentingan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu 2. Kepala Seksi pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu 3. Kepala Puskesmas Larompong |

E. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan peneliti dengan pengumpulan data sekunder dan primer.

1. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari informasi, dokumen, dan data – data dari program kesehatan jiwa Puskesmas Larompong dan seksi pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu dengan cara telaah dokumen. Pengumpulan data dilakukan dengan mendatangi Puskesmas Larompong untuk pengambilan data awal dan informasi lainnya yang berkaitan dengan penelitian.

2. Data primer

Data primer diperoleh dari hasil wawancara mendalam dan observasi tidak terstruktur yang dilakukan oleh peneliti terhadap informan yang telah dipilih. Data primer dikumpulkan dari berbagai informan setelah melewati berbagai prosedur perizinan dan dengan sepengetahuan pejabat setempat yang berwenang.

Matriks 3.2 Matriks pengumpulan data kualitatif

| No | Jenis Informasi yang ingin diketahui | Teknik pengumpulan data | Informan | Instrumen |
|----|---|---|----------------------------|--|
| 1. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Riwayat gangguan jiwa yang dialami 2. Pengetahuan tentang gangguan jiwa 3. Sikap terhadap gangguan jiwa yang dideritanya 4. Sikap dan perlakuan yang diterima dari keluarga, masyarakat sekitar dan petugas kesehatan 5. Alasan memanfaatkan dan tidak memanfaatkan layanan kesehatan jiwa | Wawancara Observasi Dokumentasi | Orang dengan Gangguan Jiwa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman Wawancara 2. Lembar observasi 3. Kamera 4. Catatan lapangan (<i>field note</i>) |
| 2. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan tentang kesehatan jiwa 2. Pelatihan tentang kesehatan jiwa 3. Sikap dan perilaku dalam memberikan pelayanan pada orang dengan gangguan jiwa 4. Standar Operasional Prosedur yang digunakan dalam penanganan dan penatalaksanaan penderita gangguan jiwa 5. Prosedur dan instrument pelacakan penderita gangguan jiwa | Wawancara mendalam Observasi Telaah Dokumen | Petugas Kesehatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman Wawancara 2. Lembar observasi 3. Kamera 4. Catatan lapangan (<i>field note</i>) 5. Lembar tilik dokumen |
| 3. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Riwayat gangguan yang dialami ODGJ 2. Sikap keluarga terhadap ODGJ 3. Bentuk dukungan keluarga terhadap ODGJ | Wawancara mendalam Observasi Dokumentasi | Keluarga ODGJ | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman Wawancara 2. Lembar observasi 3. Kamera |

| | | | | |
|----|---|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> 4. Sikap dan perlakuan yang diterima ODGJ dan keluarga dari masyarakat sekitar dan petugas kesehatan 5. Alasan memanfaatkan dan tidak memanfaatkan layanan kesehatan jiwa 6. Pendapat tentang layanan kesehatan jiwa di puskesmas 7. Pengetahuan tentang gangguan jiwa Sumber informasi tentang gangguan jiwa | | | Catatan lapangan (<i>field note</i>) |
| 4. | <ul style="list-style-type: none"> 1. Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Luwu? 2. Pembinaan dan pengawasan pemerintah dalam hal ini dinas kesehatan terhadap pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Luwu 3. Implementasi Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa di lingkungan dinas kesehatan Kabupaten Luwu 4. Upaya atau kegiatan untuk memenuhi hak masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan jiwa 5. Faktor-faktor yang mendukung dan menghambat pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Luwu 6. Peran pemerintah dalam hal ini Dinas Kesehatan untuk mendorong layanan | Wawancara mendalam Observasi Dokumentasi | Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu, Kepala Bidang Pencegahan dan pengendalian penyakit, Seksi pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular | <ul style="list-style-type: none"> 1. Pedoman Wawancara 2. Kamera 3. Catatan lapangan (Field Note) |

| | | | | |
|--|---|---|------------------|---|
| | kesehatan jiwa di Puskesmas | | | |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Upaya yang dilakukan dalam pelayanan kesehatan terhadap penderita gangguan jiwa 2. Prosedur pelayanan kesehatan jiwa bagi penderita gangguan jiwa di puskesmas 3. Peran pemerintah terhadap pembinaan dan pengawasan puskesmas dalam pelayanan kesehatan jiwa 4. Kebijakan internal yang dikeluarkan oleh Puskesmas Larompong terkait pelayanan kesehatan jiwa 5. Faktor yang mendukung dan faktor yang menghambat pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas | Wawancara Mendalam Observasi Telaah Dokumen | Kepala Puskesmas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman Wawancara 2. Lembar observasi 3. Kamera 4. Catatan lapangan (Field Note) 5. Lembar tilik dokumen |

F. Teknik Pengolahan Data

1. Mengumpulkan data dan informasi yang didapat melalui catatan lapangan dan rekaman pada saat indepth interview (wawancara mendalam) dilaksanakan.
2. Data yang diperoleh berupa hasil wawancara (data emik) selanjutnya dibuat dalam bentuk narasi (transkrip) dan diklasifikasikan menurut dimensi penelitian dan dibuat dalam bentuk matriks untuk memudahkan interpretasi data.

3. Matriks yang telah dibuat dirangkum, dicari tema dan polanya kemudian dinyatakan sebagai reduksi atau kesimpulan.
4. Kesimpulan yang telah ada dikaji kembali menjadi konsep emik (berdasarkan pernyataan informan) sesuai dengan dimensi penelitian.
5. Membandingkan konsep emik (konsep berdasarkan pernyataan informan) dengan konsep etik (teori) terkait dengan dimensi penelitian.

G. Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif, dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis konten atau isi yaitu dengan melakukan pembagian data menjadi bagian kecil kemudian melakukan koding pada setiap bagian tersebut selanjutnya mengumpulkan koding dalam kelompok yang serupa dan dihitung (Martha & Kresno, 2016).

Menurut Krueger (1954), proses analisis data adalah sebagai berikut (Martha & Kresno, 2016):

1. Sejak pelaksanaan

- a. Jawaban yang tidak konsisten dilakukan probing
- b. Jawaban yang ragu-ragu dilakukan probing
- c. Jawaban disimpulkan dan dilakukan konfirmasi

2. Segera setelah pelaksanaan

- a. Mengecek hasil rekaman

- b. Melakukan evaluasi singkat
- c. Mencatat semua ide, interpretasi dan firasat
- d. Bandingkan dengan informan sebelumnya
- e. Mengumpulkan label, catatan, rekaman dan alat-alat lainnya.

3. Selanjutnya setelah pelaksanaan

- a. *Back up* rekaman.
- b. Menganalisis dengan mendengarkan rekaman, membaca transkrip dan catatan lapangan.
- c. Menyiapkan laporan dengan pertanyaan-pertanyaan dengan disertai catatan tambahan.

4. Proses akhir pembuatan laporan

- a. Mempertimbangkan penggunaan narasi atau poin-poin.
- b. Menggunakan beberapa ungkapan (kutipan) untuk penggambaran.
- c. Mengelompokkan berdasarkan pertanyaan-pertanyaan atau topik.

H. Keabsahan Data

Dalam penelitian ini, peneliti menguji keabsahan data dengan menggunakan pendekatan triangulasi. Peneliti menggunakan triangulasi data dan triangulasi metode. Pada triangulasi data, data diperoleh dari berbagai informan yang berbeda-beda seperti Orang dengan gangguan jiwa yang memanfaatkan layanan kesehatan jiwa dan orang dengan gangguan jiwa yang tidak memanfaatkan layanan kesehatan jiwa, keluarga, petugas kesehatan, kepala puskesmas dan seksi pencegahan dan

pengendalian penyakit tidak menular. Sedangkan pada pendekatan triangulasi metode, data dikumpulkan melalui metode wawancara mendalam (*indepth interview*) dan observasi tidak terstruktur, telaah dokumen dan teknik dokumentasi. Adapun hal-hal yang diobservasi adalah tempat atau lokasi terkait dengan aksesibilitas terhadap informasi kesehatan, objek atau benda yang terkait dengan masalah penelitian yang ada di lokasi penelitian dan emosi yang dirasakan atau diekspresikan oleh informan. Peneliti sebagai observer eksternal melakukan pengamatan baik sebelum wawancara, setelah wawancara maupun saat wawancara berlangsung. Telaah dokumen dilakukan untuk memperkaya data tentang layanan kesehatan jiwa dari referensi atau dokumen yang ada. Seperti menelusuri dokumen tentang pelayanan kesehatan jiwa yang ada di Puskesmas. Teknik dokumentasi dilakukan untuk mendokumentasikan semua proses pengumpulan data baik dengan catatan lapangan, lembar observasi, rekaman maupun pengambilan gambar.

BAB IV

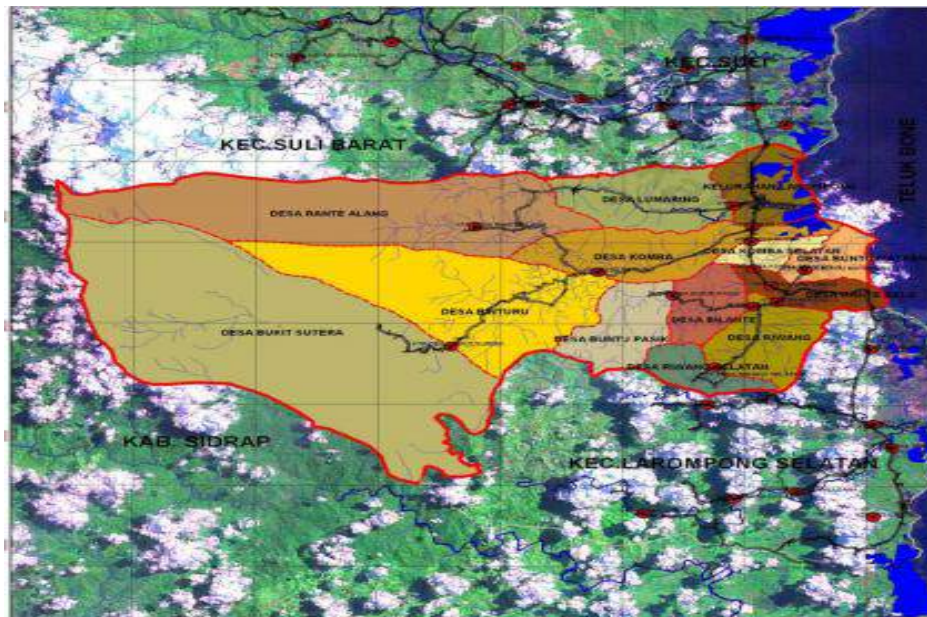
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Larompong Kecamatan Larompong Kabupaten Luwu. Wilayah kerja Puskesmas Larompong meliputi seluruh desa yang ada di Kecamatan Larompong yang terdiri dari 12 desa, 1 kelurahan dan terbagi menjadi 71 dusun dengan luas wilayah keseluruhan 225, 25 km². Puskesmas Larompong merupakan puskesmas rawat inap terletak di Kelurahan Larompong Kecamatan Larompong dengan jarak ±15 kilometer dari ibukota Kabupaten Luwu dan waktu tempuh ±25 menit, dengan batas-batas sebagai berikut:

- Sebelah timur : Teluk Bone
- Sebelah utara : Kecamatan Suli
- Sebelah selatan : Kecamatan Larompong Selatan
- Sebelah barat : Kecamatan Bastem dan Kecamatan Enrekang



Gambar 4.1 Peta wilayah kerja Puskesmas Larompong

Secara geografis wilayah kerja Puskesmas Larompong sebagian besar adalah daerah dataran tinggi dan daerah lereng atau punggung bukit. Berada diantara ketinggian 40 meter diatas permukaan laut hingga lebih dari 100 meter diatas permukaan air laut. Jumlah penduduk Kecamatan Larompong pada tahun 2018 sebesar 23.375 jiwa dengan kepadatan penduduk sebesar 103 jiwa per Km². Jumlah penduduk laki-laki sebesar 12.037 jiwa dan perempuan sebesar 11.338 jiwa dengan kepala keluarga sebanyak 6.043 kepala keluarga. Pada umumnya penduduk bermata pencaharian sebagai petani 61,8 persen, nelayan 9,3 persen, Pegawai Negeri Sipil 5,9 persen dan pedagang 4,3 persen (Puskesmas Larompong, 2018).

Visi Puskesmas Larompong adalah Puskesmas dengan pelayanan prima, terpadu dan berkualitas sehingga terwujud masyarakat yang sehat

dan mandiri. Selain visi puskesmas, Puskesmas Larompong juga memiliki misi yaitu :

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau
2. Mengoptimalkan sarana dan prasarana yang ada
3. Meningkatkan profesionalisme pegawai
4. Meningkatkan pengembangan dan pemberdayaan masyarakat serta kerja sama lintas sektor dan lintas program.

Data gangguan jiwa yang ditemukan di Puskesmas Larompong yakni 41 kasus dari 23.375 penduduk pada akhir Desember 2018. Puskesmas Larompong memiliki kebijakan untuk penanganan masalah kesehatan jiwa di komunitas, yakni dengan melakukan kunjungan rumah pasien gangguan jiwa setiap bulannya. Puskesmas Larompong sudah memiliki manajemen pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat namun masih memiliki keterbatasan sumber daya manusia untuk mengelola sedangkan jumlah penderita gangguan jiwa cukup tinggi.

2. Karakteristik informan

Informan dalam penelitian ini adalah informan yang telah memenuhi kriteria penelitian yaitu orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) yang memanfaatkan layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong, orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) yang tidak memanfaatkan layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong, keluarga yang tinggal bersama dengan ODGJ, petugas kesehatan yang bertugas di Puskesmas

Larompong dan *stakeholder*. Dalam penelitian ini, sumber data yang diperoleh berdasarkan wawancara mendalam (*indepth interview*), instrument penelitian yang digunakan adalah peneliti sendiri sebagai instrument dengan dilengkapi tape/handphone untuk merekam hasil wawancara, kamera/handphone untuk melakukan dokumentasi hasil penelitian dalam bentuk gambar, dan alat tulis menulis untuk membuat catatan proses penelitian.

Untuk mendapatkan informasi tentang faktor yang menjadi pendukung dan penghambat layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong, peneliti melakukan wawancara mendalam dengan 22 orang informan utama yang telah memenuhi kriteria yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Larompong. Informan utama terdiri dari 7 orang ODGJ, 7 orang keluarga ODGJ, 6 orang petugas kesehatan dan 3 orang *stakeholder*. Adapun identitas informan kunci adalah:

a. Informan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ)

Wawancara mendalam terhadap orang dengan gangguan jiwa sangat dibutuhkan perhatian dan konsentrasi yang lebih, dengan tetap menjaga sikap dan perhatian kepada informan. Peneliti harus beberapa kali mengulang pertanyaan dan menjelaskan maksud dari pertanyaan yang diajukan, karena dari beberapa informan kurang konsentrasi dan agak lama untuk memberikan jawaban.

Dalam penelitian ini wawancara dilakukan dengan 7 informan yang mempunyai karakteristik yang berbeda. Karakteristiknya dapat dilihat pada matriks berikut:

Matriks 4.1 Karakteristik informan ODGJ

| No | Kode | Umur (Tahun) | Jenis Kelamin | Pendidikan | Pekerjaan | Jenis Gangguan Jiwa | Lama Pengobatan |
|----|------|--------------|---------------|------------|-------------------|-------------------------|-----------------|
| 1 | MS | 33 | Laki-Laki | D3 | Pedagang | Skizoprenia | 2 Tahun |
| 2 | RS | 35 | Laki-laki | SMP | Pekerja Bengkel | Psikotik | 1 Tahun |
| 3 | MM | 43 | Laki-laki | SD | Petani | Skizoprenia | Tidak berobat |
| 4 | TK | 34 | Perempuan | SMA | IRT | Skizoprenia | Tidak Berobat |
| 5 | HP | 33 | Laki-laki | SMP | - | Pseudoseizure, psikotik | Tidak Berobat |
| 6 | NW | 30 | Laki-laki | SMA | Servis Elektronik | Pseudoseizure, psikotik | Tidak Berobat |
| 7 | JH | 19 | Perempuan | SD | Pemilik warung | Skizoprenia | 2 Tahun |

Sumber : Data primer

Dari matriks 4.1 diatas diketahui bahwa karakteristik dari 7 orang informan ODGJ berdasarkan umur dengan variasi antara 19 tahun sampai dengan 43 tahun. Berdasarkan jenis kelamin informan diketahui bahwa untuk informan ODGJ terdiri dari 2 orang perempuan dan 5 orang laki-laki.

Dilihat dari latar belakang pendidikan diketahui bahwa ada 2 orang informan ODGJ yang pendidikannya hanya sampai SD, 2 orang yang berpendidikan SMP, 2 orang berpendidikan SMA dan 1 orang berpendidikan D3. Sedangkan karakteristik informan ODGJ berdasarkan

latar belakang pekerjaannya bervariasi yaitu pedagang, petani, tukang bengkel dan tukang servis elektronik.

Karakteristik jenis gangguan jiwa yang diderita informan berdasarkan penegakan diagnosa oleh dokter diketahui bahwa 4 orang informan menderita skizoprenia dan 3 orang menderita gangguan psikotik. Informan ODGJ berdasarkan lama pengobatan diketahui bahwa 2 orang informan yang telah berobat rutin selama 2 tahun di puskesmas, 1 orang yang telah berobat selama 1 tahun dan 4 orang yang tidak berobat di puskesmas.

Informan MS, RS dan JH memiliki motivasi dan keinginan yang besar untuk sembuh. Motivasi tersebut berasal dari diri informan sehingga informan patuh dan rutin untuk berobat. Kepatuhan informan juga tidak terlepas dari dukungan keluarga dekat baik dalam bentuk dukungan informasional, emosional, penilaian dan dukungan instrumental.

Informan MM dan TK menyatakan bahwa dia sehat. Informan yang masih bisa diajak berkomunikasi, menyatakan bahwa dirinya tidak menderita sakit apapun, sehingga tidak ada pembenaran logis dalam dirinya untuk rutin minum obat yang diberikan oleh pihak puskesmas secara rutin setiap bulan.

Informan HP dan NW merupakan ODGJ yang menunjukkan gejala awal yang hampir sama dengan gejala epilepsi. Informan dan keluarga menolak diagnosa dokter dan menganggap bahwa penyakit yang diderita adalah epilepsi sehingga informan berobat pada dokter spesialis syaraf.

b. Informan Keluarga ODGJ

Wawancara mendalam dilakukan terhadap 7 orang keluarga ODGJ.

Karakteristiknya sebagai berikut:

Matriks 4.2 Karakteristik informan Keluarga ODGJ

| No | Kode | Umur (Tahun) | Jenis Kelamin | Pendidikan | Pekerjaan | Hubungan dengan ODGJ |
|----|------|--------------|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| 1 | LH | 52 | Laki-Laki | SMA | Petani | Ayah |
| 2 | RW | 48 | Laki-laki | SMP | Petani | Anak |
| 3 | SM | 41 | Laki-laki | SMA | Servis Elektronik | Kakak Ipar |
| 4 | MT | 31 | Perempuan | SMP | IRT | Adik |
| 5 | HJ | 56 | Perempuan | SMA | IRT | Tetangga |
| 6 | MB | 60 | Perempuan | SD | IRT | Ibu |
| 7 | SY | 30 | Perempuan | SMP | IRT | Istri |

Sumber : Data primer

Berdasarkan matriks 4.2 diatas dapat dilihat bahwa variasi umur keluarga ODGJ berada antara 30 tahun sampai dengan 60 tahun, jenis kelamin informan terdiri dari 4 orang perempuan dan 3 orang laki-laki. Dilihat dari latar belakang pendidikan diketahui bahwa 3 orang informan berpendidikan SMA, 3 orang berpendidikan SMP dan 1 orang berpendidikan SD. Sedangkan karakteristik informan berdasarkan latar belakang pekerjaan diketahui bahwa sebagian besar informan merupakan ibu rumah tangga.

c. Petugas Kesehatan

Wawancara dilakukan dengan 6 orang petugas kesehatan di Puskesmas Larompong. Karakteristiknya dapat dilihat sebagai berikut:

Matriks 4.3 Karakteristik informan Petugas Kesehatan

| No | Kode | Umur (Thn) | Jenis Kelamin | Pendidikan | Pekerjaan |
|----|------|------------|---------------|----------------|------------------------|
| 1 | SR | 33 | Perempuan | D3 Keperawatan | Petugas Kesehatan Jiwa |
| 2 | FT | 34 | Perempuan | S1 Keperawatan | Perawat |
| 3 | BN | 36 | Perempuan | S1 Keperawatan | Perawat |
| 4 | NH | 26 | Perempuan | D3 Kebidanan | Petugas Pendaftaran |
| 5 | IT | 26 | Perempuan | D3 Keperawatan | Petugas Pendaftaran |
| 6 | NM | 49 | Perempuan | D4 Kebidanan | Bidan |

Sumber : Data primer

Berdasarkan matriks 4.3 diatas dapat diketahui bahwa karakteristik informan berdasarkan umur berada dalam variasi umur antara 26 tahun sampai dengan 49 tahun dan semua informan berjenis kelamin perempuan. Dilihat dari latar belakang pendidikan informan diketahui bahwa 3 orang berpendidikan D3 dan 3 orang berpendidikan S1/D4. Sedangkan karakteristik informan berdasarkan pekerjaan diketahui bahwa 1 orang merupakan petugas kesehatan jiwa, 2 orang perawat, 1 orang bidan dan 2 orang merupakan petugas di bagian pendaftaran.

d. Penentu kebijakan (Stakeholder)

Wawancara dilakukan dengan 3 orang *stakeholder*. Karakteristiknya dapat dilihat sebagai berikut:

Matriks 4.4 Karakteristik informan Stakeholder

| No | Kode | Umur (Tahun) | Jenis Kelamin | Pendidikan | Pekerjaan |
|-----------|-------------|---------------------|----------------------|-------------------|---|
| 1 | SH | 39 | Perempuan | S1 | Kepala Puskesmas |
| 2 | AZ | 54 | Laki-laki | S2 | Sekretaris Dinas Kesehatan Kab. Luwu |
| 3 | RN | 39 | Perempuan | S2 | Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular |

Sumber : Data primer

3. Layanan Kesehatan Jiwa Yang Tersedia

Undang-undang kesehatan jiwa mengatur bahwa pemerintah membangun sistem pelayanan kesehatan jiwa yang berjenjang dan komprehensif. Pelayanan ini terdiri dari pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rujukan. Pelayanan kesehatan dasar merupakan pelayanan kesehatan jiwa yang diselenggarakan terintegrasi dalam pelayanan kesehatan umum di Puskesmas dan jejaring.

Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan jiwa agar penderita gangguan jiwa tetap berada di masyarakat tanpa kehilangan produktivitasnya. Program kesehatan jiwa sudah ada dalam program puskesmas sebagai upaya kesehatan pengembangan sejak tahun 2002. Semula layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong yang dibentuk pada tahun 2015, menyatu dengan pelayanan kesehatan remaja dan penyakit tidak menular (PTM). Namun sejak Januari 2017 layanan kesehatan jiwa tersebut berdiri sendiri. Sebagaimana petikan wawancara berikut:

“Dari tahun 2002 sebenarnya program kesehatan jiwa sudah ada di Puskesmas. Termasuk dalam program pengembangan. Begitu juga di Puskesmas Larompong, tetapi tidak berjalan dengan baik.”

(SH, 39 Tahun, Kepala Puskesmas)

“Kalau program kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong sudah dari tahun 2015, digabungkan dengan program kesehatan remaja dan Penyakit Tidak Menular. Nanti setelah bulan Januari 2017 berdiri sendiri.”

(SR, 33 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

Penyelenggaraan layanan kesehatan jiwa yang dilakukan di Puskesmas Larompong meliputi pelayanan kesehatan di dalam gedung dan pelayanan kesehatan di luar gedung. Pelayanan kesehatan di dalam gedung meliputi pelayanan rawat jalan dan pelayanan rujukan. Pelayanan kesehatan yang dilakukan diluar gedung meliputi deteksi dini, penyuluhan dan kunjungan rumah (*home visit*).

a. Pelayanan kesehatan dalam gedung

1) Pelayanan rawat jalan

Prosedur pelayanan rawat jalan untuk pasien gangguan jiwa di Puskesmas Larompong sama dengan prosedur pelayanan kesehatan pada umumnya. Pelayanan ini dimulai dari pendaftaran, pemeriksaan fisik dan penilaian psikiatrik, konseling, dan pelayanan obat. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan yang mengatakan bahwa:

“Kegiatan-kegiatan kesehatan jiwa itu sedikit sekali, karena bukan sebagai program prioritas. Kalau pelayanan di Puskesmas, kami di sini tidak membedakan pelayanan antara pasien biasa dengan pasien kejiwaan. Pada saat datang mendaftar dulu, kemudian dilayani di poli umum, masuk ke ruangan konseling, dan setelah itu ambil obat di apotik.”

(SH, 39 Tahun, Kepala Puskesmas)

a) Pendaftaran

Dari hasil pengamatan yang dilakukan di loket pendaftaran ditemukan bahwa petugas pendaftaran di Puskesmas Larompong berjumlah 3 orang. Para petugas pendaftaran masing-masing mendapatkan tugas untuk melayani pasien umum, pasien BPJS dan pasien lanjut usia serta pasien disabilitas. Ketersediaan tenaga pada bagian pendaftaran dirasa cukup, dibuktikan dengan waktu menunggu pasien yang tidak terlalu lama.

Berdasarkan hasil wawancara dan pengamatan yang dilakukan diketahui bahwa pelayanan pendaftaran di Puskesmas Larompong dimulai ketika pasien masuk kemudian mengambil nomor antrian dan selanjutnya menunggu panggilan dari petugas. Setelah dipanggil, pasien menyerahkan kartu berobatnya kemudian petugas akan mencarikan berkas rekam medik di rak penyimpanan. Prosedur ini juga berlaku pada pasien dengan gangguan kejiwaan. Sebagaimana petikan wawancara berikut:

“Jika ada pasien dengan gangguan kejiwaan yang berkunjung, biasanya perawat sudah mengetahui (dan mengenal), jadi (pasien) diantarkan oleh perawat, didaftar, kemudian dicarikan rekam mediknya, setelah itu di antarkan ke poli umum.”
(IT, 26 Tahun, Petugas Pendaftaran)

Hasil wawancara mendalam mengungkapkan bahwa hambatan yang sering terjadi adalah ketika pasien dengan gangguan kejiwaan tidak membawa kelengkapan persyaratan untuk prosedur pendaftaran seperti kartu berobat atau kartu identitas. Hal ini yang menyebabkan petugas

pendaftaran harus mencari sendiri nomor rekam medik pasien, sebagaimana petikan wawancara berikut:

“Kalau pelayanan pendaftaran (untuk pasien dengan gangguan kejiwaan) tetap sama seperti ketika kami melayani pendaftaran pasien umum lainnya. Tetapi terkadang ada (pasien dengan gangguan kejiwaan) yang lupa membawa kartunya, kami berikan toleransi, jadi nomor (rekam mediknya) kami cari sendiri.”

(IT, 26 Tahun, Petugas Pendaftaran)

b) Pemeriksaan fisik dan penilaian psikiatrik

Prosedur pelayanan pemeriksaan pada pasien dengan gangguan kejiwaan sama dengan prosedur pelayanan pemeriksaan pada pasien umum. Berdasarkan hasil observasi diketahui bahwa tenaga kesehatan di Puskesmas Larompong akan melakukan pemeriksaan awal untuk mengetahui masalah apa yang terjadi pada pasien.

Biasanya dilakukan *anamnesa* oleh perawat terlebih dahulu. Perawat akan bertanya terkait keluhan yang dirasakan oleh pasien. Setelah *anamnesa* selesai maka akan dilakukan pemeriksaan fisik untuk kemudian bertemu dengan dokter untuk penilaian psikiatrik:

“Di poli umum, pelayanan (untuk pasien jiwa) tidak jauh berbeda dengan pasien umum. Biasanya ditanyakan dulu keluhan-keluhannya, setelah itu diperiksa kondisi umumnya seperti berat badan, tekanan darah dan lainnya. Kemudian diperiksa oleh dokter.”

(FT, 34 Tahun, Perawat)

Penilaian psikiatrik dilakukan dengan mengidentifikasi gangguan jiwa pada pasien berdasarkan kriteria tertentu pada saat pemeriksaan. Penegakan diagnosis dilakukan oleh dokter kepada pasien dengan gangguan jiwa. Penegakan diagnosis dilaksanakan setiap kali melakukan pemeriksaan.

Ketika sudah bertemu dengan dokter dan hasil pemeriksaan menyatakan masalah pada pasien tersebut berkaitan dengan kejiwaan ringan, maka dokter mengarahkan pasien untuk mendapatkan konseling dan pengobatan awal. Jika hasil pemeriksaan dokter menyatakan masalah pada pasien tersebut berkaitan dengan kejiwaan berat atau psikotik, maka dokter akan mengarahkan atau merujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Batara Guru.

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. Dari hasil wawancara dan observasi menunjukkan bahwa sumber daya manusia bidang kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong belum memadai. Pelayanan pada ODGJ dilakukan oleh dokter umum dan perawat puskesmas dengan latar belakang pendidikan keperawatan umum:

“Di Puskesmas Larompong tidak ada (dokter dan perawat khusus kesehatan jiwa), yang melakukan pelayanan pada pasien gangguan jiwa adalah dokter dan perawat umum, sama seperti di puskesmas-puskesmas yang lain.”
(SH, 39 Tahun, Kepala Puskesmas)

c) Konseling

Pelaksanaan konseling bagi pasien gangguan jiwa dimulai di Puskesmas Larompong sejak awal tahun 2018. Pelayanan konseling ini dibuka setiap hari dari jam 8.00 sampai dengan jam 12.00. Tujuan dari pelayanan konseling ini adalah diharapkan agar penderita gangguan jiwa dan keluarganya memiliki kesadaran tentang masalah yang ada pada diri

penderita dan memiliki motivasi yang besar untuk sembuh. Berdasarkan wawancara dengan informan yang mengatakan bahwa:

Konseling ini diadakan dengan harapan pasien gangguan jiwa bisa menyadari keadaan dirinya dan tahu masalah (yang terjadi pada dirinya). Kita juga mengajak keluarganya supaya bisa memberikan dukungan sehingga dia punya motivasi yang besar untuk sembuh.”
(SR, 33 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

Selain itu, informan mengatakan bahwa tujuan dari diadakannya konseling ini diharapkan agar penderita gangguan jiwa memiliki kesiapan mental untuk hidup bermasyarakat:

“Selain sebagai salah satu upaya untuk menggugah kesadaran dan kemauan pasien untuk tetap datang ke Puskesmas, melalui konseling ini kami mengharapkan pasien bisa siap secara mental dalam berbaur dengan masyarakat.”
(SH, 39 Tahun, Kepala Puskesmas)

Konseling untuk penderita gangguan jiwa di Puskesmas Larompong dilayani oleh petugas kesehatan jiwa. Petugas ini merupakan seorang perawat umum yang tidak memiliki kompetensi khusus di bidang kesehatan jiwa dan belum mendapatkan pelatihan kesehatan jiwa yang memadai, sebagaimana petikan wawancara berikut:

“Belum ada perawat jiwa, hanya ada perawat umum saja. Kalau pengetahuan tentang kejiwaan belum memadai, karena untuk (kesehatan) jiwa sendiri seharusnya memang ada perawat jiwa dan harus ada pelatihan. Workshop (tentang kesehatan jiwa) ada tapi tidak mendalam.”
(SR, 33 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

d) Pelayanan obat

Pengobatan adalah tahapan pemberian obat pada penderita gangguan jiwa sesuai diagnosis yang didapatkan. Setelah *anamnesa* selesai kemudian dilakukan pemeriksaan kesehatan untuk mengetahui apakah pasien gangguan jiwa tersebut hanya mengalami gangguan jiwa ringan maka pasien tersebut dapat dilakukan rawat jalan dengan pemberian obat sesuai diagnosis. Pengambilan obat untuk pasien gangguan jiwa dilayani di apotik sama dengan pasien umum lainnya, sebagaimana petikan wawancara berikut:

“Pasien yang sudah mendapatkan pemeriksaan oleh dokter, diberikan konseling bersama dengan keluarga yang mengantar oleh petugas kesehatan jiwa, setelah itu mengambil obat di apotik. Tidak dibedakan dengan pasien lain.”
(SH, 39 Tahun, Kepala Puskesmas)

Pelayanan kesehatan jiwa yang diberikan oleh Puskesmas Larompong juga meliputi pengobatan ODGJ lepas rawat Rumah Sakit. Pelayanan tersebut untuk pasien-pasien ODGJ yang telah selesai perawatan dari Rumah Sakit Jiwa ataupun Rumah Sakit Umum Daerah maka akan dilakukan perawatan lanjutan di Puskesmas. Pasien lepas rawat Rumah Sakit dapat meneruskan pengambilan obat di Puskesmas. Berikut petikan wawancara dengan petugas kesehatan jiwa:

“Kebanyakan pasien yang datang adalah pasien yang sudah pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa. Mereka dilayani untuk pengambilan obat karena mereka masih tetap rutin minum obat.”
(SR, 34 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

Untuk triangulasi sumber data, dilakukan wawancara dengan informan keluarga ODGJ. Hasil wawancara menunjukkan bahwa ODGJ memanfaatkan pelayanan obat di Puskesmas Larompong karena ketersediaan obat di puskesmas. Pada awalnya setelah dipulangkan dari Rumah Sakit Jiwa Dadi, untuk mendapatkan obat harus memesan lagi ke

Makassar. Memesan obat ke Makassar sulit dan membutuhkan waktu. Menurutnya untuk mendapatkan obat rutin tidak lagi sulit karena obat sudah tersedia di puskesmas, berikut penuturan informan terkait ketersediaan obat di puskesmas:

“Satu tahun dirawat di Rumah Sakit (Jiwa) Dadi, setelah keluar makan obat tetap dilanjutkan. Suatu hari obatnya habis dan kami harus memesan obat lagi ke Makassar. Sangat susah, membutuhkan waktu dan biaya. Saya mencoba ke Puskesmas, siapa tahu obatnya tersedia (di Puskesmas). Ternyata memang ada.”
(MT, 31 Tahun, Keluarga ODGJ)

Berdasarkan hasil pengamatan dan telaah dokumen di Puskesmas, dapat digambarkan ketersediaan obat untuk gangguan jiwa sebagai berikut:

Matriks 4.5 Obat-obatan generik untuk gangguan jiwa yang tersedia di Puskesmas

| No | Obat | Dosis | Ketersediaan |
|----|--|--|---|
| 1 | Anti Depression Amitriptyline HCL Imipramine HCL Maprotiline HCL | Tab 25mg Tab 25mg, 50mg Tab 25mg, 50mg | Ada Tidak ada Tidak ada |
| 2 | Anti Obsession Compulsion Chlomipramine | Tab 25mg | Ada |
| 3 | Antipsychotic Fluphenazine Decanoat Haloperidol Chlorpromazine HCL Trifluoperazine | Inj. 25mg/ml vial 1ml Tab 0,5mg, 5mg, Inj IM 5mg/ml Tab 25mg, 100mg, inj.25mg/ml Tab 4mg Tab 5mg | Ada Tidak ada Ada Ada Tidak ada |
| 4 | Anti Anxiety Diazepam Clobazam Alprazolam | Tab 2mg, 5mg, inj. 5mg/ml Tab 10mg Tab 0,25mg, 1mg | Ada Ada Ada |
| 5 | Anti Epilepsy - Anti Convulsion Diazepam Phenitoin Phenobarbital | Tab 2mg, 5mg, Inj.5mg/ml Cap 100mg Tab 20mg, 100mg, inj.50mg/ml | Ada Tidak ada Ada |

Sumber : Data primer

Pemenuhan obat-obatan untuk gangguan jiwa diperoleh dari gudang farmasi berdasarkan ketetapan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu. Akan tetapi untuk pemenuhan perbekalan obat-obatan untuk gangguan jiwa, Puskesmas Larompong masih sering mengalami kekurangan baik dari segi jumlah maupun jenisnya.

Puskesmas menyediakan obat gratis bagi pasien gangguan jiwa dengan menggunakan BPJS. Obat-obatan untuk gangguan jiwa sangat mahal, adanya BPJS membantu pemenuhan kebutuhan obat untuk pasien gangguan jiwa, sehingga kebutuhan obat-obatan hampir semua pasien bisa tercukupi.

“Masyarakat semuanya sudah tahu kalau untuk penderita (gangguan) jiwa semuanya gratis. Puskesmas menyediakan obat (gangguan jiwa) gratis untuk pasien dengan menggunakan dana BPJS.”
(SH, 39 Tahun, Kepala Puskesmas)

“Kalau pesan obat ke Makassar, lama dan mahal. Di Puskesmas, cukup bawa kartu (peserta) BPJS sudah bisa ambil obat gratis. Obatnya selalu ada, di berikan (dosis) untuk satu bulan.”
(LH, 52 Tahun, Keluarga ODGJ)

2) Pelayanan rujukan

Puskesmas Larompong dalam menyelenggarakan pelayanan terhadap penderita gangguan jiwa berupaya untuk dapat memenuhi hak pelayanan kesehatan ODGJ. Puskesmas berupaya untuk memberikan penanganan menyeluruh dan berkesinambungan, namun dalam hal ODGJ yang tidak bisa ditangani oleh Puskesmas maka akan dilakukan rujukan ke Rumah Sakit Umum Daerah Batara Guru. Berikut petikan wawancara dengan informan:

“Penderita gangguan jiwa yang sudah terdeteksi terus diupayakan penanganannya di Puskesmas. Dan kalau ada yang tidak dapat ditangani oleh Puskesmas, akan dirujuk ke Rumah Sakit Batara Guru.”

(RN, 39 tahun, Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular)

“Pasien yang tidak bisa kami tangani, kami rujuk ke Rumah Sakit. Karena aturan BPJS tidak lagi memperbolehkan untuk merujuk langsung dari Puskesmas ke Rumah Sakit Jiwa, jadi kami rujuk ke RSUD dulu.

Nanti di sana kemudian dirujuk lagi ke Rumah Sakit Jiwa.”

(SH, 39 Tahun Kepala Puskesmas)

Pelaksanaan prosedur layanan rujukan sama seperti layanan rujukan pada pasien umumnya. Jika pasien merupakan peserta BPJS maka mereka akan membawa rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit. Setelah penderita mendapatkan perawatan di Rumah Sakit, pihak Puskesmas akan mendapatkan rujuk balik dari dokter spesialis jiwa untuk dilimpahkan lagi ke dokter umum untuk meneruskan pengobatan, jika obat untuk penderita gangguan jiwa tersebut tersedia di Puskesmas.

b. Pelayanan kesehatan di luar gedung

Pelayanan kesehatan untuk penderita gangguan jiwa yang dilaksanakan diluar gedung merupakan kegiatan untuk menjalankan program Upaya Kesehatan Jiwa Puskesmas Larompong. Program ini menggunakan dana yang berasal dari BOK (Biaya Operasional Kesehatan) dari pusat. Upaya kesehatan jiwa ini meliputi pelaksanaan deteksi dini berupa pelacakan penderita baru, penyuluhan kesehatan jiwa dan kunjungan rumah (*home visit*):

“Kegiatan untuk Program Upaya Kesehatan Jiwa itu seperti pelacakan penderita baru, kunjungan rumah termasuk pengawasan minum obatnya juga. Kemarin juga sempat ada kegiatan penyuluhan untuk kesehatan jiwa.”
(SH, 39 Tahun, Kepala Puskesmas)

1) Deteksi Dini Penderita Gangguan Jiwa

Pelaksanaan deteksi dini adalah kegiatan menggolongkan penderita gangguan jiwa berdasarkan keluhan psikis yang frekuensinya berkelanjutan (pusing, sakit perut, susah tidur) walaupun pada saat dilakukan pemeriksaan fisik penderita dinyatakan sehat. Deteksi dini dilakukan sebagai upaya penemuan kasus gangguan jiwa secara dini oleh tenaga kesehatan.

Pelaksanaan deteksi dini penderita gangguan jiwa di Puskesmas Larompong dalam bentuk kegiatan pelacakan penderita baru. Kegiatan pelacakan penderita baru dilaksanakan dengan tujuan agar penderita gangguan jiwa yang tinggal di desa dan tidak dapat dideteksi bisa ditemukan dan secepatnya mendapatkan penanganan, sebagaimana petikan wawancara berikut:

“Dilakukan pelacakan ke desa, karena beberapa penderita ada yang tinggal di desa dan tidak pernah (berkunjung) ke puskesmas sehingga tidak terdeteksi di puskesmas. Harapannya agar bisa ditangani secepatnya, apakah ditangani di puskesmas atau dirujuk.”
(SR, 34 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

Pelacakan penderita baru dilakukan rutin selama beberapa periode sekali. Pelaksanaan kegiatan pelacakan penderita baru dilakukan bekerja sama dengan kader kesehatan jiwa, bidan desa dan berkoordinasi dengan

kepala pemerintahan setempat, berikut penuturan petugas kesehatan jiwa terkait kegiatan pelacakan:

“Sekarang sudah ada kader kesehatan jiwa, jadi mereka diminta untuk segera melaporkan jika ada warga masyarakat yang memiliki perilaku yang merupakan gejala gangguan jiwa. Setelah itu kami datang ke bidan desa, kemudian bersama bidan desa mendatangi Kepala Dusun.”

(SR, 34 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

Hasil telaah dokumen dengan mengamati instrumen yang digunakan dalam pelaksanaan kegiatan program dan wawancara dengan informan petugas kesehatan jiwa diketahui bahwa pelaksanaan kegiatan pelacakan penderita baru dilakukan dengan menggunakan instrument SRQ (Self Reporting Questionnaire):

“Untuk kegiatan pelacakan penderita baru ada format yang digunakan. Saya menggunakan format SRQ 29, isinya ada 29 pertanyaan.”

(SR, 34 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

Dengan format SRQ merupakan cara yang paling sederhana untuk mengetahui kesehatan jiwa seseorang baik atau memiliki masalah/gangguan kejiwaan. Apabila gangguan jiwa yang dialami cukup berat dapat secepatnya dilakukan penanganan sehingga mencegah keadaan penderita menjadi lebih buruk.

Dalam melaksanakan kegiatan pelacakan penderita baru terdapat kendala yaitu ketidakterbukaan pasien, ketidaktahuan dan tekanan dari pihak keluarga (tidak ada penerimaan dari keluarga), sebagaimana petikan wawancara berikut:

“Cukup sulit, terkadang ketika kami melakukan pelacakan ada beberapa keluarga yang tidak mau mengakui anggota keluarganya

menderita gangguan jiwa. Walaupun para tetangga mengatakan bahwa (anggota keluarganya) menunjukkan gejala gangguan jiwa, mereka terkadang menyembunyikan dan tidak ingin dipertemukan dengan kami.”

(SR, 34 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

2) Penyuluhan Kesehatan jiwa

Penyuluhan kesehatan jiwa dilakukan dengan pemberian informasi kesehatan kepada masyarakat tentang penanganan orang dengan gangguan jiwa, cara pendekatannya, tanda-tanda orang dengan gangguan jiwa dan sikap terkait. Dalam penyuluhan kesehatan jiwa juga disampaikan informasi tentang pentingnya kesehatan jiwa dan penerimaan lingkungan terhadap penderita gangguan jiwa baik kepada keluarga maupun masyarakat, berikut petikan wawancara dengan informan:

“Kami memberikan penyuluhan kepada masyarakat tentang bagaimana tanda-tanda dan sikap orang yang menderita gangguan jiwa, cara menangani penderita dengan pendekatannya, tidak lupa juga disampaikan tentang pentingnya kesehatan jiwa dan harapan supaya masyarakat bisa menerima dan memberikan dukungan kepada penderita gangguan jiwa.”

(SR, 34 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

Hasil telaah dokumen dengan mengamati laporan hasil kegiatan program yang dibuat oleh petugas kesehatan jiwa diperoleh informasi bahwa penyuluhan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong dilaksanakan oleh petugas kesehatan jiwa bekerjasama dengan petugas promosi kesehatan puskesmas. Penyuluhan kesehatan jiwa dilaksanakan sekali setahun di semua desa di wilayah kerja Puskesmas Larompong. Terdapat kendala dalam melaksanakan kegiatan penyuluhan yakni sulit untuk mengumpulkan masyarakat dalam satu waktu yang bersamaan.

3) Kunjungan Rumah (*Home Visit*)

Kunjungan rumah dilakukan untuk memantau perkembangan masing-masing penderita gangguan jiwa yang menjadi pasien tetap di Puskesmas Larompong. Kegiatan kunjungan rumah pasien dilakukan petugas kesehatan jiwa setiap sekali sebulan sesuai dengan kerangka acuan kunjungan. Kunjungan rumah dilakukan untuk mendapatkan informasi serta mengetahui kondisi pasien penderita gangguan jiwa dan termasuk pengawasan minum obat.

“Untuk meningkatkan cakupan penanganan penderita gangguan jiwa dan juga untuk mencegah pasien putus minum obat, kami lakukan kegiatan home visit sekali sebulan. Jadi dilakukan kunjungan rumah untuk pasien yang berobat supaya kami bisa memantau perkembangan pasien termasuk pemantauan minum obatnya.”

(SR, 34 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

Kunjungan rumah dilaksanakan maksimal 2 jam yang meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik serta edukasi kesehatan pada pasien dan keluarganya. Dari wawancara diketahui bahwa masing-masing pasien memiliki buku pemantauan kesehatan penderita gangguan jiwa. Buku tersebut digunakan sebagai alat untuk mendokumentasikan kondisi para penderita gangguan jiwa, sebagaimana petikan wawancara berikut:

“Ada buku yang diberikan kepada masing-masing pasien, diisi pada saat dilakukan pemeriksaan pada pasien baik itu ketika mereka datang ke puskesmas maupun pada saat dilakukan kunjungan rumah. Supaya kita bisa memantau perkembangan kondisi pasien.”

(SR, 34 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

4. Faktor Pendukung

a. Sikap Positif Petugas Kesehatan

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.

Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih baik daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Apabila seorang petugas kesehatan memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang kesehatan jiwa, maka kemungkinan untuk bersikap dan berperilaku baik dalam memberikan layanan kesehatan jiwa akan lebih besar. Penelitian ini menemukan bahwa pengetahuan petugas kesehatan tentang kesehatan jiwa belum cukup memadai, namun hal ini tidak menjadi hambatan untuk menunjukkan sikap yang positif dalam melayani orang dengan gangguan jiwa yang datang berkunjung ke Puskesmas Larompong.

Sikap positif yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan seperti tidak membeda-bedakan pasien. Pasien gangguan jiwa diberikan perlakuan yang sama dengan pasien umum, tidak didiskriminasi dan tidak bersikap atau bertingkah berlebihan terhadap pasien gangguan jiwa. Seperti ungkapan informan berikut:

“Diperlakukan sewajarnya pasien yang datang berkunjung, tanpa ada diskriminasi, tetap dalam antrian bersama pasien lain. Kecuali jika pasien (gangguan jiwa) terlihat mulai bosan, boleh diberikan pelayanan lebih dahulu”

(IT, 26 Tahun, Perawat/pendaftaran)

“Diberikan perlakuan yang sama dengan pasien lain, tidak ada yang dibeda-bedakan. Kami juga tetap bersikap biasa saja dan tidak berlebihan seperti jika berhadapan dengan pasien umum lainnya.”

(FT, 34 Tahun, Perawat)

“Tidak perlu ada perbedaan, justru penderita gangguan jiwa perlu diberikan perhatian dan dukungan supaya tetap bisa rutin berobat.”

(NM, 49 Tahun, Bidan)

Informasi tersebut diperkuat oleh hasil wawancara dengan ODGJ dan keluarga yang mengungkapkan bahwa mereka mendapat perlakuan yang baik dari petugas kesehatan ketika datang berobat ke puskesmas. Mereka mendapatkan pelayanan yang baik, perhatian dan petugas selalu bersikap baik, ramah dan sopan. Sebagaimana pernyataan informan berikut:

“Kalau kami ke puskesmas selalu dilayani dengan baik, petugas (kesehatan) sangat perhatian kepada kami, diantarkan untuk mengambil obat.”

(SM, 41 Tahun, Keluarga ODGJ)

“Perawatnya selalu bersikap baik, sopan, senyum dan ramah.”

(MS, 33 Tahun, ODGJ)

Sikap positif yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan terhadap penderita gangguan jiwa dipengaruhi oleh adanya persepsi yang baik tentang penderita gangguan jiwa. Keterlibatan tenaga kesehatan yang merupakan pihak yang langsung berhubungan dengan pasien diharapkan memiliki persepsi yang positif dalam penyembuhan pasien gangguan jiwa.

Wawancara dengan informan petugas kesehatan tentang persepsi mereka terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) menunjukkan bahwa umumnya informan memiliki persepsi yang positif. Menurut informan, orang dengan gangguan jiwa seharusnya diberikan perhatian dan dukungan agar mau rutin berobat, penderita yang rutin berobat dapat bersikap normal dan tidak membahayakan. Berikut paparan hasil wawancara dengan petugas kesehatan:

“Menurut saya, orang dengan gangguan jiwa itu sebaiknya diperlakukan seperti biasa. Tidak boleh didiskriminasi, tidak boleh dipasung, harus diberikan perhatian dan dukungan untuk sembuh.”
(NM, 49 Tahun, Bidan)

“Tidak perlu dikucilkan, apalagi penderita rutin berobat, mereka akan terlihat (dan bersikap) layaknya orang normal pada umumnya”
(BN, 36 Tahun, Perawat)

“Jangan dihindari, justru sebaiknya diberikan motivasi. Sebenarnya (penderita) gangguan jiwa tidak membahayakan jika ditangani dengan prosedur yang benar. Pola pikir kita tentang gangguan kejiwaan itu bisa diubah”
(FT, 34 Tahun, Perawat)

Sikap positif petugas kesehatan terhadap orang dengan gangguan jiwa juga diterapkan dengan cara berkomunikasi yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan pada saat berhubungan dengan pasien. Cara berkomunikasi yang baik akan meningkatkan kepercayaan pasien terhadap petugas kesehatan. Hasil wawancara dengan informan menunjukkan bahwa semua informan dapat berinteraksi dengan baik dengan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Petugas kesehatan melayani penderita gangguan jiwa mulai dari 5S (senyum, sapa, salam, sopan, santun), berbicara dengan halus dan ramah.

“Penderita gangguan jiwa bisa diajak berbicara seperti biasa. Asalkan dengan cara yang benar, kita bisa berbicara dari hati ke hati dengan mereka.”

(FT, 34 Tahun, Perawat)

“Ada beberapa pasien (gangguan jiwa) dan keluarganya yang sudah rutin datang berobat sehingga petugas kesehatan sudah mengenal (mereka). Di sapa dan berbicara seperti pada kenalan. Mereka pun merasa seperti keluarga, tidak malu lagi dan lebih terbuka pada kami.”

(NH, 26 Tahun, Bidan)

“5 S tetap harus didahulukan. Dilayani dengan baik, sopan, tidak boleh berbicara keras dan harus ramah”

(IT, 26 tahun, Perawat)

b. Akses Informasi Tentang Kesehatan Jiwa

Salah satu faktor yang menghambat pencarian pertolongan ke tempat pelayanan kesehatan terkait gangguan jiwa adalah rendahnya pengetahuan mengenai gangguan jiwa. Masyarakat masih lebih mudah memahami mengenai kesehatan secara fisik, terkait dengan gejala, penyebab dan pencegahannya. Ditambah dengan adanya stigma negatif dari masyarakat yang berakibat diasingkan atau dijauhi oleh lingkungan di sekitarnya akan menghambat proses penyembuhan bagi penderita.

Pemahaman masyarakat mengenai kesehatan jiwa masih sangat sedikit meskipun zaman internet saat ini membuat akses informasi sudah menjadi lebih mudah. Selain dari petugas kesehatan yang aktif menginformasikan masalah kesehatan jiwa, diharapkan media yang lain bisa menjadi sumber informasi untuk masalah kesehatan jiwa.

1) Sumber informasi

. Sumber informasi kesehatan khususnya tentang kesehatan jiwa yang ada di masyarakat sebenarnya sudah cukup memadai untuk memenuhi kebutuhan informasi masyarakat mengenai kesehatan jiwa. Banyaknya jenis sumber informasi kesehatan tentang kesehatan jiwa akan membuat penderita gangguan jiwa dan keluarga memiliki banyak pilihan dan kemudahan untuk mendapatkan informasi tersebut. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa informan mendapatkan informasi tentang kesehatan jiwa di tempat pelayanan kesehatan dan dari tenaga kesehatan juga dari mengakses internet, sebagaimana ungkapan informan berikut:

“Saya bisa dapat (informasi tentang kesehatan jiwa) ketika saya mengantar kakak untuk berobat ke puskesmas”
(MT, 31 Tahun, Keluarga ODGJ)

“Waktu itu ada penyuluhan tentang itu (kesehatan jiwa), saya dipanggil juga”
(LH, 52 Tahun, Keluarga ODGJ)

“Saya baca-baca di internet. Kadang kalau sempat saya cari-cari di google”
(SM, 41 Tahun, Keluarga ODGJ)

Hal tersebut diperkuat oleh informasi dari petugas kesehatan jiwa yang menyebutkan bahwa beberapa waktu yang lalu telah dilakukan kegiatan penyuluhan mengenai kesehatan jiwa dan ODGJ beserta keluarganya juga diberikan informasi tentang kesehatan jiwa pada saat dilakukan konseling di puskesmas.

“Kami sudah pernah melakukan penyuluhan tentang kesehatan jiwa. Ada beberapa keluarga dan penderita yang hadir, tapi tidak semua. Sangat sulit untuk mengumpulkan mereka dalam satu waktu. Kami juga sering menyelipkan beberapa informasi (kesehatan jiwa) pada saat konseling dengan pasien dan keluarganya”
(SR, 34 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

2) Ketersediaan informasi

Ketersediaan informasi yang dimaksud adalah ada tidaknya informasi tentang kesehatan jiwa baik yang ada difasilitas kesehatan tempat para informan memperoleh pelayanan kesehatan seperti puskesmas maupun ketersediaan informasi tersebut pada kegiatan-kegiatan kesehatan seperti penyuluhan kesehatan dan kunjungan rumah (*home visit*). Berdasarkan hasil pengamatan di puskesmas, peneliti menemukan bahwa di puskesmas sudah dilengkapi dengan media informasi yang bisa diakses oleh informan seperti poster dan banner. Demikian pula dengan ruang konseling yang ada di puskesmas peneliti menemukan ada beberapa media informasi berupa poster dan leaflet yang dapat diakses oleh informan.

Hasil pengamatan di fasilitas kesehatan seperti posyandu, poskesdes, puskesmas pembantu dan puskesmas induk dimana informan mendapatkan layanan kesehatan, dapat digambarkan ketersediaan media KIE seperti poster dan leaflet sebagai berikut:

Matriks 4.6 Ketersediaan media informasi kesehatan jiwa di fasilitas kesehatan

| Jenis Media | Posyandu | Poskesdes | Pustu | Puskesmas |
|--------------------|-----------------|------------------|--------------|------------------|
| Poster | Tidak ada | Ada | Ada | Ada |
| Booklet | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada |
| Leaflet | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | Ada |
| Media lainnya | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada | Ada |

Sumber: Data primer

Ketersediaan informasi tentang kesehatan jiwa pada kegiatan seperti penyuluhan kesehatan peneliti dapatkan dengan telaah dokumen. Berdasarkan hasil telaah dokumen didapatkan bahwa informan mendapatkan materi tentang kesehatan jiwa pada penyuluhan kesehatan.

Matriks 4.6 Informasi tentang kesehatan jiwa pada penyuluhan kesehatan

| Kode Informan | Keikutsertaan informan | Materi tentang kesehatan jiwa | Waktu pelaksanaan |
|----------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| MS | Hadir | Ada | 17-04-2019 |
| RS | Hadir | Ada | 17-04-2019 |
| MM | Tidak Hadir | - | 22-04-2019 |
| TK | Tidak Hadir | - | 22-04-2019 |
| HP | Tidak Hadir | - | 22-04-2019 |
| NW | Tidak Hadir | - | 22-04-2019 |
| MT | Hadir | Ada | 17-04-2019 |
| SM | Hadir | Ada | 17-04-2019 |
| RW | Tidak Hadir | - | 17-04-2019 |
| LH | Hadir | Ada | 22-04-2019 |
| HJ | Tidak Hadir | - | 22-04-2019 |
| MB | Tidak Hadir | - | 22-04-2019 |
| SY | Hadir | Ada | 17-04-2019 |

Sumber : Data primer

3) Kemudahan akses informasi

Kemudahan akses informasi adalah bagaimana informan dapat memperoleh informasi tentang kesehatan jiwa dengan mudah. Kemudahan tersebut dipengaruhi oleh jarak informan dengan sumber informasi seperti fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan, ketersediaan sarana untuk mencapai fasilitas kesehatan, kondisi jalan yang ditempuh serta media informasi baik cetak maupun elektronik.

Berdasarkan hasil observasi, peneliti mengamati bahwa kemudahan akses terhadap informasi kesehatan setiap informan beragam. Ada informan yang memiliki akses yang sangat mudah ke sumber informasi namun ada juga yang memiliki akses terbatas pada sumber informasi tertentu. Berdasarkan hasil observasi, kemudahan akses informan terhadap fasilitas atau tenaga kesehatan digambarkan dalam matriks dibawah:

Matriks 4.7 Kemudahan akses informan terhadap fasilitas dan tenaga kesehatan

| Kode Informan | Jarak Puskesmas | Jenis Transportasi | Kondisi jalan |
|----------------------|------------------------|---------------------------|----------------------|
| MS | 2 km | Pribadi | Baik |
| RS | 3 km | Umum | Baik |
| MM | 5 km | Tidak Ada | Baik |
| TK | 3 km | Tidak Ada | Baik |
| HP | 3 km | Pribadi | Baik |
| NW | 3 km | Pribadi | Baik |
| MT | 2 km | Pribadi | Baik |
| SM | 5 km | Pribadi | Baik |
| RW | 7 km | Pribadi | Baik |
| LH | 5 km | Pribadi | Baik |
| HJ | 3 km | Pribadi | Baik |
| MB | 3 km | Pribadi | Baik |
| SY | 3 km | Umum | Baik |

Sumber : Data primer

Berdasarkan hasil observasi didapatkan bahwa akses informasi kesehatan informan yang memanfaatkan layanan kesehatan jiwa dari media massa lebih baik daripada informan yang tidak memanfaatkan layanan kesehatan jiwa. Kemudahan akses informan terhadap informasi kesehatan dari media massa dapat digambarkan dalam matriks dibawah:

Matriks 4.8 Kemudahan akses informan terhadap media massa

| Kode Informan | Media Cetak | Media Elektronik | Akses Internet |
|----------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------|
| MS | Tidak ada | TV | Tidak ada |
| RS | Tidak ada | TV | Tidak ada |
| MM | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada |
| TK | Tidak ada | Tidak ada | Tidak ada |
| HP | Tidak ada | TV | Tidak ada |
| NW | Tidak ada | TV | Smartphone |
| MT | Tidak ada | TV | Smartphone |
| SM | Tidak ada | TV | Smartphone |
| RW | Tidak ada | TV | Smartphone |
| LH | Tidak ada | TV | Smartphone |
| HJ | Tidak ada | TV | Smartphone |
| MB | Tidak ada | TV | Tidak ada |
| SY | Tidak ada | TV | Tidak ada |

Sumber : Data primer

c. Dukungan Keluarga dan masyarakat

1) Bentuk dukungan keluarga dekat

Dukungan keluarga dekat sangat penting terhadap pengobatan pasien gangguan jiwa, karena pada umumnya seseorang dengan gangguan jiwa belum mampu mengatur diri sendiri dan mengetahui jadwal kapan harus berobat. Dukungan yang didapatkan oleh penderita gangguan jiwa dari keluarga dekat adalah perwujudan sikap keluarga terhadap penderita gangguan jiwa. Umumnya keluarga berpendapat gangguan jiwa

merupakan suatu kondisi yang berbeda dari orang normal pada umumnya. Gangguan jiwa memiliki perilaku dan pemikiran yang tidak wajar sehingga berbeda dengan kondisi normal.

“Tidak seperti orang normal. Kadang bicara sendiri, tiba-tiba marah dan mengamuk tanpa sebab. Pernah juga tiba-tiba berjalan kaki ke tempat yang cukup jauh. Pokoknya perilakunya berbeda, tidak wajar”
(SM, 41 Tahun, Keluarga ODGJ)

Meskipun begitu, harapan keluarga untuk kesembuhan penderita gangguan jiwa cukup besar. Beberapa keluarga bersikap menerima keadaan dan berpendapat bahwa penderita gangguan jiwa dapat disembuhkan dengan cara melakukan pengobatan dan minum obat secara teratur meskipun butuh waktu yang lama. Seperti ungkapan dari informan berikut:

“Saya sering merasa sedih dan kasihan, anak saya seperti itu, tapi mau apa lagi. Saya yakin nanti bisa sembuh asalkan rajin minum obat. Sekarang saja sudah ada perubahan, sudah jarang mengamuk dan banting-banting barang”
(LH, 52 Tahun, Keluarga ODGJ)

“Dokter bilang proses penyembuhannya cukup lama dan butuh waktu, keluarga harus sabar dalam mendampingi. Setelah rutin minum obat, perkembangannya sangat baik. Jadi kalau obatnya habis, kita ke puskesmas lagi karena kalau putus obat, harus mulai dari awal lagi”
(SM, 41 Tahun, Keluarga ODGJ)

Dukungan yang bisa diberikan oleh keluarga dekat kepada pasien meliputi dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Bentuk dukungan informasional adalah berupa nasehat, saran dan pemberian informasi. Informan mengungkapkan bahwa sebagian besar keluarga selalu memberikan

nasehat dan saran kepada anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa untuk lebih sabar, tidak berputus asa, banyak berdoa dan lebih terbuka kepada keluarga. Seperti ungkapan informan berikut:

“Kami selalu membesarkan hatinya, mengatakan kepadanya agar bersabar, jangan pernah berputus asa, tidak boleh putus semangat. Meyakinkan dia bisa sembuh”
(SY, 30 Tahun, Keluarga ODGJ)

“Saya katakan sama anak saya, kalau ada apa-apa bilang sama bapak. Jadi bapak bisa tahu kalau kamu ada masalah apa, dia mau menurut. Saya juga bilang rajin sholat dan berdoa, Insya Allah akan diberi kesembuhan”
(LH, 52 Tahun, Keluarga ODGJ)

Dukungan keluarga dekat berupa dukungan penilaian merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap penderita gangguan jiwa. Hal ini dapat berupa penghargaan dan perhatian kepada penderita seperti yang diungkapkan oleh informan yaitu dengan cara merawat dengan baik dan memberikan kasih sayang.

“Dari awal dia mulai sakit, saya sendiri yang mandikan, saya siapkan makanan dan minuman. Niat saya untuk mendampingi sampai sembuh, saya tidak pernah berpikir untuk meninggalkan karena tetangga-tetangga bilang (dia) nanti pasti sembuh”
(SY, 30 Tahun, Keluarga ODGJ)

“Orang yang menderita sakit seperti adik saya harus selalu ada yang menemani, tidak boleh dibiarkan sendiri. Sering diajak berbincang, dibimbing dan diberikan support. Dan tentunya dalam menghadapinya kita juga harus sabar”
(SM, 41 Tahun, Keluarga ODGJ)

Dukungan keluarga dalam bentuk dukungan emosional adalah dengan memberikan kasih sayang dan sikap menghargai yang diperlukan oleh penderita gangguan jiwa. Informasi yang didapatkan dari hasil wawancara dengan informan diketahui bahwa dukungan keluarga dekat

terhadap upaya penyembuhan ODGJ sudah cukup baik, hal ini dapat dilihat dari ungkapan berikut:

“Waktu kakak saya masih menjalani perawatan di Rumah Sakit Dadi, saya sering datang untuk menjenguk, selalu bergantian dengan ibu saya. Kalau sekarang, setelah rutin berobat di puskesmas, cukup diingatkan saja untuk minum obat. Kalau dia terlihat pendiam dan mulai banyak berpikir, saya ajak berbicara”
(MT, 31 Tahun, Keluarga ODGJ)

“Keluarga itu yang paling utama, bimbingan keluarga penting sekali, harus ada yang mendampingi terus. Harus sering dikasih support, karena waktu itu dokter bilang proses penyembuhannya akan lama. Jadi adik ini saya berikan kegiatan untuk mengisi waktunya, dikasih motivasi”
(SM, 41 Tahun, Keluarga ODGJ)

Salah satu bentuk dukungan keluarga dekat terhadap Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) adalah keluarga harus selalu membimbing dan mengarahkan agar seseorang dengan gangguan jiwa untuk mau diarahkan untuk berobat dan dapat berobat dengan benar dan teratur. Hasil wawancara dengan informan menunjukkan bahwa dalam pengawasan minum obat, keluarga hanya mengingatkan saja jika sudah waktunya minum obat, sebagaimana petikan hasil wawancara berikut:

“Dia sudah tahu sendiri obat yang harus dia makan dan dia juga tahu bahwa sakitnya akan kambuh kalau tidak minum obat jadi cukup diingatkan saja kalau sudah waktunya minum obat”
(MT, 31 Tahun, Keluarga ODGJ)

“Ibu rajin minum obat, tidak pernah lupa waktunya. Hanya perlu ditunjukkan obat yang harus dia minum dan diingatkan untuk makan dulu sebelum minum obat.”
(RW, 48 Tahun, Keluarga ODGJ)

Hal yang berbeda yang didapatkan dari informan yang lain yang mengatakan bahwa penderita harus mendapatkan pengawasan pada saat minum obat, sebagaimana petikan hasil wawancara berikut:

“Tidak mau makan obat, kadang harus dikelabui dulu. Waktu itu dia mau minum obat sendiri karena mungkin selalu merasakan kepalanya sakit. Saya bilang sakit kepalamu akan sembuh kalau kamu minum obat, jadi dia mau minum obat. Tapi pernah suatu hari dia diberi obat untuk diminum tapi setelah itu dimuntahkan di WC. Jadi saya akali, obatnya saya tumbuk halus kemudian diminumkan”
(SM, 41 Tahun, Keluarga ODGJ)

2) Bentuk dukungan dari masyarakat

Dukungan yang dibutuhkan oleh penderita gangguan jiwa bukan hanya berasal dari keluarga dekat tetapi dukungan, sikap dan penerimaan dari masyarakat juga merupakan hal yang penting untuk proses penyembuhan penderita gangguan jiwa. ODGJ dan keluarga tidak pernah menerima sikap dan perlakuan yang buruk baik secara verbal maupun non verbal dari masyarakat. Mereka bahkan mendapat dukungan dan saran untuk pencarian pengobatan di tempat pelayanan kesehatan.

“Awal sakit kami antar berobat ke pengobatan supranatural, tapi ada beberapa tetangga yang menyarankan supaya dibawa ke dokter spesialis jiwa”
(LH, 52 Tahun, Keluarga ODGJ)

“Ibu saya itu sebelum berobat ke puskesmas, tidak mau ketemu dengan orang lain, mengurung diri di dalam rumah. Tetangga-tetangga sekitar rumah menyarankan untuk dibawa berobat ke puskesmas, tapi sulit karena ibu saya tidak mau keluar rumah. Waktu ada petugas puskesmas yang datang, tetangga yang memberi tahu kondisi ibu saya (kepada petugas)”
(RW, 48 Tahun, Keluarga ODGJ)

Selain itu bentuk dukungan dari masyarakat kepada ODGJ dalam bentuk perhatian dan pengawasan minum obat, sebagaimana ungkapan dari informan berikut:

“Saya kasian, dia tinggal hanya berdua dengan anaknya. Suaminya dipenjara sedangkan saudara-saudaranya sudah tidak ada yang peduli. Dia sering mengunci diri di dalam rumah, kalau sakitnya kambuh lagi. Jadi setiap saat saya atau anak saya menjenguk,

mengingatkan untuk makan. Saya juga harus menunggu dia minum obat, karena kalau dia sendiri obatnya akan dibuang. Dia merasa tidak sakit apapun jadi tidak perlu minum obat”
(HJ, 56 Tahun, Tetangga/Keluarga ODGJ)

d. Dukungan Stakeholder

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*.

Hal yang sangat penting yang diatur dalam Undang-undang kesehatan jiwa adalah hak ODGJ. Melalui Undang-undang kesehatan jiwa, pemerintah menjamin agar hak ODGJ diakui sesuai dengan derajat dan martabat kemanusiaan. Hak ODGJ yang diatur dalam Undang-undang ini antara lain adalah hak mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa difasilitasi pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau dan sesuai dengan standar pelayanan. Hasil wawancara dengan informan tentang implementasi Undang-undang Nomor 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa di lingkup Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu diketahui bahwa beberapa kegiatan dilaksanakan sebagai upaya deteksi dini kasus-kasus gangguan jiwa. Untuk yang sudah terdeteksi, diupayakan penanganannya di puskesmas, jika tidak dapat ditangani di puskesmas akan dirujuk ke Rumah Sakit Umum Daerah, sebagaimana petikan wawancara berikut:

“Seperti deteksi dini kasus-kasus gangguan jiwa, terus diupayakan penanganannya di puskesmas bagi yang sudah terdeteksi dan kalau ada yang tidak tertangani, dirujuk ke rumah sakit”
(RN, 39 Tahun, Kepala Seksi P2PTM)

Informasi yang lain didapatkan bahwa implementasi Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa dilaksanakan dengan melakukan sosialisasi tentang bebas pasung dan perawatan kesehatan jiwa di puskesmas, seperti yang diungkap oleh informan berikut:

“Kegiatan yang dilakukan di puskesmas berupa sosialisasi agar tidak ada lagi yang dipasung, selain itu juga sosialisasi tentang perawatan kesehatan jiwa di puskesmas”
(Az, 54 Tahun, Sekertaris Dinas Kesehatan)

Hal serupa disampaikan oleh informan SH. Beliau mengatakan bahwa bentuk upaya pelayanan kesehatan jiwa yang dilakukan oleh puskesmas adalah melakukan pelacakan penderita baru, pelacakan pasien pasung, pengawasan minum obat dan penyuluhan untuk penderita gangguan jiwa.

“Ada beberapa kegiatan yang kami rencanakan seperti pelacakan penderita baru, pelacakan pasien pasung, pengawasan minum obat juga. Kemarin juga kami sempat mengadakan kegiatan penyuluhan untuk (penderita gangguan) jiwadan keluarganya”
(SH, 39 Tahun, Kepala Puskesmas)

Pemenuhan hak pelayanan kesehatan ODGJ dalam Undang-Undang kesehatan jiwa dilaksanakan melalui upaya pelayanan kesehatan jiwa dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Upaya pelayanan kesehatan jiwa tersebut dapat terlaksana jika didukung oleh kesiapan sumber daya manusia dalam bidang kesehatan jiwa.

ODGJ mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang kesehatan jiwa. Artinya pelayanan kesehatan ODGJ harus diberikan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kualifikasi dalam bidang kesehatan jiwa. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan menunjukkan bahwa upaya yang dilakukan untuk mendukung pelayanan kesehatan jiwa dengan meningkatkan keterampilan petugas kesehatan jiwa, sebagaimana petikan wawancara berikut:

“Sebenarnya upaya yang kami lakukan masih terbatas. Karena baru tahun ini ada dana untuk kesehatan jiwa, sehingga baru tahun ini kami mengadakan kegiatan workshop. Kegiatan workshop ini menghadirkan dokter puskesmasnya dan petugas kesehatan jiwa masing-masing puskesmas, narasumbernya dokter spesialis jiwa dan penanggung jawab (kesehatan jiwa) di propinsi. Jadi materinya tentang cara penanganan jika ada kasus-kasus gangguan jiwa, kemudian deteksi dininya, karena yang terpenting di dinas kesehatan itu deteksi dini, supaya lebih cepat ditangani dan kondisi penderita tidak bertambah buruk ”
(RN, 39 Tahun, Kepala Seksi P2PTM)

Peran pemerintah untuk mendorong peningkatan layanan kesehatan jiwa di Puskesmas diketahui dalam bentuk dukungan dana dan juga dukungan lintas sektor. Berikut hasil wawancara dengan informan:

“Dukungan dana utamanya, semua kegiatan puskesmas tidak dapat berjalan tanpa dukungan dana. Untuk kesehatan jiwa itu (dananya) dari BOK dan kapitasi BPJS. Selain itu peran lintas sektor juga sangat penting. Masyarakat disini sudah tahu kalau untuk penderita (gangguan) jiwa itu otomatis semuanya gratis. Jadi untuk deteksi dini kami berkordinasi dengan pemerintah desa yang sudah mengenal warganya, kami juga koordinasi dengan pihak kepolisian sektor jika ada penderita yang mengamuk atau membawa senjata tajam, akan ditampung dulu di kantor polisi, nanti setelah agak tenang baru di lanjutkan dengan perawatan”
(SH, 39 Tahun, Kepala Puskesmas)

“Anggarannya terutama, mungkin karena kami masih terbatas di anggaran, jadi kegiatan masih kurang. Sebaiknya ada pertemuan lintas sektor, kita undang semua dinas-dinas yang terkait. Karena kesehatan jiwa itu kan bukan hanya Dinas Kesehatan, perlu ada kerja sama dengan dinas

sosial, dengan pihak keamanan, dan sebagainya. Jadi kami ada rencana mudah-mudahan tahun depan kami sudah ada anggaran, kita akan mengadakan pertemuan, membentuk sebuah tim untuk kesehatan jiwa masyarakat kemudian dibuatkan SKnya.

(RN, 39 Tahun, Kepala Seksi P2PTM)

Terkait pembinaan dan pengawasan pelayanan kesehatan jiwa informan mengungkapkan bahwa pembinaan dan pengawasan pemerintah dalam hal ini Dinas Kesehatan terhadap pelaksanaan layanan kesehatan jiwa di puskesmas dalam bentuk workshop, bimbingan teknis dan supervisi dari Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular

“Ada pembinaan di Puskesmas, yang dilakukan oleh Seksi (Pencegahan dan Pengendalian) Penyakit Tidak Menular seperti supervisi dan bimbingan teknis, tapi tidak rutin setiap bulan. Cuma kalau dilihat di puskesmas ada kasus gangguan jiwa yang ditemukan, itu kemudian diverifikasi. Yang semacam pelacakan kasus pasung”

(Az, 54 Tahun, Sekertaris Dinas Kesehatan)

“Kalau mengenai pembinaan puskesmas, baru-baru kami lakukan workshop, bimbingan teknis tapi itu tidak rutin juga”

(RN, 39 Tahun, Kepala Seksi P2PTM)

Dinas kesehatan kabupaten melakukan kegiatan supervisi di fasilitas kesehatan untuk mengetahui pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa ODGJ di fasilitas kesehatan. Dalam melaksanakan kegiatan supervisi menggunakan instrumen baku. Pada pelaksanaannya kegiatan supervisi tidak dilakukan secara berkala atau hanya sesekali saja.

5. Faktor Penghambat

a. Kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang gangguan jiwa

Hingga saat ini penanganan keluarga terhadap penderita gangguan jiwa belum memuaskan. Penyebabnya adalah ketidaktahuan keluarga terkait pengetahuan tentang masalah gangguan jiwa ini masih kurang. Padahal disisi lain keluarga mempunyai tugas untuk membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi anggota keluarga yang sakit yang berimplikasi terhadap perlakuan tidak adil yang diterima para penderita gangguan jiwa.

Minimnya pengetahuan dan pemahaman mengenai gangguan jiwa menyebabkan penderita kerap kali mendapatkan perlakuan yang tidak menyenangkan dari masyarakat bahkan keluarga penderita sendiri. Perlakuan yang di dapatkan oleh penderita gangguan jiwa seperti diskriminasi, terisolasi, dikucilkan bahkan hingga dipasung. Keluarga bahkan menganggap gangguan jiwa adalah aib sehingga mereka menyembunyikan keadaan gangguan jiwa tersebut dari masyarakat.

Pengetahuan seseorang tentang gangguan jiwa akan menentukan sikap orang tersebut terhadap orang dengan gangguan jiwa. Semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu.

1) Pandangan negatif mengenai orang dengan gangguan jiwa

Penderita gangguan jiwa seringkali dilihat orang awam sebagai hal yang aneh dan mereka dengan enteng memberi label “orang gila” pada penderita gangguan jiwa. Selain diberi label “orang gila”, diasingkan jauh dari orang-orang yang mereka cintai, penderita gangguan jiwa juga kerap diperlakukan secara tidak manusiawi.

Pandangan informan terhadap orang dengan gangguan jiwa umumnya negatif. Beberapa informan mengungkapkan bahwa orang yang menderita gangguan jiwa adalah “orang gila” dan tidak waras. ODGJ juga dianggap sering mengamuk dan membawa senjata tajam sehingga mereka merasa takut jika bertemu dengan ODGJ. Berikut pernyataan informan:

“Orang gila, biasanya suka marah-marah dan mengamuk. Kalau bertemu mereka di jalan, saya takut”
(MT, 31 Tahun, Keluarga ODGJ)

“Yang sering bawa-bawa parang, suka berkeliaran tidak pakai baju, pokoknya tidak waras”
(MB, 60 Tahun, Keluarga ODGJ)

Informan lain mengungkapkan pandangannya bahwa ODGJ adalah orang yang berbahaya, bisa melukai diri sendiri dan orang lain.

“Penyakit yang membuat orang hilang akal sampai melakukan perilaku yang bisa membahayakan. Kalau ada hal yang membuat dia marah, bisa mengamuk dan sampai bawa-bawa parang, bisa melukai dirinya dan orang lain”
(SM, 41 Tahun, Keluarga ODGJ)

Pandangan yang tidak jauh berbeda diungkapkan oleh informan lainnya bahwa ODGJ adalah orang yang memiliki penyakit yang membuat orang tidak nyaman karena keluhan perilaku yang dilakukan tidak wajar.

“Suka menyendiri, kalau bicara dengan bahasa kotor, pakaiannya compang camping bahkan ada yang tidak pakai baju, suka

mengumpulkan plastik bekas. Tampilannya tidak terawat bahkan malas mandi”
(HJ, 56 Tahun, Keluarga ODGJ)

2) Pemahaman tidak tepat mengenai penyebab terjadinya gangguan jiwa

Sikap mengasingkan ODGJ karena ada stigma bahwa “kegilaan” mereka disebabkan adanya keyakinan bahwa kondisi tersebut terjadi karena kerasukan setan, atau karena dosa-dosa yang dilakukan orang tuanya, atau karena pernah melakukan tindakan amoral. Adanya pandangan buruk ini, keluarga yang memiliki ODGJ cenderung merasa malu dan berusaha untuk menyembunyikan ODGJ dari interaksi dengan orang lain. Apalagi bila terjadi di keluarga yang tinggal di daerah terpencil dengan tingkat pendidikan yang rendah, pasung akhirnya menjadi solusi akhir bila dukun atau tabib tidak bisa mengubah keadaan.

Hasil wawancara menunjukkan beberapa informan memiliki pemahaman bahwa penyebab gangguan jiwa berhubungan dengan hal-hal gaib dan kejadian mistis atau supranatural. Sebagaimana pernyataan informan berikut:

“Kalau orang-orang tua jaman dahulu mengatakan bahwa dia menerima ilmu dari leluhur agar bisa untuk mengobati orang lain. Tapi dia tidak mampu menerima ilmu tersebut”

(LH, 52 Tahun, Keluarga ODGJ)

“Ketika mereka mulai memaksakan ilmu ajarannya, lalu saya diam saja, tidak mau mengikuti. Mereka mulai menyiksa saya”

(MM, 43 Tahun, ODGJ)

“Sepertinya karena ada teman perempuannya yang mengirim guna-guna, sehingga adik saya sakit seperti itu”

(SM, 41 Tahun, Keluarga ODGJ)

Ungkapan informan lain mengatakan bahwa gangguan jiwa terjadi karena ada nazar dari orang tua yang tidak dipenuhi. Berikut pernyataan informan:

“Dia dan beberapa saudaranya menderita penyakit seperti itu. Biasanya akan muncul gejala ketika mereka pergi merantau, menyebrang lautan. Sepertinya dulu orang tuanya mempunyai nazar-nazar yang tidak dilaksanakan, sehingga anak-anaknya menderita penyakit ini”
(HJ, 56 Tahun, Keluarga ODGJ)

3) Pemahaman yang minim mengenai penanganan yang tepat bagi orang dengan gangguan jiwa

Hal yang memprihatinkan, karena kurangnya pengetahuan tentang gangguan jiwa sehingga untuk mengatasinya penderita gangguan jiwa biasanya dibawa berobat ke dukun, tabib, atau justru ke pemuka agama untuk di doakan. Hasil wawancara yang dilakukan diketahui bahwa ketika mengalami gejala psikosis beberapa penderita gangguan jiwa dibawa berobat ke dukun, ustadz, dan pengobatan supranatural.

“Waktu mulai sering mengamuk, saya bawa untuk berobat ke dukun, tapi dia bilang ini bukan obatnya. Setelah itu saya bawa ke Ustadz untuk di rukiyah tpi dia bilang ini juga bukan obatnya”
(LH, 52 Tahun, Keluarga ODGJ)

“Pernah saya bawa untuk pengobatan supranatural karena saya pikir dia seperti itu karena guna-guna”
(SM, 41 Tahun, Keluarga ODGJ)

“Diantar berobat ke beberapa Ustadz, di rukiyah, tapi tidak sembuh”
(MT, 31 Tahun, Keluarga ODGJ)

Kurangnya pengetahuan keluarga tentang gangguan jiwa menyebabkan kurangnya pemahaman keluarga tentang gejala gangguan jiwa. Keluarga tidak dapat membedakan gejala gangguan jiwa dengan

gejala penyakit fisik lain yang serupa. Hal ini menyebabkan penanganan terhadap penderita gangguan jiwa yang tidak tepat terjadi.

Seorang penderita gangguan jiwa memiliki gejala awal yang menunjukkan gejala epilepsi. ODGJ sering menderita kejang sehingga keluarga menganggap sebagai penyakit epilepsi, hal ini menyebabkan penderita tidak mendapatkan penanganan yang tepat.

“Berobat ke dokter praktek, ahli syaraf. Petugas di puskesmas bilang katanya harus ke dokter spesialis jiwa, anak saya itu epilepsi bukan gila. Untuk apa ke dokter jiwa?”
(MB, 60 Tahun, Keluarga ODGJ)

b. Internalisasi Stigma

Seseorang dengan gangguan jiwa umumnya berhadapan dengan stigma. Dewasa ini banyak orang beranggapan bahwa gangguan jiwa merupakan suatu noda atau merupakan akibat dosa-dosa yang diperbuat manusia. Masyarakat menunjukkan tanggapan kepada para penderita dengan rasa takut dan bersikap menghindar. Para penderita sendiri banyak yang takut dan tidak suka menjalani pemeriksaan dokter. Mereka menjadi marah, sangat tersinggung atau menganggap bahwa dirinya tidak sakit dan sehat jiwanya. Adanya stigma juga menyebabkan keluarga merasa malu sehingga keluarga penderita tidak mencari pengobatan yang dibutuhkan oleh anggota keluarganya.

1) Stigma yang berasal dari diri ODGJ (Self Stigma)

a) Prasangka buruk

Adanya pandangan bahwa gangguan jiwa tidak mungkin bisa disembuhkan dan orang yang menderitanya tidak mungkin berfungsi secara normal di masyarakat. Hal ini menimbulkan kerumitan karena para penderita gangguan jiwa menarik diri, tidak mau terbuka karena takut dihakimi dan dihinakan. Implikasinya menyebabkan penderita tidak mau mencari pertolongan ketika gejala-gejala gangguan jiwa mulai dirasakan. Beberapa ODGJ menarik diri dan mengunci diri di dalam rumah. Mereka tidak ingin bertemu dan berkomunikasi dengan orang lain.

“Ibu saya mengurung diri di dalam rumahnya. Dia tidak ingin bertemu dengan orang-orang. Tinggal di dalam rumah saja, kemudian pintu rumah dikunci”
(RW, 48 Tahun, Keluarga ODGJ)

“Saya sering kasian sama dia, sangat kelihatan kalau dia kambuh lagi. Dia tidak akan mau bertemu dengan orang-orang. Pintu rumahnya ditutup dan dia diam-diam di dalam rumahnya”
(HJ, 56 Tahun, Keluarga/tetangga ODGJ)

b) Rasa bersalah

Terlihat juga bagaimana munculnya stigma pada diri penderita. Stigma tersebut berupa rasa bersalah dan anggapan negatif terhadap dirinya sendiri karena menganggap dirinya inkompeten dan mempunyai karakter yang lemah. Selain itu rasa tidak percaya diri atau menganggap dirinya tidak mampu. Rasa bersalah dari penderita gangguan jiwa berbentuk keyakinan bahwa penyebab gangguan yang dialami karena hukuman dari Tuhan. Seperti ungkapan dari informan berikut:

“Pemikiranaku itu seperti masih anak kelas 4 SD, saya ingin lebih tapi tidak mampu. Kadang saya merasa sedih, saya itu merasa tidak bisa berbuat apapun, merasa tidak mampu. Kadang-kadang saya bertanya, Ya Allah, salah saya apa, kenapa mendapat cobaan seperti ini?”
(HP, 33 Tahun, ODGJ)

c) Ketakutan dan kemarahan

Hal yang sangat menyakitkan bagi kondisi kejiwaan penderita gangguan jiwa adalah ketika bayangan ketakutan akan dihakimi, dihina dan dikucilkan secara sosial. Stigma yang bersifat internal ini sangat merugikan kondisi kejiwaan para penderita. Selain itu penderita cenderung mengalami rasa rendah diri yang sangat parah.

Hasil wawancara dengan ODGJ tentang sikap informan saat mengetahui dirinya mengalami gangguan kejiwaan, informan mengatakan bahwa dirinya akan merasa cepat tersinggung pada saat berada ditengah keramaian. Informan merasa bahwa orang-orang yang ada disekitarnya membicarakan hal buruk tentang dirinya. Berikut pernyataan informan:

“Sebenarnya saya sangat ingin berkumpul bersama orang lain jika ada keramaian, tapi saya malu. Saya cepat sekali tersinggung, saya merasa bahwa orang-orang yang berkumpul pasti bercerita buruk tentang saya”
(MS, 33 Tahun, ODGJ)

Masalah lain yang sering muncul pada penderita gangguan jiwa adalah rasa marah yang berlebihan. Pengungkapan amarah atau kemarahan penderita gangguan jiwa merupakan suatu luapan perasaan emosi yang timbul sebagai reaksi terhadap kecemasan yang meningkat dan dirasakan penderita sebagai ancaman.

“Saya kadang merasa sangat marah, hingga ingin menghancurkan semuanya. Mereka mengatakan bahwa saya sedang sakit, tapi saya tidak

pernah merasa sakit apapun. Saya tahu mereka hanya mau menyiksa saya, mereka marah karena saya tidak mau mengikuti ajaran mereka”
(MM, 43 Tahun, ODGJ)

2) Rasa malu keluarga

Rasa malu yang ditanggung oleh keluarga merupakan stigma yang dibuat sendiri oleh keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Sehingga bantuan dari lingkungan sekitar untuk mengobati penderita tidak diperhatikan lagi. Rasa malu tersebut menyebabkan keluarga menutup diri dari lingkungan.

Keluarga cenderung menyembunyikan atau merahasiakan keadaan tersebut dari orang lain atau masyarakat. Rasa malu secara langsung menyebabkan keluarga enggan untuk memberikan penanganan yang tepat terhadap keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa. Dampaknya adalah pengobatan yang terlambat dan dapat memperparah keadaan gangguan jiwanya.

Keluarga tidak ingin mengakui bahwa salah satu anggota keluarganya menderita gangguan jiwa sehingga penderita dibawa untuk berobat ke dokter syaraf. Berikut petikan wawancara dengan informan:

“Pernah anak saya dibawa ke puskesmas, sudah lama tapi saya disarankan untuk berobat ke dokter spesialis jiwa. Anak saya ini tidak gila, untuk apa dibawa ke dokter jiwa. Sekarang berobatnya ke dokter ahli syaraf”
(MB, 60 Tahun, Keluarga ODGJ)

Hal ini serupa dengan hasil pengamatan peneliti sewaktu melakukan wawancara di rumah informan. Hasil pengamatan menunjukkan beberapa keluarga cenderung marah dan memperlihatkan sikap yang negatif ketika

peneliti menyarankan untuk memeriksakan penderita ke dokter spesialis jiwa.

Informasi tersebut diperkuat oleh informasi dari Kepala Puskesmas. Beliau mengungkapkan bahwa hal yang menghambat penderita gangguan jiwa untuk mendapatkan pengobatan adalah rasa malu yang dimiliki keluarga, sehingga tidak mau mengakui bahwa anggota keluarganya menderita gangguan jiwa.

“Yang menghambat pelayanan kita kepada penderita gangguan jiwa sebenarnya adalah keluarganya. Ada beberapa keluarga yang tidak mau jika dikatakan anggota keluarganya menderita gangguan jiwa. Mereka merasa malu kalau dikatakan ada anggota keluarganya yang gila atau kurang waras”
(SH, 39 Tahun, Kepala Puskesmas)

Tidak jauh berbeda dengan pernyataan dari petugas gangguan jiwa yang mengatakan bahwa beberapa keluarga menganggap bahwa anggota keluarganya tidak menderita gangguan jiwa. Keluarga terkesan menyembunyikan sehingga penderita tidak dapat ditemui.

“Rasa malu keluarga itu menjadi tantangan buat saya. Terkadang mereka menganggap (penyakit yang diderita) bukan gangguan jiwa, tidak mau dikatakan anggota keluarganya menderita gangguan jiwa. Jadi ketika kami melakukan kunjungan rumah, keluarga seperti menyembunyikan penderita sehingga sulit ditemui”
(SR, 33 Tahun Petugas Kesehatan Jiwa)

c. Ketersediaan Sumber Daya Manusia yang kurang

Tujuan upaya pelayanan kesehatan jiwa yaitu memberikan perlindungan dan menjamin pelayanan kesehatan jiwa bagi ODGJ

berdasarkan hak asasi manusia. Upaya tersebut melalui ketersediaan dan keterjangkauan sumber daya dalam upaya kesehatan jiwa. Sumber daya dalam upaya kesehatan jiwa yang dimaksud adalah sumber daya manusia dalam bidang kesehatan jiwa, fasilitas pelayanan dibidang kesehatan jiwa serta perbekalan kesehatan jiwa yang memadai untuk pelayanan 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. Hal ini berarti dalam melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa harus diberikan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kualifikasi dalam bidang kesehatan jiwa, seperti dokter jiwa dan perawat jiwa.

Puskesmas Larompong telah memiliki fasilitas layanan kesehatan jiwa namun belum cukup memiliki sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa. Petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan jiwa terdiri dari dokter umum dan perawat. Perawat tersebut dengan latar belakang pendidikan keperawatan umum bukan petugas khusus dengan kompetensi di bidang kesehatan jiwa.

“Perawat khusus kesehatan jiwa belum ada, saya hanya perawat umum saja bukan perawat jiwa, bukan ahlinya”
(SR, 33 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

“Di Puskesmas Larompong tidak ada (dokter dan perawat khusus kesehatan jiwa), yang melakukan pelayanan pada pasien gangguan jiwa adalah dokter dan perawat umum, sama seperti di puskesmas-puskesmas yang lain.”
(SH, 39 Tahun, Kepala Puskesmas)

Hal serupa disampaikan oleh Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu. Beliau mengungkapkan bahwa semua puskesmas di Kabupaten Luwu sudah memiliki layanan kesehatan jiwa namun petugas yang ada di puskesmas hanya dokter dan perawat umum saja. Seperti pernyataannya berikut ini:

“22 puskesmas di Kabupaten Luwu sudah memiliki layanan kesehatan jiwa, tapi petugas yang memberikan pelayanan hanya dokter dan perawat umum, tidak ada petugas yang memiliki kualifikasi di bidang kesehatan jiwa. Tapi jika ada penderita (gangguan jiwa) yang datang di puskesmas diupayakan untuk tetap dilayani. Kalaupun nanti ada yang tidak dapat ditangani, nanti akan dirujuk ke Rumah Sakit Batara Guru”
(RN, 39 Tahun, Kepala Seksi P2PTM)

Masalah yang dihadapi adalah kompetensi yang dimiliki oleh dokter dan perawat puskesmas belum cukup memadai untuk memberikan layanan kesehatan jiwa di puskesmas. Hasil wawancara menunjukkan bahwa petugas kesehatan mengaku belum memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal kepada penderita gangguan jiwa.

“Keterampilan dan pengetahuan kami belum cukup. Kadang-kadang ada kasus tertentu yang belum bisa kami tangani, terpaksa kami rujuk ke rumah sakit. Sebenarnya masih butuh lebih banyak pelatihan-pelatihan”
(SR, 33 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

Pelayanan dan sumber daya manusia kesehatan jiwa di negara berkembang termasuk Indonesia memang masih jarang ada. Pelayanan dan perawatan gangguan jiwa hanya dapat dilakukan oleh dokter umum dan tenaga-tenaga kesehatan lainnya. Namun untuk dapat melakukan

manajemen dan diagnosis dini kesehatan jiwa, dokter umum dan tenaga kesehatan yang lain tersebut harus diberi pelatihan dan pendidikan tentang kesehatan jiwa.

Hasil wawancara dengan informan diketahui bahwa petugas kesehatan jiwa yang ada di Puskesmas Larompong sudah pernah mendapatkan pelatihan. Pelatihan yang diikuti tersebut hanya berupa pelatihan serta pertemuan-pertemuan di tingkat kabupaten. Pelatihan tersebut tentang penanganan pasien kejiwaan dan pembuatan laporan. Berikut pernyataan informan:

“Pernah diadakan pelatihan dari (Dinas Kesehatan) kabupaten tapi hanya sehari, tentang penanganan pasien jiwa. Sekali juga mengikuti workshop, kalau yang di Belopa itu pertemuan-pertemuan petugas kesehatan jiwa puskesmas dengan penanggung jawab kesehatan jiwa kabupaten, biasanya tentang pembuatan laporan”
(SR, 33 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

Hal yang serupa disampaikan oleh Kepala Puskesmas. Beliau mengatakan bahwa petugas kesehatan jiwa Puskesmas Larompong hanya mengikuti pelatihan dan pertemuan-pertemuan rutin yang diadakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten:

“Kalau pelatihannya juga masih di tingkat kabupaten, belum ada yang pernah ikut pelatihan di Makassar. Jadi semacam pertemuan-pertemuan rutin saja dengan pengelola kesehatan jiwa dinas kabupaten, saya tidak tahu apakah pernah juga menghadirkan dokter spesialis jiwa pada saat pertemuan”
(SH, 39 Tahun, Kepala Puskesmas)

Selain masalah kompetensi yang dimiliki oleh sumber daya manusia yang dimiliki oleh puskesmas, masalah lain yang ditemukan terkait dengan sumber daya manusia untuk layanan kesehatan jiwa di puskesmas

adalah jumlah sumber daya manusia yang tersedia di puskesmas. Selama ini dokter dan petugas kesehatan di Puskesmas menghadapi beban yang sangat berat dalam pekerjaannya dengan adanya tugas rangkap. Pekerjaan dokter dan petugas kesehatan di Puskesmas tidak hanya memeriksa pasien namun harus menjalankan begitu banyak program. Dari hasil wawancara diketahui bahwa petugas kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong juga bertugas sebagai perawat di poli umum sehingga menyebabkan beban pekerjaan yang cukup berat.

“Meskipun bertanggungjawab sebagai pemegang program kesehatan jiwa, saya tetap harus menjalankan tugas pokok saya sebagai perawat. Saya juga bertugas di poli umum. Lumayan berat, saya harus membuat asuhan keperawatan pasien, begitu juga laporan-laporan bulanan dan laporan hasil kegiatan. Belum lagi jika harus melaksanakan kegiatan di luar puskesmas”
(SR, 33 Tahun, Petugas Kesehatan Jiwa)

Berdasarkan pengamatan peneliti ketika melakukan wawancara dengan informan menunjukkan bahwa informan sedang mengerjakan beberapa laporan bulanan dan laporan hasil kegiatannya. Informan mengerjakan laporan-laporan tersebut pada saat tidak ada pasien yang harus dilayani ataupun yang harus diberikan konseling.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen ditemukan beberapa faktor yang menjadi kekuatan pendukung dan penghambat layanan kesehatan jiwa. Faktor pendukung layanan kesehatan jiwa diantaranya adalah sikap positif petugas kesehatan, akses informasi yang cukup baik, dukungan keluarga dan masyarakat serta dukungan *stakeholder*. Sedangkan faktor penghambat layanan kesehatan

jiwa diantaranya adalah kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang kesehatan jiwa, internalisasi stigma, dan ketersediaan sumber daya manusia yang kurang.

Kekuatan dukungan dan hambatan faktor-faktor tersebut berbeda untuk setiap informan. Perilaku akhir ditentukan oleh faktor mana yang memiliki kekuatan meningkat dan faktor mana yang memiliki kekuatan tetap atau berkurang. Jika faktor pendukung meningkat dan faktor penghambat tetap atau berkurang maka terbentuk perilaku positif yaitu keinginan untuk memanfaatkan layanan kesehatan begitupun sebaliknya.

B. Pembahasan

Teori *Force Field* menyebutkan bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan seimbang antara *driving forces* (kekuatan-kekuatan pendorong) dan *restrining forces* (kekuatan-kekuatan penahan). Perilaku dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut di dalam diri seseorang (Lewin, 1970). Teori Green menyebutkan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, pengalaman), pemungkin (akses informasi, fasilitas kesehatan), dan penguat (dukungan keluarga dan dukungan petugas kesehatan).

Penelitian ini ingin menganalisis masing-masing kekuatan faktor pendukung dan penghambat layanan kesehatan jiwa. Dari hasil penelitian ditemukan bahwa layanan kesehatan jiwa sangat dipengaruhi atau

tergantung dari kekuatan pendorong atau kekuatan penghambat yang lebih dominan sebagaimana uraian berikut:

1. Faktor Pendukung

a. Sikap Positif 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. Sikap adalah sekumpulan respons yang konsisten terhadap objek sosial (Notoatmojo, 2003). Sikap adalah sebagai kondisi internal individu yang mempengaruhi pilihan individu untuk menampilkan tingkah laku atau terhadap obyek, orang atau kejadian (Azwar, 2011).

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 (Thornicroft, 2007).

Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih baik daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Budiharto, 2010). Apabila seorang petugas kesehatan memiliki pengetahuan yang lebih baik tentang kesehatan jiwa, maka kemungkinan untuk bersikap dan berperilaku baik dalam memberikan layanan kesehatan jiwa akan lebih besar.

Sebuah penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah di Kabupaten Boyolali menunjukkan bahwa makin tinggi tingkat pengetahuan petugas kesehatan, maka makin tinggi persepsi pasien tentang mutu pelayanan yang diberikan petugas kesehatan (Pungkasari, 2013). Hal serupa juga dikemukakan dalam hasil penelitian di Puskesmas Tolo Kabupaten Jeneponto (Feblina, 2017) dan penelitian di Puskesmas Peureumeue Kabupaten Aceh Barat (Fahlevi, 2017) yang juga mengemukakan adanya hubungan antara pengetahuan petugas kesehatan dengan mutu pelayanan yang diberikan petugas kesehatan.

Meskipun hasil dari penelitian tersebut diatas tidak sepenuhnya sejalan dengan hasil penelitian ini, namun juga tidak bisa dikatakan bertentangan secara mutlak. Perbedaan ini disebabkan oleh konsep, metode dan pendekatan yang digunakan dalam penelitian. Pada umumnya penelitian tersebut merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan potong lintang yang mencari hubungan atau pengaruh antar variabel penelitian dengan jumlah sampel yang besar. Sedangkan pada penelitian ini dengan pendekatan fenomenologi. Objek penelitian dipilih dengan kategori tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti, sehingga jumlah informan dibatasi oleh kriteria yang telah ditentukan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa walaupun beberapa petugas kesehatan memiliki hambatan berupa kurangnya pengetahuan tentang kesehatan jiwa, namun mereka dapat bersikap dan berperilaku positif dalam memberikan layanan pada penderita gangguan jiwa. Pengalaman

yang dimiliki oleh petugas kesehatan merupakan faktor yang menunjang sehingga petugas kesehatan dapat menunjukkan sikap positif dalam melayani penderita gangguan jiwa.

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar informan memberikan tindakan dan respon yang positif pada pasien dengan gangguan kejiwaan. Tindakan dan respon positif tersebut berupa tidak membeda-bedakan pasien gangguan jiwa dengan pasien umum, bersikap biasa dan tidak bertingkah berlebihan. Adanya sikap positif petugas kesehatan dalam melakukan pelayanan merupakan hal yang sangat mempengaruhi pasien terkait dengan kesembuhan penyakitnya. Sikap positif yang ditunjukkan petugas kesehatan memberikan kekuatan secara psikologis kepada pasien. Kekuatan tersebut menumbuhkan motivasi untuk memanfaatkan layanan kesehatan yang diberikan.

Hal ini menunjukkan bahwa sikap petugas kesehatan yang positif adalah merupakan salah satu faktor pendukung yang dominan terhadap pemanfaatan layanan kesehatan jiwa. Hasil ini sesuai dengan berbagai hasil penelitian sebelumnya dimana diungkapkan bahwa sikap positif petugas kesehatan memiliki pengaruh signifikan terhadap layanan kesehatan jiwa (Colucci dkk, 2015; Wright dkk, 2015).

Penelitian ini menunjukkan bahwa umumnya informan mempunyai persepsi yang positif mengenai orang dengan gangguan jiwa yang datang berkunjung ke puskesmas. Umumnya informan memiliki persepsi bahwa ODGJ tidak boleh didiskriminasi, dikucilkan dan harus diperlakukan dengan

baik. Adanya persepsi yang baik akan berdampak pada cara petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan gangguan kejiwaan. Diharapkan petugas kesehatan selalu memperhatikan, berusaha membantu menyelesaikan masalah pasien dengan senang hati, bersikap ramah, menjaga sopan santun. Dalam hal ini dokter, perawat, dan petugas non medis lainnya harus mampu menjalin hubungan yang harmonis dengan menunjukkan sikap yang baik sehingga tercipta hubungan yang baik dengan pasien.

Hal yang sama ditemukan dari hasil triangulasi sumber data dengan melakukan wawancara pada ODGJ yang memanfaatkan layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong dan keluarganya bahwa informan menilai sikap petugas kesehatan terhadap mereka ketika berkunjung ke Puskesmas Larompong adalah positif. Informan mengatakan bahwa sikap dan perlakuan petugas kepada mereka sangat baik, diberikan perhatian dan dilayani dengan baik.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lilipory (2008), Lidya (2012) dan Magan (2013), bahwa ada hubungan antara perhatian yang tulus dan bersifat individual kepada pasien dan berupaya memahami keinginan konsumen dalam pelayanan kesehatan. Pasien yang diperlakukan kurang baik dan kurang mendapat perhatian cenderung untuk mengabaikan saran dan nasehat dari petugas kesehatan atau tidak mau berobat ketempat tersebut lagi.

Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, kualitas mutu pelayanan lebih terkait dengan ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien dan kelancaran komunikasi antara petugas dan pasien (Azwar, 1996). Komunikasi merupakan kendaraan bagi pemberi layanan kesehatan untuk mewujudkan tujuan pemberian layanan asuhan yang berkualitas kepada pasien. Bentuk komunikasi yang dilakukan pemberi layanan kesehatan dan pengguna yaitu komunikasi interpersonal.

Komunikasi interpersonal adalah suatu komunikasi yang terjalin antar dua individu atau lebih yang berlangsung dengan tatap muka. Dalam hal ini adanya hubungan komunikasi interpersonal perawat dan pasien merupakan hubungan kerjasama yang ditandai dengan tukar menukar perilaku, perasaan, pikiran, dan pengalaman dalam membina hubungan yang baik serta harmonis dengan pasien.

Sikap positif petugas kesehatan juga berkaitan dengan komunikasi interpersonal yang diterapkan petugas kesehatan dalam berhubungan dengan pasien. Komunikasi petugas kesehatan yang tidak baik akan mempengaruhi pelayanan kesehatan yang diberikan. Petugas kesehatan tidak mengenal identitas pasien dengan jelas dan tidak menggunakan cara yang baik saat berkomunikasi, sehingga tidak terbina hubungan saling percaya antara tenaga kesehatan dengan pasien (Talya, 2011).

Dalam proses komunikasi hal yang harus dimiliki petugas kesehatan adalah memiliki keterampilan berkomunikasi yang baik, memiliki sikap yang baik, mempunyai pengetahuan yang luas dan memiliki kemampuan untuk

melakukan perubahan sikap pada diri sendiri. Berdasarkan hasil observasi, diketahui bahwa petugas kesehatan tidak memiliki pengetahuan yang luas tentang kesehatan jiwa, meskipun begitu petugas kesehatan memiliki kredibilitas dan keterampilan komunikasi yang baik karena terlihat dari latar belakang petugas yang telah bertugas sejak lama. Petugas kesehatan juga memiliki pengetahuan yang mapan tentang pasien yang diasuhnya karena setiap awal masa perawatan, pasien akan didata dan dianalisis berdasarkan informasi yang didapat dari keluarga maupun dari pasien itu sendiri.

Ciri-ciri komunikasi interpersonal yang baik adalah komunikasi dilaksanakan secara sejajar maka proses komunikasi bersifat santai, tidak kaku karena pendekatan personal lebih ditingkatkan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa cara berkomunikasi petugas kesehatan dengan pasien yang mengalami gangguan kejiwaan cukup baik. Hal ini ditunjukkan petugas kesehatan dengan berbicara secara halus dan ramah kepada pasien. Komunikasi dilaksanakan sesantai mungkin agar komunikasi dapat terjalin sehingga pasien tidak merasa dijustifikasi oleh perawat dan berkomunikasi dengan tetap mengutamakan budaya 5S.

Sikap juga berkaitan dengan budaya 5S, yaitu senyum, sapa, salam, sopan dan santun. Setiap petugas harus mengutamakan senyum kepada setiap pasien, keluarga pasien, dan sesama petugas. Petugas juga diwajibkan selalu memberi salam yang ramah dan menyapa setiap pasien, keluarga pasien, dan sesama petugas. Tujuannya untuk menyenangkan

hati setiap orang yang bertemu dengan petugas yang bersangkutan. Selain itu sopan dan santun juga wajib diterapkan, tidak hanya dalam berperilaku tetapi juga dalam berpakaian (Saputra, 2015). Petugas yang tidak ramah, kurang sopan, judes, dan tidak terampil dapat mengakibatkan pasien tidak puas dan tidak nyaman (Hafizurrachman, 2009).

b. Akses Informasi tentang kesehatan jiwa

Informasi merupakan pesan (ucapan atau ekspresi) atau kumpulan pesan yang terdiri dari symbol atau makna yang dapat ditafsirkan dari pesan atau kumpulan pesan. Menurut Notoatmojo (2008) bahwa semakin banyak memiliki informasi dapat mempengaruhi atau menambah pengetahuan seseorang. Dengan pengetahuan tersebut bisa menimbulkan kesadaran yang akhirnya seseorang akan berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki.

Akses informasi merupakan kondisi dimana informan dapat memperoleh informasi kesehatan khususnya tentang kesehatan jiwa dengan mudah atau sulit. Kemudahan dalam memperoleh informasi tersebut akan mempengaruhi tingkat pengetahuan informan tentang kesehatan jiwa. Pada akhirnya akan mempengaruhi keputusan untuk memanfaatkan layanan kesehatan jiwa.

Dalam penelitian ini pengetahuan dan pemahaman informan mengenai kesehatan jiwa masih sangat kurang. Padahal kemudahan akses jaringan internet membuat masyarakat dapat lebih mudah mengakses berbagai informasi. Sumber informasi tentang kesehatan jiwa bagi ODGJ

dan keluarganya sudah cukup memadai untuk memenuhi kebutuhan informasi mengenai kesehatan jiwa. Penelitian yang dilakukan oleh Putri, dkk (2015) mengatakan bahwa pemberian informasi, mengedukasi masyarakat terkait kesehatan mental sangatlah penting. Tujuannya agar stigma yang ada di masyarakat dapat dihilangkan dan penderita mendapatkan penanganan yang tepat.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa informan mendapatkan informasi tentang kesehatan jiwa dari tenaga kesehatan khususnya dokter dan petugas kesehatan jiwa. Informasi tersebut didapatkan di puskesmas maupun dalam kegiatan kesehatan atau pelayanan kesehatan yang diikutinya seperti penyuluhan kesehatan atau saat kunjungan rumah. Beberapa informan mendapatkan informasi tentang kesehatan jiwa melalui internet. Para informan juga bisa mengakses informasi kesehatan jiwa dari media kesehatan seperti poster, leaflet dan media massa sebab di puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya sudah dilengkapi dengan media informasi tersebut.

Hasil penelitian ini menunjukkan tingkat kemudahan akses, intensitas keterpaparan, kuantitas dan kualitas informasi berbeda setiap informan. Tidak semua informan memiliki akses terhadap informasi kesehatan jiwa. Umumnya informan yang memanfaatkan layanan kesehatan jiwa memiliki akses terhadap informasi lebih baik daripada informan yang tidak memanfaatkan layanan kesehatan jiwa. Sehingga faktor akses informasi menjadi kekuatan pendukung yang dominan

terhadap terjadinya perilaku pemanfaatan layanan kesehatan jiwa pada sebagian besar informan tersebut.

Hasil penelitian ini sejalan dengan sebuah penelitian yang dilakukan pada orang Aborigin menemukan bahwa akses informasi yang baik tentang pencarian bantuan merupakan salah satu faktor yang mendukung bagi orang-orang Aborigin yang diidentifikasi menderita gangguan mental untuk mengakses dan terlibat dengan perawatan kesehatan mental (Brown, 2016). Hal serupa dikemukakan dalam hasil penelitian di *Geneva University Hospitals* (Bartolomei, 2016).

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa kemudahan akses terhadap informasi yang dimiliki oleh para informan ternyata tidak berbanding lurus dengan tingkat pengetahuan sebagian besar informan. Hal ini disebabkan oleh kemampuan informan untuk memahami informasi terkait tingkat pendidikan, metode penyampaian informasi, intensitas keterpaparan, dan perhatian atau ketertarikan informan terhadap informasi. Hal tersebut identik dengan hasil penelitian di Aceh bahwa keterpaparan informasi tentang kesehatan jiwa tidak memiliki pengaruh signifikan dengan pemanfaatan layanan kesehatan jiwa (Aiyub, 2018).

c. Dukungan Keluarga dan Masyarakat

Dukungan keluarga dekat sangat berperan bagi ODGJ untuk keberhasilan dalam menjalankan proses pengobatan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan emosional, penilaian, instrumental dan dukungan

informasi. Dukungan keluarga dekat dapat berasal dari orang tua, anak, suami, istri, saudara, tetangga atau keluarga lain yang ada di sekitar ODGJ.

Penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga dekat baik dukungan emosional, penilaian, informasional maupun dukungan instrumental terbukti telah menjadi salah satu faktor pendorong bagi ODGJ untuk dapat memanfaatkan layanan kesehatan jiwa. Keseluruhan dari informan yang memanfaatkan layanan kesehatan jiwa mendapatkan dukungan dari keluarga dekat mereka, untuk berobat dan segera sembuh.

Teori Green dan Kreuter (2005) mengatakan bahwa terdapat faktor penguat dan pendorong yang juga sangat berpengaruh terhadap perilaku, yaitu dorongan keluarga, teman sebaya, guru-guru, pimpinan dan perilaku tenaga kesehatan. Hal ini diperkuat oleh wawancara dengan keluarga ODGJ bahwa keluarga mendukung penderita yaitu dengan diajak berkomunikasi, diingatkan untuk minum obat, diberikan motivasi dan *support* serta diantar untuk berobat. Menurut Friedman (2013) bahwa dukungan keluarga mempunyai peran penting dalam proses pengobatan, karena keluarga bisa memberikan dorongan baik dari segi fisik maupun segi psikologis untuk penderita.

Peranan keluarga dekat terhadap keinginan ODGJ untuk memanfaatkan layanan kesehatan jiwa sangat besar. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa umumnya ODGJ yang memanfaatkan layanan kesehatan jiwa tinggal bersama dengan keluarga dekat mereka dan mendapatkan dukungan yang sangat baik. Hal berbeda dengan ODGJ

yang tidak memanfaatkan layanan kesehatan jiwa. Mereka tidak tinggal bersama keluarga dekat.

Hasil penelitian Colucci (2015) didapatkan bahwa dukungan keluarga dan komunitas merupakan salah satu faktor pendukung bagi kaum muda yang berlatar belakang pengungsi untuk mendapatkan layanan kesehatan jiwa. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hom (2015) yang menemukan bahwa salah satu faktor yang mendukung individu dengan resiko tinggi bunuh diri untuk pencarian pengobatan dan pemanfaatan layanan kesehatan jiwa adalah dorongan keluarga atau teman.

Hartanto (2014) mengungkapkan bahwa bentuk dukungan informasional adalah nasihat, saran dan petunjuk sebagai informasi. Dalam penelitian ini umumnya keluarga selalu memberikan nasehat dan saran kepada anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa. Nasehat untuk lebih sabar, tidak berputus asa, banyak berdoa dan lebih terbuka kepada keluarga. Secara emosional, dukungan keluarga menunjukkan hal yang positif dan baik. Setiap keluarga memberikan dukungan yang membuat penderitaan gangguan jiwa merasa ada yang memperhatikan. Dukungan tersebut berupa dukungan kasih sayang dan perhatian keluarga. Dukungan ditunjukkan dengan mengajak ODGJ berkomunikasi, menyediakan kebutuhan pribadi seperti makan dan mandi, memberikan motivasi dan support, dan diberikan perhatian.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang mengungkapkan bahwa hasil yang paling tinggi memberikan dukungan emosional, dimana keluarga menerima kondisi pasien, mendampingi pasien sampai keadaannya baik, dan membantu pasien dengan ikhlas dan tulus (Karmila dkk, 2016). Pemberian dukungan dalam bentuk motivasi dirasakan sendiri oleh keluarga yang merawat ODGJ. Menurut Friedman (1998) dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat empati, rasa percaya, perhatian, sehingga individu yang menerimanya merasa berharga.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan emosional yang diberikan oleh keluarga sangat penting untuk kesembuhan penderita. Menjadikan penderita merasa aman berada di rumah dan merasa mendapatkan kasih sayang dari keluarga. Dukungan emosional memberikan bantuan dalam bentuk semangat kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Dukungan ini sangat penting karena dengan adanya kasih sayang yang diberikan oleh keluarga terhadap penderita, maka penderita akan merasa bahwa dirinya dihargai dan dicintai (Wardhani dkk, 2012).

Dukungan penilaian yang diberikan keluarga selama merawat yaitu dengan memenuhi kebutuhan makan dan minuman yang sama seperti dengan anggota keluarga lainnya tanpa membedakan. Yusuf (2017) menjelaskan bahwa individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka. Penilaian positif didapatkan apabila

anggota keluarga memberikan perhatian terhadap penderita. Seluruh keluarga membantu memenuhi kebutuhan penderita dalam menyediakan makanan dan minuman. Keluarga adalah sumber bantuan praktis bagi penderita dalam memenuhi kebutuhannya.

Dalam dukungan instrumental keluarga telah memberikan dukungan kepada anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa dengan baik. Keluarga memberikan dukungan berupa pengobatan, mengantar penderita untuk berobat dan mengawasi dalam meminum obat. Keluarga mendukung dalam pemberian obat secara rutin untuk mengantisipasi terjadinya kekambuhan pada penderita. Pentingnya minum obat secara teratur dan rutin membuat keluarga merasakan sendiri dampak yang terjadi pada penderita. Bentuk dukungan yang lain adalah bantuan yang diberikan keluarga dengan mengambilkkan obat ke puskesmas. Bantuan ini diberikan karena ketidak mampuan penderita untuk dapat pergi sendiri ke pelayanan kesehatan.

Kepedulian keluarga dilakukan dengan memotivasi, menjadi pendengar yang baik, membuat senang, dan memberi kesempatan rekreasi. Keluarga berkomitmen dalam memberikan dukungan dan mendampingi penderita untuk patuh dalam pengobatan (Wuryaningsih, 2013). Hal ini sesuai dengan anjuran WHO (2002) bahwa perawatan kesehatan yang dapat diberikan keluarga kepada ODGJ yaitu mendampingi penderita melakukan pengobatan, memberikan dorongan yang positif dan

konsisten dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa keluarga memberikan dukungan kepada penderita ODGJ, walaupun setiap keluarga memiliki bentuk tersendiri. Dukungan tersebut meliputi dukungan informatif, dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan penilaian dan lain-lain. Penelitian ini juga menemukan bahwa faktor-faktor yang mendukung subjek untuk sehat yaitu dukungan keluarga, keinginan subjek dan nasehat yang disampaikan keluarga (Muntiaroh, 2013; Hartanto, 2014; Karmila, 2016).

Selain hasil diatas didapatkan pula data pendukung dari hasil observasi yang dilakukan pada saat wawancara dengan informan. Hasil observasi tersebut menunjukkan bahwa hubungan antara penderita dengan keluarga sangat dekat. Keluarga menunjukkan perhatian dan kasih sayang kepada penderita. Demikian pula dengan hasil wawancara yang dilakukan dengan petugas kesehatan. Hasil wawancara tersebut mengatakan bahwa setiap penderita datang berobat ke puskesmas selalu didampingi oleh keluarga dan sikap keluarga kepada penderita gangguan jiwa sangat baik.

Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa terdapat pula dukungan dari masyarakat. Dari informan diketahui ODGJ dan keluarga tidak pernah menerima sikap dan perlakuan yang buruk baik secara verbal maupun non verbal. Masyarakat sendiri menganggap bahwa orang dengan gangguan jiwa sangat memerlukan akses kesehatan ke pelayanan kesehatan demi

kesembuhannya. Mereka memberikan dukungan dan saran kepada keluarga untuk pencarian pengobatan di tempat pelayanan kesehatan.

Rasa empati masyarakat terhadap orang dengan gangguan jiwa kemungkinan disebabkan oleh karena ciri-ciri masyarakat pedesaan pada umumnya. Dimana tenggang rasa dan kepedulian masih tinggi sehingga membuat masyarakat lebih peduli terhadap orang dengan gangguan jiwa. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Kabupaten Kebumen yang menemukan bahwa dukungan, sikap, dan penerimaan masyarakat terhadap orang dengan gangguan jiwa merupakan hal penting dalam proses penyembuhan (Surahmiyati dkk, 2016).

d. Dukungan *Stakeholder*

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 (Biset, 1998).

Deteksi dini kesehatan jiwa perlu dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa masyarakat. Tujuannya 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).

Keberadaan *stakeholder* dalam hal ini Dinas Kesehatan dalam membantu memberikan pelayanan kesehatan jiwa sangat dibutuhkan. Kebijakan-kebijakan berupa program kesehatan jiwa yang dibuat oleh Dinas Kesehatan tentu harus disertai dengan kerjasama yang baik dengan instansi-instansi yang terkait dalam upaya penyelenggaraan kesehatan jiwa. Menyiapkan sumber daya guna menggerakkan implementasi. Termasuk di dalamnya menyiapkan sarana dan prasarana, sumber daya keuangan, dan tentu saja siapa yang bertanggung jawab melaksanakan kebijakan tersebut dan bagaimana mengantarkan kebijakan secara konkrit kepada masyarakat.

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa dukungan *stakeholder* terhadap layanan kesehatan jiwa di puskesmas berupa dukungan kebijakan, dukungan pembiayaan, dukungan ketersediaan sarana dan prasarana, bimbingan teknis, peningkatan sumber daya manusia, sistem informasi, pemantauan dan evaluasi. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu, 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.

Pelayanan kesehatan jiwa yang dilaksanakan di Kabupaten Luwu meliputi pelayanan kesehatan jiwa dasar dan pelayanan kesehatan jiwa rujukan. Sarana pelayanan kesehatan jiwa dasar dilaksanakan oleh puskesmas. Terdapat 22 puskesmas yang ada di Kabupaten Luwu yang

seluruhnya sudah menyediakan pelayanan kesehatan jiwa dasar. Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan dasar melayani kesehatan jiwa ODGJ sesuai dengan kompetensi yang dimiliki oleh Puskesmas. Apabila ODGJ yang dirawat di puskesmas dan puskesmas mampu menangani maka akan ditangani di puskesmas tetapi untuk ODGJ yang datang ke puskesmas dengan kriteria yang tidak bisa ditangani maka pihak Puskesmas akan melakukan rujukan ke fasilitas layanan kesehatan yang lebih tinggi.

Pelayanan kesehatan jiwa Puskesmas mempunyai kriteria-kriteria yang bisa ditangani di Puskesmas. Pelayanan kesehatan jiwa yang diberikan Puskesmas Larompong meliputi pengobatan ODGJ lepas rawat Rumah Sakit, menyediakan rawat jalan bagi ODGJ, penerimaan pasien baru, kunjungan rumah pasien ODGJ (*home visit*), penyuluhan dan rujukan ODGJ ke Rumah Sakit.

Dalam hal pemenuhan tenaga kesehatan jiwa, di Kabupaten Luwu hanya memiliki satu orang dokter spesialis jiwa yang bertugas di Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Umum Batara Guru, sedangkan untuk di Puskesmas pelayanan kesehatan jiwa oleh dokter umum dan perawat umum. Di Puskesmas Larompong yang menangani pasien ODGJ adalah dokter umum, hal ini dikarenakan Puskesmas Larompong tidak memiliki dokter spesialis jiwa. Untuk perawat, Puskesmas Larompong mempunyai perawat yang sudah mengikuti pelatihan kesehatan jiwa berjumlah satu orang.

Untuk pemenuhan obat diperoleh dari gudang farmasi berdasarkan ketetapan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu. Akan tetapi untuk pemenuhan perbekalan kesehatan jiwa, Puskesmas Larompong masih sering mengalami kekurangan yaitu obat-obatan jiwa dan peralatan kesehatan.

Hasil penelitian ini terkait program kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong menunjukkan bahwa untuk mendukung kegiatan kejiwaan, Puskesmas Larompong mengadakan program pelacakan penderita baru, pelacakan kasus pasung, penyuluhan kesehatan jiwa serta kunjungan rumah (*home visit*). Untuk pendanaan kegiatan tersebut diperoleh dari anggaran POK. Pelaksanaan kegiatan tersebut dilakukan bergantian sesuai jadwal. Dalam hal kebijakan internal yang dikeluarkan oleh Kepala Puskesmas sendiri belum ada. Jadi dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa, Puskesmas Larompong masih memakai protap yang sesuai dengan kapasitas dari puskesmas sendiri.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan *stakeholder* terhadap layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong adalah positif. Hal tersebut menunjukkan bahwa dukungan *stakeholder* merupakan salah satu faktor pendukung yang positif terhadap layanan kesehatan jiwa. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Shepardson (2018) yang menemukan bahwa dukungan dan akses/visibilitas pemangku kepentingan merupakan faktor pendukung untuk memfasilitasi

implementasi awal dalam integrasi layanan kesehatan jiwa dasar. Hal serupa pula ditemukan pada hasil penelitian Beidas dkk (2016).

Terkait pembinaan dan pengawasan pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Luwu informan mengungkapkan bahwa dalam melaksanakan kegiatan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan layanan kesehatan jiwa, Dinas Kesehatan melakukan workshop, bimbingan teknis dan supervisi. Namun hal itu tidak rutin dilakukan setiap bulan, kegiatan supervisi dan bimbingan teknis dilaksanakan jika ada kasus yang akan di verifikasi.

Untuk pengawasan lintas sektor, Dinas Kesehatan berencana bekerja sama dengan instansi pemerintah lainnya seperti Dinas Sosial dan juga dengan pihak keamanan untuk membentuk tim. Tim ini yang akan bertanggungjawab terhadap perlindungan hak dari ODGJ termasuk hak atas pelayanan kesehatan.

Undang-Undang Kesehatan Jiwa Nomor 18 tahun 2014 sebagai dasar hukum yang secara khusus mengatur perlindungan hak pelayanan kesehatan ODGJ. Penelitian ini menemukan bahwa pemenuhan hak pelayanan kesehatan ODGJ yang sesuai dengan Undang-undang ini dilaksanakan melalui upaya pelayanan kesehatan jiwa dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Upaya-upaya tersebut dilaksanakan dalam bentuk sosialisasi bebas pasung, sosialisasi perawatan kesehatan jiwa di Puskesmas, dan deteksi dini. Deteksi dini untuk kasus-kasus gangguan jiwa dilakukan dalam bentuk

pelacakan kasus baru. Upaya lain yang dilakukan yakni upaya penanganan kasus yang sudah terdeteksi di puskesmas dan jika tidak dapat tertangani dirujuk ke Rumah Sakit Umum Daerah.

Penanganan jumlah tenaga kesehatan jiwa yang masih kurang dapat dilakukan melalui kegiatan pelatihan dan pendidikan kesehatan jiwa. Pelatihan kesehatan jiwa bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan ODGJ di fasilitas kesehatan. Kegiatan pelatihan kesehatan jiwa diberikan oleh professional kesehatan jiwa kepada dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya, sehingga dapat membantu penanganan ODGJ di fasilitas kesehatan khususnya yang belum memiliki tenaga khusus kesehatan jiwa.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa beberapa tenaga kesehatan di Kabupaten Luwu termasuk di Puskesmas Larompong telah mendapat pelatihan kesehatan jiwa. Pelatihan kesehatan jiwa tersebut diikuti oleh perwakilan dari fasilitas kesehatan. Selain itu dilakukan kegiatan workshop oleh Dinas Kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan jiwa yang ada di Puskesmas.

Pencatatan dan pelaporan wajib dilakukan pada lembar atau formulir deteksi kesehatan jiwa yang berupa data kejadian ODGJ. Pendataan kejadian ODGJ kemudian dilaporkan setiap bulan. Penelitian ini menunjukkan bahwa pencatatan kejadian ODGJ dilakukan oleh petugas kesehatan jiwa di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah di

tiap-tiap keluarga untuk mendeteksi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Untuk kegiatan pelaporan dilakukan oleh petugas kesehatan setiap bulan ke Kepala Puskesmas maupun ke Dinas Kesehatan.

2. Faktor Penghambat

a. Kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang gangguan jiwa

Pengetahuan seseorang akan menentukan bagaimana perilakunya, seperti yang disebutkan Bloom dalam Notoatmojo (2010) pengetahuan adalah hasil penginderaan atau hasil tahu seseorang terhadap obyek. Pengetahuan paling erat hubungannya dengan perilaku.

Pengetahuan merupakan kesan dari pikiran manusia sebagai hasil dari pancaindra. Pengetahuan mengenai kesehatan sangat penting sebelum tindakan kesehatan terjadi, tetapi tindakan kesehatan mungkin tidak terjadi jika seseorang mendapatkan pengetahuan lebih dahulu (Notoatmojo, 2007). 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 (Rickwood dkk., 2005; Mak dkk., 2013). Pengetahuan tentang kesehatan jiwa akan dapat mempengaruhi

perilaku masyarakat dalam pemanfaatan layanan kesehatan jiwa di puskesmas. Pengetahuan sangat penting peranannya karena dengan adanya pengetahuan yang dimiliki masyarakat maka akan terbentuk sikap yang akan diikuti dengan tindakan memilih pelayanan kesehatan yang baik (Jorm, 2000).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kurangnya pengetahuan tentang gangguan jiwa menyebabkan penderita dan keluarga tidak mengetahui dan tidak menyadari bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa. Kurangnya pengetahuan tentang gangguan jiwa disebabkan oleh kurangnya informasi yang diterima oleh orang dengan gangguan jiwa dan keluarga. Ketidaktahuan ini menjadi kekuatan penghambat yang cukup dominan yang mempengaruhi orang dengan gangguan jiwa sehingga tidak memanfaatkan layanan kesehatan jiwa di puskesmas.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Brown dkk (2015) dan Ali dkk (2016) yang mengungkapkan bahwa pengetahuan tentang kesehatan mental yang buruk merupakan salah satu hambatan bagi orang-orang dengan gangguan mental untuk mengakses perawatan kesehatan mental. Tingkat pengetahuan tentang kesehatan jiwa dikenal sebagai *mental health literacy* didefinisikan sebagai pengetahuan dan pemahaman tentang gangguan jiwa untuk mengenali, mengelola, dan mencegahnya.

Seseorang dapat mengupayakan pengobatan bagi dirinya atau orang lain secara optimal. Hal penting yang pertama kali dibutuhkan adalah

mampu mengenali gejala penyakit yang dideritanya, mengetahui penyebabnya, mengetahui jenis pengobatannya dan mengetahui dimana sarana pengobatan yang mampu memberikan pengobatan tidak terkecuali untuk gangguan jiwa (Jorm dkk, 1997).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pandangan terhadap orang dengan gangguan jiwa umumnya negatif. Beberapa informan masih menyebut orang dengan gangguan jiwa dengan istilah “orang gila”, tidak waras, menakutkan dan berbahaya. Sementara pandangan lain memberikan definisi orang dengan gangguan jiwa sebagai orang yang memiliki penyakit yang membuat orang tidak nyaman karena keluhan perilaku yang dilakukan tidak wajar. Kondisi ini menjelaskan bahwa masih terdapat beberapa keluarga yang memberikan stigma negatif dengan memberikan label-label khusus.

Penderita gangguan jiwa masih dianggap sebagai hal yang memalukan atau sebuah aib bagi keluarga atau kerabat yang salah satu anggota keluarga mengalami gangguan jiwa hingga layak dikucilkan. Minimnya pengetahuan tentang gangguan jiwa membuat penilaian yang diberikan kepada penderita gangguan jiwa bahwa mereka berbeda dengan penderita sakit fisik yang dapat disembuhkan sehingga diberikan label sebagai “orang aneh”. Hal ini menimbulkan perlakuan dan sikap yang salah terhadap orang yang memiliki gangguan jiwa.

Berbeda dengan gangguan kesehatan fisik (badan), yang mudah dikenali oleh masyarakat, pengenalan gangguan jiwa lebih sulit untuk

dipahami. Disamping karena sifatnya yang abstrak juga karena masih sangat banyak istilah-istilah dalam kesehatan jiwa yang belum dikenal. Pengetahuan tentang kesehatan jiwa di masyarakat sering terabaikan (Jorm, 2000).

Ada beberapa hal yang berkaitan dengan kurangnya pengetahuan yaitu keluarga umumnya terlambat mengenali gejala-gejala awal adanya gangguan jiwa. Keluarga akan melakukan upaya pencarian obat ketika penderita sudah mulai mengganggu aktifitas keluarga atau orang-orang disekitarnya. Beberapa orang percaya bahwa gangguan jiwa merupakan hasil dari pilihan-pilihan yang buruk. Dalam penelitian 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 dekat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa munculnya gangguan kesehatan dengan gejala-gejala yang abstrak dianggap sebagai suatu hal yang diluar nalar (*irrasional*). Segala sesuatu yang berada diluar nalar dalam tatanan masyarakat dianggap sebagai suatu yang berhubungan dengan hal gaib dan kejadian mistis atau supranatural.

Faktor ini menjadi pendorong utama bagi keluarga untuk mencari upaya pengobatan menggunakan pengobatan tradisional dan berobat ke dukun, Ustadz atau pengobatan supranatural. Karena dianggap masalah tersebut bukan merupakan wilayah kerja dokter (Burns, 2014). Ketika

keluarga tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang sakit yang dialami penderita, mereka akan mencari informasi tentang tempat yang dapat menyembuhkan penderita ke orang lain (Andersson dkk., 2013; Sun dkk., 2016; Umubyeyi dkk., 2016). Meskipun seringkali informasi itu tidak berdasar atau memiliki tingkat keilmiahannya yang sesuai.

Kurang mengenal istilah-istilah dalam gangguan jiwa memungkinkan petugas kesehatan tidak dapat atau salah mengenali adanya gangguan jiwa pada penderita. Keluarga tidak dapat menceritakan keluhan atau gejalanya pada petugas kesehatan secara baik. Peran keluarga dalam membantu menegakkan diagnosis sangat penting karena seringkali penderita sendiri tidak dapat mengenali keluhan yang dialami (Ermalinda, 2015; Umubyeyi dkk., 2016; Mitayasari, 2018).

Kurangnya pemahaman keluarga akan gejala dini menyebabkan keluarga tidak dapat membedakan gejala gangguan jiwa dengan gejala penyakit fisik lainnya. Selain itu tidak adanya komunikasi yang baik antara dokter dan keluarga penderita terkait gejala penyakit membuat penanganan kesehatan yang tidak tepat terjadi (Karimah, 2012; Putri dkk., 2013; Rosdiana, 2018).

Penelitian ini menemukan bahwa seorang penderita gangguan jiwa yang memiliki gejala awal yang menunjukkan gejala epilepsi, yaitu sering kejang sehingga didiagnosa sebagai penyakit epilepsi. Pada perkembangan berikutnya karena penanganan pengobatan untuk penyakit awal tidak maksimal sehingga memperburuk kondisi kejiwaan penderita.

Penderita gangguan jiwa tidak mungkin mampu mengatasi masalah kejiwaannya sendiri. Individu tersebut membutuhkan peran orang lain di sekitarnya khususnya keluarga. Pengetahuan dan informasi mengenai gangguan jiwa harus diketahui oleh seluruh masyarakat, mulai dari penyebab menderita gangguan jiwa hingga mengetahui perawatan yang tepat untuk mereka agar dapat sembuh. Pengetahuan yang kurang mengenai gangguan jiwa akan meningkatkan jarak sosial (Lauber, 2004).

Upaya untuk meningkatkan pengetahuan pada orang dengan gangguan jiwa dan keluarganya perlu melalui penyuluhan dan pendidikan kesehatan, baik yang dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Jordan, dkk (2015) menyatakan bahwa *advocacy* menjadi sangat penting ketika individu atau masyarakat tidak hanya berperan sebagai pemberi informasi saja, tetapi juga menjadi bagian dari penyelesaian masalah.

Penelitian ini menemukan bahwa di Puskesmas Larompong sudah dilakukan pendidikan kesehatan mengenai gangguan jiwa berupa penyuluhan kesehatan jiwa kepada kader, orang dengan gangguan jiwa dan keluarga, terakhir dilakukan pada bulan April 2019. Upaya lain yang dilakukan Puskesmas Larompong dalam meningkatkan pengetahuan orang dengan gangguan jiwa dan keluarganya adalah dengan melakukan kunjungan rumah yang dilaksanakan secara rutin sekali sebulan.

b. Internalisasi Stigma

Stigma berarti tanda atau sikap yang diberikan saat mempermalukan atau merendahkan orang lain. Stigma merupakan bentuk penyimpangan

penilaian dan perilaku negatif yang terjadi karena pasien gangguan jiwa tidak memiliki keterampilan atau kemampuan untuk berinteraksi dan bahaya yang mungkin dapat ditimbulkannya (Michaels dkk, 2012). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia stigma adalah negatif yang menempel pada diri seseorang karena pengaruh lingkungannya.

Orang dengan gangguan jiwa sering terlihat menggelandang dengan tampilan fisik yang kurang terpelihara, dan perilaku aneh yang tidak lazim dibandingkan orang-orang pada umumnya. Kadang mereka tampak tertawa sendiri, seperti berbicara sendiri atau berinteraksi pada sesuatu yang tidak jelas, melakukan gerakan-gerakan yang hanya dirinyalah yang mengetahui alasannya. Bahkan beberapa di antaranya mengamuk tanpa sebab yang logis atau bertelanjang diri tanpa sehelai pakaian yang menempel menutupi tubuhnya. Perilakunya kerap membuat takut orang-orang disekitarnya.

Itu semua yang pada akhirnya melahirkan stigma dikhalayak umum. Kurangnya pengetahuan akan kesehatan jiwa memang tidak dipungkiri sebagai penyebab utama stigma yang diterima para penderita gangguan jiwa (Smith dan Casswell, 2011).

Dampak langsung stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah rasa rendah diri, malu akan penyakitnya merasa tertekan dan takut. Rasa takut yang timbul antara lain takut akan penolakan sosial, takut kesulitan mendapat pekerjaan dan takut kehilangan hak atas layanan

kesehatan. Selain pengaruh terhadap ODGJ secara langsung, stigma juga berpengaruh kepada keluarga ODGJ (Corrigan dkk, 2006).

Pengaruh negatif dari stigma terhadap ODGJ dan keluarga disebut internalisasi stigma. Internalisasi stigma berhubungan dengan tingkat harga diri yang lebih rendah (Norman dkk, 2011). Internalisasi stigma adalah penerimaan individu bahwa ia memiliki “tanda” yang menyebabkan menjadi kurang bernilai dalam konteks sosial.

Self stigma bagi penderita gangguan jiwa merupakan bentuk internalisasi stigma. *Self stigma* adalah sikap dimana seseorang mengevaluasi atau menilai kondisi dirinya sendiri sebagai orang yang tidak dapat diterima oleh masyarakat karena memiliki masalah gangguan jiwa. Seseorang mulai menyadari bahwa ia memiliki masalah kesehatan mental saat mengalami ciri-ciri gangguan psikologis seperti susah tidur, sering merasa cemas, dan panik serta sedih berkepanjangan (Overton dkk, 2008).

Temuan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa beberapa ODGJ menarik diri dan tidak ingin berkomunikasi dengan orang lain ketika mengetahui bahwa mereka mengalami gangguan. Hal ini disebabkan karena rasa takut untuk dihakimi dan dihina. Adanya *self stigma* ini mengakibatkan penderita menyangkal kondisi kesehatan mentalnya dan enggan untuk mencari bantuan kepada orang yang ahli di bidang tersebut. Sehingga masalah kesehatan jiwa yang awalnya masih dapat diatasi dan dicegah, justru semakin parah dan berpotensi untuk mencapai tahapan gangguan jiwa.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Brown dkk (2015), Ali dkk (2016) dan Kantor dkk (2017) yang menemukan bahwa rasa malu dan ketakutan akan ditolak dan dihakimi merupakan faktor penghambat bagi para penderita gangguan jiwa untuk mendapatkan akses layanan kesehatan jiwa.

Teori *Force Field* oleh Kurt Lewin mengatakan jika faktor pendukung meningkat dan faktor penghambat tetap atau berkurang maka terbentuk perilaku positif yaitu keinginan untuk memanfaatkan layanan kesehatan begitupun sebaliknya. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa stigma yang berasal dari diri penderita dan keluarga merupakan faktor penghambat untuk layanan kesehatan jiwa yang cukup dominan sehingga terbentuk perilaku negatif dari ODGJ dan keluarga berupa tidak adanya keinginan untuk mencari pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa bentuk *self stigma* yang dimiliki oleh penderita gangguan jiwa adalah rasa tidak percaya diri, menganggap dirinya lemah dan rasa bersalah berbentuk keyakinan bahwa penyebab penyakit yang dialami adalah hukuman dari Tuhan. Selain itu penderita mengalami rasa rendah diri yang sangat parah.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Petersen dkk (2015) yang menemukan bahwa *self stigma* adalah faktor penghambat bagi penderita gangguan jiwa untuk pencarian pengobatan dan pemanfaatan layanan kesehatan jiwa. Hal serupa juga dikemukakan oleh Kantor dkk (2017).

Gangguan kejiwaan yang tidak tertangani dengan baik, selain menjadi tidak jelas dari sisi kesembuhannya, juga dapat membahayakan diri sendiri dan membahayakan orang lain. Pengobatan gangguan jiwa di masyarakat masih belum menjadi tindakan yang biasa. Kadang-kadang karena didorong rasa malu keluarga, gangguan jiwa ringan yang seharusnya dapat teratasi dengan cepat akhirnya menjadi masalah serius.

Rasa malu yang ditanggung oleh keluarga merupakan stigma yang dibuat sendiri oleh keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Rasa malu tersebut menyebabkan keluarga penderita gangguan jiwa menutup diri dari lingkungan (Magana dkk, 2007; Ching dkk, 2016). Keluarga cenderung berusaha menutup-nutupi (disembunyikan) jika ada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa sehingga kondisi penderita semakin buruk.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi orang dengan gangguan jiwa tidak memanfaatkan layanan kesehatan adalah rasa malu dari keluarga. Malu jika diketahui oleh orang lain bahwa salah satu anggota keluarganya yang mengalami gangguan kejiwaan. Rasa malu dari keluarga menyebabkan penderita gangguan jiwa terlambat mendapatkan penanganan yang tepat yang dapat memperparah keadaan gangguan jiwanya.

Awal gejala gangguan jiwa yang tidak terdeteksi menyebabkan keterlambatan penanganan penderita gangguan jiwa. Keterlambatan penanganan juga disebabkan oleh stigma terhadap penderita gangguan

jiwa, sehingga keluarga akan menolak apabila ada anggota keluarga yang dideteksi mengalami gejala gangguan jiwa. Mekanisme *coping* yang dilakukan oleh keluarga terkait dengan sebab-sebab terganggunya jiwa anggota keluarganya (Ienciu dkk, 2010; Franz dkk, 2010). Sebagian besar disangkutpautkan dengan kejadian-kejadian mistik atau supranatural yang dialami oleh penderita atau keluarganya.

Selain itu, penolakan atas *labelling* gangguan jiwa juga dilakukan oleh penderita menyebabkan penolakan atas pengobatan yang dijalannya. Penderita gangguan jiwa dan gangguan mental emosional adalah umum terjadi. Namun sebagian dari mereka yang membutuhkan penanganan memandang sebagai ketakutan terhadap stigma dan diskriminasi yang akan didapat. Orang menolak gejala-gejala kesakitan dan menghindari mencari pertolongan awal, yang lebih mudah ditangani pada tahap awal gejala gangguan jiwa.

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa seorang penderita gangguan jiwa menolak atas pengobatan yang dijalannya. Penderita menyatakan bahwa dia merasa baik-baik saja dan sehat, tidak merasa sakit. Bahkan obat yang seharusnya rutin diminum biasanya dibuang begitu saja.

Wardhani, dkk (2011) dalam penelitiannya menemukan bahwa seorang penderita gangguan jiwa berat yang dipasung kedua kakinya pada kayu besar menyatakan bahwa dia sehat tidak merasa sakit. Penderita yang masih bisa diajak berkomunikasi, menyatakan bahwa dirinya tidak menderita sakit apapun meskipun dipasung. Tidak ada pembenaran logis

dalam dirinya untuk rutin minum obat yang diberikan oleh pihak puskesmas secara rutin setiap bulan.

c. Ketersediaan Sumber Daya Manusia

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. Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan merupakan elemen yang sangat penting dan berpengaruh terhadap peningkatan seluruh aspek dalam sistem pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat (Helmizar, 2013).

Sumber daya manusia kesehatan merupakan penggerak atau motor utama dalam suatu organisasi atau institusi. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 menjelaskan bahwa 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. 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 (Undang-undang Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2014).

Terdapat tiga indikator yang digunakan dalam konsep ketersediaan, yaitu jenisnya dapat mencukupi kebutuhan yang ada, jumlahnya mencukupi kebutuhan yang ada dan tersedia tepat pada waktunya (Fajri, 2006).

Sumber daya manusia kesehatan tidak bisa dipersiapkan dalam waktu yang singkat. Untuk itu sumber daya manusia kesehatan harus tersedia dengan jumlah dan saat yang tepat (Lachenmann, 1985; Kumar, 2013).

Hasil temuan penelitian ini menunjukkan bahwa sumber daya manusia yang dimiliki oleh layanan kesehatan jiwa Puskesmas Larompong terdiri dari seorang dokter umum dan seorang perawat dengan latar belakang pendidikan D3 keperawatan umum. Hal tersebut menunjukkan bahwa sumber daya manusia kesehatan yang dimiliki oleh layanan kesehatan jiwa Puskesmas Larompong belum mencukupi kebutuhan. Dalam hal ini kebutuhan mencakup jumlah dan jenisnya.

Dever (1984) mengatakan bahwa suatu sumber daya dikatakan tersedia jika ada dan dapat diperoleh tanpa mempertimbangkan mudah atau sulitnya untuk digunakan. Ketersediaan mempengaruhi pemanfaatannya karena suatu pelayanan hanya dapat digunakan jika tersedia. Ketersediaan biasanya dihitung berdasarkan luas geografi dan ditunjukkan dengan perbandingan jumlah sumber daya terhadap populasi pengguna contohnya perbandingan petugas dengan populasi atau perbandingan jumlah tempat tidur di rumah sakit dengan pasien (Willcox, 2015).

Sebuah penelitian yang dilakukan di Puskesmas Makale Kabupaten Tana Toraja menunjukkan bahwa ketersediaan sumber daya memiliki hubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Ketersediaan sumber daya berupa tenaga kesehatan dapat mendorong seseorang untuk

memanfaatkan layanan kesehatan (Mujiati, 2016). Hal serupa juga dikemukakan dalam hasil penelitian di Puskesmas Tanah Sareal Kota Bogor (Hidana, 2018).

Hasil penelitian di atas sejalan dengan penelitian ini. Penelitian ini menemukan bahwa ketersediaan sumber daya manusia yang terbatas berdampak pada peningkatan beban kerja dan jam kerja tenaga kesehatan. Beban kerja yang berlebihan dapat berpengaruh pada kualitas kerja sehingga menyebabkan pelayanan menjadi tidak maksimal.

Penelitian ini menunjukkan bahwa ketersediaan sumber daya manusia yang kurang merupakan faktor penghambat terhadap layanan kesehatan jiwa. Hal ini terjadi jika kekuatan faktor penghambat ini menguat dan kekuatan faktor pendukungnya tetap atau melemah.

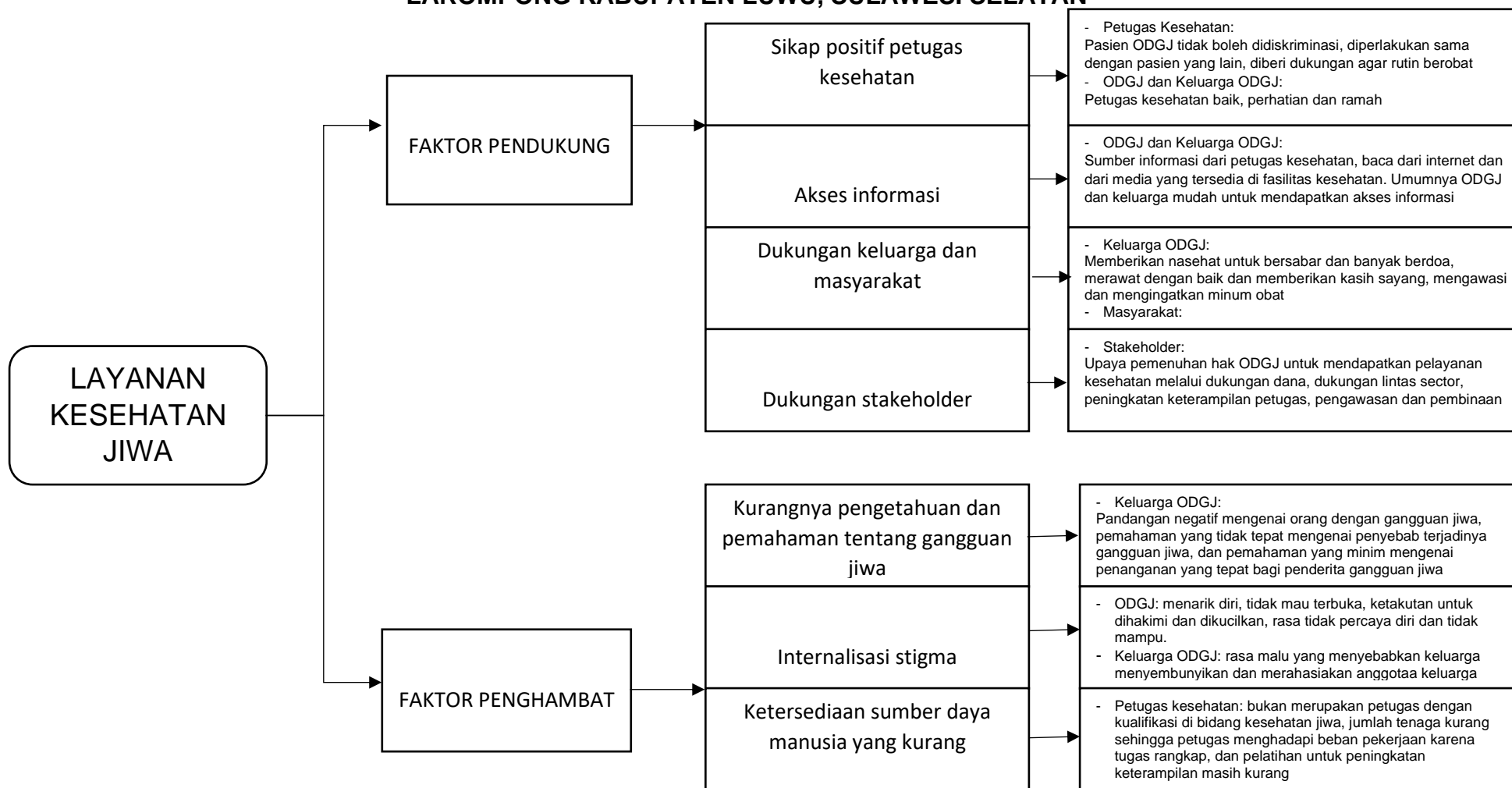
Kemampuan dan keterampilan SDM kesehatan pun perlu ditingkatkan melalui pengembangan berkelanjutan diantaranya pelatihan dan monitoring evaluasi. Pelatihan kesehatan jiwa bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan ODGJ di fasilitas kesehatan (Ginneken dkk., 2017).

Kegiatan pelayanan kesehatan jiwa diberikan oleh professional kesehatan jiwa atau oleh praktisi kesehatan jiwa kepada dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya. Hal ini bertujuan agar dapat membantu penanganan ODGJ di fasilitas kesehatan khususnya fasilitas kesehatan yang belum memiliki tenaga khusus kesehatan jiwa. Pelatihan tersebut

mencakup upaya pencegahan, deteksi dini, penegakan diagnosis, penatalaksanaan yang tepat dan rujukan.

Penelitian ini menunjukkan bahwa informan sebagai petugas kesehatan jiwa tidak mendapatkan pelatihan yang memadai untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam mengelola pasien dengan masalah kejiwaan. Informan hanya mengikuti pelatihan serta pertemuan ditingkat kabupaten. Temuan dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gondek (2016) dan Beidas (2016) yang menemukan bahwa latar belakang pendidikan terapis dan kurangnya keahlian dari pemberi layanan menjadi faktor penghambat dalam perawatan kesehatan mental anak-anak dan remaja.

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



Gambar 4.2. Skema Hasil Analisis Faktor Pendukung dan Penghambat Layanan Kesehatan Jiwa di Puskesmas Larompong

C. Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian yang sedianya dilakukan pada beberapa puskesmas untuk dapat membandingkan hasil sesuai tujuan yang diinginkan, hanya dapat dilakukan pada satu Puskesmas karena keterbatasan waktu, jarak dan letak geografis.
2. Beberapa pernyataan informan bersifat deskriptif atau permukaan, sehingga peneliti kesulitan melakukan probing pada informan tertentu.
3. Beberapa proses triangulasi sumber terkendala kesediaan waktu informan di lapangan pada masa pengumpulan data.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, observasi tidak terstruktur dan telaah dokumen serta analisis data yang telah dilakukan maka kesimpulan dari hasil penelitian ini adalah bahwa layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong Kabupaten Luwu ditentukan oleh faktor pendukung dan faktor penghambat dengan rincian sebagai berikut :

1. Faktor yang mendukung layanan kesehatan jiwa yang utama di Puskesmas Larompong adalah dukungan keluarga dan masyarakat, sikap positif petugas kesehatan, akses informasi, dan dukungan *stakeholder*.
 - a. Dukungan keluarga dekat dan masyarakat terbukti telah menjadi salah satu faktor pendorong bagi ODGJ untuk dapat memanfaatkan layanan kesehatan jiwa. Dukungan tersebut berupa dukungan kasih sayang dan perhatian, diajak berkomunikasi, diingatkan untuk minum obat, diberikan motivasi dan *support* serta diantar untuk berobat.
 - b. Sikap positif petugas kesehatan yang ditunjukkan memberikan kekuatan yang menumbuhkan motivasi untuk memanfaatkan layanan kesehatan yang diberikan. Sikap positif yang ditunjukkan petugas kesehatan dengan tidak membedakan pasien.

Pasien gangguan jiwa diberikan perlakuan yang sama dengan pasien umum, tidak didiskriminasi dan tidak bersikap atau bertingkah berlebihan terhadap pasien gangguan jiwa.

- c. Kemudahan informasi mempengaruhi keputusan untuk memanfaatkan layanan kesehatan jiwa. Informasi tentang kesehatan jiwa didapatkan melalui kegiatan kesehatan atau pelayanan kesehatan yang diikutinya seperti penyuluhan kesehatan atau saat kunjungan rumah, internet dan mengakses informasi kesehatan jiwa dari media kesehatan yang tersedia di Puskesmas Larompong dan fasilitas kesehatan lainnya.
 - d. Dukungan *stakeholder* terhadap layanan kesehatan jiwa di puskesmas berupa dukungan kebijakan, dukungan pembiayaan, dukungan ketersediaan sarana dan prasarana, bimbingan teknis, peningkatan sumber daya manusia, sistem informasi, pemantauan dan evaluasi.
- 2.** Kurangnya pengetahuan tentang gangguan jiwa, internalisasi stigma dan ketersediaan sumber daya manusia yang terbatas menjadi faktor yang menghambat layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong.
- a. Kurangnya pengetahuan tentang gangguan jiwa menyebabkan penderita dan keluarga tidak mengetahui dan tidak menyadari bahwa dirinya mengalami gangguan jiwa. Ketidaktahuan ini mempengaruhi orang dengan gangguan jiwa sehingga tidak

memanfaatkan layanan kesehatan jiwa di puskesmas. Kurangnya pengetahuan tentang gangguan jiwa menyebabkan keluarga memiliki pandangan negatif mengenai orang dengan gangguan jiwa dan juga pemahaman yang tidak tepat mengenai penyebab gangguan jiwa. Hal ini menyebabkan keluarga memiliki pemahaman yang minim mengenai penanganan yang tepat bagi orang dengan gangguan jiwa.

- b. Internalisasi stigma mengakibatkan ODGJ menyangkal kondisi kesehatan mentalnya dan enggan untuk mencari bantuan pengobatan. Rasa malu dan ketakutan akan ditolak dan dihakimi membentuk perilaku negatif dari ODGJ dan keluarga berupa tidak adanya keinginan untuk mencari pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Ketersediaan sumber daya berupa tenaga kesehatan dapat mendorong seseorang untuk memanfaatkan layanan kesehatan. Puskesmas Larompong belum cukup memiliki sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa. Latar belakang pendidikan petugas bukan dengan kompetensi di bidang kesehatan jiwa. Petugas kesehatan belum memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal kepada penderita gangguan jiwa

B. Saran

1. Pemerintah Daerah Kabupaten Luwu
 - a. Menyiapkan peraturan ditingkat daerah yang mengatur tentang kesehatan jiwa secara keseluruhan termasuk prosedur pelayanan kesehatan jiwa bagi ODGJ di fasilitas kesehatan.
 - b. Menjadikan masalah kesehatan jiwa ODGJ sebagai salah satu isu kesehatan yang harus diprioritaskan sebagaimana isu kesehatan lainnya melalui penyediaan anggaran khusus untuk kesehatan jiwa ODGJ di pemerintah daerah Kabupaten Luwu.
2. Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu
 - a. Memfasilitasi penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang terstandar untuk penanganan pasien ODGJ di fasilitas kesehatan. Sehingga langkah penanganan ODGJ dapat dilaksanakan secara strategis.
 - b. Melaksanakan pembinaan dan pendidikan sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa dengan mengirim tenaga dokter atau perawat untuk melanjutkan pendidikan ke bidang khusus ilmu kesehatan jiwa.
 - c. Menyediakan akses pelayanan yang berkesinambungan meliputi pengobatan, pemulihan psikososial, rehabilitasi, pendampingan atau dukungan lain yang memadai untuk ODGJ.
 - d. Menyediakan pengobatan dan perawatan ODGJ secara merata di Rumah Sakit dan Puskesmas.

3. Puskesmas
 - a. Membuat kebijakan internal puskesmas terkait pelayanan kesehatan jiwa.
 - b. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan jiwa dalam rangka pemenuhan tenaga khusus kesehatan jiwa di puskesmas serta dalam rangka meningkatkan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan dalam bidang pelayanan kesehatan jiwa.
4. Masyarakat
 - a. Masyarakat harus bekerja sama untuk mewujudkan perlindungan hak pelayanan kesehatan ODGJ dengan memberikan kesempatan pada ODGJ untuk melakukan perawatan di fasilitas kesehatan dengan cara membawa ODGJ ke fasilitas kesehatan.
 - b. Menerima kembali ODGJ yang telah pulih di dalam kehidupan masyarakat sehingga ODGJ dapat kembali menjadi pribadi yang produktif untuk kehidupan pribadi, keluarga dan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmedani, B. K. 2011. Mental health stigma: society, individuals, and the profession. *Journal of social work values and ethics* 8(2): 4-1.
- Aiyub. 2018. Stigmatisasi pada penderita gangguan jiwa: Berjuang melawan stigma dalam upaya mencapai tujuan hidup untuk kualitas hidup yang lebih baik. *IDEA Nursing Journal* 9:1-8.
- Ajzen, I .2005. *Attitudes, personality and behavior*. New York. Open university press.
- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S. & Griffiths, K. M. 2017. Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders* 50(1): 9-21. doi: 10.1002/eat.22598.
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International review of psychiatry* 26(4): 392-407. doi: 10.3109/09540261.2014.928270.
- Amaliah, K. 2008. *Peranan Sikap, Norma Subyektif dan Perceived Behavioral Control dalam Memprediksi Intensi Mahasiswa untuk Bersepeda di Kampus*. Depok: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia .
- Anderson, James A. 1975. *Public Policy Making: Basic Concept in Political Sciences*. New York: Praeger University Series.
- Anderson, D. R. & Anderson, K. E. 2009. Sustainability risk management. *Risk Management and Insurance Review* 12(1): 25. doi: 10.1111/j.1540-6296.2009.01152.x.
- Anderson, E.T., McFarlane, J. 2011. *Community as partner theory and practice in nursing*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

- Andersson L.M.C., Schierenbeck I., Strumpher J., Krantz G., Topper K., Backman G. et al. (2013). Help-seeking behaviour, barriers to care and experience of care among persons with depression in Eastern Cape, South Africa. *Journal of affective disorders*, 151(2): 439-448 doi: 10.1016/j.jad.2013.06.022.
- Azwar, Azrul. 1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Azwar, Saifuddin. 2011. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bartolomei, J. Baeriswyl-Cottin, R., Framorando, D., Kasina, F., Premand, N., Eytan, A., Khazaal, Y. 2016. What are the barriers to access to mental healthcare and primary needs of asylum seekers? A survey of mental health caregivers and primary care workers. *BMC Psychiatry* 16(1): 336. Doi:10.1186/s12888-016-1048-6.
- Beidas, R. S., et al. 2016. A multi-level examination of stakeholder perspectives of implementation of evidence-based practices in a large urban publicly-funded mental health system. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 43(6): 893-908. doi:10.1007/s10488-015-0705-2.
- Birch, S., Lavender, A. & Cupitt, C. 2005. The physical healthcare experiences of women with mental health problems: Status versus stigma. *Journal of mental health* 14(1): 61-72. doi: 10.1080/09638230500048032.
- Borba C. P., DePadilla L., McCarty F. A., von Esenwein S. A., Druss B. G. & Sterk C. E. 2012. A qualitative study examining the perceived barriers and facilitators to medical healthcare services among women with a serious mental illness. *Women's Health Issues*, 22, e217–e224. doi:10.1016/j.whi.2011.10.001.

- Brown, A., Rice, S. M., Rickwood, D. J. & Parker, A. G. 2016. Systematic review of barriers and facilitators to accessing and engaging with mental health care among at-risk young people. *Asia-Pacific Psychiatry* 8(1): 3-22 doi: 10.1111/appy.12199.
- Budiharto. 2010. *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan Gigi*. Jakarta: EGC.
- Bureau of Labor Statistics, U.S. (2010). *Occupational Outlook Handbook-Credential Watch. 2010-11 Library edition*. Bulletin 2800. Washington, DC .U.S. Government Printing Office.
- Burns J.K. (2014). The burden of untreated mental disorders in KwaZulu-Natal Province-mapping the treatment gap. *South African Journal of Psychiatry*, 20(1):6-10 doi:10.7196/sajp.499.
- Ching, W. H., Chen, F. 2016. Sociocultural factors associated with caregivers-psychiatrist relationship in Taiwan. *Psychiatry investig* 13(3): 288-296.
- Colucci, E., Minas, H., Szwarc, J., Guerra, C. & Paxton G. 2015. In or out? Barriers and facilitators to refugee-background young people accessing mental health services. *Transcultural psychiatry* 52(6): 766-790. doi: 10.1177/1363461515571624.
- Corker, E., Hamilton, S., Henderson, C., Weeks, C., Pinfold, V., Rose, D., Williams, P., Flach, C., Gill, V., Lewis-Holmes, E. & Thornicroft. G. 2013. Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011. *The British Journal of Psychiatry* 202(s55): s58-s63. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112912.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Miller, F. E. Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of family psychology* 20(2): 239-246.

- Corrigan, P. W., Druss, B. G. & Perlick, D. A. 2014. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest* 15(2): 37-70. doi: 10.1177/1529100614531398.
- Cosgrave, C., Hussain, R., Maple, M. 2015. Retention challenge facing Australia's rural community mental health services: Service managers' perspective. *Australian Journal of Rural Health* 23(5):272-276Doi: 10.1111/ajr.12205.
- Darmabrata, W. & Nurhidayat, A.W. 2003. *Psikiatri Forensik*. Jakarta. EGC.
- Dube, FN., Uys, LR. 2015. Primary health care nurses management practices of common mental health conditions in Kwazulu-Natal, South Africa. *Curationis* 38(1) Doi: 10.4102/curationis.v38i1.1168.
- Effendi, F & Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktek Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ermelinda. 2015. Terapi lingkungan pada pasien gangguan jiwa. Surabaya.
- Fahlevi, M Iqbal. 2017. Pengaruh kompetensi petugas terhadap kinerja pelayanan kesehatan di Puskesmas Peureumeue Kabupaten Aceh Barat. Pp. 256-65 in Prosiding Seminar Nasional IKAKESMADA "Peran tenaga kesehatan dalam pelaksanaan SDGs".
- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Henderson, R. C., Szmukler, G., Thornicroft, G. 2016. Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expectations* 19(2): 448-458. doi: 10.1111/hex.12368. doi: 10.1111/hex.12368.
- Feblina, Ayu Rahayu. 2017. Faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan dan dampaknya terhadap kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut di puskesmas Tolo Kabupaten Jeneponto Tahun 2017.

- Fitzpatrick, S.J., Perkins, D., Luland, T., Brown, D., Corvan, E. 2017. The effect of context in rural mental health care: Understanding integrated services in a small town. *Health and place* Volume:4 pages 70-76 Doi: 10.1016/j.healthplace.2017.03.004 first-episode psychosis: a grounded theory study. *Early interv psychiatry* 4(1): 47-56.
- Franz, L., Carter, T., Leiner, A. S., Bergner, E. 2010. Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: A grounded theory study. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(1):47-56.
- Gagne, R.M. & Briggs, L.J. 1974. *Principles of Instructional Design*. New York: Holt Rinehart and Winston Inc.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, W. & Sartorius, N. 2015. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry* 14(2): 231-233. doi: 10.1002/wps.20231.
- Gibson, James L., John M. Ivancevich dan James H. Donnelly, Jr. 1994. *Organisasi dan Manajemen. Perilaku, Struktur, Proses*. Edisi keempat. Jakarta: Erlangga.
- Ginneken, N. Van, Maheedhariah, M.S., Ghani, S, Ramakhrisna, J., Raja, A., & Patel, V. 2017. Human resources and models of mental healthcare integration into primary and community care in India. *PLoS ONE Public Library of Science*, 12(6): e0178954 doi: 10.1371/journal.pone.0178954.
- Gleacher, A. A., Olin, S. S., Nadeem, N., Pollock, M., Ringle, V., Bickman, L., Douglas, S. & Hoagwood, K. 2016. Implementing a measurement feedback system in community mental health clinics: a case study of multilevel barriers and facilitators. *Administration and policy in mental health and mental health services research* 43(3): 426–440. doi: 10.1007/s10488-015-0642-0.
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Velikonja, T., Chapman, L., Saunders, F., Hayes, D. & Wolpert, M. 2017. Facilitators and barriers to person-centred care in child and young people mental health services: A

- systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy* 24(4): 870-886. doi: 10.1002/cpp.2052
- Green, Lawrence, 1980. *Health Education: A Diagnosis Approach*. The John Hopkins University. Mayfield Publishing Co
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H. 2012. Barriers and facilitators to mental health help-seeking for young elite athletes: a qualitative study. *BMC psychiatry* 12(1): 157. doi: 10.1186/1471-244X-12-157.
- Hafizzurachman. 2009. Sumber Daya Manusia Rumah Sakit di Q-Hospital. *Majalah Kedokteran Indonesia* 59(8): 343-347
- Harrison, H., Birks, M., Franklin, R. & Mills, J. 2017. Case study research: Foundations and methodological orientations. *Forum Qualitative Sozialforschung*, Freie Universitaet Berlin. 18(1). doi: 10.17169/fqs-18.1.2655.
- Hartanto, D. 2014. Gambaran sikap dan dukungan keluarga terhadap penderita gangguan jiwa di Kecamatan Kartasura. Universitas Muhammadiyah Surakarta. Eprint.ums.ac.id.
- Helmizar. 2013. Evaluasi kebijakan Jaminan Persalinan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 9(2): 197-205.
- Hill, K. & Startup, M. 2013. The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: the mediating role of self-efficacy. *Psychiatry research* 206(2-3): 151-157. doi: 10.1016/j.psychres.2012.09.056.
- Hom, M. A., Stanley, I. H. & Joiner, T. E. Jr. 2015. Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: a review of the literature.

Clinical Psychology Review 40: 28-39. doi:
10.1016/j.cpr.2015.05.006.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. Van Der, Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B. & Lorig, K. 2011. How should we define health? *BMJ* 343: d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163.

Human Rights Watch. 2016. Hidup di Neraka, kekerasan terhadap penyandang Disabilitas Psikososial di Indonesia. Human Rights Watch Organization. <http://www.hrw.org>. Jakarta.

Idaiani, Sri; Suhardi; Antonius Yudi Kristanto. 2009. Analysis of Mental Emotional Disorder Symptoms in Indonesian People. *Majalah kedokteran Indonesia*. Volume: 59, Nomor: 10, Oktober 2009

Ienciu, M., Romosan, M., Bredicean, C. 2010. First episode psychosis and treatment delay-causes and consequences. *Psychiatria Danubina* 22(4): 540-543

Isfandari, S., & Lolong, D. B. 2014. Analisa faktor risiko dan status kesehatan remaja indonesia pada dekade mendatang. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 42 (02), 122 - 130.

Izutsu, T., Tsutsumi, A., Minas, H., Thornicroft, G., Patel, V. & Ito, A. 2015. Mental health and wellbeing in the Sustainable Development Goals. *The Lancet Psychiatry* 2(12): 1052-1054. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00457-5.

Jorm A.F., Korten A.E., Jacomb P.A., Christensen H., Rodgers B., & Pollitt P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4): 182-186 doi: 10.5694/J.1326-5377.1997.tb140071.x.

- Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy, public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5): 396-401 doi: 10.1192/bjp.177.5.396.
- Kantor, V., Knefel, M. & Lueger-Schuster, B. 2017. Perceived barriers and facilitators of mental health service utilization in adult trauma survivors: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 52: 52-68. doi:10.1016/j.cpr.2016.12.001
- Karimah, Azimatul. 2012. Peran keluarga pada penderita gangguan jiwa. Surabaya. Universitas Airlangga.
- Karmila, K., Lestari, D. R. & Herawati. 2017. Dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Banjarbaru. *Dunia Keperawatan* 4(2): 88-92. Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Banjarbaru.
- Kelleher, I., Devlin, N., Wigman, J. T., Kehoe, A., Murtagh, A., Fitzpatrick, C., Cannon, M. 2014. Psychotic experiences in a mental health clinic sample: implications for suicidality, multimorbidity and functioning. *Psychological Medicine* 44(8): 1615-1624. doi: 10.1017/S0033291713002122
- Kementrian Kesehatan RI. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2018. Laporan Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta; Kementerian Kesehatan RI.
- Kementrian Kesehatan RI. 2015. Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Puskesmas. Jakarta. Kementerian Kesehatan RI.
- Knaak, S., Mantler, E. & Szeto, A. 2017. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*, SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.

- Kohrt, B., Asher, L., Bhardwaj, A., Fazel, M., Jordans, M. J. D., Mutamba, M. M., Nadkarni, A., Pedersen, G. A., Singla, D. R. & Patel, V. 2018. The role of communities in mental health care in low-and middle-income countries: a meta-review of components and competencies. *International journal of environmental research and public health* 15(6): 1279. doi: 10.3390/ijerph15061279.
- Kurniawan, Y. and I. Sulistyarini 2017. Komunitas Sehati (Sehat Jiwa dan Hati) Sebagai Intervensi Kesehatan Mental Berbasis Masyarakat. *INSAN Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental* 1(2): 112-124.
- Lachenmann, G. 1985. Human resources for primary health care in developing countries. *Primary Health Care in the Making*, pp377-380 doi: 10.1007/978-3-642-69977-1_73.
- Langley, A. K., Nadeem, E., Kataok, S. H., Stein, B. D. & Jaycox, L. H. 2010. Evidence-based mental health programs in schools: barriers and facilitators of successful implementation. *School Ment Health* 2(3): 105–113. doi:10.1007/s12310-010-9038-1.
- Lestari, W. & Wardhani, Y. F. 2014. Stigma and management on people with severe mental disorders with “pasung” (physical restraint). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* 17(2).
- Lidya, ER. 2012. Faktor yang berhubungan dengan kepuasan pasien rawat jalan di Puskesmas Saparua Kecamatan Saparua Kabupaten Maluku Tengah.
- Lilipory, Elizabeth. 2008. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pemanfaatan Rumah Sakit di RSUD dr. Haulussy Ambon tahun 2008.
- Livana, P., Ayuwatini, S. & Ardiyanti, Y. 2019. Gambaran kesehatan jiwa masyarakat. *Jurnal Keperawatan Jiwa* 6(1): 60-63.

- Lubis, N., Krisnani, H. & Fedryansyah, M. 2015. Pemahaman masyarakat mengenai gangguan jiwa dan keterbelakangan mental. *Prosiding Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat* 2(3).
- Magan, H., Indar, Balqis. 2013 Faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan unit rawat jalan di wilayah kerja Puskesmas Makale.
- Magana, S. M., Garcia, R. 2007. Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv* 58(3): 378-384.
- Mak H.W. & Davis J.M. (2013). The application of the theory of planned behavior to help seeking intention in a Chinese society. *Social psychiatry and psychiatry epidemiology*, 49(9):1501-1515 doi: 10.1007/s00127-013-0792-x.
- Maramis, W.F. 2008. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Maramis, Willy F., dan Maramis, Albert A (2009), *Ilmu Kedokteran Jiwa*, Surabaya: Airlangga.
- Marchira, C. R. 2011. Integrasi kesehatan jiwa pada pelayanan primer di indonesia: Sebuah tantangan di masa sekarang." *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* 14(03).
- Michaels, P.J., Lopez, M., Rusch, N., Corrigan, P. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, society and education* 4(2):183-194.
- Mitayasari, Eva. 2018. Peran keluarga dalam perawatan ODGJ. Surabaya. Universitas Airlangga.
- Mujiati. 2016. Ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam era jaminan kesehatan

- nasional di delapan kabupaten-kota di Indonesia. *Media Litbangkes* 26(4):201-210.
- Muntiaroh dkk. 2013. Gambaran tingkat pengetahuan keluarga tentang skizofrenia dan dukungan keluarga pada klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Amino Ghondohutomo Semarang. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. Volume: 2, Nomor: 1, 192-196. Universitas Muhammadiyah Semarang
- Nasir, A & Muhith, A. 2011. *Dasar Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.
- Norman, Ross M. G., Manchanda, Rahul. 2011. Parsing the relationship of stigma and insight to psychological well-being in psychotic disorders. *Schizophrenia research* 133(1-3):3-7 doi: 10.1016/j.schres.2011.09.002.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurjanah, I. 2004. *Pedoman Penanganan Pada Gangguan Jiwa Manajemen, Proses Keperawatan Dan Hubungan Teraupetik Perawat-Klien*. Yogyakarta: Moco Media.
- Ohrnberger, J., Fichera, E. & Sutton, M. 2017. The relationship between physical and mental health: a mediation analysis. *Social Science & Medicine* 195: 42-49. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.11.008.
- Overton, S. L., Medina, S. L. 2008. The stigma of mental illness. *Journal of counseling and development* 86: 143-151.

- Pellegrini, C. 2014. Mental illness stigma in health care settings a barrier to care. *Canadian Medical Association journal* 186(1): 17.
- Petersen, K. S., Friis, V. S., Haxholm, B. L., Nielsen, C. V. & Wind, G. 2015. Recovery from mental illness: a service user perspective on facilitators and barriers. *Community mental health journal* 51(1): 1-13 doi: 10.1007/s10597-014-9779-7.
- Phelan, M., Stradins, L. & Morrison, S. 2001. Physical health of people with severe mental illness: can be improved if primary care and mental health professionals pay attention to it. *British Medical Journal Publishing Group*.
- Pungkasari, Ratmi. 2013. Hubungan pengetahuan dan sikap tenaga kesehatan dengan mutu pelayanan pada pasien rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah di Kabupaten Boyolali.
- Puri, B.K., Laking, J. Paul., dan Treasaden. 2011. *Buku Ajar Psikiatri Edisi 2*. Jakarta, EGC.
- Putri A.S., Martiningtyas M.A.D., Sagala A.E.S.B., Erawan G.N., Yana I.P.A., Martiningtyas D. dkk. (2013). Era baru kesehatan mental Indonesia: Sebuah kisah dari desa siaga sehat jiwa (DSSJ). *Jurnal Psikologi*, 40(2):169-180.
- Putri, A. W., Wibhawa, B. & Gutama, A.S. 2015. Kesehatan mental masyarakat Indonesia (pengetahuan, dan keterbukaan masyarakat terhadap gangguan kesehatan mental). *Prosiding Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat* 2(2).
- Rahardjo, M. 2017. *Studi kasus dalam penelitian kualitatif: konsep dan prosedurnya*. Disajikan pada mata kuliah Metode Penelitian, Sekolah Pascasarjana Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang, Malang Januari 2017.

- Rahayuni, I. G. A. R., Darsana, I. W., Adianta, I. K. A, Wicaksana, A. A. T. & Wulandari, I. A. P. 2018. Pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas oleh keluarga penderita skizofrenia di Provinsi Bali. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional* 1(1): 76-81.
- Rickwood D., Deane F.P., Wilson C.J. & Ciarrochi J. (2005). Young people's help seeking for mental health problems. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3):218-251 doi: 10.5172/jamh.4.3.218.
- Rosdiana. 2018. Identifikasi peran keluarga penderita dalam upaya penanganan gangguan jiwa skizoprenia. *Jurnal MKMI* 14(2):174-180 doi: 10.30597/mkmi.v14i2.3787.
- Ross, L. E., Vigot, S., Wishard, J., Waese, M., Spence, J. D., Oliver, J., Chambers, J., Anderson, S. & Shields, R. 2015. Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study. *BMC family practice* 16(1): 135 doi: 10.1186/s12875-015-0353-3.
- Ruch, Floyd L. 1967. *Psychology and Life*, 7 Edt. Scott. Atlanta: Foresman and Company.
- Saputra, M., Marlinae, L., Rahman, F., Rosadi, D. Program jaminan kesehatan nasional dari aspek sumber daya manusia pelaksana pelayanan kesehatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 11(1):32-42 doi: 10.15294/kemas.v11i1.3462.
- Shepardson, R., Johnson, E. M., Possemanto, K., Arigo, D. Funderburk, J. S. 2018. Perceived barriers and facilitators to implementation of peer support in Veterans Health Administration Primary Care-Mental Health Integration settings. *Psychological services*. doi: 10.1037/ser0000242.

- Smith, AL., Cashwell, CS. 2011. Stigma and mental illness: Investigating attitudes of mental health and non mental health professionals and trainees. *Journal of humanistic counseling, education, and development* 49(2):189-202 doi: 10.002/j.2161-1939.2010.tb00097.x.
- Sun K.S., Lam T.P., Lam K.F., Lo T.L., Chao D.V.K. & Lam E.W.W. (2016). Barriers of Chinese primary care attenders to seeking help for psychological distress in Hongkong. *Journal of affective disorders*, 196:164-170 doi: 10.1016/j.jad.2016.02.041.
- Sunanti Z. Soejoeti, 2007. *Konsep sehat, sakit dan penyakit dalam konteks sosial budaya. pusat penelitian ekologi kesehatan*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y. & Letrilliart, L. 2015. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health* 37(4): 716-727. doi: 10.1093/pubmed/fdu102.
- Surahmiyati, S., Yoga, BH., Hasanbasri, M. 2016. Dukungan sosial untuk orang dengan gangguan jiwa di daerah miskin: Studi di sebuah wilayah puskesmas di Gunung Kidul. *Journal of Community Medicine and Public health* 33(8): 403-410
- Surjaningrum, E. R. 2012. Gambaran mental health literacy kader kesehatan." *INSAN Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental* 14(3): 194-202.
- Talya, Carlita. 2011. Hubungan antara kualitas komunikasi interpersonal petugas medis dan pasien rawat inap dengan tingkat kepuasan komunikasi pasien. *Jurnal Universitas Atma Jaya Yogyakarta*.

- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A. & Lewis-Holmes, E. 2008. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International journal of mental health systems* 2(1): 3.
- Thornicroft, G., Rose, D. & Kassam, A. 2007. Discrimination in health care against people with mental illness. *International review of psychiatry* 19(2): 113-122 doi: 10.1080/09540260701278937
- Thornicroft, G. & Patel, V. 2014. Including mental health among the new sustainable development goals. *BMJ* 349:5189 doi: 10.1136/bmj.g5189.
- Tol, W. A., Patel, V., Tomlinson, M., Baingana, F., Galappatti, A., Panter-Brick, C., Silove, D., Sondorp, E., Wessels, M. & Ommeren, M. Van. 2011. Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *PLoS Medicine* 8(9). doi: e1001096.
- Tristiana, R. D., Yusuf, A. H., Fitriyasari, R., Wahyuni, S. D. & Nihayati, H.E. 2018. Perceived barriers on mental health services by the family of patients with mental illness. *International journal of nursing sciences* 5(1): 63-67.
- Umubyeyi A., Mogren I., Ntaganira J. & Krantz G. (2016). Help-seeking behaviours, barriers to care and self-efficacy for seeking mental health care: population-based study in Rwanda. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(1):81-92 doi: 10.1007/s00127-015-1130-2.
- Undang-undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Jakarta. Republik Indonesia
- Votruba, N., Eaton, J., Prince, M., & Thornicroft, G. 2014. The importance of global mental health for the Sustainable Development Goals. *Journal of Mental Health* 23(6): 283-286 doi: 10.3109/09638237.2014.976857.

- Wardhani. 2012. Dukungan keluarga: Faktor penyebab ketidak patuhan klien skizofrenia menjalani pengobatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia* 15(1): 1-6
- Wasniyati, A., et al. 2014. *Evaluasi Program Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) di Wilayah Puskesmas Galur II Kabupaten Kulon Progo Yogyakarta.*
- Willcox, M.L., Peersman, W., Daou, P., Diakite, C., Bajunirwe, F., Mubanggizi, V. et al. Human resources for primary health care in sub-Saharan Africa: Progres or stagnation?. *Human Resources for Health*, 13(76) doi: 10.1186/s12960-015-0073-8.
- World Health Organization. 2013. Mental Health Action Plan 2013-2020 (*Department of Mental Health and Substance Abuse, Ed.*). Geneva: Author
- WHO. Depression and Other Common Mental Disorders. 2017. *Global Health Estimates.* Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2017. *Factsheet on Mental Disorders.* Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
- WHO. 2014 .*Global Mental Health Atlas Country Profile 2014.* Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2015. *Global Mental Health 2015.* Geneva: World Health Organization.
- WHO. Prevention of Mental Disorders. 2004. *Effective Intervention and Policy Options (Summary Report).* Geneva: World Health Organization collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht.
- WHO. 2004. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice.* Geneva: World Health Organization.

- Wright, N., et al. 2015. Practitioner review: pathways to care for ADHD—a systematic review of barriers and facilitators. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 56(6): 598-617. doi: 10.1111/jcpp.12398.
- Wuryaningsih, EW., Hamid AYS., Helena N. 2013. Studi fenomenologi: Pengalaman keluarga mencegah kekambuhan perilaku kekerasan pasien pasca hospitalisasi RSJ. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. Volume: 1, Nomor: 2, November 2013 178-185
- Yanuar, R. 2019. Analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian gangguan jiwa di Desa Paringan Kecamatan Jenangan Kabupaten Ponorogo. *Psychiatry Nursing Journal* 1(1).
- Yin, R. K. 2017. *Case study research and applications: Design and methods*, Sage publications.
- Yosep, Iyus., Puspowati, Ni Luh Nyoman Sri., & Sriati, Aat. 2009. Pengalaman traumatik penyebab gangguan jiwa (skizofrenia) pasien di Rumah Sakit Jiwa Cimahi.
- Yusuf, A., et al. 2015. *Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa*, Salemba empat.
- Yusuf, A. and D. T. Tristiana. 2018. Fenomena pasung dan dukungan keluarga terhadap pasien gangguan jiwa pasca pasung. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran* 5(3).
- Zeithaml, V. A. & Bitner, M.J. 2000. *Service Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm*. 3rd edition. New York: Irwin. McGrawHill.

Lampiran 1. Lembar Permintaan menjadi Informan

PERMINTAAN MENJADI INFORMAN

Kepada Yth,
Calon informan
Di,-

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ROSALINA SANDI
NIM : K012171007

Adalah mahasiswa Pascasarjana Kesehatan Masyarakat, Konsentrasi Promosi Kesehatan Universitas Hasanuddin (UNHAS) Makassar, akan mengadakan penelitian dengan judul :

Analisis Faktor Pendukung Dan Penghambat Layanan Kesehatan Jiwa di Puskesmas Larompong Kabupaten Luwu, Sulawesi Selatan

Penelitian ini dilakukan sebagai tahap akhir dalam penyelesaian studi master di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Saya berharap Anda bersedia untuk menjadi informan dalam penelitian ini dimana akan dilakukan wawancara mendalam terkait dengan penelitian. Semua informasi yang Anda berikan terjamin kerahasiaannya, dengan cara hanya mencantumkan inisial nama Anda dan tidak mencantumkan identitas informan ke dalam hasil penelitian saya. Setelah Anda membaca maksud dan kegiatan penelitian di atas, saya mohon untuk mengisi nama dan tanda tangan pada lembar persetujuan dan menjawab dengan benar pertanyaan-pertanyaan yang saya ajukan. Demikian atas kesediaan dan kerjasama Anda sebagai informan, saya ucapkan banyak terima kasih.

Peneliti

ROSALINA SANDI

INFORMED CONSENT

**PANDUAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK LAYANAN KESEHATAN
JIWA DI PUSKESMAS LAROMPONG KABUPATEN LUWU, SULAWESI
SELATAN**

“Selamat Pagi/Siang. Nama saya **ROSALINA SANDI** dan saya adalah mahasiswa program pascasarjana FKM UNHAS dan sedang melakukan penelitian mengenai layanan kesehatan jiwa di Puskesmas Larompong Kabupaten Luwu. Semua informasi yang dapat didapat dari wawancara akan digunakan sebagai bahan untuk penyelesaian tugas akhir saya. Saya akan meminta kesediaan Saudara/i untuk bersedia diwawancarai dalam waktu yang disepakati.

Partisipasi Saudara/i sangat penting tetapi bersifat sukarela. Kami sangat mengharapkan partisipasi saudara/i tetapi apabila tidak bersedia maka tidak akan mempengaruhi saudara/i. Nama saudara akan ditulis dalam pedoman wawancara tetapi akan dirahasiakan dan tidak akan ada orang yang mengetahuinya selain saya selaku peneliti, penulisan ini bertujuan mempermudah ingatan saya dalam menganalisis hasil diskusi sehingga informasi yang didapatkan sesuai dengan yang saudara/i sampaikan dan akan berguna bagi penelitian ini. Tidak ada keuntungan atau kerugian secara langsung bagi saudara/i dalam diskusi ini,

Apakah saudara/i ingin mengajukan pertanyaan? Apabila saudara/i bersedia untuk berpartisipasi, harap membuat pernyataan di bawah ini”.

“Apakah saya mendapatkan persetujuan saudara/i untuk diwawancarai?”

- a. Ya b. Tidak

BACA DAN TANDATANGANI HAL BERIKUT:

APABILA **YA**, TANDATANGANI DAN BERI TANGGAL PERNYATAAN INI DAN LANJUTKAN DENGAN DISKUSI

Saya menyatakan bahwa saya membacakan pernyataan di atas pada informan dan informan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini

Tanda Tangan dan Nama Jelas _____, Tanggal

APABILA **TIDAK**, TANDATANGANI DAN BERI TANGGAL PERNYATAAN INI
DAN LANJUTKAN DENGAN DISKUSI

Saya menyatakan bahwa saya membacakan pernyataan diatas pada informan
dan informan tidak setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini

Tanda Tangan dan Nama Jelas _____, Tanggal

NAMA JELAS FASILITATOR/MODERATOR: ROSALINA SANDI

Apabila ada pertanyaan mengenai penelitian ini, harap hubungi ROSALINA SANDI di HP
082187898422

PEDOMAN WAWANCARA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA

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

No. Urut Responden : Tgl. Wawancara :

I. Identitas Informan

- a. Nama :
- b. Umur :
- c. Pekerjaan :
- d. Pendidikan :
- e. Alamat :

II. Pedoman Wawancara (*Gali informasi lebih dalam*)

A. Stigma

1. Apakah anda tahu penyakit anda?
2. Kapan awalnya mengalami tanda-tanda penyakit ini?
3. Bagaimana tanda-tandanya ketika mulai mengalami penyakit ini?
4. Apa penyebabnya?
5. Bagaimana sikap anda saat mengetahui anda menderita gangguan jiwa?
6. Apa tanggapan orang di sekitar ketika mengetahui bahwa anda mengalami gangguan jiwa?
7. Bagaimana sikap dan perlakuan orang di sekitar terhadap anda dan keluarga?
8. Apa saja perlakuan buruk baik verbal maupun nonverbal yang pernah diterima?
9. Bagaimana reaksi anda dan keluarga saat mendapatkan perlakuan buruk?

B. Kepercayaan

1. Apakah anda berobat ke Puskesmas?
2. Sebelum ke puskesmas anda sudah pernah berobat ke mana saja?
3. Kapan awalnya melakukan pengobatan ke Puskesmas?
4. Apa alasannya berobat ke puskesmas?

5. Bagaimana perlakuan petugas kesehatan terhadap anda ketika berobat ke Puskesmas?
6. Bagaimana perkembangan anda setelah berobat ke Puskesmas?
7. Apa pendapat anda terhadap layanan kesehatan jiwa di puskesmas?
8. Apakah anda bersedia untuk rutin berobat ke puskesmas?

C. Akses Informasi

1. Apakah anda tahu tentang kesehatan jiwa?
2. Apakah pernah mendapatkan informasi tentang kesehatan jiwa?
3. Informasi dalam bentuk apa dan darimana?
4. Apakah ada media di fasilitas kesehatan tentang kesehatan jiwa?
5. Apakah pernah mendapatkan penyuluhan tentang kesehatan jiwa?

**PEDOMAN WAWANCARA KELUARGA ORANG DENGAN
GANGGUAN JIWA**

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

No. Urut Responden : Tgl. Wawancara :

I. Identitas Informan

- a. Nama :
- b. Umur :
- c. Pekerjaan :
- d. Pendidikan :
- e. Alamat :

II. Pedoman Wawancara (*Gali informasi lebih dalam*)

A. Stigma

1. Apakah anda tahu penyakit yang diderita (Ayah/Ibu/anak/saudara/istri/suami/keluarga) anda?
2. Kapan awalnya mengalami tanda-tanda penyakit ini?
3. Bagaimana tanda-tandanya ketika mulai mengalami penyakit ini?
4. Apa penyebabnya?
5. Bagaimana sikap anda saat mengetahui penderita mengalami gangguan jiwa?
6. Apa tanggapan orang di sekitar ketika mengetahui penderita mengalami gangguan jiwa?
7. Bagaimana sikap dan perlakuan orang di sekitar terhadap orang dengan gangguan jiwa dan keluarga?
8. Apa saja perlakuan buruk baik verbal maupun nonverbal yang pernah diterima?
9. Bagaimana reaksi penderita dan keluarga saat mendapatkan perlakuan buruk?
10. Apa pendapat anda tentang pemasangan penderita gangguan jiwa?

B. Kepercayaan

1. Apakah penderita berobat ke Puskesmas?
2. Sebelum berobat ke puskesmas sudah pernah berobat kemana saja?

3. Kapan awalnya melakukan pengobatan ke Puskesmas?
4. Apa alasannya berobat ke puskesmas?
5. Bagaimana perlakuan petugas kesehatan terhadap penderita gangguan jiwa?
6. Bagaimana perkembangan penderita setelah berobat ke Puskesmas?
7. Apa pendapat terhadap layanan kesehatan jiwa di puskesmas?

C. Dukungan Keluarga

1. Apa sebelumnya pernah mendengar tentang gangguan jiwa?
2. Kapan dan dimana mendengar tentang gangguan jiwa?
3. Apa saja yang anda tahu tentang gangguan jiwa?
4. Bagaimanakah tanda-tanda seseorang mengalami gangguan jiwa?
5. Bagaimana sikap terhadap orang-orang yang menderita gangguan jiwa?
6. Berapa usia penderita saat mulai mengalami tanda-tanda gangguan jiwa?
7. Siapa yang menganjurkan penderita berobat ke puskesmas?
8. Siapa yang mengantar penderita pertamakali berobat ke Puskesmas?
9. Apa saja pengobatan yang telah diterima penderita?
10. Bagaimana kerjasama keluarga dalam merawat penderita?
11. Bagaimana perkembangan pasien setelah menjalani pengobatan?
12. Apakah anda selalu menemani pasien saat menjalani pengobatan?
13. Bagaimana cara mengawasi penderita saat minum obat?
14. Apakah anda tahu akibatnya apabila pasien tidak minum obat?

D. Akses Informasi

1. Apakah anda tahu tentang kesehatan jiwa?
2. Apakah pernah mendapatkan informasi tentang kesehatan jiwa?
3. Informasi dalam bentuk apa dan darimana?
4. Apakah ada media di fasilitas kesehatan tentang kesehatan jiwa?
5. Apakah pernah mendapatkan penyuluhan tentang kesehatan jiwa?

PEDOMAN WAWANCARA PETUGAS KESEHATAN

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

No. Urut Responden : Tgl. Wawancara :

I. Identitas Informan

- a. Nama :
- b. Umur :
- c. Pekerjaan :
- d. Pendidikan :
- e. Alamat :

II. Pedoman Wawancara (*Gali informasi lebih dalam*)

A. Pengetahuan

1. Apakah anda pernah/sering mendengar tentang kesehatan jiwa?
2. Kapan anda mendengar tentang hal kesehatan jiwa?
3. Darimana anda mendengarnya?
4. Dapatkah anda menjelaskan kepada saya apa itu kesehatan jiwa?
5. Dapatkah anda menjelaskan kepada saya apa itu gangguan jiwa?
6. Apa saja yang menyebabkan orang bisa mengalami gangguan jiwa?
7. Dapatkah anda menyebutkan jenis-jenis gangguan jiwa?
8. Apa saja tanda-tandanya jika seseorang mengalami gangguan jiwa?
9. Bagaimana cara mencegah atau menangani gangguan jiwa?

B. Ketersediaan Sumber Daya Manusia

1. Apakah ada petugas khusus dengan kompetensi di bidang kesehatan jiwa?
2. Berapa jumlahnya?
3. Apakah jumlah tersebut mencukupi kebutuhan untuk layanan kesehatan jiwa
4. Bagaimana petugas tersebut ditempatkan?
5. Apakah ada petugas kesehatan yang diberi pelatihan tentang kesehatan jiwa?

6. Berapa jumlah petugas yang pernah diberikan pelatihan tentang kesehatan jiwa?
7. Bagaimana bentuk pelatihan yang diberikan?
8. Siapa yang memberikan pelatihan?
9. Berapa lama pelatihan tersebut dilaksanakan?
10. Apakah ada Standar Operasional Prosedur yang digunakan dalam penanganan dan penatalaksanaan penderita gangguan jiwa?
11. Apakah Standar Operasional Prosedur tersebut dilaksanakan?
12. Bagaimana prosedur pelacakan penderita gangguan jiwa?
13. Bagaimana bentuk instrument yang digunakan dalam pelacakan penderita gangguan jiwa?

C. Sikap

1. Bagaimana pendapat anda mengenai orang dengan gangguan jiwa?
2. Apa saja yang anda lakukan dalam menangani penderita gangguan jiwa?
3. Bagaimana sikap anda terhadap orang dengan gangguan jiwa ketika datang berobat ke Puskesmas?
4. Bagaimana cara anda berinteraksi dengan penderita gangguan jiwa saat berobat ke Puskesmas?
5. Apa pendapat anda tentang pemasangan penderita gangguan jiwa?

PEDOMAN WAWANCARA KEPALA PUSKESMAS

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

No. Urut Responden : Tgl. Wawancara :

I. Identitas Informan

- a. Nama :
- b. Umur :
- c. Pekerjaan :
- d. Pendidikan :
- e. Alamat :

II. Pedoman Wawancara (*Gali informasi lebih dalam*)

A. Ketersediaan Sumber Daya Manusia

1. Apakah ada petugas khusus dengan kompetensi di bidang kesehatan jiwa?
2. Berapa jumlahnya?
3. Apakah jumlah tersebut mencukupi kebutuhan untuk layanan kesehatan jiwa
4. Bagaimana petugas tersebut ditempatkan?
5. Apakah ada petugas kesehatan yang diberi pelatihan tentang kesehatan jiwa?
6. Berapa jumlah petugas yang pernah diberikan pelatihan tentang kesehatan jiwa?
7. Bagaimana bentuk pelatihan yang diberikan?
8. Siapa yang memberikan pelatihan?
9. Berapa lama pelatihan tersebut dilaksanakan?
10. Apakah ada Standar Operasional Prosedur yang digunakan dalam penanganan dan penatalaksanaan penderita gangguan jiwa?
11. Apakah Standar Operasional Prosedur tersebut dilaksanakan?

B. Dukungan Stakeholder

1. Berapa jumlah penderita gangguan jiwa dan jumlah kunjungan tahun terakhir di Puskesmas Larompong?

2. Apa yang dilakukan dalam pelayanan kesehatan terhadap penderita gangguan jiwa?
3. Bagaimana prosedur pelayanan kesehatan jiwa bagi penderita gangguan jiwa di puskesmas?
4. Bagaimana bentuk upaya pelayanan kesehatan jiwa yang dilakukan oleh puskesmas?
5. Bagaimana peran pemerintah terhadap pembinaan dan pengawasan puskesmas dalam pelayanan kesehatan jiwa?
6. Apakah ada kebijakan internal yang dikeluarkan oleh Puskesmas Larompong terkait pelayanan kesehatan jiwa?
7. Bagaimana bentuk kebijakan tersebut?
8. Apa saja faktor yang mendukung dan faktor yang menghambat pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas?

PEDOMAN WAWANCARA KEPALA DINAS KESEHATAN

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

No. Urut Responden : Tgl. Wawancara :

I. Identitas Informan

- a. Nama :
- b. Umur :
- c. Pekerjaan :
- d. Pendidikan :
- e. Alamat :

II. Pedoman Wawancara (*Gali informasi lebih dalam*)

A. Dukungan Stakeholder

1. Berapa jumlah fasilitas pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Luwu?
2. Berapa jumlah penderita gangguan jiwa dan kunjungan di Puskesmas tahun terakhir di Kabupaten Luwu?
3. Bagaimana pembinaan dan pengawasan pemerintah dalam hal ini dinas kesehatan terhadap pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Luwu?
4. Bagaimana implementasi Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa di lingkungan dinas kesehatan Kabupaten Luwu?
5. Apa saja upaya atau kegiatan untuk memenuhi hak masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan jiwa?
6. Apa faktor-faktor yang mendukung dan menghambat pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Luwu?
7. Bagaimana peran pemerintah dalam hal ini Dinas Kesehatan untuk mendorong layanan kesehatan jiwa di Puskesmas?

Lampiran 7. Pedoman Observasi

PEDOMAN OBSERVASI

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

| No | Unsur yang di observasi | Variabel | Instrumen Pelengkap |
|----|---|--|--|
| I | Lokasi Penelitian: | | 1. Kamera |
| | 1. Puskesmas Larompong | 1. Kondisi fisik bangunan 2. Tata Ruangan | 2. Alat Tulis |
| | 2. Rumah ODGJ | 1. Kondisi fisik bangunan 2. Kondisi lingkungan | |
| II | Informan Penelitian: 1.Orang dengan gangguan jiwa, keluarga, petugas kesehatan, Kepala Puskesmas | 1.Interaksi informan dengan peneliti 2.Interaksi informan pada saat wawancara di rumah masing-masing informan | 1. Tape Recorder 2. Kamera 3. Alat Tulis |

PEDOMAN OBSERVASI

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

I. Identitas observasi

a. Subjek yang diamati : Orang Dengan Gangguan Jiwa

b. Nama :

c. Alamat :

d. Hari, tanggal :,

e. Waktu :

II. Aspek-aspek yang diamati

a. Interaksi informan dengan peneliti

b. Interaksi informan pada saat wawancara

c. Interaksi informan dengan keluarga dan masyarakat sekitar

III. Lembar observasi

| No | Bahan observasi | Ya | Tidak | Keterangan |
|----|--------------------------------|----|-------|------------|
| 1 | Bisa berinteraksi dengan baik | | | |
| 2 | Bisa bercerita dengan baik | | | |
| 3 | Konsisten | | | |
| 4 | Ikut masuk dalam pembicaraan | | | |
| 5 | Bisa fokus pada saat wawancara | | | |
| 6 | Pandangan mata | | | |

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|--|
| 7 | Ekspresi wajah | | | |
| 8 | Berbicara kasar | | | |
| 9 | Interaksi dengan masyarakat sekitar | | | |

PEDOMAN OBSERVASI

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

- I. Identitas observasi
 - a. Subjek yang diamati : Keluarga Orang Dengan Gangguan Jiwa
 - b. Nama :
 - c. Alamat :
 - d. Hari, tanggal :,
 - e. Waktu :
- II. Aspek-aspek yang diamati
 - a. Interaksi informan dengan peneliti
 - b. Interaksi informan pada saat wawancara
 - c. Interaksi informan dengan ODGJ
- III. Lembar observasi

| No | Bahan observasi | Ya | Tidak | Keterangan |
|----|--|----|-------|------------|
| 1 | Keluarga berkomunikasi dengan ODGJ | | | |
| 2 | Keluarga mengawasi ODGJ minum obat | | | |
| 3 | Keluarga mengawasi ODGJ makan | | | |
| 4 | Keluarga selalu berada di dekat ODGJ | | | |
| 5 | Keluarga menyediakan kebutuhan ODGJ | | | |
| 6 | Interaksi keluarga dengan masyarakat sekitar | | | |

PEDOMAN OBSERVASI

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

I. Identitas observasi

a. Subjek yang diamati : Petugas Kesehatan

b. Nama :

c. Alamat :

d. Hari, tanggal :,

e. Waktu :

II. Aspek-aspek yang diamati

a. Interaksi informan dengan peneliti

b. Interaksi informan pada saat wawancara

c. Interaksi informan dengan ODGJ

III. Lembar observasi

| No | Bahan observasi | Ya | Tidak | Keterangan |
|----|--|----|-------|------------|
| 1 | Petugas kesehatan bersikap sopan terhadap pasien dan keluarga | | | |
| 2 | Petugas kesehatan bersikap ramah terhadap pasien dan keluarga | | | |
| 3 | Petugas kesehatan memiliki pengetahuan yang cukup tentang kesehatan jiwa | | | |
| 4 | Petugas kesehatan memiliki SOP dan instrumen pelayanan | | | |
| 5 | Petugas kesehatan mengikuti standar operasional prosedur (SOP) | | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| P6 | Petugas kesehatan bersikap diskriminatifP | | | |
| 7 | Petugas Kesehatan melayani cepat dan tepat | | | |
| 8 | Petugas kesehatan dapat berinteraksi dengan baik | | | |

PEDOMAN OBSERVASI

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

I. Identitas observasi

a. Subjek yang diamati : Kepala Puskesmas

b. Nama :

c. Alamat :

d. Hari, tanggal :,

e. Waktu :

II. Aspek-aspek yang diamati

a. Interaksi informan dengan peneliti

b. Interaksi informan pada saat wawancara

c. Interaksi informan dengan staf Puskesmas

III. Lembar observasi

| No | Bahan observasi | Ya | Tidak | Keterangan |
|----|--|----|-------|------------|
| 1 | Kepala Puskesmas berkoordinasi dengan stafnya | | | |
| 2 | Kepala Puskesmas mengetahui program dan kegiatan di puskesmas | | | |
| 3 | Kepala Puskesmas berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten | | | |
| 4 | Kepala Puskesmas dapat berinteraksi dengan baik terhadap staf di puskesmas | | | |
| 5 | Kepala Puskesmas mendapatkan laporan kegiatan secara teratur | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 6 | Kepala puskesmas mengetahui alur-alur pelayanan puskesmas | | | |
| 7 | Kepala Puskesmas mengadakan pertemuan puskesmas secara teratur | | | |

LEMBAR TILIK DOKUMEN

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

Berilah tanda cek (√) pada kolom “Ada” apabila dokumen ada dan berilah tanda cek pada kolom “Tidak” apabila dokumen tidak ada serta tuliskan deskripsi mengenai aspek yang diamati jika diperlukan.

| No | Dokumen yang dibutuhkan | Ada | Tidak | Keterangan |
|----|---|-----|-------|------------|
| 1 | Struktur Organisasi Puskesmas | | | |
| 2 | SK Penanggung jawab program Kesehatan jiwa | | | |
| 3 | Standar Operasional Prosedur (SOP) pelayanan kesehatan jiwa | | | |
| 4 | Instrumen kegiatan pelacakan kasus gangguan jiwa | | | |
| 5 | Register /pencatatan pelayanan kesehatan jiwa puskesmas | | | |
| 6 | Laporan –laporan kegiatan kesehatan jiwa | | | |
| 7 | Jadwal pelayanan kesehatan jiwa | | | |
| 8 | Alur pelayanan program kesehatan jiwa | | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| 9 | Dokumentasi kegiatan pelatihan kesehatan jiwa | | | |
| 10 | Pedoman pelayanan kesehatan jiwa | | | |

MATRIKS HASIL WAWANCARA MENDALAM DENGAN INFORMAN KUNCI
FAKTOR PENDUKUNG DAN PENGHAMBAT LAYANAN KESEHATAN JIWA DI PUSKESMAS LAROMPONG

A. SIKAP POSITIF PETUGAS

1. Persepsi mengenai Orang Dengan Gangguan Jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|--|---|---|--|
| SR | Biasa itu kalau dia datang ke puskesmas, kalau memang dia sudah terdeteksi ada gangguan jiwa, dia didahulukan untuk dikasih pelayanan. Karena biasa itu bosanki, kalau bosanmi biasa mengamuk. | Didahulukan dalam pelayanan Pribadi yang unik | Adanya persepsi yang baik akan berdampak pada cara petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan gangguan kejiwaan. Diharapkan petugas kesehatan selalu memperhatikan, berusaha membantu menyelesaikan masalah pasien dengan senang hati, bersikap ramah, menjaga sopan santun. | Pada umumnya informan memiliki persepsi yang positif pada orang dengan gangguan jiwa |
| FT | Tentang gangguan jiwa sendiri, antara kita yang normal dengan yang mengalami gangguan itu unik. Unik karena bisa dibilang kita yang sekarang berisiko ke sana too, dan jangan dihindari, justru dimotivasi. Sebenarnya itu gangguan jiwa bukan dibilang membahayakan. Jadi kalau ditangani dengan prosedur yang benar, saya rasa tidak akan membahayakan. Pola pikir kita tentang gangguan kejiwaan itu bisa diubah. | Tidak berbahaya jika ditangani dengan tepat Tidak perlu dihindari, dikucilkan dan didiskriminasi | | |
| BN | Kalau saya sih, tidak perlu dikucilkan. Apalagi kalau dia sudah berobatmi too, kan pasti kalau berobatmi, dia bisami seperti orang normal pada umumnya. | Diberikan dukungan | | |
| NH | Biasaaa saja. Kadang kalau yang seperti mengamuk begitu, takut juga. Yang datang kesini itu kan yang sudah di kasih obat. Mungkin cuma bicaranya saja yang banyak, tapi kalo untuk yang mengganggu begitu, tidak. | Biasa saja | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| NM | Kalau saya orang gangguan jiwa itu sebaiknya diperlakukan seperti biasa kasian too, tidak boleh didiskriminasi, tidak boleh dipasung. Harus diperhatikan, disupport. | | | |
| IT | Biasaaa saja. Sama dengan pasien umum lain. | | | |

2. Tindakan untuk menangani Orang dengan Gangguan Jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|--|---|---|--|
| SR | Biasa itu kalau dia datang ke puskesmas, kalau memang dia sudah terdeteksi ada gangguan jiwa, dia didahulukan untuk dikasih pelayanan. Karena biasa itu bosanki, kalau bosanmi biasa mengamuk. | Didahulukan dalam pelayanan Pribadi yang unik | Kesiapan petugas kesehatan dalam menangani penderita gangguan jiwa yang datang ke puskesmas | Pada umumnya informan memahami tindakan yang harus dilakukan pada orang dengan gangguan jiwa yang datang ke puskesmas. |
| FT | Tentang gangguan jiwa sendiri, antara kita yang normal dengan yang mengalami gangguan itu unik. Unik karena bisa dibilang kita yang sekarang berisiko ke sana too, dan jangan dihindari, justru dimotivasi. Sebenarnya itu gangguan jiwa bukan dibilang membahayakan, jadi kalau ditangani dengan prosedur yang benar, saya rasa tidak akan membahayakan. Pola pikir kita tentang gangguan kejiwaan itu bisa diubah. | Tidak berbahaya jika ditangani dengan tepat Tidak perlu dihindari, dikucilkan dan didiskriminasi | mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan jiwa | |
| BN | Kalau saya sih, tidak perlu dikucilkan, apalagi kalau dia sudah berobatmi too, kan pasti kalau berobatmi, dia bisami seperti orang normal pada umumnya. | Diberikan dukungan | | |
| NH | Biasaaa saja. Kadang kalau yang seperti mengamuk begitu, takut juga. Yang datang kesini itu kan yang | | | |

| | | | | |
|----|--|------------|--|--|
| | sudah di kasih obat. Mungkin cuma bicaranya saja yang banyak, tapi kalo untuk yang mengganggu begitu, tidak | Biasa saja | | |
| NM | Kalau saya orang gangguan jiwa itu sebaiknya diperlakukan seperti biasa kasian too, tidak boleh didiskriminasi, tidak boleh dipasung. Harus diperhatikan, disupport. | | | |
| IT | Biasaaa saja. Sama dengan pasien umum lain. | | | |

3. Sikap terhadap ODGJ yang datang berobat

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|---|--|--|--|
| SR | Seperti biasa saja, sama seperti kalau layaniki pasien umum. Cuma yaa itu kalau yang datang mengamuk, itumi di dahulukan di kasih pelayanan. | Dilayani seperti pasien umum lainnya | Sikap dan perilaku positif petugas kesehatan akan mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan. Pengguna jasa pelayanan kesehatan akan merasakan kalau petugas kesehatan sudah melayani dengan baik ditunjukkan oleh sikap dan perilaku positif yang akan membantu para pengguna pelayanan | Pada umumnya informan memiliki sikap positif pada penderita gangguan jiwa yang datang ke puskesmas |
| FT | Dikasih perlakuan yang sama dengan pasien lain, tidak ada yang dibeda-bedakan. Kami juga tetap bersikap biasa saja dan tidak berlebihan seperti jika berhadapan dengan pasien umum lainnya. | Mendahulukan pasien yang mengamuk | | |
| BN | Ndaji. Seperti biasaji, jadi nda dibedakan, nda adaji diskriminasi, samaji. Dikasih antriji juga, kalau dia menunggu lama nda ngamukji. | Tidak ada perbedaan dengan pasien umum | | |
| NH | Sama semua, seperti sama pasien umum, nda dibeda-bedakan. Biasa kalau yang sudah tidak bisa menunggu, didahulukan. | Diberikan dukungan agar rutin berobat | | |
| NM | Biasa saja. Sama kalau menghadapi pasien umum...tidak perlu ada perbedaan, justru perlu didukung supaya tetap bisa rutin berobat tooo. | | | |

| | | | | |
|----|---|---|---------------------------------------|--|
| IT | Diperlakukan sewajarnya pasien yang datang berkunjung, tanpa ada diskriminasi, tetap dalam antrian bersama pasien lain. Kecuali kalau pasien kelihatan mulai bosan, bisa dilayani lebih dahulu. | Diberikan toleransi pada kondisi tertentu | kesehatan mengatasi keluhan sakitnya. | |
|----|---|---|---------------------------------------|--|

4. Cara berinteraksi dengan ODGJ yang datang berobat

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|---|--|---|--|
| SR | Dilayani seperti pasien umum biasa. Kalau tenanggi waktu datang di senyumi, di kasih konseling, ambil obat di apotik sama kayak pasien umum. | Sama seperti melayani pasien umum | Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, kualitas mutu pelayanan lebih terkait dengan ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien dan kelancaran komunikasi antara petugas dan pasien. Komunikasi petugas kesehatan yang tidak baik akan mempengaruhi pelayanan kesehatan yang diberikan. | Pada umumnya informan berinteraksi cukup baik dengan penderita gangguan jiwa |
| FT | Seperti biasaji kalau melayaniki pasien umum yang lain, karena itu orang gangguan jiwa bisaji ditemani bicara, yang penting ditahu tekniknya. Bisajiki bicara dari hati ke hati. | Senyum, sapa, salam, sopan dan santun | | |
| BN | Biasa-biasaji. Gangguan jiwa kan kalau berobatmi, nda ditaumi yang mana yang normal, yang mana yang gangguan jiwa karena kan bisa normalmi too. | Berkomunikasi layaknya pada pasien biasa | | |
| NH | Ada beberapa pasien dan keluarganya yang sudah rutin datang berobat sehingga petugas kesehatan sudah kenal. Jadi di sapa dan berbicara saja seperti pada kenalan. Mereka juga merasa seperti keluarga, tidak malu lagi dan lebih terbuka pada kami. | Berbicara dengan halus dan ramah. | | |
| NM | Berkomunikasi seperti sama orang sehat, dilayani dengan baik. Ditanya apa keperluannya, begitu. | | | |
| IT | 5 S tetap harus didahulukan. Dilayani dengan baik, sopan, nda boleh keras-keras bicara, haruski halus-halus bicara, yaa harus ramah. | | | |

B. AKSES INFORMASI

1. Pernah tidaknya mendapatkan informasi tentang kesehatan jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|----------|--|--------------|---|--|
| MS | Pernahji, Bu | Tidak pernah | Akses informasi merupakan kondisi dimana informan dapat memperoleh informasi kesehatan khususnya tentang kesehatan jiwa dengan mudah atau sulit | Umumnya kemudahan akses informasi dimiliki oleh informan yang memanfaatkan layanan kesehatan jiwa. |
| RS | Iye, Bu. Kalau ke Puskesmas | Pernah | | |
| MM | Tidak pernah. | | | |
| TK | Nda pernah. | | | |
| HP | Nda pernah dengar | | | |
| NW | Tidak pernah. | | | |
| MT | Iye, itu kalau pergiki di puskesmas. | | | |
| SM | Sebelumnya tidak pernah. Nanti waktu itu adek sakit baru tahu... | | | |
| RW | Iye, tidak pernah. | | | |
| LH | Pernah. | | | |
| SY | Pernah, berapa kali itu kalau antarka Bapak. | | | |
| HJ | Nda pernah. | | | |
| MB | Nda pernah. | | | |

2. Sumber Informasi

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|----------|--|------------------------|--|---|
| MS | Sering, itu kalau datang lagi ibu dari puskesmas | Dari petugas kesehatan | Kemudahan dalam memperoleh informasi tersebut akan mempengaruhi tingkat pengetahuan informan tentang kesehatan jiwa yang pada akhirnya akan mempengaruhi | Informan mendapatkan informasi tentang kesehatan jiwa dari tenaga kesehatan khususnya dokter dan petugas kesehatan jiwa di puskesmas, juga dari mengakses internet. |
| RS | Biasaji, Bu. Kalau ke puskesmas. | Di puskesmas | | |
| MT | Kalau pergika lagi antar kakakku berobat di puskesmas, kudengar-dengarmi juga. | | | |
| SM | Saya baca-baca di internet. Kadang kalau sempat saya cari-cari di google. | | | |
| RW | Dari dokter sama ibu perawat, kalau datang di rumah. | Dari Internet | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| LH | Iye, saya dengar dari dokter. Waktu itu ada penyuluhan tentang itu saya dipanggil juga. | | keputusan untuk memanfaatkan layanan kesehatan jiwa. | |
|----|---|--|--|--|

C. DUKUNGAN KELUARGA DAN MASYARAKAT

1. Sikap keluarga terhadap orang dengan gangguan jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|----------|--|-------------------------------------|---|---|
| MT | Sedih, Bu. Kasihanki juga. Tapi selaluji dikasih yakin, pasti nanti akan sembuh. | Sedih dan kasihan | Keluarga orang dengan gangguan jiwa perlu mempunyai sikap yang positif untuk mencegah terjadinya keparahan. Keluarga perlu memiliki sikap menerima penderita, memberi respon positif kepada penderita, menghargai penderita sebagai anggota keluarga dan menunjukkan sikap tanggung jawab kepada penderita. | Umumnya informan memiliki sikap yang positif terhadap orang dengan gangguan jiwa. Informan bersikap menerima keadaan dan berpendapat bahwa penderita gangguan jiwa dapat disembuhkan dengan cara melakukan pengobatan dan minum obat secara teratur |
| SM | Dokter bilang proses penyembuhannya cukup lama dan butuh waktu, keluarga harus sabar dalam mendampingi. Setelah rutin minum obat, perkembangannya sangat baik. Jadi kalau obatnya habis, kita ke puskesmas lagi karena kalau putus obat, harus mulai dari awal lagi. | Harus dibimbing dan diberi dukungan | | |
| RW | Sebenarnya kasihan, tapi dikasih support supaya mau minum obat. | Sabar | | |
| LH | Saya biasa merasa sedih dan kasihan, anak saya seperti itu, tapi mau di apa lagi. Saya yakin nanti bisa sembuh asalkan rajin minum obat. Sekarang saja sudah ada perubahan, sudah jarang mengamuk dan banting-banting barang. | Rasa kuatir | | |
| SY | Iya, saya sering sedih sambil berpikir penyebabnya apa? Tapi dari awal mulai sakit saya temani terus, saya bilangi pelan-pelan supaya mau berobat, kalau rajin berobat nanti pasti sembuh. | | | |
| HJ | Kasihan, tidak ada keluarganya yang perhatikan. Dia tinggal cuma berdua dengan anaknya. | | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| MB | Kadang sering kuatir kalau dia mulai kambuh. | | | |
|----|--|--|--|--|

2. Bentuk dukungan keluarga

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|--|--|---|--|
| MT | Waktu kakak saya masih menjalani perawatan di Rumah Sakit Dadi, saya sering datang untuk menjenguk, selalu bergantian dengan ibu saya. Kalau sekarang, setelah rutin berobat di puskesmas, cukup diingatkan saja untuk minum obat. Kalau dia terlihat pendiam dan mulai banyak berpikir, saya ajak berbicara | Memberikan perhatian Diingatkan untuk minum obat | Dukungan keluarga dekat sangat berperan bagi ODGJ untuk keberhasilan dalam menjalankan proses pengobatan. | Informan merupakan orangtua, istri, saudara dan anak dari orang dengan gangguan jiwa. Umumnya informan memberikan dukungan yang positif kepada penderita gangguan jiwa berupa dukungan informasional, emosional, penilaian dan instrumental. |
| SM | Keluarga itu yang paling utama, bimbingan keluarga penting sekali, harus ada yang mendampingi terus. Harus sering dikasih support, karena waktu itu dokter bilang proses penyembuhannya akan lama. Jadi adik ini saya berikan kegiatan untuk mengisi waktunya, dikasih motivasi. Orang yang menderita sakit seperti adik saya harus selalu ada yang menemani, tidak boleh dibiarkan sendiri. Sering diajak berbincang, dibimbing dan diberikan support. Dan tentunya dalam menghadapinya kita juga harus sabar. | Diberikan bimbingan, support dan motivasi Diantar untuk berobat Diurus kebutuhan pribadi (mandi, | Dukungan keluarga dapat berupa dukungan emosional, penilaian, instrumental dan dukungan informasi. Bentuk dukungan informasional adalah berupa nasehat, saran dan pemberian | |

| | | | | |
|----|---|----------------------|---|--|
| RW | Iye, begitumi Bu. Karena samaji anaknya sama cucunya tinggal. Anak-anaknya yang lain, jauh semua natempati tinggal, kadang-kadangji datang. | makan dan minum) | informasi. | |
| LH | Saya katakan sama anak saya, kalau ada apa-apa bilang sama bapak. Jadi bapak bisa tahu kalau kamu ada masalah apa, dia mau menurut. Saya juga bilang rajin sholat dan berdoa, Insya Allah akan diberi kesembuhan | Diajak berkomunikasi | Dukungan penilaian berupa penghargaan dan perhatian kepada penderita. Dukungan emosional adalah dengan memberikan kasih sayang dan sikap menghargai yang diperlukan oleh penderita gangguan jiwa. | |
| SY | Kami selalu membesarkan hatinya, mengatakan kepadanya agar bersabar, jangan pernah berputus asa, tidak boleh putus semangat. Meyakinkan dia bisa sembuh. Dari awal dia mulai sakit, saya sendiri yang mandikan, saya siapkan makanan dan minuman. Niat saya untuk mendampingi sampai sembuh, saya tidak pernah berpikir untuk meninggalkan karena tetangga-tetangga bilang nanti pasti sembuh. | | | |
| HJ | Sayaji itu kodong yang biasa tunggu makan obatnya, karena nda adami itu saudaranya mau jampangi. Pernah itu pas ada acara disini, karena sibukka, kulupami perhatikanki, jadi nda namakan obatnya. Jadinya kambuh. | | | |
| MB | Ibu sendiri yang rawat, antar ke dokter. Bapaknya kan udah lama meninggal juga. | | | |

3. Pengawasan minum obat

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|--|-------------------------------------|--|--|
| MT | Dia sudah tahu sendiri obat yang harus dia makan dan dia juga tahu bahwa sakitnya akan kambuh kalau tidak minum obat jadi cukup diingatkan saja kalau sudah waktunya minum obat. | Diingatkan saja waktunya minum obat | Dukungan keluarga berupa pengobatan, mengantar penderita untuk berobat dan | Dalam pengawasan minum obat umumnya keluarga cukup mengingatkan saja |

| | | | | |
|----|---|---------------------------------|---|--------------------------------|
| SM | Nda mau makan obat, biasa dikelabuiji. Dia makanji tempo hari karena mungkin selalu dia rasakan sakit kepalanya, saya bilang itu sembuh kepalata kalau makanki obat. Dia makan itu obat, dia bilang, iyo di sembuh betul kepalaku. Pernah itu di kasih obat, kenapa kalau sudah dikasih obat langsung masuk di WC, wah, nabuangi di WC. Kalau minum obat ditaruh dibawah lidah, pura-pura ditelan, terus namuntahkan di WC. Jadi harus saya akali, saya tumbuk halus, baru kasih minum. Akhirnya adami perubahan, sejak dikasih begitu. | Diawasi dan ditunggu minum obat | mengawasi dalam meminum obat. Keluarga mendukung dalam pemberian obat secara rutin untuk mengantisipasi terjadinya kekambuhan pada penderita. Pentingnya minum obat secara teratur dan rutin membuat keluarga merasakan sendiri dampak yang terjadi pada penderita. | waktu minum obat dan dosisnya. |
| RW | Ibu rajin minum obat, tidak pernah lupa waktunya. Hanya perlu ditunjukkan obat yang harus dia minum dan diingatkan untuk makan dulu sebelum minum obat | | | |
| LH | Dia makanji obatnya, pernahji itu waktu masih ambil obat di rumah sakit, naganti dokter obatnya. Nda cocokki, marah-marah, nabilang bukan obatku ini. | | | |
| SY | Itumi kubilangi, minungi obatmu karena kalo nda muminum obatmu, tidak sembuhko itu. Tidak di kasih lepas kalo nda sembuh pa' takutki, kalo ada gejala-gejala murasa, cepatko minum obatmu, minta obatmu. | | | |
| HJ | Haruspi ditunggu kalau makan obat, karena nda namakan kalau diaji sendiri, nabuang obatnya. Selalu dia bilang bahwa dia tidak sakit, jadi tidak perlu obat. Tanpa obat juga bisa seperti sekarang. | | | |
| MB | Tidak perlu di awasi, obatnya dia makan sendiri. Biasanya saya cek kalau obatnya udah abis. | | | |

4. Bentuk dukungan dari masyarakat

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|---|--|--|--|
| MT | Tetangga-tetangga yang bilang bawa ke rumah sakit jiwa, karena sudah berobat ke mana-mana tidak sembuh. | Anjuran untuk berobat ke layanan kesehatan juga berasal dari tetangga Tetangga memberikan perhatian berupa pengawasan minum obat. | Masyarakat sendiri menganggap bahwa orang dengan gangguan jiwa sangat memerlukan akses kesehatan ke pelayanan kesehatan demi kesembuhannya. Mereka memberikan dukungan dan saran kepada keluarga untuk pencarian pengobatan di tempat pelayanan kesehatan. | Umumnya informan mengatakan bahwa yang menganjurkan untuk berobat ke layanan kesehatan adalah tetangga |
| SM | Waktu pertama mulai sakit, banyak tetangga yang menyarankan supaya dibawa berobat ke puskesmas. Katanya sudah ada obatnya di sana. | | | |
| RW | Ibu saya itu sebelum berobat ke puskesmas, tidak mau ketemu dengan orang lain, mengurung diri di dalam rumah. Tetangga-tetangga sekitar rumah menyarankan untuk dibawa berobat ke puskesmas, tapi sulit karena ibu saya tidak mau keluar rumah. Waktu ada petugas puskesmas yang datang, tetangga yang memberi tahu kondisi ibu saya. | | | |
| LH | Awal sakit kami antar berobat ke pengobatan supranatural, tapi ada beberapa tetangga yang menyarankan supaya dibawa ke dokter spesialis jiwa | | | |
| SY | Itu ada tetangga di atas yang bilang bawa ke puskesmas untuk diobati. | | | |
| HJ | Saya kasian, dia tinggal hanya berdua dengan anaknya. Suaminya dipenjara sedangkan saudara-saudaranya sudah tidak ada yang peduli. Dia sering mengunci diri di dalam rumah, kalau sakitnya kambuh lagi. Jadi setiap saat saya atau anak saya menjenguk, mengingatkan untuk makan. Saya juga harus menunggu dia minum obat, karena kalau dia sendiri obatnya akan dibuang. Dia merasa tidak sakit apapun jadi tidak perlu minum obat | | | |

D. DUKUNGAN STAKEHOLDER

1. Implementasi UU No. 18 Tahun 2014

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|--|--|---|---|
| SH | Ada beberapa kegiatan yang kami rencanakan seperti pelacakan penderita baru, pelacakan pasien pasung, pengawasan minum obat juga. Kemarin juga kami sempat mengadakan kegiatan penyuluhan untuk gangguan jiwa dan keluarganya. | Pelacakan penderita, pelacakan pasien pasung, pengawasan minum obat, dan penyuluhan kesehatan jiwa | Melalui Undang-undang kesehatan jiwa, pemerintah menjamin agar hak ODGJ diakui sesuai dengan derajat dan martabat kemanusiaan. Hak ODGJ yang diatur dalam Undang-undang ini antara lain adalah hak mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa difasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau dan sesuai dengan standar pelayanan. | Implementasi UU No. 18 Tahun 2014 untuk memenuhi hak ODGJ dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dalam bentuk deteksi dini penderita gangguan jiwa, program bebas pasung, pengawasan minum obat, sosialisasi perawatan kesehatan jiwa dan penyuluhan tentang kesehatan jiwa. |
| AZ | Kegiatan yang dilakukan di puskesmas berupa sosialisasi agar tidak ada lagi yang dipasung, selain itu juga sosialisasi tentang perawatan kesehatan jiwa di puskesmas | Sosialisasi bebas pasung dan sosialisasi perawatan kesehatan jiwa. | | |
| RN | Seperti deteksi dini kasus-kasus gangguan jiwa, terus diupayakan penanganannya di puskesmas bagi yang sudah terdeteksi dan kalau ada yang tidak tertangani, dirujuk ke rumah sakit | Deteksi dini kasus gangguan jiwa | | |

2. Dukungan untuk peningkatan layanan kesehatan jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|--|--|---|--|
| SH | Dukungan dana utamanya, semua kegiatan puskesmas tidak dapat berjalan tanpa dukungan dana. Untuk kesehatan jiwa itu dari BOK dan kapitasi BPJS. Selain itu peran lintas sektor juga sangat penting. Masyarakat disini sudah tahu kalau untuk penderita jiwa itu otomatis semuanya gratis. Jadi untuk deteksi dini kami berkoodinasi dengan pemerintah desa yang sudah mengenalarganya, kami juga koordinasi dengan pihak kepolisian sektor jika ada penderita yang mengamuk atau membawa senjata tajam, akan ditampung dulu di kantor polisi, nanti setelah agak tenang baru di lanjutkan dengan perawatan | Dukungan dana yang berasal dari BOK dan kapitasi BPJS Peran lintas sektor pada saat deteksi dini dilakukan. Pelaksanaan workshop yang bertujuan untuk peningkatan keterampilan petugas kesehatan jiwa. | Pemenuhan hak pelayanan kesehatan ODGJ dalam Undang-Undang kesehatan jiwa dilaksanakan melalui upaya pelayanan kesehatan jiwa dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Upaya pelayanan kesehatan jiwa tersebut dapat terlaksana jika didukung oleh kesiapan sumber daya | Dukungan untuk peningkatan layanan kesehatan bagi penderita gangguan jiwa sebagai bentuk pemenuhan hak ODGJ sudah dalam bentuk dukungan pembiayaan, dukungan ketersediaan sarana dan prasarana, dan peningkatan sumber daya manusia, |
| AZ | Anggarannya terutama, mungkin karena kami masih terbatas di anggaran, jadi kegiatan masih kurang. Sebaiknya ada pertemuan lintas sektor, kita undang semua dinas-dinas yang terkait. Karena kesehatan jiwa itu kan bukan hanya Dinas Kesehatan, perlu ada kerja sama dengan dinas sosial, dengan pihak keamanan, dan sebagainya. Jadi kami ada rencana mudah-mudahan tahun depan kami sudah ada anggaran, kita akan mengadakan pertemuan, membentuk sebuah tim untuk kesehatan jiwa masyarakat kemudian dibuatkan SKnya. | | | |

| | | | | |
|----|--|--|-----------------------------|--|
| RN | Sebenarnya upaya yang kami lakukan masih terbatas. Karena baru tahun ini ada dana untuk kesehatan jiwa, sehingga baru tahun ini kami mengadakan kegiatan workshop. Kegiatan workshop ini menghadirkan dokter puskesmasnya dan petugas kesehatan jiwa masing-masing puskesmas, narasumbernya dokter spesialis jiwa dan penanggung jawab (kesehatan jiwa) di propinsi. Jadi materinya tentang cara penanganan jika ada kasus-kasus gangguan jiwa, kemudian deteksi dininya, karena yang terpenting di dinas kesehatan itu deteksi dini, supaya lebih cepat ditangani dan kondisi penderita tidak bertambah buruk | | dalam bidang kesehatan jiwa | |
|----|--|--|-----------------------------|--|

3. Pembinaan dan pengawasan

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|--|---|--|--|
| AZ | Ada pembinaan di Puskesmas, yang dilakukan oleh Seksi (Pencegahan dan Pengendalian) Penyakit Tidak Menular seperti supervisi dan bimbingan teknis, tapi tidak rutin setiap bulan. Cuma kalau dilihat di puskesmas ada kasus gangguan jiwa yang ditemukan, itu kemudian diverifikasi. Yang semacam pelacakan kasus pasung | Pembinaan dan pengawasan dalam bentuk supervisi dan bimbingan teknis tapi tidak rutin dilakukan | Pemerintah daerah berwenang melakukan pengawasan terhadap penyelenggaraan upaya kesehatan jiwa dan sumber daya dalam upaya kesehatan jiwa. | Pembinaan dan pengawasan telah dilakukan namun belum secara ritun dilakukan. |
| RN | Kalau mengenai pembinaan puskesmas, baru-baru kami lakukan workshop, bimbingan teknis tapi itu tidak rutin juga | | | |

E. PENGETAHUAN TENTANG GANGGUAN JIWA

1. Pemahaman mengenai gangguan jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|-------------|----------------|-------------|------------------|
|-----------------|-------------|----------------|-------------|------------------|

| | | | | |
|----|---|---|--|---|
| MT | Orang gila, biasanya suka marah-marah dan mengamuk. Kalau bertemu mereka di jalan, saya takut. | Orang yang menderita gangguan jiwa adalah “orang gila” dan tidak waras. Sering mengamuk dan membawa senjata tajam sehingga membuat takut jika bertemu. Orang yang berbahaya, bisa melukai diri sendiri dan orang lain. Orang yang memiliki penyakit yang membuat orang tidak nyaman karena keluhan perilaku yang dilakukan tidak wajar. | 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). | Umumnya informan memiliki pemahaman yang negatif mengenai orang dengan gangguan jiwa. |
| SM | Penyakit yang membuat orang hilang akal sampai melakukan perilaku yang bisa membahayakan. Kalau ada hal yang membuat dia marah, bisa mengamuk dan sampai bawa-bawa parang, bisa melukai dirinya dan orang lain. | | | |
| RW | Penyakit yang membuat orang takut dan membuat orang tidak nyaman karena kelakuannya yang tidak wajar. | | | |
| LH | Suka menyendiri, takut kalau ketemu orang, bicara sendiri. Tidak terawat karena malas mandi. | | | |
| SY | Kalau lihat orang gila, semua pasti takut. Apalagi yang suka lari-lari dan bawa parang. | | | |
| HJ | Suka menyendiri, kalau bicara dengan bahasa kotor, pakaiannya compang camping bahkan ada yang tidak pakai baju, suka mengumpulkan plastik bekas. Tampilannya tidak terawat bahkan malas mandi | | | |
| MB | Yang sering bawa-bawa parang, suka berkeliaran tidak pakai baju, pokoknya tidak waras | | | |

2. Pemahaman mengenai penyebab gangguan jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|----------|---|--|---|--|
| MT | Katanya terlalu banyak terima ilmu dari nenekku. Makanya karena tidak sanggup bawa, jadi seperti itumi. | Penyebab gangguan jiwa berhubungan dengan hal-hal gaib | Faktor-faktor penyebab gangguan jiwa adalah | Umumnya informan memiliki pemahaman yang tidak tepat |

| | | | | |
|----|---|--|--|---|
| SM | Sepertinya karena ada teman perempuannya yang mengirim guna-guna, sehingga adik saya sakit seperti itu | <p>dan kejadian mistis atau supranatural.</p> <p>Karena ada nazar dari orang tua yang tidak dipenuhi.</p> <p>Menyamakan dengan gejala fisik penyakit lain yang serupa.</p> | <p>psikologis, genetik, lingkungan, dan holistic elektik</p> | <p>mengenai penyebab gangguan jiwa.</p> |
| RW | Mungkin karena pengaruh sudah tua, terus tinggal sendiri jadi kalau ada sakitnya kayak darah tinggi, tidak diobati. | | | |
| LH | Kalau orang-orang tua jaman dahulu mengatakan bahwa dia menerima ilmu dari leluhur agar bisa untuk mengobati orang lain. Tapi dia tidak mampu menerima ilmu tersebut | | | |
| SY | Sepertinya karena kecapean terus dia pikir terus pekerjaannya. | | | |
| HJ | Dia dan beberapa saudaranya menderita penyakit seperti itu. Biasanya akan muncul gejala ketika mereka pergi merantau, menyebrang lautan. Sepertinya dulu orang tuanya mempunyai nazar-nazar yang tidak dilaksanakan, sehingga anak-anaknya menderita penyakit ini | | | |
| MB | Kalau anak saya itu bukan gila, bukan. Dia dari kecil memang kena epilepsi. Karena sering kejang-kejang itu, sampai sekarang. | | | |

3. Pemahaman mengenai penanganan gangguan jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|----------|---|---|--|--|
| MT | Diantar berobat ke beberapa Ustadz, di rukiyah, tapi tidak sembuh | <p>Berobat ke dukun, ustadz, dan pengobatan supranatural.</p> | <p>Penanganan yang dilakukan pada penderita gangguan jiwa adalah terapi perilaku kognitif yang</p> | <p>Umumnya informan memiliki pemahaman yang minim mengenai penanganan yang tepat</p> |
| SM | Pernah saya bawa untuk pengobatan supranatural karena saya pikir dia seperti itu karena guna-guna | | | |

| | | | | |
|----|--|------------------------------------|---|-------------------------------|
| RW | Tinggal saja mengurung diri di dalam rumah. Tidak mau ketemu dengan orang lain. Jadi susah kalau mau di bawa berobat. | Berobat ke dokter spesialis syaraf | bertujuan untuk mengubah pola piker dan respon pasien, dari negative menjadi positif. Terapi ini digunakan untuk mengatasi gangguan jiwa seperti depresi, skizoprenia, gangguan kecemasan, gangguan bipolar dan gangguan tidur. Selain itu juga dikombinasikan dengan farmakoterapi seperti antidepresan, antipsikotik, pereda cemas dan <i>mood stabilizer</i> . | bagi penderita gangguan jiwa. |
| LH | Waktu mulai sering mengamuk, saya bawa untuk berobat ke dukun, tapi dia bilang ini bukan obatnya. Setelah itu saya bawa ke Ustadz untuk di rukiyah tpi dia bilang ini juga bukan obatnya | | | |
| SY | Pernah dibawa berobat di dukun-dukun di kampung, pernah juga ke Ustadz. | | | |
| HJ | Diantar sama sepupunya berobat di dokter praktek, dokter saraf. Kalau abis obatnya biasa saya mintakan obatnya HP. | | | |
| MB | Berobat ke dokter praktek, ahli syaraf. Petugas di puskesmas bilang katanya harus ke dokter spesialis jiwa, anak saya itu epilepsi bukan gila. Untuk apa ke dokter jiwa? | | | |

F. STIGMA

1. Sikap penderita terhadap gangguan jiwa yang dialami

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|----------|--|--|---|--|
| MS | Sebenarnya saya sangat ingin berkumpul bersama orang lain jika ada keramaian, tapi saya malu. Saya cepat sekali tersinggung, saya merasa bahwa orang-orang yang berkumpul pasti bercerita buruk tentang saya | Cepat tersinggung Sedih dan pasrah saja | Adanya <i>self stigma</i> ini membuat seseorang kehilangan harga diri | Informan umumnya memiliki stigma yang berasal dari diri sendiri. |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| RS | Sedih bu...tapi maumi di apa | | | |
| MM | Saya kadang merasa sangat marah, hingga ingin menghancurkan semuanya. Mereka mengatakan bahwa saya sedang sakit, tapi saya tidak pernah merasa sakit apapun. Saya tahu mereka hanya mau menyiksa saya, mereka marah karena saya tidak mau mengikuti ajaran mereka | Rasa bersalah dan anggapan negatif terhadap dirinya. Rasa marah | dan kepercayaan mengakibatkan penderita menyangkal kondisi kesehatan mentalnya dan enggan untuk mencari bantuan kepada orang yang ahli di bidang tersebut. | |
| TK | Iye... itu tetangga-tetangga bilang... katanya sakitka...jadi disuruhmaka pergi di dokter praktek di palopo untuk obati sakit kepalaku...itu sepupuku selalu temanika... | Biasa saja | | |
| HP | Pemikiranku itu seperti masih anak kelas 4 SD, saya ingin lebih tapi tidak mampu. Kadang saya merasa sedih, saya itu merasa tidak bisa berbuat apapun, merasa tidak mampu. Kadang-kadang saya bertanya, Ya Allah, salah saya apa, kenapa mendapat cobaan seperti ini?" | | | |
| NW | Biasa aja | | | |

2. Tanggapan dan perlakuan yang diterima dari masyarakat sekitar

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|---|---|---|--|
| MS | Biasaji...tapi saya tersinggunga kalo cerita orang. | Biasa saja Tetangga memberikan dukungan untuk berobat ke | Masyarakat yang memiliki stigma terhadap penderita gangguan jiwa cenderung menghindari dan tidak mau memberikan bantuan terhadap orang yang | Informan umumnya tidak mendapatkan tanggapan dan perlakuan yang buruk dari masyarakat sekitar. |
| RS | Ndaji disini...biasaji seperti yang dulu-dulu | | | |
| MM | Mereka tetap selalu menyiksa saya, menyiksa dengan kata-kata...marah kepada saya karena tidak mau mengikuti ajaran mereka | | | |
| TK | Iye, ndaji...biasaji... ituji aji didepan...selalu tiap hari datang cellengika...natungguika makanki obatku... selalu napaksaka makanki obatku, na nda sakitmi kepalaku | | | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| HP | Biasa aja bu...ya nda gimana-gimana... saya nda ngrusak ini | pelayanan kesehatan Bersikap baik kepada ODGJ dan keluarga | menderita gangguan jiwa sehingga mempersulit dalam proses penyembuhan. |
| NW | Biasa aja... nda ada masalah | | |
| MT | Nda adaji tetangga-tetangga yang cerita jelek, biasa-biasaji karena kalo ada rame-rame tetangga, ikutji juga dia. | | |
| SM | Iye...biasa-biasaji...banyak juga tetangga support bilang bawaki berobat, coba bawa di tempat ini...dibawa lagi | | |
| RW | Kalo tetangga, baik-baik semuaji...malah tetangga yang bilang kasih berobatki kasian...tetanggaji itu yang kasih tahu ibu di puskesmas, baru datang ke sini periksa | | |
| LH | Biasaji, ituji sa anukan jualannya situ supaya ada dia temani cerita-cerita... biasaji ada orang datang temani cerita-cerita | | |
| SY | Baekji bu...ndaji ada apa-apa nabilang... | | |

3. Sikap dan perlakuan yang diterima petugas kesehatan

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|----------|--|---|---|---|
| MS | Bagusji...dilayani bagus-bagusji juga | Sikap dan perlakuan baik Petugas kesehatan perhatian terhadap pasien | Stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa oleh penyedia layanan kesehatan mengakibatkan kesenjangan akses, pengobatan, dan hasil pengobatan. Stigma dari petugas | Informan tidak mendapatkan stigma dari petugas kesehatan. Informan umumnya mendapatkan sikap dan perilaku yang positif dari petugas kesehatan |
| RS | Iye, baik-baekji semua. | | | |
| MT | Baek semuaji, | | | |
| SM | Baek tawwa, perhatian sama pasiennya. | | | |
| RW | Itumi...selaluji di kunjungi, dibawakan obat | | | |
| LH | Baek-baekji semua petugasnya...bagus-bagus semua | | | |

| | | | | |
|----|-----------------------|--------------------------------------|--|--|
| SY | Baek-baek semua ji... | Selalu dikunjungi dan dibawakan obat | kesehatan menghambat penderita gangguan jiwa untuk pencarian pengobatan dan pemanfaatan layanan kesehatan. | |
|----|-----------------------|--------------------------------------|--|--|

G. PENGETAHUAN PETUGAS KESEHATAN

1. Pengertian Kesehatan Jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|----------|---|--|--|--|
| SR | Kesehatan jiwa itu tentang semua hal-hal yang berhubungan dengan kejiwaan... | Tidak Tahu | 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) | Pada umumnya informan tidak memahami kesehatan jiwa dengan benar dan tepat |
| FT | Ooo...kalau kesehatan jiwa sepengetahuan saya itu...mampu berinteraksi dengan sosial, terus mampu memelihara dirinya sendiri, secara keseluruhan mampu melakukan semua perilaku-perilaku secara normal... | Mampu menyadari kemampuan diri | | |
| BN | Orang yang mengalami gangguan kejiwaan yang tidak normal secara psiko dan mental | Mampu memiliki hubungan baik dengan orang lain | | |
| NH | Kondisi dimana orang bisa hidup normal, tidak stress karena adanya tekanan... | Dapat bekerja secara produktif | | |
| NM | Bisa berinteraksi secara normal, bisa bersosialisasi, bekerja dengan baik... | | | |
| IT | Keadaan saat orang bisa normal bicara, bisa berinteraksi sama orang lain dengan baik... | | | |

2. Pengertian Gangguan Jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|---|--|--|---|
| SR | Orang yang terganggu jiwanya, tidak normal seperti orang yang biasanya... | Tidak Tahu | 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). | Pada umumnya informan tidak memahami gangguan jiwa dengan benar dan tepat |
| FT | Seseorang yang menyimpang perilakunya, moodnya, cara bertindak dan pola pikirnya... | Mampu menyadari kemampuan diri | | |
| BN | Mengalami gangguan mental, tidak bisa berpikir secara rasional... | Mampu memiliki hubungan baik dengan orang lain | | |
| NH | Gangguan jiwa itu semacam gangguan psikologis, begitu... | | | |
| NM | Gangguan jiwa itu seperti orang yang depresi...semacam itu... | Dapat bekerja secara produktif | | |
| IT | Gangguan psikologis seseorang..biasa karena ada pengaruh dan tekanan lingkungan... | | | |

3. Penyebab gangguan jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|---|---------------------------------------|---|--|
| SR | Ituuuu, biasa pengaruh dari psikologisnya, ada juga akibat memang keturunan.. kalau dari pikirannya kacau-kacau, baru timbul stress akhirnya depresi... | Pengaruh psikologis | Faktor-faktor penyebab gangguan jiwa adalah psikologis, genetik, lingkungan, dan holistic elektik | Pada umumnya informan memahami faktor penyebab gangguan jiwa |
| FT | Ada beberapa faktor, kalau dari dalam memang ada biasa keturunan, ada keluarganya yang memang ada gangguan gennya.. terus dari luar itu bisa pengaruh obat-obatan, stress, tekanan keluarga, ketidakmampuan, beban pikiran...kayak ada anak sekolah nda mampu menahan beban pikiran, disekolah dia tidak terlalu mampu menyerap pelajaran, terus di rumah mamanya terlalu cerewet | Keturunan Pengaruh Obat-obatan | | |

| | | | | |
|----|---|-------------------------|--|--|
| BN | Karena stress yang berlebihan, keturunan, bisa karena trauma saat anak-anak, karena obat-obatan... | Tekanan dari lingkungan | | |
| NH | Mungkin stress, banyak pikiran... | | | |
| NM | Banyak faktor yang bisa menyebabkan... keinginan yang tidak tercapai, ambisi yang terlalu banyak, sudah mau terbang tidak ada sayap...maksudnya itu kayak mau beli apa-apa tapi tidak ada uangnya akhirnya stress...ada juga yang namanya post partum blues, itu orang yang tidak bisa menerima anaknya... Disebabkan karena ada tekanan dari mertua, keluarga, tidak didukung oleh suami, atau bisa disebabkan karena pengaruh dari persalinan, karena rasa nyeri, rasa sakit... | | | |
| IT | Biasanya itu stress, ada juga karena pengaruh obat-obatan, keturunan... | | | |

4. Jenis-jenis gangguan jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|---|--|--|--|
| SR | Ada depresi, skizoprenia, epilepsy juga masuk.. ada sindrom down.. | Depresi, Skizoprenia, sindrom down, halusinasi, waham, delirium, kecemasan | Gangguan jiwa secara garis besar dapat digolongkan menjadi dua bagian yaitu: - Gangguan psikiatrik organik terbagi menjadi dua macam yaitu, gangguan organik seperti karsinoma, | Pada umumnya informan mengetahui jenis-jenis gangguan jiwa |
| FT | Halusinasi pendengaran, biasanya dia mendengar bunyi-bunyi padahal kita secara normal tidak dengar... terus halusinasi penglihatan, waham, depresi, delirium, apalagi di...skizo, kalau skizo itu sudah masuk gangguan jiwa berat | | | |
| BN | Epilepsy, skizoprenia, depresi, halusinasi, waham, autisme dan sindrom down | | | |
| NH | Cemas, depresi, kayak yang begitu.. | | | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| NM | Ada yang halusinasi, ada yang depresi, ada yang skizoprenia, | | gangguan endokrin, dan lain-lain, serta gangguan penggunaan zat psikoaktif seperti penggunaan alkohol, obat-obatan terlarang, dan lain-lain. | |
| IT | Depresi, skizo, waham...yang kayak begitu-begitu... | | - 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 | |

5. Tanda-tanda gangguan jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|--|---|---|---|
| SR | Ciri-cirinya biasa kurang tidur awalnya, sakit ulu hati, akhirnya bisa stress, depresi | Awalnya kurang tidur dan sakit ulu hati | Gangguan jiwa berat gangguan psikotik dan gangguan jiwa | Pada umumnya informan mengetahui tanda- |

| | | | | |
|----|--|---|---|--------------------------------|
| FT | Tanda-tanda gangguan jiwa kalau misalnya bicaranya ngawur, tidak nyambung...pastimi tu..terus kalau yang isolasi sosial, menarik diri, tidak bisa bersosialisasi, tidak suka keramaian, terus ada juga sering berteriak, ada juga yang sering melihat makhluk halus. | Bicara ngawur, isolasi sosial, menarik diri, tidak dapat bersosialisasi | skizofrenia memiliki beberapa gejala yang dimanifestasikan dalam gejala gangguan pemahaman berupa delusi dan waham, gangguan persepsi berupa halusinasi atau ilusi, serta terganggunya daya nilai realitas yang dimanifestasikan dengan perilaku bizzare atau aneh. 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 | tanda dan gejala gangguan jiwa |
| BN | Sering menyendiri, diam-diam, menghindari orang lain, teriak-teriak, bicara sendiri | Berhalusinasi | | |
| NH | Kadang ketawa sendiri, senyum-senyum sendiri, bicara sendiri...tapi sebenarnya kalau gangguan jiwa, goyang-goyang kaki saja itu sudah ada kelainan, tanda-tanda gangguan jiwa | Berteriak-teriak dan mengamuk | | |
| NM | Biasa itu diam, terus kayak mau mengamuk..bicara sendiri, gelisah.. | Gangguan psikomotor | | |
| IT | Depresi, skizo, waham...yang kayak begitu-begitu | | | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | tidak berharga, dan terganggunya pekerjaan sehari-hari. | |
|--|--|--|---|--|

6. Cara mencegah gangguan jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|--|---|--|---|
| SR | Menghindari pikiran-pikiran negative, deteksi dini bisa dilakukan oleh keluarga dengan memperhatikan anggota keluarganya, kalau-kalau ada tingkah lakunya yang berubah... | Menghindari pikiran negatif | Pencegahan gangguan jiwa adalah tindakan yang mencoba untuk mengurangi kemungkinan terjadinya gangguan jiwa. Cara pencegahannya yaitu: Berpartisipasi aktif dalam aktivitas yang disenangi, olahraga rutin, makan teratur, mengelola stress dengan baik, tidur dan bangun teratur, tidak merokok dan menggunakan napza, tidak mengkonsumsi minuman beralkohol, | Pada umumnya informan dapat menyebutkan cara pencegahan gangguan jiwa |
| FT | Kalau untuk mencegah sendiri, secara psikis orang gangguan jiwa itu bisa dengan keluarga sendiri dulu...artinya kalau memang misalnya si pasien suka berteriak-teriak atau melihat sesuatu, keluarga bisa mendekati secara spiritual, keagamaan, menurut agamanya tooo | Deteksi dini dari keluarga dengan memperhatikan tingkah laku anggota keluarga | | |
| BN | Menanggulangi stress dengan cara berbagi masalah dengan orang lain, menghindari narkoba, beribadah, dan rutin berobat... | Pendekatan keagamaan | | |
| NH | | Menanggulangi stress, menghindari narkoba dan berobat rutin. | | |
| NM | Kalau saya, dihindari dulu apa yang bisa menjadi penyebabnya, tapi intinya itu... syukuri apa yang ada... | Berbagi masalah dengan orang lain | | |

| | | | | |
|----|--|------------|--|--|
| IT | | Tidak tahu | konsumsi obat-obatan yang diresepkan oleh dokter dan segera ke dokter jika muncul gejala gangguan mental | |
|----|--|------------|--|--|

7. Cara menangani penderita gangguan jiwa

| Informan | Emik | Reduksi | Etik | Preposisi |
|-----------------|--|--|---|---|
| SR | Kalau ada pasien yang datang di kasih tenang dulu, kalau misalnya dia sudah bagusmi, di kembalikan ke keluarganya...apakah mau di rujuk atau lanjut obatnya di puskesmas. | Ditenangkan kemudian diberikan pelayanan | Penanganan gangguan jiwa tergantung pada jenis gangguan yang dialami dan tingkat keparahannya. | Pada umumnya informan tidak mengetahui cara menangani penderita gangguan jiwa |
| FT | Kan ada itu kegiatan home visit, kunjungan rumah untuk pasien yang berobat... kalau memang sudah ada kemungkinan untuk diadakan konsultasi konseling di puskesmas, di bawa ke puskesmasmi...bisami juga keluarganya saja yang datang ambil obatnya ke puskesmas. | Kunjungan rumah, konsultasi konseling | Penanganan yang dilakukan pada penderita gangguan jiwa adalah terapi perilaku kognitif yang bertujuan untuk | |
| BN | Dilayani sesuai alur dan prosedurnya...diperiksa kesehatan fisiknya, terus ke ruangan konseling...kecuali kalau yang mengamukmi...biasanya di kasih tenang dulu...dikasih obat | Dilayani sesuai alur dan prosedur | mengubah pola pikir dan respon pasien, dari negative menjadi positif. Terapi ini digunakan untuk mengatasi gangguan jiwa seperti depresi, skizoprenia, gangguan | |
| NH | Kalau kami di sini kan menerima pada saat pasien mendaftar jadi biasanya yang datang itu sudah berobat, jadi seperti pasien umum biasaji...didaftar, terus nanti di periksa di poli umum, biasa juga yang datang ambil obat keluarganya... | Pendekatan pada keluarga penderita | | |

| | | | | |
|----|---|--|---|--|
| NM | Dilihat latar belakangnya dulu, apa penyebabnya... di dekati keluarganya...kalau misalnya ada pasien KIA yang seperti itu dikasih konseling dulu baru dirujuk...jadi seharusnya ada koseling kejiwaan juga di KIA | | kecemasan, gangguan bipolar dan gangguan tidur. Selain itu juga dikombinasikan dengan farmakoterapi seperti antidepresan, antipsikotik, pereda cemas dan <i>mood stabilizer</i> | |
| IT | Kan kalau ada pasien jiwa yang masuk, biasanya perawatnya sudah tahu, jadi diantar kan sama perawatnya, didaftar, terus dicarikan rekam mediknya, baru dimasukkan ke poli umum | | | |

PEDOMAN OBSERVASI

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

I. Identitas observasi

- a. Subjek yang diamati : Petugas Kesehatan
- b. Nama : NH
- c. Alamat : Larompong
- d. Hari, tanggal : Kamis, 26 Juni 2019
- e. Waktu : 10.00

II. Aspek-aspek yang diamati

- a. Interaksi informan dengan peneliti
- b. Interaksi informan pada saat wawancara
- c. Interaksi informan dengan ODGJ

III. Lembar observasi

| No | Bahan observasi | Ya | Tidak | Catatan |
|----|--|----|-------|---|
| 1 | Petugas kesehatan bersikap sopan terhadap pasien dan keluarga | √ | | Informan pertama-tama menyapa pasien dan mengucapkan salam kemudian menanyakan kelengkapan kartu pasien |
| 2 | Petugas kesehatan bersikap ramah terhadap pasien dan keluarga | √ | | Informan berbicara dengan ramah dan senyum kepada pasien dan keluarga sambil menanyakan tujuan pasien |
| 3 | Petugas kesehatan memiliki pengetahuan yang cukup tentang kesehatan jiwa | | √ | Informan tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang kesehatan jiwa. Informan tidak dapat membedakan pengertian kesehatan |

| | | | | |
|----|--|---|---|---|
| | | | | jiwa dan gangguan jiwa. Informan hanya mengetahui penyebab dan beberapa jenis gangguan jiwa. Dalam proses wawancara informan sering terdiam tidak menjawab dan hanya tersenyum. |
| 4 | Petugas kesehatan memiliki SOP dan instrumen pelayanan | √ | | Dalam melakukan pelayanan sebagai petugas dibagian pendaftaran, informan memiliki SOP |
| 5 | Petugas kesehatan mengikuti standar operasional prosedur (SOP) | √ | | Dalam melakukan pelayanan sebagai petugas dibagian pendaftaran, informan melaksanakan sesuai dengan SOP |
| P6 | Petugas kesehatan bersikap diskriminatif | | √ | Informan memperlakukan semua pasien sama |
| 7 | Petugas Kesehatan melayani cepat dan tepat | √ | | Informan dalam melakukan pelayanan cepat dan sesuai prosedur |
| 8 | Petugas kesehatan dapat berinteraksi dengan baik | √ | | Informan cukup ramah terhadap pasien, dapat berkomunikasi dengan baik. Informan mampu menjelaskan hal-hal yang perlu diketahui oleh pasien dan keluarganya dengan baik. |

LEMBAR TILIK DOKUMEN

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

Berilah tanda cek (√) pada kolom “Ada” apabila dokumen ada dan berilah tanda cek pada kolom “Tidak” apabila dokumen tidak ada serta tuliskan deskripsi mengenai aspek yang diamati jika diperlukan.

| No | Dokumen yang dibutuhkan | Ada | Tidak | Keterangan |
|----|---|-----|-------|---|
| 1 | Struktur Organisasi Puskesmas | √ | | Terdapat struktur organisasi Puskesmas secara keseluruhan dan ada pula struktur organisasi khusus program kesehatan jiwa |
| 2 | SK Penanggung jawab program Kesehatan jiwa | √ | | Penanggung jawab program kesehatan jiwa ditunjuk oleh Kepala Puskesmas. SK penanggung jawab program diterbitkan oleh Kepala Puskesmas |
| 3 | Standar Operasional Prosedur (SOP) pelayanan kesehatan jiwa | √ | | Terdapat beberapa SOP yang dipergunakan dalam layanan kesehatan jiwa. SOP untuk pelayanan dalam gedung dan SOP untuk kegiatan-kegiatan di luar gedung |
| 4 | Instrumen kegiatan pelacakan kasus gangguan jiwa | √ | | Instrumen yang digunakan adalah instrumen SRQ (<i>self reporting questionnaire</i>). Instrumen ini adalah |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| | | | | kuisisioner yang berisi 29 pertanyaan yang digunakan untuk mendeteksi adanya gejala gangguan jiwa pada seseorang |
| 5 | Register /pencatatan pelayanan kesehatan jiwa puskesmas | √ | | Pencatatan dilakukan oleh petugas-petugas yang bersangkutan baik di bagian pendaftaran, poli umum, ruang konseling dan pelayanan obat |
| 6 | Laporan kegiatan kesehatan jiwa –laporan kesehatan jiwa | √ | | Pencatatan dan dokumentasi setiap kegiatan progam kesehatan jiwa dilakukan setelah kegiatan dan dilaporkan pada akhir bulan kepada Kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan baik sebagai laporan bulanan maupun sebagai laporan pertanggungjawaban dana BOK |
| 7 | Jadwal pelayanan kesehatan jiwa | √ | | Jadwal pelayanan dan kegiatan kesehatan jiwa dibuat pada awal tahun dan dilakukan monitoring serta evaluasi setiap akhir bulan. |
| 8 | Alur program pelayanan kesehatan jiwa | √ | | Setiap jenis pelayanan memiliki alurnya, baik untuk pelayanan pemeriksaan, konseling, maupun pelayanan obat |

| | | | | |
|----|---|---|---|---|
| 9 | Dokumentasi kegiatan pelatihan kesehatan jiwa | | √ | Tidak ada dokumentasi kegiatan pelatihan tersimpan di Puskesmas |
| 10 | Pedoman pelayanan kesehatan jiwa | √ | | Petugas di Puskesmas menggunakan buku pedoman pelayanan kesehatan jiwa yang diterbitkan oleh kementerian kesehatan kemudian disederhanakan dan disesuaikan dengan keadaan dan kondisi wilayahnya. |

DOKUMENTASI OBSERVASI DI PUSKESMAS LAROMPONG





POLI UMUM



RUANG KONSELING

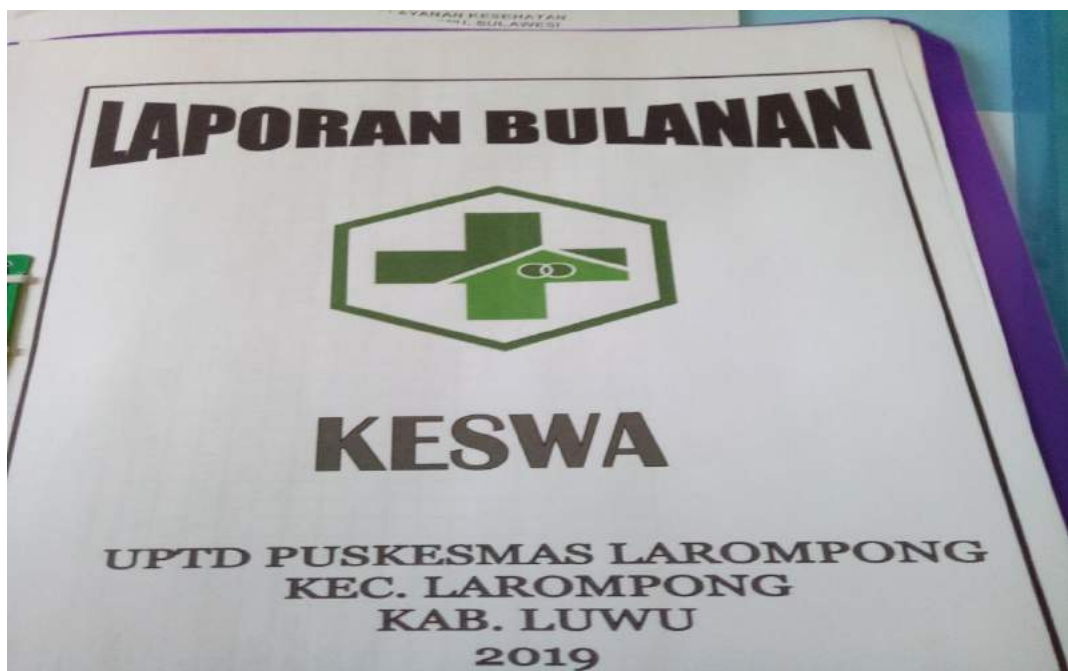
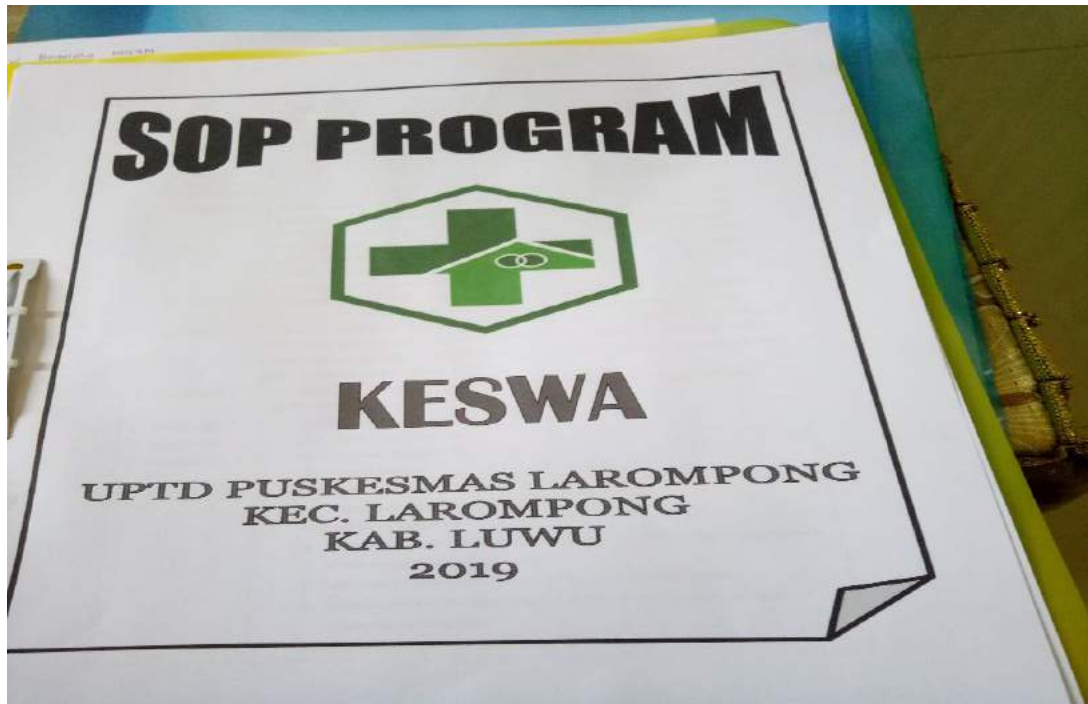




RUANG TUNGGU PASIEN



DOKUMENTASI KEGIATAN PENGAMBILAN DATA



SOP DAN LAPORAN KEGIATAN



|  | | PEMBINAAN PASIEN GANGGUAN KESEHATAN JIWA | |  |
|---|--|---|--------------------------|---|
| | | SOP | | |
| | | No. Dokumen | : B/IV/SOP-JIWA/I/18/002 | SULHERLS, S. Apt Nip.19801122 200502 3 004 |
| | | No. Revisi | : 01 | |
| | | Tanggal Terbit | : 2 Januari 2018 | |
| | | Halaman | : 1/2 | |
| UPTD PUSKESMAS LAROMPONG | | | | |
| 1. Pengertian | Pembinaan pasien gangguan kesehatan jiwa Merupakan pembinaan keluarga/pasien gangguan kesehatan jiwa, yang memerlukan perhatian khusus, baik dalam suatu institusi maupun non institusi, penyelenggaraan upaya kesehatan jiwa. Berfokus pada masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan jiwa rentan terhadap stress, dan sedang dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan. | | | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan dalam menerapkan langkah-langkah kesesuaian pelaksanaan program pembinaan pasien gangguan jiwa | | | |

|  | | SWEEPING PASIEN PASUNG ODGJ | |  |
|---|---|------------------------------------|--------------------------|---|
| | | SOP | | |
| | | No. Dokumen | : B/IV/SOP-JIWA/I/18/003 | SULHERLS, S. Apt NIP.19801122200 |
| | | No. Revisi | : 01 | |
| | | Tanggal Terbit | : 2 Januari 2018 | |
| | | Halaman | : 1/3 | |
| UPTD PUSKESMAS LAROMPONG | | | | |
| Pengertian | Sweeping pasien pasung adalah kegiatan dengan mengunjungi rumah rumah warga yang dianggap mengalami gangguan jiwa dengan maksud melihat ada tidaknya pasien di pasung | | | |
| Tujuan | Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat serta membina dan memelihara perilaku sehat serta berperan dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal | | | |



**PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN**

Nomor : 17586/S.01/PTSP/2019
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth,
Bupati Luwu

KABUPATEN LAROMPONG KABUPATEN LUWU

di-
Tempat

Berdasarkan surat Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar Nomor : 4668/UNH.14.1/PL.00.00/2019 tanggal 12 Juni 2019 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

nama : ROSALINA SANDI
nomor Pokok : KU12171007
program Studi : Kesehatan Masyarakat
pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(SZ)
alamat : Jl. P. Kemerdekaan Km. 10, Makassar

dimaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Tesis, dengan judul

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

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 18 Juni s/d 18 Juli 2019

hubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada tanggal : 13 Juni 2019

**A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU
PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu**

A. M. YAMIN, SE., MS.
Pangkat : Pembina Utama Madya
Nip : 19610513 199002 1 002

Isian Yth



PEMERINTAH KABUPATEN LUWU
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Alamat: Jl. Cpu Deeng Raja No. 1, Belopa Telepon: (0471) 3314115

Nomor : 184/PENELITIAN/02.01/DPMPTSP/VI/2019
Lamp : -
Sifat : Biasa
Perihal : **Pemohonan Izin Penelitian**

Kepada
Yth. Kepala Puskesmas
di -
Tempat

Berdasarkan Surat Kepala DPMPTSP Provinsi Sulawesi Selatan : 17586/S.01/PTSP/2019 tanggal 13 Juni 2019 tentang permohonan Izin Penelitian.

Dengan ini disampaikan kepada saudara (j) bahwa yang tersebut di bawah ini :

Nama : Rosalina Sandi
Tempat/Tgl Lahir : Ujung Pandang / 07 September 1981
Nim : K012171007
Jurusan : S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat
Alamat : Dsn. Malengko
Tolangi
Kecamatan Sukamaju

Bermaksud akan mengadakan penelitian di daerah/instansi Saudara (j) dalam rangka penyusunan "Tesis" dengan judul :

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

Yang akan dilaksanakan di PUSKESMAS LAROMPONG DAN PUSKESMAS NOLING pada tanggal 18 Juni 2019 s/d 18 Juli 2019

Sehubungan hal tersebut di atas pada prinsipnya kami dapat menyetujui kegiatan dimaksud dengan ketentuan sbb :

1. Sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan, kepada yang bersangkutan harus melaporkan kepada Bupati Luwu Up. Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kab. Luwu.
2. Penelitian tidak menyimpang dari izin yang diberikan.
3. Mentaati semua peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. Menyerahkan 1 (satu) exemplar copy hasil penelitian kepada Bupati Luwu Up. Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kab. Luwu.
5. Surat izin akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat izin tidak mentaati ketentuan-ketentuan tersebut di atas.



1201919315000178



Diterbitkan di Kabupaten Luwu

Pada tanggal 18 Juni 2019

Kepala Dinas



LUTHER BIJA, SH, MH

Pangkat Pembina Utama Muda

NIP : 19630517 199203 1 010

Terbusten:

1. Bupati Luwu (sebagai Laporan) di Belopa.
2. Kepala Kecamatan dan Linnas Kab. Luwu di Belopa.
3. Kepala DPMPTSP Provinsi Sulawesi Selatan.
4. Mahasiswa (j) Rosalina Sandi.
5. Arap.

PROFIL PENULIS



Nama lengkap penulis adalah ROSALINA SANDI, lahir di Ujung Pandang pada 07 September 1981. Anak kedua dari 4 bersaudara ini menyelesaikan pendidikan formal di SD Inpres Sangkara'na Kabupaten Gowa (tahun 1992), SMP Katolik Cenderawasih Ujung Pandang (tahun 1995), SMU Negeri 3 Makassar (tahun 1998), S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (tahun 2005) dan S2 (tahun 2019) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis saat tercatat sebagai Pegawai Negeri Sipil di lingkup Pemerintah Daerah Kabupaten Luwu dan melaksanakan jabatan fungsional sebagai Penyuluh Kesehatan Masyarakat yang bertugas di Puskesmas Noling Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu. Selain telah menyelesaikan Tesis ini, penulis juga sebelumnya telah menyelesaikan karya tulisnya yang pertama yaitu skripsi yang berjudul "Studi tentang gangguan kesehatan pada pekerja Diskotik M Club Kota Makassar Tahun 2005".

