

Implementasi Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Komunitas di Puskesmas Parlilitan Kabupaten Humbang Hasundutan Tahun 2022

Implementation of Community-Based Mental Health Services in Puskesmas Parlilitan District in 2022

**Yenni Manullang¹, R. Kintoko Rochadi², Frida Lina Tarigan³, Donal Nababan⁴,
Henny Arwina Bangun⁵**

Prodi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Sari Mutiara Indonesia
Korespondensi Penulis: frida_tarigan@yahoo.co.id

Abstrak

Masalah kesehatan jiwa mempunyai lingkup yang sangat luas, kompleks dan tidak terpisahkan dari kesehatan terutama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia secara keseluruhan. Program pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas merupakan suatu terobosan yang bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa dengan memberdayakan masyarakat, mulai dari Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan jiwa, perawat kesehatan jiwa sebagai tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas, dan juga keterlibatan masyarakat. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan pelayanan kesehatan berbasis komunitas di Puskesmas Parlilitan. Metode penelitian dengan desain kualitatif, informan sebanyak 11 orang dipilih secara *purposive*. Teknik pengambilan data dengan cara wawancara mendalam, observasi, telaah dokumen dan *focus group discussion*. Triangulasi yang dilakukan adalah triangulasi sumber, dan metode. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas meliputi penyuluhan, deteksi dini, rawat jalan, rujukan, dan kunjungan rumah belum optimal. Diperlukan pemberdayaan masyarakat dalam tiap komponen pelayanan kesehatan jiwa. Penelitian ini menyarankan agar Puskesmas Parlilitan lebih memperbanyak kegiatan penyuluhan di luar Puskesmas, memperkuat kerjasama lintas sektor dan melatih kader kesehatan untuk meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat.

Kata kunci: implementasi, pelayanan kesehatan jiwa, Puskesmas

Abstract

Mental health problem has broad and complex scope which is inseparable from health, especially in supporting the realization of human life quality as a whole. Community-based mental health care is a breakthrough intended to increase mental health care by empowering people, starting from Puskesmas (Public Health Center) as the spearhead in health care, including mental health care, mental health nurses in Puskesmas, and people's involvement. The objective of the research is to analyze the implementation of community-based health care at Parlilitan Puskesmas. The research uses qualitative research method. The samples

are 11 participants, taken by using purposive sampling technique. The data are gathered by conducting in-depth interview, observation, documentation, and focus group discussion. Triangulation conducted is source and method triangulation. The result of the research shows that the implementation of community-based health care which includes the counseling, early detection, outpatient, references, and home visits are not optimal. The role of family and people's empowerment should be increased in each component of mental health care. It is also recommended that the management of Parililitan Puskesmas strengthen cross-sector cooperation and train health cadres in order to increase the coverage of people's mental health care.

Keywords: *implementation, mental health care, Puskesmas*

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan terhadap penderita gangguan jiwa tidak hanya berfokus terhadap upaya kuratif tetapi lebih menekankan upaya preventif dan promotif diselenggarakan secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. (A. N. Rahayu et al., 2021)

Banyak hal yang menjadi penyebab gangguan jiwa antara lain masalah ekonomi, masalah keluarga, depresi, hubungan interpersonal, penyakit fisik, serta kehilangan orang terdekat. Gangguan jiwa berat dapat menyebabkan turunnya produktivitas pasien dan akhirnya menimbulkan biaya besar yang dapat membebani keluarga, masyarakat, serta pemerintah. Dampak yang lebih jauh lagi adalah penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. (Ayuningtyas et al., 2018)

Data dari WHO tahun 2017 menunjukkan bahwa terdapat penderita depresi di dunia sekitar 300 juta orang, skizofrenia 21 juta orang, bipolar 60 juta orang, serta demensia 47,5 juta orang (Roeslie, 2018). Sedangkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa peningkatan proporsi gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2018 cukup signifikan, yaitu 7 per 1000 penduduk atau sebanyak 1,6 juta jiwa. Tahun 2018 sebanyak 31,5% dari jumlah penduduk Indonesia yang mengalami gangguan mental dipasung dalam 3 bulan terakhir, dan sekitar 14 juta atau 6% dari total penduduk Indonesia yang berusia ≥ 15 tahun mengalami depresi atau gangguan jiwa, serta sekitar 91% penderita depresi tersebut tidak berobat atau menjalankan pengobatan medis. Di Provinsi Sumatera Utara prevalensi rumah tangga dengan anggota rumah tangga yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia/psikosis adalah sebanyak 6,26%, dan 10,38% diantaranya pernah mengalami pemasungan, dan prevalensi depresi pada penduduk usia 15 tahun keatas adalah sebesar 7,9%. (Kemenkes, 2018)

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sejak tahun 2000 telah mengubah orientasi pelayanan kesehatan jiwa dari yang berbasis rujukan ke rumah sakit jiwa, menjadi pelayanan kesehatan jiwa di komunitas dasar, yaitu pasien gangguan jiwa dapat dirawat di

komunitas atau di pelayanan primer, sehingga pelayanan kesehatan jiwa yang sebelumnya disediakan di RSJ maupun RSUD dapat dilakukan berbasis komunitas di pelayanan primer. Hal tersebut diperkuat dengan adanya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 406/Menkes/SK/VI/2009 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas, yang menyebutkan 6 komponen pelayanan kesehatan jiwa yang diselenggarakan di fasilitas kesehatan tingkat primer yaitu meliputi penyuluhan, deteksi dini, pelayanan kedaruratan psikiatri, pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat jalan, pelayanan rujukan, dan pelayanan kunjungan rumah. (Kemenkes RI, 2009)

Jumlah kasus gangguan jiwa yang terus meningkat menjadikan puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan dasar harus memberikan pelayanan yang optimal dan dapat dengan mudah dijangkau oleh masyarakat. Penerapan standar upaya kesehatan jiwa sangat penting dalam rangka deteksi dini, penegakan diagnosa dan pengobatan terhadap penderita. Oleh karena itu, perencanaan program pelayanan kesehatan jiwa dapat dibuat lebih terencana dengan baik dan dapat dilaksanakan serta dievaluasi dengan memperhitungkan sumber daya yang dimiliki, ketersediaan sarana, obat-obatan, adanya kerja sama dengan lintas sektoral, serta memiliki sistem database pasien terkini. Sehingga dapat meningkatkan hasil kegiatan program pelayanan kesehatan jiwa. (Direktorat P2P Kemenkes RI, 2020)

Menurut hasil Riskesdas tahun 2018, di Kabupaten Humbang Hasundutan prevalensi rumah tangga dengan anggota rumah tangga yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia/psikosis adalah sebesar 12,7%, dan prevalensi depresi pada penduduk usia 15 tahun keatas adalah 8,8%. (Kemenkes, 2018). Di Puskesmas Parlilitan terdapat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) sebanyak 31 orang, 3 diantaranya pernah mengalami pemasangan dan 2 orang masih dipasung hingga sekarang. Berdasarkan survey awal yang dilakukan peneliti ditemukan bahwa pelayanan rawat jalan dan deteksi dini tidak berjalan optimal, dari keseluruhan ODGJ tersebut yang rutin makan obat dan terkendali hanya sekitar 38%.

Berdasarkan latar belakang yang sudah dipaparkan diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai implementasi pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas di Puskesmas Parlilitan.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan metode analisis data menggunakan model Miles dan Hubberman, yaitu analisis data dilakukan dalam 3 tahap, yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan dan verifikasi. Teknik pengumpulan data dengan cara observasi, wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah atau *Focus Group Discussion (FGD)*. Informan pada penelitian diambil secara *purposive* sebanyak 11 orang yang terdiri dari penanggung jawab kesehatan jiwa Puskesmas,

Kepala Puskesmas, penanggung jawab promkes, bidan desa, keluarga ODGJ, perangkat desa, penanggung jawab kesehatan jiwa Dinkes Kabupaten, dan kader kesehatan. Untuk memperoleh data yang dapat dipercaya peneliti menggunakan triangulasi sumber dan metode.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Informan

No	Informan	JK	Umur (Tahun)	Pendidikan Terakhir	Jabatan
1	Informan-1	Lk	38	DIII Keperawatan	Pj. Keswa Puskesmas
2	Informan-2	Lk	56	DIII Keperawatan	Kepala Puskesmas
3	Informan-3	Lk	43	Dokter Umum	Dokter Poli Puskesmas
4	Informan-4	Pr	24	S2 Kes. Masyarakat	Pj. Promkes Puskesmas
5	Informan-5	Pr	56	DIII Keperawatan	Pj. Keswa Dinkes
6	Informan-6	Pr	45	DIII Kebidanan	Bidan Desa
7	Informan-7	Pr	24	SMA	Kader
8	Informan-8	Pr	70	SMP	Keluarga Pasien
9	Informan-9	Pr	63	SD	Keluarga Pasien
10	Informan-10	Pr	31	SMA	Keluarga Pasien
11	Informan-11	Pr	44	SMA	Kepala Desa

Seluruh informan tersebut dianggap memiliki pengetahuan mengenai topik yang berkaitan dengan penelitian ini dan dapat menggambarkan fenomena yang ada selama ini terkait pelayanan kesehatan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Parlilitan.

1. Penyuluhan

Pada tahun 2021 sampai bulan Juli 2022 di Puskesmas Parlilitan penyuluhan kepada masyarakat tidak dilaksanakan sama sekali. Alasan utama yang dikemukakan oleh penanggung jawab program keswa Puskesmas adalah karena tahun lalu Puskesmas lebih fokus dalam pelaksanaan vaksinasi *COVID-19*. Karena kurangnya jumlah tenaga kesehatan dalam melaksanakan vaksinasi *COVID-19*, maka semua penanggung jawab program dilibatkan dalam pelaksanaannya, termasuk penanggung jawab program kesehatan jiwa. Hal ini diperkuat dengan pernyataan beberapa informan lain yang menyatakan bahwa tidak ada dilaksanakan penyuluhan mengenai kesehatan jiwa masyarakat.

Sementara untuk penyuluhan perorangan dilakukan bersamaan dengan kunjungan rumah

oleh bidan desa, namun hanya kepada pasien dan keluarga pasien yang rutin makan obat. Materi penyuluhan yang disampaikan sekaitan dengan perawatan ODGJ dan kepatuhan makan obat. Sedangkan untuk pasien yang tidak mau makan obat, tidak pernah dikunjungi untuk diberi edukasi dan motivasi agar mau menjalani pengobatan.

Akibat dari kurangnya penyuluhan, sikap dan persepsi negatif masyarakat mengenai gangguan jiwa masih ada. Hal ini terbukti dari hasil wawancara kepada keluarga ODGJ yang masih menganggap bahwa gangguan jiwa yang dialami anaknya disebabkan oleh kutukan roh jahat atau guna-guna dari mantan pacarnya. Keyakinan ini menyebabkan keluarga merasa bahwa tidak ada gunanya membawa pasien ke layanan kesehatan untuk diobati. Petugas kesehatan mengalami kesulitan dalam mendapatkan persetujuan dari keluarga untuk melepaskan anggota keluarganya dari pemasungan. Selain itu, masih ada juga ODGJ dan keluarganya tidak memahami mengenai proses pengobatan gangguan jiwa. Efek samping dari obat-obatan psikiatrik menyebabkan ODGJ tidak mau lagi melanjutkan terapinya.

Sudah saatnya Puskesmas Parlilitan meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan jiwa melalui kegiatan penyuluhan ke setiap desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas Parlilitan. Sebab peningkatan pengetahuan dan pemahaman masyarakat dan keluarga terkait cara merawat ODGJ dapat mendorong kesiapan masyarakat untuk dapat menerima ODGJ ditengah-tengah masyarakat dan keluarga dalam lingkungan yang kondusif, sehingga frekuensi kekambuhan ODGJ menjadi lebih kecil dan secara berangsur-angsur mengembalikan kualitas hidup ODGJ untuk menjadi individu yang produktif dan mandiri. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh (Sari & Daryanto, 2021)

2. Deteksi Dini

Deteksi dini gangguan jiwa yang dilakukan di Puskesmas Parlilitan hanya oleh dokter Puskesmas terhadap pasien yang datang berobat. Dokter memegang peranan penting dalam deteksi dini. Selain mengatasi keluhan fisik yang disampaikan pasien, dokter juga melakukan wawancara psikiatrik dengan menanyakan mengenai keluhan psikosomatik yaitu keluhan fisik yang diduga berkaitan dengan masalah kejiwaan, seperti berdebar-debar, tengkuk pegal, tekanan darah tinggi, sesak napas, gangguan pencernaan, gangguan haid, keringat dingin, dan lain-lain. Begitu juga dengan keluhan mental emosional yaitu keluhan yang berkaitan dengan alam perasaan, pikiran, dan perilaku seperti mengamuk, bicara melantur, cemas tanpa sebab yang jelas, tak bergairah, putus asa, ide bunuh diri, bengong, kesulitan belajar pada anak sekolah, dan lain-lain. Alur deteksi dini yang dilakukan oleh dokter Puskesmas Parlilitan sudah sesuai dengan petunjuk teknis yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI. (Direktorat P2P Kemenkes RI, 2020)

Deteksi dini dapat juga dilakukan oleh kader kesehatan dan petugas kesehatan lainnya melalui wawancara menggunakan kuesioner SRQ (*Self Reporting Questionnaire*) yang dapat

dilaksanakan di Posbindu oleh kader Posbindu, atau di kegiatan-kegiatan lain berbasis masyarakat.

Berdasarkan wawancara dengan penanggung jawab program kesehatan jiwa Puskesmas dan kader kesehatan diketahui bahwa deteksi dini menggunakan SRQ tidak dilaksanakan di Puskesmas Parlilitan. Kader kesehatan belum pernah dilatih mengenai kesehatan jiwa. Padahal instrumen yang dibutuhkan yaitu kuesioner SRQ tersedia dengan cukup di Puskesmas, yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Humbang Hasundutan. Yang menjadi alasan tidak terlaksananya deteksi dini menggunakan SRQ karena kader belum pernah dilatih mengenai kesehatan jiwa. Selain itu yang menjadi prioritas kegiatan Puskesmas adalah pelaksanaan vaksinasi COVID-19, tracing, dan pemantauan isolasi mandiri. Sementara sumber daya Puskesmas Parlilitan sangat terbatas.

3. Pelayanan Kedaruratan

Di wilayah Puskesmas Parlilitan, penanganan kedaruratan psikiatri sudah cukup baik, dokter dan perawat sudah terampil dalam melakukan penatalaksanaan kegawatdaruratan karena sudah pernah mendapat pelatihan yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. Data mengenai ini didapatkan melalui wawancara dengan dokter dan penanggung jawab program kesehatan jiwa Puskesmas Parlilitan, serta telah dikonfirmasi kepada penanggung jawab program kesehatan jiwa Dinas Kesehatan Kabupaten Humbang Hasundutan.

Dalam melakukan penanganan gawat darurat, obat-obatan sudah mencukupi namun belum ada jaket fiksasi sehingga dalam mengamankan atau mengekang ODGJ yang sedang kambuh tersebut terpaksa menggunakan tali. Hal ini tidak dianjurkan karena dapat menyebabkan pasien luka atau cedera.

Tim yang biasanya terlibat dalam penanganan kedaruratan psikiatri di wilayah kerja Puskesmas Parlilitan adalah: tenaga kesehatan, yang terdiri dari dokter, perawat, bidan desa, tenaga keamanan, yang terdiri dari TNI (Babinsa), Polisi, dan tokoh masyarakat, yang terdiri dari kepala desa dan aparat desa lainnya.

Kerjasama tim ini sudah sesuai dengan petunjuk teknis penanganan gawat darurat psikiatri yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI tahun 2016. (Kemenkes RI, 2015)

Keberhasilan penanganan kesehatan jiwa masyarakat tidak terlepas dari peran lintas sektor karena permasalahan mengenai kesehatan jiwa sangat luas sehingga membutuhkan perhatian dan kerjasama yang baik dari berbagai pihak. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Retno Rahayu mengenai Program Desa Peduli Skizofrenia (R. Rahayu & Dinni, 2021)

4. Pelayanan Rawat Jalan

Dari hasil wawancara dan pengamatan yang dilakukan peneliti terhadap kegiatan rawat jalan di Puskesmas Parlilitan, terapi yang diberikan pada pasien ODGJ hanya terapi medis. Terapi medis merupakan teknik penyembuhan yang menggunakan obat-obatan. Obat-obatan ini diberikan agar membantu kerja saraf dan hormonal dalam diri individu kembali normal, sehingga tidak menjadi pemicu gangguan kejiwaan. Konsumsi obat-obatan ini juga hendaknya bersifat rutin. Namun jumlah ODGJ yang mendapat terapi medis hanya 10 orang saja dari 31 jumlah keseluruhan ODGJ.

Yang menjadi kendala dalam keberhasilan pelayanan rawat jalan ini adalah kurangnya dukungan keluarga dan obat yang tidak lengkap di Puskesmas. Kesimpulan ini diperoleh dari hasil wawancara dengan penanggung jawab program kesehatan jiwa Puskesmas Parlilitan, bidan desa, keluarga ODGJ, dan perangkat desa. Ada keluarga yang menyatakan sudah capek bolak balik mengurus anggota keluarganya yang sakit jiwa, kemudian ada juga yang mengatakan bahwa mereka tidak yakin akan pengobatan medis. Padahal semakin baik dukungan keluarga semakin tinggi pula tingkat kepatuhan pasien dalam program pengobatan. Seperti yang ditemukan pada penelitian mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien rawat jalan di Kabupaten Manggarai (Wea et al., 2020) Kurangnya kepedulian dan dukungan keluarga ini dapat dilihat dan dirasakan oleh peneliti sewaktu melakukan wawancara. Mereka kelihatan lelah, bosan dan tidak bersemangat diakibatkan sudah lama mereka bertindak sebagai pelaku asuh (*caregiver*) bagi anggota keluarganya. Hal ini juga yang dapat menyebabkan pasien ODGJ kambuh karena tidak rutin mendapatkan pengobatan.

Penyebab lain yang menjadi kendala dalam pelayanan rawat jalan pada ODGJ adalah belum semua ODGJ memiliki kartu BPJS sehingga kesulitan untuk memperoleh pemeriksaan lanjutan di Rumah Sakit Umum Daerah yang memiliki dokter spesialis kedokteran jiwa.

5. Pelayanan Rujukan

Ada dua jenis rujukan yang seharusnya dilakukan oleh Puskesmas terhadap ODGJ, yaitu rujukan rutin dan emergency. Namun yang dilakukan di Puskesmas Parlilitan hanya rujukan *emergency*. Berdasarkan pengamatan yang dilakukan oleh peneliti dan hasil wawancara dengan penanggung jawab program kesehatan jiwa Puskesmas Parlilitan, alur pelaksanaan rujukan emergency atau gawat darurat sudah sesuai dengan prosedur, dimana pasien dirujuk dari fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu Puskesmas ke Rumah Sakit Umum Daerah, kemudian jika membutuhkan rawatan lebih lanjut oleh dokter spesialis atau subspesialis maka dirujuk lagi ke Rumah Sakit Jiwa yang ada di Medan. Setelah pasien dirawat selama 40 hari di rumah sakit jiwa, maka dirujuk balik ke Puskesmas dengan mencantumkan diagnosis dan penatalaksanaan yang dilakukan.

Sementara untuk rujukan rutin tidak dilakukan, yaitu rujukan untuk pasien skizofrenia minimal tiga sampai empat kali setahun agar dilakukan pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan khusus yang tidak tersedia di FKTP, yang berhubungan dengan risiko pemakaian obat antipsikotik jangka panjang (pemeriksaan fungsi liver, fungsi ginjal, EKG, pemeriksaan untuk mendeteksi agranulositosis, pemeriksaan mata/katarak dan glaucoma, pemeriksaan neurologis, dan neurokognitif).

Sebagian besar keluarga ODGJ tidak bersedia mendampingi anggota keluarganya untuk dirujuk ke rumah sakit daerah. Alasan dari keluarga adalah masalah biaya dan tidak ada anggota keluarga yang dapat mendampingi disebabkan kesibukan sehari-hari yang mayoritas petani. Faktor ekonomi menjadi alasan utama keluarga menolak dirujuk ke Rumah Sakit Umum Daerah atau Rumah Sakit Jiwa. Mereka memilih pengobatan dari Puskesmas saja karena tidak dikenakan biaya. Sementara pasien ODGJ seharusnya mendapatkan evaluasi dan pemeriksaan lanjutan di fasilitas kesehatan yang memiliki dokter spesialis kedokteran jiwa seperti di Rumah Sakit Umum Daerah atau di Rumah Sakit Jiwa. Seperti yang diatur dalam buku petunjuk teknis mengenai penatalaksanaan kasus gangguan jiwa di fasilitas kesehatan tingkat pertama. (Direktorat P2P Kemenkes RI, 2018)

Selain itu kendala yang ditemukan dalam pelaksanaan rujukan pasien gangguan jiwa adalah belum semua ODGJ memiliki kartu BPJS. Dari 32 orang pasien ODGJ hanya 10 orang yang memiliki kartu BPJS.

6. Pelayanan Kunjungan Rumah

Kunjungan rumah merupakan kegiatan untuk mendata serta mendeteksi kondisi ODGJ dalam kaitannya dengan tingkat gangguan kejiwaan yang diderita. Kunjungan rumah dimaksudkan untuk melakukan pemberdayaan keluarga guna dapat mengatasi masalah kesehatan terkait gangguan jiwa., seperti yang dikemukakan pada penelitian (Agustin, 2020) Dari keseluruhan pasien ODGJ yang ada di wilayah Puskesmas Parlilitan, hanya 10 orang yang rutin dikunjungi yaitu pasien yang menjalani terapi obat-obatan atau suntikan. Untuk pasien lain, tidak ada dilakukan kunjungan rumah dengan alasan mereka dan/atau keluarganya tidak mau lagi disuruh makan obat.

Pelaksanaan kunjungan rumah di wilayah kerja Puskesmas Parlilitan dilaksanakan oleh bidan desa kepada pasien yang ada di wilayah kerjanya. Kegiatan yang dilaksanakan pada saat kunjungan rumah adalah: memberi edukasi kepada pasien dan keluarga pasien mengenai perawatan pasien, dan menjaga kebersihan diri, seperti saran untuk rajin mandi dan memotong kuku misalnya, memberi semangat dan motivasi bagi pasien dan keluarganya agar pasien ODGJ tersebut dapat mandiri mengurus dirinya dan jika sudah memungkinkan dapat ikut bekerja, dan mengingatkan untuk tetap mengkonsumsi obat secara rutin.

Kendala yang ditemukan dalam proses edukasi dan advokasi keluarga meliputi: penolakan

dari keluarga, keluarga menolak dilakukannya proses pengobatan terhadap pasien akibat ketidaktahuan, stigma, keputusan akibat lamanya merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa, keterbatasan atau tidak ada pelaku rawat, serta penolakan dan tekanan dari masyarakat terhadap kebutuhan rasa aman akibat perilaku maladaptif pasien. Selain itu latar belakang budaya yang menganggap bahwa gangguan jiwa ada kaitannya dengan hal-hal supra natural. Budaya mempengaruhi persepsi keluarga terhadap gejala yang dialami ODGJ. Pasien ODGJ sering dikucilkan atau dibawa berobat ke dukun atau paranormal karena dianggap bahwa gangguan jiwa yang dialami diakibatkan karena kutukan atau disebabkan kekuatan jahat.

Selain pihak keluarga yang kurang mendukung, hasil penelitian ini menemukan bahwa kurangnya sumber daya dalam melaksanakan kegiatan kesehatan jiwa menjadi kendala dalam pelayanan kesehatan jiwa masyarakat. Sehingga perlu adanya pemberdayaan masyarakat melalui kader kesehatan. Kader kesehatan jiwa merupakan tenaga sukarela yang dipilih oleh masyarakat setempat, dengan tujuan untuk memudahkan proses penanganan gangguan jiwa yang ditemukan di masyarakat. Kader kesehatan jiwa memiliki beberapa tugas seperti menemukan kemungkinan kasus gangguan jiwa, mengelompokkan mereka di antara masyarakat, mengunjungi rumah mereka, merujuk mereka ke puskesmas, memotivasi dan melaporkan ke Puskesmas.

Upaya pelayanan kesehatan jiwa tidak hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan tetapi juga dengan pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan memberikan pemahaman, menumbuhkan kesadaran dan kepedulian masyarakat terhadap masalah kesehatan jiwa di komunitas. Kader berperan sebagai salah satu pelaku utama dalam program pengembangan dan pemberdayaan masyarakat di desa. (Tania et al., 2018)

KESIMPULAN

1. Kegiatan penyuluhan belum optimal dilaksanakan, sehingga masih ada anggapan yang salah mengenai gangguan jiwa, mengenai penyebabnya, dan juga pengobatannya. Hal ini menghambat proses pengobatan dan pemulihan pada orang dengan gangguan jiwa. Pemberian edukasi atau penyuluhan hanya dilakukan pada saat petugas kesehatan melakukan kunjungan rumah kepada ODGJ yang rutin makan obat. Sedangkan untuk ODGJ yang menolak makan obat, tidak diberi penyuluhan atau edukasi agar bersedia makan obat atau mendapat pelayanan kesehatan. Yang menghambat pelaksanaan penyuluhan ini adalah prioritas kegiatan pada tahun 2021 dan awal 2022 adalah vaksinasi *COVID-19* dan pemantauan isolasi mandiri pasien terkonfirmasi *COVID-19*.
2. Upaya deteksi dini yang dilakukan hanya deteksi dini di poli sewaktu pasien datang berobat ke Puskesmas melalui wawancara ketika pasien menyampaikan keluhannya kepada dokter. Namun untuk deteksi dini yang menggunakan kuesioner SRQ-20 tidak

dilakukan. Seharusnya kegiatan ini dapat dilaksanakan oleh kader kesehatan dan bidan desa terintegrasi dengan pelaksanaan Posbindu PTM di desa. Namun kendalanya kader kesehatan belum pernah dilatih atau diberi pengetahuan mengenai gangguan jiwa dan deteksi dini menggunakan kuesioner SRQ.

3. Dalam melakukan pelayanan kedaruratan psikiatri tenaga kesehatan di Puskesmas Parlilitan tidak mengalami hambatan karena dokter dan perawat sudah terlatih dan obat-obatan untuk gawat darurat juga tersedia. Pelaksanaan penanganan gawat darurat ini selalu dibantu oleh lintas sektor yang ada, baik dari aparat desa maupun TNI/POLRI. Hanya saja dalam melakukan pengamanan kepada ODGJ yang mengamuk mereka belum menggunakan jaket fiksasi, yaitu jaket pengekangan yang dirancang khusus untuk ODGJ yang sedang gaduh gelisah untuk menghindari cedera atau luka pada saat proses pengamanan.
4. Pelayanan rawat jalan terhadap orang dengan gangguan jiwa tidak berjalan dengan optimal. Yang dilakukan di Puskesmas Parlilitan hanya terapi medis, dengan angka capaian pelayanan yang rendah yaitu hanya 32 persen, artinya jumlah pasien yang rutin makan obat hanya 10 orang dari 31 orang ODGJ yang ada. Dan pasien yang makan obat tersebut juga tidak memeriksakan diri secara rutin ke Puskesmas, hanya datang untuk menjemput obat. Pemeriksaan rutin diperlukan sebagai evaluasi kondisi kejiwaan dan pemantauan efek samping penggunaan obat-obatan psikiatrik dalam jangka waktu yang panjang.
Yang menjadi penghambat kurang optimalnya pelayanan rawat jalan di Puskesmas Parlilitan adalah kurangnya dukungan keluarga sehingga lebih banyak pasien yang menolak untuk dirawat atau makan obat.
5. Puskesmas Parlilitan hanya melakukan rujukan *emergency* yaitu rujukan yang dilakukan terhadap ODGJ yang kambuh, mengalami gaduh gelisah, dan melakukan ancaman kekerasan. Sedangkan rujukan rutin tidak ada, yang seharusnya dilakukan minimal 3 bulan sekali ke RSUD untuk mendapatkan pemeriksaan lanjut oleh dokter spesialis kedokteran jiwa dan evaluasi terhadap efek samping obat-obatan yang dikonsumsi selama ini. Yang menjadi kendala dalam pelayanan rujukan ini adalah keluarga yang tidak bersedia mendampingi proses rujukan karena merasa tidak ada gunanya lagi, dan sudah lelah dalam mengurus anggota keluarganya yang sakit bertahun-tahun. Kendala lain adalah masih belum semua pasien ODGJ memiliki kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sehingga kesulitan masalah biaya jika harus dirujuk ke Rumah Sakit Umum Daerah maupun Rumah Sakit Jiwa.
6. Pelayanan kunjungan rumah dilakukan oleh bidan desa, namun hanya kepada ODGJ yang rutin makan obat. Hal-hal yang dilakukan oleh bidan desa sewaktu mengunjungi pasien adalah mengingatkan agar rutin makan obat, menjaga kebersihan diri, dan

memberi semangat atau motivasi terhadap pasien.

Sementara untuk pasien lain yang tidak mau makan obat, bidan desa tidak melakukan upaya edukasi agar ODGJ tersebut bersedia diberikan pelayanan kesehatan dan diobati.

7. Yang menjadi penghambat utama dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas di wilayah kerja Puskesmas Parlilitan adalah kurangnya dukungan keluarga ODGJ dan kurangnya pemberdayaan masyarakat atau kader kesehatan.

SARAN

1. Kepada Puskesmas Parlilitan, agar meningkatkan upaya promotif dan preventif melalui kegiatan penyuluhan mengenai kesehatan jiwa ke setiap desa, memberdayakan kader kesehatan agar dapat membantu pelaksanaan kunjungan rumah dan deteksi dini baik berupa laporan akan tanda-tanda dan gejala gangguan jiwa di masyarakat maupun deteksi dini menggunakan kuesioner SRQ di kegiatan Posbindu di desa. Puskesmas Parlilitan juga disarankan agar mempertahankan kerja sama yang baik dengan lintas sektor dalam penanganan kasus gangguan jiwa di masyarakat. Juga agar mengupayakan layanan atau terapi tambahan kepada ODGJ untuk membantu pemulihan dan kemandiriannya, seperti terapi vokasional. Hal ini dapat dilaksanakan dengan bekerja sama dengan dinas terkait seperti Dinas Sosial atau Dinas Tenaga Kerja.
2. Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Humbang Hasundutan, agar lebih sering melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan jiwa masyarakat serta membantu memfasilitasi ketersediaan obat dan peralatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Parlilitan, serta membuat pelatihan kepada kader mengenai gangguan jiwa agar dapat membantu pelaksanaan deteksi dini gangguan jiwa di masyarakat, serta membantu petugas kesehatan dalam hal kunjungan rumah pasien ODGJ. Selain itu Dinas Kesehatan juga disarankan agar menyediakan media KIE yang dapat dipergunakan Puskesmas untuk mendukung kegiatan promosi kesehatan terkait penyampaian informasi dan edukasi mengenai kesehatan jiwa kepada masyarakat yang ada di wilayah kerjanya.
3. Kepada masyarakat Parlilitan, agar meningkatkan kesadaran mengenai gangguan jiwa dan mendukung segala upaya kesehatan jiwa yang dilakukan oleh Puskesmas Parlilitan dengan terlibat secara aktif dalam kegiatan deteksi dini yaitu segera melaporkan kepada bidan desa atau petugas kesehatan di Puskesmas jika menemukan tanda-tanda dan gejala gangguan jiwa di sekitarnya. Dan jika memiliki anggota keluarga ODGJ, agar mendukung serta mendampingi proses pengobatannya sesuai dengan anjuran

dokter.

4. Kepada peneliti selanjutnya agar meneliti lebih luas dan mendalam mengenai peran keluarga dan kader kesehatan dalam pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, N. L. (2020). Analisis Kunjungan Rumah Dalam Penanganan Kasus Orang Dengan Gangguan Jiwa Pasca Pendataan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Studi Kasus Di Puskesmas Padangsari Kota Semarang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 8(1), 87–96.
- Ayuningtyas, D., Misnaniarti, M., & Rayhani, M. (2018). Analisis Situasi Kesehatan Mental Pada Masyarakat Di Indonesia Dan Strategi Penanggulangannya. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.26553/jikm.2018.9.1.1-10>
- Direktorat P2P Kemenkes RI. (2018). *Penatalaksanaan Kasus Gangguan Jiwa di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)*.
- Direktorat P2P Kemenkes RI. (2020). *Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes, R. (2018). RISKESDAS 2018.pdf. In *Riset Kesehatan Dasar*.
- Kemenkes RI. (2009). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 406/Menkes/SK/VI/2009 Tentang Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas*. 1–33. <http://www.hukor.kemkes.go.id>
- Kemenkes RI. (2015). *Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Psikiatrik di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)*. 1–9.
- Rahayu, A. N., Indrawati, F., Masyarakat, K., Ilmu, F., Universitas, K., & Semarang, N. (2021). *Evaluasi Pelaksanaan Program Kesehatan Jiwa Di Puskesmas Bandongan Kabupaten Magelang*. 9(November), 822–825.
- Rahayu, R., & Dinni, S. M. (2021). Program Desa Peduli Skizofrenia: Menuju ODGJ Berobat dan Taat Obat. *Psyche 165 Journal*, 14(3), 310–316. <https://doi.org/10.35134/jpsy165.v14i3.116>
- Roeslie, E. (2018). Analisis Persiapan Implementasi Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Indikator 8: Kesehatan Jiwa) Di Kota Depok Tahun 2018. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia (JKKI)*, 7(2), 64–73.
- Sari, M. T., & Daryanto, D. (2021). Pemberdayaan Masyarakat dan Keluarga melalui Pemberian Pendidikan Kesehatan dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa. *Jurnal Abdimas Kesehatan (JAK)*, 3(3), 334. <https://doi.org/10.36565/jak.v3i3.273>
- Tania, M., Suryani, & Hernawaty, T. (2018). Peran Kader Kesehatan dalam Mendukung Proses Recovery pada ODGJ: Literatur Review. *Prosiding Seminar Nasional Dan*

Diseminasi Penelitian Kesehatan, April, 72–76.

Wea, L. D., Jakri, Y., & Wandu, S. (2020). Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien rawat jalan dengan gangguan jiwa di Klinik Jiwa Renceng Mose Kabupaten Manggarai. *Jurnal Wawasan Kesehatan, 5*(1), 11–18. <https://stikessantupaulus.e-journal.id/JWK/article/view/75>