

GAMBARAN KEGIATAN PROGRAM KESEHATAN JIWA DI PUSKESMAS KOTA SEMARANG (*Description of Mental Health Activities in Community Health Center Semarang City*)

Kezia Albertha¹, Zahroh Shaluhiah¹, dan Syamsulhuda B. Musthofa¹

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

kezialbertha@gmail.com

ABSTRACT

Mental health disorders not only pose a huge psychological, social and economic burden on the community but also increase the risk of physical illness. Mental health program activities are activities carried out to help the community to have complete health, which includes promotive, preventive, curative, and rehabilitative activities. This study aims to analyze the description and exploration of mental health program activities in Community Health Center Semarang City.

This study uses a qualitative approach and the unit of analysis is taken by using purposive sampling of 4 community health centers out of 37 community health centers in Semarang City with data collection techniques using in-depth interviews.

The results showed that the implementation of promotive, preventive, curative, and rehabilitative mental health activities in Community Health Center Semarang City was influenced by collaboration between health workers, training that had been attended by health workers, funds allocated for the implementation of mental health program activities, prioritized activities of community health center, and involvement of community health center's network in outreaching mentally ill patients cases.

Keywords: Mental Health, Community Health Center

PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia. Menurut data WHO regional Asia Pasifik (WHO SEARO) tahun 2015, Indonesia menempati urutan terbanyak kedua setelah India yaitu 9.162.886 kasus atau 3,7 dari populasi.⁽¹⁾ Data Riset Kesehatan Dasar 2013 menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional di Indonesia yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan pada penduduk umur ≥ 15 tahun mencapai sekitar 14 juta orang atau sebesar 6,0 persen dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebesar 1,7 per 1000 penduduk.⁽²⁾ Data Riset Kesehatan Dasar 2018 menunjukkan Indonesia memiliki prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur ≥ 15 tahun yaitu sebesar 9,8 persen dan prevalensi gangguan jiwa Skizofrenia/Psikosis sebesar 7,0 per 1000 penduduk.⁽³⁾

Adanya gangguan pada kesehatan jiwa tidak hanya menjadi beban besar psikologis, sosial dan ekonomi masyarakat, namun juga meningkatkan risiko penyakit fisik.⁽⁴⁾ Beberapa penelitian telah mengungkapkan hubungan multi arah antara kesehatan jiwa, fisik, dan penyakit.⁽⁵⁾

WHO Media Centre menyatakan bahwa masalah kesehatan jiwa memiliki 2 beban, yaitu *undefined burden* dan *hidden burden*.

Undefined burden merujuk kepada beban sosial dan ekonomi keluarga, masyarakat dan negara. Penyakit mental mempengaruhi fungsi dan proses berpikir seseorang, mengurangi peran sosial dan produktivitas penderita di masyarakat. Penyakit mental juga melumpuhkan dan berlangsung selama bertahun-tahun, serta mengambil kemampuan emosional dan sosial ekonomi dari kerabat yang merawat pasien, terutama ketika sistem kesehatan tidak dapat menawarkan perawatan dan dukungan pada tahap awal. *Hidden burden* merujuk kepada beban yang berhubungan dengan stigma dan pelanggaran hak asasi dan kebebasan manusia. Stigma dapat didefinisikan sebagai tanda rasa malu, aib atau ketidaksetujuan yang menyebabkan seseorang dijauhi atau ditolak oleh orang lain.⁽⁶⁾

Data Riset Kesehatan Dasar 2013 prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur ≥ 15 tahun di provinsi Jawa Tengah sebesar 4,7 dan dalam data Riset Kesehatan Dasar 2018 mengalami kenaikan menjadi 8. Prevalensi rumah tangga dengan anggota rumah tangga gangguan jiwa Skizofrenia/Psikosis di provinsi Jawa Tengah mengalami kenaikan yang signifikan yaitu pada tahun 2013 sebesar 2,3 per mil dan termasuk dalam provinsi terbanyak jumlah psikosis secara nasional, pada tahun 2018 menjadi 9,0 per mil.⁽³⁾

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Bidang Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit (P2P) Dinas

Kesehatan Kota Semarang, prevalensi kasus kesehatan jiwa di Kota Semarang mengalami kenaikan yaitu pada tahun 2013 sebesar 1,1 per mil dan pada tahun 2018 menjadi 7,2 per mil.

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 406/Menkes/SK/VI/2009 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas, terdapat 6 komponen pelayanan yang dapat diselenggarakan di fasilitas kesehatan tingkat primer, meliputi penyuluhan, deteksi dini, pelayanan kedaruratan psikiatri, pelayanan rawat jalan, pelayanan rujukan, dan pelayanan kunjungan rumah (*home visit*).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di seluruh puskesmas di Kota Semarang, adapun puskesmas yang telah melaksanakan 5 komponen pelayanan tersebut yaitu Puskesmas Bandarharjo dan Puskesmas Rowosari. Terdapat 11 puskesmas yang telah melaksanakan 4 komponen dan 24 puskesmas yang melaksanakan 2-3 komponen dari 6 komponen pelayanan kesehatan jiwa yang dapat diselenggarakan di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Data Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2018, adapun puskesmas dengan kunjungan tertinggi gangguan jiwa yaitu Puskesmas Kedungmundu dengan 176 kunjungan dan kemudian diikuti Puskesmas Pudakpayung dengan 132 kunjungan. Puskesmas Kedungmundu telah melaksanakan 4 komponen dan Puskesmas Pudakpayung telah melaksanakan 3 komponen dari 6 komponen pelayanan kesehatan jiwa yang dapat diselenggarakan di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut, "Bagaimana gambaran kegiatan program kesehatan jiwa di Puskesmas Kota Semarang?"

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Unit analisis yaitu Puskesmas Bandarharjo, Puskesmas Rowosari, Puskesmas Kedungmundu, dan Puskesmas Pudakpayung. Unit analisis diambil dengan metode *purposive sampling* dan teknik pengambilan data dengan wawancara mendalam atau *in-depth interview*.

Jenis penelitian deskriptif kualitatif yang digunakan untuk menganalisa gambaran kegiatan program kesehatan jiwa di puskesmas, diantaranya kegiatan promotif (yang meliputi penyuluhan kesehatan jiwa dan penyuluhan

kegiatan program kesehatan jiwa), kegiatan preventif (yang meliputi deteksi dini, *outreach* pasien jiwa, dan pencegahan pemasangan), kegiatan kuratif (yang meliputi sistem rujukan, pelayanan rawat jalan, dan pelayanan kedaruratan psikiatri), dan kegiatan rehabilitatif (yang meliputi kunjungan rumah pasien jiwa).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Unit Analisis

Seluruh puskesmas tidak mendapatkan kegiatan peningkatan kualitas tenaga kesehatan, tidak melibatkan jejaring puskesmas yang dapat mendukung pelaksanaan kegiatan program kesehatan jiwa. Hampir seluruh puskesmas tidak melibatkan tenaga kesehatan lain, tidak mendapat alokasi dana, dan tidak memanfaatkan sarana puskesmas yang dapat mendukung pelaksanaan kegiatan program kesehatan jiwa. Hal ini dikarenakan kesehatan jiwa tidak menjadi prioritas kegiatan puskesmas pada hampir seluruh puskesmas. Hanya Puskesmas Bandarharjo yang melibatkan tenaga kesehatan lain, sarana, dan alokasi dana yang lebih tinggi persentasenya dibandingkan puskesmas lainnya. Hal ini dikarenakan kegiatan program kesehatan jiwa di Puskesmas Bandarharjo merupakan prioritas kegiatan puskesmas.

Kegiatan Promotif

a. Penyuluhan Kesehatan Jiwa

Hampir seluruh pelaksana kegiatan promotif kesehatan jiwa merupakan pemegang program kesehatan jiwa, hal ini dikarenakan pemegang program kesehatan jiwa mempunyai kompetensi untuk melakukan penyuluhan kesehatan jiwa, sehingga kegiatan program kesehatan jiwa tidak melibatkan tenaga kesehatan lainnya. Tenaga kesehatan lainnya menyatakan tidak percaya diri dalam menyampaikan informasi kesehatan jiwa.

Peningkatan kesadaran akan masalah kejiwaan oleh petugas kesehatan masyarakat cenderung membantu masyarakat yang mengalami gangguan jiwa untuk mengakses perawatan dan meningkatkan kualitas pelayanan yang masyarakat terima.⁽⁷⁾⁽⁸⁾ Petugas kesehatan yang berbekal pengetahuan dan keterampilan untuk mendukung masyarakat yang mulai mengalami masalah kejiwaan merupakan bentuk dari pertolongan pertama dalam mengatasi masalah kejiwaan.⁽⁹⁾

Pelatihan kesehatan jiwa bagi tenaga kesehatan mampu meningkatkan kompetensi dan sikap tenaga kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama terhadap gangguan

kejiwaan dan perawatannya pada fasilitas kesehatan tingkat pertama.⁽¹⁰⁾ Pelatihan dibutuhkan untuk memperlengkapi tenaga kesehatan dalam melakukan kegiatan promotif kesehatan jiwa.

Kegiatan Preventif

a. Deteksi Dini

Seluruh puskesmas menjalankan kegiatan preventif, yang meliputi deteksi dini, yaitu skrining jiwa menggunakan lembar *Self-Report Questionnaire*. Namun pelaksanaan skrining jiwa tidak maksimal karena skrining jiwa tidak menjadi prioritas tugas Gasurkes P2P di masyarakat.

Penelitian sebelumnya menyatakan percobaan skrining meningkatkan pengetahuan masyarakat dengan masalah kejiwaan yang sebelumnya tidak terdiagnosis untuk terhubung dengan penyedia layanan kesehatan jiwa agar menerima perawatan.⁽¹¹⁾

Tenaga kesehatan yang tidak memberikan skrining jiwa kepada masyarakat menyebabkan masyarakat tidak mampu untuk mengenali masalah kesehatan jiwa dalam diri sendiri maupun dalam diri orang lain dapat menghambat perilaku mencari pelayanan kesehatan.⁽¹²⁾

Puskesmas berfungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, salah satunya yaitu mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit.⁽¹³⁾ Salah satu tujuan kegiatan preventif kesehatan jiwa di puskesmas ditujukan untuk mencegah terjadinya masalah kejiwaan yaitu skrining jiwa.⁽¹⁴⁾

b. Outreach Pasien Jiwa

Hampir seluruh puskesmas menjalankan *outreach* pasien jiwa melalui pelaporan kasus jiwa oleh masyarakat tanpa pelibatan jejaring puskesmas.

Intervensi penjangkauan pasien dalam mempromosikan kesehatan mampu meningkatkan kunjungan tatap muka pasien dengan penyedia layanan kesehatan.⁽¹⁵⁾ Penelitian sebelumnya menemukan bahwa intervensi penjangkauan pasien dengan menyediakan sarana berkomunikasi dapat meningkatkan pengetahuan dan perilaku sehat masyarakat.⁽¹⁶⁾

Adanya pilihan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat membuat tidak semua pasien jiwa memanfaatkan kegiatan program kesehatan jiwa di puskesmas. Oleh karenanya dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di suatu wilayah, diperlukan implementasi strategi dasar utama

promosi kesehatan agar promosi kesehatan menjadi lebih efektif melalui kemitraan.⁽¹³⁾ Implementasi kemitraan yang dapat dibangun yaitu perluasan penjangkauan pasien jiwa, hal ini dilakukan melalui pelaporan pasien jiwa yang mengikuti pengobatan di jejaring puskesmas.

c. Pencegahan Pemasungan

Seluruh puskesmas tidak menjalankan kegiatan pencegahan pemasungan sebagai kegiatan preventif, hal ini dikarenakan sudah tidak ada kasus pemasungan di masyarakat.

Lemahnya pengetahuan, tidak adanya mobilitas, dan perilaku agresif pasien jiwa, memiliki pengaruh sangat positif terkait dengan pemasungan.⁽¹⁷⁾ Keluarga pasien jiwa memiliki peran yang berpengaruh terhadap perawatan pasien jiwa di rumah dibandingkan dengan perawatan di pelayanan kesehatan.⁽¹⁸⁾ Keluarga pasien jiwa merupakan pihak yang memimpin dalam pengambilan keputusan untuk perawatan pasien jiwa.⁽¹⁹⁾

Salah satu tujuan kegiatan preventif kesehatan jiwa di puskesmas ditujukan untuk mencegah terjadinya masalah kejiwaan. Adapun salah satu bentuk kegiatan preventif kesehatan jiwa di lingkungan keluarga yaitu pengembangan pola asuh yang mendukung pertumbuhan dan perkembangan pasien jiwa.⁽¹⁴⁾

Dalam upaya peningkatan kemandirian keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, keluarga memerlukan bantuan pelayanan seperti bantuan sosial, rehabilitasi, dan pendidikan kesehatan dengan tujuan memfasilitasi keluarga supaya memiliki kemampuan merawat anggota keluarganya yang sakit saat tidak ada tenaga kesehatan.⁽²⁰⁾

Kegiatan Kuratif

a. Sistem Rujukan

Seluruh puskesmas telah melaksanakan pelayanan sistem rujukan. Saat memasuki ruang Poli Umum, seluruh puskesmas menanyakan kepentingan pasien atau keluarga pasien jiwa datang ke puskesmas, kemudian pasien jiwa atau keluarga pasien jiwa diberikan surat rujukan untuk melakukan kontrol rutin di rumah sakit.

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 585/MENKES/SK/V/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas, petugas kesehatan puskesmas harus meluangkan waktu untuk berkomunikasi dengan pasien yang datang ke puskesmas sebagai bagian dari kegiatan promosi kesehatan di dalam gedung puskesmas, salah

satunya yaitu Poli Umum. Pihak yang paling berpengaruh terhadap pasien yang berkunjung ke puskesmas adalah orang yang mengantarkannya ke puskesmas, yaitu keluarga pasien. Hal ini dikarenakan pihak tersebut tidak dalam keadaan sakit sehingga memungkinkan untuk mendapatkan informasi kesehatan yang diberikan atau tersedia di puskesmas.

Keluarga memainkan peran penting dalam promosi, perlindungan dan pemeliharaan kesehatan jiwa. Keluarga memelihara kesehatan anggota keluarga sepanjang waktu dan melewati serangkaian masa sehat & sakit. Promosi kesehatan jiwa oleh dan untuk keluarga sangat penting karena keluarga lebih banyak mengasumsikan bahwa tanggung jawab untuk mencegah masalah kejiwaan dan merawat anggota keluarga dengan masalah kejiwaan adalah milik keluarga. Advokasi perlu diberikan kepada keluarga agar keluarga secara mandiri mampu menentukan peran tiap anggota keluarga dalam membangun kesehatan keluarga dalam kehidupan sehari-hari.⁽²¹⁾

b. Pelayanan Rawat Jalan

Hampir seluruh puskesmas yang melayani sistem rujukan tidak menyediakan pelayanan rawat jalan. Hanya Puskesmas Bandarharjo yang memberikan pelayanan rawat jalan bagi pasien jiwa, sedangkan ketiga puskesmas lainnya khawatir puskesmas tidak dapat memenuhi pengobatan rutin pasien jiwa, meski puskesmas di seluruh Kota Semarang sudah dapat mengajukan permohonan ketersediaan obat jiwa kepada Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Penelitian sebelumnya menemukan bahwa stigma yang dimiliki penyedia layanan kesehatan menjadi salah satu pengaruh pada keputusan penyelenggaraan layanan kesehatan untuk masyarakat dengan masalah kejiwaan.⁽²²⁾ Terdapat kemungkinan bahwa persepsi kepatuhan pengobatan memediasi hubungan antara stigma penyedia layanan kesehatan dan keputusan layanan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan memiliki stigma bahwa masyarakat dengan masalah kejiwaan cenderung tidak mematuhi pengobatan yang direkomendasikan.⁽²³⁾

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa kegiatan pelayanan rawat jalan kesehatan jiwa ditentukan oleh kebijakan tiap puskesmas. Puskesmas yang menjadikan kegiatan program kesehatan jiwa sebagai prioritas kegiatan puskesmas, akan menyelenggarakan kegiatan program kesehatan jiwa dalam bentuk kegiatan

kuratif, yaitu pelayanan rawat jalan, dan sebaliknya.

c. Pelayanan Kedaruratan Psikiatri

Dari keempat puskesmas, hanya Puskesmas Bandarharjo yang melakukan pelayanan kedaruratan psikiatri, hal ini dikarenakan pelayanan kedaruratan psikiatri merupakan prioritas kegiatan Puskesmas Bandarharjo. Ketiga puskesmas lainnya menyatakan tidak memiliki kualitas tenaga kesehatan dan sarana yang mendukung pelaksanaan pelayanan kedaruratan psikiatri.

Dalam penelitian sebelumnya, tenaga kesehatan yang diteliti menguraikan beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas layanan rawat jalan pada sebuah fasilitas kesehatan di Tanzania. Hal ini meliputi faktor ekstrinsik yaitu tingkat kemampuan tenaga kesehatan.⁽²⁴⁾

Persepsi akan jaminan keamanan dan kesiapan tenaga kesehatan untuk menyediakan pelayanan kedaruratan psikiatri bagi penyedia layanan kesehatan menjadi alasan untuk tidak menyelenggarakan pelayanan kedaruratan psikiatri.⁽²⁵⁾ Tidak adanya wadah untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan untuk melakukan pelayanan kedaruratan psikiatri membuat hampir seluruh puskesmas tidak dapat menyediakan pelayanan kedaruratan psikiatri.

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa pelaksanaan kegiatan kuratif, yaitu pelayanan kedaruratan psikiatri dipengaruhi oleh prioritas kegiatan puskesmas. Puskesmas yang tidak menjadikan kegiatan program kesehatan jiwa sebagai prioritas kegiatan puskesmas, tidak menjalankan kegiatan kuratif, yaitu pelayanan kedaruratan psikiatri.

Kegiatan Rehabilitatif

a. Pelayanan Kunjungan Rumah (*home visit*)

Hanya Puskesmas Rowosari yang konsisten melakukan kunjungan rumah pasien jiwa setiap bulan. Puskesmas Kedungmundu tidak melaksanakan kunjungan rumah pasien jiwa dengan maksimal, karena lebih memfokuskan pada kunjungan ibu hamil dan lansia. Kedua puskesmas lainnya tidak menjadikan kunjungan rumah pasien jiwa sebagai prioritas kegiatan puskesmas.

Dalam penelitian sebelumnya menemukan bahwa anggota keluarga memiliki pembagian tugas, tujuan, rasa memiliki, dan kasih sayang dalam kehidupan berkeluarga sehari-harinya. Kesehatan pada tiap anggota keluarga saling mempengaruhi satu sama lain. Kemampuan anggota keluarga untuk memberi dukungan

terhadap anggota keluarga yang mengalami kesakitan sangat beragam.⁽²⁰⁾

Keluarga memainkan peran penting dalam promosi, perlindungan dan pemeliharaan kesehatan jiwa. Keluarga memelihara kesehatan anggota keluarga sepanjang waktu dan melewati serangkaian masa sehat & sakit. Promosi kesehatan jiwa oleh dan untuk keluarga sangat penting karena keluarga lebih banyak mengasumsikan bahwa tanggung jawab untuk mencegah masalah kejiwaan dan merawat anggota keluarga dengan masalah kejiwaan adalah milik keluarga. Advokasi perlu diberikan kepada keluarga agar keluarga secara mandiri mampu menentukan peran tiap anggota keluarga dalam membangun kesehatan keluarga dalam kehidupan sehari-hari.⁽²¹⁾

KESIMPULAN

1. Seluruh puskesmas tidak mendapatkan kegiatan peningkatan kualitas tenaga kesehatan, tidak melibatkan jejaring puskesmas dalam kemitraan yang dapat mendukung pelaksanaan kegiatan program kesehatan jiwa. Hampir seluruh puskesmas tidak melibatkan tenaga kesehatan lain, tidak mendapat alokasi dana, dan tidak memanfaatkan sarana puskesmas yang dapat mendukung pelaksanaan kegiatan program kesehatan jiwa. Hal ini dikarenakan kesehatan jiwa tidak menjadi prioritas kegiatan puskesmas pada hampir seluruh puskesmas.
2. Dalam kegiatan promotif, tenaga kesehatan selain pemegang program kesehatan jiwa tidak memiliki kepercayaan diri dalam menyampaikan informasi kesehatan jiwa. Hal ini dikarenakan tidak adanya kompetensi yang dimiliki tenaga kesehatan selain pemegang program kesehatan jiwa tentang kesehatan jiwa.
3. Hal yang dapat dibenahi dalam pelaksanaan kegiatan promotif adalah peningkatan pengetahuan tenaga promosi kesehatan dan Gasurkes P2P agar memiliki kepercayaan diri dalam menyampaikan informasi kesehatan jiwa kepada masyarakat karena tiap tenaga kesehatan harus memiliki pengetahuan dalam menyampaikan informasi kesehatan jiwa.
4. Hampir seluruh pelaksana kegiatan promotif kesehatan jiwa merupakan pemegang program kesehatan jiwa, hal ini dikarenakan pemegang program kesehatan jiwa mempunyai kompetensi untuk melakukan penyuluhan kesehatan jiwa, sehingga kegiatan program kesehatan jiwa tidak melibatkan tenaga kesehatan lainnya.
5. Hanya sebagian puskesmas yang memberikan materi penyuluhan pencegahan stres, yaitu Puskesmas Bandarharjo dan Puskesmas Rowosari. Sebagian puskesmas lainnya hanya memberikan pelaporan kasus jiwa, sistem rujukan, jenis masalah kejiwaan, dan perawatan pasien jiwa tanpa penyuluhan pencegahan stres. Hal ini dikarenakan pemegang program kesehatan jiwa adalah seorang perawat yang berfokus pada layanan kuratif dan rehabilitatif.
6. Dalam kegiatan preventif, puskesmas berfokus kepada penjangkauan pasien jiwa melalui pelaporan masyarakat. Hal ini dikarenakan adanya pendataan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, yaitu penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan.
7. Hal yang dapat dibenahi dalam pelaksanaan kegiatan preventif, yaitu skrining jiwa dan pencegahan pemasangan yang dapat dilakukan melalui strategi dasar utama promosi kesehatan yang meliputi pemberdayaan dan kemitraan.
8. Pelaksanaan skrining jiwa di seluruh puskesmas tidak maksimal karena tidak semua wilayah pernah menerima skrining jiwa. Hal ini dikarenakan skrining jiwa tidak menjadi prioritas pelaksanaan tugas Gasurkes P2P di masyarakat.
9. Hampir seluruh puskesmas sudah menjalankan *outreach* pasien jiwa melalui pelaporan kasus jiwa oleh masyarakat. Puskesmas Pudakpayung tidak menjalankan *outreach* pasien jiwa, hal ini dikarenakan tidak ada pelaporan masyarakat akan pasien jiwa yang tidak rutin mengikuti pengobatan.
10. Dalam kegiatan kuratif, puskesmas berfokus pada pelayanan rujukan. Hal ini dikarenakan puskesmas tidak memprioritaskan pelayanan kesehatan jiwa sehingga puskesmas memilih untuk merujuk pasien jiwa.
11. Hal yang dapat dibenahi dalam pelaksanaan kegiatan kuratif, yaitu pelayanan rawat jalan sehubungan dengan puskesmas dapat mengajukan obat jiwa kepada Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan Kota. Ketersediaan pelayanan rawat jalan di puskesmas bagi pasien jiwa dapat membantu pasien jiwa dengan mobilitas rendah untuk memperoleh pengobatan jiwa.

12. Seluruh puskesmas melakukan kegiatan kuratif yaitu pelayanan sistem rujukan bagi pasien jiwa. Hampir seluruh puskesmas yang melayani sistem rujukan tidak menyediakan pelayanan rawat jalan. Hanya Puskesmas Bandarharjo yang memberikan pelayanan rawat jalan bagi pasien jiwa, sedangkan ketiga puskesmas lainnya tidak memberikan karena khawatir tidak dapat memenuhi pengobatan rutin pasien jiwa.
13. Dari keempat puskesmas, hanya Puskesmas Bandarharjo yang melakukan pelayanan kedaruratan psikiatri, hal ini dikarenakan pelayanan kedaruratan psikiatri merupakan prioritas kegiatan Puskesmas Bandarharjo. Ketiga puskesmas lainnya menyatakan tidak memiliki kualitas tenaga kesehatan dan sarana yang mendukung pelaksanaan pelayanan kedaruratan psikiatri.
14. Dalam kegiatan rehabilitatif, puskesmas tidak menjalankan pelayanan kunjungan rumah pasien jiwa. Hal ini dikarenakan puskesmas berfokus pada pelayanan kunjungan ibu hamil dan lansia.
15. Hal yang dapat dibenahi dalam pelaksanaan kegiatan rehabilitatif adalah alokasi kunjungan rumah oleh Perkesmas. Pelayanan kunjungan rumah pasien jiwa mempengaruhi kemampuan keluarga pasien jiwa untuk merawat anggota keluarga yang memiliki masalah kejiwaan.
16. Hanya Puskesmas Rowosari yang konsisten melakukan kunjungan rumah pasien jiwa setiap bulan. Puskesmas Kedungmundu tidak melaksanakan kunjungan rumah pasien jiwa dengan maksimal, karena lebih memfokuskan pada kunjungan ibu hamil dan lansia.
17. Sebagian pemegang program kesehatan jiwa menyatakan terdapat stigma pada masyarakat dalam menjalani pengobatan jiwa di puskesmas yaitu pelayanan kesehatan jiwa yang dilakukan bersama pelayanan kesehatan fisik membuat masyarakat malu untuk berobat jiwa di puskesmas.
18. Pemegang program kesehatan jiwa yang memiliki latar belakang keperawatan psikiatri tidak memiliki stigma dalam perawatan pasien jiwa di puskesmas sehingga menjalankan kegiatan program kesehatan jiwa sebanyak 5 dari 6 komponen layanan kesehatan jiwa yang dapat dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama.
19. Hal yang dapat dibenahi puskesmas dalam perawatan pasien jiwa melalui keluarga pasien jiwa adalah melakukan kunjungan rumah pasien jiwa, hal ini ditujukan agar keluarga mampu mencegah kekambuhan & menangani pasien jiwa yang berperilaku agresif saat tidak ada tenaga kesehatan.
20. Hal yang dapat dibenahi puskesmas dalam perawatan pasien jiwa melalui masyarakat adalah pemberian informasi kesehatan jiwa agar masyarakat dapat menjalankan peran sosial bagi pasien jiwa dalam mewujudkan lingkungan masyarakat yang mendukung kesembuhan pasien jiwa.

SARAN

1. Bagi Puskesmas di Kota Semarang
 - a. Memperlengkapi tenaga kesehatan yang dilibatkan dalam kegiatan program kesehatan jiwa dengan informasi kesehatan jiwa agar kegiatan promotif tidak hanya mengandalkan pemegang program kesehatan jiwa.
 - b. Memfokuskan pemberian informasi promotif dan preventif pada pemberian penyuluhan kesehatan jiwa di masyarakat.
 - c. Memberdayakan kader kesehatan sebagai perpanjangan tangan dalam kegiatan promotif dan pelaksanaan deteksi dini, yaitu skrining jiwa di masyarakat, hal ini ditujukan agar jangkauan puskesmas semakin luas.
 - d. Membangun kemitraan dengan jejaring puskesmas dalam kegiatan preventif kesehatan jiwa, yaitu penjangkauan pasien jiwa. Hal ini dapat berbentuk intervensi terhadap pelaporan pasien jiwa yang diberikan jejaring puskesmas kepada puskesmas.
 - e. Memaksimalkan strategi pengajuan obat kepada Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan Kota agar obat jiwa selalu tersedia & tidak terbuang, sehingga puskesmas dapat memberikan pelayanan rawat jalan bagi pasien jiwa.
 - f. Memperjelas alokasi pelayanan kunjungan rumah oleh Perkesmas, hal ini ditujukan agar tidak ada ketimpangan yang signifikan antara kunjungan rumah pada pasien penyakit fisik dan pasien jiwa.
2. Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang
 - a. Melengkapi kebutuhan tenaga kesehatan dengan kemampuan untuk memberikan informasi kesehatan jiwa kepada masyarakat, terutama kepada

- tenaga gasurkes yang berinteraksi dengan masyarakat dalam bentuk kunjungan rumah warga untuk melakukan skrining jiwa, sehingga tanggung jawab kegiatan promotif kesehatan jiwa tidak menjadi tugas tenaga promosi kesehatan atau pemegang program kesehatan jiwa puskesmas.
- b. Memperjelas ketentuan pemberian obat jiwa oleh puskesmas, hal ini dikarenakan masih terdapat puskesmas yang beranggapan obat jiwa hanya dapat diberikan oleh dokter spesialis jiwa.
3. Bagi Peneliti Selanjutnya
Dapat dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai peran puskesmas sebagai penggerak kegiatan promotif dan preventif dalam kegiatan program kesehatan jiwa di masyarakat.
- DAFTAR REFERENSI**
1. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013 – 2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
 2. Balitbang Kemenkes RI. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta; 2013.
 3. Balitbang Kemenkes RI. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta; 2018.
 4. World Health Organization Collaboration with The Prevention Research Centre of The Universities of Nijmegen and Maastricht. Prevention of Mental Disorders : Effective Interventions and Policy Options. World Health. Geneva: World Health Organization Collaboration with The Prevention Research Centre of The Universities of Nijmegen and Maastricht; 2004. 68 pags.
 5. Prince M, dkk. No Health Without Mental Health. *Lancet*. 2007;370(9590):859–77.
 6. Mental Health Problems: The Undefined and Hidden Burden [Internet]. WHO Media Centre. [cited 2019 Mar 20]. Available from: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs218/en/>
 7. Jorm AF. Mental Health Literacy: Public Knowledge and Beliefs about Mental Disorders. *Br J Psychiatry*. 2000;
 8. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM KB. Research on Mental Health Literacy: What We Know and What We Still Need to Know. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;
 9. Kitchener BA, Jorm AF. Mental Health First Aid Training for The Public: Evaluation of Effects on Knowledge, Attitudes and Helping Behavior. 2002;6:1–6.
 10. Gureje O, Abdulmalik J, Kola L, Musa E, Yasamy MT, Adebayo K. Integrating mental health into primary care in Nigeria: Report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015;15(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0911-3>
 11. Wang PS, Berglund PA, Olsson M, Kessler RC. Methods Delays in Initial Treatment Contact after First Onset of a Mental Disorder. 2002;393–416.
 12. Tay JL, Tay YF, Klainin-Yobas P. Mental health literacy levels. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2018;32(5):757–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>
 13. Kementerian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 585/MenKes/SK/V/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas.Pdf [Internet]. Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas. 2007. p. 1–36. Available from: <http://www.depkes.go.id>
 14. Kemenkes RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa. Jakarta: Kemenkes; 2014.
 15. Brown T, Lee JY, Long T, Shah S, Sanchez T, Persell SD. Community health center patients' response to and beliefs about outreach promoting clinical preventive services. *Prev Med Reports* [Internet]. 2017;5(November 2013):71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.11.014>
 16. Bang KS, Chae SM, Lee I, Yu J, Kim J. Effects of a Community Outreach Program for Maternal Health and Family Planning in Tigray, Ethiopia. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. 2018;12(3):223–30. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.08.007>
 17. Hofmann H, Hahn S. Characteristics of nursing home residents and physical

- restraint: A systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2014;23(21–22):3012–24.
18. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H, Milisen K. Restraint Use in Older Adults Receiving Home Care. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(8):1769–76.
 19. Scheepmans K, Dierckx De Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H, Boonen S, Milisen K. Restraint use in home care: A qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatr*. 2014;14(1):1–7.
 20. Mahamba ND. Factors Influencing Relapse of Psychiatric Outpatients in The Rural Communities of The Eastern Cape Province. 2009;(November).
 21. The FORCE Society for Kids' Mental Health. *Families Matter : A Framework for Family Mental Health in British Columbia*.
 22. Jones S, Howard L, Thornicroft G. "Diagnostic overshadowing": Worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(3):169–71.
 23. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(2):113–22.
 24. Khamis K, Njau B. Health Care Worker's Perception about The Quality of Health Care at The Outpatient Department in Mwananyamala Hospital in Dar es Salaam, Tanzania. 2016;18(1):1–9.
 25. Parker CB. Psychiatric Emergencies in Nonpsychiatric Settings: Perception Precludes Preparedness. *Psychosomatics* [Internet]. 2019;60(4):352–60. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psych.2019.03.006>