

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Desember 2019, Kota Wuhan melaporkan kejadian infeksi berat yang belum diketahui penyebab kejadiannya. Awal kemunculannya, penyakit tersebut dinamakan 2019 *novel coronavirus* (2019-nCoV) yang kemudian diubah menjadi *Coronavirus Disease* (COVID-19) pada 11 Februari 2020 oleh *World Health Organization* (WHO). Penyakit COVID-19 disebabkan oleh *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-CoV-2). Pada 3 Maret 2020, WHO mengumumkan COVID-19 sebagai *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC) yang mengharuskan seluruh dunia menaruh perhatian terhadap penanganan COVID-19. SARS-CoV-2 dapat ditularkan dari manusia satu ke manusia lain melalui *respiratory droplets* yang terinfeksi, kontak langsung maupun tidak langsung dengan hidung, mata, dan mulut (Cevik *et al.*, 2020). Gejala umum yang muncul dari penyakit COVID-19 adalah demam, batuk kering, dan kelelahan. Gejala yang tidak umum namun dapat terjadi pada penderita adalah hilangnya fungsi dari indera perasa atau indera penciuman, hidung tersumbat, konjungtivitis, sakit tenggorokan, sakit kepala, nyeri otot atau sendi, mual, diare, menggigil atau pening.

Pandemi COVID-19 berdampak terhadap kesehatan psikologis masyarakat. Dampak pada kesehatan psikologis sudah terlihat sejak masa karantina dimulai. WHO (2020) menjelaskan bahwa masa karantina merupakan suatu upaya untuk membatasi pergerakan manusia dengan tujuan memantau gejala dan mendeteksi

kasus sejak dini. Karantina menimbulkan beberapa dampak psikologis antara lain gejala *post-traumatic stress*, kebingungan, dan kemarahan (Brooks *et al.*, 2020). Dampak lain yang mungkin terjadi akibat isolasi dan karantina adalah kecemasan, frustrasi, ketakutan hingga menyebabkan infeksi, insomnia, dan mudah tersinggung (Banerjee, 2020).

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, definisi dari kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Permasalahan kesehatan jiwa sudah menjadi permasalahan dunia sebelum adanya Pandemi COVID-19. *Global Burden Disease 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators* (2018) memaparkan bahwa sekitar 970 juta orang di dunia mengalami gangguan kesehatan jiwa. Gangguan depresi sudah mulai terlihat pada rentang usia remaja di Indonesia yaitu pada usia 15-24 tahun.

Tabel 1.1 Prevalensi Depresi pada Penduduk Umur ≥ 15 Tahun Menurut Kelompok Umur

Kelompok Umur (tahun)	Prevalensi (%)
15-24	6,2
25-34	5,4
35-44	5,6
45-54	6,1
55-64	6,5
65-74	8
>75	8,9

Sumber: Riskesdas, 2018

Berdasarkan tabel 1.1, dapat dilihat bahwa prevalensi depresi tertinggi berada pada kelompok umur lebih dari 75 tahun yaitu sebesar 8,9%, kemudian sebesar 8% pada kelompok umur 65-74 tahun, dan sebesar 6,5% pada kelompok umur 55-64 tahun.

Pada Bulan Mei 2020, Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) menyebutkan bahwa sebanyak 69% responden mengalami masalah psikologis dari 2.364 responden yang melakukan swaperiksa. Masalah psikologis yang dapat terjadi saat pandemi COVID-19 adalah cemas, depresi, dan trauma psikologis. Kelompok yang tergolong rentan mengalami gangguan kesehatan jiwa dan psikososial saat Pandemi COVID-19 adalah perempuan, lansia, serta anak dan remaja (Vibriyanti, 2020).

Pada kesempatan yang sama, Mubasyiroh *et.al* (2020) melakukan penelitian untuk mengidentifikasi masalah kesehatan jiwa masyarakat saat Pandemi COVID-19 serta upaya yang dilakukan masyarakat dalam mengendalikan masalah kesehatan jiwa tersebut. Penelitian dilakukan secara kuantitatif melalui survei daring selama 3 hari dan kualitatif yang juga dilaksanakan secara daring. Responden dalam penelitian tersebut adalah penduduk usia 15 tahun keatas yang memiliki sosial media. Pada penelitian tersebut memperoleh sebanyak 2.800 responden yang berasal dari 34 provinsi. Responden paling banyak berasal dari wilayah berikut yaitu Jawa Barat, Sumatera Selatan, DKI Jakarta, Jawa Tengah, dan Jawa Timur.

Tabel 1.2 Persentase Depresi dan Gangguan Cemas menurut Kelompok Umur saat Pandemi COVID-19

No	Kelompok Umur (tahun)	Gangguan Cemas (%)	Depresi (%)
1	15-24	8,7	15
2	25-59	6,1	6,3
3	≥60	6,2	4,1

Sumber: Mubasyiroh *et al.*, 2020

Tabel 1.2 menunjukkan bahwa persentase kelompok umur yang paling banyak mengalami gangguan cemas dan depresi adalah kelompok umur 15-24 tahun. Kelompok umur 15-24 tahun yang mengalami gangguan cemas sebanyak 8,7% dan sebesar 15% yang mengalami depresi.

Tabel 1.3 Upaya yang Dilakukan oleh Responden Gangguan Cemas dan Responden Depresi untuk Mengatasi Keluhan

No	Upaya yang dilakukan	Responden Gangguan Cemas (%)	Responden Depresi (%)
1	Melakukan Kegiatan Spiritual	93,7	92,9
2	Melakukan Kegiatan Rekreasional	78,4	79,9
3	Berolahraga	74,7	77,4
4	Bercerita	58,4	55,2
5	Menggunakan Jasa Tenaga Medis	16,3	15,1
6	Menggunakan Jasa Tenaga Non Medis	13,2	13,4
7	Merokok	10,5	10,5
8	Minum Minuman Beralkohol	2,6	2,1

Sumber: Mubasyiroh *et al.*, 2020

Pada tabel 1.3 dapat diketahui bahwa upaya yang paling banyak dilakukan responden untuk mengatasi gangguan cemas dan depresi adalah melakukan kegiatan spiritual sebanyak 93,7% untuk responden dengan gangguan cemas dan 92,9% untuk responden yang mengalami depresi. Upaya menggunakan jasa tenaga medis sebanyak 16,3% untuk responden dengan gangguan cemas dan

sebanyak 15,1% untuk responden yang mengalami depresi. Hasil penelitian juga menyebutkan bahwa beberapa responden tidak mengetahui adanya layanan kesehatan jiwa baik di Rumah Sakit maupun Puskesmas. Responden juga mengungkapkan bahwa gangguan yang dialami masih dapat diatasi oleh diri sendiri.

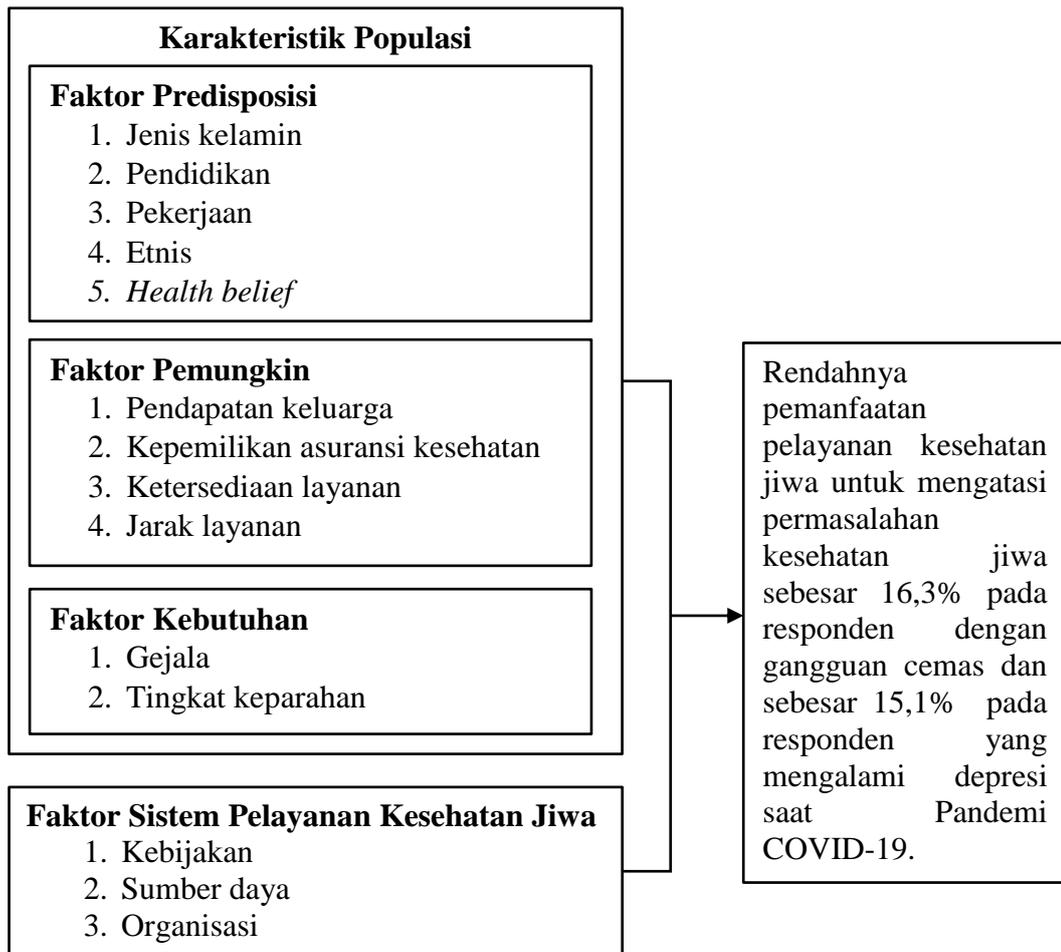
Berdasarkan Undang-Undang Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, jenis upaya kesehatan jiwa terbagi menjadi empat pendekatan yaitu upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya promotif yang dilaksanakan saat Pandemi COVID-19 berupa pembentukan kader kesehatan jiwa dan pemberian edukasi kesehatan jiwa dan psikoedukasi terhadap keluarga yang mengalami permasalahan kesehatan jiwa (Ausrianti and Andayani, 2020; Sutinah, 2020). Pemerintah menyusun pedoman dukungan kesehatan jiwa dan psikososial saat Pandemi COVID-19 sebagai upaya preventif yang dapat dijadikan panduan dalam mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan jiwa saat Pandemi COVID-19 (Ridlo, 2020). Upaya kuratif yang dapat dilakukan saat Pandemi COVID-19 adalah melakukan diagnosis terhadap status kondisi kesehatan jiwa masyarakat saat Pandemi COVID-19 dan melakukan pengobatan yang dapat dilakukan fasilitas kesehatan jiwa. Sebagai upaya kuratif, Persatuan Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa Indonesia (PSDKJI) bekerja sama dengan Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI) membuka konsultasi online secara gratis untuk masyarakat yang terdampak dari COVID-19 (Sucianto, 2020). Pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa secara tatap muka hanya dilakukan apabila kondisi darurat.

Penelitian ini mengacu pada teori Andersen (1995) *Behavioral Model and Access to Medical Care* fase 2 pada tahun 1970an. Pada teori tersebut dijelaskan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa dapat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu karakteristik populasi dan sistem pelayanan kesehatan jiwa (Andersen, 1995). Karakteristik populasi terdiri atas faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor kebutuhan sedangkan faktor sistem pelayanan kesehatan jiwa terdiri atas kebijakan, sumber daya dan organisasi. Sehingga, peneliti dapat melakukan analisis terhadap faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa saat Pandemi COVID-19.

Berdasarkan uraian di atas, masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa untuk mengatasi permasalahan kesehatan jiwa yang dialami seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Mubasyiroh *et.al* (2020) yang menyatakan bahwa hanya 16,3% responden dengan gangguan cemas dan 15,1% responden yang mengalami depresi memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi keluhan.

1.2 Identifikasi Masalah

Masalah yang diangkat yaitu rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa untuk mengatasi permasalahan kesehatan jiwa saat Pandemi COVID-19. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor sebagai berikut:



Gambar 1.1 Bagan Identifikasi Penyebab Masalah

Berdasarkan kerangka identifikasi masalah di atas menunjukkan bahwa adanya masalah disebabkan oleh beberapa faktor yaitu:

1. Faktor Predisposisi
 - a. Jenis Kelamin

Robin *et.al* (1997) memaparkan bahwa jenis kelamin memiliki pengaruh dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa yang mana penelitian ini memiliki hasil bahwa wanita lebih mungkin menerima perawatan kesehatan jiwa dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Kovess-Masfety *et.al*

(2014) yang memaparkan bahwa perempuan lebih sering memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa dan dokter daripada laki-laki, namun penelitian ini menegaskan bahwa hal tersebut dapat dipengaruhi oleh jenis dan tingkat keparahan masalah kesehatan jiwa yang dialami.

b. Pendidikan

Hidana *et.al* (2018) menyatakan bahwa seseorang dengan pendidikan formal yang tinggi akan lebih memiliki pengetahuan yang lebih tinggi dibandingkan dengan seseorang dengan pendidikan rendah. Pendidikan sangat erat kaitannya dengan kesadaran serta pengetahuan setiap individu, sehingga status pendidikan berpengaruh dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan (Fatimah and Indrawati, 2019). Seseorang dengan pendidikan yang tinggi cenderung akan lebih memanfaatkan pelayanan dibandingkan dengan seseorang dengan pendidikan yang rendah.

c. Pekerjaan

Pekerja cenderung memiliki akses yang sulit terhadap pelayanan kesehatan (Ismayilova *et al.*, 2014). Kesulitan yang dialami pekerja mengakibatkan pekerja untuk menunda untuk melakukan perawatan yang perlu dilakukan. Hidana *et.al* (2018) memaparkan hal yang berlawanan yaitu seseorang yang memiliki pekerjaan cenderung untuk lebih tinggi untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan seseorang yang tidak bekerja.

d. Etnis

Etnis sering disebut dengan suku di Indonesia. Terdapat perbedaan dalam konsep kesehatan jiwa pada suku di Indonesia (Nasilah, Kargenti and Maretih, 2015). Tidak sedikit suku yang mengkaitkan gangguan kesehatan jiwa dengan supranatural. Akibatnya, orang dengan permasalahan kesehatan jiwa cenderung melakukan pengobatan pada orang pintar seperti dukun dan menjadikan layanan kesehatan jiwa sebagai opsi terakhir apabila pengobatan alternative tidak berhasil.

Berbeda halnya dengan negara lain, penelitian yang dilakukan oleh Kataoka *et.al* (2002) memaparkan bahwa anak Latin memiliki tingkat yang lebih tinggi *unmet need* terhadap kebutuhan kesehatan mental yang tidak terpenuhi daripada anak kulit putih. *Medical Expenditure Panel Survey* (MEPS) mengemukakan bahwa dibandingkan dengan kulit putih Non Hispanik, orang Afrika-Amerika dan Meksiko-Amerika menerima jauh lebih sedikit perawatan kesehatan mental untuk kondisi kesehatan mental yang dilaporkan (Pettersen *et al.*, 2009). Dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, Pettersen *et.al* (2009) berpendapat bahwa etnis minoritas kurang mampu untuk membeli jasa pelayanan kesehatan jiwa.

e. *Health Belief*

Pengetahuan dan campuran antara pandangan tradisional serta modern mempengaruhi persepsi kesehatan jiwa dan perilaku

pencarian bantuan terhadap tenaga medis (Ham and Wright, 2011). Jika pengetahuan akan kesehatan jiwa meningkat, stigma akan berkurang dan niat untuk mengakses layanan kesehatan jiwa akan meningkat (Krakauer, Stelnicki and Carleton, 2020). Menurut Yeap R dan Low W Y (2009), banyak orang setuju bahwa umumnya orang tidak peduli atau simpatik terhadap orang-orang dengan masalah kesehatan jiwa dan mengatakan bahwa seseorang dengan masalah kesehatan jiwa tidak memiliki hak yang sama dengan yang lain.

2. Faktor Pemungkin

a. Pendapatan Keluarga

Pandemi COVID-19 sangat mempengaruhi kondisi ekonomi keluarga. Banyak keluarga mengalami penurunan pendapatan atau kehilangan pekerjaan saat Pandemi COVID-19. Jika melihat kondisi tersebut, maka hal tersebut akan berdampak pada pemanfaatan pelayanan kesehatan. Semakin rendah tingkat pendapatan seseorang maka semakin sulit untuk mengakses pelayanan kesehatan (Napirah *et al.*, 2016; Wulandari *et al.*, 2016).

b. Kepemilikan Asuransi kesehatan

Seseorang yang memiliki asuransi kesehatan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dikarenakan merasa tidak khawatir terkait biaya yang dikeluarkan untuk berobat (Fatimah and Indrawati, 2019). Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kataoka *et.al* (2002) yang memaparkan bahwa anak

yang tidak memiliki asuransi kesehatan memiliki tingkat *unmet need* pelayanan kesehatan jiwa lebih tinggi daripada anak yang memiliki asuransi kesehatan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Demissie *et.al* (2020) juga mengatakan hal yang sama yaitu rumah tangga dengan kepemilikan asuransi berbasis masyarakat sekitar tiga kali lebih mungkin memanfaatkan rawat jalan dibandingkan yang tidak memiliki.

c. Ketersediaan layanan

Tidak semua fasilitas kesehatan siap menghadapi permasalahan kesehatan jiwa saat COVID-19. Terlebih lagi, isu kesehatan jiwa masih memperoleh perhatian yang minim dari pemerintah. Tristiana *et.al* (2018) memaparkan bahwa distribusi tenaga kesehatan jiwa yang tidak merata membuat sejumlah daerah tidak memiliki tenaga kesehatan jiwa. Hal tersebut mengakibatkan hambatan untuk mengakses layanan kesehatan jiwa. Penelitian yang dilakukan di United States memaparkan bahwa fasilitas kesehatan jiwa di negara bagian cenderung tidak menyediakan pelayanan kesehatan jiwa secara virtual saat awal Pandemi COVID-19 (Cantor *et al.*, 2021).

d. Jarak layanan

Jarak layanan merupakan jarak yang harus ditempuh seseorang dalam pencarian pengobatan. Salah satu alasan yang paling umum dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah jarak layanan. Jarak yang jauh juga seringkali menjadi kendala seseorang dalam

memanfaatkan pelayanan kesehatan. Umumnya seseorang akan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada di sekitar tempat tinggalnya (Sari, Ambarita and Sitorus, 2013).

3. Faktor Kebutuhan

a. Gejala

Awal mula seseorang mencari pengobatan untuk permasalahan kesehatan yang dialami adalah kesadaran akan gejala awal dari suatu penyakit. Sorkin *et.al* (2009) memaparkan bahwa diantara 1.238 responden yang mengalami gejala tekanan mental, 46,9% mengaku membutuhkan layanan kesehatan jiwa dan 21,3% mengakses pelayanan kesehatan jiwa, Pada responden dengan gejala gangguan kesehatan jiwa yang serius, 71,2% diantaranya mengaku membutuhkan pelayanan kesehatan jiwa dan 32% mengakses pelayanan kesehatan jiwa. Hal ini mengindikasi bahwa semakin banyak/ serius gejala yang dirasakan oleh pasien, maka semakin tinggi pula kemungkinan pasien tersebut mencari pengobatan untuk permasalahan kesehatan jiwa yang dialami.

b. Tingkat Keparahan

Tingkat keparahan depresi, waktu lama depresi, dan kecemasan dengan mempengaruhi seseorang dalam mencari bantuan kepada tenaga medis (Magaard *et al.*, 2017). Seseorang dengan diagnosis permasalahan kesehatan jiwa, cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa. Penelitian yang dilakukan oleh Aldalaykeh *et.al*

(2019) juga menyebutkan bahwa diagnosis dan tingkatan *mental illness* yang dirasakan pasien mempengaruhi pasien dalam pencarian bantuan kepada tenaga medis.

4. Faktor Sistem Pelayanan Kesehatan Jiwa

a. Kebijakan

Kebijakan merupakan segala sesuatu yang telah dan akan diputuskan oleh pemerintah dengan menyangkut kepentingan masyarakat yang memiliki tujuan untuk mengatasi permasalahan yang terjadi. Kebijakan yang berlaku saat Pandemi adalah *physical distancing* dan *social distancing*, kebijakan tersebut mempunyai tujuan untuk membatasi ruang gerak masyarakat sebagai bentuk pencegahan penyebaran COVID-19 (Kresna and Ahyar, 2020). Pembatasan terhadap ruang gerak masyarakat menjadikan masyarakat kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan salah satunya pelayanan kesehatan jiwa.

b. Sumber daya

Sumber daya dalam sistem pelayanan kesehatan jiwa adalah tenaga kerja dan modal yang dikhususkan dalam menyediakan pelayanan kesehatan jiwa. Kekurangan sumber daya dan keuangan menyebabkan pelayanan kesehatan jiwa tidak maksimal dalam menyediakan layanan. Semakin banyak sumber daya dan modal, maka luas juga jangkauan pelayanan kesehatan jiwa (Friedmann, Alexander and Aunno, 1999). Selain itu, kasus kesehatan jiwa saat Pandemi

COVID-19 mengalami lonjakan, jika hal tersebut tidak diimbangi dengan sumber daya yang memadai, maka kebutuhan pasien cenderung akan tidak terpenuhi.

c. Organisasi

Organisasi memiliki dua komponen akses dan struktur. Komponen akses meliputi biaya dan waktu tunggu, sedangkan komponen struktur menjelaskan apa yang terjadi kepada pasien saat memasuki suatu sistem.

Rostina *et.al* (2020) mengemukakan bahwa kendala dalam pelayanan bagi penderita Skizofrenia salah satunya adalah biaya. Penderita yang mengaku bahwa tidak lagi memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa karena adanya keterbatasan biaya (Rostina *et al.*, 2020). Waktu tunggu telah diidentifikasi sebagai ukuran utama akses dan telah menjadi penghalang bagi penderita yang mengalami kesulitan mendapatkan perawatan kesehatan (Carrière and Sanmartin, 2010). Penelitian secara kualitatif yang dilakukan di Indonesia memaparkan bahwa waktu tunggu yang lama juga merupakan suatu kendala bagi penderita dalam melakukan pengobatan (Rostina *et al.*, 2020).

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah, maka rumusan masalah penelitian ini adalah:

1. Apa saja faktor predisposisi yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa saat Pandemi COVID-19?
2. Apa saja faktor pemungkin yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa saat Pandemi COVID-19?
3. Apa saja faktor kebutuhan yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa saat Pandemi COVID-19?
4. Apa saja faktor sistem pelayanan kesehatan jiwa yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa saat Pandemi COVID-19?

1.4 Tujuan dan Manfaat Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis faktor yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa saat Pandemi COVID-19.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh faktor predisposisi yang meliputi jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, etnis, dan *health belief* terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa saat Pandemi COVID-19.
2. Menganalisis pengaruh faktor pemungkin yang meliputi pendapatan keluarga, kepemilikan akses, ketersediaan layanan, dan jarak layanan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa saat Pandemi COVID-19.

3. Menganalisis pengaruh faktor kebutuhan yang meliputi gejala dan tingkat keparahan terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa saat Pandemi COVID-19.
4. Menganalisis pengaruh faktor sistem pelayanan kesehatan jiwa yang meliputi kebijakan, sumber daya, dan organisasi terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa saat Pandemi COVID-19.

1.4.3 Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Penelitian dijadikan sebagai wadah mahasiswa untuk mengimplementasikan ilmu yang sudah didapatkan saat perkuliahan serta menambah wawasan terkait pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa.

2. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Penelitian ini diharapkan menjadi arsip penelitian ilmiah dalam bidang administrasi kebijakan kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dan dapat dijadikan sebagai bahan rujukan penelitian selanjutnya berkaitan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa.

3. Bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi fasilitas pelayanan kesehatan jiwa dalam memberikan pelayanan saat Pandemi COVID-19 maupun di kemudian hari sehingga mampu menyelesaikan permasalahan kesehatan jiwa yang ada.