

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perkembangan kondisi masalah kesehatan jiwa dewasa ini semakin memerlukan perhatian dari semua pihak. Dari waktu ke waktu kondisi masalah kesehatan jiwa akan terlihat penting bila dilihat dari dampak yang ditimbulkannya, antara lain terdapatnya angka yang cukup besar dari penderita gangguan kejiwaan yang diikuti dengan beban ekonomi yang luas. Apabila dilihat dari data yang ada secara global didapatkan 30% dari populasi global memiliki masalah kesehatan jiwa, 1-3% dari populasi merupakan gangguan jiwa serius, lebih dari 800.000 angka kejadian bunuh diri per tahun terutama di negaranegara dengan pendapatan perkapita rendah-menengah, 65%-90% dari penderita tidak memperoleh pengobatan, lebih dari seperempat jumlah negara di dunia tidak memiliki akses pelayanan psikiatrik dasar di tingkat primer dan tingginya angka risiko kematian pada penderita gangguan jiwa rata-rata 1,7-2,6% (Dharmono, 2011).

Badan Kesehatan Sedunia (WHO) memperkirakan bahwa pada tahun 2020 depresi akan menjadi penyebab utama ketidakmampuan seorang individu di seluruh dunia dan gangguan psikiatrik akan menyumbang 15% dari angka kesakitan global. Amerika sendiri telah kehilangan setiap tahunnya uang sejumlah 80 milyar dolar akibat ketidakproduktifan yang dikarenakan menderita gangguan psikiatrik (Hidayat, et al., 2010).

Masalah kesehatan jiwa dan psikososial tidak hanya menimbulkan beban pada pasien sendiri melainkan juga keluarga, teman, masyarakat maupun negara. Berdasarkan *Dissability Adjusted Life Years (DALYs)* dari World Bank tahun 2005, beban penyakit secara umum (*Global Burden of Disease*) yang dikontribusi akibat masalah kesehatan jiwa dan neurologis adalah sebesar 13%. Di antara penyakit tidak menular (*non-communicable disease*), beban akibat masalah kesehatan jiwa sebesar 22%, angka ini lebih besar daripada beban yang disebabkan oleh penyakit jantung dan pembuluh darah (21%), kanker (11%) ataupun paru (8%). Masalah kesehatan jiwa masyarakat tersebut menimbulkan dampak sosial. Dampak sosial akibat masalah kesehatan jiwa tersebut antara lain adalah tingginya angka kekerasan baik di rumah tangga maupun di masyarakat, meningkatnya kejadian bunuh diri, penyalahgunaan napza pada remaja, kenakalan remaja, masalah di pendidikan, perceraian, pengangguran, kemiskinan dan pemasungan (Depkes RI, 2005).

Masalah kesehatan jiwa di Indonesia dewasa ini juga perlu mendapatkan perhatian dari berbagai pihak, tidak terbatas pada tenaga kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI memperlihatkan bahwa rata-rata nasional gangguan jiwa berat di Indonesia adalah 0,46% atau sekitar 1 juta jiwa, dan untuk gangguan mental emosional (cemas dan depresi) di atas usia 15 tahun sebesar 11,6% atau sekitar 19 juta penduduk (Depkes RI, 2008g).

Hasil yang didapatkan dari Riskesdas tahun 2007 tersebut bervariasi untuk setiap provinsi dan kabupaten/kota. Prevalensi untuk gangguan jiwa berat di

Provinsi Jawa Timur sebesar (0,4%), sedangkan prevalensi untuk gangguan mental emosional di Provinsi Jawa Timur adalah 12,3%. Prevalensi gangguan mental emosional berdasarkan Riskesdas tahun 2007 tersebut meningkat sejalan dengan penambahan usia. Kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional adalah jenis kelamin perempuan, berpendidikan rendah, tingkat ekonomi rendah, tidak bekerja serta tinggal di pedesaan (Depkes RI, 2008).

Puskesmas merupakan institusi kesehatan yang memiliki peranan penting dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Semua upaya kesehatan seharusnya dapat dilaksanakan di Puskesmas mulai dari upaya preventif hingga rehabilitatif. Termasuk didalamnya bidang kesehatan jiwa mengingat antara kesehatan dan kesehatan jiwa sebenarnya merupakan satu bagian integral yang tidak bisa dipisahkan.

Ditinjau dari upaya kesehatan jiwa yang dilakukan di Puskesmas secara komprehensif kesehatan jiwa dapat dilaksanakan dari mulai hulu ke hilir. Upaya itu meliputi: menggiatkan promosi kesehatan jiwa bagi kelompok masyarakat yang sehat jiwa sejak usia dini sampai lanjut usia, melakukan pencegahan masalah kesehatan jiwa bagi kelompok masyarakat yang memiliki faktor risiko, seperti penyakit kronis serta melaksanakan pemulihan dan rehabilitasi bagi kelompok masyarakat yang mengalami masalah kesehatan jiwa agar mereka dapat mandiri dan produktif kembali.

Hal ini sejalan dengan kebijakan pemerintah yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) RI Nomor 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat bahwa program kesehatan jiwa

masyarakat masuk dalam pelayanan kesehatan masyarakat (*public goods*). Pelayanan kesehatan masyarakat ini bertujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Kebijakan lain yang lebih operasional terkait upaya kesehatan jiwa juga telah dilakukan oleh pemerintah. Menurut Kepmenkes RI Nomor 406 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas, kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan jiwa saat ini telah mengalami perubahan paradigma yang fundamental. Model pelayanan kesehatan jiwa yang awalnya tertutup sekarang menjadi terbuka. Perubahan yang lain adalah pendekatan klinis-individualis berubah menjadi produktif-sosial sesuai dengan berkembangnya konsep kesehatan jiwa komunitas. Perubahan ini terjadi pada tingkat pelayanan kesehatan jiwa pertama, kedua dan ketiga.

Kepmenkes RI Nomor 406 Tahun 2009 memberikan tugas kepada Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan di tingkat pertama agar mengembangkan pelayanan kesehatan jiwa komunitas. Terdapat enam jenis pelayanan kesehatan jiwa komunitas yang diharapkan dilakukan di Puskesmas meliputi:

1. Penyuluhan
2. Deteksi dini
3. Pelayanan kedaruratan psikiatri
4. Pelayanan rawat jalan
5. Pelayanan rujukan

6. Pelayanan kunjungan rumah

Data Risfaskes 2011 menunjukkan bahwa hanya 8,5 % Puskesmas yang melaksanakan kegiatan lengkap program kesehatan jiwa (Kemenkes RI, 2012).

Layanan kesehatan jiwa di Puskesmas seringkali hanya berkiblat pada pendekatan kuratif. Kurangnya aspek preventif dan promotif, rendahnya angka deteksi dini, serta belum dikembangkannya terapi rehabilitatif di komunitas menjadi kendala pelaksanaan program kesehatan jiwa. Sistem layanan yang diberikan juga terutama berfokus pada penemuan kasus dan rujukan meskipun sebenarnya hanya 10% kasus gangguan jiwa berat yang memerlukan rujukan. Orientasi layanan pun masih difokuskan pada kelompok usia dewasa (Diatri, 2013). Data Riset Fasilitas Kesehatan (Risfaskes) tahun 2011 juga menunjukkan bahwa lebih dari 80% Puskesmas melaksanakan rujukan kasus gangguan jiwa dan masalah psikososial ke rumah sakit

Surabaya merupakan ibukota Provinsi Jawa Timur yang memiliki jumlah Puskesmas paling banyak di Jawa Timur (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2011). Berdasarkan laporan tribulan program kesehatan jiwa Dinas Kesehatan Kota Surabaya diketahui terdapat penambahan jumlah Puskesmas mulai tahun 2010 sampai tahun 2012. Yaitu pada tahun 2010 Kota Surabaya memiliki 53 Puskesmas, tahun 2011 sebesar 58 Puskesmas dan tahun 2012 menjadi 62 Puskesmas.

Mengacu pada hasil Riskesdas tahun 2007 dapat dilakukan estimasi terhadap masalah kesehatan jiwa di Kota Surabaya. Estimasi ini dilakukan untuk memperkirakan masalah kesehatan jiwa di Kota Surabaya berdasarkan hasil

penelitian yang pernah ada. Sebelum estimasi dilakukan terlebih dahulu akan dibandingkan prevalensi gangguan jiwa berat dan gangguan mental emosional di Kota Surabaya dan nasional berdasarkan Riskesdas tahun 2007:

Tabel 1.1 Perbandingan Masalah Kesehatan Jiwa di Kota Surabaya Tahun 2011

Masalah	Nasional	Kota Surabaya
Gangguan Jiwa berat (<i>severe mental disorder</i>)	0,46%	0,2%
Gangguan Mental Emosional (<i>mental emotional problem</i>)	11,6%	14,7%

Sumber: Hasil Riskesdas Tahun 2007

Berdasarkan tabel 1.1 bisa disimpulkan bahwa masalah gangguan mental emosional di Kota Surabaya harus mendapatkan perhatian serius karena angkanya (14,7%) lebih besar dari cakupan nasional (11,6%) sedangkan cakupan gangguan jiwa berat di Kota Surabaya meskipun lebih kecil cakupannya dari angka nasional tetap memerlukan perhatian juga. Hal ini disebabkan jumlah penduduk Surabaya yang cukup besar dan permasalahan sosial di kota besar yang relatif bisa menjadi faktor pencetus munculnya gangguan jiwa berat.

Tabel 1.2. Estimasi Masalah Kesehatan Jiwa di Kota Surabaya Tahun 2011

No.	Variabel	Jumlah
1.	Penduduk	2.782.627
2.	Penduduk dewasa (70% x jumlah penduduk)	1.947.839
3.	Penduduk penderita gangguan jiwa berat (0,2% x penduduk dewasa)	3.896
4.	Penduduk penderita gangguan mental emosional (14,7% x penduduk dewasa)	286.332

Sumber: Diolah dari Tabel Profil Kesehatan Kota Surabaya Tahun 2011 dan Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007.

Tabel 1.2 merupakan hasil estimasi cakupan gangguan jiwa berat dan mental emosional dengan mengalikan hasil Riskesdas dengan jumlah penduduk dewasa di Surabaya. Hasil estimasi ini menunjukkan secara absolut jumlah

penduduk yang mengalami masalah gangguan jiwa berat dan mental emosional di Surabaya cukup besar.

Program Kesehatan Jiwa merupakan salah satu program kesehatan yang dilaksanakan di Puskesmas. Berdasarkan laporan pelaksanaan program kesehatan jiwa di Surabaya, didapatkan data peningkatan jumlah kasus rujukan jiwa di Puskesmas. Adapun jumlah kasus rujukan jiwa di Puskesmas Kota Surabaya tahun 2011 – 2012 dapat ditunjukkan oleh tabel 1.3 berikut ini:

Tabel 1.3 Persentase Kasus Jiwa Yang Dirujuk di Puskesmas Kota Surabaya Tahun 2011-2012

No.	Puskesmas	2011			2012			KET
		Jumlah Kasus	Jumlah Kasus Dirujuk	% Kasus Dirujuk	Jumlah Kasus	Jumlah Kasus Dirujuk	% Kasus Dirujuk	
1	Tanjungsari	16	9	56,25	27	4	14,81	TURUN
2	Simomulyo	1392	236	16,92	428	109	25,47	NAIK
3	Manukan Kulon	8	8	100,00	162	123	75,93	TURUN
4	Balongsari	68	16	23,53	81	78	96,30	NAIK
5	Asemrowo	24	7	29,17	79	3	3,80	TURUN
6	Sememi	0	0	0,00	647	71	10,97	TIDAK DAPAT DIANALISIS
7	Benowo	60	0	0,00	106	106	100,00	NAIK
8	Jeruk	18	0	0,00	22	0	0,00	TIDAK DAPAT DIANALISIS
9	Lidah Kulon	618	0	0,00	1271	78	6,14	NAIK
10	Lontar	0	0	0,00	100	52	52,00	TIDAK DAPAT DIANALISIS
11	Peneleh	122	0	0,00	218	151	69,27	NAIK
12	Ketabang	44	0	0,00	147	50	34,01	NAIK
13	Kedungdoro	144	0	0,00	182	182	100,00	NAIK
14	Dr.Soetomo	40	0	0,00	213	203	95,31	NAIK
15	Tembok Dukuh	392	0	0,00	641	431	67,24	NAIK
16	Gundih	0	0	0,00	6	5	83,33	TIDAK DAPAT DIANALISIS
17	Tambak Rejo	180	0	0,00	80	80	100,00	NAIK
18	Simolawang	42	0	0,00	605	32	5,29	NAIK
19	Perak Timur	376	0	0,00	227	111	48,90	NAIK

Dilanjutkan

....Lanjutan Tabel 1.3

No.	Puskesmas	2011			2012			KET
		Jumlah Kasus	Jumlah Kasus Dirujuk	% Kasus Dirujuk	Jumlah Kasus	Jumlah Kasus Dirujuk	% Kasus Dirujuk	
20	Pegirian	136	0	0,00	191	191	100,00	NAIK
21	Sidotopo	72	0	0,00	171	135	78,95	NAIK
22	Wonokusumo	272	0	0,00	171	88	51,46	NAIK
23	Krembangan Selatan	20	0	0,00	59	59	100,00	NAIK
24	Dupak	334	0	0,00	197	97	49,24	NAIK
25	Kenjeran	16	0	0,00	97	58	59,79	NAIK
26	Tanah Kali Kedinding	260	0	0,00	351	211	60,11	NAIK
27	Sidotopo Wetan	212	171,5	80,90	183	172	93,99	NAIK
28	Rangkah	250	0	0,00	265	265	100,00	NAIK
29	Pacar keeling	36	0	0,00	392	260	66,33	NAIK
30	Gading	136	0	0,00	258	258	100,00	NAIK
31	Pucang Sewu	0	0	0,00	182	41	22,53	TIDAK DAPAT DIANALISIS
32	Mojo	1416	1230	86,86	1961	1746	89,04	NAIK
33	Kalirungkut	6	0	0,00	194	113	58,25	NAIK
34	Medokan Ayu	96	0	0,00	158	155	98,10	NAIK
35	Tenggilis	212	0	0,00	331	147	44,41	NAIK
36	Gunung Anyar	232	0	0,00	380	161	42,37	NAIK
37	Menur	160	0	0,00	150	121	80,67	NAIK
38	Klampisngasem	1566	1205	76,95	451	63	13,97	TURUN
39	Mulyorejo	814	30	3,69	56	56	100,00	NAIK
40	Sawahan	146	0	0,00	528	198	37,50	NAIK
41	Putat Jaya	366	0	0,00	71	71	100,00	NAIK
41	Putat Jaya	366	0	0,00	71	71	100,00	NAIK
42	Pakis	482	220	45,64	357	139	38,94	TURUN
43	Banyu Urip	2874	0	0,00	3964	322	8,12	NAIK
44	Jagir	3718	212	5,70	210	51	24,29	NAIK
45	Wonokromo	372	0	0,00	469	180	38,38	NAIK
46	Ngagel Rejo	802	0	0,00	397	263	66,25	NAIK
47	Kedurus	220	0	0,00	101	101	100,00	NAIK
48	Dukuh Kupang	122	0	0,00	93	72	77,42	NAIK
49	Wiyung	228	0	0,00	134	133	99,25	NAIK
50	Gayungan	172	0	0,00	342	62	18,13	NAIK
51	Jemursari	32	0	0,00	108	34	31,48	NAIK
52	Sidosermo	94	0	0,00	139	101	72,66	NAIK
53	Kebonsari	102	14	13,73	178	131	73,60	NAIK
54	Made							Puskesmas Baru
55	Bangkalan							Puskesmas Baru
56	Keputih							Puskesmas Baru

Dilanjutkan.....

....Lanjutan Tabel 1.3

No.	Puskesmas	2011			2012			KET
		Jumlah Kasus	Jumlah Kasus Dirujuk	% Kasus Dirujuk	Jumlah Kasus	Jumlah Kasus Dirujuk	% Kasus Dirujuk	
57	Balas Klumprik							Puskesmas Baru
58	Siwalankerto							Puskesmas Baru
59	Morokrengan							Puskesmas Baru
60	Tambak Wedi							Puskesmas Baru
61	Bulak Banteng							Puskesmas Baru
62	Kalijudan							Puskesmas Baru
	TOTAL	19520	3358	17,20	18531	8124	43,84	NAIK

Sumber : Laporan Tribulan Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan Kota Surabaya Tahun 2011 – 2012

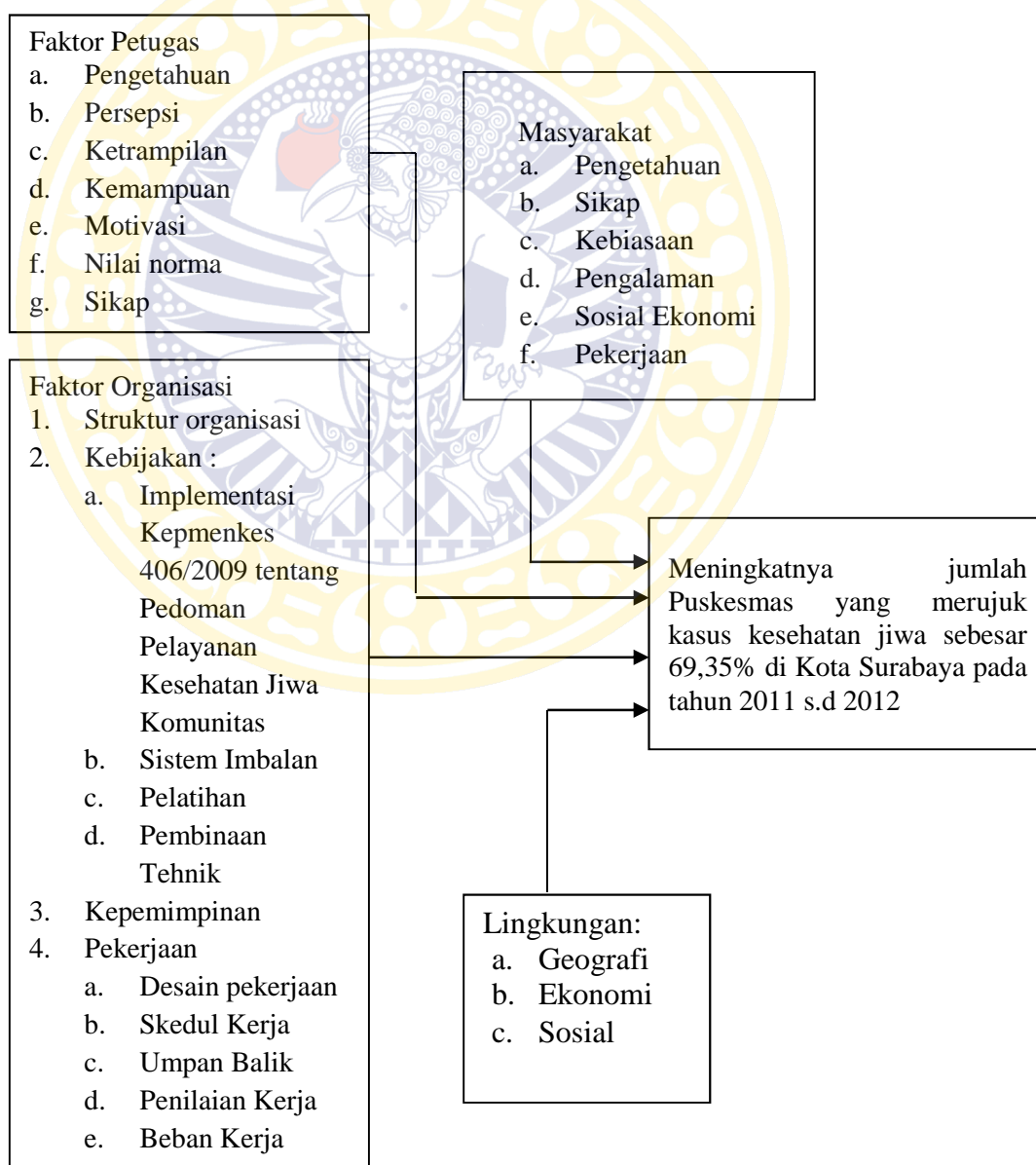
Catatan: Puskesmas tidak dapat dianalisis datanya karena data laporan bulannya tidak lengkap

Tabel 1.3 memberikan gambaran bahwa secara keseluruhan terdapat 43 Puskesmas (69,35%) di Kota Surabaya yang mengalami kenaikan persentase kasus rujukan jiwa tahun pada tahun 2011 dan 2012. Kenaikan kasus rujukan jiwa menunjukkan bahwa Puskesmas masih cenderung tidak mampu memberikan pelayanan kesehatan jiwa kepada masyarakat di wilayah kerjanya. Kementerian Kesehatan RI secara ideal mengharapkan Puskesmas mampu memberikan pelayanan kesehatan jiwa yang bersifat kuratif sekaligus mengembangkan upaya promotif dan preventif terkait kesehatan jiwa. Mengacu pada Kepmenkes RI Nomor 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, fungsi promotif dan preventif juga merupakan salah satu fungsi Puskesmas yang harus dijalankan. Fungsi promotif dan preventif yang menjadi kewajiban Puskesmas meliputi beberapa program termasuk didalamnya program kesehatan jiwa.

Berdasarkan latar belakang tersebut maka masalah yang diangkat pada penelitian ini adalah meningkatnya jumlah Puskesmas yang merujuk kasus kesehatan jiwa sebesar 69,35% di Kota Surabaya pada tahun 2011 s.d 2012.

1.2 Kajian Masalah

Beberapa faktor yang mungkin menyebabkan meningkatnya jumlah Puskesmas yang merujuk kasus kesehatan jiwa sebesar 69,35% di Kota Surabaya pada tahun 2011 s.d 2012 adalah:



Gambar 1.1 Kajian Masalah

Penyebab masalah meningkatnya jumlah Puskesmas yang merujuk kasus kesehatan jiwa sebesar 69,35% di Kota Surabaya pada tahun 2011 s.d 2012 dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Faktor Individu Petugas

a. Pengetahuan

Pengetahuan petugas tentang bagaimana seharusnya program kesehatan jiwa dilaksanakan di Puskesmas merupakan faktor penentu bagi pelaksanaan kegiatan tersebut di Puskesmas. Penekanan program kesehatan jiwa hanya pada masalah pengobatan dan pelaksanaan rujukan dengan kurang memperhatikan kegiatan promotif dan preventif menyebabkan pelaksanaan program menjadi belum optimal.

b. Persepsi

Persepsi yang benar seorang petugas Puskesmas terhadap sebuah program yang dikerjakannya akan sangat mendukung pelaksanaan sehari-hari. Seringkali petugas kesehatan di Puskesmas menganggap program kesehatan jiwa adalah kegiatan pelayanan pengobatan dan rujukan saja sehingga kegiatan promotif, preventif serta kunjungan rumah di luar gedung kurang mendapatkan perhatian. Selain itu petugas kesehatan di Puskesmas masih menganggap bahwa kesehatan jiwa merupakan program pengembangan dan memiliki faktor kesulitan yang lebih tinggi terutama terkait dengan efek samping pengobatan yang diberikan.

c. Ketrampilan

Ketrampilan semua petugas yang terkait dalam pelayanan kesehatan jiwa komunitas sangat dibutuhkan untuk dapat mencapai tujuan kegiatan tersebut.

Apabila kinerja petugas baik maka upaya peningkatan derajat kesehatan jiwa masyarakat akan tercapai. Secara kurikulum pendidikan tenaga dokter dan perawat sebenarnya telah mendapatkan ketrampilan tentang penanganan gangguan jiwa. Pelaksanaan program kesehatan yang sedemikian banyak di Puskesmas menyebabkan ketrampilan petugas dalam pelayanan kesehatan jiwa menjadi kurang terasah. Apalagi ketrampilan petugas dalam melakukan program kesehatan jiwa yang bersifat promotif dan preventif menjadi sangat kurang.

d. Kemampuan

Syamsi (2004) menjelaskan pengertian kemampuan kerja yaitu kesanggupan untuk melaksanakan pekerjaan yang ditugaskan kepada pegawai yang bersangkutan. Kinerja seorang karyawan akan dipengaruhi oleh kemampuan. Karyawan yang memiliki kemampuan dibawah standar yang diharapkan memiliki kemungkinan besar untuk gagal menyelesaikan pekerjaannya. Sebaliknya apabila tidak ada kesesuaian antara kemampuan dan pekerjaan karena kemampuan yang lebih akan berdampak kemerosotan dalam kepuasan kerja karyawan.

Kemampuan petugas pemberi pelayanan dalam gedung dan petugas pelaksana kegiatan luar gedung mempengaruhi tercapainya tujuan pelayanan kesehatan jiwa komunitas.

e. Motivasi

Motivasi merupakan hal penting dalam perilaku seseorang. Adanya motivasi yang tinggi dari petugas pelaksana pelayanan kesehatan jiwa komunitas akan meningkatkan cakupan program kesehatan jiwa di masyarakat wilayah kerja Puskesmas tersebut. Program kesehatan jiwa merupakan program

pengembangan sehingga bisa membuat motivasi petugas dalam menjalankan program tidak terlalu tinggi seperti pada program prioritas lainnya.

f. Norma

Pengertian norma menurut Ilyas (2006) adalah wahana mental kelompok yang berkaitan dengan apa yang harus dan tidak harus dilakukan oleh setiap anggota tim. Norma merupakan kendali mental dan perilaku anggota yang sesuai dengan nilai dan budaya yang dianut oleh tim kerja. Pembentukan perilaku anggota dan tim kerja secara internal dibantu oleh norma yang dimulai dari dalam diri masing-masing individu dan bukan secara external. Norma yang berlaku di Puskesmas sangat ditentukan oleh budaya kerja yang berkembang di Puskesmas. Tiap Puskesmas memiliki variasi dalam budaya kerja. Termasuk didalamnya bagaimana model pelaksanaan program-program kesehatan baik yang prioritas maupun pengembangan.

g. Sikap

Sikap petugas dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa komunitas akan berpengaruh terhadap kinerja program kesehatan jiwa secara keseluruhan. Apabila petugas bersikap mendukung pelaksanaan program kesehatan jiwa akan berjalan optimal.

2. Faktor Organisasi

a. Struktur Organisasi

Struktur organisasi yang dibuat di Puskesmas memiliki maksud agar pelaksanaan tugas berjalan sesuai dengan kaidah manajemen. Kepala Puskesmas

sebagai top manajemen dalam Puskesmas memiliki fungsi mengawasi kegiatan pelayanan pasien dan program kesehatan.

b. Kebijakan

Dalam pencapaian tujuan suatu organisasi merumuskan suatu metode untuk mencapai tujuan tersebut. Metode tersebut biasanya dijadikan sebuah kebijakan organisasi. Kementerian Kesehatan dalam pelayanan kesehatan jiwa komunitas mengeluarkan Kepmenkes Nomor 406 tahun 2009 guna mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa komunitas yang berkualitas di seluruh wilayah Indonesia.

c. Kepemimpinan

Kepala Puskesmas memiliki peran besar dalam keberhasilan program kesehatan di wilayah kerjanya termasuk pelayanan kesehatan jiwa komunitas. Apabila Kepala Puskesmas tidak berhasil mengembangkan pola kepemimpinan yang efektif maka pelaksanaan program kesehatan tidak berjalan dengan optimal.

d. Sistem Imbalan

Sistem imbalan yang berlaku di Puskesmas biasanya sangat tergantung kebijakan yang berlaku dari Dinas Kesehatan. Sebagian besar petugas di Puskesmas adalah pegawai negeri sipil dan pegawai kontrak. Kinerja program kesehatan jiwa terutama kinerja pelayanan dalam gedung biasanya sudah termasuk kinerja pelayanan dalam gedung program kesehatan lainnya.

e. Pelatihan

Pelatihan untuk petugas Puskesmas terkait kesehatan jiwa relatif jarang diadakan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Sementara di sisi lain petugas

pemberi pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas sangat memerlukan pelatihan terkait bidang tugasnya untuk meningkatkan kualitas layanannya.

f. Pembinaan Teknik

Pembinaan menjadi sebuah bagian penting dalam manajemen organisasi, tujuannya agar pelaksanaan pekerjaan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan. Kegiatan pembinaan ini bisa dilakukan oleh pihak Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kepada Puskesmas atau Kepala Puskesmas terhadap pelaksana program kesehatan jiwa komunitas. Tidak adanya pembinaan teknik ini bisa menyebabkan pelaksanaan pelayanan program kesehatan jiwa komunitas tidak berjalan sesuai pedoman yang ada.

3. Faktor Pekerjaan

a. Disain Pekerjaan

Desain pekerjaan atau *job design* merupakan faktor penting dalam manajemen terutama manajemen operasi karena selain berhubungan dengan produktifitas juga menyangkut tenaga kerja yang akan melaksanakan kegiatan operasi perusahaan. Program kesehatan jiwa komunitas sebenarnya memiliki desain pekerjaan yang sudah jelas namun berdasarkan hasil survei pendahuluan didapatkan pelaksanaan program ini belum optimal.

b. Skedul Kerja

Pelayanan kesehatan jiwa komunitas biasanya mengikuti jam pelayanan di Puskesmas terutama untuk pelayanan dalam gedung. Sedangkan kegiatan luar gedung disesuaikan dengan jadwal yang dibuat oleh petugas. Apabila tidak

mengikuti jam pelayanan di Puskesmas dapat menyebabkan masyarakat sulit untuk mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

c. Umpan Balik

Umpan balik diperlukan sebagai sarana untuk melakukan evaluasi terhadap pekerjaan yang sudah dilakukan selama ini. Apabila umpan balik tidak berjalan baik dari Dinas Kesehatan maupun Kepala Puskesmas maka pengelola program akan kesulitan dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi.

d. Penilaian Kerja

Penilaian kerja dilakukan untuk mengetahui secara obyektif bagaimana prestasi kerja seorang pegawai. Dalam pegawai negeri sipil dikenal mekanisme Daftar Penilaian Prestasi Pegawai (DP3) yang digunakan untuk melihat kinerja seorang pegawai. Penilaian DP3 yang baik dari seorang atasan kepada bawahan akan meningkatkan motivasi bawahan untuk lebih meningkatkan kinerjanya termasuk pada petugas pemberi layanan kesehatan jiwa komunitas. Penilaian kinerja melalui DP3 masih terlalu umum untuk dapat menilai hasil kinerja suatu program kesehatan di Puskesmas dan perlu dilakukan penilaian yang lebih spesifik dengan instrumen yang lebih detail.

e. Beban Kerja

Pengertian beban kerja adalah sekumpulan atau sejumlah kegiatan yang harus diselesaikan oleh suatu unit organisasi atau pemegang jabatan dalam jangka waktu tertentu. Pengukuran beban kerja diartikan sebagai suatu teknik untuk mendapatkan informasi tentang efisiensi dan efektivitas kerja suatu unit organisasi, atau pemegang jabatan yang dilakukan secara sistematis dengan menggunakan teknik analisis jabatan, teknik analisis beban kerja atau teknik manajemen lainnya. Lebih lanjut

dikemukakan pula, bahwa pengukuran beban kerja merupakan salah satu teknik manajemen untuk mendapatkan informasi jabatan, melalui proses penelitian dan pengkajian yang dilakukan secara analisis. Informasi jabatan tersebut dimaksudkan agar dapat digunakan sebagai alas untuk menyempurnakan aparatur baik di bidang kelembagaan, ketatalaksanaan, dan sumberdaya manusia (Dep.PAN, 2004).

Puskesmas dengan Sumber Daya Manusia (SDM) yang sedikit biasanya akan mengalami kendala penumpukan beban kerja pada beberapa orang. Hal ini terjadi karena program kesehatan yang harus dijalankan di Puskesmas cukup banyak.

4. Faktor Masyarakat

a. Pengetahuan

Pengetahuan masyarakat tentang penanganan gangguan kesehatan jiwa akan mempengaruhi tingkat kesadaran masyarakat untuk mencari pengobatan. Semakin tinggi pengetahuan masyarakat akan penanganan gangguan kesehatan jiwa maka semakin tinggi kebutuhan masyarakat pada pelayanan gangguan kesehatan jiwa.

b. Sikap

Sikap masyarakat terhadap pelayanan kesehatan jiwa komunitas dapat dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain pengalaman berobat di fasilitas kesehatan lainnya, pengalaman atau pengaruh orang lain, kurangnya pengetahuan tentang tanda dan gejala gangguan kesehatan jiwa. Makin banyak hal baik makin mendorong pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa komunitas di Puskesmas.

c. Kebiasaan

Kebiasaan masyarakat memberikan cap atau stigma negatif kepada penderita gangguan jiwa bisa menyebabkan pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas menjadi rendah.

d. Pengalaman

Pengalaman mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa di sebuah sarana pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi pasien dan keluarga pasien dalam kunjungan selanjutnya. Bila pengalaman bertemu dengan petugas yang ramah dan kompeten maka pasien dan keluarga pasien akan cenderung tetap memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa di tempat yang sama.

e. Sosial Ekonomi

Kondisi sosial ekonomi di masyarakat yang kurang, bisa menyebabkan akses ke sarana pelayanan kesehatan jiwa menjadi menurun. Walaupun Pemerintah Kota Surabaya bisa menurunkan permasalahan akses biaya kesehatan termasuk pelayanan kesehatan jiwa dengan menggunakan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah yang relatif besar dibandingkan kabupaten/kota lain.

f. Pekerjaan

Pasien gangguan jiwa sangat membutuhkan dukungan keluarga untuk mendapatkan pengobatan di sarana pelayanan kesehatan. Jadwal berobat pasien yang melibatkan anggota keluarga untuk mengantar menyebabkan keluarga harus meninggalkan pekerjaannya untuk sementara waktu. Pengobatan yang tidak boleh terputus terkadang terkendala karena keluarga tidak bisa meninggalkan

pekerjaan untuk mengantar pasien berobat. Pengobatan yang terputus akan memperparah penyakit pasien.

5. Faktor Lingkungan

a. Faktor Geografis

Akses berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis dan sebagainya. Akses geografis dapat diukur dengan jenis transportasi, jarak, waktu perjalanan dan hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang untuk memperoleh pelayanan kesehatan (Wijono, 2000).

Puskesmas di Surabaya sebenarnya relatif mudah terjangkau oleh masyarakat karena kondisi geografis perkotaan yang tidak ada hambatan secara medan. Keberadaan Puskesmas yang berdiri di lokasi strategis dan memiliki akses transportasi yang memadai akan banyak didatangi oleh masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Namun demikian akses geografis yang mudah belum membuat masyarakat memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa komunitas di Puskesmas secara optimal.

b. Ekonomi

Surabaya adalah pusat kegiatan ekonomi di Jawa Timur. Berbagai perusahaan banyak terdapat di Surabaya seperti perusahaan pembuatan kapal, elektronik, alat berat, pertanian dan kerajinan. Kondisi ekonomi Surabaya yang sedemikian pesat memiliki potensi timbulnya masalah kesehatan jiwa terutama di tempat kerja.

c. Sosial

Surabaya merupakan salah satu kota Metropolitan di Indonesia. Penduduk yang terdiri dari beraneka ragam suku dan agama memiliki potensi masalah

kesehatan jiwa terutama terkait masalah psikososial. Masalah anak jalanan, tawuran antar pelajar, penyalahgunaan narkotika dan psikotropika merupakan contoh beberapa permasalahan psikososial di Surabaya.

1.3 Batasan Masalah

Penelitian ini membatasi pada pelayanan kesehatan jiwa di tingkat pertama atau tingkat Puskesmas terutama Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Pembatasan ini dilakukan karena permasalahan yang diangkat berkaitan dengan tingginya kasus rujukan jiwa di tingkat Puskesmas.

Faktor yang diteliti adalah faktor petugas, faktor organisasi dan faktor pekerjaan. Faktor petugas yang dikaji adalah pengetahuan dan sikap. Faktor pengetahuan dikaji karena pengetahuan merupakan faktor predisposisi seseorang untuk bertindak atau berperilaku positif dan diharapkan pengetahuan akan meningkatkan pembelajaran dan pengambilan keputusan. Sikap petugas juga diteliti karena sikap adalah suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, sehingga dengan demikian dapat diketahui bagaimana petugas merespon kegiatan.

Faktor organisasi yang dianalisis adalah pelatihan dan pengembangan, kebijakan, dan sarana prasarana. Pelatihan dan pengembangan berhubungan dengan kemampuan dan keterampilan seseorang untuk melaksanakan suatu kegiatan. Kadar kemampuan dan keterampilan ini dapat diperoleh melalui pendidikan, pelatihan maupun pengalaman, tanpa mengabaikan kepatuhan terhadap prosedur dan pedoman yang ada dalam menjalankan dan menyelesaikan tugas suatu pekerjaan. Faktor kebijakan juga menjadi bahan penelitian mengingat kebijakan merupakan landasan atau dasar dari suatu pelaksanaan kegiatan.

Kegiatan tidak akan berjalan dengan baik tanpa didasari oleh kebijakan yang menyertai. Demikian pula dengan sarana prasarana, merupakan salah satu pendukung pelaksanaan kegiatan. Dimana ketersediaan sarana prasarana akan memudahkan suatu pekerjaan dapat dicapai dengan baik.

Faktor pekerjaan yang diteliti dalam penelitian ini adalah umpan balik dan beban kerja. Umpan balik merupakan respon dari atasan terhadap kinerja yang merupakan perwujudan fungsi pengawasan pimpinan. Beban kerja merupakan persepsi atas sebuah pekerjaan, yang dilihat dari keseluruhan waktu yang dipakai atau jumlah aktivitas yang dilakukan.

Faktor masyarakat yang meliputi pengetahuan, sikap, kebiasaan, pengalaman, sosial ekonomi dan pekerjaan serta faktor lingkungan dalam hal ini adalah geografi merupakan faktor tidak diteliti dalam penelitian ini. Hal ini disebabkan karena fokus penelitian adalah pada petugas.

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan kajian masalah dan uraian tentang masalah yang diangkat pada penelitian ini maka terdapat beberapa rumusan masalah yang harus dijawab dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana karakteristik tim pelayanan kesehatan kesehatan jiwa komunitas tingkat pertama yang meliputi faktor pengetahuan dan sikap di Kota Surabaya?
2. Bagaimana faktor organisasi meliputi pelatihan dan pengembangan, kebijakan dan sarana prasarana dalam melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa komunitas tingkat pertama di Kota Surabaya?

3. Bagaimana faktor pekerjaan meliputi umpan balik dan beban kerja tim pelaksana pelayanan kesehatan jiwa komunitas tingkat pertama di Kota Surabaya?
4. Bagaimana kinerja tim pelayanan kesehatan jiwa komunitas tingkat pertama di Kota Surabaya?
5. Bagaimana rekomendasi peningkatan kinerja pelayanan kesehatan jiwa komunitas tingkat pertama di Kota Surabaya?

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan Umum

Menyusun rekomendasi upaya peningkatan kinerja pelayanan kesehatan jiwa komunitas tingkat pertama di Kota Surabaya.

1.5.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis karakteristik tim pelayanan kesehatan jiwa komunitas tingkat pertama yang meliputi faktor pengetahuan dan sikap di Kota Surabaya.
2. Menganalisis faktor organisasi meliputi pelatihan dan pengembangan, kebijakan dan sarana prasarana dalam melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa komunitas tingkat pertama di Kota Surabaya.
3. Menganalisis faktor pekerjaan meliputi umpan balik dan beban kerja tim pelaksana pelayanan kesehatan jiwa komunitas tingkat pertama di Kota Surabaya.
4. Menganalisis kinerja tim pelayanan kesehatan jiwa komunitas tingkat pertama di Kota Surabaya.

5. Menyusun rekomendasi peningkatan kinerja pelayanan kesehatan jiwa komunitas tingkat pertama di Kota Surabaya.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Peneliti

Sarana untuk menerapkan keilmuan yang didapatkan pada saat masa studi di Program Studi Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.

1.5.2 Bagi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Sebagai masukan untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan program kesehatan jiwa komunitas di Kota Surabaya.

1.5.3 Bagi Puskesmas di Kota Surabaya

Sebagai sarana untuk meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan jiwa komunitas di Puskesmas.