

## **LAYANAN KESEHATAN MENTAL DI PUSKESMAS : APAKAH DIBUTUHKAN?**

**Marty Mawarpury, Kartika Sari, Lely Safrina**

marty@unsyiah.ac.id, kartikasari@unsyiah.ac.id, safrina\_ley@yahoo.com

**Program Studi Psikologi, Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala**

### **ABSTRAK**

Pada masa berlakunya konflik di Aceh, terutama masyarakat yang langsung bersentuhan dengan konflik mengalami kekerasan dalam berbagai bentuk. Konflik selama lebih dari tiga dekade telah menunjukkan adanya ekses terhadap gangguan mental penyintas konflik. Salah satu rekomendasi dari hasil temuan pada penelitian asesmen kebutuhan psikososial masyarakat Aceh tahun 2007 adalah kebutuhan investasi berkelanjutan dalam pengembangan jangka panjang sistem kesehatan dan kesehatan mental di Aceh. Kesehatan psikologis menjadi kebutuhan masyarakat, mengingat kesehatan fisik dan psikis menentukan kualitas hidup dan produktivitas individu. Kebutuhan ini telah dianalisis dan dilaksanakan oleh beberapa kota besar di Indonesia, salah satunya Yogyakarta dengan menempatkan layanan psikologi pada pusat layanan kesehatan dasar (Puskesmas), sehingga jangkauan pelayanan kesehatan mental semakin luas serta sistem rujukan dan diagnosis pasien dapat sesuai dengan tahapan seperti pada pelayanan kesehatan fisik. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi masalah dalam pelayanan kesehatan mental masyarakat di Aceh. Menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus, penelitian ini berlokasi di Aceh Utara. Pengambilan data dilakukan dengan interview petugas kesehatan di puskesmas dan diskusi kelompok pada masyarakat. Analisis data menghasilkan gambaran layanan kesehatan mental di Puskesmas.

**Kata kunci:** Pelayanan kesehatan mental, Puskesmas, Aceh Utara

#### **A. Pendahuluan**

Aceh merupakan salah satu provinsi Indonesia yang mengalami masa konflik yang cukup panjang. Pada masa berlakunya konflik di Aceh, terutama masyarakat yang langsung bersentuhan dengan konflik itu juga mengalami kekerasan dalam berbagai bentuk. Pengalaman peristiwa traumatik semasa konflik merupakan prediktor tunggal terbesar mengenai gangguan kesehatan mental pada analisis kebutuhan psikososial tahun 2007. Salah satu rekomendasi dari hasil temuan pada penelitian asesmen kebutuhan tersebut adalah kebutuhan investasi berkelanjutan dalam pengembangan jangka panjang sistem kesehatan dan kesehatan mental di Aceh. Membangun sebuah sistem kesehatan mental yang akan menggapai masyarakat Aceh yang tersebar secara

luas harus disadari sebagai suatu kebutuhan yang mendesak dan sebagai bidang yang membutuhkan investasi berkelanjutan berjangka panjang. Kebutuhan kesehatan mental di komunitas hanya dapat dipenuhi melalui pengembangan sebuah sistem kesehatan yang kompeten dan efektif yang memberikan prioritas khusus kepada kesehatan mental. Badan-badan internasional, nasional maupun propinsi perlu bekerjasama dalam memperkuat kapasitas sistem kesehatan secara umum, dan khususnya dalam mengembangkan solusi inovatif terhadap tugas yang sulit untuk menyediakan layanan kesehatan mental yang berbasis masyarakat. Sebuah pemetaan peristiwa konflik di seluruh Aceh menunjukkan daerah prioritas untuk layanan kesehatan mental dan psikososial yaitu kabupaten Bireuen, Aceh Utara, dan Aceh Timur.

Kesehatan psikologis semakin disadari dan sudah menjadi kebutuhan masyarakat, mengingat kesehatan fisik dan psikis menentukan kualitas hidup dan produktivitas individu. Kebutuhan ini telah dianalisis dan dilaksanakan oleh beberapa kota besar di Indonesia, salah satunya Yogyakarta dengan menempatkan tenaga psikologi pada pusat layanan kesehatan dasar (Puskesmas), sehingga jangkauan pelayanan kesehatan jiwa semakin luas serta sistem rujukan dan diagnosis pasien dapat sesuai dengan tahapan seperti pada pelayanan kesehatan fisik. Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, Republik Indonesia/ Balitbangkes Depkes RI, 2008) menyebutkan prevalensi penduduk Aceh yang menderita gangguan jiwa berat sebanyak 18,5%, sedangkan 14,1% menderita gangguan mental emosional. Angka gangguan jiwa tersebut di atas rata-rata prevalensi Nasional, yaitu Gangguan Jiwa Berat sebesar 4,6% dan Gangguan Mental Emosional sebesar 11,6%. Hal ini menunjukkan bahwa persoalan gangguan jiwa di Aceh merupakan persoalan serius yang perlu mendapatkan perhatian khusus. Konflik yang berkepanjangan serta akibat gempa dan tsunami merupakan salah satu faktor yang paling mempengaruhi kondisi tersebut. Angka ini terus meningkat mengingat tidak terpenuhinya jumlah tenaga Psikolog, Konselor dan Psikiater pada pusat pelayanan kesehatan.

Untuk Aceh, tidak terpenuhinya pelayanan ini menjadi terhambatnya penanganan masalah mental akibat dari konflik bersenjata yang menyebabkan gangguan psikologis berat dan krisis psikososial di masyarakat, gempa bumi diikuti tsunami pada akhir tahun 2004 serta bencana gempa yang kembali lagi terjadi di Aceh Tengah dan Bener

Meriah di 2013 menambah daftar sumber masalah kesehatan mental masyarakat. Kondisi sosial ekonomi juga berkontribusi besar pada terjadinya gangguan kesehatan mental. Letak geografis daerah Aceh yang sangat luas sementara jumlah tenaga profesi psikologi yang tersedia saat ini tidak sebanding dengan jumlah penduduk Aceh membuat pelayanan kesehatan jiwa menjadi sulit dicapai masyarakat.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan adanya layanan psikologi dalam layanan kesehatan dasar dengan cakupan layanan kesehatan mental yang luas. Dalam cakupan luas ini, tenaga psikologi dengan ketrampilan klinis dapat memberikan pelayanan individu atau kelompok (komunitas) dimana ini adalah fase awal (*asesment*) diagnosis gangguan mental yang kemudian dapat ditangani atau dilanjutkan dengan penanganan lebih baik dengan rujukan pada tahap yang lebih inisiatif ini didasarkan pada alasan bahwa psikologi, sebagai profesi, berupaya untuk membantu masyarakat dalam mengatasi masalah mental, sosial dan perilaku. Tenaga psikologi yang ditempatkan pada layanan dasar ini juga akan memberikan layanan yang bersinergi dengan profesi kesehatan lain seperti dokter, perawat, bidan, dan lain-lain sehingga menjadi penanganan kesehatan mental yang integratif.

Selain membantu menurunkan angka gangguan mental, target lainnya adalah layanan psikologi ini dapat menjadi bagian dari upaya peningkatan pengetahuan, melakukan promosi kesehatan jiwa, serta mengurangi diskriminasi penderita gangguan jiwa serta keluarga penderita. Hal ini diharapkan dapat memberikan perubahan paradigma dalam pelayanan kesehatan jiwa. Bila sebelumnya lebih memfokuskan pada pendekatan medis-biologis, saat ini berfokus ke paradigma baru yaitu menekankan pada pendekatan biopsikososial. Untuk itu dibutuhkan dorongan adanya kebijakan penempatan tenaga psikologi dan mengalokasikan anggaran bagi pelayanan tersebut di Puskesmas.

Pada masyarakat aceh yang telah mengalami konflik, tentunya kehidupan yang dijalani berbeda dengan masyarakat yang tidak terpapar langsung dengan konflik. Perubahan tatanan kehidupan pada masa konflik ikut merubah pola pikir, tujuan hidup dan ketahanan dalam menghadapi persoalan-persoalan yang muncul. Berbagai masalah dihadapi oleh masyarakat yang bersentuhan langsung dengan konflik, baik masalah fisik maupun psikologis. Ekses dari konflik memunculkan sebuah pola gangguan mental (ringan hingga berat) yang dapat diprediksi akan mengakibatkan rendahnya

*psychological well-being* masyarakat. Gejala-gejala gangguan mental mulai dari ringan hingga berat sebenarnya dapat diantisipasi dengan pendekatan komunitas karena komunitas dapat membentuk dukungan dalam penanganan gangguan mental. Selain itu, penanganan berbasis komunitas diharapkan mampu meminimalisir stigma dalam masyarakat sendiri terhadap gangguan mental.

## B. Metode

- 1) Desain penelitian : studi ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus.
- 2) Lokasi dan partisipan : berlokasi di Aceh Utara, partisipan dalam penelitian ini adalah masyarakat dan petugas kesehatan di Puskesmas yang terdiri atas dokter, perawat, bidan, staf administrasi dan para pemangku kebijakan.

**Tabel 1. Rangkuman kegiatan pengambilan data**

Aktivitas	Responden	Tempat
Interview bidang keswa Dinkes kab. Bireun	Kasie Keswa, staf keswa	Kantor Dinkes kab. Bireun
FGD	Kadinkes, Ka. Sie Keswa, staf keswa dinkes, kepala puskesmas Kuala, Dokter +, perawat CMHN,	Puskesmas M
FGD	Perawat CMHN, sekdes, keluarga pasien, dokter +, teungku imeum, kader	Desa BG
FGD	Dokter +, perawat CMHN, kasie keswa dinkes, staf keswa dinkes, bagian umum puskesmas	Puskesmas S
FGD	Kepala desa, sek des, kasie dan staf keswa dinkes, kader, dokter +, keluarga pasien jiwa	Desa RP

- 3) Pengambilan data dilakukan dengan wawancara semi terstruktur pada individu dan kelompok. Beberapa contoh pertanyaan panduan wawancara sebagai berikut:
  - a) Layanan apa saja yang tersedia di Puskesmas?
  - b) Layanan apa saja yang dimanfaatkan masyarakat di Puskesmas
  - c) Apakah layanan tersebut berfungsi?
  - d) Pelayanan apa saja yang diberikan terkait kesehatan mental masyarakat?
  - e) Kesulitan apa yang dihadapi ketika memberikan pelayanan keswa?
  - f) Untuk kasus keswa yang tidak bisa ditangani, bagaimana prosedur rujukan?

- g) Bagaimana program dan layanan keswa yang berjalan selama ini?
  - h) Apakah ada evaluasi terhadap program keswa yang berjalan
- 4) Analisis data: Miles dan Huberman (1994) menjelaskan bahwa analisis data dalam penelitian kualitatif melalui tiga tahap yaitu reduksi data, data display, dan penarikan kesimpulan. Keabsahan data dan hasil diverifikasi melalui triangulasi, diskusi, analisis kasus, bahan referensi dan *member checking*.

### C. Hasil

Berdasarkan wawancara yang dilakukan, ditemukan masalah-masalah dalam pelayanan kesehatan mental di puskesmas Aceh Utara sebagai berikut

- 1) Program kesehatan jiwa (mental) di Bireun masih sebagai program penunjang dalam program Puskesmas, sehingga memiliki implikasi pada layanan maupun program di masyarakat
- 2) Sumber daya manusia: adanya rotasi petugas kesehatan terutama yang telah mendapat pelatihan keswa menjadi kendala dalam layanan. Selain itu setiap puskesmas memiliki perbedaan jumlah perawat jiwa
- 3) Kebutuhan Puskesmas dalam layanan keswa diantaranya adalah Pendataan ulang pasien jiwa dengan sistem yang lebih baik, dibutuhkan pendampingan psikologi untuk perawat keswa dalam menangani kasus keswa non psikotik (Cemas, Anak, KDRT, Narkoba), Peningkatan kapasitas SDM tentang kesehatan mental (konseling, cara mendekati calon pasien), adanya wadah (dari pemerintah) untuk pasien agar mandiri berkelanjutan di desa.
- 4) Persoalan yang di hadapi. Program keswa belum menjadi prioritas sementara jumlah pasien jiwa meningkat. Berkaitan dengan dana, maka kegiatan hanya dapat memonitoring program yang sedang berjalan. UPIP tidak berjalan maksimal karena SDM kurang. Sumber gangguan jiwa pasien tidak diketahui karena tidak tercatat di pelaporan Dinkes. Kegiatan untuk pasien jiwa mandiri tidak dapat dilakuka secara optimal karena keterbatasan dana. Ruang tidak memadai untuk dilakukan konseling/konsultasi kesehatan mental (kurang privasi)

- 5) Opini terhadap layanan kesehatan mental: Masyarakat merasa kurang perhatian pemerintah terhadap pemberdayaan pasien jiwa yang mandiri, tidak sekedar pengobatan di RSJ.

Sikap masyarakat: menerima keberadaan pasien jiwa dan keluarga dengan baik. Ikut membantu keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat.

Dari sejumlah tema tersebut, terdapat tiga permasalahan utama yang saat ini dihadapi oleh puskesmas, yaitu:

- 1) Kemampuan konseling petugas kesehatan kurang memadai
- 2) Tidak ada wadah untuk pasien mandiri berkelanjutan di masyarakat
- 3) Sistem pencatatan kasus gangguan jiwa yang belum optimal

#### **D. Diskusi**

Hasil penelitian ini menemukan bahwa program Keswa belum menjadi program prioritas di Puskesmas. Hal ini dikarenakan Pemerintah belum memandang Keswa sebagai program yang penting. MDGs tahun 2015 salah satu program yang ingin dicapai adalah menuntaskan kemiskinan dan menurunkan gizi buruk anak (Pencapaian MDGs 2015 di Indonesia, 2015). Menurut WHO (Mental Health Atlas, 2005 dalam Kakuma, 2011) menemukan bahwa negara- negara dengan pendapatan menengah dan rendah memiliki pengalokasian dana yang juga rendah untuk program kesehatan mental. Temuan ini diperkuat oleh Direktorat Bina Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015) yang menyatakan bahwa alokasi budget Keswa kurang dari 1% dari anggaran kesehatan. Ironisnya, beberapa slogan mengenai kesehatan mental di dunia sering menuliskan “*No Health without Mental Health*” namun, tetap saja tidak menjadikan program Keswa menjadi program yang diutamakan. Menurut WHO (dalam Direktorat Bina Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015) menemukan bahwa 24% pasien di layanan kesehatan dasar memiliki diagnosis gangguan jiwa. Selain itu, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Greasley dan Small (2005) menemukan bahwa masalah kesehatan mental merupakan masalah ketiga terbesar yang sering dikonsulkan pasien. Lebih lanjut Greasley dan Small juga menemukan gangguan kecemasan dan depresi merupakan dua masalah utama yang sering ditemukan oleh *general practitioner* (GP). Sejumlah penelitian menemukan

bahwa dengan adanya puskesmas sebagai layanan kesehatan dasar dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis pasien (Baker et al, 1998., Nettleton et al., 2000., Howey & Ormrod, 2002 dalam Greasley & Small, 2015).

Puskesmas merupakan layanan kesehatan mental dasar yang dapat diakses langsung oleh masyarakat. Menurut Direktorat Bina Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015) menemukan bahwa ketidakseimbangan jumlah rasio antara tenaga jiwa kesehatan profesional dengan populasi masyarakat yaitu 1.07 per 100.000 populasi dengan distribusi kesehatan tenaga profesional tidak merata, hanya terdapat di kota besar. Penelitian yang dilakukan oleh Bodenheimer dan Pham (2010) menemukan bahwa 71% pasien yang mengakses layanan dasar merupakan masyarakat dengan tingkat ekonomi rendah. Banyaknya masyarakat yang mengakses puskesmas namun tidak diimbangi oleh ketersediaan sarana dan prasana serta peningkatan keterampilan tenaga kesehatan. Sebaliknya, Puskesmas merupakan layanan dasar yang dapat mengurangi stigma gangguan jiwa di masyarakat (Greasley & Small, 2015).

Adapun layanan kesehatan Mental di puskesmas adalah penyuluhan keswa, konseling, layanan kesehatan jiwa dasar yang terintegrasi di poli umum, kunjungan rumah, *outreach*, pemberdayaan keluarga, dan rujukan (Bina Direktorat Bina Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan republik Indonesia, 2015). Pada awal tahun 1990, Sibbald (1993 dalam Greasley & Small, 2005) memperkirakan satu dari tiga layanan yang dilakukan oleh perawat jiwa dan tenaga kesehatan adalah merupakan layanan konseling. Dengan meningkatnya kasus gangguan jiwa non-psikotik , maka layanan konseling perlu ditingkatkan. Peningkatan layanan konseling tidak terlepas dari peningkatan keterampilan konselor diantaranya adalah kemampuan memberikan konseling dan mendekati pasien. Menurut Hemmings (2000); McLeod (1999); Roth dan Fonagy (1996) seorang konselor perlu diberikan pelatihan keterampilan berkomunikasi, menjadi seorang konselor yang ramah dan mampu mengukur keberhasilan konseling (dalam Eatock, 2000). Lebih lanjut dijelaskan oleh Alvarez, Marrequin, Sandoval, dan Carlson (2014 dalam Hooper, 2014) menemukan bahwa keterampilan berbahasa dan budaya merupakan dua hal yang sangat penting ketika layanan kesehatan mental diintegrasikan dalam layanan dasar (puskesmas).

Perbedaan gender dalam mengakses layanan puskesmas juga berbeda. Pasien laki-laki lebih banyak datang dengan keluhan narkoba, sebaliknya pasien perempuan datang dengan keluhan mengalami KDRT. Keluhan-keluhan yang bersifat personal (KDRT), maka diperlukan tempat yang *'private'* dan nyaman untuk dapat melakukan konseling. Menurut Greasley dan Small (2015) ketidaktersediaan ruangan konseling menyebabkan penurunan jumlah kasus kesehatan mental yang akan direfer oleh GP. Selain itu, hanya 21,47% puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan mental. Fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan juga masih sangat terbatas memberikan pelayanan terhadap ODMK/ODGJ. Kementerian Sosial hanya memiliki 3 panti rehabilitasi terhadap ODMK/ODGJ dan banyak provinsi belum memiliki fasilitas layanan diluar sektor kesehatan (Rencana Aksi Kegiatan Tahun 2015-2019 Direktorat Bina Kesehatan Jiwa).

Untuk menjadikan Keswa sebagai program utama salah satunya adalah dengan melakukan *advocacy*. *Advocacy* sangat membutuhkan data pasien jiwa terkini, namun sistem pencatatan pasien belum sepenuhnya baik sehingga akan sulit untuk mendapatkan data terkini mengenai pasien jiwa. *Advocacy* program keswa menjadi sangat penting untuk negara-negara yang memiliki tingkat pendapatan menengah dan rendah. Sejalan dengan hal ini, penelitian yang dilakukan oleh Abdulmalik, Kola, dan Gureje (2016) menemukan bahwa sistem pencatatan data kesehatan mental yang tidak rutin dilakukan akan berdampak pada perencanaan dan pengambilan keputusan terkait kesehatan mental. Lebih lanjut dijelaskan oleh Abdulmalik, et al bahwa dukungan yang rendah dari pembuat kebijakan akan berdampak pada program kesehatan mental, monitoring dan evaluasi yang tidak dilakukan secara berkala (Monev tidak hanya dilakukan untuk mengupdate jumlah pasien), kampanye pemerintah lebih banyak berfokus pada penyakit fisik saja. *Advocacy* menjadi penting ketika individu atau masyarakat tidak hanya berperan sebagai pemberi informasi saja, tetapi juga menjadi bagian dari penyelesaian masalah (Jordan, et al, 2015).

Jumlah kasus kesehatan Mental yang terus meningkat menjadikan puskesmas sebagai layanan dasar yang mudah diakses oleh masyarakat. Dengan banyaknya tantangan yang dihadapi puskesmas maka beberapa alternatif penyelesaian dapat dilakukan, diantaranya adalah: dukungan pemerintah dengan menjadikan program keswa sebagai program utama sehingga pengalokasian dana lebih besar, peningkatan

kuantitas dan kualitas SDM, bekerja lintas sektoral (penempatan Psikolog di Puskesmas), adanya supervisi, monitoring dan evaluasi, menciptakan sistem database pasien terkini.

#### **E. Kesimpulan**

Setelah melakukan pemetaan masalah, maka penelitian ini memilih beberapa rencana tindak lanjut untuk menjawab permasalahan yang paling mungkin dilakukan, yaitu :

1. Dibutuhkan pendampingan psikologi untuk perawat keswa dalam menangani kasus keswa non psikotik (Cemas, Anak, KDRT, Narkoba).
2. Peningkatan kapasitas SDM tentang kesehatan mental (konseling, cara mendekati calon pasien).
3. Adanya wadah (dari pemerintah) untuk pasien agar mandiri berkelanjutan di desa.
4. Merasa kurang perhatian pemerintah terhadap pemberdayaan pasien jiwa yang mandiri, tidak sekedar pengobatan di RSJ.
5. Sumber gangguan tidak diketahui karena tidak tercatat di Dinkes

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Allez, G.H. (2000). What makes counsellors working in primary care distinct from counsellors working in order settings? *British Journal of Guidance & Counselling*, 28(2),204-213.
- Abdulmalik J., Kola, L., & Gureje, O. (2016). Mental health system governance in Nigeria: challanges, opportunities and strategies for improvement. *Global Mental Health*, 3(9).
- Bodenheimer, T., & Pham H.H. (2010). Primary care: current problems and proposed solutions. *Health Affairs*, 29(5),799-805.
- Direktorat Bina Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015). Diunduh melalui [https://docs.google.com/presentation/d/1D-ube5V\\_GtzDOONPAK1P0VICcZ5-MWzpjdnVhB4SNdg/edit#slide=id.p16](https://docs.google.com/presentation/d/1D-ube5V_GtzDOONPAK1P0VICcZ5-MWzpjdnVhB4SNdg/edit#slide=id.p16)
- Eatock, J. (2000). Counseling in primary care: past, present, future. *British Journal of Guidance & Counseling*, 28(2), 162-173.

- Greasley, P., & Small, N. (2015). Evaluating a primary care counseling service: outcomes and issues. *Journal of Primary Health Care and Development*, 6, 125-136.
- Hooper, L.M. (2014). Mental health services in primary care: Implication for clinical mental health counsellors and other mental health providers. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(2), 95-98.
- Jordan, J.E.E., Ommeren, M.V., Ashour, H.N., Maramis, A., Marini, A., Mohanraj, A., Noori, A., Rizwan, H., Saeed, K., Silove, D., Suveendran, T., Urbina, L., Ventevogel, P., & Saxena, S. (2015). Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(15), 1-10.
- Kakuma, R., Minas, H., Ginneken, N.V., Poz, M.R.D., Desiraju, K., Morris, J.E., Saxena, S., & Scheffer, R.M. (2011). Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Global Mental Health* 5, 378.
- Pencapaian MDGs 2015 di Indonesia (2015). Diakses melalui [http://www.kompasiana.com/alexampubolon/pencapaian-mdgs-2015-di-indonesia\\_552dfa536ea834200c8b45d4](http://www.kompasiana.com/alexampubolon/pencapaian-mdgs-2015-di-indonesia_552dfa536ea834200c8b45d4)