

**STUDI FENOMENOLOGI: KEBIJAKAN PEMERINTAH DALAM PEMBERIAN  
JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN YANG  
MENGALAMI MASALAH KESEHATAN JIWA**

*(Phenomenology Study: The Government Policy to Giving Public Health Insurance in a Poor  
Society Who Have a Mental Health Disorders)*

**Achir Yani S. Hamid\*, Mustikasari\*, Ria Utami Panjaitan\*, Purwadi\*\***

\* Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Kampus Baru UI Depok

E-mail: ayanihamid@yahoo.co.id dan achir@ui.ac.id

\*\* Seksi Kesehatan Keluarga Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi DKI

**ABSTRACT**

**Introduction:** Limited of government's budget for psychiatric patients has contributed to the expenses should be paid from out of pocket of the poor patients. The purpose of this research was to describe the Government policy on health social security insurance for the poor people experiencing psychiatric problems in DKI Jakarta. **Method:** Qualitative research method was used with phenomenology approach to identify and describe the themes relevant to government public policy in providing health insurance for poor people with mental health problems. An in-depth interview and focus group discussion were used to collect data from different informants: service user, healthcare provider, local government policy maker. The qualitative data was analyzed using content analysis. **Result:** The study revealed the following themes: from user perspective (understanding of psychiatric disorder, social security network/JPKM, right and obligation, the advantage and barrier for receiving services, expectation from care provider, social support and expected future direction); from the perspective of healthcare provider (understanding of social security network/JPKM, types of provided health services, recording and reporting, referral system, cost, and the criteria of poor people), from local government and health office perspective (understanding of JPKM for poor family, scope of work, working procedure, recording and reporting, cost, accountability, poor people criteria, the relationship between central Government policy with local government policy. **Discussion:** The finding of this study recommend the need for leveling socialization of JPKM, the budget transparencies, improving the healthcare providers' knowledge on the mental health psychiatric problems and its needs.

*Keywords: JPKM, poor people, mental health-psychiatric problems*

**PENDAHULUAN**

Pemerintah hanya mengalokasikan kurang dari 1% dari anggaran kesehatan di Indonesia untuk menangani masalah kesehatan, jika dibandingkan dengan Thailand yang mengalokasikan dana untuk penyakit jiwa sebesar 3%, Australia 8% dan negara maju di atas 10%, persentase anggaran kesehatan jiwa di Indonesia sangat kecil, bahkan yang terkecil di Asia (Dahuri, 2005). Jika menilik pada status kesehatan jiwa masyarakat menurut PBB (UNDP) dapat dilihat melalui indikator Indeks Pembangunan Manusia yang meliputi

tiga ranah utama yaitu kesehatan, pendidikan dan ekonomi. Indonesia menduduki peringkat 105 dari 180 negara di dunia dengan anggaran kesehatan hanya 3–3,5 persen dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Jika dibandingkan standar anggaran minimal menurut WHO yaitu 5% dari APBN, maka untuk negara maju dana kesehatan dan pendidikan sudah mencapai 30–40% APBN. Padahal pembiayaan bidang kesehatan khususnya kesehatan jiwa merupakan investasi yang besar di bidang sumber daya manusia, yaitu memberikan peluang untuk hidup produktif

dan sejahtera yang berpengaruh terhadap peningkatan perekonomian dan kesejahteraan bangsa (Kompas, 2001; Oey, 2007).

Gangguan jiwa menimbulkan beban jauh lebih besar pada lingkup nasional, dari penyakit fisik, seperti kanker, gangguan jantung maupun infeksi yang dapat dicegah, yaitu tuberkulosis dan malaria (Kompas, 2001). DKI Jakarta dan Depok merupakan daerah perkotaan yang padat penduduk, hampir 25–37% penduduk tinggal di daerah perkotaan. Pada tahun 2020 lebih dari 50% penduduk akan tinggal di kota. Krisis ekonomi yang dialami, khususnya oleh penduduk DKI Jakarta menyebabkan meningkatnya jumlah pengangguran dan pengemis serta meningkatnya jumlah penderita gangguan jiwa terutama jenis ansietas (gangguan kecemasan). Baru 8,3% dapat mengakses pengobatan yang memadai (bersedia berobat), sebagian besar lainnya enggan dan tidak punya biaya (Brojonegoro, 2000). Jika melihat pada tarif pelayanan kesehatan di Puskesmas di sejumlah kota mulai naik, hal ini dikarenakan harga obat dan peralatan medis yang naik juga. Hal ini tentu saja semakin mempersulit akses warga miskin pada layanan kesehatan (Sulekale, 2003).

Dirjend. Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan dan Kesos dalam Pelita tahun 2001 menyatakan bahwa hanya 16% penduduk Indonesia memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan yang cukup baik, sedangkan sisanya 84% belum memiliki jaminan kesehatan yang memadai. Angka tersebut akan bertambah buruk dengan menyusulnya krisis ekonomi pada masyarakat miskin. Sedangkan faktor kesehatan merupakan faktor pendorong utama untuk peningkatan produktivitas bangsa. Sejak dihapuskannya UU No. 9/1996 mengenai kesehatan jiwa dan dilebur menjadi UU No. 23/1992 tentang kesehatan, nasib Rumah Sakit Jiwa (RSJ) semakin tidak jelas. Di mana sebagian besar RSJ di daerah yang dikelola Pemda telah berubah fungsi dan dijadikan sebagai sumber pendapatan (*revenue*) dan melayani kesehatan umum. Jika menilik pasien dan keluarga yang datang ke RSJ sebagian besar adalah keluarga miskin, rasanya tidak mungkin RSJ dijadikan sebagai pendapatan

(*revenue*) seperti RS Umum. Dari 34 RSJ dan 1 RSKO hanya 5 (lima) yang dikelola pemerintah dan sisanya dikelola Pemda, di mana 7 RSJ di daerah tidak mendapat anggaran dari Pemda (Dahuri, 2005). Kementerian Kesehatan RI (2011) telah mengeluarkan secara resmi Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan pada tahun 2011, sementara belum ada kejelasan untuk Jaminan penanganan masalah kesehatan jiwa di Indonesia. Sedangkan Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan juga masih mengatur secara umum (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010).

WHO melaporkan bahwa pada tahun 2001 sekitar 450 juta orang mengalami gangguan kesehatan jiwa atau syaraf (*neuropsychiatric disorder* atau *mental disorder*). Sekitar 27% dari jumlah itu menimpa Asia Tenggara termasuk Indonesia (Suara Karya, 2001). Sebagian besar penderita gangguan jiwa tidak mendapatkan perawatan yang memadai karena stigma dan rasa malu yang menahan mereka untuk memanfaatkan pelayanan sehingga terjadi pengucilan dan berakhir dengan kematian (Brundtland, 1999 dalam Kompas, 2001).

Kondisi ini diperberat dengan rendahnya anggaran pelayanan kesehatan jiwa disebabkan karena kebijakan pemerintah yang kurang mendukung. Sementara WHO merekomendasikan perlunya tersedia perawatan gangguan mental pada pelayanan kesehatan dasar didukung ketersediaan obat psikotropika yang memadai, perbaikan dan kebijakan program, peningkatan sumber daya manusia, penelitian, serta memantau kesehatan mental masyarakat (Brundtland, 1999 diakses Kompas, 2001).

Penelitian ini ingin menganalisis kebijakan pemerintah tentang pemberian jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang mengalami masalah kesehatan jiwa di DKI Jakarta.

## **BAHAN DAN METODE**

Penelitian ini menggunakan metode riset kualitatif dengan pendekatan

fenomenologi yaitu suatu metode ilmiah untuk mendeskripsikan fenomena tertentu. Jenis pendekatan fenomenologi yang digunakan adalah fenomenologi deskriptif yang menguraikan tentang kebijakan pemerintah dengan pemberian jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang mengalami masalah kesehatan jiwa di DKI Jakarta. Dalam proses pengumpulan data, peneliti merupakan alat pengumpulan data dan mendengarkan deskripsi yang diberikan individu selama wawancara berlangsung. Peneliti kemudian mempelajari data yang telah ditranskripsikan dan ditelaah berulang-ulang, kemudian mengidentifikasi esensi dari fenomena yang diteliti dan dieksplorasi hubungan dan keterkaitan antarelemen-elemen tertentu dengan fenomena tersebut. Selanjutnya peneliti mengkomunikasikan dan memberikan gambaran tertulis tentang elemen penting berdasarkan pada pengklasifikasian dan pengelompokan fenomena. Elemen atau esensi penting diuraikan secara terpisah dan kemudian dalam konteks hubungannya terhadap satu sama lain.

Populasi yang diteliti adalah pengguna pelayanan kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan dan penentu kebijakan pemerintah (kebijakan pemerintah daerah) di DKI Jakarta. Penetapan sampel pengguna pelayanan kesehatan dan pemberi pelayanan kesehatan menggunakan teknik *purposive sampling* (Polit dan Beck, 2006; Fain, 2004; Gillis dan Jackson, 2002; Streubert dan Carpenter, 1999). Berikut ini sampel yang diambil dari populasi. Sampel penelitian yang diambil meliputi penentu kebijakan yaitu Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta yang meliputi 1 partisipan sebagai advokasi/kebijakan, suku dinas kesehatan kotamadya di 5 wilayah: 5 partisipan. Kemanusiaan pemberi pelayanan kesehatan yaitu Puskesmas sebagai operator/provider yang terdiri dari 5 dokter dan 5 perawat di 5 wilayah DKI Jakarta. Selanjutnya pengguna pelayanan kesehatan yaitu masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan yaitu masyarakat yang memiliki anggotanya mengalami gangguan kesehatan jiwa sebanyak 10 partisipan di 5 wilayah DKI Jakarta.

Kriteria pengguna pelayanan kesehatan adalah masyarakat miskin yang memiliki kartu GAKIN, keluarga atau anggota keluarga yang pernah mendapatkan pelayanan kesehatan khususnya masalah kesehatan jiwa, berobat ke Puskesmas, didiagnosa medis mengalami masalah kesehatan jiwa oleh dokter Puskesmas, 5) pernah mendapatkan jaminan pemeliharaan kesehatan (JPKM), bisa membaca dan menulis. Kriteria pemberi pelayanan kesehatan (perawat dan dokter Puskesmas) adalah perawat dan dokter yang bekerja di Puskesmas, memberikan pelayanan kesehatan jiwa.

Penelitian dilakukan pada bulan Agustus 2007 sampai dengan Januari 2008 di lima wilayah DKI Jakarta yaitu Jakarta Timur, Jakarta Pusat, Jakarta Selatan, Jakarta Utara dan Jakarta Barat. Keterangan lolos kaji etik diperoleh dari Komite Etik Penelitian Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia setelah menelaah ringkasan proposal penelitian terkait dengan aspek etik dan proteksi hak subyek penelitian.

Pengumpulan data dilakukan oleh pengumpul data yang sudah dilatih. Data dikumpulkan dengan menggunakan *open-ended interview*, sehingga memberikan kesempatan pada partisipan untuk menjelaskan pengalaman mereka secara mendalam dan komprehensif tentang fenomena yang diteliti, yaitu mengidentifikasi pengalaman pengguna pelayanan kesehatan, pemberi pelayanan kesehatan dan penentu kebijakan kesehatan tentang kebijakan pemerintah dalam pemberian jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang mengalami masalah kesehatan gangguan jiwa. Data kualitatif dari hasil wawancara kemudian direkam menggunakan *taperecorder* dan dianalisis.

Data kualitatif dari hasil wawancara dan catatan lapangan hasil observasi ditranskrip dalam bentuk verbatim dan dianalisis untuk mengidentifikasi tema. Analisis data menggunakan tahapan menurut *Colaizzi*.

## HASIL

Hasil penelitian disajikan berdasarkan tujuan penelitian yaitu mengidentifikasi tema-

tema tentang kebijakan pemerintah dalam pemberian jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang mengalami masalah kesehatan jiwa di DKI Jakarta ditinjau dari perspektif pengguna pelayanan, pemberi pelayanan dan penentu kebijakan pemerintah adalah kebijakan pemerintah daerah.

### **Pengguna Pelayanan Kesehatan**

Pengguna pelayanan kesehatan terdiri dari 9 partisipan dengan karakteristik yaitu rerata usia partisipan adalah lanjut usia, status dalam keluarga sebagai orang tua (bapak dan ibu), perempuan, suku terbanyak Sunda dan berpendidikan terendah SD. Lama anggota keluarga mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa lebih dari 5 tahun dan lama keluarga merawat dari mulai sakit atau sesuai dengan lamanya sakit anggota keluarga. Sedangkan hanya ada satu partisipan yang usianya muda dengan status dalam keluarga sebagai kakak perempuan, berpendidikan SMA dan suku Sunda. Anggota keluarga mengalami gangguan kesehatan jiwa lebih dari 5 tahun dengan lama perawatan yang dilakukan keluarga sama dengan masa gangguan.

Perspektif pengguna pelayanan kesehatan ini terdiri dari beberapa tema-tema, di mana tema pertama adalah Pemahaman masalah gangguan kesehatan jiwa, Pemahaman tentang masalah gangguan kesehatan jiwa terdiri dari 3 sub-tema yaitu persepsi gangguan kesehatan jiwa, penyebab masalah gangguan kesehatan jiwa dan tindakan pertama kali yang dilakukan partisipan dalam mengatasi masalah gangguan kesehatan jiwa. Sebagian besar partisipan mengatakan gangguan kesehatan jiwa terjadi karena kemasukan jin, dan perlu dicek darahnya, akibat stres, dan banyak pikiran. Hanya sebagian kecil partisipan yang sudah lebih dari sepuluh tahun merawat anggota keluarga yang gangguan jiwa menyatakan bahwa penyebab kambuh sakit jiwa karena terlambat minum obat. Manifestasi perilaku sangat bervariasi mulai dari jika ditegur tidak menjawab, tertawa sendiri, bicara tidak jelas, melamun, senang mengurung diri di kamar atau menyendiri hingga mengamuk. Respons pertama kali yang dilakukan keluarga yaitu membawa anggota keluarga yang mengalami

gangguan kesehatan jiwa ke kyai, dukun atau orang pintar, tetapi ada juga yang langsung membawa ke dokter atau rumah sakit jiwa.

Tema kedua yaitu pemahaman tentang Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat khususnya GAKIN/SKTM ada 4 sub-tema yaitu sumber informasi pertama kali didapat oleh partisipan, manfaat dari JPKM (GAKIN/SKTM), prosedur pembuatan JPKM (GAKIN/SKTM) dan penggunaan JPKM (GAKIN/SKTM).

Masyarakat pertama kali mendapatkan informasi tentang JPKM ketika mereka ke Puskesmas dan walaupun ada juga yang baru tahu ketika mereka ke Posyandu. Hampir semua partisipan mengungkapkan bahwa perawat sebagai sumber informasi pertama tentang JPKM ketika mereka ke Puskesmas. Perawat juga memberikan informasi dalam perannya sebagai tetangga, atau perawat di RS. Jiwa dan bekerja di Puskesmas. Manfaat memiliki kartu GAKIN/ SKTM adalah bisa berobat dan tidak perlu bingung karena sudah terdaftar di puskesmas. Pembuatan kartu dilakukan dengan meminta surat dari kelurahan kemudian ke kecamatan lalu ke walikota, selanjutnya akan diperoleh kartu keluarga miskin (GAKIN). Setelah dapat kartu ditunjukkan ke puskesmas atau dokter yang ada di puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Sedangkan penggunaan kartu GAKIN digunakan setiap kali berobat dan puskesmas langsung melayani serta kartu GAKIN hanya berlaku untuk satu orang artinya tidak dapat digunakan oleh orang lain (sesuai dengan nama yang tertera).

Tema ketiga adalah Hak dan Kewajiban menerima JPKM (GAKIN/SKTM), Hak yang diperoleh menurut sebagian besar partisipan adalah mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan kewajiban yang diharapkan dari partisipan mengantar anggota keluarga yang sakit untuk berobat. Selain itu, kewajiban untuk memperpanjang surat dan mengikuti peraturan.

Tema keempat tentang Pelayanan Kesehatan yang diterima, Seluruh partisipan menyatakan bahwa pelayanan kesehatan yang diterima berupa pengobatan untuk semua jenis penyakit termasuk masalah gangguan kesehatan jiwa.

Tema kelima adalah Kemudahan yang diperoleh, sebagian besar partisipan menyatakan bahwa kemudahan yang mereka peroleh berupa kemudahan untuk mengambil obat, Sedangkan hanya sebagian kecil partisipan yang menyatakan bisa memeriksakan anak, dan tidak membayar biaya pemeriksaan.

Tema keenam adalah Hambatan-hambatan, hambatan yang ditemukan partisipan sebagian besar dalam menerima pelayanan adalah obat dan pelayanan membuat kartu.

Tema ketujuh adalah harapan ke depan, hampir seluruh partisipan mengatakan hal yang sama tentang harapannya ke depan yaitu anggota keluarga yang sakit bisa sembuh, dan ada sebagian kecil partisipan menyatakan pentingnya diberi obat.

Tema kedelapan yaitu saran-saran, sebagian besar partisipan menyatakan pelayanan pembuatan kartu diperbaiki (tidak bayar) dan hanya satu partisipan menyatakan obat-obat yang diberikan jangan berbeda-beda karena membingungkan.

Tema kesembilan adalah dukungan masyarakat hampir seluruh partisipan mengatakan hal yang sama tentang bentuk dukungan masyarakat yaitu sebagian besar masyarakat khususnya tetangga berdekatan langsung menolong. Hanya sebagian kecil saja yang menyatakan bahwa tetangga tidak peduli, mereka sibuk dengan urusan masing-masing.

### **Pemberi Pelayanan Kesehatan**

Karakteristik pemberi pelayanan kesehatan di Puskesmas yang terbanyak adalah menjabat sebagai koordinator GAKIN dengan kisaran usia dari dewasa muda hingga lanjut usia awal, dengan pendidikan S1 kedokteran dan D-III keperawatan. Lama bertugas di puskesmas antara 2 tahun sampai dengan 23,5 tahun, sebagian besar perempuan.

Pemberi pelayanan kesehatan menghasilkan beberapa tema. Tema pertama yaitu pemahaman tentang JPKM (GAKIN/SKTM). Pemahaman tentang Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat khususnya GAKIN/SKTM ada tiga sub tema yaitu pengalaman pemberian JPKM (GAKIN/SKTM), prosedur pemberian kartu dan siapa yang memberikan JPKM (GAKIN/SKTM).

Sebagian besar partisipan mengatakan bahwa bagi masyarakat miskin diawali dengan nama kartu sehat (JPK GAKIN) dari pemerintah, dan untuk DKI bernama GAKIN. Hampir seluruh partisipan mengatakan bahwa prosedur pemberian kartu berdasarkan data BPS, sedangkan bagi yang tidak punya dibuatkan SKTM. Sebagian besar partisipan menyatakan bahwa orang yang memberikan dana adalah Pemda DKI Jakarta untuk wilayah Jakarta.

Tema kedua adalah jenis pelayanan kesehatan yang diberikan. Pemahaman tentang jenis pelayanan kesehatan di Puskesmas kelurahan dan kecamatan. Hampir seluruh partisipan menyatakan bahwa jenis pelayanan kesehatan yang diterima dari Puskesmas kelurahan adalah pelayanan kesehatan dasar, poli umum, poli gigi, imunisasi dan KB. Hanya satu partisipan yang menyatakan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan di Puskesmas kelurahan adalah pelayanan promotif, preventif dan rehabilitatif. Sedangkan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas kecamatan adalah rujukan artinya yang membutuhkan dokter spesialis, dan laboratorium serta persalinan. Tidak ada yang menspesifikasikan pelayanan untuk masalah kesehatan jiwa.

Tema ketiga pencatatan dan pelaporan. Empat sub-tema yang muncul dari tema pencatatan dan pelaporan, yaitu bentuk pencatatan, prosedur laporan, isi laporan yang dibuat dan alur pengiriman laporan bulanan. Hampir semua partisipan menyatakan bahwa pencatatan berbentuk formulir. Prosedur laporan yang biasa dilakukan menurut seorang partisipan yaitu melalui pelaporan dari Puskesmas yang diawali dari Puskesmas kelurahan yang wajib ditandatangani kemudian diserahkan kepada Kepala Puskesmas kecamatan. Adapun isi laporan yang dibuat menurut sebagian besar partisipan adalah penyakit yang dialami dalam satu bulan, kunjungan harian sebagai pasien baru dan lama, serta jenis pelayanan yang diberikan. Untuk alur pengiriman laporan menurut semua partisipan berupa laporan bulanan yang dikirim ke Puskesmas kecamatan kemudian diteruskan ke suku dinas pelayanan kesehatan untuk direkapitulasi dan diserahkan kepada dinas kesehatan.

Tema keempat sistem rujukan. Sistem rujukan memunculkan 3 sub-tema, yaitu mekanisme sistem rujukan, tempat rujukan dan kasus yang dirujuk. Mekanisme sistem rujukan menurut seluruh partisipan. Diawali keluarga dan pasien gangguan jiwa datang ke Puskesmas kelurahan. Jika tidak bisa ditangani maka ke Puskesmas kecamatan, baru terakhir dirujuk ke Rumah Sakit Jiwa. Menurut seluruh partisipan tempat yang biasa dirujuk untuk kasus masalah gangguan kesehatan jiwa adalah Rumah Sakit Jiwa Grogol karena merupakan rumah sakit jiwa milik pemerintah. Pada umumnya kasus yang dirujuk merupakan kasus kelainan jiwa yang tidak bisa diatasi seperti *skizofrenia*.

Tema kelima adalah Biaya. Tema biaya terdiri dari 3 sub-tema, yaitu pihak yang menetapkan biaya, hambatan dalam biaya dan pengelolaan biaya di Puskesmas. Menurut seluruh partisipan yang menetapkan biaya adalah Dinas Kesehatan dengan pembayaran sistem kapitasi. Sedangkan untuk masalah kesehatan jiwa disubsidi dari Pemerintah Daerah DKI Jakarta. Sebagian besar partisipan melaporkan keterlambatan dana dari pemerintah sampai di tingkat Puskesmas karena terlambatnya turun anggaran dari pemerintah. Pengelolaan biaya dilakukan tim khusus di Puskesmas dibawah tanggung jawab kepala Puskesmas.

Tema keenam adalah kriteria masyarakat miskin. Sebagian besar partisipan mengatakan bahwa kriteria masyarakat miskin mengacu kepada 14 variabel kriteria miskin mengacu kepada standar BPPS (GAKIN) dan standar pemerintah daerah (kombinasi GAKIN dan SKTM) yang akan mendapatkan kartu JPKM (GAKIN).

#### **Penentu Kebijakan Pemerintah (Pemerintah Daerah)**

Responden penentu kebijakan pemerintah pada penelitian ini terdiri dari Suku Dinas Kesehatan khususnya Suku Dinas pelayanan kesehatan dan Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Berikut ini tema dan sub-tema yang disajikan berdasarkan Penentu kebijakan Pemerintah pada dua tingkat tersebut.

Karakteristik dari suku dinas pelayanan kesehatan yang menjadi partisipan dalam

penelitian yang terbanyak adalah laki-laki, menjabat sebagai koordinator GAKIN, usia dewasa, lama bekerja  $\geq 2$  tahun dan pendidikan S1. Rencana 5 wilayah DKI Jakarta hanya satu yaitu wilayah Jakarta yang belum bersedia untuk menjadi partisipan.

Tema pertama adalah pemahaman tentang JPK bagi masyarakat miskin. Pemahaman tentang Jaminan Pelayanan Kesehatan bagi masyarakat miskin meliputi kriteria pemberian JPK bagi masyarakat miskin yang mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa yaitu yang memiliki kartu GAKIN dan SKTM.

Tema kedua ruang lingkup. Ruang lingkup yang menyangkut suku dinas pelayanan kesehatan meliputi dua sub-tema, yaitu tugas pokok fungsi (tupoksi) Suku Dinas dalam penanganan masalah gangguan jiwa bagi masyarakat. Sesuai tupoksi Suku Dinas berperan sebagai pembina pengawasan dan pengendalian serta audit. Penyelesaian masalah dilakukan secara berjenjang yaitu dari Puskesmas kelurahan, Puskesmas kecamatan, suku dinas kesehatan.

Tema ketiga yaitu alur kerja/prosedur supervisi/koordinasi pemberian JPKM di mana terdiri dari mekanisme penanganan masalah dan masalah kesehatan jiwa yang perlu dikoordinasikan. Mekanisme penanganan masalah menurut partisipan menunggu laporan dari Puskesmas.

Tema keempat pencatatan dan pelaporan di mana menurut partisipan mengikuti ketentuan dinas kesehatan di mana pencatatan berasal dari Puskesmas dan mencatat keluhan masyarakat setiap bulan, sedangkan untuk laporan dibuat tiap tiga bulan. Pelaporan dilakukan secara berjenjang dari Puskesmas kecamatan dilaporkan ke Suku Dinas Kesehatan untuk selanjutnya ke Dinas Kesehatan.

Tema kelima biaya. Tema biaya ini muncul 3 subtema utama, yaitu monitor dan audit dana, audit GAKIN dan audit SKTM. Menurut partisipan monitor dan audit dana dilakukan oleh dinas kesehatan. Audit GAKIN menurut partisipan lebih kepada verifikasi ulang program kartu GAKIN. Audit SKTM berupa verifikasi pemberian SKTM.

Tema keenam merupakan pertanggungjawaban. Pertanggungjawaban

terhadap pelaksanaan JPK GAKIN dan SKTM terdiri dari sosialisasi pertanggungjawaban dan laporan pertanggungjawaban biaya. Laporan sosialisasi dibuat setelah selesai kegiatan yang berisi SPJ transportasi, notulen hasil kegiatan, laporan hasil kegiatan. Pelaporan dilakukan ke Pemda DKI. Untuk pertanggungjawaban biaya JPK GAKIN diserahkan ke Dinas Kesehatan.

Tema ketujuh merupakan kriteria masyarakat miskin. Sebagian besar partisipan mengatakan bahwa kriteria masyarakat miskin mengacu kepada 7 variabel kriteria masyarakat miskin yang mendapatkan JPK GAKIN, yaitu memiliki rumah dengan luas lantai kurang dari 8 m<sup>2</sup>, tidak dapat membeli pakaian dalam setahun, tidak punya air bersih untuk minum dan mandi, jenis lantai hunian sebagian besar tanah, fasilitas jamban tidak ada, kepemilikan aset kursi tidak ada, konsumsi lauk-pauk dalam seminggu tidak bervariasi, kemampuan membeli pakaian minimal satu set per tahun.

Responden dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta menunjukkan hasil wawancara yang diwakili oleh kepala seksi JPKM dan asuransi dengan pendidikan S1 Kedokteran dan S2 Manajemen, yang berusia 42 tahun, perempuan dengan lama bekerja 5 tahun.

Tema pertama pemahaman jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK). Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) GAKIN menurut partisipan diberikan kepada masyarakat sesuai dengan kriteria BPS. Bagi yang tidak memiliki JPK, maka diberikan SKTM. Hal ini dilakukan karena pemerintah daerah (DKI Jakarta) memfokuskan bantuan pada masyarakat miskin.

Tema kedua adalah dasar hukum/acuan. JPK GAKIN diberlakukan menggunakan dasar hukum yaitu Surat Keputusan Gubernur sebagai Kepala Pemerintah Daerah DKI sudah dianggap cukup kuat, jelas dan rinci.

Tema ketiga ruang lingkup. Cakupan pelayanan pemberian JPK GAKIN menurut partisipan adalah Puskesmas dan rumah sakit. Tidak ada perbedaan perlakuan antara RS Umum dan RS. Jiwa.

Tema keempat adalah prosedur kerja. Mekanisme kerja pemberian JPK GAKIN dari Dinas Kesehatan ke Suku Dinas ke Puskesmas Kecamatan ke Puskesmas Kelurahan.

Tema kelima adalah biaya. Tema ini terdiri dari 5 sub-tema yaitu alokasi biaya, alokasi sosialisasi, sumber biaya, laporan keuangan dan pencairan dana. Alokasi biaya JPK GAKIN berdasarkan kapitasi. Kalau kartu GAKIN pakai kapitasi yaitu satu kapitasi dihargai 700 rupiah (dana diserahkan kepada Puskesmas) sumber dananya dari APBD. Bagi yang tidak memiliki kartu GAKIN dibiayai anggaran Alokasi dana sosialisasi berdasarkan pengajuan ke DPRD jika sudah disetujui, baru kemudian didistribusikan ke wilayah. Sumber biaya berasal dari APBD dengan bendahara dinas kesehatan dan mempunyai rekening sendiri. Pencairan dana paling lama 2 bulan, dengan klaim maksimal 2 bulan.

Tema keenam adalah Tugas pokok dan fungsi (Tupoksi), menurut partisipan tupoksi Dinas Kesehatan sebagai regulator, Suku Dinas kesehatan sebagai audit, Puskesmas sebagai pelaksana.

Tema ketujuh adalah kriteria masyarakat miskin. Kriteria masyarakat miskin mengacu kepada data BPS yang kemudian dilakukan validasi oleh Dinas Kesehatan melalui Puskesmas masing masing. Pengguna Kartu GAKIN harus memenuhi kriteria bahwa benar-benar dalam kondisi miskin, dan ada di BPS saat divalidasi. Bagi mereka yang belum tercatat di BPS juga perlu mencatatkan keluarganya dan memiliki SKTM. Kriteria miskin meliputi: tempat tinggal dengan luas lantai < 8 m<sup>2</sup>, tidak dapat membeli pakaian setahun, tidak punya air bersih untuk minum dan mandi, jenis lantai hunian sebagian besar tanah, fasilitas jamban atau WC tidak ada, kepemilikan aset kursi tidak ada, konsumsi lauk-pauk dalam seminggu tidak bervariasi, kemampuan membeli minimal satu setel pakaian per tahun.

Tema kedelapan pencatatan dan pelaporan, menurut partisipan mekanisme pencatatan dan pelaporan baik untuk GAKIN maupun SKTM dilakukan oleh Suku Dinas Kesehatan, yaitu dengan melaporkan warga yang punya GAKIN atau SKTM ke Suku Dinas Kesehatan, kemudian dilaporkan ke Dinas Kesehatan, untuk kemudian BPS menyerahkan laporan tersebut ke 5 wilayah untuk dicek ulang kesesuaiannya.

## PEMBAHASAN

Pemahaman masyarakat tentang masalah gangguan kesehatan jiwa dilihat dari berbagai perspektif, ternyata hampir sama yaitu pasien jiwa menakutkan dan perlu dijauhi karena bisa membahayakan. Hal ini sejalan dengan stigma yang berkembang di masyarakat bahwa pasien jiwa perlu dijauhi dan tidak perlu diajak bicara (Stuart dan Laraia, 2001). Masyarakat mempersepsikan bahwa gangguan kesehatan jiwa karena kemasukan jin. Penyebab gangguan jiwa menurut hampir seluruh partisipan sebagai akibat stres, banyak pikiran (bagi yang belum menggunakan pelayanan kesehatan) dan hanya sebagian kecil saja yang menyatakan penyebab kambuh sakit jiwa karena terlambat minum obat (bagi yang sudah menggunakan pelayanan kesehatan jiwa). Manifestasi perilaku menarik diri cukup dominan, walaupun ada juga yang berperilaku mengganggu lingkungan. Mayoritas masyarakat menggunakan upaya alternatif tradisi daripada mencari bantuan pada tenaga kesehatan profesional. Pemahaman ini diasumsikan sangat berhubungan dengan tingkat pendidikan responden yang rendah dan kondisi ekonomi yang kurang mumpuni. Hasil penelitian ini menunjukkan masih banyak masyarakat yang belum membawa anggota keluarga yang mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa ke pelayanan kesehatan karena ketidaktahuan atau kurangnya sosialisasi tentang masalah gangguan jiwa dan pelayanan kesehatan yang tersedia. Penyebab lain masyarakat enggan datang ke pelayanan kesehatan, karena banyak masyarakat menanggung masalahnya sendiri agar tidak diketahui orang lain. Bagi mereka gangguan mental/jiwa merupakan tragedi personal sebagai dampak stigma yang menimbulkan rasa malu, hingga pengucilan dari masyarakat (Brundtland, 1999; Kompas, 2001)

Dampak yang akan timbul dari permasalahan di atas adalah meningkatnya *trend* masalah kesehatan jiwa yaitu mulai dari hilangnya hari produktif, biaya perawatan yang harus dikeluarkan, sampai ke stigma, pengucilan, dan diskriminasi yang harus ditanggung penderita dan keluarga, sedangkan jika dilihat dari beban yang ditimbulkan penyakit jiwa jauh melebihi penyakit lain seperti

kanker, gangguan jantung maupun infeksi seperti tuberkulosis dan malaria (Brundtland, 1999; Kompas, 2001; Oey 2005).

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) khususnya masyarakat miskin adalah pemberian pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang terjangkau dan memberikan dampak pada peningkatan kesehatan (Departemen Kesehatan, 2006). Menurut Dirjend. Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan dan Kesos dalam Pelita (2001) menyatakan bahwa hanya 16% penduduk Indonesia memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan yang cukup baik, sedangkan 84% belum memiliki jaminan kesehatan yang memadai. Angka tersebut akan bertambah buruk dengan menyusulnya krisis ekonomi pada masyarakat miskin, sedangkan faktor kesehatan merupakan faktor pendorong utama untuk peningkatan produktivitas bangsa.

Pengguna pelayanan kesehatan (masyarakat) melaporkan bahwa pemahaman mereka tentang JPKM (GAKIN/ SKTM) pertama kali diperoleh dari perawat yang bekerja di posyandu, Puskesmas dan rumah sakit jiwa. Manfaat yang dirasakan dari partisipan yang memiliki kartu GAKIN/SKTM adalah bisa berobat dan tidak perlu bingung karena sudah terdaftar di Puskesmas, adapun prosedur pembuatan kartu tidak terlalu sulit dengan membawa surat dari walikota dengan cara mengurus surat dari kelurahan, kecamatan lalu ke walikota, lalu akan mendapatkan kartu miskin (GAKIN). Setelah dapat kartu ditunjukkan ke Puskesmas atau dokter yang ada di Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Sedangkan penggunaan kartu GAKIN digunakan setiap kali berobat ke Puskesmas atau pelayanan kesehatan jiwa lainnya, di mana kartu GAKIN hanya berlaku untuk satu orang artinya tidak dapat digunakan oleh orang lain (sesuai dengan nama yang tertera). Kedekatan dan intensitas kontak perawat terhadap masyarakat menempatkan perawat pada posisi kunci untuk menjadi informan yang baik tentang sumber dana yang tersedia bagi masyarakat.

Hasil penelitian tersebut tidak terlepas dari upaya yang dilakukan pemerintah melalui

Kementerian Kesehatan RI adalah menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, yaitu tahun 1998–2001 pemerintah mengembangkan program jaring pengaman sosial (JPS-BK), program dampak pengurangan subsidi energi (PDPSE) tahun 2001, program kompensasi bahan bakar minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004. Program-program tersebut menyebabkan beban bagi Rumah Sakit (RS) dan Puskesmas meningkat karena dana langsung disalurkan ke RS dan Puskesmas sehingga RS dan Puskesmas berperan ganda yaitu sebagai pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dan mengelola pembiayaan atas pelayanan kesehatan yang diberikan. Kemudian pada tahun 2004 pemerintah mengembangkan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin berbasis asuransi sosial yang dikelola oleh PT Askes (persero) meliputi pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan di RS. Tahun 2005 mekanisme diubah menjadi pembiayaan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya langsung disalurkan ke Puskesmas. Sedangkan pelayanan kesehatan rujukan bagi masyarakat miskin di RS dikelola PT Askes (Persero) (Departemen Kesehatan, 2006).

Khusus DKI Jakarta belum menggunakan ASESKIN tetapi lebih pada kartu GAKIN/SKTM. Hal ini didasarkan pada studi kelayakan yang dilakukan dinas kesehatan bahwa premi yang diberikan aseskin sangat kecil yaitu Rp5.000,00 dirasakan tidak cukup karena premi yang diperlukan untuk DKI Jakarta antara Rp10.000,00–Rp15.000,00 yang pada akhirnya diputuskan mengelola sendiri dan tidak mengikuti kebijakan pemerintah.

Hasil penelitian dari pemberi pelayanan kesehatan (petugas kesehatan) didapatkan bahwa bagi masyarakat miskin diawali dengan nama kartu sehat (JPK GAKIN) dari pemerintah, dan untuk DKI bernama GAKIN. Prosedur pemberian kartu berdasarkan data BPS, sedangkan bagi yang tidak punya dibuatkan SKTM. Dana JPKM diberikan oleh Dinas Kesehatan dan dana yang mengalami masalah kesehatan jiwa untuk masyarakat miskin diberikan oleh Pemda DKI Jakarta untuk wilayah Jakarta.

Alasan utama memberikan JPK GAKIN kepada masyarakat miskin, karena sebagian besar masyarakat yang tinggal di wilayah DKI Jakarta adalah masyarakat miskin yang sangat membutuhkan bantuan. Berdasarkan sensus penduduk yang terakhir pada tahun 2000 diperkirakan jumlah penduduk lebih dari 206 juta dan sebagian besar penduduk Indonesia hidup di pulau Jawa (59%) khususnya DKI Jakarta. Data BPS menunjukkan jumlah penduduk DKI Jakarta per juli 2005 sebanyak 7,47 juta orang (BPPS, 2007). Estimasi pada tahun 2020 lebih dari 50% dari penduduk akan tinggal di kota. Penyebabnya karena kemudahan memperoleh informasi, kemudahan mencari pekerjaan, lengkapnya fasilitas dan teknologi serta kemudahan akses ke pelayanan kesehatan (hampir 140% ada di sektor perkotaan dan 39% di sektor pedesaan).

Faktor-faktor kemiskinan meliputi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yaitu keterbatasan wawasan, kurangnya keterampilan, kesehatan yang buruk dan etos kerja yang rendah. Sedangkan faktor eksternal adalah kebijakan pembangunan yang keliru, korupsi yang menyebabkan berkurangnya alokasi anggaran untuk kesejahteraan masyarakat miskin (Sulekale, 2003).

Hasil penelitian kriteria masyarakat miskin di DKI Jakarta mengacu kepada 14 variabel kriteria miskin menurut BPS yang akan mendapatkan kartu JPK GAKIN. Upaya yang dilakukan pemerintah khususnya DKI Jakarta adalah dengan memberikan pelayanan GAKIN/SKTM hal ini disebabkan karena masih sedikit yaitu 20% dari penduduk termiskin belum mendapatkan akses ke pelayanan kesehatan (Oey, 2007) Jika melihat pada tarif pelayanan kesehatan di Puskesmas pada beberapa kota mulai meningkat. Hal ini sebagai akibat harga obat dan peralatan medis yang naik juga. Kondisi ini tentu saja makin mempersulit bantuan dana kesehatan bagi warga miskin terkait layanan kesehatan (Brojonegoro, 2007).

DKI Jakarta sebagai kota metropolitan dan ibu kota negara mengalokasikan biaya untuk layanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Penetapan besaran biaya GAKIN adalah Dinas Kesehatan dengan pembayaran sistem

kapitasi. Sedangkan untuk masalah kesehatan jiwa disubsidi dari Pemda DKI Jakarta. Permasalahan yang sering timbul di Puskesmas sebagai pelaksana pemberi JPKM dana sering terlambat turun. Padahal Puskesmas diberi kebebasan mengelola biaya tersebut. Sedangkan dari pandangan penentu kebijakan (Dinas Kesehatan) pencairan dana biasanya hanya memerlukan waktu 2 bulan.

Semua pelayanan kesehatan dasar, poli umum, poli gigi, imunisasi dan KB dan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas kecamatan adalah rujukan artinya yang membutuhkan dokter spesialis, dan laboratorium serta persalinan mendapatkan bantuan JPKM. Jika melihat dari jenis pelayanan kesehatan yang diberikan masih berfokus pada masalah kesehatan secara umum. Sedangkan untuk masalah kesehatan jiwa biasanya langsung dirujuk jika tidak dapat diselesaikan penanganan di Puskesmas khususnya Puskesmas kecamatan. Hal ini sejalan dengan pernyataan dari pemberi pelayanan kesehatan yaitu hampir sebagian besar pasien yang mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa langsung dirujuk ke RS. Jiwa, khususnya untuk kasus kelainan jiwa yang tidak bisa diatasi misalnya skizofrenia dan pasien yang mengamuk.

Pencatatan dan pelaporan diperlukan untuk mempermudah pelaksanaan JPKM, dimana pencatatan yang digunakan sudah ada dalam bentuk formulir. Prosedur laporan yang biasa dilakukan diawali dari Puskesmas kelurahan dan wajib ditandatangani, kemudian diserahkan kepada Puskesmas kecamatan. Isi laporan yang dibuat tentang penyakit yang dialami dalam satu bulan, kunjungan harian bagi pasien baru dan lama, serta jenis pelayanan yang diberikan. Alur pengiriman laporan bulanan dikirim ke Puskesmas kecamatan kemudian diteruskan ke suku dinas pelayanan kesehatan untuk direkapitulasi dan diserahkan kepada Dinas Kesehatan. Proses ini sesuai dengan tupoksi dalam JPK GAKIN yaitu dari Dinas Kesehatan sebagai regulator, kemudian ke Suku Dinas Kesehatan sebagai audit, terakhir ke Puskesmas sebagai pelaksana.

Pemeliharaan jaminan kesehatan gangguan jiwa berdampak pada tingginya angka penderita kesehatan jiwa tidak diimbangi

fasilitas pelayanan kesehatan jiwa yang memadai di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) di Indonesia karena rendahnya anggaran pelayanan kesehatan jiwa (Kompas, 2001). Rendahnya anggaran pelayanan kesehatan jiwa disebabkan karena kurangnya perhatian dan kebijakan pemerintah, padahal tidak ada masyarakat dari suatu negara apa pun yang bebas dari gangguan jiwa. Sebenarnya kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi menunjukkan bahwa gangguan mental dan perilaku sebagai hasil interaksi kompleks antara faktor biologi, psikologi dan sosial dapat diatasi. Misalnya dengan perawatan yang lebih baik > 60% pasien depresi bisa pulih seperti sediakala, NAPZA sebesar 60%, penderita epilepsi bebas serangan kejang 73% dan pasien skizofrenia menjalani hidup tanpa kambuh sebesar 77%. (Brundtland, 1999 dalam Kompas, 2001).

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Persepsi masyarakat tentang gangguan kesehatan jiwa karena kemasukan jin. Penyebab gangguan jiwa menurut hampir seluruh partisipan adalah karena stres, banyak pikiran (bagi yang belum menggunakan pelayanan kesehatan) dan hanya sebagian kecil saja yang menyatakan penyebab kambuh sakit jiwa karena terlambat minum obat (bagi yang sudah menggunakan pelayanan kesehatan jiwa). Perilaku akibat stres yang terjadi adalah sangat bervariasi mulai dari jika ditegur tidak menjawab, ketawa sendiri, bicara meracau, melamun, senang dikamar/mengurung diri di kamar/menyendiri hingga mengamuk. Tindakan partisipan pertama kali untuk mengobati anggota yang mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa sebagian besar adalah pergi ke kyai/dukun/orang pintar dan yang lainnya pergi ke dokter atau rumah sakit jiwa.

Prosedur pembuatan kartu tidak terlalu sulit dengan membawa surat dari walikota dengan cara mengurus surat dari kelurahan, kecamatan lalu ke walikota maka akan mendapatkan kartu miskin (GAKIN). Setelah dapat kartu ditunjukkan ke Puskesmas atau dokter yang ada di Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Sedangkan

penggunaan kartu GAKIN digunakan setiap kali berobat ke Puskesmas atau pelayanan kesehatan jiwa lainnya, di mana kartu GAKIN hanya berlaku untuk satu orang artinya tidak dapat digunakan oleh orang lain (sesuai dengan nama yang tertera).

Khusus DKI Jakarta belum menggunakan ASESKIN tetapi lebih pada kartu GAKIN/SKTM. Hal ini didasarkan pada studi kelayakan yang dilakukan dinas kesehatan bahwa premi yang diberikan ASESKIN sangat kecil yaitu Rp5.000,00 dirasakan tidak cukup karena premi yang diperlukan untuk DKI Jakarta antara Rp10.000,00–Rp15.000,00 yang pada akhirnya diputuskan mengelola sendiri dan tidak mengikuti kebijakan pemerintah. Alokasi biaya bagi masyarakat miskin di mana untuk GAKIN yang menetapkan biaya adalah Dinas Kesehatan dengan pembayaran sistem kapitasi. Sedangkan untuk masalah kesehatan jiwa disubsidi dari Pemda DKI Jakarta.

Permasalahan yang sering timbul di Puskesmas sebagai pelaksana pemberi JPKM adalah sering terlambat. Padahal Puskesmas diberi kebebasan mengelola biaya tersebut. Sedangkan dari pandangan penentu kebijakan (Dinas kesehatan) mengatakan bahwa pencairan dana biasanya tidak lama yaitu 2 bulan. Pencatatan dan pelaporan dalam bentuk formulir. Prosedur laporan yang biasa dilakukan adalah mulai dari Puskesmas kelurahan dan wajib ditandatangani kemudian diserahkan kepada Puskesmas kecamatan. Adapun isi laporan yang dibuat penyakit satu bulan, kunjungan harian baik pasien baru dan lama, dan jenis pelayanan yang diberikan. Alur pengiriman laporan yaitu laporan bulanan dikirim ke Puskesmas kecamatan kemudian di teruskan ke suku dinas pelayanan kesehatan untuk di rekap dan diserahkan kepada dinas kesehatan. Hal ini sesuai dengan tupoksi dalam JPK GAKIN yaitu dari dinas kesehatan sebagai regulator, suku dinas kesehatan sebagai audit, Puskesmas sebagai pelaksana.

Kriteria miskin menurut BPS yang akan mendapatkan kartu JPK GAKIN yaitu luas bangunan 8 m<sup>2</sup>, alas rumah tanah, dinding rumah dari panan, pagar rumah dari papan atau bambu, tidak memiliki sumber air minum sendiri, tidak memiliki jamban sendiri, beli

baju sekali setahun atau tidak dapat beli, tidak mampu mengkonsumsi protein dalam seminggu, ada anak yang sekolah, tidak memiliki aset rumah tangga seperti kursi tamu, tidak memiliki warung, tidak memiliki kendaraan bermotor, dan lain-lain

## Saran

Saran bagi penentu kebijakan agar lebih mensosialisasikan secara berjenjang tentang kebijakan yang menyangkut pelayanan kesehatan jiwa bagi masyarakat miskin. Membuat kebijakan agar meningkatkan besaran anggaran pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan masalah gangguan kesehatan jiwa dengan peruntukan yang jelas. Selain itu perlu menempatkan tenaga kesehatan jiwa yang professional dengan *cost sharing* yang rasional untuk menangani masalah gangguan kesehatan jiwa, dan memastikan ketersediaan obat yang diperlukan.

Saran bagi pemberi pelayanan kesehatan agar dapat memberikan penanganan pada masyarakat yang mengalami masalah gangguan kesehatan jiwa melalui penyuluhan kesehatan, konseling, kunjungan rumah, mengembangkan kerja sama dengan RT, RW, lurah dan kecamatan dalam menanggulangi masalah kesehatan jiwa melalui pemberian penyuluhan pada masyarakat dan membantu pembuatan kartu bagi masyarakat miskin. Untuk itu diperlukan pelatihan tentang perawatan pasien dengan gangguan jiwa dan pemberdayaan keluarga dan penyebaran informasi yang berguna untuk memandirikan pasien dan keluarga. Pelatihan hendaknya dilakukan terutama bagi perawat yang selalu dekat dan kontak yang intens dengan masyarakat.

Saran bagi masyarakat diharapkan dapat bekerja sama dan saling mendukung untuk mengatasi masalah gangguan kesehatan jiwa di wilayah masing-masing, proaktif mencari informasi melalui media cetak, elektronik dan forum diskusi tentang untuk meningkatkan pengetahuan dan memudahkan akses pemanfaatan sumber yang tersedia dalam menangani masalah gangguan kesehatan jiwa termasuk meminimalkan stigma dan dampaknya. Sangat bermanfaat apabila dilakukan penelitian lanjut menggunakan

metode riset kuantitatif dengan mengembangkan instrumen berdasarkan tema yang dihasilkan sebagai indikator pengukuran.

## KEPUSTAKAAN

- BPPS, 2007 dalam [www.perspektif.net/article.php?article\\_id=174](http://www.perspektif.net/article.php?article_id=174) diakses 8 Februari 2007)
- Brojonegoro, BPS., 2000. Pencapaian MDGs dan Prioritas Pembangunan Ekonomi Indonesia. Makalah disajikan dalam Lokakarya Dewan Guru Besar Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Brundtland, 1999. *Kesehatan jiwa: Pemahaman Baru, Harapan Baru*, (Online), (<http://www.kompas.com/kompas-cetak/0110/12/nasional/pema25.htm>., diakses tanggal 12 Februari 2007).
- Dahuri, 2005. *Humaniora Kesehatan*, (Online), (<http://www.mediaindo.co.id/berita.asp>., diakses tanggal 23 Juni 2005).
- Departemen Kesehatan, 2006. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Fain, J.A., 2004. *Reading, Understanding and Applying Nursing Research. Second Edition*. Philadelphia: F.A. Davis Company, page 219–241.
- Gillis dan Jackson, 2002. *Research for Nurses: Method and Interpretation*. Philadelphia: F.A. Davis, page 224–256.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011. *Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan*. Jakarta: Kemkes. RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)*. Jakarta: Kemkes. RI.
- Kompas, 2001. *Kesehatan jiwa*, (Online), ([http://www.litbang.depkes.go.id/Publikasi\\_BPPK/Maskes\\_BPPK/Triwulan3/gangguan%20jiwa.htm](http://www.litbang.depkes.go.id/Publikasi_BPPK/Maskes_BPPK/Triwulan3/gangguan%20jiwa.htm)., diakses tanggal 12 Februari 2007).
- Oey, M., 2007. *Kemiskinan Pedesaan: Ketimpangan Fasilitas Sosial Ekonomi*. Makalah Lokakarya Dewan Guru Besar Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Pelita, 2001. *Kesehatan Jiwa*, (Online), ([http://www.litbang.depkes.go.id/Publikasi\\_BPPK/Maskes\\_BPPK/Triwulan2/gangguan%20jiwa.htm](http://www.litbang.depkes.go.id/Publikasi_BPPK/Maskes_BPPK/Triwulan2/gangguan%20jiwa.htm)., diakses tanggal 12 Februari 2007).
- Polit, D.F., dan Beck, C.T., 2006. *Essensial of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization. Sixth Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, page 209–233.
- Stuart, G.W., dan Laraia, M.T., 2001. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Seventh Edition*. St. Louis: Mosby Inc.
- Streubert, H.J., dan Carperter, D.R., 1999. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. Second Edition*. Philadelphia: P.A. Lippincott.
- Suara Karya, 2001. *Gangguan Jiwa*, (Online), ([http://www.litbang.depkes.go.id/Publikasi\\_BPPK/Maskes\\_BPPK/Triwulan4/gangguan%20jiwa.htm](http://www.litbang.depkes.go.id/Publikasi_BPPK/Maskes_BPPK/Triwulan4/gangguan%20jiwa.htm)., diakses tanggal 12 Februari 2007).
- Sulekale, 2003. *Pemberdayaan Masyarakat Miskin di Era Otonomi Daerah*. [http://ekonomirakyat.org/edisi\\_14/artikel\\_2.htm](http://ekonomirakyat.org/edisi_14/artikel_2.htm)., diakses tanggal 14 Maret 2005).