

INTEGRASI KESEHATAN JIWA PADA PELAYANAN PRIMER DI INDONESIA: SEBUAH TANTANGAN DI MASA SEKARANG

*INTEGRATION OF MENTAL HEALTH INTO COMMUNITY HEALTH CARE IN INDONESIA:
A REVIEW OF THE CURRENT CHALLENGES*

Carla R. Marchira

Bagian Jiwa, Fakultas Kedokteran,
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Developing countries often encounter difficulties integrating mental health into community health care, and Indonesia is no exception. With an estimated population of 240 million, but with very limited human resources in health care, especially mental health care, Indonesia struggles to maintain an effective mental health program. This review describes the changing process in Indonesian governmental policies concerning mental health, the current status and challenges of mental health in community health care, and suggestions toward minimizing the problems. Suggestions include training health workers, waging a national campaign against stigma, and develop the mental health program accommodated with the need assessment of the area.

Keywords: integration, mental health, community health care

ABSTRAK

Negara-negara berkembang, sering menemukan kesulitan dalam mengintegrasikan kesehatan jiwa ke dalam pelayanan primer, seperti juga Indonesia. Jumlah penduduk yang diperkirakan sebanyak 240 juta jiwa, namun dengan terbatasnya sumber daya manusia dalam bidang kesehatan, terutama tenaga kesehatan jiwa, Indonesia masih berjuang untuk menciptakan program kesehatan jiwa yang efektif. *Review* ini menjelaskan perubahan kebijakan pemerintah mengenai pelayanan kesehatan jiwa, tantangan dalam mengintegrasikan kesehatan jiwa pada pelayanan primer dan beberapa saran untuk mengatasi permasalahan yang timbul. Saran-saran di sini termasuk pelatihan pekerja kesehatan, kampanye nasional anti stigma, dan pengembangan program kesehatan jiwa sesuai kebutuhan daerah setempat.

Kata Kunci: integrasi, kesehatan jiwa, pelayanan primer

PENGANTAR

Sejak tahun 2000, Kementerian Kesehatan Indonesia mengalami reorganisasi administratif. Direktur Jenderal Kesehatan Jiwa (Dirjen Keswa) berada di bawah Dirjen Kesehatan Komunitas, dan orientasi Kementerian Kesehatan telah berubah dari kesehatan jiwa berbasis rujukan (pasien gangguan jiwa dirujuk ke Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menuju kesehatan jiwa komunitas dasar (pasien gangguan jiwa dapat dirawat di komunitas atau di pelayanan primer)¹, sehingga pelayanan kesehatan jiwa yang

sebelumnya disediakan di RSJ maupun Rumah Sakit Umum (RSU) dapat dilakukan berbasis komunitas di pelayanan primer. Menurut Kementerian Kesehatan ada empat perubahan dasar pada kebijakan kesehatan jiwa: 1) sistem berbasis rumah sakit menjadi berbasis komunitas, 2) pasien gangguan jiwa dapat dirawat pada seluruh pelayanan kesehatan, 3) pasien gangguan jiwa dapat dirawat sebagai pasien rawat jalan (tidak harus dirawat di bangsal), 4) pasien gangguan jiwa didukung untuk mandiri.⁴ Sebagai tambahan, selain adanya perubahan pada kebijakan administratif, terdapat perubahan pada sistem pembiayaan atau finansial pada tahun 2001 yaitu desentralisasi dan regulasi otonomi daerah yang merubah aturan pembiayaan dari pusat ke pemerintahan provinsi dan kabupaten. Perubahan ini membuat aktivitas kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah provinsi dan kabupaten, termasuk di dalamnya kesehatan jiwa.

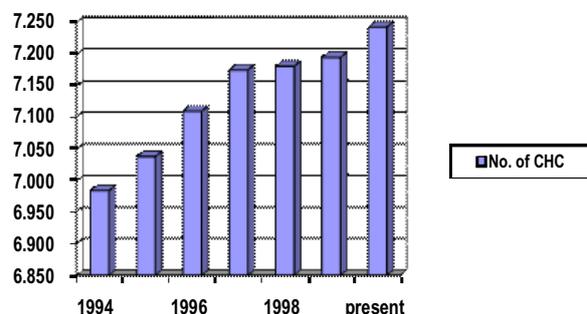
Menurut WHO², satu di antara empat orang di seluruh dunia memiliki masalah kejiwaan. Di Asia Tenggara hampir sepertiga dari populasi suatu ketika akan mengalami gangguan neuropsikiatrik.² Seiring dengan meningkatnya kepedulian pada peningkatan prevalensi permasalahan kejiwaan, Dirjen Keswa menerbitkan Buku Pedoman untuk kesehatan jiwa komunitas, yang berisi pandangan mengenai sepuluh rekomendasi WHO pada kesehatan jiwa.¹ Namun demikian beberapa pertanyaan penting masih perlu dipikirkan: Bagaimana status program kesehatan jiwa di pelayanan primer sejauh ini? Adakah perubahan berarti setelah adanya perubahan regulasi? Dapatkah pelayanan primer mengakomodasi perubahan regulasi kesehatan jiwa yang baru ini? Jawabannya tidaklah mudah karena banyaknya permasalahan yang harus dipecahkan. Untuk menjawab pertanyaan pertama, kita perlu menelusuri sejarah dan perkembangan pelayanan primer di Indonesia.

Sejarah dan perkembangan pelayanan primer di Indonesia

Indonesia merupakan negara kepulauan terbesar di dunia dengan perkiraan penduduk sebanyak 240 juta jiwa. Indonesia terdiri dari 33 provinsi, setiap provinsi terbagi menjadi kabupaten atau kotamadia dan setiap kabupaten atau kotamadia terbagi menjadi kecamatan. Pada setiap kecamatan terdapat pelayanan primer yang disebut Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas, sebuah unit pelayanan kesehatan yang menyediakan sistem pengobatan terintegrasi yang mudah diakses.³ Konsep Puskesmas dikembangkan pertama kali pada tahun 1950, sebagai pelayanan kesehatan terintegrasi untuk pengobatan, sanitasi lingkungan, dan vaksinasi cacar air. Pusat pelayanan kesehatan ini menjadi Pelayanan Kesehatan Nasional (*master plan* antara pemerintah Indonesia dengan UNICEF). Pada tahun 1968 terdapat 1.058 Puskesmas dengan program utama pengobatan, kesehatan ibu dan anak (KIA), dan keluarga berencana (KB), pencegahan dan pengobatan penyakit menular, kebersihan lingkungan, pendidikan kesehatan komunitas, perawatan kesehatan komunitas dan survei data.⁴

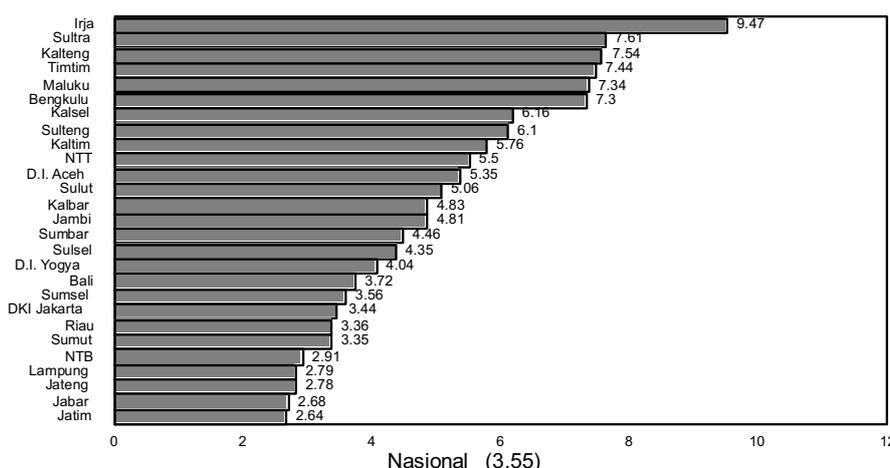
Pada tahun 1973-1974 jumlah Puskesmas meningkat lebih dari dua kali menjadi lebih dari 2.343, menjadikan rasio 1 Puskesmas per 50.000 orang di Jawa dan Pulau Bali dan 1:95.000 untuk pulau yang lain. Pada tahun 1999 jumlah Puskesmas menjadi 7.195, dan sekarang ini menjadi 7.243 (Gambar 1). Perkiraan jumlah Puskesmas pada tahun 1998 per 100.000 penduduk di setiap provinsi digambarkan pada Gambar 2. Adanya peningkatan jumlah

Puskesmas memperlihatkan jika Puskesmas merupakan elemen yang diperlukan dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia.⁴



Gambar 1. Jumlah Puskesmas di Indonesia 1994-sekarang

Setiap Puskesmas biasanya dipimpin oleh seorang dokter umum, dibantu oleh beberapa perawat, bidan, dan staf administrasi. Peran dokter umum di Puskesmas sangat penting baik sebagai manajer juga sebagai klinisi. Namun demikian, jumlah dokter umum di setiap provinsi tidak sama. Tidak setiap Puskesmas memiliki dokter umum. Sebanyak 15 provinsi memiliki dokter di bawah rasio nasional di tahun 1998. Sementara distribusi penduduk juga tidak merata di setiap provinsi dan pulau. Pulau Jawa dihuni oleh kurang lebih 60% penduduk Indonesia⁵ sebagai konsekuensinya aktivitas program kesehatan terkonsentrasi di Pulau Jawa. Sebagai tambahan, di Puskesmas terdapat kegiatan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), yang merupakan usaha kesehatan dengan sumber daya dari masyarakat. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)



Gambar 2. Jumlah Puskesmas per 100.000 penduduk pada setiap provinsi di Indonesia di tahun 1998

Sumber: Indonesian Health Profile⁴

disupervisi oleh Puskesmas, mempunyai 5 program prioritas berupa KB, KIA, gizi, imunisasi, dan pengobatan diare. Setiap Posyandu melayani 100 balita (120 rumah tangga) atau disesuaikan dengan kemampuan pekerja kesehatan di Puskesmas dan situasi lokal. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) memiliki kader yang direkrut secara sukarela dari masyarakat. Pekerjaan kader adalah membantu petugas kesehatan dari Puskesmas pada 5 program prioritas, termasuk menimbang bayi dan balita, menyediakan informasi mengenai 5 program tersebut, mendistribusikan obat, mengambil dan menyimpan data kesehatan. Aktivitas Posyandu biasanya dilakukan 1 bulan sekali secara rutin.

Dari tahun 1970 sampai sekarang jumlah program di Puskesmas bertambah dari 7 program menjadi 18, termasuk program kesehatan jiwa (Tabel 1), yang menjadi bagian dari program Puskesmas sejak tahun 1974.⁶ Program yang menjadi prioritas di Puskesmas tetap KIA, KB, dan pencegahan dan pengobatan penyakit menular. Untuk program-program tersebut, pemerintah meluncurkan kampanye nasional besar-besaran. Poster, buklet, brosur dibuat untuk program-program tersebut. Tidak pernah ada kampanye nasional di bidang kesehatan jiwa maupun brosur dan poster tentang kesehatan jiwa yang bisa ditemukan di Puskesmas. Apalagi jika dibandingkan dengan program-program KIA, KB, dan pencegahan dan pengobatan penyakit menular, program kesehatan jiwa tidak menjadi prioritas.

Sejak awal, prioritas program di Puskesmas adalah kesehatan fisik. Meskipun program kesehatan jiwa termasuk dalam 18 program Puskesmas, program kesehatan jiwa selalu menjadi prioritas akhir. Terdapat buku pedoman untuk setiap program di Puskesmas, termasuk untuk program kesehatan

jiwa. Form laporan bulanan untuk gangguan jiwa juga disediakan. Form laporan bulanan ini membedakan gangguan jiwa menjadi psikotik, *neurotic*, retardasi mental, gangguan jiwa pada anak dan remaja, serta gangguan jiwa yang tidak terinci.³ Namun demikian karena kesehatan jiwa merupakan prioritas akhir, form laporan gangguan jiwa ini tidak begitu mendapatkan perhatian seperti program-program prioritas yang lain. Di Posyandu, 5 program prioritas tidak pernah memasukkan program kesehatan jiwa. Pada negara berkembang angka kematian ibu dan bayi masih tinggi dan kesehatan jiwa belum dijadikan prioritas karena gangguan jiwa belum dihubungkan dengan peningkatan angka kematian, beban dari gangguan jiwa belum dianggap terlihat secara nyata.⁷ Kita memang tidak bisa membandingkan beban gangguan jiwa dengan kematian ibu dan bayi, namun jika kita melihat *Disability Adjusted Life Year* (DALYs) atau hari-hari produktif yang hilang karena gangguan jiwa, akibat langsung yang ditimbulkan oleh gangguan jiwa akan segera terlihat. Menurut *The World Bank*⁸, DALYs dari masalah gangguan jiwa menyebabkan beban di seluruh dunia sebesar 8.1% dari beban penyakit global. Angka ini lebih besar dari tuberkulosis, kanker, atau penyakit jantung (7,2%, 5,8%, 4,4% secara berurutan).⁸

Selama ini pendekatan perawatan pasien gangguan jiwa adalah dengan sistem rujukan yaitu puskesmas sebagai pusat pelayanan primer hanya memeriksa pasien gangguan jiwa untuk kemudian merujuk ke pasien tersebut ke rumah sakit. Sistem berbasis rujukan ini berakar dari Pemerintah Kolonial Belanda sebelum perang dunia kedua pasien jiwa akut menjadi tanggung jawab kantor kesehatan, dan pasien kronis menjadi tanggung jawab dinas sosial. Kebijakan pemerintah sejak awal tidak pernah

Tabel 1. Program di Puskesmas

1970		2002	
1.	Pengobatan	1.	Pengobatan
2.	Kesehatan ibu dan anak – keluarga berencana	2.	Kesehatan ibu dan anak
3.	Pencegahan dan pengobatan penyakit menular	3.	Keluarga berencana
4.	Kesehatan lingkungan	4.	Pencegahan dan pengobatan penyakit menular
5.	Pendidikan kesehatan komunitas	5.	Gizi
6.	Perawatan kesehatan komunitas	6.	Kesehatan lingkungan
7.	Survei data	7.	Perawatan kesehatan komunitas
		8.	Usaha kesehatan sekolah
		9.	Program kesehatan lansia
		10.	Program kesehatan kerja
		11.	Program kesehatan gigi
		12.	Program kesehatan mata
		13.	Pendidikan kesehatan komunitas
		14.	Konseling
		15.	Program kesehatan olah raga dan haji laboratorium dasar
		17.	Program kesehatan jiwa

mempertimbangkan pelayanan kesehatan jiwa komunitas.⁹ Sistem seperti ini tentu saja akan membatasi kapasitas Puskesmas untuk mengembangkan program kesehatan jiwa di komunitas karena sejak awal Puskesmas tidak pernah dipersiapkan untuk menyediakan pelayanan kesehatan jiwa komunitas. Sejarah dan perkembangan pelayanan kesehatan primer di Indonesia telah dijelaskan, namun masih banyak pertanyaan yang harus dijawab. Adakah perubahan dalam program kesehatan jiwa di Puskesmas setelah adanya kebijakan pemerintah yang baru? Apa saja tantangan yang dihadapi untuk mengembangkan program kesehatan jiwa di Puskesmas? Hal ini akan didiskusikan lebih lanjut.

Kesehatan jiwa di pelayanan primer dan tantangannya di masa sekarang

Sejak adanya regulasi baru yang berpengaruh pada sistem finansial dan kebijakan kesehatan jiwa, tidak ada perubahan yang berarti pada program kesehatan jiwa di Puskesmas. Bila kita melihat alokasi anggaran untuk Direktorat Kesehatan Jiwa Komunitas dari Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2001, jumlahnya hanya sebesar 1,4 milyar rupiah dari total anggaran sebesar 1,2 trilyun rupiah untuk program-program kesehatan.¹⁰ Jumlah ini kurang dari 0,12% total anggaran untuk kesehatan. Hal ini berhubungan dengan rendahnya anggaran untuk program-program kesehatan dari pemerintah. Pada negara berkembang, sebagian besar alokasi anggaran diperuntukkan bagi pengembangan konstruksi fisik.² Di Indonesia alokasi anggaran untuk program kesehatan hanya 3%-3,5% dari total alokasi dana umum dan WHO menentukan jika seharusnya minimum anggaran untuk program kesehatan adalah sebesar 5% dari total alokasi dana umum.

Permasalahan yang ada tidak hanya permasalahan finansial. Hanya sekitar 1000 pulau yang dihuni dari lebih 17.000 pulau di Indonesia dengan perbedaan kepadatan penduduk di setiap pulau (Pulau Jawa memiliki jumlah penduduk terbesar). Hal ini membuat pemerintah mengalami kesulitan untuk memonitor program-program kesehatan yang ada di Puskesmas, termasuk program kesehatan jiwa. Selain kesulitan dalam supervisi program kesehatan jiwa di Puskesmas, minimnya sumber daya dan fasilitas kesehatan jiwa sampai sekarang juga masih terjadi. Hanya ada sekitar 600 psikiater di Indonesia dan 75% memilih bekerja di Pulau Jawa dan 86% dari jumlah tersebut bekerja di Jakarta.⁹ Dengan kata lain satu psikiater untuk 400.000 penduduk Indonesia. Dibandingkan

dengan Indonesia, negara-negara di wilayah Pasifik Barat memiliki rasio lebih baik untuk perbandingan psikiater per penduduk. Australia memiliki 9,2 psikiater per 100.000; Jepang memiliki 7,08 per 100.000; dan Singapura 1,00 per 100.000.¹¹

Jumlah rumah sakit jiwa di Indonesia juga terbatas, hanya ada 5 rumah sakit jiwa pusat, 28 rumah sakit jiwa provinsi, dan 16 rumah sakit jiwa pribadi untuk melayani 240 juta penduduk. Menurut WHO², pelayanan dan sumber daya kesehatan jiwa di negara berkembang memang masih jarang ada, sehingga pelayanan dan perawatan gangguan jiwa seharusnya dapat dilakukan oleh dokter umum dan pekerja-pekerja kesehatan yang lain.^{2,12} Namun untuk dapat melakukan manajemen dan diagnosis dini kesehatan jiwa, dokter umum dan pekerja-pekerja kesehatan yang lain tersebut harus diberi pelatihan tentang kesehatan jiwa.²

Telah ada beberapa aktivitas terintegrasi untuk pelatihan dan konsultasi dari psikiater di rumah sakit jiwa kabupaten maupun provinsi pada dokter Puskesmas, namun kegiatan ini hanya terjadi pada beberapa provinsi dan kabupaten. Minimnya pelatihan dan pengetahuan pekerja kesehatan pada kesehatan jiwa, akan membuat form pelaporan gangguan jiwa diisi secara salah atau asal-asalan atau bahkan tidak diisi sama sekali. Hal ini akan membuat sulitnya mendapatkan data yang akurat atau melakukan penelitian kesehatan jiwa di Puskesmas karena adanya stigma yang melekat pada gangguan jiwa. Stigma dari masyarakat membuat pasien enggan untuk mengeluhkan adanya problem psikologis maupun psikiatris pada dokter.^{12,13}

Mengintegrasikan kesehatan jiwa di pelayanan primer seharusnya termasuk menyediakan obat-obatan yang adekuat dan dapat diandalkan. Macam-macam obat generik untuk kesehatan jiwa yang disediakan pemerintah di Puskesmas dapat dilihat pada Tabel 2.¹⁴ Pada beberapa kasus, obat-obatan ini tidak pernah dipakai, pada kasus yang lain obat-obatan ini kadang tidak tersedia.³ Ketersediaan obat-obatan ini berdasarkan permintaan dari Puskesmas, sehingga jika Puskesmas tidak pernah meminta obat-obatan ini juga tidak akan disediakan.

Penelitian menunjukkan jika pada negara berkembang sistem kesehatan yang ada tidak mempertimbangkan kesehatan jiwa sebagai prioritas⁷ dan biasanya kesehatan fisik dibedakan dengan kesehatan jiwa. Kasus ini juga terjadi di Puskesmas, bahwa kesehatan jiwa tidak pernah dihubungkan dengan penyakit fisik. Selama ini kesehatan jiwa menjadi program yang paling

Tabel 2. Obat-obatan generik untuk gangguan jiwa yang terdapat di Puskesmas

Obat	Dosis
<i>Anti depression</i>	Tab. 25mg
<i>Amitriptyline HCL</i>	Tab. 50 mg, 25 mg
<i>Imipramine HCL</i>	Tab. 50 mg, 25 mg
<i>Maprotiline HCL</i>	
<i>Anti Obsession Compulsion</i>	Tab. 25 mg
<i>Chlomipramine</i>	
<i>Antipsychotic</i>	Inj. 25 mg/ml vial 1ml
<i>Fluphenazine</i>	Tab 0.5 mg, 5mg, Inj i.m. 5 mg/ml
<i>Decanoat</i>	Tab 25 mg, 100 mg, Inj. 25 mg/ml
<i>Haloperidol</i>	Tab 4 mg
<i>Chlorpromazine HCL</i>	Tab 5 mg
<i>Perphenazine HCL</i>	
<i>Trifluoperazine</i>	
<i>Anti anxiety</i>	Tab 2 mg, Tab 5 mg, Inj. 5 mg/ml
<i>Diazepam</i>	Tab. 10 mg
<i>Clobazam</i>	Tab. 0.25 mg. Tab. 1 mg
<i>Alprazolam</i>	
<i>Anti epilepsy - anti convulsion</i>	Tab 2 mg, Tab 5 mg, Inj. 5 mg/ml
<i>Diazepam</i>	Cap 100 mg
<i>Phenitoin</i>	Tab 30 mg, Tab 100 mg, inj 50/ml
<i>Phenobarbital</i>	

terabaikan dari 18 program. Kementerian Kesehatan memang mengembangkan kebijakan nasional untuk kesehatan jiwa dengan bantuan WHO^{1,10} dan mencoba membuat kesehatan jiwa sebagai program yang diperhitungkan pada Indonesia Sehat 2010.⁴ Namun dengan anggaran yang masih minim, sulit dikatakan jika kesehatan jiwa dikatakan menjadi prioritas.

Bila kita melihat jumlah Posyandu, usaha kesehatan berbasis komunitas ini sebetulnya dapat menjangkau seluruh masyarakat. Kader-kader yang ada lebih mengetahui problem maupun masalah yang terjadi di wilayahnya. Informasi mengenai masalah kesehatan dapat disebarkan pada masyarakat melalui kader Posyandu. Namun demikian, menurut Kementerian Riset dan Teknologi penggunaan dan kualitas pelayanan kesehatan di Posyandu rendah dan jumlah Posyandu yang aktif setelah adanya krisis ekonomi berkurang 40%.⁵

Selama ini dokter dan pekerja kesehatan di Puskesmas menghadapi beban yang sangat berat dalam pekerjaannya. Pekerjaan dokter dan pekerja kesehatan di Puskesmas tidak hanya memeriksa pasien namun harus menjalankan begitu banyak program. Untuk permasalahan ini, Kementerian Kesehatan meluncurkan paradigma baru untuk Puskesmas⁴ di tahun 2003. Program di Puskesmas diubah menjadi 6 program kesehatan dasar. Enam program kesehatan dasar ini terdiri dari promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, KIA termasuk KB, gizi, pencegahan dan pengobatan penyakit menular,

serta pengobatan. Enam program dasar ini adalah program minimal yang dilakukan di Puskesmas, sedangkan pengembangan program kesehatan yang lain diserahkan kepada pemerintah daerah dan Puskesmas di area tersebut. Sisi positif dari kebijakan ini adalah mengurangi beban dokter dan pekerja kesehatan di Puskesmas, sehingga mereka bisa fokus pada program-program ini. Namun hal ini juga bisa dijadikan alasan untuk tidak mengembangkan program lain selain 6 program kesehatan dasar. Sekali lagi, di manakah program kesehatan mental berada? Sepertinya keadaan kembali ke tahun 1970 bahwa program kesehatan jiwa tidak ada sama sekali di Puskesmas. Apa yang harus dilakukan bila kita masih berharap untuk mengintegrasikan kesehatan jiwa pada pelayanan primer atau Puskesmas?

Perubahan yang diperlukan

WHO² mengategorikan aksi kesehatan jiwa berdasarkan kenyataan ketersediaan sumber daya menjadi tiga skenario. Skenario A adalah level sumber daya yang rendah; B adalah level sumber daya medium; dan C adalah level sumber daya yang tinggi. Indonesia memenuhi skenario B (level sumber daya medium) dengan anggaran pemerintah untuk kesehatan jiwa kurang dari 1% dari total anggaran kesehatan, jumlah spesialis kesehatan jiwa yang kurang, dan pekerja kesehatan primer yang tidak terlatih. Untuk fasilitas rawat inap, Indonesia termasuk dalam level A (sumber daya level rendah), dengan kurang dari satu tempat per 10.000 penduduk.²

Banyaknya permasalahan yang dihadapi dalam menerapkan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas, kebijakan pemerintah akan sulit dilakukan jika tidak dilakukan perubahan-perubahan tertentu. Ada beberapa contoh dari negara berkembang yang lain dan rekomendasi dari WHO dalam mengintegrasikan pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan primer. Hal yang paling realistis bagi negara dengan sumber daya kesehatan jiwa yang minim adalah mengintegrasikan pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan primer. Namun demikian menurut Cohen¹² pada *Nations for Mental Health, The Effectiveness of Mental Health Services in Primary Care: The View from the Developing World*, kebijakan tersebut harus dilakukan secara hati-hati.¹² Cohen¹² menerangkan jika kebijakan tersebut akan dilakukan harus berdasarkan lingkungan psikososial dan budaya serta kebutuhan lokal.

Untuk mengetahui apa yang paling dibutuhkan oleh masyarakat, survei data kesehatan jiwa di masyarakat perlu dilakukan. Apa pendapat masya-

rakat pada gangguan jiwa? Apakah keberadaan stigma gangguan jiwa di masyarakat masih melekat kuat? Siapa yang menjadi konsultan kesehatan jiwa sebelum pasien datang ke Puskesmas, dan apa yang membuat mereka akhirnya datang ke Puskesmas? Lebih lanjut, adalah melakukan studi untuk mengetahui apa problem kesehatan jiwa yang sering terjadi di masyarakat. Sebuah studi dari direktorat kesehatan jiwa pada tahun 1985 di Kecamatan Tambora, Jakarta menunjukkan prevalensi psikotik sebesar 1,44 per 1000 penduduk, epilepsi sebesar 0,26 per 1000 penduduk dan untuk retardasi mental adalah 1,89 per 1000 penduduk.¹⁹ Studi proporsi kesehatan jiwa pada 16 kota dari tahun 1996-2001 menggunakan instrumen diagnostik *Composite International Diagnostic Interview* dari WHO terhadap 1600 orang dewasa menunjukkan jumlah gangguan cemas dan depresi sebesar 34%, sedangkan jumlah yang menderita psikotik sebesar 5,8%.¹⁰

Seperti telah dijelaskan sebelumnya, sumber daya dan fasilitas kesehatan jiwa masih sangat jarang, dan sangat tidak dimungkinkan jika pemerintah mampu menyediakan psikiater dan tenaga kesehatan jiwa dalam waktu dekat. Cara yang bisa dilakukan adalah dengan memperbanyak pelatihan kesehatan jiwa pada pekerja kesehatan termasuk di pelayanan primer. Ada banyak model pelatihan dari negara berkembang lain seperti India, Nepal, Pakistan, and Bangladesh.^{11,15} Walaupun tidak ada model pelatihan yang sama untuk pelatihan dan pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan primer, beberapa prinsip umum dapat diterapkan. Ada dua keterampilan penting yang bisa diajarkan pada pekerja kesehatan yaitu: a) keterampilan yang berhubungan dengan penyakit, dan b) keterampilan psikososial.^{16,17} WHO juga menerangkan 10 prinsip-prinsip pelatihan, dan efektivitas dari program pelatihan untuk pekerja kesehatan sejauh ini dapat dipertanggungjawabkan jika prinsip-prinsip ini tetap dipegang.^{16,17,18} Diharapkan dengan pelatihan ini pelayanan primer memiliki manajemen dan pelayanan kesehatan jiwa yang lebih baik.

Sangat penting untuk menyediakan obat-obatan yang esensial bagi gangguan jiwa. Generasi terbaru dari pengobatan gangguan jiwa telah tersedia. Obat-obatan ini, sebagai contoh antipsikotik atipikal untuk skizofrenia dan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) untuk depresi, memiliki efek samping yang minimal. Studi di India menunjukkan jika SSRI merupakan antidepresan yang terjangkau dan berhubungan dengan peningkatan pada penampilan klinis dan menguntungkan secara ekonomis, terutama dalam jangka pendek.²⁰ Pemerintah sebaiknya mempertim-

bangkan untuk menyediakan obat-obatan ini di Puskesmas.

Keberadaan Posyandu di Puskesmas tidak dapat dipandang sebelah mata karena bisa menjadi hal yang menguntungkan. Selain program-program prioritas, kader-kader Posyandu dapat diminta untuk membantu memberikan informasi mengenai kesehatan jiwa pada masyarakat. Masyarakat perlu distimulasi untuk lebih terlibat dalam aktivitas Posyandu karena pada dasarnya kegiatan Posyandu adalah dari, oleh, dan untuk masyarakat.

Selain itu, tidak kalah penting adalah melibatkan peran anggota keluarga pasien gangguan jiwa di wilayah tersebut. Keluarga adalah yang paling terkena dampak dari sakitnya pasien, namun mereka adalah juga orang yang paling termotivasi sebagai perawat pasien.^{21,22,23} Sebuah studi di Cina menunjukkan peningkatan penampilan klinis pasien gangguan jiwa melalui program perawatan di rumah dengan keluarga sebagai sumber daya utama.²⁴ Hal ini membuktikan jika keluarga dari penderita gangguan jiwa memainkan peranan penting pada kesembuhan pasien.

Beberapa opsi telah didiskusikan bila kita akan mengintegrasikan kesehatan jiwa pada pelayanan primer. Sebagian besar dapat dilakukan pada level Puskesmas. Apa yang dapat dilakukan pada level pemerintah? Perpindahan tanggung jawab dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah dapat menciptakan kesempatan bagi pemerintah daerah untuk menggali kearifan lokal dan mencari sumber daya potensial di daerahnya masing-masing berdasarkan situasi, kondisi, permasalahan, dan kemampuan area lokal. Sebagai contoh di Kabupaten Sleman, Yogyakarta, pemerintah kabupaten memiliki program untuk menempatkan psikolog di Puskesmas. Di Aceh setelah adanya tsunami, ada program untuk menempatkan perawat kesehatan jiwa komunitas di masyarakat. Untuk pemerintah pusat, edukasi publik dan kampanye peduli sehat jiwa dan anti stigma dapat dilakukan. *World Health Organization* (WHO) menyatakan jika tujuan utama kampanye sehat jiwa adalah mengurangi hambatan untuk pengobatan jiwa dan meningkatkan kepedulian pada kesehatan jiwa, serta memperhatikan hak azasi pada penderita gangguan jiwa.²

KESIMPULAN DAN SARAN

Bagi negara berkembang seperti Indonesia dengan sumber daya kesehatan jiwa yang terbatas, hal yang paling realistis adalah mengintegrasikan pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan primer. Namun demikian kebijakan ini harus dilakukan

secara hati-hati dan berdasarkan lingkungan psiko-sosial, budaya serta kebutuhan lokal.

Survei data kesehatan jiwa di masyarakat, pelatihan kesehatan jiwa, penyediaan obat-obatan esensial untuk gangguan jiwa, pengembangan program sesuai kebutuhan daerah setempat, penggunaan Posyandu, pemberdayaan keluarga pasien gangguan jiwa dan dukungan pemerintah baik lokal mau pun pusat baik dalam hal anggaran mau pun kegiatan, adalah hal-hal yang harus dipertimbangkan dalam mengintegrasikan pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan primer.

KEPUSTAKAAN

1. Ministry of Health. General guidance book for steering and organizing committee on community mental health, 2001.
2. WHO. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, New Hope, Geneva, 2001.
3. Ministry of Health. Health center manual. Community Health Center, 1991.
4. Indonesian Health Profile. 2002. www.depkes.go.id. Diakses tanggal 24 Maret 2003.
5. National Development Programs. 2002. www.ristek.go.id. Diakses tanggal 5 Mei 2003.
6. Hidayat, D. Mental Health Services in Community Health Center in Jakarta Special Province (two minutes method). Jiwa. 1991;XXIV(1).
7. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman. A world mental health: problems and priorities in low-income countries. Oxford University Press, New York, 1995.
8. World Bank. Global economic prospects and the developing countries. Washington DC, 1993.
9. Trisnantoro L. The impact of decentralization policy on public mental hospital in Indonesia: a financial perspective, 2002.
10. New understanding, New Hope. Oct 12 2001. www.kompas.com. Diakses tanggal 21 Februari 2003.
11. Yamamoto, K. Mental health services development in Okinawa and Japan. Paper presented in expert course JSPS-NCD Seminar in Yogyakarta, Indonesia, Nov. 1st 1999.
12. Cohen, A. Nations for mental health, the effectiveness of mental health services in community care: the view from the developing world. WHO, Geneva, 2001.
13. Crisp, A. The tendency to stigmatize. The British Journal of Psychiatry, 2001;178 (March):197-9.
14. Indonesian Health Insurance, PT Persero. Essential Drugs List, Jakarta, 1999.
15. Murthy RS, Burns BJ. Proceedings of the Indo-US Symposium on community mental health. National Institute of Mental Health & Neuro Sciences, Bangalore, India, Oct. 27-30 1987.
16. Ignacio L. Mental health care in the community. Paper presented in expert course JSPS-NCD Seminar in Jakarta, Indonesia, March 13th 2000.
17. Ignacio L. Pathways to mental health care in the community: issues in training and the need for Change. Paper presented in expert course JSPS-NCD Seminar in Jakarta, Indonesia, March 13th 2000.
18. WHO. The introduction of a mental health component into community health care. Geneva, Switzerland, 1990.
19. Salan R. Prevalence of mental disorder in 3 villages of Tambora, Jakarta, 1983. Ganesha Digital Library. . Diakses tanggal 8 Maret 2003.
20. Patel V, Chisholm D, Rabe-Hasketh S, Dias-Saxena F, Andrew G, Mann A. Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorder in general health care in Goa, India: A randomized, controlled trial. The Lancet, 2003;361:33-9.
21. D. Davis & S. Harrel (Eds.). Chinese families in post Mao era Berkeley, University of California Press, 1993:277-306.
22. Phillips MR, West CL, Shen Q, Zheng Y. Comparison of schizophrenic patients' families and normal families in china, using chine se version of faces-ii and the family environment scales. Fam Process. 1998;37(1): 95-106.
23. Irmansyah. Developing a family intervention program and an Indonesian family association for schizophrenia, to improve psychosocial rehabilitation outcomes and positives attitude toward schizophrenia patients (unpublished), 2003.
24. Yucun, S. The Mental health home care program: Beijing's Rural Haidian District. In Chinese Culture and Mental Health, Tseng WS, Wu YHD (Eds) Academic Press, Orlando, 1985:357-66.