

ARTIKEL PENELITIAN

Masalah Kesehatan Jiwa pada Mahasiswa Baru di Sebuah Universitas di Jakarta

Dhanasari Vidiawati,^{1*} Shelly Iskandar,² Dwi Agustian³

¹Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas, FK Universitas Indonesia

²Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa, FK Universitas Padjadjaran

³Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK Universitas Padjadjaran

Korespondensi: dhanasari.vt@gmail.com

Disetujui: 2 Maret 2017

DOI: 10.23886/ejki.5.7399.27-33

Abstrak

Untuk mewujudkan pelayanan komprehensif, salah satu universitas besar di Jakarta menyelenggarakan pemeriksaan kesehatan fisik dan jiwa bagi mahasiswa baru. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi karakteristik mahasiswa yang bermasalah kejiwaan serta faktor yang berhubungan dengan kedatangannya untuk konsultasi dokter atau psikolog. Penelitian potong lintang dilakukan pada bulan Januari-Februari 2017, menggunakan data sekunder yaitu hasil pemeriksaan kesehatan mahasiswa baru tahun 2015 dan 2016 serta data kedatangan mahasiswa di universitas klinik tahun 2015-2016. Pemeriksaan kesehatan jiwa dilakukan dengan menggunakan SRQ20 (self reporting questionnaire) yang diisi melalui website universitas pada saat pendaftaran ulang. Sebanyak 1793 (12,4%) mahasiswa baru dari 14.129 mahasiswa mengisi sekurangnya 6 jawaban ya dan disebut bermasalah kejiwaan. Dari mahasiswa bermasalah kejiwaan, hanya 24% yang datang ke dokter di klinik universitas dan hanya 2,4% yang datang menemui konselor psikolog di klinik pada tahun 2015-2016. Faktor yang berhubungan dengan kedatangan ke dokter di klinik adalah tinggal di asrama atau kos ($p < 0,05$ OR 2,82) dan memiliki masalah kesehatan fisik pada saat dilakukan pemeriksaan kesehatan mahasiswa baru ($p < 0,05$ OR 1,49). Faktor yang berhubungan dengan kedatangan ke konselor psikolog adalah jenis kelamin laki-laki ($p < 0,05$ OR 2,16). Jumlah mahasiswa bermasalah kejiwaan yang datang ke dokter hampir sepuluh kali lipat dari yang datang ke psikolog. Dokter di universitas klinik sebagai dokter layanan kesehatan primer perlu ditingkatkan kemampuannya untuk deteksi dini masalah kejiwaan yang tersembunyi dibalik gejala somatik atau gejala masalah kesehatan fisik yang diungkapkan pasien.

Kata kunci: SRQ20, masalah kejiwaan mahasiswa, klinik universitas, dokter layanan primer

Mental Disorder of Freshmen Students of Primary Health University Clinic in Jakarta

Abstract

To realize a comprehensive service, one big university in Jakarta organize medical check up for freshmen students which include physical and mental health. The purposes of this study were to identify the characteristics of students who have mental disorder and factors related to visit for consulting doctor or psychologist after the medical check up. A cross-sectional study was conducted in January-February, 2017. The study used secondary datas from freshmen medical check up of 2015 and 2016 and medical records of university student clinic in 2015-2016. Mental health evaluation done by using SRQ20 (self-reporting questionnaire) that filled online by students' re-registration. A total of 1,793 (12.4%) of freshmen students from 14,129 students fill out 'yes' answer for at least 6 question and called as having mental disorder. There were only 24% of mental disorder students had come to doctors at university hospitals and only 2.4% who come to the counselor psychologist at the clinic during the year 2015-2016. The factors associated of visit the doctor in clinic were living in a dormitory or boarding ($p < 0.05$ OR 2.82) and having physical problems at medical check up ($p < 0.05$ OR 1.49). The factor associated with of visit the psychologist was male ($p < 0.05$ OR 2.16). Number of mental disorder students who visited the doctor almost ten fold than visited the psychologist. So university clinics doctors as primary care physicians need to be more competence in identifying and detecting early mental disorder symptoms that hide in somatic symptoms.

Keywords: SRQ20, students mental disorder, university clinic, primary care physicians

Pendahuluan

Pusat pelayanan kesehatan primer di pendidikan tinggi (klinik universitas) merupakan pelayanan yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan di perguruan tinggi tersebut. Misi klinik universitas adalah memelihara kesehatan sivitas akademika (promotif, preventif dan rehabilitatif), bukan hanya pelayanan kuratif. Klinik universitas sebenarnya merupakan pelayanan kedokteran keluarga dengan ciri-ciri: dapat diakses, memberikan pelayanan secara komprehensif, melakukan koordinasi dengan berbagai pihak dan pelayanan berkelanjutan, serta memiliki hasil kerja yang dapat dinilai dan dievaluasi.¹

Untuk mewujudkan pelayanan kesehatan primer sesuai ciri-ciri di atas, sebuah klinik universitas di Jakarta menyelenggarakan pemeriksaan kesehatan terhadap mahasiswa baru setiap tahun. Tujuannya adalah sebagai persiapan menghadapi kegiatan orientasi mahasiswa baru, mengidentifikasi kebutuhan universitas dalam meningkatkan kesehatan mahasiswa dan menyediakan fasilitas pendukung pembelajaran agar mahasiswa tetap berprestasi baik hingga lulus. Pemeriksaan meliputi pemeriksaan kesehatan fisik dan kesehatan jiwa. Pemeriksaan kesehatan fisik menggunakan kuesioner penapisan riwayat kesehatan diri, keluarga dan gaya hidup, sedangkan pemeriksaan kesehatan jiwa menggunakan *self reporting questionnaire* (SRQ20).²⁻⁶

Sekitar 7000 mahasiswa baru diperiksa kesehatan setiap tahunnya dan hasil penapisan dengan SRQ20 mengidentifikasi mahasiswa baru dengan masalah kejiwaan sebanyak 3,7% pada tahun 2015 dan 6,2% pada tahun 2016.³ Masalah kejiwaan hasil penapisan dengan SRQ20 dibagi 4 jenis yaitu 1) penurunan energi; 2) gangguan somatik; 3) perasaan depresif; 4) pemikiran depresif. Apabila seperempat dari remaja dan dewasa muda mengalami depresi dan tidak ditatalaksana dengan baik, maka dapat mengakibatkan kematian.⁴ WHO melaporkan penyebab kematian ketiga pada remaja dan dewasa muda adalah bunuh diri.⁵ Pada tahun 2016 terdapat 17 mahasiswa dari berbagai kota di Indonesia tewas karena bunuh diri dan sebagian besar berasal dari universitas di Jakarta. Oleh karena itu hasil penapisan klinik universitas tersebut merupakan temuan yang harus ditatalaksana dengan baik.⁶

Hingga saat ini, penapisan yang dilakukan klinik universitas belum diketahui apakah dimanfaatkan oleh mahasiswa yang teridentifikasi memiliki masalah kejiwaan untuk datang ke klinik guna

memperoleh pertolongan serta faktor-faktor apa yang mempengaruhi kedatangannya. Oleh karena itu penelitian ini dilaksanakan sebagai data dasar perencanaan kegiatan layanan yang komprehensif dan koordinatif.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode potong lintang terhadap tiga data sekunder, yaitu hasil pemeriksaan kesehatan mahasiswa baru, catatan dokter klinik, dan catatan konselor psikolog tahun 2015 dan 2016. Populasi penelitian adalah mahasiswa universitas yang diterima pada tahun 2015 dan 2016, sedangkan populasi terjangkau adalah mahasiswa yang ikut pemeriksaan kesehatan di klinik dan mengisi kuesioner SRQ20 dengan lengkap pada saat pendaftaran ulang melalui *website* universitas.

Responden penelitian adalah mahasiswa baru dengan SRQ20 menjawab 'ya' sebanyak 6 pertanyaan atau lebih. Walaupun telah berulang kali dilakukan uji reliabilitas terhadap SRQ20, namun penelitian ini juga melakukan uji cronbach alpha (α) menggunakan SPSS. Pertanyaan dianggap tidak valid bila $\alpha < 0,7$.

Berdasarkan jawaban terhadap SRQ20, dapat diidentifikasi masalah kejiwaan secara umum, selanjutnya responden dibagi menjadi empat kelompok. Masalah 'energi menurun' bila menjawab ya untuk 5 atau lebih pertanyaan nomor 20, 18, 12, 13, 8 dan 11 (mudah lelah, lelah sepanjang waktu, sulit mengambil keputusan, pekerjaan menjadi beban yang sulit, sulit berpikir jernih dan sukar menikmati keseharian). Masalah 'gejala somatik' bila menjawab ya untuk 3 atau lebih pertanyaan nomor 19, 7, 2 dan 1 (keluhan perut, pencernaan kurang baik, kurang nafsu makan, dan sering sakit kepala). Masalah 'perasaan depresif' bila menjawab ya untuk 2 atau lebih pertanyaan nomor 10, 9 dan 6 (sering bersedih sampai menangis, kurang bahagia, gugup, tegang, dan kuatir). Masalah 'pemikiran depresif' bila menjawab ya untuk 2 atau lebih pertanyaan nomor 16, 14, 17 dan 15 (merasa tidak berharga, tidak berperan penting pada kehidupan, pernah berniat bunuh diri dan kehilangan minat).²

Variabel dependen adalah kedatangan responden ke dokter atau ke konselor psikolog, atau keduanya. Variabel independen adalah gender, tempat tinggal, kebiasaan buruk dan masalah kesehatan fisik. Variabel disajikan dan dianalisis dalam bentuk data kategorik. Proses verifikasi dan coding data diolah dengan program SPSS versi 20. Variabel independen dikelompokkan secara manual

menjadi variabel kategorik. Perbandingan silang dua kelompok dianalisis dengan tabel chi square. Analisis regresi logistik antara variabel dependen dengan variabel independen untuk mengidentifikasi ada tidaknya hubungan setiap kelompok dengan kedatangan ke klinik. Makna kepercayaan adalah $p < 0.05$ dan *confidence interval* 95%,

Hasil

Jumlah mahasiswa baru yang diperiksa kesehatannya di klinik universitas pada tahun 2015 adalah 6.921 orang dan tahun 2016 sebanyak 7.319 mahasiswa. Jumlah mahasiswa yang diperiksa 14.240 orang, namun data hasil pemeriksaan kesehatan yang lengkap sehingga dapat dianalisis

adalah 14.129 orang. Reliabilitas terhadap SRQ20 menggunakan uji cronbach α memberikan hasil 0,79 tanpa menghilangkan pertanyaan apapun.

Dari 14.129 mahasiswa yang menjawab SRQ20, terdapat 1.793 (12,7%) mahasiswa bermasalah kejiwaan. Rerata (*mean*) nilai SRQ20 adalah 2,3 dengan nilai minimum 0, maksimum 20, dan SD 2,8 sedangkan *mean* SRQ20 dari 1793 responden dengan masalah kejiwaan adalah 8,0 dengan nilai minimum 6, maksimum 20, dan SD 2,3. *Mean* nilai SRQ20 dari 430 responden yang datang ke dokter di klinik adalah 8,3 dengan nilai minimum 6, maksimum 20, dan SD 2,6. *Mean* nilai SRQ dari 43 responden yang datang ke psikolog adalah 9,3 dengan minimum 6, maximum 17 dan SD 2,7 (Tabel 1).

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik dan Hasil Pemeriksaan Kesehatan

Karakteristik	n	Total
Angkatan masuk		
2015	1129 (63 %)	1793
2016	664 (37 %)	
Jenis kelamin		
Laki-laki	522 (29,1%)	1793
Perempuan	1271 (70,9%)	
Jenis tempat tinggal		
Asrama/kos	923 (52,3%)	1765*
Tinggal dengan keluarga	842 (47,7%)	
Kebiasaan buruk		
Ya	50 (2,8%)	1791**
Tidak	1741 (97,2%)	
Hasil pemeriksaan kesehatan fisik		
Ada masalah	1184 (66%)	1793
Tidak ada masalah	609 (34%)	

*26 responden tidak menyantumkan rencana tinggal selama kuliah

** Dua orang responden tidak menjawab pertanyaan mengenai kebiasaan merokok, minuman keras dan narkoba

Berdasarkan jawaban terhadap SRQ20, selain dapat mengidentifikasi masalah kejiwaan secara umum, responden juga dapat dikelompokkan menjadi empat kelompok masalah kejiwaan (Tabel 2). Sebagian besar mahasiswa memiliki masalah energi menurun dan gejala somatik.

Tabel 2. Jenis Masalah Kejiwaan Responden

Masalah Kejiwaan	Ya	Tidak
Energi menurun	125 (6,8 %)	1668 (93,0 %)
Gejala somatik	669 (37,3 %)	1124 (62,7 %)
Perasaan depresif	1180 (65,8%)	613 (34,2 %)
Pikiran depresif	1383 (77,1%)	410 (22,9 %)

Kelompok dengan gejala somatik lebih banyak yang datang menemui dokter di klinik dibandingkan yang tidak (berbeda bermakna: $p < 0,05$; OR 1,396; 95% CI 1,102-1,767) sedangkan kelompok lain tidak memiliki hubungan dengan kedatangan ke dokter di klinik. Terdapat hubungan antara kelompok yang memiliki perasaan depresif ($p < 0,05$; OR 2,261; 95%CI 1,232-4,15) dan pemikiran depresif ($p < 0,05$; OR 2,752; 95% CI 1,492-5,076) untuk datang ke konselor psikologi sedangkan kelompok energi menurun dan gejala somatik tidak berhubungan dengan kedatangan ke konselor psikologi.

Dari 1793 responden, hanya 404 responden yang pernah ke klinik untuk berkonsultasi dengan dokter. Analisis bivariat antara faktor jenis kelamin,

jenis tempat tinggal, gaya hidup yang tidak menunjang kesehatan dan hasil pemeriksaan fisik terhadap kedatangan responden ke dokter menunjukkan bahwa responden yang tinggal di asrama atau kos, berbeda bermakna untuk datang ke dokter klinik universitas dibanding responden yang tinggal dengan keluarga ($p < 0,05$; OR 2,82). Pada hasil pemeriksaan kesehatan fisik yang menunjukkan ada masalah pada hasil pemeriksaan kesehatan mahasiswa baru berbeda bermakna secara statistik untuk datang ke dokter klinik universitas dibandingkan responden yang

tidak ada masalah kesehatan fisik ($p < 0,05$; OR 1,49). Faktor jenis kelamin dan gaya hidup tidak berhubungan dengan kedatangan responden ke dokter klinik universitas.

Di klinik universitas, mahasiswa dapat memperoleh layanan konseling psikologi dan terdapat 43 mahasiswa yang menggunakan fasilitas layanan tersebut. Pada tahun 2015 dan 2016 terdapat 113 mahasiswa yang datang ke layanan konseling psikologi, namun 70 mahasiswa yang datang konsultasi pada tahun 2015 dan 2016, tidak teridentifikasi memiliki masalah kejiwaan pada saat pemeriksaan kesehatan mahasiswa baru.

Tabel 3. Karakteristik Responden yang Datang dan Tidak Datang ke Layanan Konseling Psikologi

Karakteristik	Datang ke Konselor Psikologi			n	p	OR	95% CI	
	Ya	Tidak	Total				Lower	Upper
Jenis Kelamin								
Laki-laki	20 (3,8%)	502 (96,2%)	522	1793	<0,05	2,162	1,177	3,971
Perempuan	23 (1,8%)	1248 (98,2%)	1271					
Jenis tempat tinggal								
Asrama/kos	23 (2,5%)	900 (97,5%)	923	1765	0,867	1,107	0,599	2,047
Dengan keluarga	19 (2,3%)	823 (97,7%)	842					
Kebiasaan buruk								
Ya	2 (4,0%)	48 (96,0%)	50	1791	0,779	1,728	0,406	7,35
Tidak	41 (2,4%)	1700 (97,6%)	1741					
Hasil pemeriksaan kesehatan fisik								
Ada masalah	13 (2,1%)	596 (97,9%)	609	1793	0,719	0,839	0,434	1,621
Tidak ada masalah	30 (2,5%)	1154 (97,5%)	1184					

Tabel 4. Karakteristik Responden yang Berkunjung ke Klinik Universitas

Karakteristik	Kunjungan ke Dokter Klinik			n	p	OR	95% CI	
	Ya	Tidak	Total				Lower	Upper
Jenis Kelamin								
Laki-laki	139 (26,6%)	383 (73,4%)	522	1793	0,09	1,22	0,97	1,55
Perempuan	291 (22,9%)	980 (77,1%)	1271					
Jenis tempat tinggal								
Asrama/kost	296 (32,1%)	627 (67,9%)	923	1765	<0,05	2,76	2,18	3,49
Dengan keluarga	123 (14,6%)	719 (85,4%)	842					
Kebiasaan buruk								
Ya	10 (20,0%)	40 (80,0%)	50	1791	0,61	0,78	0,39	1,59
Tidak	420 (24,1%)	1321 (75,9%)	1741					
Hasil pemeriksaan kesehatan fisik								
Ada masalah	172 (28,2%)	437 (71,8%)	609	1793	<0,05	1,41	1,13	1,77
Tidak ada masalah	258 (21,8%)	926 (78,2%)	1184					

Responden yang tinggal di asrama atau kos lebih banyak yang datang ke klinik dibandingkan yang tinggal dengan keluarga ($p < 0,05$; OR 2,76) dan responden yang memiliki masalah pada hasil pemeriksaan kesehatan fisik juga lebih banyak datang ke klinik ($p < 0,05$; OR 1,41). Jenis kelamin dan kebiasaan buruk tidak berhubungan dengan kedatangan ke klinik.

Faktor-faktor yang berbeda bermakna pada kedatangan responden ke klinik dilakukan uji regresi logistik, dengan menganalisis 1765 responden karena 28 responden tidak mengisi rencana tempat tinggal selama pendidikan. Dari analisis regresi logistik diperoleh hasil bahwa faktor yang paling mempengaruhi kedatangan ke klinik adalah masalah kesehatan fisik ($p < 0,05$; OR 1,402; 95%CI 1,112–1,769). Hal tersebut menunjukkan responden dengan masalah kesehatan fisik memiliki kemungkinan datang 1,4 kali lebih sering dibandingkan tanpa masalah kesehatan fisik. Faktor tempat tinggal responden mempengaruhi kedatangan ke klinik ($p < 0,05$ OR 0,364 95%CI 0,287–0,461) yang berarti tinggal di asrama dan kos menghambat kedatangan responden ke klinik untuk konsultasi.

Tabel 3 menunjukkan bahwa responden laki-laki lebih banyak yang menjadi klien konselor psikolog dibandingkan responden perempuan (berbeda bermakna: $p < 0,05$; OR 2,16) sedangkan faktor tempat tinggal, kebiasaan buruk dan hasil pemeriksaan kesehatan fisik tidak berbeda bermakna.

Klinik universitas merupakan pusat pelayanan kesehatan primer yang mengaplikasikan pelayanan komprehensif dan koordinatif, sehingga diharapkan layanan dokter dan layanan psikolog akan saling berkoordinasi dan menunjang. Kunjungan responden ke dokter atau ke klinik dapat digabungkan menjadi kunjungan responden ke klinik universitas. Terdapat 17 responden yang datang untuk dua layanan sekaligus dan terdapat 1363 responden yang tidak datang pada keduanya.

Pembahasan

Hasil uji cronbach α terhadap SRQ20 sesuai dengan WHO yang menyatakan bahwa SRQ20 memiliki konsistensi internal yang baik.⁷ Hal itu dibuktikan pula pada penelitian tahun 2016 dengan 4 kajian yang melibatkan 9.959 pekerja di Portugis bahwa konsistensi internal SRQ20 memperoleh $\alpha > 0,80$.³ *Systematic review* yang dipublikasi pada tahun 2016 juga menyatakan hal yang sama.⁷

Perbedaan rata-rata nilai SRQ antara seluruh

mahasiswa, mahasiswa bermasalah kejiwaan, mahasiswa bermasalah kejiwaan yang datang ke dokter, dan yang datang ke konselor psikologi memperlihatkan bahwa SRQ20 secara konsisten dapat menjadi alat penapis masalah kejiwaan. Makin tinggi angka SRQ20 menunjukkan lebih parahnya masalah responden sehingga datang mencari pertolongan. Lebih tingginya rerata nilai SRQ20 sesuai dengan hasil penelitian di Gujarat, India yang menggunakan alat penapisan yang sama pada pengunjung rumah sakit dan pusat pelayanan kesehatan primer. Hal tersebut membuktikan hubungan antara tingginya nilai SRQ20 dengan beratnya masalah⁸ serta hubungan antara masalah kesehatan fisik dengan naiknya nilai SRQ20 seperti penelitian terhadap pengasuh pasien jiwa di Brazil.⁹

Prevalensi masalah kejiwaan pada mahasiswa baru adalah 12,69%, dua kali lebih besar dibandingkan dengan data riset kesehatan dasar (riskesdas) 2013 yaitu 6%.¹⁰ Riskesdas 2013 menggunakan kuesioner SRQ 20 dengan responden ≤ 15 tahun dan nilai minimum 6 untuk dinyatakan sebagai gangguan mental emosional/masalah kejiwaan. Prevalensi masalah kejiwaan pada penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok usia dewasa muda atau akhir remaja memiliki prevalensi masalah kejiwaan dua kali lipat dibandingkan usia 15 tahun ke atas. Di Ethiopia prevalensi masalah kejiwaan pada mahasiswa kedokteran lebih tinggi, yaitu 30% dari 240 mahasiswa.¹¹ Pada beberapa tahun kedepan perlu dilakukan pengukuran ulang dengan SRQ20 untuk mengetahui apakah kehidupan sebagai mahasiswa mempengaruhi peningkatan hasil SRQ20.

Terbatasnya mahasiswa dengan masalah kejiwaan yang datang ke klinik, baik untuk berobat (404/1793) atau untuk konseling psikologi (43/1793), memang terjadi hampir di semua tempat. Hal tersebut dicantumkan sebagai latar belakang pertemuan World Innovation Summit 2013.¹² Pada tahun 2005 di Amerika Serikat terdapat 5,7 juta jiwa dengan masalah kejiwaan tidak memperoleh penanganan di layanan kesehatan. Faktor-faktor yang memengaruhi masalah kejiwaan adalah latar belakang pendidikan yang rendah, tidak memiliki asuransi kesehatan, status ras minoritas, gangguan jiwa berat, masalah kesehatan fisik, dan penghambat lain untuk datang ke layanan kesehatan.¹³ Untuk lingkup universitas, faktor latar belakang pendidikan dan tidak memiliki asuransi kesehatan dapat disingkirkan karena klinik universitas tidak menarik biaya dan latar belakang pendidikan mahasiswa semuanya sama.

Di Indonesia, status minoritas sulit dikategorikan berdasarkan isian pribadi terhadap pertanyaan suku bangsa atau ras. Hasil penelitian menunjukkan hubungan antara gender dengan kedatangan ke konselor psikolog dan tinggal tidak dengan keluarga merupakan penghambat datangnya mahasiswa dengan masalah kejiwaan untuk ke klinik. Ealkner dan kawan-kawan membuktikan faktor yang mempengaruhi kedatangan seseorang ke suatu layanan kesehatan primer adalah gender, ditemani orangtua untuk remaja, dan memiliki kebiasaan yang berakibat buruk pada kesehatan.^{11,12}

Dari penelitian ini, diketahui bahwa masalah kesehatan fisik berhubungan dengan kedatangan responden ke klinik dan responden yang bermasalah kesehatan fisik akan datang 1,4 kali lebih banyak dibandingkan yang tidak bermasalah kesehatan fisik. Hal tersebut menunjukkan perlunya meningkatkan kualitas pelayanan kedokteran yang holistik, termasuk membangun sistem integrasi antara pelayanan dokter dengan konselor psikolog. Pelayanan kesehatan yang terintegrasi adalah pelayanan kedokteran yang selalu berpikir holistik; bukan hanya fisik namun juga mental dan jiwa. Selain itu pelayanan psikologi harus selalu berpikir mengenai keterkaitan masalah kejiwaan dengan masalah fisik.

Walaupun bertempat di gedung yang sama, secara struktur organisasi konselor psikolog terpisah dari pelayanan kedokteran di klinik, namun mulai tahun 2017, tim konselor psikologi berada di bawah koordinator yang sama dengan pelayanan klinik sehingga memudahkan pelayanan terintegrasi. Psikiater perlu ditempatkan di klinik layanan primer sehubungan dengan banyaknya kasus kesehatan fisik kronik yang menimbulkan masalah kejiwaan.¹⁴ Meskipun demikian ada pendapat lain yang menyatakan bahwa kolaborasi yang baik antara layanan primer dan sekunder lebih bermanfaat meningkatkan pelayanan terintegrasi kesehatan fisik dan mental di layanan primer.¹⁵ Penelitian di Canada membuktikan bahwa keberadaan psikolog untuk berpraktik bersama dengan dokter di layanan primer sangat dianjurkan karena kebutuhan akan pelayanan konseling sangat tinggi. Selain itu, dokter memiliki waktu dan kemampuan terbatas dan sedikit dokter di layanan primer yang mengetahui bagaimana pelayanan konselor psikolog dilaksanakan.¹⁶ Penelitian lain di Amerika melaporkan bahwa psikolog yang menjadi satu dalam klinik layanan primer terbukti meningkatkan akses pasien terhadap pelayanan

untuk perubahan perilaku dibandingkan pasien harus pergi ke tempat lain sehingga dianjurkan pelayanan psikologi berada dalam satu atap dengan pelayanan kedokteran.¹⁷

Kualitas pelayanan primer yang lebih holistik perlu ditingkatkan mengingat jumlah responden yang datang ke dokter hampir sepuluh kali lipat dari jumlah responden yang datang ke konselor psikolog padahal responden merupakan mahasiswa dengan masalah kejiwaan. Dengan demikian dokter di klinik perlu mengidentifikasi dan mendeteksi dini masalah kejiwaan yang tersembunyi dibalik gejala somatik atau gejala masalah kesehatan fisik yang diungkapkan pasien. Hambatan yang ditemukan pada dokter layanan primer untuk melakukan pelayanan fisik dan mental adalah kurangnya pelatihan khusus untuk itu,^{22,18} padahal pasien dengan masalah kejiwaan yang dilayani dokter dengan pendekatan biopsikososio-kultural akan meningkatkan kepuasannya karena merasa dilayani dengan baik.¹⁹⁻²⁴ Dengan peningkatan kemampuan dokter layanan primer untuk melayani masalah kejiwaan, pelayanan terintegrasi dengan psikolog serta pendekatan biopsikososio-kultural pada pelayanan klinik universitas maka akan terwujud salah satu ciri dokter layanan primer. Ciri tersebut adalah mengintegrasikan, psikologis, faktor sosial, budaya dan eksistensi fisik klien dengan memanfaatkan pengetahuan dan kepercayaan yang dibangun melalui kontak berulang.²⁰

Kesimpulan

Prevalensi masalah kejiwaan mahasiswa baru angkatan 2016-2016 di sebuah universitas di Jakarta adalah 12,7 % (1793 mahasiswa) dengan 70% perempuan dan 66% memiliki masalah kesehatan fisik juga. Kelompok masalah kejiwaan berturut-turut dari yang terbanyak adalah pemikiran depresif (77,1%), perasaan depresif (65,8%), gejala somatik (37,3 %) dan energi menurun (7%).

Diantara mahasiswa bermasalah kejiwaan, hanya 22,5% yang pernah datang untuk konsultasi dokter dan hanya 2,4% yang datang ke psikolog. Faktor yang berhubungan dengan kedatangan mahasiswa ke dokter adalah tinggal di asrama/kos (menghambat) dan memiliki masalah kesehatan fisik pada saat dilakukan pemeriksaan kesehatan (1,4 kali lebih sering). Faktor yang berhubungan dengan kedatangan mahasiswa ke konselor psikolog adalah jenis kelamin (laki-laki 2,2 kali lebih sering).

Daftar pustaka

1. Division of Mental Health and Behavioral Medicine. Mental health services in general health care, volume I [Internet]. Washington: National Academies Press; 1979. Diunduh dari: ProQuest Ebook Central pada tanggal 26 February 2017.
2. Beusenbergh M, Orley J. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneva: WHO; 1994. Diunduh dari http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61113/1/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf pada tanggal 28 Desember 2016.
3. Hardjono AW, Vidiawati D, Trihari R. Laporan hasil pemeriksaan mahasiswa baru Universitas Indonesia. Depok: Universitas Indonesia; 2016
4. Murtagh J. John Murtagh's general practice: depression. 6th ed. Australia: McGraw-Hill Pty Ltd. 2015.
5. WHO Programme. Maternal, newborn, child and adolescent health. Adolescent health epidemiology. Diunduh dari http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/ pada tanggal 7 Februari 2017.
6. Murtagh J. John Murtagh's general practice: adolescent health. 6th ed. Australia: McGraw-Hill Pty Ltd; 2015.
7. van der Westhuizen C, Wyatt G, Williams J, Stein D, Sorsdahl K. Validation of the self reporting questionnaire 20-item (SRQ-20) for use in a low- and middle-income country emergency centre setting. *International Journal of Mental Health and Addiction* [serial on the Internet]. 2016;14(1):37-48.
8. Soni A, Fahey N, Byatt N, Prabhakaran A, Moore ST, Nimbalkar S, et al. Association of common mental disorder symptoms with health and healthcare factors among women in rural western India: results of a cross-sectional survey. *BMJ Open* [serial on the Internet]. 2016;6(7):e010834.
9. Treichel C, Jardim V, Kantorski L, Vasem M, Neutzling A. Clustering of minor psychiatric disorders and burden among family caregivers of individuals with mental illness. *Ciencia & Saude Coletiva* [serial on the Internet]. 2016;21(2):585-90.
10. Kementerian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar 2013.
11. Melese B, Bayu B, Wondwossen F, Tilahun K, Lema S, Loha E, et al. Prevalence of mental distress and associated factors among Hawassa University medical students, Southern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Research Notes* [serial on the Internet]. 2016;9(1):485.
12. DeSilva M, Samele C, Saxena S, Patel V, Darzi A. Policy actions to achieve integrated community-based mental health services. *Health Aff.* 2014;33(9):1595-602.
13. Jones E, Lebrun-Harris L, Sripipatana Alek, Ngo-Metzger Q. Access to mental health services among patients at health centers and factors associated with unmet needs. *J Health Care Poor Underserved.* 2014;25(1):425-36.
14. Snyder K, Dobscha SK, Ganzini L, Hoffman WF, Delorrit MA. Clinical outcomes of integrated psychiatric and general medical care. *Community Ment Health J.* 2008 06;44(3):147-54.
15. Pfeiffer PN, Szymanski BR, Zivin K, Edward P, Valenstein M, McCarthy J. Are primary care mental health services associated with differences in specialty mental health clinic use? *Psychiatric Services.* 2011;62(4):422-5.
16. Grenier J, Chomienne MH, Gaboury I, Ritchie P, Hogg W. Collaboration between family physicians and psychologists: what do family physicians know about psychologists' work? *Canadian Family Physician.* 2008;54(2):232-3.
17. Miller-Matero L, Dubaybo F, Ziadni M, Feit R, Kvamme R, Keimig W, et al. Embedding a psychologist into primary care increases access to behavioral health services. *Journal of Primary Care & Community Health* [serial on the Internet]. 2015;6(2):100-4.
18. Clatney L, MacDonald H, Shah SM. Mental health care in the primary care setting: family physicians' perspectives. *Canadian Family Physician.* 2008;54(6):884-9.
19. Vasile R, Samson J, Bemporad J, Bloomingdale K, Creasey D, Schildkraut J, et al. A biopsychosocial approach to treating patients with affective disorders. *The American Journal of Psychiatry* [serial on the Internet]. 1987;144(3):341-4.
20. Kelompok Kerja Percepatan Pengembangan Kebijakan Dokter Layanan Primer. Naskah Akademik Dokter Layanan Primer. Jakarta: Desember 2014.