

Kajian Penguatan Akses Terhadap Perawatan Kesehatan dan Obat-obatan bagi Penyandang Disabilitas Psikososial di Indonesia

Disusun oleh

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK)
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada

dan

Pusat Rehabilitasi (PR) YAKUM



Tim Peneliti

1. Retna Siwi Padmawati
2. Shita Listyadewi
3. Relmbuss Fanda
4. Tri Muhartini
5. Ika Septiana Eryani
6. Muhammad Aditya Setyawan
7. Ranie Ayu Hapsari
8. Vidia
9. Sartika Wati
10. Karlina Dewi Sukarno
11. Ahmad Naufal
12. Garin Frige Janitra
13. Nita Juniarsih

Kontributor

Penelitian ini melibatkan berbagai pemangku kepentingan dari Mitra INKLUSI, pemerintah pusat, pemerintah daerah dan organisasi masyarakat sipil yang telah berkontribusi proses rancangan penelitian dan pengumpulan data, sebagai berikut: 1) Pusat Rehabilitasi YAKKUM; 2) Yayasan Harapan Sumba; 3) GEMA Difabel; 4) Dinas Kesehatan, dan Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya; 5) Dinas Kesehatan, dan Puskesmas di Kabupaten Mamuju; 4) Kemenko PMK; 4) BAPPENAS; 5) Kementerian Kesehatan; 6) Komisi Nasional Disabilitas; 7) Kementerian Sosial; dan 8) BPJS Kesehatan.

Pengakuan

Kegiatan penelitian didukung oleh Pemerintah Australia dan Pemerintah Indonesia melalui Program INKLUSI, Kemitraan Australia-Indonesia Menuju Masyarakat Inklusif

Tahun publikasi

2025

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	<i>i</i>
DAFTAR GAMBAR.....	<i>iii</i>
DAFTAR SINGKATAN	<i>iv</i>
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Penelitian	1
B. Tujuan Penelitian	4
BAB II METODE PENELITIAN	6
A. Desain Penelitian	6
B. Implementasi Prinsip GEDSI	7
C. Lokasi Penelitian.....	8
D. Konteks Lokasi Penelitian	8
E. Ragam Disabilitas	10
F. Integrative Review	11
G. Pemetaan Kebijakan.....	13
H. Pengumpulan Data dan Proses Pengambilan Sampel.....	14
Survei ketersediaan dan harga obat di Apotek	17
Survei Kondisi disabilitas skizofrenia dan keluarganya.....	17
Wawancara dengan pemangku kepentingan	19
I. Analisis Data Penelitian	22
J. Izin dan Persetujuan Etik Penelitian	24
BAB III HASIL PENELITIAN	26
A. Akses ODDP ke Pelayanan Kesehatan Jiwa di Kedua Daerah Penelitian	26
Aksesibilitas ODDP ke Fasilitas Layanan Kesehatan	26
Kunjungan ODDP di Kedua Daerah Penelitian	27
Pemahaman tentang Kesehatan Jiwa	30
Ketersediaan Obat di Puskesmas dan Apotek.....	32
Ketepatan Pengobatan ODDP.....	36
Kemampuan dan Kemauan Bayar Keluarga Pasien terhadap Obat Kesehatan Jiwa	38
B. Desain Pelayanan dan Manajemen Obat Kesehatan Jiwa di Daerah dari Pemerintah Pusat.....	41
Konsep Kesehatan Jiwa dan Orang dengan Disabilitas Psikososial	41
Jenis layanan-layanan yang kesehatan jiwa	42
Obat Terpilih Pendukung Layanan Kesehatan Jiwa.....	45
Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Jiwa	48
Kebijakan Penanganan Pasung	50
C. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Jiwa di Daerah	50
Kebijakan Kesehatan Jiwa di Daerah	51

Keterlibatan Lintas Sektoral melalui TPKJM.....	52
Usaha Pencapaian SPM Kesehatan Jiwa.....	53
Variasi Alur Layanan Kesehatan Jiwa di Daerah.....	54
Layanan Promotif dan Preventif Kesehatan Jiwa	56
Kunjungan Rumah	57
Layanan Rehabilitatif Sosial.....	61
Ambiguitas Terminologi Obat Kesehatan Jiwa.....	63
D. Manajemen Layanan Kesehatan Jiwa di Daerah	64
Pengelolaan dokter dan petugas di daerah	64
Kapasitas Tenaga Kesehatan di Daerah	67
Pedoman Pengobatan ODDP di Daerah.....	69
Sistem Informasi Layanan Kesehatan Jiwa.....	69
E. Manajemen Obat-obatan Kesehatan Jiwa.....	71
Perencanaan Obat Kesehatan	72
Pengadaan dan Distribusi Obat Kesehatan Jiwa.....	74
Pola Peresepan Obat Kesehatan Jiwa.....	75
Dampak Kekosongan Obat	77
Obat Kadaluarasa di Puskesmas	78
F. Dampak Lain dari Dinamika Pengelolaan Layanan Kesehatan dan Obat-obat Kesehatan Jiwa di Daerah	79
Kondisi stabilitas disabilitas skizofrenia.....	79
Pembatasan ruang gerak pasien ODDP – Pasung	80
BAB IV DISKUSI, KESIMPULAN DAN REKOMENDASI KEBIJAKAN	85
A. DISKUSI	85
Aksesibilitas Perawatan dan Obat Kesehatan Jiwa	85
Kebijakan terkait kesehatan jiwa dan obatnya di tingkat nasional dan daerah	89
Ketersediaan Obat di Puskesmas dan Apotek.....	94
Perlu adanya Psikiater di Daerah.....	101
B. KESIMPULAN.....	102
C. REKOMENDASI	104
DAFTAR PUSTAKA.....	108

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Peta wilayah lokasi (A) Kabupaten Mamuju, Provinsi Sulawesi Barat dan (B) Kabupaten Sumba Barat Daya, Provinsi Nusa Tenggara Timur.	16
Gambar 2. Diagram Alur Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) untuk Kajian Literatur (Page et al., 2021)	20
Gambar 3. Persepsi keluarga disabilitas skizofrenia terkait aksesibilitas fasilitas kesehatan di Kabupaten Mamuju dan Sumba Barat Daya	34
Gambar 4. Tren jumlah kunjungan kesehatan jiwa berdasarkan tipe gangguan jiwa per bulan di kabupaten Mamuju (A) dan Sumba Barat Daya (B)	35
Gambar 5. Tren jumlah kunjungan kesehatan jiwa berdasarkan karakteristik puskesmas per bulan di kabupaten Mamuju (A) dan Sumba Barat Daya (B)	36
Gambar 6. Alasan ODDP tidak mengakses layanan	37
Gambar 7. Ketersediaan 11 obat kesehatan jiwa di puskesmas berdasarkan jumlah bulan variasi obat tersedia di Puskesmas	41
Gambar 8. Alasan ODDP Tidak Mengonsumsi Obat di Kabupaten Mamuju dan Sumba Barat Daya	42
Gambar 9. Ketepatan antara Diagnosis Gangguan Kesehatan Jiwa dan Terapi yang Diberikan di Puskesmas Lokasi Penelitian	43
Gambar 10. Distribusi pendapatan berdasarkan kabupaten dan karakteristik tempat tinggal responden	45
Gambar 11. Sebaran data kemampuan bayar keluarga (A) dan kemauan bayar (B) dibandingkan dengan median harga obat risperidone, haloperidol dan klorpromazin	46
Gambar 12. Sebaran kemampuan (A) dan kemauan bayar (B) keluarga disabilitas skizofrenia dalam membeli tiga obat utama penanganan kesehatan jiwa di Kabupaten Mamuju dan Sumba Barat Daya	47
Gambar 13. Alur Umum Skrining Kesehatan Jiwa dan NAPZA secara umum di FKTP. Sumber: panduan orientasi skrining kesehatan jiwa dan penyalahgunaan NAPZA serta tindak lanjut hasil skrining, Kementerian Kesehatan	50
Gambar 14. Pelayanan Kesehatan ODGJ Berat dalam SPM Kesehatan	56
Gambar 15. Alur Pelayanan Kesehatan Jiwa di Kabupaten Sumba Barat Daya (a) dan Kabupaten Mamuju	63
Gambar 16. Manajemen rantai pasokan obat kesehatan jiwa pas sektor publik di Indonesia	82
Gambar 17. Hasil survei terkait kondisi stabilitas ODDP menurut keluarga/pendamping saat survei dilakukan (A); kapasitas ODDP untuk melakukan aktivitas saat dalam kondisi stabil (B); dan hal-hal yang dilakukan ODDP saat dalam kondisi tidak stabil (C)	91
Gambar 18. Jenis-jenis Pembatasan yang dilakukan oleh keluarga/pendamping pasien dengan disabilitas psikososial saat melakukan perawatan di rumah	92

DAFTAR SINGKATAN

ADHD	: <i>Attention Deficit and Hyperactive Disorder</i>
AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Nasional
ASSIST	: <i>Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test</i>
ATP	: <i>Ability to pay</i>
BLUD	: Badan Layanan Umum Daerah
BOK	: Bantuan Operasional Kesehatan
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPJS-K	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan
BPS	: Badan Pusat Statistik
BRIN	: Badan Riset dan Inovasi Nasional
DAK	: Dana Alokasi Khusus
DOEN	: Daftar Obat Esensial Nasional
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
FKRTL	: Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FORNAS	: Formularium Nasional
GEDSI	: <i>Gender, Disability, and Social Inclusion</i>
HAM	: Hak Asasi Manusia
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ICD	: <i>International Classification of Disease</i>
ILP	: Integrasi Layanan Primer
IRR	: <i>Incidence Rate Ratio</i>
JBI	: Juru Bahasa Isyarat
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Kemenko	: Kementerian Koordinator
KMK	: Keputusan Menteri Kesehatan
KND	: Komisi Nasional Disabilitas
KRIS	: Kelas Rawat Inap Standar
KTP	: Kartu Tanda Penduduk
LAI	: <i>Long-Acting Injectable</i>
LPLPO	: Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat
LMS	: <i>Learning Management System</i>
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
MESO	: Monitoring Efek Samping Obat
MHREC	: <i>Medical and Health Research Ethics Committee</i>
MOOC	: <i>Massive Open Online Course</i>
NAPZA	: Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif
NGO	: Non Governmental Organization
NTT	: Nusa Tenggara Timur
ODDP	: Orang dengan Disabilitas Psikososial
ODGJ	: Orang dengan Gangguan Jiwa
ODMK	: Orang dengan Masalah Kejiwaan
OEN	: Obat Esensial Nasional
OMS	: Organisasi Masyarakat Sipil

Ormas	: Organisasi Masyarakat
PANSS	: <i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>
PBI	: Penerima Bantuan Iuran
Pemda	: Pemerintah Daerah
Perda	: Peraturan Daerah
Permen	: Peraturan Menteri
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
Permensos	: Peraturan Menteri Sosial
Perpres	: Peraturan Presiden
PJ	: Penanggung Jawab
PKMK	: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan
POA	: Plan of Action
PP	: Peraturan Pemerintah
PPDGJ	: Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa
PPK	: Panduan Praktik Klinis
PR	: Pusat Rehabilitasi
PRB	: Program Rujuk Balik
PRISMA	: <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RAN	: Rencana Aksi Nasional
RAD	: Rencana Aksi Daerah
RBM	: Rehabilitasi Berbasis Masyarakat
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RME	: Rekam Medis Elektronik
RS	: Rumah Sakit
RSJ	: Rumah Sakit Jiwa
RSU	: Rumah Sakit Umum
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SBD	: Sumba Barat Daya
SDM	: Sumber Daya Manusia
SDQ	: <i>Strength and Difficulties Questionnaire</i>
SIMKESWA	: Sistem Informasi Kesehatan Jiwa
SISDMK	: Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan
SK	: Surat Keputusan
SKI	: Survei Kesehatan Indonesia
SOP	: Standar Operasional Prosedur
Sp. KJ	: Spesialis Kedokteran Jiwa
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
SRQ	: <i>Self Reporting Questionnaire</i>
TB	: Tuberculosis
THP	: Triheksilfenidil
TPKJM	: Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat
UGM	: Universitas Gadjah Mada
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
USD	: <i>United States Dollar</i>
UU	: Undang-undang
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WTP	: <i>Willingness to pay</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian



Di Indonesia masalah kesehatan mental semakin menjadi sorotan secara nasional karena mengalami peningkatan secara terus menerus. Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa dari 10.000 penduduk, diperkirakan ada 18 orang dengan gangguan jiwa berat dalam populasi tersebut. Data Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 menunjukkan bahwa sekitar 3,9 juta penduduk Indonesia turut mengalami depresi. Meskipun kasus tertinggi terjadi pada kelompok usia 15-24 tahun (2%), isu ini tidak terbatas hanya pada satu kelompok melainkan menjangkau berbagai populasi, mulai dari remaja hingga lansia, hingga kelompok rentan (Kemenkes RI, 2023). Hal ini mengindikasikan bahwa kesehatan mental adalah masalah yang meluas dan mempengaruhi berbagai lapisan masyarakat (Aruta, 2024).

Prevalensi yang tinggi dari gangguan mental emosional seperti depresi, kecemasan, dan skizofrenia tidak hanya berdampak pada kualitas hidup dan produktivitas individu, tetapi juga memicu stigma, diskriminasi, dan beban ekonomi yang berat bagi penderita dan keluarganya (Yani et al., 2025; Munira et al., 2025; Fahrudin et al., 2025; Aruta, 2024; Julaeaha et al., 2024; Tyas et al., 2024; Nova et al., 2023; Aiyub et al., 2023; Anindyajati et al., 2022; Putri et al., 2021; Subu et al., 2021; Habita et al., 2020). Secara global, beban ekonomi per tahun untuk perawatan skizofrenia mencapai USD 100 miliar untuk rawat inap berulang, dengan estimasi biaya tahunan di Indonesia mencapai Rp 32 juta per pasien (Julaeaha et al., 2024). Isu gangguan mental semakin dianggap serius dengan adanya resiko bunuh diri.

Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2025, depresi menempati peringkat ketiga sebagai penyebab utama kematian pada remaja di seluruh dunia. Terdapat fakta bahwa individu yang mengalami depresi memiliki kemungkinan 5 kali lebih tinggi untuk memiliki ide bunuh diri, dengan proporsi tertinggi berada pada rentang usia 15-24 tahun (Kemenkes RI, 2024; Kaligis et al., 2021; Putra et al., 2021). Data dari Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN) menunjukkan bahwa hampir setengah dari kasus bunuh diri antara tahun 2012–2023 yang terjadi pada kelompok usia remaja dapat menjadi indikator keseriusan masalah tersebut (Winurini, 2025). Pada kasus ekstrim lainnya, masih ditemukan kasus praktik pasung sebanyak 4.304 ODGJ di tahun 2022, walaupun kasus tersebut sudah menurun sangat drastis dari tahun 2010 dengan jumlah kasus 18.000 praktik (Firdaus A., 2022).

Semua kelompok masyarakat di Indonesia berpeluang mengalami masalah

kesehatan mental. Depresi, kecemasan, dan psikosis pasca persalinan dapat bermanifestasi sebagai gangguan bipolar dan merusak peran perempuan sebagai ibu yang dikaitkan dengan perkembangan suboptimal pada anak (O'Hara et al., 2014). Mereka yang tinggal di lingkungan sosial dan ekonomi terbatas seperti ekonomi rendah, tinggal di daerah terpinggirkan, dan identitas sosial yang terstigma (penyandang disabilitas) cenderung mengalami gangguan mental yang signifikan dan berkepanjangan (Aruta, 2024; Kemenkes RI, 2024). Selain itu, kurangnya dukungan keluarga, memiliki keluarga yang disfungsi, dan kesepian menjadi pemicu stres yang berkepanjangan terutama bagi kaum muda (Munira et al., 2025). Pandemi COVID-19 menyebabkan lonjakan gangguan mental (depresi, kecemasan, kesepian, distres, *burnout*) di berbagai kelompok populasi, diperparah oleh terganggunya layanan tatap muka, stigma, keterbatasan sumber daya, dan rendahnya literasi digital (Maba et al., 2023; Ildil et al., 2020). Selama pandemi perawat juga mengalami 6,48% depresi, 15,74% kecemasan, dan 8,3% stres dari kategori ringan hingga sangat berat (Yosmar dan Badriyya, 2023). Prevalensi gangguan mental yang tinggi di kalangan anak muda di Indonesia justru berlawanan dengan rendahnya akses ke pengobatan, yakni hanya 10% anak muda yang depresi mencari pengobatan (Pragholapati et al., 2024).

Adapun dampak sosial yang disebabkan oleh gangguan mental seperti risiko bunuh diri, pelanggaran hak asasi manusia (HAM) seperti kekerasan, pemasungan, dan isolasi, dan diskriminasi pada individu maupun keluarga (Tyas et al., 2024; Subu et al., 2021; Hunt et al., 2023; Dahniar et al., 2022; Lee et al., 2021; Irwanto et al., 2020; Kadar et al., 2020; Habita et al., 2020; Tristiana et al., 2018; Puteh et al., 2011). Pemasungan seringkali dipandang sebagai tindakan putus asa oleh keluarga karena kurangnya akses ke layanan formal, kendala finansial, dan dukungan komunitas yang tidak memadai (Hunt et al., 2023; Sari et al., 2023; Tristiana et al., 2018; Suryani et al., 2011). Stigma masyarakat dan lemahnya dukungan sosioemosional juga turut menghambat penanganan, karena membuat orang dengan gangguan jiwa maupun keluarga enggan untuk mencari bantuan profesional (Surjaningrum et al., 2024; Kaligis et al., 2021). Salah satu penyebab utama adalah gejala gangguan mental yang sering tidak disadari atau cenderung diabaikan membuat individu terlambat mendapatkan pertolongan (Thormar et al., 2013).

Indonesia telah berkomitmen untuk mewujudkan setiap individu dengan sehat jasmani dan mental. Tujuan utama pembangunan kesehatan jiwa adalah untuk menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa serta menjamin setiap orang dapat mengembangkan berbagai potensi kecerdasan dan psikologis lainnya. Hingga saat ini, setiap orang dengan gangguan jiwa

(ODGJ) berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar menjadi indikator pemenuhan standar pelayanan minimal yang harus diberikan oleh setiap daerah. Kebijakan mengenai pasung yang telah ada sejak pasca kemerdekaan, yakni terbitnya Undang-Undang (UU) Nomor 3 Tahun 1996 tentang Kesehatan Jiwa, diikuti Gerakan Bebas Pasung tahun 2010, dan terus diperbarui hingga munculnya UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Hunt et al., 2023; Hidayat et al., 2023; Kadar et al., 2020).

Hasil studi sebelumnya melaporkan beberapa tantangan dalam penyediaan layanan kesehatan jiwa dan ketersediaan obatnya. *Service delivery* dalam kesehatan mental di Indonesia diselenggarakan melalui jejaring layanan primer (Puskesmas dengan program pelayanan jiwa), layanan rujukan di Rumah Sakit Umum (RSU), serta Rumah Sakit Jiwa (RSJ) yang tersebar di provinsi. Pemerintah juga mengembangkan layanan berbasis komunitas, termasuk program *community mental health nursing* dan rehabilitasi sosial, untuk mendekatkan akses kepada masyarakat, khususnya bagi ODGJ dan Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) (Kemenkes RI, 2023). Namun, layanan belum merata terutama di daerah terpencil dan kepulauan. Di sisi lain, *akses terhadap obat esensial* untuk kesehatan jiwa, termasuk antipsikotik, antidepresan, dan penenang, melalui Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) juga masih terbatas. Distribusi yang tidak merata dan keterbatasan stok di layanan primer sering mengganggu kontinuitas pengobatan (Arango et al., 2018). Data terkait respon sistem kesehatan daerah khususnya daerah terbatas di Indonesia dalam memenuhi kebutuhan kesehatan jiwa yang membahas secara komprehensif dari manajemen sistem kesehatan hingga dampaknya belum ditemukan. Studi lain melaporkan bahwa di puskesmas, ketersediaan obat esensial untuk kesehatan mental masih cenderung rendah, termasuk haloperidol. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) melaporkan bahwa hanya setengah populasi penyandang disabilitas psikososial yang meminum obat secara teratur.

Pertanyaan tersebut menjadi latar belakang penelitian ini terbentuk untuk menjawab “Sejauh mana sistem kesehatan Indonesia dapat menjawab kebutuhan kesehatan untuk penyandang disabilitas psikososial di daerah terbatas?”. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) bekerjasama dengan Pusat Rehabilitasi (PR) Yakkum berkomitmen untuk memahami kondisi kesehatan jiwa di daerah terbatas yaitu Kabupaten Mamuju di Provinsi Sulawesi Barat dan Kabupaten Sumba Barat Daya (SBD) di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Temuan ini dapat bermanfaat untuk:

1. Menjadi bahan pertimbangan untuk pemerintah daerah dan nasional dalam menyusun kebijakan kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial guna mencapai tujuan “*no one left behind*”.

2. Menjadi bukti pendukung dalam upaya peningkatan ketersediaan akses obat-obatan dan layanan lainnya terkait masalah mental / kesehatan jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk penyandang disabilitas psikososial maupun ragam lainnya.
3. Menjadi masukan bagi Mitra INKLUSI (khususnya PR YAKKUM) dalam melakukan advokasi kebijakan kesehatan, khusus akses obat untuk disabilitas psikososial ke pengambil keputusan daerah dan nasional.

B. Tujuan Penelitian



Tujuan penelitian adalah untuk mengeksplorasi kebutuhan penyandang disabilitas psikososial terhadap sistem kesehatan dilihat dari layanan kesehatan termasuk obat-obat yang tersedia. Adapun tujuan khusus dari kegiatan penelitian ini:

1. Mengidentifikasi jumlah kunjungan layanan kesehatan jiwa dan penggunaan obatnya di puskesmas per bulan di daerah studi terpilih dari tahun 2022 hingga 2025;
2. Melakukan penilaian ketepatan penggunaan obat terhadap laporan diagnosa yang dilakukan di seluruh puskesmas tersebut selama tahun 2024 dan 2025;
3. Menilai tingkat aksesibilitas fasilitas kesehatan, kemauan dan kemampuan keluarga penyandang disabilitas psikososial dalam mengakses pelayanan kesehatan jiwa dan layanan obat; dan
4. Mengidentifikasi kebijakan terkait kesehatan jiwa dan obatnya di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota untuk memahami desain sistem kesehatan nasional dalam penanganan kesehatan jiwa di daerah.
5. Melakukan pemetaan terkait ketersediaan layanan kesehatan jiwa dan layanan obatnya di daerah terpilih beserta dengan biaya layanan tersebut;
6. Mengeksplorasi pemahaman dan usaha para pemangku kepentingan terkait aksesibilitas layanan kesehatan jiwa dan obat-obatan pendukungannya;
7. Memahami dampak dan konsekuensi terhadap keterbatasan akses penyandang disabilitas psikososial di keluarga, masyarakat, fasilitas kesehatan, dan sistem kesehatan daerah.

BAB II

Metode Penelitian



BAB II METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian



Studi ini dikembangkan dengan konsep interdisiplin dalam memaknai masalah akses kesehatan mental dari pendekatan kesehatan masyarakat, klinisi, kebijakan dan sosio-ekonomi. Penelitian ini dilakukan dengan desain *sequential mixed methods*. Penelitian ini diawali dengan melakukan analisis sejumlah hasil literatur yang ada di negara *Indonesia* terkait respon sistem kesehatan terhadap kebutuhan penyandang disabilitas psikososial. Setelah mendapatkan gambaran kasar tersebut, pengumpulan data secara kuantitatif dan kualitatif dilakukan.

Pengumpulan data kuantitatif dilakukan melalui survei ke puskesmas dan pendamping/keluarga pasien penyandang disabilitas psikososial. Pengumpulan data di Puskesmas dilakukan untuk mengukur jumlah kunjungan pasien dengan schizophrenia, demensia, gangguan campuran anxietas (cemas) dan depresi, gangguan bipolar, gangguan depresi ringan hingga sedang, gangguan somatoform, serta gangguan tidur non organik berdasarkan kode *International Classification of Disease (ICD) 10* dan Panduan Praktik Klinik (PPK) dokter umum di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Di sisi lain, data terkait ketersediaan kelompok obat kausatif dan simptomatik juga dikumpulkan dengan rentang waktu 2022-2024 (amitriptilin, fluphenazine decanoate, fluoksetin, haloperidol, haloperidol decanoate, clobazam, chlorpromazin, diazepam, lorazepam, dan risperidone), serta obat lainnya seperti trihexyphenidyl untuk tata laksana efek samping di Puskesmas dan Apotek. Data ketersediaan obat ini dibutuhkan untuk melihat tata kelola penyediaan obat di sektor publik. Selain itu, survei dilakukan untuk menginvestigasi harga obat yang tersedia. Sementara itu, survei rumah tangga pada penyandang disabilitas psikososial melalui pendamping/keluarga telah dilakukan untuk mengukur pemahaman, aksesibilitas, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa.

Kemauan membayar (*willingness to pay/WTP*) dan kemampuan membayar (*availability to pay/ATP*) pendamping/keluarga penyandang disabilitas psikososial juga dinilai untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa. Data WTP dan ATP ini dikumpulkan untuk menilai beban yang dikeluarkan oleh keluarga ketika mereka ingin membeli obat secara mandiri. Hasil data yang telah dikumpulkan secara kuantitatif ini selanjutnya diunduh dan dianalisis dengan menggunakan aplikasi excel dan STATA 19.5 baik secara deskriptif dan analitik.

Kemudian, pengumpulan data dilanjutkan dengan pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan *focus group discussion (FGD)*.

Pengumpulan data ini dilakukan untuk mengeksplorasi lebih dalam temuan dari hasil survei dalam penyediaan pelayanan kesehatan jiwa untuk penyandang disabilitas psikososial oleh Dinas Kesehatan, FKTP, Rumah Sakit (RS), dan *stakeholders* baik di level pusat (Kemenkes serta lintas sektoral pusat) serta lintas sektoral di daerah masing-masing. Identifikasi kendala dan strategi yang dihadapi pemangku kepentingan dalam penyediaan layanan tersebut juga dilakukan. Eksplorasi mendalam terkait pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa juga dilakukan dengan pendamping atau keluarga penyandang disabilitas psikososial terpilih melalui wawancara. Hasil data yang telah dikumpulkan secara kualitatif ini berupa rekaman wawancara dan FGD yang kemudian ditranskrip dan dianalisis dengan menggunakan aplikasi Atlas.ti.

B. Implementasi Prinsip GEDSI



Prinsip *Gender, Disability, and Social Inclusion* (GEDSI) dalam penelitian ini diimplementasikan karena tujuan penelitian ini berkaitan dengan penyandang disabilitas psikososial dan aksesibilitas obat. Penelitian ini secara khusus melibatkan penyandang disabilitas psikososial melalui keluarga atau pendamping. Ragam disabilitas ini dipilih untuk mengisi kesenjangan dari hasil penelitian PKMK sebelumnya. Pada proses perancangan organisasi disabilitas dalam penetapan tujuan dan pertanyaan penelitian, yaitu PR YAKKUM sebagai organisasi yang bergerak untuk mendampingi dan memberdayakan penyandang disabilitas, khususnya disabilitas psikososial juga dilibatkan. Dalam proses pengumpulan data, jejaring dari PR YAKKUM di wilayah studi dan berpengalaman dalam berkomunikasi dengan penyandang disabilitas psikososial juga dilibatkan.

Di sisi lain, proses penelitian ini juga diawali dengan memberikan pembekalan atau pelatihan sensitivitas kepada peneliti, koordinator lapangan, dan enumerator. Pelatihan sensitivitas ini ditujukan agar proses penelitian dapat berjalan inklusif untuk penyandang disabilitas psikososial maupun keluarga/pendamping. PR YAKKUM bertugas sebagai fasilitator dalam pelaksanaan pelatihan tersebut.

Proporsi pelibatan perempuan dan laki-laki sebagai responden ataupun informan juga dipertimbangkan. Pada proses analisis dan penulisan laporan, perwakilan penyandang disabilitas dilibatkan untuk memberikan ulasan, penanggap, dan peserta dari diseminasi.

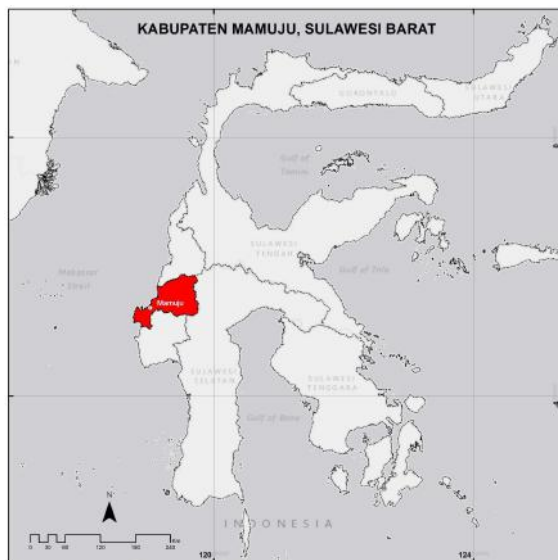
Untuk seluruh proses penelitian yang membutuhkan pertemuan secara umum (misal *stakeholders hearing*, FGD dan diseminasi), disediakan juru bahasa isyarat (JBI). Selain itu, akomodasi juga disediakan untuk pendamping penyandang disabilitas dalam setiap pertemuan *online* dan *offline*. Selain itu, tempat pertemuan yang inklusif untuk

penyandang disabilitas disediakan.

C. Lokasi Penelitian



Penelitian ini telah dilaksanakan di 2 wilayah program DIGNITY INKLUSI PR YAKKUM, yaitu Kabupaten Mamuju, Provinsi Sulawesi Barat dan Kabupaten Sumba Barat Daya, Provinsi NTT. Namun, di NTT satu wilayah cadangan diikutsertakan, yakni Kabupaten Sumba Barat, yang dipilih atas pertimbangan hasil observasi awal oleh PR YAKKUM dengan penilaian adanya keterbatasan pelayanan kesehatan jiwa dan ketersediaan obat untuk penyandang disabilitas psikososial. Kabupaten Sumba Barat diperkirakan merupakan wilayah rujukan terdekat dari Kabupaten Sumba Barat Daya. Penelitian ini dilaksanakan setelah mendapatkan *ethical clearance* dari Komite Etika Penelitian FKKMK.



(A)



(B)

Gambar 1. Peta wilayah lokasi (A) Kabupaten Mamuju, Provinsi Sulawesi Barat dan (B) Kabupaten Sumba Barat Daya, Provinsi Nusa Tenggara Timur.

D. Konteks Lokasi Penelitian



Penelitian ini dilaksanakan di dua wilayah studi dengan karakteristik demografis dan kapasitas layanan kesehatan yang berbeda, yaitu Kabupaten Mamuju (Provinsi Sulawesi Barat) dan Kabupaten Sumba Barat Daya (Provinsi NTT). Kabupaten Mamuju merupakan salah satu dari enam kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat sekaligus berfungsi sebagai ibu kota provinsi. Daerah ini memiliki kapasitas fiskal kategori sedang dengan nilai 1.233

menurut PMK No.127 Tahun 2024, dengan jumlah penduduk 288.283 jiwa, dan luas wilayah 4.936,02 km² (BPS Kab. Mamuju, 2024). Secara geografis, Mamuju berbatasan dengan Selat Makassar di sebelah barat, Provinsi Sulawesi Selatan di timur, Kabupaten Majene dan Kabupaten Mamasa di selatan, serta Kabupaten Mamuju Tengah di utara. Topografinya bervariasi, mulai dari kawasan pesisir hingga perbukitan dan pegunungan di pedalaman.

Dari sisi layanan kesehatan, Kabupaten Mamuju memiliki 23 puskesmas, dengan 10 diantaranya merupakan Puskesmas rawat inap. Berdasarkan tipologi, terdapat 2 puskesmas perkotaan, 15 puskesmas pedesaan, 5 puskesmas terpencil, dan 1 puskesmas sangat terpencil (Puskesmas Karama). Selain itu, terdapat beberapa wilayah kepulauan berpenghuni, salah satunya Pulau Karampuang yang masuk dalam wilayah kerja Puskesmas Bambu. Fasilitas rumah sakit mencakup lima RS utama, yaitu RSUD Kabupaten Mamuju (Tipe C), RS Umum Mitra Manakarra (Tipe C), RS Ibu dan Anak Mutiara Ibu (Tipe C), RSUD Provinsi Sulawesi Barat (Tipe C), dan RS Bhayangkara Tk. IV Sulawesi Barat (Tipe C), serta satu RS tambahan, yaitu RS Tk. III Punggawa Malolo (Tipe D). Layanan kesehatan jiwa hanya tersedia di RS Umum Mitra Manakarra dan RSUD Provinsi Sulawesi Barat. Provinsi Sulawesi Barat belum memiliki Rumah Sakit Jiwa (RSJ), sehingga RSJ terdekat adalah Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi, Makassar. Kabupaten ini juga memiliki 11 apotek yang tersebar di wilayahnya. Jumlah tenaga kesehatan yang teregistrasi di RS dan Puskesmas terdiri atas 46 dokter umum, 2 psikiater, 1.020 perawat, 634 bidan, dan 113 farmasi.

Cakupan kepesertaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Mamuju tergolong tinggi, mencapai 98% pada tahun 2025. Dari aspek kesehatan jiwa, hasil SKI 2023 menunjukkan bahwa Provinsi Sulawesi Barat memiliki prevalensi rumah tangga dengan anggota bergejala psikosis/skizofrenia sebesar 5,9 per mil (lebih tinggi dari rerata nasional 4,0 per mil). Prevalensi depresi sebesar 0,6% (lebih rendah dari rerata nasional 1,4%), sedangkan prevalensi masalah kesehatan jiwa yang diukur dengan *Self Reporting Questionnaire 20* (SRQ-20) tercatat 1,4% (dibandingkan rerata nasional 2,0%).

Lokasi penelitian kedua adalah Kabupaten Sumba Barat Daya, salah satu dari 22 kabupaten/kota di Provinsi NTT. Kabupaten ini memiliki kapasitas fiskal kategori sangat tinggi dengan nilai 1.637 menurut PMK No.127 Tahun 2024, dengan jumlah penduduk 328.771 jiwa, dan luas wilayah 13.833,12 km² (BPS Kab. Sumba Barat Daya, 2024). Secara geografis, Sumba Barat Daya terletak di Pulau Sumba, salah satu dari tiga pulau utama di NTT. Jarak antara Kabupaten Sumba Barat Daya dan ibu kota provinsi (Kota Kupang) sekitar 700 km melalui jalur darat dan laut dengan waktu tempuh sekitar 1 hari 10 jam, atau dapat dicapai dalam 1–1,5 jam menggunakan transportasi udara. Hampir separuh wilayah Kabupaten Sumba Barat Daya berupa daerah perbukitan.

Dari sisi layanan kesehatan, Kabupaten Sumba Barat Daya memiliki 16 puskesmas, dengan 11 diantaranya merupakan puskesmas rawat inap. Berdasarkan tipologi, terdapat 10 puskesmas pedesaan dan 6 puskesmas terpencil, tanpa kategori perkotaan maupun sangat terpencil. Fasilitas rumah sakit di kabupaten ini terbatas pada dua unit, yaitu Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Reda Bolo (Tipe D) dan RS Karitas Weetabula (Tipe C) (Kemenkes RI, 2025). Keduanya belum memiliki layanan kesehatan jiwa maupun tenaga psikiater. Layanan psikiater terdekat hanya tersedia di RS Ibu dan Anak Mitra Ananda di Waingapu, Kabupaten Sumba Timur, sedangkan RSJ terdekat adalah RSJ Naimata di Kota Kupang. Di wilayah Kabupaten Sumba Barat Daya juga terdapat 11 apotek, yang sebagian besar terkonsentrasi di ibu kota kabupaten, Tambolaka. Sebaran tenaga kesehatan teregistrasi di RS dan Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya meliputi 14 dokter umum, 798 perawat, 348 bidan, dan 55 farmasi (Kemenkes RI, 2025).

Cakupan kepesertaan BPJS Kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Daya relatif rendah, yaitu 69,98% (BPS Kab. Sumba Barat Daya, 2024). Kondisi ini turut dipengaruhi oleh lebih dari 10 ribu penduduk yang belum memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) (Ladi, F., 2024). Berdasarkan SKI 2023, Provinsi NTT memiliki prevalensi rumah tangga dengan anggota bergejala psikosis/skizofrenia sebesar 5,5 per mil (rerata nasional 4,0 per mil). Prevalensi depresi tercatat 1,1% (mendekati rerata nasional 1,4%), dan prevalensi masalah kesehatan jiwa dengan SRQ-20 sebesar 2,2% (sedikit lebih tinggi dari rerata nasional 2,0%) (Kemenkes RI, 2024).

E. Ragam Disabilitas



Ragam disabilitas yang dilibatkan pada penelitian ini hanya terbatas pada penyandang disabilitas psikososial melalui perwakilan pendamping/keluarga sehingga tidak melibatkan ragam disabilitas lainnya/penyandang disabilitas ganda. Penyandang disabilitas psikososial menjadi populasi utama dalam penelitian karena pelayanan kesehatan jiwa paling banyak dibutuhkan oleh mereka dan sejalan dengan program DIGNITY INKLUSI Pusat Rehabilitasi YAKKUM. Berdasarkan UU No. 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, ragam disabilitas psikososial yang perlu dilibatkan adalah skizofrenia, bipolar, depresi, ansietas, dan gangguan kepribadian.



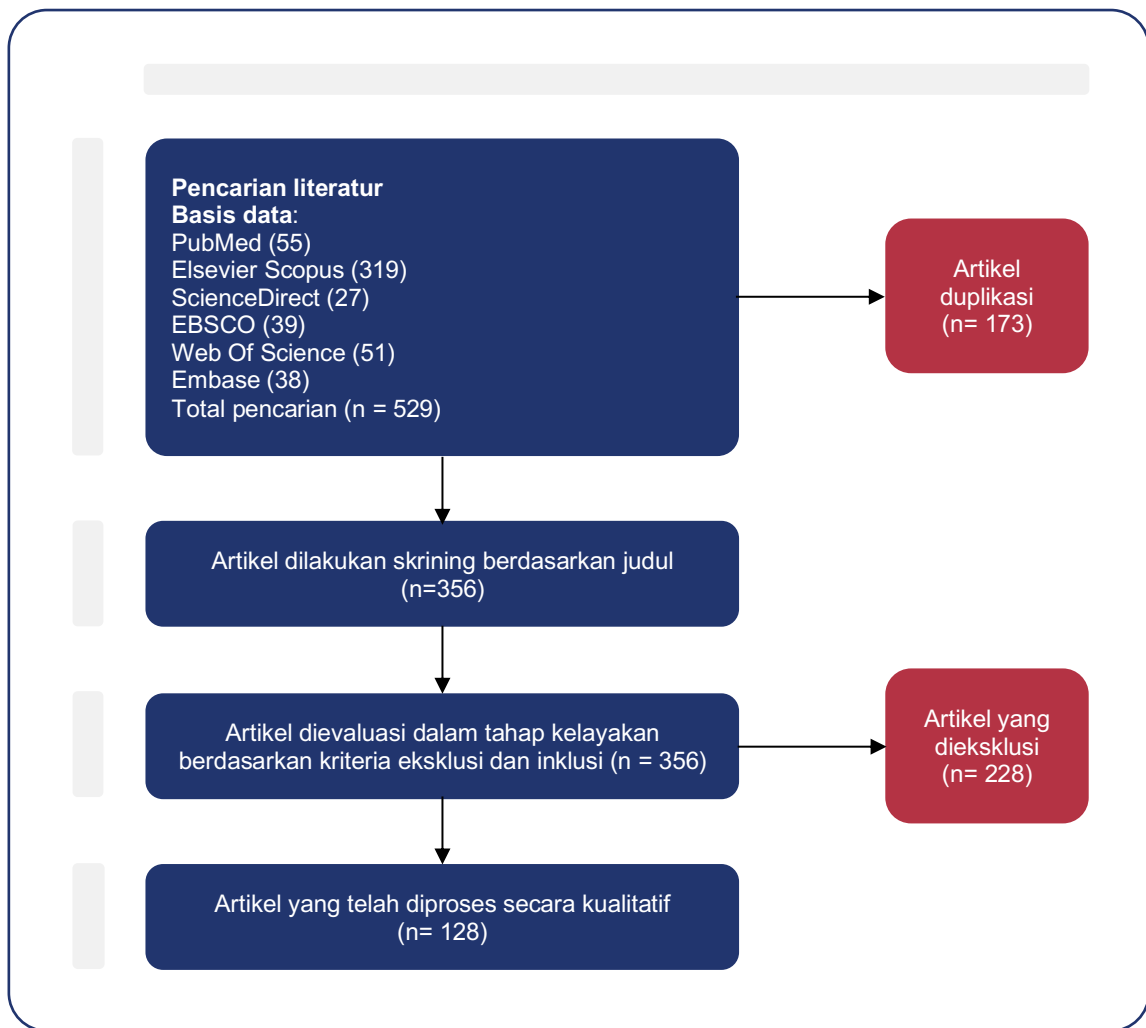
Tinjauan literatur ini dilakukan secara sistematis yang berpedoman pada kerangka *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Proses pencarian dan seleksi artikel dibagi menjadi empat tahapan utama, yaitu identifikasi, skrining, penilaian, dan sintesa. Pertama, pada tahap identifikasi, pencarian dengan kombinasi kata kunci yang relevan yang spesifik ke Indonesia dengan menggunakan metode PCC atau *Population, context and content*. Gabungan kata kunci tersebut adalah "Indonesia" sebagai *Population*, "*Mental Health*" OR "*Mental disorder*" OR "*psychosocial disability*" OR "*Mental disability*" OR "*Mental illness*" sebagai *Concept* dan "*Health system*" OR "*Health policy*" OR "*Health service*" OR "*Medicine availability*" OR "*Medication*" sebagai *Context*. Kedua, RBF mengumpulkan semua artikel yang terekam dengan menggunakan aplikasi reference manager yaitu Zotero. Semua duplikasi hasil pencarian yang terkumpul dilakukan penghapusan duplikasi artikel. Hasilnya, terdapat total artikel sebanyak 529 buah. Setelah itu, mengevaluasi terhadap duplikasi artikel dan menemukan sebanyak 258 artikel duplikasi dan menghapus sebanyak 173 artikel.

Tahap skrining dilakukan dengan meninjau judul dan abstrak dari setiap artikel untuk memastikan relevansinya dengan topik penelitian. RBF, AN, dan ISE menggunakan aplikasi Rayyan untuk menentukan kesesuaian semua artikel tersebut dengan tujuan penelitian. Artikel yang tidak relevan dengan respon kesehatan mental, sistem kesehatan, atau konteks Indonesia dieksklusi pada tahap ini. Ketiga anggota kelompok peneliti tersebut membandingkan hasil penilaian mereka. Sebanyak 356 artikel diskruining untuk dilihat kesesuaian temanya.

Selanjutnya, pada tahap kelayakan, teks lengkap dari artikel yang lolos skrining dibaca secara mendalam. Artikel dievaluasi berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan berdasarkan jenis artikel, fokus utama penelitian, dan populasi penelitian.

Terakhir, artikel yang memenuhi seluruh kriteria dimasukkan ke dalam tinjauan ini untuk dianalisis dan disintesis secara kualitatif. RBF, TM, ISE, AN, dan KS membaca seluruh artikel tersebut dan disintesis berdasarkan tema yang ditentukan, yaitu Identitas artikel Permasalahan kesehatan mental/Jiwa/Psikososial, Layanan kesehatan mental/Jiwa/Psikososial, Elemen sistem kesehatan mental/Jiwa/Psikososial, dan regulasi dan kebijakan terkait. Banyaknya artikel yang disintesis sebanyak 128 artikel.

Seluruh proses seleksi dan jumlah artikel yang lolos atau tereliminasi pada setiap tahap didokumentasikan dalam sebuah diagram alir PRISMA untuk menjamin transparansi dan replikasi. Diagram alur PRISMA terhadap penelitian ini dapat dilihat pada gambar 2 di bawah ini.



Gambar 2. Diagram Alur *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* untuk Kajian Literatur (Page et al., 2021)

Selain melalui proses pencarian **literatur sistematis** menggunakan kerangka PRISMA, penelitian ini juga dilengkapi dengan **desk review**. *Desk review* dilakukan untuk menelaah dokumen-dokumen resmi, laporan pemerintah, regulasi, serta publikasi institusi nasional maupun internasional yang relevan dengan topik penelitian. Proses *desk review* dilakukan secara paralel dengan pencarian artikel akademik, dimulai dari identifikasi dokumen kunci, seperti UU, peraturan pemerintah (PP), kebijakan-kebijakan, atau peraturan menteri instansi terkait di Indonesia. Kemudian dilakukan skrining isi untuk memastikan kesesuaian dengan konteks sistem kesehatan dan respon kesehatan mental di Indonesia. Tahap selanjutnya adalah mengevaluasi kelayakan dokumen berdasarkan kredibilitas sumber, relevansi substansi, dan keterkaitannya dengan kerangka analisis penelitian. Hasil *desk review* ini kemudian diintegrasikan dengan temuan literatur ilmiah untuk memperkuat latar belakang, analisis, dan memberikan gambaran yang lebih komprehensif.



Penelitian ini juga melakukan pemetaan kebijakan nasional dan daerah secara sistematis mencakup situs website peraturan.bpk.go.id dan kemkes.go.id untuk mengidentifikasi peraturan dan dokumen kebijakan terkait pelayanan kesehatan dan penyandang disabilitas. Kriteria kelayakan meliputi undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan daerah, pedoman dan peraturan kementerian. Pemetaan kebijakan yang dilakukan baik level nasional maupun daerah dispesifikkan pada kebijakan yang diterbitkan dalam 10 (sepuluh) tahun terakhir. Dimana dari kebijakan yang diperoleh, diseleksi kembali berdasarkan status dari regulasi tersebut dengan mengeksklusi kebijakan yang telah dicabut dengan kebijakan terbaru atau dengan kata lain kebijakan yang sudah tidak berlaku.

Tabel 1. Strategi Penelusuran Kebijakan/Regulasi

Website	Tautan	Level Kebijakan/ Regulasi	Kata Kunci
peraturan.bpk.go.id	https://peraturan.bpk.go.id/	1. Nasional 2. Provinsi Sulawesi Barat	1. Undang-undang Kesehatan 2. Undang-undang Penyandang Disabilitas
kemkes.go.id	https://www.kemkes.go.id/id/home	3. Provinsi Nusa Tenggara Timur 4. Kabupaten Mamuju 5. Kabupaten Sumba Barat Daya	3. Peraturan Daerah Penyandang Disabilitas 4. Kesehatan jiwa

Pemetaan kebijakan nasional dan daerah dilakukan melalui penelusuran secara sistematis dengan menggunakan beberapa *keyword* yaitu, “kesehatan jiwa”, “kesehatan mental”, “disabilitas mental”, “psikososial”, dan “gangguan jiwa”. Hasil penelusuran kebijakan nasional dengan menggunakan *keyword* “kesehatan jiwa” diperoleh sebanyak 436 regulasi dan 12 regulasi untuk *keyword* “gangguan jiwa”. Sementara itu, penelusuran dengan tiga kata kunci lainnya tidak menemukan kebijakan yang relevan.

Pemetaan kebijakan daerah juga dilakukan melalui penelusuran secara sistematis serta menggunakan beberapa *keyword* yang sama dengan penelusuran kebijakan nasional. Dimana untuk kebijakan daerah tingkat provinsi yakni Provinsi Sulawesi Barat,

diperoleh sebanyak 10 kebijakan pada masing-masing *keyword* yaitu “kesehatan jiwa” dan “kesehatan mental”, serta 1 kebijakan dengan *keyword* “gangguan jiwa”. Sedangkan, hasil penelusuran dengan dua *keyword* lainnya tidak menghasilkan kebijakan yang relevan. Hal serupa juga dilakukan di Provinsi NTT, dengan hasil 21 regulasi untuk kesehatan jiwa, 20 regulasi untuk kesehatan mental, 2 kebijakan untuk disabilitas mental, serta tidak ditemukan regulasi dengan *keyword* psikososial dan gangguan jiwa.

Selain itu, penelusuran kebijakan daerah juga dilakukan pada level kabupaten. Berdasarkan hasil penelusuran yang telah dilakukan, di Kabupaten Mamuju terdapat 6 kebijakan berdasarkan *keyword* “kesehatan jiwa” dan “kesehatan mental”, serta 1 kebijakan yang ditemukan dengan *keyword* “gangguan jiwa”. Sebaliknya, berdasarkan hasil penelusuran kebijakan di Kabupaten Sumba Barat Daya, tidak ditemukan kebijakan yang sesuai dengan lima *keyword* yang juga digunakan dalam penelusuran kebijakan pada tingkat daerah dan nasional. Dari hasil pemetaan kebijakan, selanjutnya menganalisis ketersediaan dan kesesuaian antara rancangan dan implementasi peraturan.

H. Pengumpulan Data dan Proses Pengambilan Sampel



Proses pengumpulan data dilakukan melalui tiga tahap. Tahap pertama yaitu pengumpulan data primer di puskesmas yang meliputi data pasien *by name by address*, kunjungan bulanan pasien ODDP, dan ketersediaan 12 psikofarmaka; serta pengumpulan data sekunder di apotek yang meliputi ketersediaan dan harga obat psikofarmaka. Data sekunder tersebut menjadi landasan dalam penentuan populasi dan sampel pada tahap kedua, yaitu survei rumah tangga dengan anggota keluarga ODDP. Temuan data kuantitatif pada pengumpulan data sekunder dan survei rumah tangga menjadi bahan penggalian informasi pada tahap ketiga, yaitu wawancara dan diskusi kelompok kecil yang dilakukan secara daring dan luring. Semua instrumen telah dikonsultasikan ke Kementerian Kesehatan dan Komisi Nasional Disabilitas (KND) dan dilakukan *pilot testing* bersama dengan enumerator di kedua lokasi studi.

Pengumpulan data sekunder Puskesmas

Terdapat 3 data sekunder yang dikumpulkan di puskesmas, yaitu data pengobatan pasien *by name by address*, jumlah kunjungan pasien ODDP dan ketersediaan obat psikofarmaka yang diisikan melalui formulir dalam bentuk *soft-file* excel. Formulir tersebut dibagikan ke petugas puskesmas (penanggung jawab farmasi dan penanggung jawab program kesehatan jiwa) yang telah mendapatkan penjelasan cara pengisiannya dalam agenda *kick-off meeting* yang dilaksanakan secara luring di daerah masing-masing.

Kriteria inklusi dan eksklusi dalam melibatkan responden dalam tahap ini dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Kriteria Inklusi dan Eksklusi Responden Petugas Puskesmas dan Apotek

Kriteria inklusi responden petugas puskesmas dan apotek	Kriteria eksklusi responden petugas puskesmas dan apotek
<ol style="list-style-type: none"> 1. Responden berusia lebih dari 18 tahun 2. Responden bekerja di puskesmas dan/atau apotek di wilayah studi selama satu tahun terakhir 3. Responden memahami penyediaan layanan kesehatan jiwa di puskesmas 4. Responden memiliki tanggung jawab pada manajemen obat di puskesmas dan apotek 5. Menyetujui untuk berpartisipasi dengan menandatangani formulir persetujuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesulitan dalam berkomunikasi atau merespon pertanyaan yang diberikan 2. Tidak dapat dihubungi oleh peneliti/enumerator setelah 3 kali upaya

Petugas koordinator lapangan dan enumerator melakukan pengumpulan data ke masing-masing puskesmas. Untuk puskesmas yang memiliki hambatan dalam pengisian kuesioner tersebut, enumerator mendatangi dan membantu dalam pengisian data. Tim peneliti melakukan verifikasi ketika terdapat data yang masuk, dan meminta petugas puskesmas maupun enumerator untuk memverifikasi ulang apabila terdapat data yang bermasalah. Dari 39 puskesmas, hanya satu puskesmas di Sumba Barat Daya yang tidak dapat mengumpulkan data karena kendala internal puskesmas. Realisasi data yang terkumpul dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 3. Jumlah Realisasi Data Terkumpul

Daerah	Puskesmas	Apotek
Mamuju	23	27
Sumba Barat Daya	16	22
Sumba Barat*	tidak dilibatkan	20
Total	39	69

**Daerah ini dilibatkan untuk mengidentifikasi ketersediaan obat di Apotek sebagai wilayah yang berpotensi menjadi rujukan Sumba Barat Daya*

Data yang pertama dikumpulkan adalah data pengobatan pasien *by name by address* yang digunakan sebagai dasar penentuan jumlah sampel yang digunakan dalam survei rumah tangga. Data yang dikumpulkan adalah nama pasien, usia, jenis kelamin, alamat, diagnosis berdasarkan kode ICD 10, jenis terapi/obat, dosis obat yang diberikan, cara pemberian dan jumlah obat yang diberikan untuk periode 2024-2025.

Data kedua adalah kompilasi jumlah kunjungan ODDP di Puskesmas dalam rentang waktu Januari 2022 hingga Maret 2025. Data yang dikumpulkan adalah jumlah kunjungan pasien, yaitu apabila 1 pasien dikunjungi 2 kali dalam bulan yang sama, maka penghitungan kunjungan ditulis sebanyak 2 kali kunjungan. Kode diagnosis digunakan ICD 10 untuk menghitung jumlah kunjungan berdasarkan diagnosis sesuai dengan varian penyakit jiwa yang tercantum dalam PPK untuk dokter umum di FKTP, seperti F03.91 untuk *Unspecified Dementia with Behavioral Disturbance*, F20 untuk Skizofrenia, F32.0 untuk *major depressive disorder, single episode, mild* (ringan), F32.1 untuk *major depressive disorder, single episode, moderate* (sedang), F41.2 untuk *mixed anxiety and depressive disorder*, F45.9 untuk *somatoform disorder* dan F51 untuk *non-organic sleep disorder*. Diagnosis F31 untuk Gangguan Afektif Bipolar memang tidak tercantum dalam PPK, namun ditambahkan sebagai varian diagnosis berdasarkan masukan dari kedua kabupaten setelah tim peneliti melakukan sosialisasi.

Dalam proses pengumpulan data kunjungan ODDP, didapatkan sebagian besar puskesmas memiliki keterbatasan dalam menyediakan data tahun 2022 dan 2023. Selain itu, jumlah kunjungan ODDP selain skizofrenia (F20) sangat minim, sehingga dianggap tidak dapat menggambarkan prevalensi kasus sesungguhnya di kedua lokasi penelitian. Oleh sebab itu, survei rumah tangga dalam penelitian ini hanya berfokus pada ODDP dengan diagnosis skizofrenia.

Data ketiga adalah dinamika ketersediaan obat psikofarmaka pada rentang waktu Januari 2022 hingga Maret 2025. Data psikofarmaka yang dikumpulkan adalah Amitriptilin, Diazepam, Fluphenazine decanoate, Fluoksetin, Haloperidol, Haloperidol decanoat, Clobazam, Chlorpromazin, Lorazepam, Risperidone, dan Triheksifenidil. Daftar tersebut diambil dari daftar obat psikofarmaka yang harus ada di puskesmas sesuai dengan formularium nasional. Data yang dikumpulkan meliputi: kebutuhan tahun berjalan; sisa obat tahun sebelumnya; serta jumlah obat masuk (dari dinas kesehatan, pembelian mandiri, hibah), jumlah obat keluar (konsumsi, terbuang, diberikan ke faskes lain) dan sisa stok pada masing-masing bulan dalam tahun berjalan. Dalam pengisian data yang dibutuhkan, PJ Farmasi Puskesmas menggunakan Laporan Lembar Permintaan dan Pengeluaran Obat (LPLPO) untuk melihat data obat masuk dan keluar, serta mencocokkannya dengan kartu kontrol obat di puskesmas.

Survei ketersediaan dan harga obat di Apotek

Enumerator mengunjungi seluruh apotek yang ada di Kabupaten Sumba Barat Daya, Sumba Barat, dan Mamuju untuk melibatkan petugas apotek sebagai responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi pada tabel 2. Realisasi kunjungan yang dilakukan dapat dilihat pada tabel 4. Daftar obat yang dikumpulkan meliputi obat-obatan kategori psikofarmaka yang ada di Formularium Nasional. Data yang dikumpulkan adalah identitas psikofarmaka yang disediakan oleh apotek pada tahun 2024-2025 beserta stok yang tersedia saat kunjungan, harga beli, harga jual, dan total penjualan di tahun 2024 dan 2025. Untuk apotek yang berada di luar pusat kabupaten, enumerator menghubungi apotek terlebih melalui telepon untuk menanyakan ketersediaan obatnya dan hanya meneruskan kunjungan apabila apotek tersebut menyatakan mereka memiliki obat-obat tersebut. Dari 69 apotek yang ada di ketiga kabupaten, hanya enam apotek di Kabupaten Mamuju, dua apotek di Sumba Barat Daya yang dan empat apotek di Sumba Barat yang menyediakan psikofarmaka.

Survei Kondisi disabilitas skizofrenia dan keluarganya

Survei kepada penyandang disabilitas psikososial dan/atau keluarga/pendamping dari penyandang disabilitas psikososial ini bertujuan untuk menilai: 1) akses terhadap pelayanan kesehatan jiwa dan obat yang dimanfaatkan; 2) pelaksanaan rehabilitasi berbasis masyarakat yang dilakukan oleh keluarga; 3) pemahaman keluarga kebutuhan pelayanan kesehatan untuk disabilitas psikososial; 4) tantangan dalam akses dan kualitas layanan; dan 5) WTP dan ATP untuk membeli obat mandiri.

Besar sampel ditentukan berdasarkan data sekunder dari puskesmas pada kedua daerah. Data merupakan jumlah orang dengan disabilitas psikososial yang tercatat oleh puskesmas hingga bulan Juni 2025. Besar sampel dihitung dengan pengukuran/survei untuk memperoleh tingkat keyakinan 95% bahwa nilai sebenarnya berada dalam $\pm 5\%$ nilai yang diukur/survei. Jumlah realisasi sampel survei rumah tangga dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 4. Jumlah Realisasi Sampel

Daerah	Populasi	Minimal Sampel	Sampel Terkumpul
Sumba Barat Daya	274	161	177
Mamuju	359	186	200

Sejumlah kriteria inklusi dan eksklusi ditetapkan baik untuk disabilitas skizofrenia dan keluarga. Penetapan tersebut guna memastikan sasaran tersebut dapat menceritakan keadaan sebenarnya dari kondisi keluarga dan ODDP tersebut. Kriteria inklusi dan eksklusi ditampilkan pada tabel 4.

Tabel 5. Kriteria Inklusi dan Eksklusi Survei Rumah Tangga disabilitas skizofrenia

Kriteria inklusi survey rumah tangga	Kriteria eksklusi survey rumah tangga
<ul style="list-style-type: none"> • Responden berusia lebih dari 18 tahun • Responden memiliki anggota keluarga penyandang disabilitas psikososial • Responden dalam keadaan sehat secara fisik dan psikologis • Telah tinggal di kabupaten/kota selama lebih dari 6 bulan • Menyetujui untuk berpartisipasi dengan menandatangani formulir persetujuan 	<ul style="list-style-type: none"> • Kesulitan dalam berkomunikasi atau merespon pertanyaan yang diberikan • Tidak dapat dihubungi oleh peneliti/enumerator setelah 3 kali upaya

Enumerator survei rumah tangga mengikuti pelatihan secara luring di Kabupaten Mamuju dan Sumba Barat Daya untuk memahami konteks kesehatan jiwa serta penggunaan obat pada ODDP. Pelatihan ini memastikan keseragaman pemahaman terhadap seluruh konsep dan pertanyaan dalam kuesioner. Enumerator melakukan uji

coba pengambilan data secara langsung di rumah ODDP menggunakan platform KoboToolbox. Pada kondisi dengan keterbatasan sinyal, data disimpan terlebih dahulu secara *offline* dan diunggah ketika enumerator berada di lokasi dengan jaringan yang lebih stabil. Setiap wawancara diwajibkan direkam dalam bentuk audio melalui aplikasi KoboToolbox untuk perangkat Android, sedangkan untuk perangkat iOS menggunakan rekam audio di perangkat terpisah dikarenakan keterbatasan fitur KoboToolbox di iOS. Selain itu, enumerator juga diwajibkan membuat catatan lapangan untuk setiap responden sebagai pelengkap data.

Tiga asisten peneliti bertugas sebagai manajer data untuk menjamin kejelasan dan konsistensi seluruh data yang masuk. Manajer data mendengarkan seluruh rekaman wawancara dan mencatat hal-hal yang perlu dikonfirmasi kembali kepada enumerator. Seluruh data yang diterima telah melalui pemeriksaan logika dan keterbacaan oleh tim peneliti sebelum memasuki tahap pengolahan. Proses pemeriksaan harian dan konfirmasi ulang dilakukan hingga data yang bermasalah, seperti hilang (*missing*) atau tidak konsisten dapat ditekan hingga 0%.

Wawancara dengan pemangku kepentingan

Setelah melakukan mendapatkan pemahaman dan analisis terhadap data kuantitatif, dilanjutkan untuk mengeksplorasi melalui diskusi dengan pemangku kepentingan di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten. Data kunjungan puskesmas dan ketersediaan obat kemudian diformulasikan menjadi pertanyaan penelitian untuk memperoleh pemahaman dari para pemangku kepentingan mengenai kondisi tersebut.

Pemilihan partisipan dilakukan secara purposif berdasarkan peran mereka dalam penyediaan layanan dan obat kesehatan jiwa. Responden mencakup pengelola program kesehatan jiwa, dokter umum, dokter spesialis, serta tenaga kefarmasian di puskesmas, rumah sakit, dan dinas kesehatan kabupaten maupun provinsi. Selain itu, perspektif pemangku kepentingan di luar sistem kesehatan publik juga digali, termasuk Dinas Sosial, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, lembaga swadaya masyarakat, dan keluarga ODDP. Pada tingkat nasional, wawancara dilakukan dengan perwakilan Kementerian Kesehatan, yakni Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas (Direktorat Kelompok Rentan serta Direktorat Fasilitas dan Mutu Pelayanan Kesehatan Primer) dan Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan, serta Komisi Nasional Disabilitas, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional, dan pemangku kepentingan lintas sektor lainnya.

Wawancara mendalam dengan keluarga pasien dilakukan secara langsung di rumah, sedangkan wawancara dengan partisipan lainnya dilaksanakan melalui platform Zoom Meeting dengan seluruh sesi terekam. Apabila terjadi kendala jaringan internet, wawancara dilakukan secara luring di puskesmas masing-masing daerah. Kriteria inklusi dan eksklusi partisipan dalam studi ini disajikan pada Tabel 6.

Tabel 6. Kriteria Inklusi dan Eksklusi Partisipan Wawancara dan FGD

Kriteria Inklusi Pemangku Kepentingan	Kriteria Inklusi Keluarga ODDP
<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdaftar secara resmi sebagai staf di organisasi pemerintah pusat dan daerah 2. Memiliki tugas pekerjaan sebagai regulator dan/atau implementor terkait pelayanan kesehatan jiwa 3. Memahami penyediaan layanan kesehatan jiwa di puskesmas dan/atau RS 4. Memiliki tanggung jawab pada manajemen obat di puskesmas dan apotek 5. Setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani formulir persetujuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berusia lebih dari 18 tahun 2. Memiliki anggota keluarga yang penyandang disabilitas psikososial 3. Dalam keadaan sehat secara fisik dan psikologis 4. Telah tinggal di kabupaten/kota selama lebih dari 6 bulan 5. Menyetujui untuk berpartisipasi dengan menandatangani formulir persetujuan
Kriteria Eksklusi Pemangku Kepentingan	Kriteria Eksklusi Keluarga ODDP
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesulitan dalam berkomunikasi atau merespon pertanyaan yang diberikan 2. Tidak dapat dihubungi oleh peneliti/enumerator setelah 3 kali upaya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesulitan dalam berkomunikasi atau merespon pertanyaan yang diberikan 2. Tidak dapat dihubungi oleh peneliti/enumerator setelah 3 kali upaya

Berdasarkan kriteria dan metode tersebut, jumlah partisipan dalam wawancara adalah sebanyak 92 partisipan. Partisipan tersebut dibagi dalam wawancara mendalam maupun diskusi kelompok yang ditampilkan di tabel 6.

Tabel 7. Karakteristik Partisipan Kualitatif

Karakteristik	Wilayah			Total (N=92)
	Nasional (N = 14)	Kabupaten Sumba Barat Daya (N = 42)	Kabupaten Mamuju (N = 36)	
Tingkat Entitas,				
Kementerian/Lembaga	14			14
Provinsi		3	3	6
Kabupaten/kota		4	4	8
Puskesmas		19	18	37
Komunitas		16	11	27
Latar Belakang Pendidikan				
Dokter		7	5	12
Psikiater	2	1	1	4
Kesmas	1	3	2	6
Apoteker		6	9	15
Vokasional Farmasi		4		4
Keperawatan		4	6	10
S1 Non-Kesehatan	3	2	2	7
S2 Kesehatan	4			4
S2 Non-Kesehatan	3		1	4
S3	1			1
N/A*		15	10	25
Program/Unit				
Logistik dan Kefarmasian	1	9	9	19
Kesehatan Jiwa	6	9	9	24
Klinisi Umum		6	5	11
Perencanaan	4	1	1	6
Urusan sosial	2	3	2	7
Jaminan kesehatan	1			1
Masyarakat		14	10	24
Klasifikasi Wilayah kerja Puskesmas dimana partisipan berada				
Perkotaan			8	8
Pedesaan		26	14	40
Terpencil		7	5	12

Sangat terpencil				0
N/A*	14	9	9	32
Tipe Puskesmas di mana partisipan berada,				
Puskesmas Rawat Inap		21	5	26
Puskesmas Non-Rawat inap		12	22	34
N/A*	14	9	9	32
Masyarakat - Keluarga,				
Orang dengan Skizofrenia		8	6	14
Orang dengan Kecemasan		2	2	4
Orang dengan Bipolar		2		2
Orang dengan Depresi		2	2	4
N/A	14	28	26	68

Keterangan: *N/A : Tidak ada data

I. Analisis Data Penelitian



Dengan metode campuran dalam penelitian ini, analisis dilakukan secara sekuensial berdasarkan hasil revidu integratif, analisis regulasi, analisis data puskesmas, analisis data survei, dan hasil wawancara. Detail analisis data akan dijelaskan pada paragraf selanjutnya.

Revidu Integratif

Setelah semua artikel terkait kesehatan jiwa sudah siap dianalisis, kemudian dibagi kepada 4 (empat) orang pembaca dari tim peneliti yaitu RBF, ISE, KS dan AN. Keempat pembaca tersebut menganalisis artikel-artikel tersebut dengan menggunakan tema-tema yang sudah didiskusikan sebelumnya dalam tim. Adapun tema tersebut adalah identitas artikel, besaran masalah ODDP, Layanan kesehatan jiwa, komponen sistem kesehatan jiwa, dan peran masyarakat. Hasil analisis tersebut memberikan gambaran kesenjangan bukti yang perlu ditelusuri.

Analisis Regulasi terkait Kesehatan Jiwa

Regulasi-regulasi terkait kesehatan jiwa yang telah ditemukan kemudian dibedah berdasarkan tema-tema analisis yang dicari yaitu bentuk pelayanan kesehatan jiwa, sumber daya manusia, fasilitas kesehatan, pembiayaan, obat-obatan, dan pasung. Analisis pertama dilakukan dengan melihat apakah aturan tersebut membicarakan tema-tema yang sesuai pencarian, dan jika iya dilanjutkan dengan membedah secara kualitatif isi dari aturan tersebut.

Analisis Kunjungan ODDP dan Ketersediaan Obat Kesehatan Jiwa di Puskesmas

Data-data dari puskesmas yang masuk tersebut dianalisis secara deskriptif. Data kunjungan dan ketersediaan tersebut, ditampilkan dengan menggunakan diagram garis untuk menunjukkan tren perkembangan kunjungan tersebut dari bulan ke bulan. Lebih lanjut, dilakukan penghitungan ketersediaan obat berdasarkan jumlah bulan obat tersebut tersedia di keranjang puskesmas berdasarkan LPLPO yang dikumpulkan. Bagi obat yang tersedia dengan jumlah 0 diklasifikasikan sebagai kosong dan yang memiliki angka (meskipun hanya tersedia satu butir) diklasifikasikan tersedia. Selanjutnya, dilakukan penghitungan bulan obat tersebut tersedia dan persentase ketersediaan obat di puskesmas berdasarkan jenis obat pada bulan maret 2025.

Data Pengobatan ODDP

Data ODDP yang teregistrasi tahun 2024–2025 di puskesmas dianalisis ketepatan pengobatannya, utamanya difokuskan pada ketepatan obat yang utama yang digunakan. Contohnya, ketepatan pengobatan ODDP skizofrenia yang mendapat setidaknya salah satu dari obat utama yaitu Risperidon, Haloperidol, dan Klorpromazin. Ketika pasien tidak mendapatkan salah satu dari obat tersebut, maka dinyatakan tidak tepat. Karena banyaknya data yang tidak lengkap di puskesmas tersebut, maka data dinyatakan tidak dapat diambil kesimpulannya (inkonklusif).

Data Survei Keluarga ODDP

Setelah semua data survei muncul, dilakukan analisis secara deskriptif variabel-variabel tersebut berdasarkan lokasi kabupaten. Data-data tersebut disajikan dalam bentuk persen (%) dan median untuk data rasio seperti kemampuan bayar dan kemauan bayar. Dalam penelitian ini, proksi kemampuan bayar keluarga pasien dihitung dengan menggunakan rumus 5% dari total pendapatan dalam satu bulan. *Proxy* tersebut dijelaskan dalam makalah Russell (1996) yang menyatakan bahwa di negara berkembang, umumnya pengukuran kemampuan bayar (ATP) pada kisaran 2–5% dari total pendapatan keluarga. Meskipun terdapat potensi bahwa keluarga tersebut berasal dari pekerja informal dimana pendapatan per bulannya tidak menetap, namun pilihan ini lebih tepat karena survei yang dilakukan dengan desain potong lintang. Karena pengeluaran untuk layanan kesehatan jiwa adalah layanan yang diperlukan tiap bulannya, penggunaan rasio tersebut lebih cocok dengan konsep tersebut. Konsep tersebut sudah dipakai pada penelitian dengan konsep serupa yaitu menghitung kemampuan bayar premi jaminan atau asuransi kesehatan pada pekerja di informal sektor di Indonesia, Nigeria, Tanzania, Uganda and Kenya (Bolarinwa et al., 2021; Muttaqien et al., 2021).

Sintesa Hasil Penelitian Kualitatif dan Gabungan

Hasil wawancara dengan partisipan dikumpulkan dalam bentuk rekaman suara dan hasil tersebut ditranskrip untuk dapat dianalisis. TM, KS, AN, dan ISE melakukan proses *coding* dari dokumen analisis tersebut dan mempresentasikan hasil *coding* ke seluruh tim untuk divalidasi dan diskusikan hasil *coding* tersebut. Tema-tema yang ditentukan dalam studi ini adalah tata kelola sistem kesehatan jiwa, layanan kesehatan jiwa, manajemen obat, sistem informasi, tenaga kesehatan pembiayaan kesehatan, dan dampaknya yang dirasakan oleh komunitas. Semua hasil analisis dari data-data sebelumnya dikompilasi dalam metode kualitatif ini.

J. Izin dan Persetujuan Etik Penelitian



Penelitian ini dilaksanakan dengan mematuhi prinsip-prinsip etika penelitian dan persetujuan etik yang telah diajukan kepada *Medical and Health Research Ethics Committee* (MHREC) FK KMK UGM dengan nomor surat izin komite etik KE/FK/0385/EC/2025. Partisipasi subjek sepenuhnya bersifat sukarela, dengan penjelasan lisan dan tertulis mengenai tujuan, prosedur, hak untuk menarik diri, serta manfaat dan kompensasi penelitian. Peserta yang telah menyetujui keterlibatannya menandatangani formulir *informed consent*. Untuk menjaga kerahasiaan, semua data bersifat anonim melalui pengkodean numerik yang tersimpan dengan aman di PKMK selama maksimal dua tahun, serta hanya diakses oleh peneliti berwenang.

Oleh karena target penelitian adalah penyandang disabilitas psikososial, maka perekrutan dilakukan melalui proksi, seperti organisasi masyarakat sipil dan mitra INKLUSI guna menciptakan kenyamanan peserta. Komunikasi dengan keluarga atau pendamping difasilitasi oleh PR YAKKUM dan sub mitra baik di Sulawesi Barat maupun Nusa Tenggara Timur. Pelaksanaan survei dan wawancara berlangsung di lokasi yang ramah akses, dengan apresiasi berupa payung senilai Rp 50.000 bagi peserta.

Selain itu, peneliti lapangan menjalani pelatihan instrumen survei, wawancara kualitatif online, serta pelatihan GEDSI untuk meningkatkan sensitivitas dalam bekerja dengan kelompok rentan, termasuk kaum muda, lansia, dan penyandang disabilitas. Semua enumerator menandatangani perjanjian privasi dan keamanan data serta menghapus data setelah transfer ke PKMK selesai. Dengan langkah tersebut, penelitian ini memastikan adanya perlindungan terhadap hak, martabat, dan kerahasiaan peserta.

BAB III

Hasil Penelitian



BAB III

HASIL PENELITIAN

Pada BAB III, ditampilkan hasil penelitian dari pengumpulan data dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pelaporan hasil ini diawali dengan memberikan penjelasan tentang kondisi akses ODDP ke fasilitas layanan kesehatan termasuk laporan kunjungan ODDP, ketersediaan obat jiwa dan ketepatan penggunaan obat tersebut. Setelah itu, disajikan hasil penelitian yang menjelaskan tentang desain pelayanan dan manajemen obat kesehatan jiwa. Kemudian, BAB III juga membahas tentang respons pemerintah daerah dalam penyediaan pelayanan kesehatan di wilayah masing-masing. Pada bagian keempat dan kelima adalah manajemen layanan kesehatan jiwa dengan menggunakan pendekatan sistem kesehatan dan manajemen obat dengan pendekatan siklus rantai pasokan obat. Terakhir adalah dampak ketersediaan dan manajemen layanan dan ketersediaan obat berdasarkan kondisi kestabilan ODDP dan pemasangan.

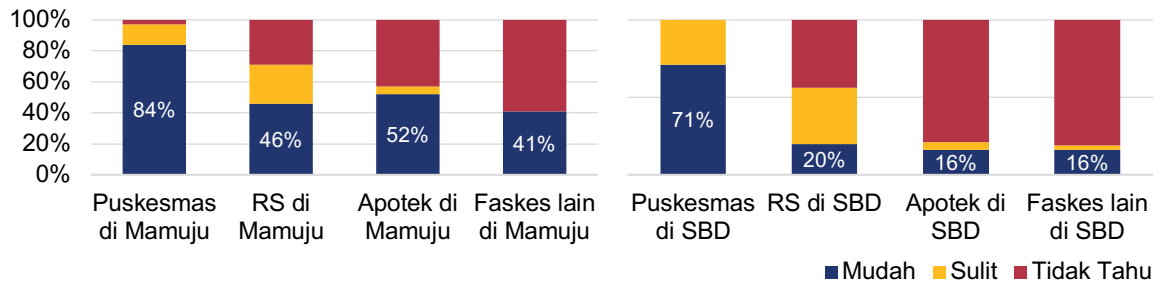
A. Akses ODDP ke Pelayanan Kesehatan Jiwa di Kedua Daerah Penelitian



Sub-bagian ini menjelaskan tentang pengalaman ODDP dalam mengakses pelayanan kesehatan jiwa di kedua daerah studi. Berdasarkan pengalaman tersebut, peneliti juga menggambarkan pandangan ODDP ataupun pendamping terkait aksesibilitas fasilitas kesehatan, kunjungan layanan kesehatan jiwa, ketersediaan dan konsumsi obat-obat kesehatan jiwa, dan ketepatan pengobatan.

Aksesibilitas ODDP ke Fasilitas Layanan Kesehatan

Hasil penelitian mengukur pengetahuan dari pendamping ODDP terhadap aksesibilitas ke puskesmas, RS, apotek, dan fasilitas kesehatan lainnya (klinik kesehatan, praktik dokter dan/atau bidan). Hampir semua pendamping mengetahui puskesmas yang terdekat dengan rumah mereka dan mudah untuk dijangkau. Sementara itu, lokasi ke RS, apotek dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya masih belum banyak diketahui oleh pendamping/keluarga, khususnya di Sumba Barat Daya. Gambar 10 di bawah ini menunjukkan data tersebut.

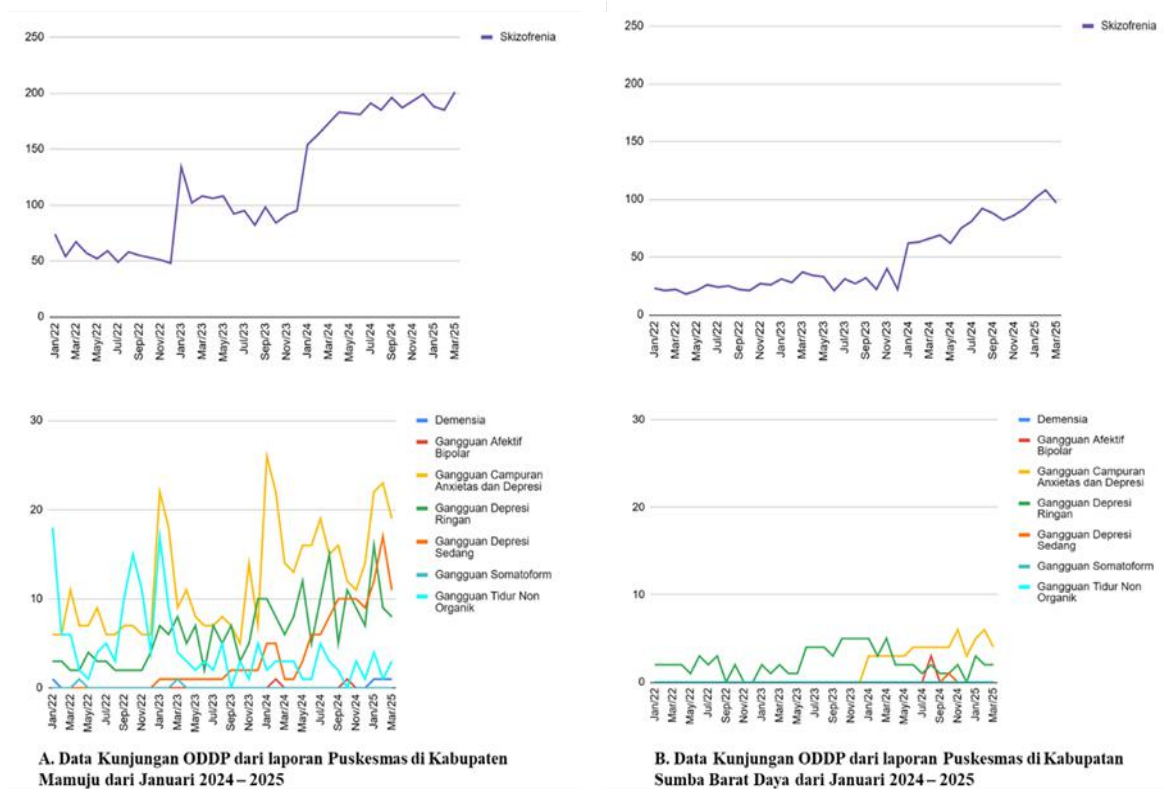


Gambar 3. Persepsi keluarga disabilitas skizofrenia terkait aksesibilitas fasilitas kesehatan di Kabupaten Mamuju dan Sumba Barat Daya

Gambar 3 menunjukkan persepsi pendamping/keluarga disabilitas skizofrenia terhadap kemudahan akses fasilitas kesehatan di Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Sumba Barat Daya. Di Mamuju, sebagian besar responden (84%) menyatakan bahwa puskesmas mudah diakses dan 46% responden juga menyebutkan RS mudah dijangkau. Aksesibilitas puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya juga banyak diakui oleh responden (71%) mudah diakses. Namun, hanya sebagian kecil dari pendamping/keluarga ODDP di Kabupaten Sumba Barat Daya yang menganggap RS (20%), apotek (16%), serta fasilitas kesehatan lain (16%) dapat dijangkau dengan mudah.

Kunjungan ODDP di Kedua Daerah Penelitian

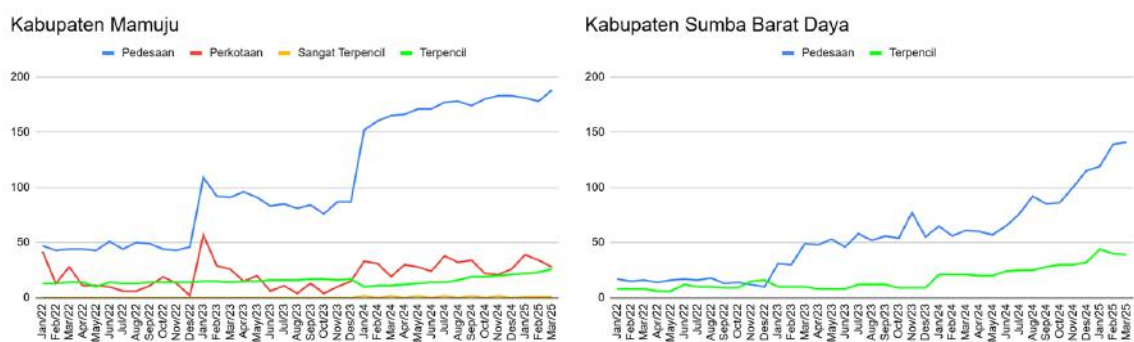
Setelah mendapatkan data kunjungan pasien berdasarkan kode ICD-10 untuk layanan kesehatan jiwa, dan menemukan variasi dalam kunjungan tersebut. Gambar 4 di bawah ini menunjukkan tren kunjungan dari tahun 2022 hingga Maret 2025.



Gambar 4. Tren jumlah kunjungan kesehatan jiwa berdasarkan tipe gangguan jiwa per bulan di kabupaten Mamuju (A) dan Sumba Barat Daya (B)

Selain skizofrenia, data kunjungan kelompok gangguan lain seperti demensia, bipolar, depresi ringan, depresi sedang dan gangguan tidur non organik sangat rendah. Dari seluruh puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya hanya memiliki data depresi ringan, depresi campuran dan depresi sedang dengan jumlah kasus yang sangat rendah. Oleh karena itu, peneliti memutuskan untuk fokus ke disabilitas skizofrenia untuk survei rumah tangga.

Kunjungan disabilitas skizofrenia terus meningkat dari tahun 2022. Jumlah kunjungannya meningkat hingga dua kali lipat bulan Maret pada tahun 2025. Sementara hasil analisis berdasarkan lokasi puskesmas, jumlah kunjungan ODDP dilaporkan oleh puskesmas terbanyak berada di puskesmas dengan karakteristik pedesaan.



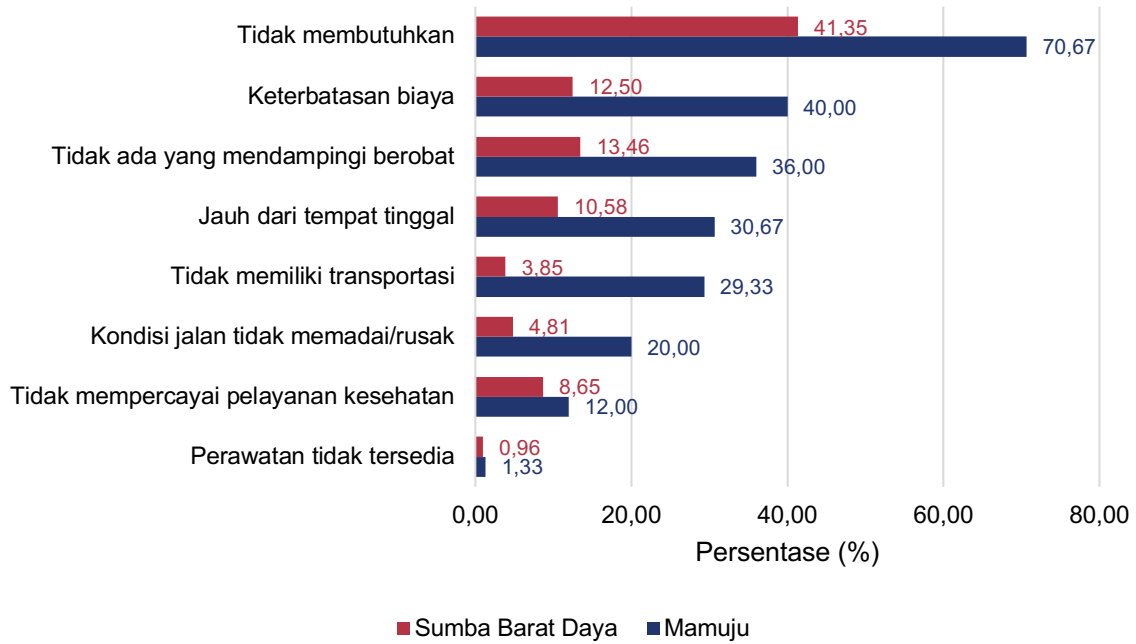
Gambar 5. Tren jumlah kunjungan kesehatan jiwa berdasarkan karakteristik puskesmas per bulan di kabupaten Mamuju (A) dan Sumba Barat Daya (B)

Selanjutnya data survei keluarga ODDP menunjukkan bahwa 60% disabilitas skizofrenia di Mamuju dan hanya 40% di Kabupaten Sumba Barat Daya yang mengakses layanan kesehatan jiwa dalam 6 bulan terakhir (tabel 7 dan gambar 6).

Tabel 8. Aksesibilitas ODDP ke Fasilitas Layanan Kesehatan

	Kabupaten	
	Sumba Barat Daya	Mamuju
Mengakses layanan kesehatan jiwa dalam enam bulan terakhir	73 (41,24)	125 (62,50)
Fasilitas layanan kesehatan		
Puskesmas	59 (80,82)	59 (47,20)
Rumah Sakit Umum	3 (4,11)	84 (67,20)
Organisasi Kesehatan	12 (16,44)	0 (0,00)
Tenaga Kesehatan		
Dokter spesialis kedokteran jiwa	0 (0,00)	89 (71,20)
Dokter umum	46 (63,01)	27 (21,60)
Bidan/Perawat	44 (60,27)	35 (28,00)
Pembiayaan layanan kesehatan		
JKN	71 (94,67)	121 (98,37)
Mandiri	3 (4,00)	5 (4,07)

Alasan Tidak Mengakses Layanan



Gambar 6. Alasan ODDP tidak mengakses layanan

Perbedaan fasilitas kesehatan antara kedua kabupaten menunjukkan lebih banyak ODDP yang mengunjungi RS dan bertemu dengan Dokter SpKJ di Kabupaten Mamuju, sementara di Sumba Barat Daya lebih banyak mengunjungi puskesmas dan bertemu dengan dokter umum, bidan atau perawat karena ketiadaan tenaga psikiater. Karena ketersediaan Dokter SpKJ di RS, hampir semua ODDP disana, dirujuk untuk mendapatkan diagnosis tersebut.

“hampir kebanyakan pasien jiwa kami itu kami rujuk dulu ke FKRTL ketemu dokter jiwanya, nanti kalau sudah stabil dikembalikan ke kita_ ... kebanyakan yang pasien jiwa kami, kami rujuk terlebih dahulu untuk diberi, untuk dilanjutkan pengobatannya di diagnosa atau yang menentukan pengobatannya itu kan dokter spesialis jiwanya.” Dokter umum puskesmas di Kabupaten Mamuju.

Selain itu, hampir semua pembiayaan kunjungan dan layanan kesehatan jiwa didapatkan dari pemerintah dengan menggunakan dana JKN. Alasan utama ODDP tersebut tidak mengakses layanan keswa di faskes menurut keluarga adalah mereka tidak membutuhkan. Namun, sebagian kecil lainnya mengatakan bahwa mereka tidak memiliki biaya dan keterbatasan akses seperti moda transportasi, jalan yang rusak, dan tidak ada yang mendampingi.

Pemahaman tentang Kesehatan Jiwa

Wawancara dengan keluarga atau pendamping disabilitas psikososial di Kabupaten Sumba Barat Daya menunjukkan bahwa pemahaman dan kepercayaan adat masih

sangat mempengaruhi cara mereka memaknai gejala gangguan jiwa. Bagi banyak keluarga, disabilitas psikososial diyakini sebagai akibat dari pelanggaran adat atau janji yang belum diselesaikan oleh leluhur, sehingga penyembuhannya dianggap perlu melalui upacara adat tertentu.

“dulu dia punya nenek masih pakai adat marapu. Jadi mereka bebas janji. Mereka minta mau kaya. Habis [mereka kaya], mereka tidak selesaikan utang janji. Kita dan anak-anak semua ini lahir sebagai kristen semua. Dan saya juga sudah bertobat tahun 89. saya bertobat. Jadi adat itu kita tidak tahu sama sekali. Tidak singgung adat. Ya karena menuntut adat janji orang tua dan nenek moyang ya kita pikul saya punya anak dua. 1 laki-laki 1 perempuan mereka pikul [dampak pelanggaran janji adalah gangguan jiwa].” Keluarga atau pendamping skizofrenia di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Kepercayaan yang kuat ini mendorong keluarga untuk lebih memilih penyembuhan melalui upacara adat seperti *Adat Merapu*, yang dipimpin oleh kepala adat dengan mempersiapkan hewan ternak sebagai persembahan. Bagi masyarakat setempat, upacara adat menjadi langkah pertama yang diyakini dapat membantu menyelesaikan masalah psikososial akibat gangguan dari leluhur. Kondisi ini menjadikan pelayanan kesehatan jiwa bukan pilihan utama, sehingga kunjungan disabilitas psikososial ke Puskesmas menjadi rendah. Hal ini sejalan dengan temuan bahwa keluarga masih memaknai gejala disabilitas psikososial sebagai masalah adat-budaya atau mistis, bukan masalah kesehatan jiwa.

“Kami melihat dia ini [anggota keluarga yang disabilitas psikososial, skizofrenia] sakit karena kami belum menyelesaikan kewajiban dari upacara adat yang diminta oleh nenek moyang kami. Jadi kami waktu itu melakukan upacara dengan memotong babi 2 ekor dan ayam 36 ekor untuk menyembuhkan anak saya.” Keluarga atau pendamping skizofrenia di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Di wilayah lain seperti Kabupaten Mamuju, pemaknaan serupa muncul namun berakar pada kepercayaan terkait gangguan makhluk halus atau kiriman mistis.

“Sudah segala pengobatan [tradisional] kita lakukan dengan dukun dan ke Ustad untuk di ruqyah dia [anggota keluarga yang skizofrenia] ini karena ada gangguan dari makhluk halus [setan] dan ada kiriman mistis juga dari orang lain yang tidak suka sama dia atau keluarga ini”. Keluarga atau pendamping di Kabupaten Mamuju.

Kepercayaan-kepercayaan tersebut membuat keluarga menunda atau bahkan menghindari pelayanan medis, termasuk pengobatan dan obat-obatan di Puskesmas. Namun, pengalaman mendampingi keluarga menunjukkan bahwa pemahaman ini dapat berubah ketika mereka mendapatkan edukasi dan mulai mengakses layanan kesehatan jiwa.

“Pernah kami temukan, ada masyarakat yang awalnya percaya bahwa keluarga ini sakit karena belum melakukan upacara adat. Tapi setelah kami coba dampingi, berikan sosialisasi hingga akhirnya mau konsumsi obat mereka percaya bahwa sebetulnya yang dibutuhkan adalah pelayanan medis.” Organisasi masyarakat di Kabupaten Sumba Barat Daya.

“Kami sering panggil tukang ruqyah untuk mengobati sebelumnya. tapi akhirnya sekarang kami percayakan minum obat saja. Itu kami mulai percaya sama pengobat medis obat ini karena waktu dia sakit langsung dirujuk juga ke Poli Jiwa.” Keluarga atau pendamping Disabilitas Psikososial di Kabupaten Mamuju.

Temuan-temuan ini menunjukkan bahwa keyakinan adat dan mistis memiliki pengaruh besar dalam menentukan langkah pertama keluarga ketika menghadapi gejala disabilitas psikososial. Namun, akses terhadap layanan kesehatan jiwa dan edukasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan maupun pendamping masyarakat dapat mengubah pemahaman tersebut. Seiring meningkatnya penerimaan terhadap pelayanan medis, keluarga perlahan melihat bahwa pengobatan kesehatan jiwa merupakan kebutuhan penting untuk merawat anggota keluarga dengan disabilitas psikososial.

Ketersediaan Obat di Puskesmas dan Apotek

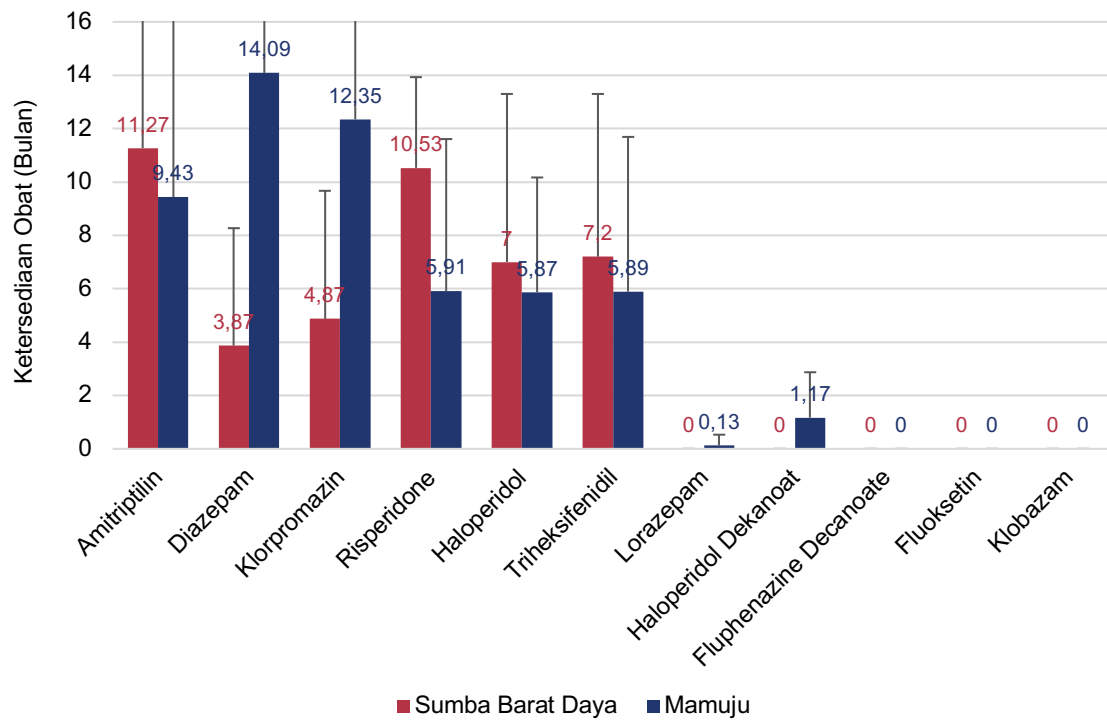
Hasil analisis ketersediaan obat di puskesmas dan apotek menunjukkan keberagaman dalam ketersediaan. Puskesmas-puskesmas di Sumba Barat Daya cenderung memiliki antipsikotik atipikal yaitu Risperidone (88%) serta amitriptilin (81%), sedangkan antipsikotik tipikal (haloperidol dan chlorpromazine), diazepam dan THP dimiliki sekitar separuh puskesmas. Berbeda dengan Mamuju yang antipsikotik tipikal (haloperidol dan chlorpromazine) dan Diazepam dimiliki oleh lebih banyak puskesmas, yaitu 87-96%. Sedangkan amitriptilin, risperidone dan THP dimiliki hanya sekitar separuhnya. Kedua daerah juga memiliki pola yang sama untuk ketersediaan haloperidol dekanat, fluphenazine dekanat, klobazam, lorazepam dan fluoxetine, dengan hanya disediakan 0-13% puskesmas di kedua daerah tersebut. Obat *long acting injectable* seperti Haloperidol decanoate dan Fluphenazine Decanoate belum tersedia di Puskesmas. Tabel 10 di bawah ini menunjukkan sebaran 11 obat tersebut di kedua daerah penelitian.

Tabel 9. Ketersediaan 11 Obat Keswa di Puskesmas dan Apotek di Kabupaten Mamuju dan Sumba Barat Daya

	Diaze- pam	Amitri- ptilin	Risperi- done	Halo- peridol	Chlor- proma- zine	Trihek- sifenidil	Halope- ridol deca- noate	Kloba- zam	Loraze- -pam	Fluoxe- tine	Fluphe- -nazine Deca- noate
PUSKESMAS											
Sumba Barat Daya	68%	81%	88%	56%	56%	63%	0%	0%	0%	0%	0%
Mamuju	96%	70%	61%	87%	87%	57%	13%	4%	4%	0%	0%
APOTEK											
Sumba Barat Daya	×	×	×	×	×	×	×	✓	×	×	×
SB	✓	×	✓	✓	×	✓	×	✓	×	✓	×
Mamuju	✓	✓	✓	✓	✓	✓	×	✓	✓	✓	×

Jika pasien ODDP di Kabupaten Mamuju tidak mendapatkan obat tersebut di puskesmasnya, maka mereka dapat membeli obat tersebut pada apotek. Namun, kondisi tersebut berbeda dengan Kabupaten Sumba Barat Daya karena apotek di sana hanya mampu menyediakan Clobazam. Selain itu, keluarga ODDP sebenarnya dapat membeli obat lainnya di kabupaten sebelahnya, tetapi menghabiskan kira-kira 1 jam perjalanan dari pusat kota Kabupaten Sumba Barat Daya ke pusat kota Kabupaten Sumba Barat.

Peneliti melanjutkan investigasi data ketersediaan obat tersebut untuk melihat berapa lama obat tersedia di keranjang masing-masing puskesmas (Gambar 8). Obat yang paling sering digunakan seperti risperidone, haloperidol, dan klorpromazin memiliki inkonsistensi ketersediaan di puskesmas, artinya pernah mengalami kekosongan setidaknya satu bulan.



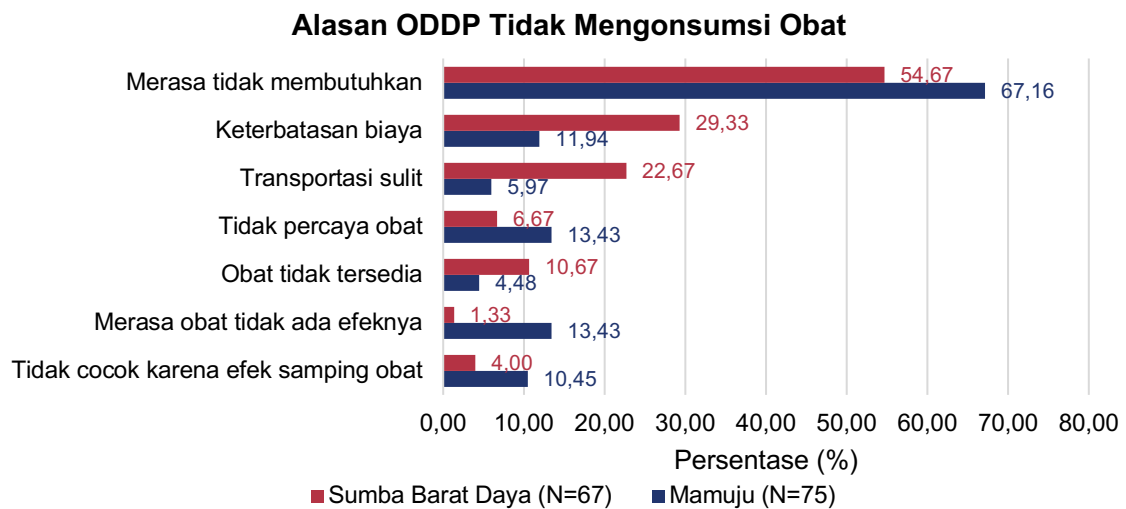
Gambar 7. Ketersediaan 11 obat kesehatan jiwa di puskesmas berdasarkan jumlah bulan variasi obat tersedia di Puskesmas

Temuan kekosongan obat di puskesmas juga divalidasi melalui temuan data kualitatif

“Iya. Ini sudah berapa lama kosong haloperidol ini ta? Tiga bulan ini, sudah tiga bulan ini. Jadi pasien itu membeli obat di luar” Psikiater di Kabupaten Mamuju

“Yang 2 itu risperidone sama haloperidol biasa kosong karna kan kami disini itu di kabupaten Mamuju itu 23 puskesmas jadi kemungkinan keterlambatan apa namanya pengamprahan jadi tidak dapat pak. Biasa tidak ada stok nya pak gabisa belum datang lagi obat program dari provinsi pak gitu.” PJ Farmasi Puskesmas di Kabupaten Mamuju

Setengah dari populasi disabilitas skizofrenia di kedua daerah tersebut sedang mengonsumsi obat kesehatan jiwa. Risperidone merupakan jenis obat yang paling banyak dikonsumsi oleh disabilitas skizofrenia. Di Kabupaten Mamuju, sebagian kecil populasi juga mengonsumsi Triheksifenidil, Clozapine, dan Haloperidol. Hampir semua yang mengonsumsi obat mendapatkannya melalui program JKN.



Gambar 8. Alasan ODDP Tidak Mengonsumsi Obat di Kabupaten Mamuju dan Sumba Barat Daya

Grafik pada gambar 8 di atas menampilkan berbagai alasan pasien tidak mengonsumsi obat-obatan kesehatan jiwa di dua lokasi penelitian. Alasan paling dominan di kedua daerah adalah karena merasa tidak membutuhkan obat, dengan persentase 54,67% di Kabupaten Sumba Barat Daya dan Mamuju sebesar 67,16%. Alasan lain yang cukup menonjol di Kabupaten Sumba Barat Daya adalah keterbatasan biaya (29,33%) dan kesulitan transportasi (22,67%), yang menunjukkan adanya hambatan akses geografis dan ekonomi. Sementara itu, di Mamuju, selain merasa tidak membutuhkan obat, sebagian pasien juga menyebut tidak cocok karena efek samping obat (10,45%) dan tidak percaya terhadap obat (13,43%) sebagai alasan penting. Dari pengumpulan data FGD dari salah satu PJ Kesehatan Jiwa di Mamuju menjelaskan bahwa keluarga sering kali memutuskan untuk menghentikan pengobatan karena proses pengambilan obat di RS mengharuskan untuk membawa ODDP. Pengambilan obat dengan peraturan baru memerlukan sidik jari dari pasien, sementara untuk keluarga atau pendamping membawa ODDP ke RS sering kali terkendala dengan jarak tempuh dan waktu tunggu atau antrian.

“Ada yang putus berobat karena kendala akses ke Mamuju. Pasien harus kontrol bolak-balik ke RS tiap bulan, terkendala jarak, dananya. Pasien jiwa itu tidak bisa dia antri lama-lama di RS. Waktu tahun-tahun kemarin keluarga bisa mewakili untuk ambil obat di RS. Tahun ini tidak bisa, harus pasien sendiri. Sistem sidik jari.” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Mamuju.

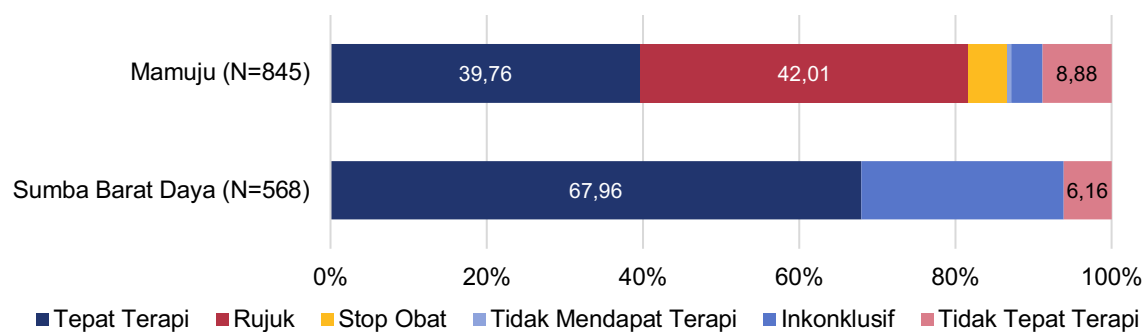
Secara umum, temuan ini menggambarkan bahwa faktor persepsi terhadap kebutuhan obat dan hambatan akses fisik maupun ekonomi masih menjadi penyebab utama ketidakpatuhan pengobatan di kedua wilayah, dengan Kabupaten Mamuju

cenderung menghadapi masalah persepsi pasien, sedangkan Kabupaten Sumba Barat Daya lebih dipengaruhi oleh faktor akses dan ketersediaan layanan.

Sebagian kecil disabilitas skizofrenia ditemukan tidak mau mengonsumsi obat akibat dari efek samping obat yang diterima. Sebanyak sekitar 10% ODDP yang tidak mengonsumsi obat di Kabupaten Mamuju dan 4% di Kabupaten Sumba Barat Daya, dilaporkan keluarganya tidak mengonsumsi obat akibat obat samping obat yang dinilai memberatkan kondisi ODDP tersebut. Efek samping tersebut berupa: mengantuk, tidak bersemangat, gelisah, dan badan terasa kaku.

Ketepatan Pengobatan ODDP

Pengumpulan data sekunder dalam penelitian ini juga ditujukan untuk mengidentifikasi daftar ketepatan diagnosis dan terapi yang telah dilakukan oleh puskesmas di Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Sumba Barat Daya. Identifikasi tidak hanya untuk menjelaskan kondisi dari pelayanan kesehatan jiwa, tetapi juga mengukur pengalaman tenaga kesehatan dalam menggunakan pedoman analisis ketepatan diagnosis dan pemberian terapi adalah PPK Dokter Umum di FKTP.



Gambar 9. Ketepatan antara Diagnosis Gangguan Kesehatan Jiwa dan Terapi yang Diberikan di Puskesmas Lokasi Penelitian

Data analisis kuantitatif di atas secara umum memperlihatkan adanya variasi ketepatan diagnosis dan terapi yang diterima oleh pasien penyandang disabilitas psikososial. Sementara itu, terdapat perbedaan dalam ketepatan diagnosis dan terapi antara Kabupaten Sumba Barat Daya dan Mamuju. Berdasarkan gambar 9, di Kabupaten Sumba Barat Daya, sebagian besar pasien (68%) telah mendapatkan terapi yang tepat, sementara proporsi yang tidak tepat terapi relatif kecil (6%). Namun, ada sekitar seperempat kasus yang berakhir dengan status inkonklusif, utamanya karena keterbatasan data seperti data yang tidak lengkap.

Sebaliknya, di Kabupaten Mamuju lebih dari 80% mendapatkan terapi yang sesuai, baik yang menerima terapi dengan tepat di level FKTP (40%) maupun yang mendapatkan tatalaksana berupa rujukan (42%). Selain itu, terdapat sekitar 9% pasien yang tidak tepat terapi, serta sebagian kecil yang berhenti atau tidak mendapatkan terapi sama sekali. Hal

ini menunjukkan bahwa layanan kesehatan jiwa di Kabupaten Mamuju lebih banyak mengandalkan sistem rujukan karena memiliki dokter spesialis kedokteran jiwa pada level fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, sedangkan di Kabupaten Sumba Barat Daya penanganan lebih sering dilakukan langsung di level FKTP karena keterbatasan sumber daya spesialis.

Tabel 10. Pola Konsumsi Obat-Obatan oleh Pasien Skizofrenia

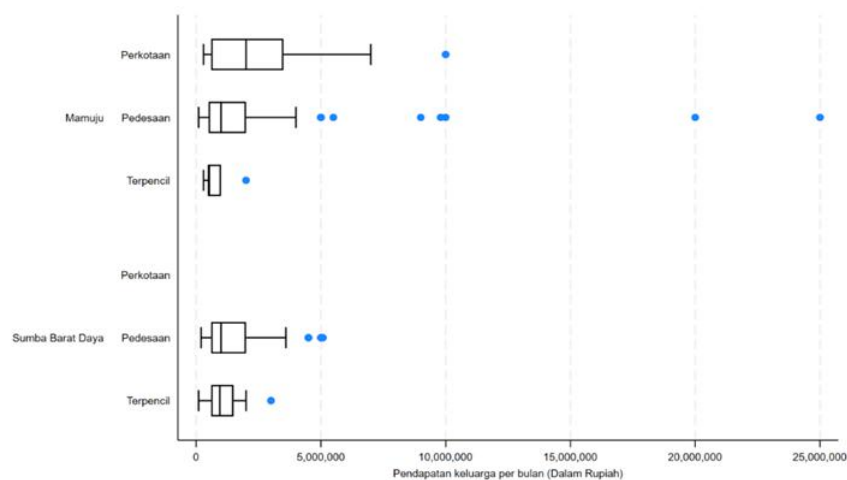
	Kabupaten	
	Sumba Barat Daya	Mamuju
Mengonsumsi obat-obatan	102 (57,63)	133 (66,50)
Jenis obat-obatan yang dikonsumsi		
Obat injeksi	3 (2,94)	21 (15,79)
Obat oral	102 (100)	132 (99,25)
Risperidon	75 (73,53)	62 (46,97)
Haloperidol	1 (0,98)	33 (25,00)
Trifluoperazine	8 (7,84)	10 (7,58)
Clozapine	14 (13,73)	39 (29,55)
Diazepam	0 (0,00)	18 (13,64)
Klorpromazin	1 (0,98)	21 (15,91)
Clobazam	0 (0,00)	2 (1,52)
Olanzepin	0 (0,00)	9 (6,82)
Aripiprazole	0 (0,00)	3 (2,27)
Lorazepam	0 (0,00)	6 (4,55)
Alprazolam	1 (0,96)	3 (2,27)
Triheksifenidil	12 (11,76)	50 (37,88)
Obat racikan	1 (0,96)	15 (11,36)
Banyak obat yang dikonsumsi dalam sehari		
Satu obat	78 (76,47)	25 (18,94)
Dua obat	22 (21,57)	43 (32,58)
Tiga obat	2 (1,96)	49 (37,12)
Empat obat	0 (0,00)	12 (9,09)
Lebih dari empat	0 (0,00)	3 (2,27)
Ketepatan pengobatan		
Tepat obat	89 (87,25)	112 (84,21)
Tidak tepat obat	13 (12,75)	21 (15,79)

Tabel 9 menunjukkan pola konsumsi obat-obatan pasien skizofrenia berdasarkan survei rumah tangga. Mayoritas pasien pada kedua wilayah mengonsumsi obat-obatan, yaitu sebanyak 57,63 persen pada Kabupaten Sumba Barat Daya dan 66,50 persen di Kabupaten Mamuju. Hampir seluruh pasien mendapatkan obat oral dengan jenis obat

terbanyak adalah risperidone untuk kedua wilayah. Berdasarkan banyak obat yang dikonsumsi dalam satu hari, mayoritas pasien di Kabupaten Sumba Barat Daya (76,47 persen) mendapatkan monoterapi. Sedangkan pola konsumsi obat pada Kabupaten Mamuju lebih variatif, beberapa pasien mendapat monoterapi dan sebagian besar mendapat terapi kombinasi.

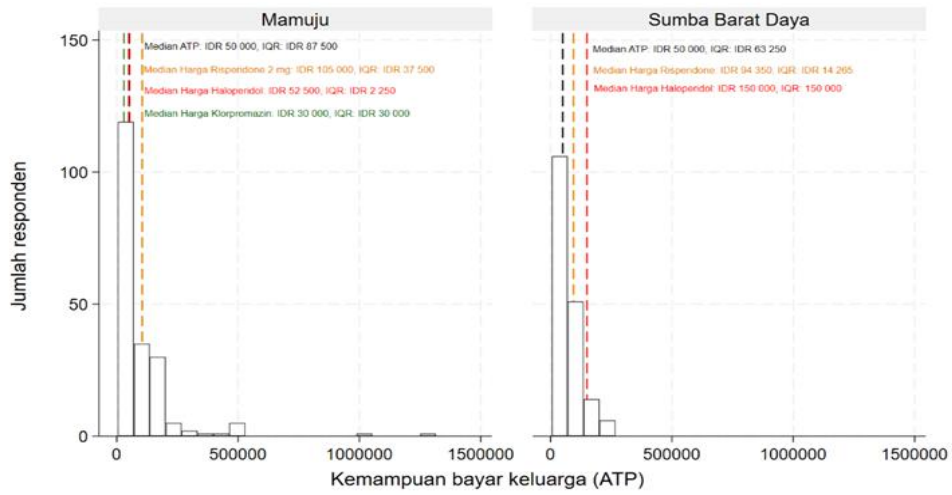
Kemampuan dan Kemauan Bayar Keluarga Pasien terhadap Obat Kesehatan Jiwa

Dari data pendapatan yang dilaporkan, median pendapatan dan kemampuan bayar di kedua daerah tersebut sama, pendapatannya adalah Rp 1 000 000 dan perkiraan kemampuan bayar adalah Rp50.000. ODDP dengan latar belakang pendidikan yang tinggi memiliki keluarga, jumlah keluarga lebih banyak, tinggal di perkotaan (dapat dilihat pada Gambar 10) dan memiliki JKN memiliki kemampuan bayar yang lebih baik.

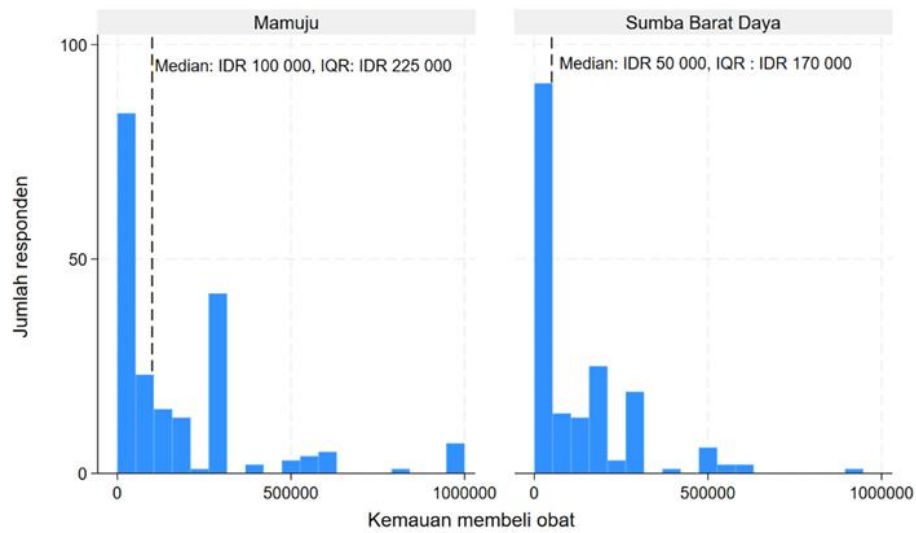


Gambar 10. Distribusi pendapatan berdasarkan kabupaten dan karakteristik tempat tinggal responden

Selanjutnya, kemampuan bayar kesehatan tersebut dibandingkan perkiraan harga tiga (3) obat, yaitu Risperidon, Klorpromazin, dan Haloperidol dengan pertimbangan salah satu dari mereka dibutuhkan untuk menangani Skizofrenia. Harga obat yang dipakai adalah harga obat untuk 30 hari pengobatan. Berdasarkan median ATP dan harga obat yang didapat pada survei di daerah tersebut, secara garis besar obat risperidone dan haloperidol tidak terjangkau oleh keluarga pasien di kedua daerah tersebut. Gambar 11 menampilkan perbedaan median tersebut. Namun, jika dibandingkan dengan data kemauan membayar (WTP) keluarga, sebagian besar keluarga di Mamuju mau membayar pengeluaran pembelian obat tersebut namun keluarga di Sumba Barat Daya memiliki kemauan bayar obat lebih rendah dari obat yang dijual.



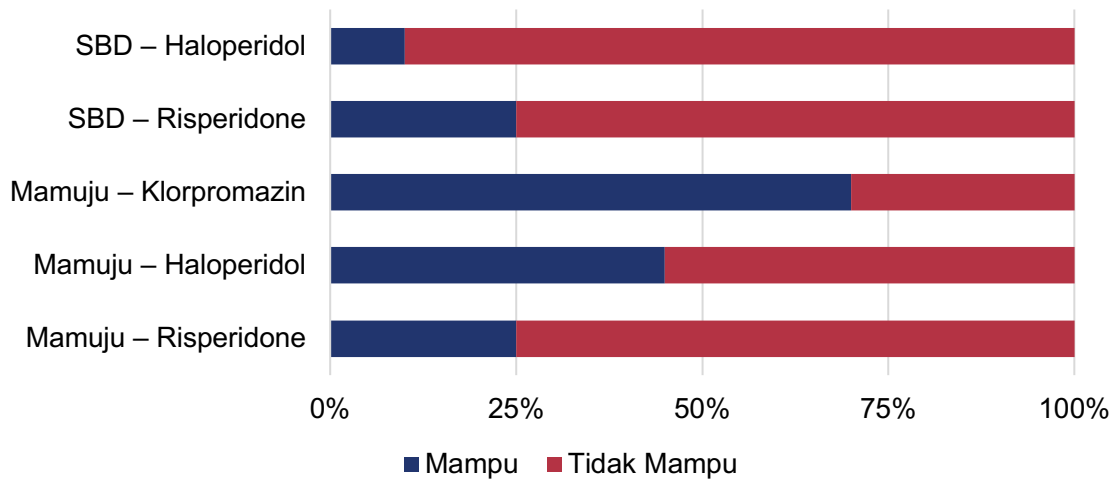
(A)



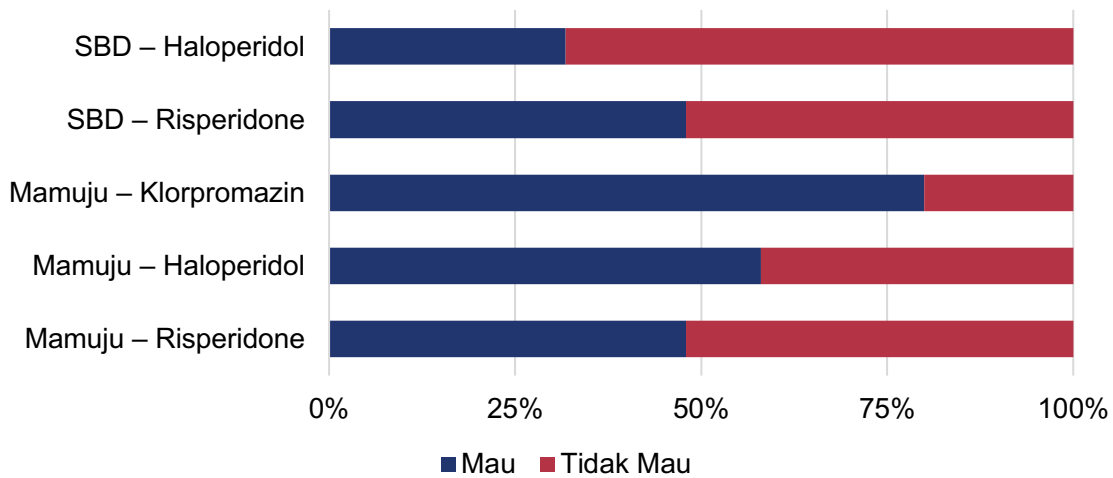
(B)

Gambar 11. Sebaran data kemampuan bayar keluarga (A) dan kemauan bayar (B) dibandingkan dengan median harga obat risperidone, haloperidol dan klorpromazin

Hasil perhitungan tersebut dilanjutkan untuk mengetahui proporsi keluarga yang mampu membeli obat tersebut. Kurang dari 25% keluarga ODDP di Kabupaten Sumba Barat Daya mampu membeli obat risperidone secara mandiri. Masalah tersebut ditemukan serupa di Mamuju namun proporsinya sedikit lebih besar. Obat Klorpromazin mampu dibeli oleh lebih dari 60% keluarga ODDP tersebut.



(A)



(B)

Gambar 12. Sebaran kemampuan (A) dan kemauan bayar (B) keluarga disabilitas skizofrenia dalam membeli tiga obat utama penanganan kesehatan jiwa di Kabupaten Mamuju dan Sumba Barat Daya

Proporsi keluarga yang mau dan mampu membayar untuk membeli obat Haloperidol, Risperidone, dan Klorpromazin ditunjukkan pada Gambar 12. Secara umum, kemauan dan kemampuan bayar keluarga ODDP di Kabupaten Mamuju lebih tinggi dibanding Kabupaten Sumba Barat Daya. Obat Klorpromazin dinilai lebih terjangkau dengan lebih

dari separuh keluarga mampu membeli. Kurang dari 30% keluarga yang mampu membeli Risperidone di kedua kabupaten, di mana angka ini relatif lebih rendah dari kemauan membeli obat tersebut.

B. Desain Pelayanan dan Manajemen Obat Kesehatan Jiwa di Daerah dari Pemerintah Pusat



Konsep Kesehatan Jiwa dan Orang dengan Disabilitas Psikososial

Definisi disabilitas psikososial dalam kebijakan atau regulasi bidang kesehatan dengan bidang sosial memiliki sudut pandang yang berbeda. Secara umum kesehatan jiwa didefinisikan sebagai kondisi seorang yang dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial untuk dapat menjalankan kehidupan sehari-hari (sosial, ekonomi, budaya dan politik).



Dalam sudut pandang kebijakan bidang sosial mendefinisikan disabilitas psikososial dalam kebijakan di level nasional seringkali disebutkan sebagai disabilitas mental yang merupakan terganggunya fungsi pikir, emosi dan perilaku seseorang dalam berinteraksi sosial. Disabilitas psikososial juga memiliki beberapa ragam bentuk seperti skizofrenia, bipolar, depresi, kecemasan, dan gangguan kepribadian. Sementara itu, kebijakan bidang kesehatan menetapkan disabilitas psikososial dalam terminologi gangguan jiwa atau penyakit jiwa ketika adanya proses diagnosis secara medis menemukan permasalahan terhadap kognitif/pikiran, emosi, atau perilaku seseorang. Pengaturan dalam kebijakan kesehatan menunjukkan bahwa disabilitas psikososial sebagai masalah kesehatan, sedangkan kebijakan lainnya menambahkan aspek sosial dalam definisinya.

Kebijakan bidang kesehatan yakni UU 17/2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah tentang Pelaksanaan UU 17/2023 tentang yang mendasari definisi pelayanan kesehatan jiwa secara komprehensif termasuk upaya untuk pencegahan bunuh diri melalui pencegahan faktor risiko bunuh diri, pencegahan timbulnya pemikiran tentang menyakiti diri sendiri, dan pencegahan percobaan bunuh diri. Kebijakan tersebut menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan jiwa diharapkan dapat tersedia untuk mengatasi permasalahan bunuh diri di Indonesia yang utamanya disebabkan oleh kondisi psikososial yang tidak stabil. Kebijakan tersebut juga menekankan dari upaya pelayanan

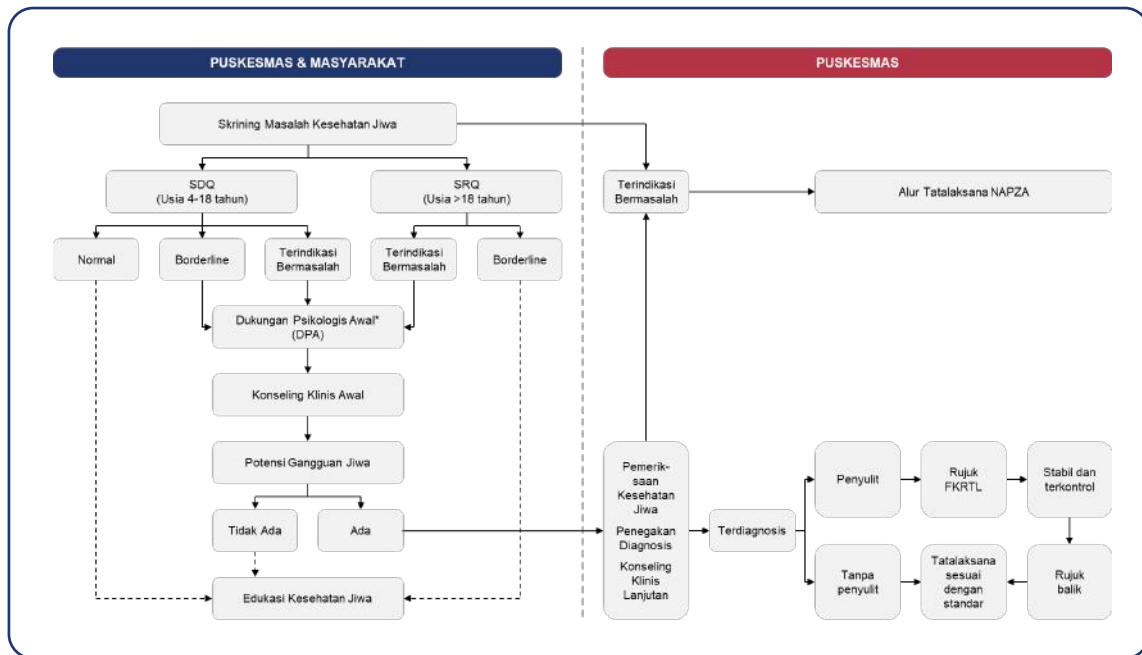
kesehatan jiwa, masyarakat memiliki kualitas hidup baik dengan kondisi jiwa yang sehat, bebas dari ketakutan dan gangguan lainnya. Upaya kesehatan jiwa ini diharapkan pula untuk dapat mengembangkan potensi kecerdasan dan potensi psikologis. Sementara itu, kebijakan kesehatan jiwa juga mengatur terkait pelayanan konsultasi sebagai perawatan di Puskesmas dan RS. Pelayanan konsultasi dapat dilakukan oleh dokter spesialis jiwa, psikolog klinis, dokter umum, perawat jiwa, maupun tenaga kesehatan/tenaga medis yang telah terlatih.

Selain pelayanan kesehatan jiwa, kedua regulasi tersebut juga mengatur tentang pelayanan kesehatan untuk disabilitas. Pengaturannya berfokus untuk memastikan sarana prasarana dan sumber daya manusia kesehatan dapat tersedia secara inklusif. Pelayanan kesehatan inklusif untuk disabilitas juga telah diatur dalam UU 8/2016 tentang Disabilitas dan Rencana Aksi Nasional (RAN) Disabilitas. Dalam UU 8/2016 telah mengatur prinsip untuk kebutuhan pelayanan kesehatan jiwa untuk disabilitas psikososial yang harapannya dapat ditetapkan secara teknis dalam peraturan turunan. Namun, RAN Disabilitas dalam Peraturan Bappenas 3/2021 belum mengatur tentang pelayanan kesehatan jiwa, khususnya untuk disabilitas psikososial. Kebutuhan pelayanan kesehatan dalam RAN hanya mencakup pemenuhan secara umum tidak berdasarkan ragam disabilitas.

Jenis layanan-layanan yang kesehatan jiwa

Pelayanan kesehatan jiwa yang diatur dalam 12 kebijakan di level nasional mencakup preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan preventif untuk kesehatan jiwa yang diatur dalam kebijakan utamanya berkaitan dengan skrining kesehatan jiwa untuk masyarakat berdasarkan siklus kehidupan dan/atau berisiko mengalami masalah psikologis. Skrining kesehatan jiwa dilakukan dengan instrumen yang telah terstandar seperti Kuesioner Kekuatan dan Kesulitan atau *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ) untuk anak usia sekolah dan remaja. Sementara itu, untuk usia dewasa dan lansia kuesioner dapat menggunakan SRQ-20 dan *Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST). Selain preventif, pelayanan promotif juga diatur dalam kebijakan untuk memberikan edukasi kepada masyarakat terkait penanganan gejala dari masalah kesehatan jiwa. Kebijakan kesehatan mengatur, kedua pelayanan kesehatan jiwa ini disediakan layanan dalam gedung puskesmas dan luar gedung seperti posyandu atau saat melakukan kunjungan rumah.

Sesuai dengan pedoman orientasi skrining kesehatan jiwa yang dikeluarkan oleh Kemenkes, alur layanan kesehatan jiwa secara umum dapat ditunjukkan pada gambar 13 di bawah ini.



Gambar 13. Alur Umum Skrining Kesehatan Jiwa dan NAPZA secara umum di FKTP. *Sumber: panduan orientasi skrining kesehatan jiwa dan penyalahgunaan NAPZA serta tindak lanjut hasil skrining, Kementerian Kesehatan*

Pada tahap awal, PJ Kesehatan Jiwa melakukan skrining terhadap pasien. Apabila pasien penyandang disabilitas pertama kali mengakses layanan kesehatan di puskesmas, maka skrining dilakukan oleh PJ Kesehatan Jiwa dan dilanjutkan dengan anamnesis dan pemeriksaan lanjutan oleh dokter umum. Jika hasil pemeriksaan menunjukkan perlunya perawatan lebih lanjut, dokter umum akan memberikan surat rujukan ke FKRTL.

Namun sebisa mungkin layanan kesehatan jiwa tersebut dilakukan di puskesmas dengan alasan aksesibilitas pasien yang lebih mudah. Menurut keputusan yang dikeluarkan oleh Menteri kesehatan, skizofrenia menjadi salah satu 1 dari 9 jenis penyakit dalam program rujuk balik (PRB) JKN. BPJS menjelaskan bahwa PRB adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan dan perawatan lanjutan yang dilaksanakan di FKTP atas rekomendasi/rujukan dari dokter spesialis/sub spesialis yang merawat. FKRTL wajib mendaftarkan peserta sebagai peserta PRB melalui sistem informasi BPJS Kesehatan dengan surat keterangan rujuk balik dari dokter spesialis. FKRTL dan FKTP berkolaborasi dalam konsultasi, komunikasi, edukasi, serta pemantauan riwayat kesehatan peserta, dan seluruh hasilnya wajib dicatat dalam sistem BPJS. Pelayanan obat menggunakan obat rujuk balik sesuai Fornas dan disalurkan melalui puskesmas, klinik pratama, atau apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Pada kasus skizofrenia, PRB dapat dilakukan dari FKRTL ke FKTP dengan kriteria

sebagai berikut:

1. *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS)-remisi (P1,P2,P3,N1,N4,N6,G5, G9) semua skor komponen lebih kecil atau sama dengan 3;
2. Tercapai dosis fase rumatan antipsikotik 6 bulan tanpa kekambuhan;
3. Bukan episode pertama;
4. Usia 19-59 tahun (bukan anak remaja dan usia lanjut);
5. Tidak ada ketergantungan zat, gangguan kepribadian, kondisi medis umum yang tidak terkontrol, kasus forensik; dan
6. Tidak ada efek samping obat berat, defisit kognitif, gangguan kepribadian.

Setelah dilakukan rujuk balik, pasien skizofrenia di level FKTP perlu melakukan kontrol rutin setiap bulan untuk mendapatkan tatalaksana farmakoterapi untuk mencegah putus obat dan non-farmakoterapi seperti konseling atau psikoterapi suportif serta psikoedukasi. Rujuk ulang ke FKRTL dapat dilakukan sesuai kebutuhan medis pasien, misalnya untuk mendapatkan evaluasi kondisi/keluhan dan kemungkinan perubahan jenis atau dosis obat. Selain itu, dapat pula dilakukan rujuk ulang apabila terjadi perburukan atau jika obat-obatan tidak dapat disediakan oleh FKTP secara lengkap.

Disisi lain di level nasional, pelayanan kesehatan jiwa mulai dari preventif, promotif, kuratif hingga rehabilitatif seluruhnya diatur dalam kebijakan-kebijakan sektor kesehatan. Sementara kebijakan dari sektor sosial lebih banyak mengatur untuk pelayanan rehabilitatif, penanganan pasung dan pelibatan lintas sektor. Pelayanan rehabilitatif dalam kesehatan jiwa yang diatur tidak hanya untuk memastikan disabilitas psikososial dapat berfungsi kembali di lingkungan sosial, kesempatan ekonomi dan hidup secara mandiri, tetapi juga diatur terkait untuk perlunya melakukan rehabilitasi lingkungan sekitar disabilitas. Rehabilitasi pada lingkungan disabilitas dibutuhkan untuk memastikan disabilitas psikososial dapat diterima oleh masyarakat selama dan setelah proses perawatan. Berbeda dengan pelayanan lainnya, rehabilitasi tidak terbatas pada tenaga kesehatan dan tenaga medis tetapi juga dapat dilakukan pekerja sosial yang telah terlatih.

Kebijakan terkait disabilitas psikososial dan kesehatan jiwa menetapkan bahwa pelayanan yang dibutuhkan dapat berasal dari APBN, APBD dan sumber pembiayaan resmi lainnya. Dalam dana JKN, pelayanan kesehatan jiwa telah tercakup untuk dapat diakses di Puskesmas dan RS melalui BPJS Kesehatan. Melalui dana JKN yakni dana kapitasi, Puskesmas juga dapat menggunakannya untuk preventif dan promotif. Sementara itu, dana non kapitasi dari JKN di Puskesmas digunakan untuk layanan kuratif seperti pengobatan dan konsultasi. Penggunaan dana JKN di RS dilakukan melalui klaim perawatan yang dilakukan oleh pasien dari peserta BPJS Kesehatan. Sistem JKN di Indonesia telah memberikan manfaat untuk disabilitas psikososial melalui perawatan kesehatan jiwa.

“Panduan untuk kesehatan jiwa ini kami sadari. Saat ini kita sudah ada panduan untuk diagnosis yakni PPDGJ (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia) untuk membantu dokter dalam mendiagnosa pasien. Tapi, itu sudah lama, terakhir yang keluar itu generasi ke-3 dikeluarkan tahun 1993. Kami menyadari itu harus direvisi. Saat ini kami juga sedang berupaya menyusun panduan-panduan terkait kesehatan jiwa lainnya, contohnya untuk penggunaan Psikofarmaka.” Tim Kerja Tata Kelola Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan.

Kesenjangan dari ketersediaan kebijakan kebijakan teknis untuk masalah kesehatan jiwa di Indonesia telah disadari oleh Kementerian Kesehatan. Saat ini, pedoman yang sering kali digunakan memiliki usia lebih dari 30 tahun. Kementerian Kesehatan menilai bahwa pedoman untuk menetapkan diagnosa dari masalah kesehatan jiwa dinilai perlu pembaruan dengan menyesuaikan perkembangan pengetahuan dan kondisi kesehatan jiwa di Indonesia. Kementerian kesehatan tidak hanya menargetkan penyusunan panduan diagnosa, tetapi juga pedoman untuk penyediaan psikofarmaka.

Obat Terpilih Pendukung Layanan Kesehatan Jiwa

Kebijakan kesehatan jiwa juga mengatur pelayanan kuratif seperti terapi obat dan konsultasi untuk pasien dengan skizofrenia, bipolar, kecemasan, depresi, dan gangguan kepribadian di puskesmas maupun RS. Obat kesehatan jiwa di puskesmas dan RS memiliki variasi yang berbeda menurut KMK No HK.01.07/MENKES/2197/2023 tentang Fornas dan tabel menunjukkan perbedaan tersebut.

Tabel 11. Obat-obatan kesehatan jiwa di level FKTP dan FKRTL

No	Variasi Obat	FKTP	FKRTL	OEN
Antiansietas				
1	Alprazolam	Tidak Tersedia	Tersedia	
2	Diazepam	Tersedia	Tersedia	✓
3	Klobazam	Tidak Tersedia	Tersedia	
4	Lorazepam	Tersedia	Tersedia	✓
Antidepresi				
5	Amitriptilin	Tersedia ^a	Tersedia	✓
6	Esitalopram	Tidak Tersedia	Tersedia	
7	Fluoksetin	Tersedia ^a	Tersedia	✓
8	Fluvoksamin	Tersedia ^{a b}	Tersedia	
9	Meprotilin	Tidak Tersedia	Tersedia	

No	Variasi Obat	FKTP	FKRTL	OEN
10	Sertralin	Tersedia ^{a b}	Tersedia	
Antiobsesi kompulsi				
11	Fluoksetin	Tersedia	Tersedia	
12	Fluvoksamin	Tersedia ^{a b}	Tersedia	
Antipsikotik				
13	Aripiprazol	Tersedia ^b	Tersedia	
14	Flufenazin dekanat	Tersedia ^a	Tersedia	✓
15	Haloperidol	Tersedia ^a	Tersedia	✓
16	Haloperidol dekanat	Tersedia ^a	Tersedia	✓
17	Klorpromazin	Tersedia ^a	Tersedia	✓
18	Klozapin	Tersedia ^{a b}	Tersedia	✓
19	Olanzapin	Tersedia ^{a b}	Tersedia	
20	Paliperidon palmitat	Tersedia ^{a b}	Tersedia	
21	Quetiapin	Tersedia ^{a b}	Tersedia	
22	Risperidon	Tersedia ^a	Tersedia	✓
23	Trifluoperazin	Tersedia ^{a b}	Tersedia	
Obat untuk ADHD				
24	metilfenidat	Tidak Tersedia	Tersedia	✓
Obat untuk Gangguan Bipolar				
25	Litium Karbonat	Tidak Tersedia	Tersedia	✓
26	Valproat	Tersedia ^{a b}	Tersedia	✓
Obat untuk Program Ketergantungan				
29	Metadon [P]	Tersedia	Tersedia	✓
Obat non-psikofarmaka yang sering digunakan untuk mengatasi efek samping obat				
26	Triheksifenidil	Tersedia ^a	Tersedia	✓

Keterangan:

^a Obat dapat disediakan dan diberikan oleh FKTP atau apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk program rujuk balik dengan ketentuan: (1) apabila tercantum di belakang nama zat aktif, maka ketentuan ini berlaku untuk semua

kekuatan dan bentuk sediaan zat aktif tersebut; dan (2) apabila tercantum di belakang masing-masing kekuatan atau bentuk sediaan zat aktif tertentu, maka ketentuan ini berlaku hanya untuk kekuatan dan bentuk sediaan zat aktif tersebut

b Initial treatment dilakukan FKRTL, yang kemudian selanjutnya obat tersebut dapat disediakan dan diberikan oleh FKTP atau apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk program rujuk balik.

[P] Obat tersebut pengadaannya disediakan oleh Program Kementerian Kesehatan atau Program Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana

OEN Obat Esensial Nasional

Keputusan Menteri Kesehatan di atas mencantumkan sejumlah DOEN yang tergolong dalam kategori psikofarmaka. Obat esensial nasional (OEN) adalah obat yang paling dibutuhkan dan harus tersedia di FKTP dan FKRTL sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan. OEN tersebut merupakan obat pilihan utama yang penting dan diperlukan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan, mulai dari pencegahan, penegakan diagnosis, pengobatan, serta pemulihan yang sifatnya wajib tersedia sesuai dengan fungsi dan tingkat pelayanan masing-masing fasilitas layanan kesehatan.

Beberapa obat yang tersedia di RS dapat dimiliki oleh puskesmas jika adanya *initial treatment* dilakukan di FKRTL (tanda (b)), yang kemudian selanjutnya obat tersebut dapat disediakan dan diberikan oleh FKTP. Obat-obatan yang tidak tersedia di puskesmas karena membutuhkan peresepan dari dokter spesialis. Dokter umum yang berada di puskesmas dapat meresepkan obat-obatan tersebut dengan persyaratan telah mendapatkan pelatihan tambahan dan memiliki surat penugasan dari Kementerian Kesehatan.

Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Farmalkes juga menjelaskan tentang pendanaan obat kesehatan jiwa, bahwa peranan pemerintah pusat hanya sebatas menyediakan *buffer stock* untuk psikofarmaka. *Buffer stock* dimaksudkan sebagai cadangan nasional ketika stok di daerah menipis, bukan sebagai stok utama untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien. Tujuan utama adalah penganggaran dan pembelian obat kesehatan jiwa dapat berasal dari daerah.

"Pengusulan kami kan kami hanya buffer, sementara ... buffer itu artinya stok penyangga kan? Nah, daerah itu ada DAK-nya dan alokasi khusus dimana setiap daerah itu bisa ee membeli obat-obat jiwa tersebut kan? Sesuai dengan kebutuhan dari kabupaten/kota-nya atau provinsinya." Direktorat Farmalkes, Kementerian Kesehatan

Pemerintah pusat berharap pemerintah daerah melalui Dana Alokasi Khusus (DAK) dapat menyediakan obat-obatan kesehatan jiwa secara mandiri. Obat yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan tidak sediakan untuk memenuhi kebutuhan di daerah sepenuhnya. Namun, dalam implementasi, pemerintah kabupaten dan provinsi di

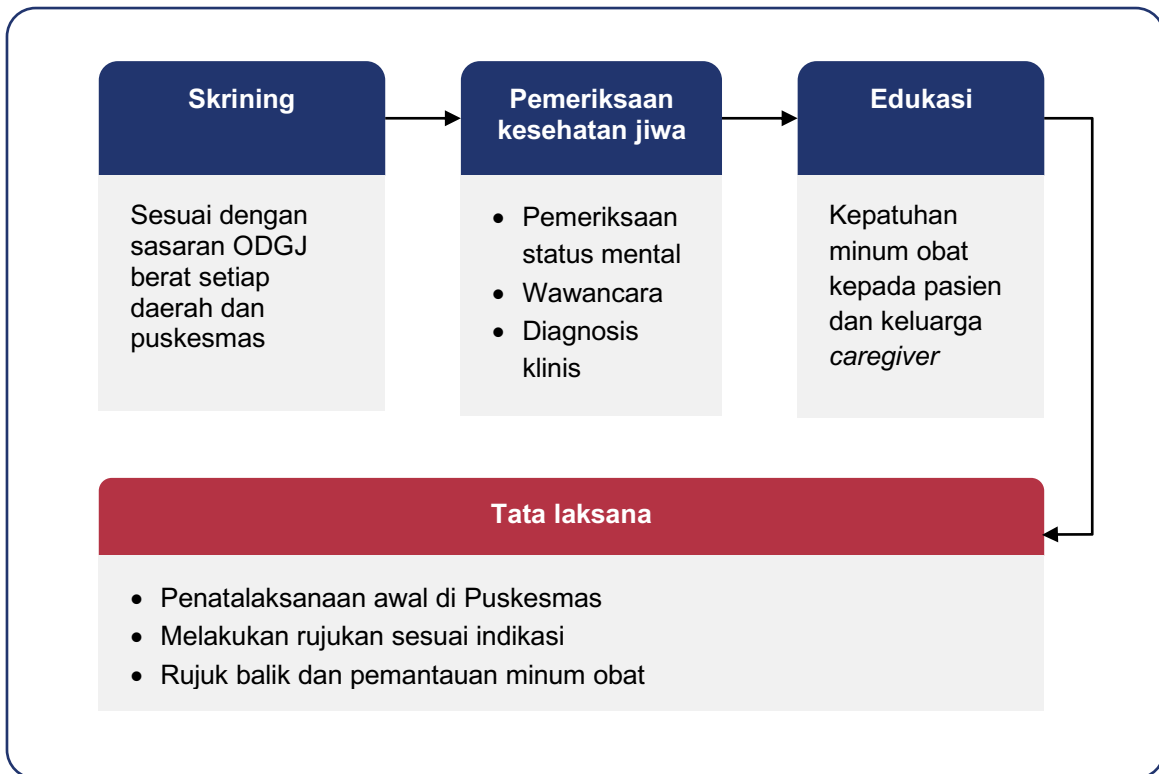
Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Sumbar Barat Daya belum memanfaatkan DAK untuk memenuhi kebutuhan obat kesehatan jiwa. Seluruh obat yang tersedia bersumber dari pemerintah pusat yang disediakan melalui pemerintah provinsi.

Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Jiwa

Pelayanan kesehatan jiwa merupakan salah satu dari standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan yang perlu disediakan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Berdasarkan Permenkes No 6 tahun 2024 tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan, kesehatan jiwa masuk sebagai salah satu layanan kesehatan dasar dengan bentuk “pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat”. Terdapat perbedaan SPM yang berlaku saat ini (Permenkes No. 6 tahun 2024) dengan SPM yang berlaku sebelumnya (Permenkes No. 43 tahun 2016). Salah satu perbedaannya adalah dalam standar jumlah dan kualitas barang/jasa dalam layanan kesehatan ODGJ berat. Penyediaan psikofarmaka dan penyediaan formulir skrining kini menjadi bagian dari standar yang harus dipenuhi oleh pemerintah daerah, yang dulunya tidak masuk dalam SPM. Penetapan pelayanan tersebut dalam SPM menjadi urusan atau tanggung jawab wajib bagi pemerintah untuk dilaksanakan. Di sisi lain, adanya pelayanan kesehatan ODGJ berat dalam SPM juga menjadi suatu bentuk komitmen pemerintah dalam penyediaan pelayanan kesehatan jiwa.

“Di Standar Pelayanan Minimal (SPM) ya karena diminta oleh Kemendagri bahwa setiap indikator SPM harus fokus pada satu masalah kesehatan jiwa yg paling prioritas dan memerlukan penanganan khusus dan keterlibatan daerah untuk dilaksanakan sbg tanggung jawabnya..” Tim Kerja Tata Kelola Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan.

Melalui SPM kesehatan, pelayanan kesehatan ODGJ berat dapat mencakup penyediaan skrining, pemeriksaan kesehatan jiwa (wawancara, pemeriksaan status mental dan diagnosis klinis), edukasi dan tata laksana. Dalam penyediaan pelayanan tersebut diharapkan juga dapat menyediakan psikofarmaka untuk pasien ODGJ berat atau skizofrenia. Pelayanan kesehatan ODGJ berat yang diatur dalam SPM ini diharapkan dapat terlaksana melalui fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) atau Puskesmas. Kemudian, untuk memastikan layanan ini dapat berjalan setiap tahunnya terdapat target ODGJ berat yang harus terlayani setiap tahun oleh pemerintah pusat, daerah hingga puskesmas.



Gambar 14. Pelayanan Kesehatan ODGJ Berat dalam SPM Kesehatan

Namun, pelayanan kesehatan jiwa dalam SPM kesehatan masih terbatas untuk disabilitas psikososial dengan skizofrenia atau ODGJ berat. Kondisi ini membuat pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas lebih memprioritaskan kepada disabilitas skizofrenia dari pada ragam disabilitas psikososial lainnya mengacu pada penetapan oleh Kemendagri bahwa setiap indikator SPM harus fokus pada satu masalah. Untuk kesehatan jiwa, maka yang dianggap paling prioritas adalah ODGJ berat karena membutuhkan penanganan khusus dan keterlibatan daerah.



“Di SPM ya karena diminta oleh Kemendagri bahwa setiap indikator SPM harus fokus pada satu masalah kesehatan jiwa yang paling prioritas dan memerlukan penanganan khusus dan keterlibatan daerah untuk dilaksanakan sebagai tanggung jawabnya..sesuai juga dengan definisi operasional dan tujuan SPM dalam PP dan permenkesnya [peraturan menteri kesehatan].” Tim Kerja Tata Kelola Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan.

Sementara itu, pelaksanaan pelayanan kesehatan ODGJ berat sebagai SPM di puskesmas wilayah studi ditemukan masih keterbatasan dalam melaksanakan,

khususnya untuk pencapaian sasaran pelayanan.

“Semenjak saya pegang program [keswa] belum pernah SPM terkait pelayanan ODGJ berat ini mencapai 100%, Pak. Kendalanya adalah yang pertama, kita diberikan target sesuai dengan prevalensi kalau tidak salah 0,002% dari jumlah penduduk, jadi selalu itu lebih tinggi sasaran yang diberikan dibanding capaian kita ini yang kita capai...” PJ Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju.

Dari kutipan di atas kami menemukan bahwa pencapaian sasaran pelayanan kesehatan ODGJ berat untuk SPM di Kabupaten Mamuju masih sulit mencapai target. PJ Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan tingkat kabupaten menjelaskan bahwa target sasaran yang ditetapkan lebih tinggi dari jumlah masyarakat yang dilayani setiap bulan dan tahun. Dinas kesehatan dan puskesmas sering kali berfokus untuk melihat jumlah target pelayanan berdasarkan dari pencapaian kunjungan pada bulan atau tahun sebelumnya. Target sasaran yang ditetapkan berdasarkan SPM mengharapkan dinas kesehatan dan puskesmas untuk melakukan skrining secara luas sehingga dapat mencapai target sasaran baru.

Kebijakan Penanganan Pasung

Pemerintah di level nasional juga mengatur secara khusus untuk penanganan pasung yang sering kali terjadi pada disabilitas psikososial dalam kebijakan sektor kesehatan dan sosial. Di sisi lain, pemerintah juga menetapkan peraturan untuk eliminasi dalam Permensos No 12 tahun 2018 tentang Pedoman Pencegahan dan Penanganan Pemasungan bagi Penyandang Disabilitas Mental. Kebijakan pasung ditetapkan dengan mengatur pelarangan, strategi pencegahan, dan penanganan. Dalam strategi pencegahan pasung, diharapkan adanya proses edukasi, advokasi dan sosialisasi kepada keluarga disabilitas psikososial dan lingkungan mereka. Kemudian, penanganan pemasungan diharapkan dapat dilakukan melalui: memberikan perawatan di RS Umum atau RSJ; memberikan perawatan di rumah atau kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan dan kader; menyediakan layanan layanan residensial termasuk layanan rawat harian (*day care*).

C. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Jiwa di Daerah



Pada bagian ini, hasil penelitian membahas tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa di daerah mulai dari kebijakan, keterlibatan lintas sektor, usaha pencapaian target SPM hingga pengalaman melaksanakan preventif hingga rehabilitatif untuk disabilitas psikososial.

Kebijakan Kesehatan Jiwa di Daerah

Penelitian ini juga memetakan kebijakan kesehatan jiwa di tingkat daerah. Namun, dari seluruh wilayah penelitian, belum ditemukan adanya kebijakan terkait kesehatan jiwa yang telah ditetapkan oleh pemerintah daerah. Tim peneliti hanya menemukan Peraturan Daerah (Perda) terkait Penghormatan, Perlindungan dan Pemenuhan Hak Penyandang Disabilitas di Provinsi NTT (Perda 6/2022) dan Sulawesi Barat (Perda 2/2019). Kebijakan hanya mencakup definisi dan hak-hak dasar secara umum untuk disabilitas mental atau disabilitas psikososial. Belum dapat dijelaskan bentuk dari kebutuhan kesehatan yang akan dan perlu disediakan untuk disabilitas psikososial.

Penyusunan kebijakan kesehatan jiwa di level daerah perlu dilakukan oleh pemerintah provinsi dan kabupaten untuk menerjemahkan UU dan Peraturan Menteri (Permen) yang telah dikeluarkan oleh pemerintah nasional. Penerjemahan dari kebijakan nasional ini juga dapat membantu pemerintah daerah dan pemangku kepentingan lokal mengimplementasikan pelayanan kesehatan jiwa sesuai dengan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia. Di sisi lain, penerjemahan kebijakan nasional ke daerah juga dapat menjadi bentuk dari terlaksananya desentralisasi kesehatan di Indonesia.

“Jujur saya belum paham regulasi-regulasi secara nasional terkait kesehatan jiwa. Kalau konsep kesehatan jiwa jadinya cuma tau dari SPM dan SOP Puskesmas kami saja...” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Mamuju.

“Kebijakan kesehatan jiwa ini kami hanya mengikuti bagaimana arahan dari Kementerian Kesehatan saja melalui zoom dan materi yang mereka berikan. Nanti kalau ada arahan kami rumuskan untuk lakukan di daerah...” PJ Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Contoh dari kutipan di atas menjelaskan kebijakan kesehatan jiwa yang ada di nasional belum cukup mampu untuk dapat dipahami secara langsung oleh pemangku kepentingan di daerah, khususnya pelaksana kebijakan. Penerjemahan ke peraturan-peraturan daerah menjadi penting untuk memandu pelaksana kebijakan seperti tenaga kesehatan memahami pelayanan kesehatan jiwa yang seharusnya disediakan.

“ketika tim Puskesmas turun ke lapangan, kita butuh dari kader atau aparat desanya hadir untuk bisa lihat sama-sama ODDP-nya. ... Dari lintas sektor hanya mendukung bahwa mereka memberikan datanya, informasinya bahwa ada sasarannya, ... serahkanlah kepada tim Puskesmas gitu untuk menangani. ... kadang-kadang hanya Puskesmas saja yang melakukan itu. Yang penting mereka sudah berikan informasi, ya sudah.” PJ Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Kebijakan level nasional telah mengatur bahwa pelayanan kesehatan jiwa maupun penanganan dari ODDP membutuhkan keterlibatan lintas sektor. Namun, kekosongan dari kebijakan kesehatan jiwa di daerah berisiko untuk membuat terbatasnya keterlibatan

lintas sektor. Kutipan di atas menjelaskan bahwa dalam penanganan ODDP mayoritas hanya dilakukan oleh puskesmas dan tidak mendapatkan dukung lapangan oleh pemangku kepentingan lainnya. Kebijakan kesehatan jiwa yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah dibutuhkan sehingga adanya proses penerjemahan menyesuaikan kondisi dan kebutuhan setiap daerah. Di sisi lain, kebijakan tersebut dibutuhkan untuk memastikan tenaga kesehatan dapat memahami penyediaan pelayanan kesehatan jiwa yang ideal dan sesuai standar.

Keterlibatan Lintas Sektoral melalui TPKJM

TPKJM (Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat) merupakan forum yang menjadi wadah koordinasi lintas sektor dalam penanganan masalah kesehatan jiwa di daerah. Tim ini terdiri dari berbagai bidang, mulai dari keamanan, ketertiban, kesehatan dan sosial. Seperti misalnya di Kabupaten Sumba Barat Daya, TPKJM melibatkan Bupati, DPRD, Polres, Sekda, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, hingga Direktur Rumah Sakit Umum. Keberadaan TPKJM di Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Sumba Barat Daya baru terbentuk yang merupakan salah satu hasil advokasi dari LSM (Gema Difabel di Mamuju, dan Yayasan Harapan Sumba di Kabupaten Sumba Barat Daya) yang ikut mendorong pemerintah daerah untuk membentuk TPKJM di tingkat kabupaten maupun provinsi.

“Kebetulan Sumba Barat Daya menjadi salah satu kabupaten terpilih yang dibantu oleh Yayasan Harapan Sumba, kerasama INKLUSI juga ya. jadi ada beberapa kabupaten yang dipilih untuk pembentukan TPKJM. Jadi, se-pulau Sumba ini sementara yang berproses [pembentukan TPKJM] baru Sumba Barat Daya” PJ Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan Kabupaten di Kabupaten Sumba Barat Daya.

“Kami mendorong pemerintah untuk membentuk tim pelaksana jiwa masyarakat, itu lintas stakeholder. Melalui program [advokasi] ini, kemarin sudah di-SK-kan oleh bupati.” LSM Gema Difabel di Kabupaten Mamuju.

Namun, TPKJM kabupaten dan provinsi di daerah yang studi masih mengalami kendala dalam pelaksanaan kegiatan internal dan belum menghasilkan *output* dari koordinasi lintas sektoral. TPKJM masing-masing daerah masih belum memahami tugas dan fungsi yang harus dilakukan dalam penanganan masalah kesehatan jiwa di daerah.

“Di Dinkes Provinsi baru terbentuk tim kerja [TPKJM] di 2025 ini. Itupun kita masih mulai meraba-raba apa yang harus kita lakukan” PJ Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan di Provinsi Sulawesi Barat.

“SK sudah ada, kemudian mekanisme seperti apa yang dilakukan, terus kegiatannya apa kami belum tahu. Sekarang ini kita pembuatan SK dulu, sebagai payungnya. Jadi kalau kita merancang kegiatan-kegiatan nanti kedepannya, kita sudah punya payung dulu. Nah payung itu SK yang sudah disahkan oleh Pimpinan Daerah. Jadi memang menurut saya SK ini masih langkah awal saja. Tantangannya masih banyak.” PJ Kesehatan Jiwa Dinas

Kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Pembentukan dari TPKJM telah mendapatkan dukungan dari LSM di Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Sumba Barat Daya. Keberadaan LSM membantu TPKJM untuk melaksanakan tugas dan fungsinya dalam penanganan masalah kesehatan jiwa.

“Ada pertemuan lanjutan dengan tim TPKJM, membahas soal rencana kerja, langkah strategis dalam waktu dekat yang bisa dilakukan. itu kerjasama dengan Dinkes, jadi kami yang nyiapin tempat pertemuan, snack makannya, transportnya, nanti dari dinkes yang mengundang.” LSM Gema Difabel di Kabupaten Mamuju.

Salah satu bentuk dukungan yang diberikan oleh LSM adalah memfasilitasi pertemuan koordinasi lintas sektor untuk perumusan kebijakan strategis untuk penguatan pelayanan kesehatan jiwa dan pemenuhan kebutuhan disabilitas psikososial. LSM mendorong untuk Dinas Kesehatan di Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Sumba Barat Daya dapat melibatkan organisasi lintas sektor lainnya terlibat dalam pemenuhan kesehatan jiwa.

Usaha Pencapaian SPM Kesehatan Jiwa

Pelayanan kesehatan jiwa dalam SPM kesehatan fokus pada disabilitas psikososial dengan skizofrenia atau ODGJ berat. Variasi dalam pencapaian target terjadi antara kedua kabupaten, di Kabupaten Sumba Barat Daya terpenuhi sedangkan di Kabupaten Mamuju kesulitan dalam mencapai target yang ditetapkan.

“Sampai dengan saat ini tadi sudah 264 [sasaran pelayanan]. Kita secara SPM manual, kita sudah 100%. Namun jumlah temuan kasusnya ini, sasaraannya ini, lebih banyak dari target sasaran yang ada. Jadi tentunya tetap akan..pelayanannya tetap berjalan terus walaupun sudah secara SPM-nya sudah 100%...” PJ Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Daya.

“Semenjak saya pegang program [keswa] belum pernah SPM terkait pelayanan ODGJ berat ini mencapai 100%, Pak. Kendalanya adalah yang pertama, kita diberikan target sesuai dengan prevalensi kalau tidak salah 0,002% dari jumlah penduduk, jadi selalu itu lebih tinggi sasaran yang diberikan dibanding capaian kita ini yang kita capai...” PJ Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan di Kabupaten Mamuju.

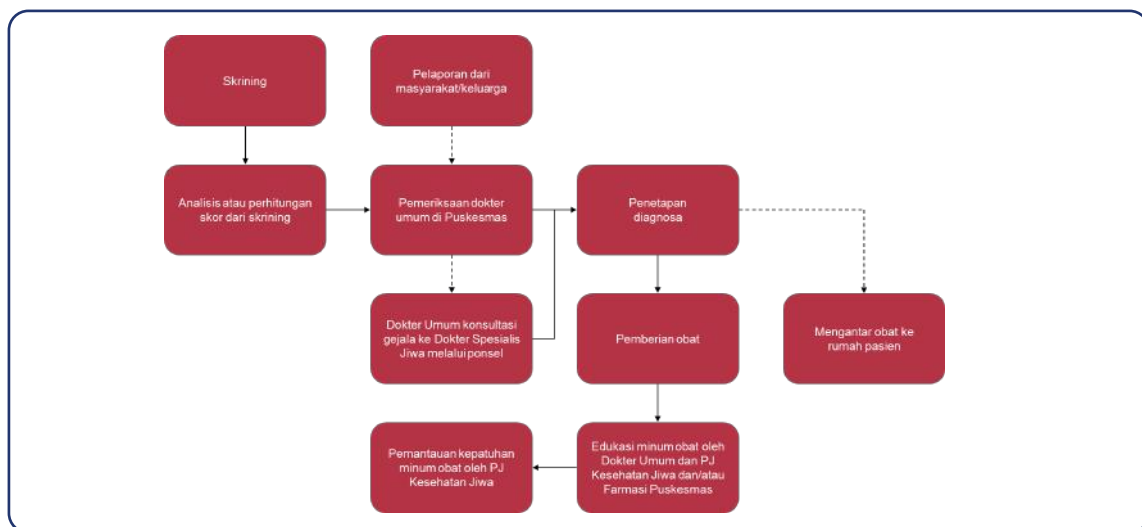
Kabupaten Mamuju merasa kesulitan dalam mencapai target SPM ODGJ berat 100% dikarenakan menetapkan target berdasarkan prevalensi. Hal ini berbeda dengan target yang ditetapkan oleh kabupaten Sumba Barat Daya yang lebih rendah dibandingkan jumlah riil di lapangan. Kondisi ini menyebabkan terdapat Puskesmas yang mencapai target layanan minimal namun masih terdapat ODGJ berat yang belum tertangani. Ditemukan pula permasalahan mengenai ketersediaan obat yang diberikan kepada ODGJ berat di Kabupaten Sumba Barat Daya

“Jumlah keseluruhan itu yang skizofrenia itu ada 67. Jadi kami baru melakukan pengobatan itu sekitar e 33 orang, karena mengingat obat juga terbatas itu, jadi kami lebih memprioritaskan itu yang benar-benar yang skizo berat..... mengingat dari e ketersediaan obat begitu itu.” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Kondisi ini menunjukkan ketidaksiapan sistem pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Sumba Barat Daya, khususnya terkait ketersediaan obat. Target capaian 100% menjadi tidak sepenuhnya benar dengan kondisi ketersediaan obat yang minim sehingga terdapat kasus ODGJ berat yang tidak tertangani di lapangan. Selain itu, fokus SPM ODGJ berat atau orang dengan skizofrenia membuat upaya kesehatan bagi orang dengan depresi, kecemasan dan bipolar belum diprioritaskan di kedua daerah. Data kunjungan pada bagian A menunjukkan ketimpangan antara kunjungan kedua empat variasi ODDP tersebut dan tantangan dalam kunjungan pasien ODDP. Kapasitas sistem kesehatan daerah juga mempengaruhi pencapaian SPM tersebut dan akan dijelaskan lebih lanjut di Bagian C terkait layanan skrining dan kunjungan rumah, serta bagian C dan D terkait manajemen layanan kesehatan jiwa dan pelayanan obat.

Variasi Alur Layanan Kesehatan Jiwa di Daerah

Peneliti menemukan variasi dalam alur layanan kesehatan di kedua daerah tersebut. Alur pelayanan kesehatan jiwa yang telah tersedia di Puskesmas dan RS wilayah studi dalam penelitian digambarkan berdasarkan hasil wawancara dengan tenaga kesehatan dan tenaga medis, penyediaan pelayanan kesehatan telah diupayakan dapat terlaksana sesuai dengan kebijakan yakni mulai dari preventif, promotif, kuratif hingga rehabilitatif. Gambar menggambarkan perbedaan alur tersebut.



(A)

penyediaan pelayanan kesehatan jiwa yang sedikit berbeda dengan Kabupaten Sumba Barat Daya. Pasien yang terindikasi mengalami gangguan jiwa oleh PJ Kesehatan Jiwa melalui skrining atau yang dilaporkan ke Puskesmas oleh masyarakat akan mendapatkan pemeriksaan dokter umum. Setelah itu, pasien yang diduga disabilitas psikososial akan mendapatkan rujukan ke RS untuk ditetapkan diagnosis akhirnya oleh dokter spesialis kedokteran jiwa dan mendapatkan perawatan/pengobatan. Pasien yang telah diberikan perawatan di RS dan dalam kondisi stabil akan mendapatkan PRB ke Puskesmas untuk memberikan konfirmasi diagnosis kepada dokter umum perujuk dan melanjutkan pengobatan rutin di Puskesmas. Proses rujuk balik ke Puskesmas juga perlu dilakukan oleh disabilitas psikososial agar PJ Kesehatan Jiwa dapat melakukan pemantauan konsumsi obat, perkembangan kondisi dan memberikan dukungan kepada keluarga.

Alur pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Sumba Barat Daya dan Mamuju dipengaruhi oleh ketersediaan fasilitas kesehatan seperti poliklinik jiwa RS dan SDM seperti dokter Sp. KJ. Daerah yang memiliki fasilitas dan SDM kesehatan memadai untuk kesehatan jiwa akan memiliki alur lebih panjang untuk pasien mendapatkan perawatan. Panjangnya alur pelayanan kesehatan jiwa tidak dapat menjamin bahwa disabilitas psikososial akan mendapatkan kualitas pelayanan lebih baik. Namun, sumber daya kesehatan yang memadai di suatu daerah dapat mempengaruhi ketepatan disabilitas psikososial mendapatkan diagnosa dan obat-obatan.

Layanan Promotif dan Preventif Kesehatan Jiwa

Penanganan masalah kesehatan jiwa yang dihadapi disabilitas psikososial membutuhkan pelayanan preventif dan promotif dan salah satu contoh layanan tersebut adalah deteksi dini. Deteksi dini dari kesehatan jiwa dilakukan dengan skrining oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Pengumpulan data yang dilakukan di Kabupaten Mamuju dan Sumba Barat Daya menemukan bahwa skrining kesehatan jiwa sering kali dilakukan oleh Puskesmas pada pelayanan luar gedung seperti Posyandu, kunjungan rumah dan kunjungan sekolah.

“Ini pasien yang gangguan kecemasan kami screening di posyandu. ... Puskesmas kami itu sudah melaksanakan ILP. Semua siklus hidup itu dilayani di posyandu. Jadi kami memperkuat disini screening kesehatan jiwa. Jadi pasien-pasien yang memang hasil screenenya abnormal, ... kami kasih pengantar rujukan ke puskesmas” PJ Farmasi Puskesmas di Kabupaten Mamuju

Pelayanan kesehatan jiwa di wilayah studi menunjukkan telah adanya ketersediaan skrining kesehatan jiwa tersedia melalui integrasi layanan primer (ILP). Tenaga kesehatan jiwa berharap dengan pendekatan ILP, hasil skrining tersebut dapat ditindaklanjuti untuk mendapatkan layanan rujukan dan penanganan seperti pemberian

obat dan konseling.

“Biasanya ... pasiennya ... malu-malu ..., dia bilangnya ... normal hasil screening-nya. Setelah ... 1 minggu, pasiennya ke Puskesmas dengan gejala sama seperti yang di screening, Bu. Apabila ... gejalanya meningkat, ... dia datang dengan depresi ataukah gangguan cemas berlebih, itu biasanya pasiennya datang berobat baru dia mengakui dirinya bahwa dia cemas begitu.” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Mamuju.

Puskesmas diharapkan untuk melakukan skrining kesehatan jiwa menggunakan instrumen atau alat yang sudah ditetapkan dalam Permenkes 6/2024 tentang SPM Kesehatan. Sebagaimana pada bagian sebelumnya, alat skrining kesehatan jiwa yang perlu digunakan adalah SDQ untuk anak usia sekolah dan remaja dan SRQ-20 untuk usia dewasa dan lansia kuesioner dapat menggunakan. Meskipun demikian, terdapat beberapa puskesmas yang tidak menggunakan alat tersebut, dan menggunakan informasi lain dalam mengukur kondisi kejiwaan seseorang.

“Untuk skrining pada anak dan dewasa biasanya saya menggunakan beberapa pertanyaan yang saya searching lewat internet, Ibu. Pertanyaannya terkait riwayat sakit kepala, nafsu makan, kondisi kecemasan, pengalaman sulit tidur, gejala tidak nyaman pada sakit perut dan lain-lain.” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Penelitian ini juga menemukan bahwa hasil skrining yang telah dimiliki tenaga kesehatan belum cukup baik dalam manajemen dan pelaporan data. Hasil skrining sering kali tidak dilanjutkan ke tahap tindak lanjut atau analisis sehingga kehilangan potensi untuk memperkuat penanganan masalah kesehatan jiwa. Hasil skrining belum dapat menjadi rujukan untuk pengambilan keputusan dalam penyediaan pelayanan kesehatan jiwa.

“Kadang terabaikan, dan memang juga di tempat kami itu salah satu kelemahan apa, hasil screening itu kadang tidak ditindaklanjuti, tidak dilaporkan ke dokter atau ke petugas keswa [kesehatan jiwa], jadi kadang teman-teman yang lakukan saja screening tapi ya, scoringnya pun tidak diisi... Kami juga dari pelaksana programnya memang yang ini harus lebih aktif.” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Mamuju.

Kunjungan Rumah

Kunjungan rumah (*home visit*) bagi ODDP juga dilaksanakan sebagai bagian dari layanan cara deteksi dini yang bertujuan untuk meneruskan informasi dari masyarakat setempat dan memastikan kontinuitas pengobatan dan pemulihan kondisi pasien di lingkungan tempat tinggalnya. Puskesmas juga dapat menemukan pasien atau suspek disabilitas psikososial baru melalui adanya pelaporan dari masyarakat atau lintas sektor.

Pelaporan ini seringkali terjadi ketika ditemukan adanya masyarakat yang memiliki gejala dengan merugikan diri mereka sendiri dan lingkungan sekitar.

“Kami biasanya mendapat laporan dari masyarakat sekitar rumahnya bahwa ada pasien yang bahkan menghancurkan rumahnya sendiri. Kemudian kami suruh yang ada disana bahwa untuk keluarganya datang melapor ke Puskesmas supaya kami ada dasar untuk mengambil tindakan.” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Mamuju.

Tidak hanya puskesmas maupun dinas kesehatan, Dinas Sosial di Kabupaten Mamuju, mereka membantu untuk pencarian masyarakat yang mengalami masalah kesehatan jiwa. Meskipun ketertarikan utama dinas ini adalah pemenuhan kebutuhan dasar ODDP tersebut, mereka dapat berkomunikasi dengan puskesmas terkait layanan kesehatan yang dibutuhkan.

“Untuk disabilitas mental, kami Dinas Sosial memberikan pelayanan, baik itu permakanan ada sandang sebagai pemenuhan kebutuhan dasar, termasuk ada pelayanan kesehatan dan pendidikan dasar. Biasanya kami mendampingi teman-teman yang disabilitas mental itu, terkait, BPJS-nya apakah sudah aktif atau belum. Terus kami juga biasa berkomunikasi dengan PKM [Puskesmas], terutama di saat ada ODGJ yang perlu untuk dirujuk.” Dinas Sosial di Kabupaten Mamuju.

Puskesmas atau pemangku kepentingan sektor kesehatan di daerah melihat bahwa Dinas Sosial dan organisasi lintas sektor lainnya perlu untuk berperan lebih banyak untuk pemenuhan pelayanan kesehatan jiwa bagi disabilitas psikososial. Puskesmas membutuhkan dukungan yang lebih dari hanya memberikan pelaporan temuan masyarakat dengan gangguan jiwa. Harapannya, pemangku kepentingan di daerah yang lintas sektor dapat membantu Puskesmas dan Dinas Kesehatan dalam penanganan masalah kesehatan jiwa.

“Jadi memang Pemerintah Desa itu sangat penting sekali. Kami pasti akan melibatkan aparat desanya karena yang berhubungan langsung dengan sasaran yang kami tangani kan dari desa. ... Tapi minimal informasi untuk sasaran ODDP, alamat dan kondisi ODDP itu informasi biasanya dari desa sudah sampaikan juga ...” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

“kalau kami ... ada MOU lintas sektor e kalau misalnya e penanganan pasien jiwa seperti ini e kita melibatkan Babinsa dan Babinkamtibmas, terus kita ke rumahnya e biasanya yang ke rumahnya itu pengelola jiwa kami terus dikonsulkan ke kami, kalau tidak bisa kami layani di si e di Puskesmas e kita rujuk ke rumah sakit” Dokter Umum Puskesmas di Kabupaten Mamuju.

Tidak hanya Lembaga pemerintahan, organisasi non pemerintah (NGO) telah berkontribusi membantu penemuan kasus baru atau mencari keberadaan disabilitas psikososial untuk memastikan kebutuhan pelayanan kesehatan jiwa. Mereka mencari masyarakat yang memiliki kondisi sedang dipasung oleh keluarga atau masyarakat

karena memiliki gejala berat dan membutuhkan bantuan penanganan.

“Saya dokter umum ya. Jadi saya memang mencari pasien yang betul-betul gangguan berat ya, jadi pasti orang gila gitu ya atau yang di pasung gitu. Nah karena keterbatasan saya kan, berarti kan saya hanya melayani yang di pasung. Jadi saya mencari pasien yang dipasung, dan yang nggak di pasung dengan segala keterbatasan saya, saya nggak-nggak ke arah situ gitu ya.” Dokter NGO di Kabupaten Sumba Barat Daya

Melalui *home visit*, tenaga kesehatan dapat memantau kepatuhan minum obat, menilai kondisi klinis pasien, serta memberikan dukungan kepada keluarga dalam perawatan sehari-hari. Pendekatan ini juga membantu mencegah kekambuhan dan mendeteksi dini kondisi gejala yang memburuk, sehingga intervensi medis dapat segera diberikan. Kunjungan tenaga kesehatan merupakan pula bagian dari layanan kuratif yang untuk memastikan kontinuitas pengobatan dan pemulihan kondisi pasien di lingkungan tempat tinggalnya.

“di 2024 itu, kalau saya tidak salah, e salah, itu (kunjungan/home visit) 4 kali setahun”
Dokter Umum Puskesmas di Kabupaten Mamuju

*“Jadi jumlah pasien yang kami data per Juni 2025 itu 67 pasien, sedangkan yang mendapatkan pengobatan itu hanya, dari puskesmas hanya 22, 11 diberikan pengobatan oleh dokter E** sendiri, jadi sisanya itu 34 itu belum mendapatkan pengobatan.”* Dokter Umum Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya

Program *home visit* merupakan bagian dari program upaya kesehatan masyarakat (UKM) kesehatan jiwa di Puskesmas. Program ini telah berhasil meningkatkan angka kunjungan ODDP di Puskesmas di kedua daerah tersebut seperti yang telah dilaporkan pada sub bagian kunjungan ODDP. Program kunjungan ke rumah ODDP memberikan penanggung jawab kesehatan jiwa penggantian uang transport dengan maksimal 5 orang per bulan. Untuk puskesmas dengan jumlah ODDP yang sedikit, maka mereka mengunjungi ODDP tersebut lebih dari satu kali setahun. Namun untuk puskesmas tertentu kondisi tersebut tidak memungkinkan, karena banyaknya jumlah ODDP di wilayah kerja mereka.

“misalnya kayak kunjungan ke dapat laporan e pasiennya ngamuk, kita biasanya kalau misalnya ada laporan pada saat jam kerja kita ikut turun di lapangan, e keluar gedung bersama petugas e jiwanya” Dokter Umum Puskesmas di Kabupaten Mamuju

“Biasanya kalau hanya pengelola yang turun untuk melakukan anamnesis dan pemeriksaan terhadap pasien ODGJ itu kurang efektif. Karena memang harus melibatkan dokternya ... Saya juga bingung, soalnya tidak saya anamnesis langsung pasiennya,”
Dokter Umum Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Penanggung jawab kesehatan jiwa memiliki tugas utama untuk melakukan *home visit*

tersebut, dan dapat dibantu oleh dokter umum puskesmas dan tenaga farmasi. Dokter umum dapat turun ke lapangan apabila kondisi pasien belum pernah memerlukan diagnosis awal ataupun dalam keadaan mengamuk.

“Dalam POA [plan of action] nya itu judulnya itu adalah program pelacakan dan pengawasan minum obat untuk ODGJ berat, disitu, itu nama programnya, pelacakan dan pengawasan minum obat untuk ODGJ berat, nah disitu e yang terlibat itu adalah PJ Keswa dan apoteker.” PJ Farmasi Puskesmas di Kabupaten Mamuju

Peran petugas farmasi diberdayakan untuk kunjungan rumah di Kabupaten Mamuju, yang tercantum dalam *Plan of Action* (POA) dengan fokus pada pelacakan dan pengawasan kepatuhan minum obat. Pelaksanaan program ini melibatkan PJ Kesehatan Jiwa dan apoteker sebagai tim utama. Hal ini menunjukkan adanya contoh struktur dan pembagian peran yang jelas dalam upaya memastikan kontinuitas pengobatan pasien ODGJ di komunitas yang dapat diteladani oleh wilayah lain. Namun, POA tersebut tidak dirasakan sepenuhnya efektif oleh petugas farmasi di Puskesmas dengan keterbatasan SDM tersebut.

“Kendalanya pertama, apoteker yang ada di puskesmas kami itu hanya satu. Saya harus melakukan pelayanan, tidak bisa meninggalkan gedung. ... Kemudian setelah pelayanan, saya harus naik lagi ke gudang farmasi untuk mengecek ketersediaan obat. Jadi kalau mau turun kelapangan dari jam pelayanan pagi itu agak susah ...” PJ Farmasi Puskesmas di Kabupaten Mamuju

“Untuk pasien yang dilakukan kunjungan rumah ini yang saya agak e kurang setuju walaupun itu memang program dari keswanya sendiri sih. ... menurut saya pelayan ODGJ itu tetap dilakukan di dalam e gedung ... karena susah saya untuk mengontrol obat yang masuk dan keluar.” PJ Farmasi Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya

Penanggung jawab kesehatan jiwa berpandangan bahwa kunjungan ke rumah ODDP diperlukan untuk memonitoring kondisi disabilitas psikososial. Sementara itu, apoteker atau bagian farmasi di Puskesmas beranggapan bahwa ODDP tetap perlu melakukan layanan dalam gedung sehingga mereka dapat monitoring obat yang keluar. Apoteker di Puskesmas sendiri tidak dapat mengikuti kunjungan rumah karena terbatasnya tenaga kesehatan di bagian farmasi.

Layanan Rehabilitatif Sosial

Secara umum, layanan rehabilitasi bagi ODDP merupakan proses komprehensif dan berpusat pada individu yang bertujuan membantu penyandang gangguan jiwa berat atau kronis untuk memulihkan atau meningkatkan kemampuan fungsionalnya, sehingga dapat hidup mandiri, berpartisipasi dalam kehidupan sosial, dan memperoleh kualitas hidup yang lebih baik. Layanan rehabilitasi yang diberikan di kedua kabupaten lebih banyak melibatkan lembaga swadaya masyarakat seperti Gema Difabel di Kabupaten Mamuju serta Yayasan Harapan Sumba di Kabupaten Sumba Barat Daya. Gema Difabel berperan melawan stigma negatif dari masyarakat setelah pengobatan ODDP.

“Di Sulawesi barat ini, provinsi ini belum ada tempat e rehabilitasi jadi e kadang kami susah juga kalau misalnya dapat pasien-pasien yang butuh rehabilitasi ... fasilitas kesehatan untuk pasien ODGJ berat, tidak ada ruangan khusus, untuk anak-anak yang tumbuh kembang juga masih terbatas.” Dokter Umum Puskesmas di Kabupaten Mamuju

Puskesmas di wilayah studi mampu belum memberikan pelayanan rehabilitasi kepada ODDP yang telah stabil. Faktor utama yang mempengaruhinya adalah fasilitas kesehatan, seperti ruang khusus, di Puskesmas tidak memadai untuk memberikan pelayanan rehabilitasi.

“Ya, karena memang yang kita lakukan itu rehabilitasi berbasis masyarakat... agar ODDP di wilayahnya itu benar-benar bisa pulih, merasa diterima. Misalnya betul secara medis mungkin dia sudah dikatakan sembuh, tapi setelah dikembalikan ke masyarakat ternyata ada beberapa rangsangan yang kemudian itu menjadi pemicu, akhirnya relapse kembali” Staf Gema Difabel di Kabupaten Mamuju

Keterbatasan kemampuan dari Puskesmas untuk memberikan rehabilitasi pada ODDP ini di bantu oleh LSM setempat. Rehabilitasi berbasis masyarakat menjadi strategi utama yang sering dilakukan oleh mereka untuk memastikan ODDP setelah selesai proses pengobatan dapat kembali berdampingan atau bersosial dengan keluarga maupun masyarakat. Namun, potensi ODDP kambuh mengalami gangguan psikososial dapat terjadi selama atau setelah rehabilitasi sosial karena adanya pemicu dari lingkungan mereka.

“Di 2 wilayah itu kami bentuk yang namanya kelompok sobat atau self-help group. ya nah di dalamnya itu adalah ODP-nya tadi tuh, caregiver, ader, termasuk yang dari PKM ada. Dan setiap bulan itu kami buat pertemuan, biasanya sosialisasi soal kesehatan jiwa itu tadi, kemudian hambatan-hambatan yang dihadapi teman-teman, keluhan-keluhan”. Staf Gema Difabel di Kabupaten Mamuju.

Di sisi lain, pelaksanaan rehabilitasi yang dilakukan oleh LSM setempat belum sepenuhnya dapat menjangkau seluruh ODDP. Mereka sering kali membatasi pada

wilayah tertentu sebagai wilayah kerja dan menyesuaikan dengan sumber daya yang tersedia. Pemberian rehabilitasi sosial ini melibatkan Puskesmas setempat yang menjadi fasilitas kesehatan pertama untuk ODDP.

“Oh ya ... setelah pasien itu terkontrol ya berarti ada proses ya rehabilitasi sosialnya. Misalnya diberikan pendidikan untuk menanam sayuran organik di kebun gitu ... sudah mulai sampai segitu ... YHS itu lebih-lebih konsen disitu.” Dokter Umum NGO di Kabupaten Sumba Barat Daya

Salah satu contoh dari rehabilitasi sosial untuk ODDP adalah memberikan pelatihan untuk berkebun, seperti menanam sayuran organik. Bentuk pelatihan ini diberikan agar dapat menjadi aktivitas baru bagi ODDP dan dapat menjadi nilai tambah untuk pendapatan rumah tangga mereka.

“Rehabilitasi itu seharusnya tidak hanya kepada pasiennya. Tapi harus diberikan ke keluarga juga dan masyarakat juga. Mereka yang lain juga perlu dapat, agar saat ODDP kembali ke masyarakat atau keluarga itu bisa diterima dan tidak menjadi pemicu mereka kambuh.” Ahli dan/atau Pensiunan Perawat Kesehatan Jiwa di RS Ghasia.

Pendapat lainnya didapatkan dari penelitian bahwa usaha rehabilitasi kesehatan jiwa tidak cukup dengan memberikan kepada ODDP. Pemangku kepentingan yakni pemerintah daerah, tenaga kesehatan dan organisasi masyarakat sendiri harus memberikan rehabilitasi kepada masyarakat yang berada di lingkungan tempat tinggal ODDP. Rehabilitasi tersebut dibutuhkan agar adanya dukungan sosial dari keluarga dan masyarakat untuk menerima kehadiran ODDP, sehingga tidak ada stigma terhadap masalah kesehatan jiwa.

Ambiguitas Terminologi Obat Kesehatan Jiwa

Pengelolaan obat di Indonesia secara umum dibedakan berdasarkan statusnya, apakah termasuk dalam obat program nasional atau obat pelayanan kesehatan dasar (PKD). Obat program nasional seperti obat TB, malaria, atau imunisasi sepenuhnya menjadi tanggung jawab pemerintah pusat dalam hal pengadaan dan distribusi. Sementara itu, obat PKD merupakan tanggung jawab pemerintah daerah untuk diadakan dan dianggarkan sesuai kebutuhan wilayah. Namun, posisi obat kesehatan jiwa berada pada wilayah abu-abu. Surat edaran dari Kementerian Kesehatan yang menegaskan bahwa obat kesehatan jiwa tidak lagi sepenuhnya menjadi tanggung jawab pusat, melainkan hanya bersifat “penunjang”.

“sudah 2 tahun terakhir kami mendapat surat edaran yang menegaskan jika obat-obat program keswa ini tidak bisa kita katakan obat program, karena hanya obat penunjang. Arahnya itu nanti semuanya akan berpusat kembali ke kabupaten, jadi otonomi daerah perlahan-lahan”. PJ Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Timur.

“Dari Kementerian Kesehatan itu ada sekitar 10 jenis obat program kesehatan. Yang dimana itu perencanaannya lewat aplikasi E Monev, itu hanya 10 jenis program, yaitu malaria, TB, HIV, Imunisasi, Valiarasis, Cacingan, Diare, Hepatitis, Rabies, dan kesehatan jiwa.” PJ Farmasi Dinas Kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Namun, petugas farmasi provinsi dan kabupaten tersebut tetap menganggap obat tersebut adalah obat program yang seharusnya ditanggung oleh Kementerian Kesehatan. Pemahaman ini menyebabkan pengadaan obat kesehatan jiwa bergantung sepenuhnya dari Kementerian Kesehatan. Pemerintah daerah tidak melakukan pengadaan obat-obatan kesehatan jiwadalam anggaran pengadaan obat PKD. Sementara itu, melalui surat edaran tersebut, pemerintah pusat memberikan arahan mulai secara berkala mengurangi suplai kebutuhan obat kesehatan jiwa. Berdasarkan informasi partisipan, jumlah pesanan yang mencakup hanya 50% di tahun 2024 dan akan diturunkan lagi di tahun 2025 menjadi hanya 20%.



Penyediaan pelayanan kesehatan jiwa merupakan bagian penting dari upaya kesehatan, namun pelaksanaannya masih menghadapi berbagai tantangan, terutama di daerah dengan keterbatasan tenaga medis dan fasilitas rujukan. Penelitian ini memetakan penyediaan pelayanan kesehatan jiwa secara kuratif dan ketersediaan obatnya di kedua wilayah penelitian. Hasil studi menunjukkan bahwa ketersediaan sumber daya kesehatan sangat mempengaruhi pola pelayanan, akses obat, serta pemantauan pasien, sehingga temuan ini diharapkan dapat menjadi dasar perbaikan layanan kesehatan jiwa di tingkat daerah. Penjelasan pada bagian ini diawali dengan manajemen kesehatan jiwa ini dengan melaporkan ketersediaan dan kinerja SDM kesehatan jiwa,

Pengelolaan dokter dan petugas di daerah

Sebaran ketersediaan tenaga medis dan tenaga kesehatan merupakan komponen esensial dalam layanan kesehatan jiwa dalam menentukan ketepatan layanan kesehatan jiwa yang diterima oleh komunitas di kedua daerah tersebut. Berdasarkan data dari Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SISDMK), terdapat satu persamaan dan banyak perbedaan karakteristik dalam aspek jumlah tenaga medis dan tenaga kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Daya dan Mamuju. Tabel 11 menunjukkan distribusi tenaga kesehatan yang berkaitan dengan layanan kesehatan jiwa di kedua daerah tersebut.



Tabel 12. Sebaran Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

	Kabupaten	
	Sumba Barat Daya	Mamuju
Rumah Sakit		
Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa (Sp.KJ)	-	2
Psikolog Klinis	-	-
Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas		
Dokter Umum	22	46
Ners	203	197
Perawat Non Ners	355	317
Perawat Kesehatan Jiwa	-	2

	Kabupaten	
	Sumba Barat Daya	Mamuju
Apoteker	30	27
Ketersediaan Tenaga Kesehatan per Puskesmas		
Jumlah Puskesmas	16	23
Dokter	7 (44%)	17 (74%)
Perawat	16 (100%)	23 (100%)
Farmasi/Apoteker	14 (86%)	22 (96%)

Sumber: <https://dreams.kemkes.go.id/user/sebaran>, diakses pada September 2025.

Persamaan utama dari kedua daerah tersebut adalah belum memiliki tenaga psikologis klinik dan kurangnya tenaga perawat kesehatan jiwa di puskesmas. Sementara itu, kedua daerah tersebut adalah ketersediaan Dokter SpKJ dan dokter umum di kedua daerah tersebut. Ketersediaan dokter spesialis jiwa yang berkontribusi terhadap layanan kesehatan jiwa di puskesmas maupun di rumah sakit, seperti dijelaskan pada bagian alur layanan kesehatan jiwa.

“Di Sumba Timur, sekarang ada 1 psikiater dengar-dengar juga sudah ada disitu”. PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

“Semua terapi yang mungkin dokternya takut memberikan obat apa, tambahan obat, akhirnya dikonsultasikan langsung dengan di dokter ahli kesehatan jiwa yang ada di Kupang.” PJ Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Belum tersediaanya Dokter SpKJ dan poli kesehatan jiwa di Kabupaten Sumba Barat Daya membuat pasien perlu mengakses pelayanan di daerah lain. Namun, untuk menjawab keterbatasan tersebut, dinas kesehatan Sumba Barat Daya mencoba menghubungkan dokter-dokter umum di puskesmas dengan psikiater di kupang melalui grup di WhatsApp. Keberadaan *group* tersebut dibentuk secara informal, namun telah membantu layanan kesehatan jiwa di puskesmas di Sumba Barat Day

“Ya masih ada puskesmas yang ... [seperti] Salissingan kalau tidak salah dokternya masih kontrak kalau tidak salah belum belum dokternya belum PNS belum ASN, jadi tidak menetap” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Mamuju.

Pada ketersediaan tenaga kesehatan yang lain, proporsi puskesmas yang belum memiliki dokter umum tetap di Sumba Barat Daya (9 dari 16 puskesmas) dan di Mamuju (6 dari 23 puskesmas). Kedua daerah tersebut mencoba untuk mengisi kekosongan dokter umum di puskesmas tersebut dengan cara mengontrak dokter dalam skema non-ASN.

“Kunjungan pasien tidak ada, terus programnya tidak jalan. Iya e dokternya waktu itu kami juga sempat kosong, jadi yang e melayani saat itu penanggung jawab perawat, makanya perawat tidak berani sih langsung melakukan pelayanan pasien ODGJ.” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

*“Selama beberapa bulan yang lalu, kami tidak ada dokter ibu, saya langsung konsul ke dr. E**. Bagaimana keadaan pasien, lalu dr. E** meresepkan obat. Kurang lebih (kekosongan dokter) 4 bulan, ibu.” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Mamuju.*

Dalam situasi lain, peran dokter digantikan oleh tenaga kesehatan lainnya di Kabupaten Sumba Barat Daya. Kondisi tersebut menghambat peningkatan jumlah kunjungan pasien jiwa, karena keterbatasan kompetensi. Akibatnya, perpindahan atau kekosongan dokter dapat terjadi sewaktu-waktu. Cara lain yang untuk mengatasi kekosongan dokter tersebut dengan melibet dokter di luar puskesmas. Agar proses layanan tetap berjalan, Dokter LSM akan memberikan instruksi atau meresepkan obat berdasarkan hasil konsultasi.

“Kalau total yang pernah kami tangani mungkin sekitar 200-an ya, ... Tapi yang betul-betul sekarang masih dalam ee pengobatan itu sekitar 150 an ya ... buat saya ... terlalu banyak gitu. Sehingga ... mulai kami serahkan ke puskesmas. Jadi misalnya ada pasien di wilayah puskesmas BK, kami serahkan pasiennya itu ke puskesmas tersebut ... saya lepas.” Dokter Umum NGO di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Dokter dari LSM di Kabupaten Sumba Barat Daya telah memberikan perawatan kesehatan jiwa kepada banyak disabilitas psikososial. Namun, karena keterbatasan sumber daya dari LSM, beberapa disabilitas psikososial yang masih membutuhkan pengobatan dikembalikan ke puskesmas untuk mendapatkan perawatan lanjutan.

“Kemudian perlu sih menurut saya juga perlu psikolog disiapkan di masing-masing puskesmas. Karena banyak juga ini pasien-pasien kami, yang sebenarnya sakitnya bukan masalah medis seperti penyakit-penyakit berat. Tapi banyak juga yang hanya masalah rumah tangga, masalah adat dan lain-lain.” Dokter Umum Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Selain dokter dan psikiater, keberadaan psikolog klinis juga sangat dibutuhkan. Namun, hingga saat ini tidak ada puskesmas di Mamuju maupun Sumba Barat Daya yang

memiliki psikolog klinis. Padahal, banyak kasus kesehatan jiwa di masyarakat berkaitan dengan masalah sosial dan psikologis yang tidak selalu membutuhkan obat.

Kapasitas Tenaga Kesehatan di Daerah

Pelayanan kesehatan jiwa membutuhkan tenaga kesehatan yang memiliki kapasitas khusus untuk memberikan perawatan kepada pasien atau disabilitas psikososial. Dari dua daerah studi, dokter spesialis kesehatan jiwa hanya tersedia satu di Kabupaten Mamuju dan belum tersedia di Kabupaten Sumba Barat Daya. Ketersediaan dokter spesialis yang terbatas diharapkan dapat digantikan dengan tenaga kesehatan yang ada seperti dokter umum dan perawat. Tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas diharapkan tetap dapat memberikan pelayanan kesehatan jiwa dengan mendapatkan pelatihan untuk peningkatan kapasitas.

“Jadi pelatihan kesehatan jiwa telah disediakan sejak 2012 dengan membuat modul dari WHO untuk Puskesmas. Selama 5 tahun dari 2012 2013 sampai 2016 melaksanakan, itu sudah hampir seluruh provinsi tercapai. Terus dilanjutkan dengan dana didekonsentrasikan dan seluruh provinsi Indonesia bisa melakukan sendiri pelatihan secara luring. Itu sudah berjalan 5 tahun sudah hampir semua, hingga mencapai 70% dokter yang terlatih untuk kesehatan jiwa di Puskesmas pada tahun 2020.” Tim Kerja Tata Kelola Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan.

Kementerian Kesehatan telah melakukan upaya memberikan pelatihan pelayanan kesehatan jiwa kepada tenaga kesehatan di Puskesmas. Pelatihan yang tersedia sudah dimulai sejak 2012 secara langsung tersedia dari Kementerian Kesehatan dan dapat dilaksanakan oleh pemerintah provinsi sendiri. Beberapa tenaga kesehatan di wilayah studi juga mengkonfirmasi bahwa pernah mendapatkan pelatihan kesehatan jiwa dari Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kementerian Kesehatan secara tatap muka. Pelatihan untuk meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan jiwa tersedia hingga sekarang dengan sistem yang diharapkan lebih efisien dari sisi biaya.

“Pada tahun 2022 kami melihat data ada penurunan karena banyak perpindahan. Dokter yang sudah dilatih pindah jadi sekolah spesialis, sudah pindah ke Puskesmas lain atau pindah ke rumah sakit atau pindah ke dinas kesehatan, atau sudah tidak lagi mau di puskesmas cari swasta dan lain-lain. Nah itu terjadi penurunan jumlah yang dilatih, sehingga dilakukan gerakan lagi untuk melatih, tapi itu memerlukan biaya besar untuk kami maupun daerah.” Tim Kerja Tata Kelola Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan.

Namun, tenaga kesehatan yang terlatih tidak memiliki masa tugas secara permanen untuk bertanggung jawab pada pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas. Jumlah tenaga kesehatan khususnya dokter yang terlatih tersebut mengalami penurunan karena beberapa dari mereka pindah untuk sekolah maupun ke tempat tugas lain. Kementerian Kesehatan mengharapkan untuk mengadakan kembali pelatihan di daerah dengan biaya

yang tidak besar, salah satunya secara daring.

“Sekarang pelatihan masih tersedia secara daring melalui MOOC di LMS dan seluruh tenaga kesehatan bisa ikut dengan biaya yang minimal. Mereka bisa buka laptop kapan saja untuk mengikuti pelatihan. Tapi pelatihan yang online ini sepertinya hanya bumbu-bumbu penyedap aja lah. Rasanya masih agak jauh [untuk efektif]. Jadi memang kalau kita mau, kita kayak dulu lagi [pelatihan luring di daerah]. Tapi uangnya memang tidak ada.” Tim Kerja Tata Kelola Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan.

Kementerian Kesehatan menyediakan MOOC (*Massive Open Online Course*) melalui LMS (*Learning Management System*) untuk tenaga kesehatan yang membutuhkan. Namun, peningkatan kapasitas secara daring dinilai tidak cukup efektif untuk mendorong kapasitas tenaga kesehatan dalam menyediakan pelayanan kesehatan jiwa. Meningkatkan kapasitas secara luring masih diperlukan untuk mendorong kapasitas tenaga kesehatan tidak hanya memahami tapi juga mampu memberikan pelayanan kesehatan jiwa secara praktik.

“Saya perawat belum pernah mengikuti pelatihan untuk kesehatan jiwa seperti bagaimana cara mengobati pasien. Jadi kesulitan. Kami sudah pernah mengusulkan tapi belum dapat.” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

“Pelatihan pertama itu tahun 2014 akhir, kemudian di tahun 2015 ada lagi dan di 2017. Nah itu terakhir saya mengikuti pelatihan di tahun 2017. Setelah itu di saat sudah kembali di tahun 2024, saya sempat ikut lagi ada peningkatan kapasitas lagi untuk pengelola Keswa. Sepertinya di akhir 2024 kemarin. Dari, dilaksanakan dari Dinas Kesehatan Kabupaten bekerja sama dengan BBLK Makassar.” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Mamuju.

Namun, hasil wawancara kami menemukan bahwa masih ada PJ kesehatan jiwa di Puskesmas yang belum mendapatkan pelatihan. MOOC yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan belum banyak diketahui oleh PJ kesehatan jiwa di Sumba Barat Daya dan Mamuju. Pelatihan yang pernah didapatkan oleh mereka dari Dinas Kesehatan di Kabupaten Mamuju, sedangkan Kabupaten Sumba Barat Daya belum pernah melaksanakan pelatihan secara mandiri oleh pemerintah daerah.

“Kami memberikan pelatihan kepada daerah-daerah yang prioritas, itu tergantung dari data jumlah pasiennya. Kalau daerahnya punya pelaporan data yang bagus dan jelas terkait jumlah pasien maka akan kami dahulukan.” Tim Kerja Tata Kelola Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan.

Kementerian Kesehatan merupakan penyedia utama untuk pelatihan pelayanan kesehatan jiwa bagi tenaga kesehatan di daerah. Pemilihan daerah berdasarkan data pasien kesehatan jiwa yang tersedia. Sumba Barat Daya dan Mamuju dalam laporan Kementerian Kesehatan tidak memiliki jumlah pasien kesehatan jiwa yang tinggi - sering

kali tidak menjadi prioritas untuk mendapatkan pelatihan.

Pedoman Pengobatan ODDP di Daerah

Kesenjangan dari ketersediaan kebijakan teknis untuk masalah kesehatan jiwa di Indonesia telah disadari oleh Kementerian Kesehatan. Pedoman untuk menetapkan diagnosa dari masalah kesehatan jiwa perlu diperbarui menyesuaikan perkembangan kebijakan dan kondisi kesehatan masyarakat pada masa kini. Dalam konteks penelitian ini, tim peneliti berpandangan bahwa PPDGJ sangat penting di daerah yang belum memiliki Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa sehingga membantu Dokter Umum di Puskesmas dalam menetapkan diagnosa awal.

“Saya melakukan diagnosa tidak menggunakan PPDGJ, saya kali kami hanya melihat dari materi-materi perkuliahan yang pernah didapatkan dulu dan bertanya ke dokter spesialis jiwa yang kami kenal...” Dokter Umum Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Di sisi lain, panduan penggunaan obat-obatan psikofarmaka juga menjadi prioritas tersedia untuk membantu monitoring dan evaluasi dari efek dan dampak yang terjadi terhadap pasien dengan disabilitas psikososial.

“...kami jaga memang kalau untuk pemberian obat psikotik itu memang kami awasi kadang (keteraturan minum obat dan efek samping). Jadi e kadang mereka memang ada juga yang langsung melaporkan, ada juga bu yang mungkin kadang luput kami pantau, terus pasiennya diam-diam saja...” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Mamuju.

Dua wacana kebijakan dari Kementerian Kesehatan penting untuk ditetapkan karena penelitian ini menemukan masih terdapat tenaga kesehatan di Kabupaten Mamuju dan Sumba Barat Daya - sebagai daerah sulit - yang tidak melakukan diagnosa pasien kesehatan jiwa ataupun disabilitas psikososial berdasarkan pedoman. Kemudian, masih terbatasnya proses pemantauan penggunaan obat-obatan psikofarmaka yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Sistem Informasi Layanan Kesehatan Jiwa

Pelayanan kesehatan jiwa membutuhkan sistem informasi untuk pencatatan dan pelaporan. Sistem informasi ini dibutuhkan tidak hanya untuk memonitoring dan evaluasi pelayanan, tetapi juga menyediakan data untuk penetapan kebijakan dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa di daerah. Di Kabupaten Mamuju dan Sumba Barat Daya, sistem informasi yang digunakan oleh Dinas Kesehatan dan Puskesmas adalah rekam medis elektronik (RME) dan sistem informasi kesehatan jiwa *online* yang bernama SIMKESWA yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan No 24

tahun 2022 tentang Rekam medis mewajibkan semua fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan rekam medis elektronik dan semua data pasien tercatat secara digital oleh fasilitas kesehatan.

Selain RME, pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan jiwa juga dapat dilakukan dengan SIMKESWA (Sistem Informasi Kesehatan Jiwa). SIMKESWA disediakan untuk memuat pelaporan pelayanan mulai dari skrining dan diagnosis serta pengobatan yang diberikan, khususnya pelayanan luar gedung. Dengan perkembangan aplikasi siskeswa 2.0 yang komprehensif, petugas kesehatan dapat melihat dan memantau laporan pasien penyakit jiwa berdasarkan diagnosa, hasil skrining, jumlah pasien gangguan jiwa berat, laporan pasung dan kejadian bunuh diri. Laporan yang dihasilkan dapat berupa laporan per individu ODDP dan juga agregasi tingkat kelurahan/desa, puskesmas, kecamatan hingga provinsi.

"Kami melaporkan data kami ke simkeswa untuk pelaporan nasional dan provinsi, dan rekam medis manual untuk konsumsi kabupaten" PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

"Data manual dan data simkeswa ada perbedaan, dimana laporan kami di manual (dari rekam medik) sudah mencapai angka sekian tapi di simkeswa turun (lebih rendah)". PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Namun, sistem informasi untuk pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan jiwa belum memiliki terintegrasi dan interoperabilitas antar aplikasi. Setiap aplikasi memiliki target penerima laporan yang berbeda, sehingga tenaga kesehatan di puskesmas harus melakukan pengisian data pada dua aplikasi yang berbeda dan melakukan pencatatan manual. Kondisi ini berisiko terhadap konsistensi terhadap data yang dicatat dan dilaporkan.

"Menu laporan SIMKESWA ini, yang jadi persoalannya kadang berubah-ubah dan belum ada BIMTEK yang diberikan. Hasil screening kita input, hilang semua". PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Mamuju.

"Simkeswa sendiri itu kita juga beberapa kali dibobol ya Di-hack gitu loh. Jadi ini juga membuat teman-teman itu... ragu-ragu gitu kan Ini kalau mau masukin nanti hilang lagi datanya gitu kan. Jadi ini ada juga masalah security." Tim Kerja Tata Kelola Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan.

Disisi lain, SIMKESWA yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan masih mengalami kendala dalam penggunaannya. PJ Kesehatan Jiwa di puskesmas menjelaskan bahwa menu dalam SIMKESWA sering kali mengalami perubahan tanpa adanya pemberitahuan atau sosialisasi. Data yang sudah dicatat dan dilaporkan oleh PJ Kesehatan Jiwa juga sering kali hilang dari dashboard atau riwayat pencatatan

SIMKESWA. Kementerian Kesehatan menyatakan pula bahwa SIMKESWA memiliki tingkat keamanan yang rendah karena beberapa kali mengalami peretasan pada sistem. Kondisi ini juga membuat tenaga kesehatan belum banyak memanfaatkan SIMKESWA untuk pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan jiwa.

“Salah satu alasan, jaringan. Itu yang saya temukan. Jaringan.. Kalau di Puskesmas tidak ada jaringan”. PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

“Di tahun 2024 ibu, saya masuk itu tidak bisa sama sekali, tidak bisa masuk pakai SIMKESWA itu, dan saya tidak bisa masuk terus sampai saat ini.” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Kendala lainnya yang dihadapi dengan pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan jiwa melalui aplikasi atau sistem informasi online adalah jaringan. Di Kabupaten Sumba Barat Daya, jaringan internet masih terbatas sehingga tenaga kesehatan lebih memilih untuk melakukan pencatatan manual.

E. Manajemen Obat-obatan Kesehatan Jiwa



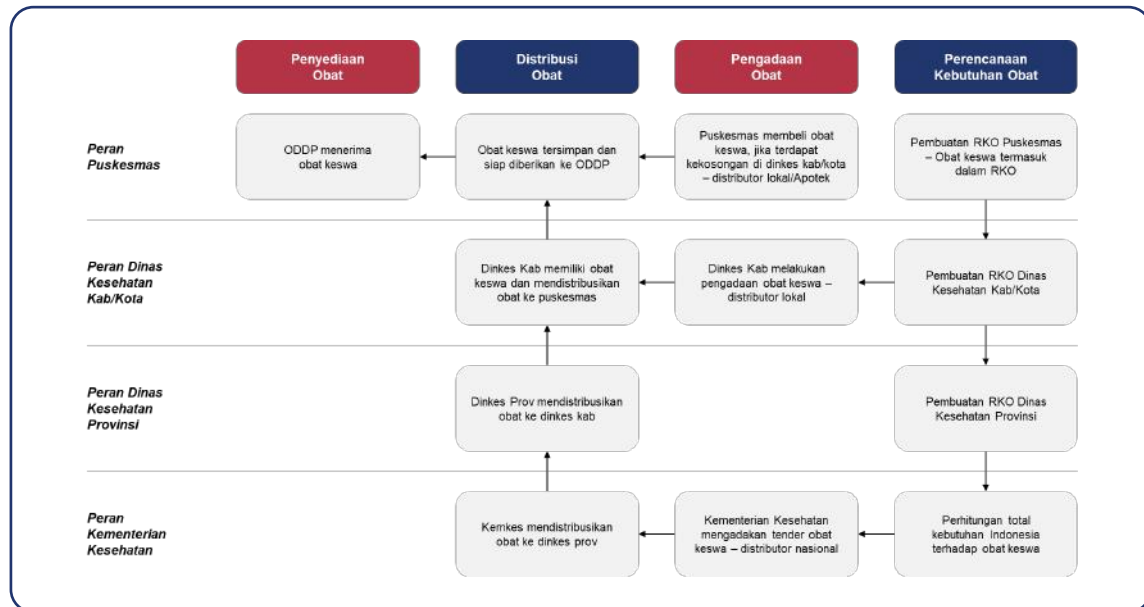
Terapi farmakologis dalam penanganan pasien kesehatan jiwa menjadi komponen penting yang harus dijalani untuk mencapai kestabilan bagi pasien. Ketersediaan dan kemudahan akses terhadap obat-obatan terapi farmakologi merupakan kunci untuk memastikan keberlanjutan terapi terus terjaga, terlebih bagi pasien kesehatan jiwa yang memerlukan terapi jangka panjang, bahkan



potensi seumur hidup seperti pada pasien skizofrenia, juga bagi pasien dengan kondisi *relaps* berulang seperti bipolar, sehingga ketersediaan obat-obatan kesehatan jiwa (psikofarmaka) harus dijamin ketersediaan dan aksesnya.

Penyediaan akses terhadap obat-obatan membutuhkan proses pengelolaan sediaan farmasi seperti yang dinyatakan dalam standar pelayanan kefarmasian di puskesmas (Permenkes No. 26 tahun 2020). Tahapan ini meliputi: perencanaan kebutuhan; permintaan; penerimaan; penyimpanan; pendistribusian; pengendalian; pencatatan, pelaporan dan pengarsipan; serta pemantauan dan evaluasi pengelolaan. Tahapan

tersebut membutuhkan kerjasama antar lintas-stakeholder dari kementerian kesehatan, pengelola gudang farmasi di provinsi dan kabupaten/kota serta puskesmas. Dalam penyediaan sediaan farmasi terdapat isu status psikofarmaka sebagai obat program dan implementasi kebijakannya. Gambar 16 menunjukkan siklus manajemen obat kesehatan jiwa.



Gambar 16. Manajemen rantai pasokan obat kesehatan jiwa pas sektor publik di Indonesia

Selanjutnya temuan penelitian ini terkait pencapaian dan tantangan pengelolaan obat-obatan, dimulai dengan proses perencanaan dan penganggaran obat kesehatan jiwa, penganggaran dan distribusi obat kesehatan jiwa, dan persepsian obat kesehatan jiwa tersebut.

Perencanaan Obat Kesehatan

Perencanaan obat dilakukan secara *bottom-up* melalui dokumen Rencana Kebutuhan Obat Program yang disusun oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/kota berdasarkan data penggunaan psikofarmaka di puskesmas. Proses penyusunan rencana kebutuhan obat program ini disusun pada pertengahan tahun berjalan untuk pengadaan tahun depan berdasarkan data penggunaan tahun sebelumnya. Misalnya, rencana kebutuhan obat untuk tahun 2026 disusun di tahun 2025 menggunakan data tahun 2024. Dalam formulir Rencana Kebutuhan Obat Program, perhitungan untuk kebutuhan tahun depan menghitung kebutuhan rata-rata per bulan di kali 18 (guna mendapatkan cadangan stok untuk 6 bulan) dikurangi sisa stok obat tahun pada akhir bulan Desember tahun sebelumnya dan ditambah 10 persen dari total tersebut.

"Kami sih berharap peraturan resmilah dari kementerian, sehingga kami bisa meneruskan ke kabupaten kota penekanannya harus dan wajib untuk dianggarkan oleh kabupaten kota seperti itu". PJ Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Namun, perencanaan obat kesehatan jiwa masih mengalami tantangan di lapangan. Kebijakan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan melalui surat edaran belum cukup kuat untuk mendorong keterlibatan daerah, khususnya puskesmas, dalam perencanaan obat-obatan. Obat yang disediakan secara *massive* sering kali belum dapat memenuhi kebutuhan di lapangan. Tantangan lainnya juga telah disinggung pada sesi C mengenai ambiguitas obat kesehatan jiwa sebagai obat program.

"Kami sempat buat perencanaan untuk penganggarannya dari dana APBD tingkat provinsi tetapi pada pada realisasinya e tidak tercover sih kak, jadi memang belum ada, [anggarannya]... anggarannya tidak terlalu besar untuk bisa memenuhi semua kebutuhan.". PJ Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan di Provinsi NTT.

"Tahun ini, misalnya untuk 2025 ini, semua kabupaten ada penganggaran tersendiri. Untuk keswa ya, Kabupaten Mamuju kayaknya Rp 31 juta itu". PJ Farmasi Dinas Kesehatan di Provinsi Sulawesi Barat.

Perencanaan obat-obatan yang belum cukup optimal ini mempengaruhi ketersediaan anggaran untuk pelayanan kesehatan jiwa. Pengalaman di Dinas Kesehatan Provinsi NTT, anggaran untuk obat kesehatan jiwa yang direncanakan tidak dapat tersedia dengan alasan pembiayaan kesehatan terbatas. Sementara di Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat, anggaran untuk kesehatan jiwa sudah tersedia, tetapi belum digunakan untuk penyediaan psikofarmaka oleh daerah.

"Dalam perencanaan kami memang ada penambahan buffer. targetnya 100, kenyataannya nanti 120 apa 130 [bisa pakai buffer]. Tantangan perencanaan kalau tahun ini perencanaan 100, tahun depan ternyata kasusnya 200 [sehingga buffer nya kurang], itu kan kita ndak pernah tahu." PJ Farmasi Dinas Kesehatan di Kabupaten Mamuju.

Tantangan kedua adalah peningkatan penemuan kasus di masing-masing puskesmas yang terakumulasi di tingkat kabupaten. Peningkatan jumlah kasus baru menyebabkan melonjaknya kebutuhan jumlah obat kesehatan jiwa yang tidak direncanakan sebelumnya. Peningkatan kasus skizofrenia ini terjadi di Kabupaten Mamuju maupun Sumba Barat Daya (seperti yang terlihat di bagian data kunjungan). Saat ini, usaha untuk melakukan skrining kesehatan jiwa semakin marak dilakukan mempertanyakan volume kebutuhan obat yang direncanakan.

"Jangan sampai kami perencanaan menambah kuota perencanaan tapi pas pasiennya kurang, apalagi ada pasien yang tidak datang ambil obat". PJ Farmasi Dinas Kesehatan

di Kabupaten Mamuju.

“Perencanaan [obat program] itu memang terpusat pada program Dinkes sendiri berdasarkan dengan laporan pemakaian dari setiap Puskesmas yang masuk ke mereka.”
PJ Farmasi Dinas Kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Namun dinamika perencanaan kebutuhan obat dirasakan berbeda untuk puskesmas lainnya. Obat yang sudah dihitung dapat terbuang ketika pasien tidak mengaksesnya ke Puskesmas. Sementara itu, petugas farmasi puskesmas belum dilibatkan dalam proses perencanaan obat kesehatan jiwa di daerah.

Pengadaan dan Distribusi Obat Kesehatan Jiwa

Seperti telah dijelaskan pada bagian ambiguitas obat kesehatan jiwa, kedua daerah tersebut, belum melakukan pengadaan karena kekosongan alokasi anggaran daerah dan masih mengharapkan distribusi dari pusat. Karena alasan demikian, pemahaman dinas kesehatan terhadap pengadaan disampaikan melalui kuotasi berikut.

“Kalau Dinkes seperti itu pak selama ini yang saya tahu. Mereka perencanaannya satu kali setahun. Tidak boleh pembelian, bukan pembelanjaan seperti yang di rumah sakit”.
PJ Farmasi Dinas Kesehatan di Kabupaten Mamuju.

Kondisi tersebut diperparah keadaan suplai obat jiwa terbatas dari Kementerian Kesehatan yang semakin menurun.

“Kami permintaan 10.000 tablet ke pusat, dia mengirimkan 5.000nya atau 6.000”. PJ Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan di Provinsi Sulawesi Barat.

“Kemarin kami mintakan haloperidol itu 200.000 tablet tapi yang dikirim ke kementerian ke provinsi hanya 25.000 tablet saja nah sedangkan antrian permintaan dari beberapa kabupaten itu mintanya lebih dari itu kami juga kerepotan sampai detik ini”. PJ Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Tantangan geografis di kedua tersebut berkontribusi terhadap waktu pengiriman obat ke kedua daerah tersebut. Untuk wilayah Kabupaten Mamuju yang merupakan ibukota provinsi Sulawesi Barat, salah satu puskesmas berada di pulau yang berbeda, namun untuk Kabupaten Sumba Barat Daya, dinas kesehatan dan puskesmasnya berada di pulau lain dari ibukota provinsi. Proses distribusi obat dari pusat ke provinsi hingga ke kabupaten dapat memakan waktu hingga dua bulan.

“Jadi itu prosesnya tidak (dalam waktu) singkat, karena kita ini NTT ini daerah kepulauan Mba. jadi walaupun misalnya dari pusat sudah kirim, kita juga untuk kirim ke teman-teman ke kabupaten/kota kita juga nanti harus

mempertimbangkan jadwal kapal laut kemudian jadwal pesawat.” PJ Farmasi Dinas Kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Ketika obat-obat kesehatan jiwa tersebut tidak dapat disediakan oleh dinas kesehatan kabupaten akibat kekurangan distribusi dari provinsi dan kementerian kesehatan, dana kapitasi tidak digunakan untuk membeli obat tersebut.

“Di anggaran JKN itu kita ada pengadaan obat 10% namun itu tidak pernah diambil untuk pengadaan obat-obatan kejiwaan. Tapi fokus ke kesehatan ibu dan anak”. Dokter Umum Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat daya.

Pola Peresepan Obat Kesehatan Jiwa

Kondisi variasi ketersediaan obat di puskesmas juga dipengaruhi oleh pola peresepan obat oleh dokter umum di puskesmas. Berdasarkan formularium nasional (tabel 11) dengan daftar obat-obatan yang dapat disediakan oleh FKTP, penyediaan obat sangat bergantung kepada pengguna yaitu dokter umum dan penanggung jawab kesehatan jiwa.

“Kalau itu selalu menanyakan ke dokternya, apakah kalau saya ajukan obat ini apakah obat ini dibutuhkan? Selalu menanyakan ke dokternya karena kalau tentang pengobatannya saya lebih ke dokternya karena nanti yang meresepkan obatnya itu dokter, kak. .” PJ Farmasi Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

“Nanti kami menambahkan misalnya obat Risperidone yang termasuk dalam obat Kesehatan jiwa Takutnya tidak terpakai dan akan ED Jadi kami pihak Farmasi itu menerima permintaan sesuai dengan permintaan dari PJ Keswa. Obat apa yang dia ingin amprahkan” PJ Farmasi Puskesmas di Kabupaten Mamuju.

Dokter akan memiliki preferensi dalam menggunakan obat tertentu sehingga membentuk suatu pola peresepan, hal ini berdampak pada obat-obatan lainnya yang jarang digunakan menjadi tidak disediakan. Pola peresepan tersebut berpotensi berubah ketika dokter umum di Puskesmas berganti, seperti yang sering terjadi di Puskesmas di daerah yang tidak memiliki dokter sebagai pegawai tetap, termasuk di kedua lokasi studi.

“Kadang di Puskesmas di tengah-tengah tahun dia mengganti dokter. Jadi kadang tren obat-obat yang dipakai dari masing-masing dokter juga berbeda-beda. kadang kita stok obatnya ini banyak tiba-tiba pas ganti dokter dia sudah tidak mau pakai obat itu lagi.” PJ Farmasi Dinas Kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Namun, pada praktiknya, fasilitas pelayanan kesehatan tidak selalu memilih untuk

menyediakan seluruh daftar obat dalam formularium nasional dengan pertimbangan mengikuti permintaan dari dokter. Dokter umum di puskesmas memiliki preferensi sendiri dalam memberikan resep obat terhadap kasus kesehatan jiwa. Apabila dokter umum tidak menggunakan obat tertentu, misalnya risperidone, maka obat tersebut tidak di-amprah penanggung jawab farmasi. Kondisi ini sangat berpengaruh di kabupaten Mamuju yang sudah memiliki poli kesehatan jiwa, sehingga terdapat program rujuk balik dari rumah sakit ke puskesmas.

“Kalau misalnya risperidone habis di puskesmas ya Kita kembalikan lagi ke rumah sakit. Dan kayaknya memang [risperidon] tidak pernah ada di puskesmas kami. Dan sebenarnya, stok risperidone itu ada stoknya di dinas. Cuma kan dokter juga tidak minta. Jadi kalau dokter saya tidak minta ya saya juga tidak adakan pengamprahan untuk permintaan.” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Mamuju

Adanya psikofarmaka yang tidak disediakan di puskesmas, seperti Risperidone, menyebabkan pasien rujuk balik dari Rumah Sakit Mamuju yang mendapatkan obat tersebut harus dikembalikan lagi ke RS. Padahal, obat yang dibutuhkan tersedia di dinas kesehatan dan dapat disediakan di FKTP. Obat tersebut tidak tersedia hanya karena preferensi dokter di puskesmas untuk tidak menggunakan obat tertentu.

Kondisi tersebut tidak hanya dirasakan oleh satu puskesmas di Mamuju, puskesmas lain yang memiliki jarak yang jauh dari Rumah Sakit juga mendapatkan pasien rujuk balik yang diresepkan obat yang tidak tersedia di puskesmas. Sehingga, puskesmas terpaksa mengganti obat yang diresepkan dengan obat yang tersedia di puskesmas tersebut. Kondisi ini menyebabkan pasien menjadi enggan untuk mengonsumsi obat karena merasa obat yang didapatkan berbeda.

“Misalkan obat clozapine. clozapine kan tidak tersedia di puskesmas. Otomatis kami kasih [obat] yang ada saja. Tidak sesuai terapi. Tidak sesuai kebutuhan pasien.” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Mamuju

Selain itu, terdapat puskesmas yang mendapatkan pasien rujuk balik dengan resep Clozapine. Meskipun obat ini termasuk obat dalam formularium nasional dan menjadi salah satu obat esensial nasional, namun Clozapine tidak termasuk dalam daftar obat yang ada di Rencana kebutuhan obat program, sehingga umumnya obat ini tidak tersedia di banyak puskesmas yang hanya tergantung pada stok obat dari kementerian kesehatan. Solusi yang diberikan oleh puskesmas adalah menggantinya dengan obat lain yang berpotensi berdampak terhadap terapi farmakologi yang tidak efektif karena obat yang didapatkan tidak sesuai, mengingat clozapine biasanya diresepkan kepada pasien yang resistan atau intoleran terhadap obat-obatan kesehatan jiwa lainnya.

Yang menjadi kendala itu kalau di puskesmas juga kadang dosisnya tidak pas sehingga pasien e kambuh kembali, ada ini kemarin ada pasien saya yang kambuh kembali itu karena e ternyata di puskesmas itu obatnya tidak ada, yang dikasih itu dosisnya agak di bawah” Psikiater RSUD Sulawesi Barat.

Tidak hanya pada jenis obat yang diminta namun tepat dosis juga penting untuk menjaga kestabilan pasien jiwa. Psikiater menyebutkan bahwa beberapa pasien kembali mengalami kekambuhan karena dosis obat yang diberikan tidak sesuai kebutuhan.

Dampak Kekosongan Obat

Kekosongan obat kesehatan jiwa berdampak langsung terhadap layanan pengobatan dan keberlangsungan program kesehatan jiwa di wilayah kerja puskesmas. Dampak pertama adalah dokter meresepkan obat berdasarkan ketersediaan stok di instalasi farmasi puskesmas, bukan semata kebutuhan terapi pasien. Kondisi ini menyebabkan pasien hanya menerima obat penenang seperti diazepam, tanpa terapi psikofarmaka utama yang seharusnya diberikan.

“Disesuaikan juga dengan obat yang ada di gudang misalnya e apa, dokternya tanya ‘obat apa yang ada sekarang di apotik ka’, saya bilanginya paling trihexy, tapi trihexsi lagi kurang, haloperidol, kayak begitu-begitu atau diazepam, kadang kan nih kemarin mengalami kekosongan obat sama sekali, ya obat diazepam saja biasanya yang diberikan. Iya karena hanya itu yang ada di Puskesmas, obat penenangnja saja” PJ Farmasi Puskesmas di Kabupaten Mamuju

Selain itu, kombinasi obat yang semestinya diberikan secara bersamaan (misalnya haloperidol dan CPZ) hanya diberikan salah satunya karena kekosongan stok. Dalam kondisi tertentu, petugas farmasi akan berkonsultasi dengan dokter untuk mengganti jenis obat, namun tidak selalu tersedia alternatif yang setara.

“Walaupun misalnya kosong, kan biasa di ini dikombinasi ya, haloperidol dan cepezet kalo misalnya, salah satunya kosong ya cuma satu itu yang dikasih untuk sementara.” PJ Farmasi Puskesmas di Kabupaten Mamuju

Dampak kedua adalah ketidaksesuaian antara obat yang diresepkan dokter dan obat yang akhirnya diterima pasien. Secara klinis, kondisi ini berpotensi menurunkan efektivitas terapi, meningkatkan risiko kekambuhan (*relapse*), dan memperburuk stabilitas kondisi pasien jiwa.

“Kalau masih bisa diganti dengan obat lain saya ganti. Saya konsul ke dokter... kalau setuju biasanya diganti supaya pasien juga tidak cari lagi.” PJ Farmasi Puskesmas di Kabupaten Mamuju

Dampak ketiga adalah pengurangan jumlah obat yang diberikan. Pasien yang seharusnya mendapatkan obat untuk dua minggu hanya memperoleh stok untuk beberapa hari. Hal ini membuat pasien harus lebih sering datang ke puskesmas dan meningkatkan risiko putus obat apabila mereka tidak kembali tepat waktu.

“Iya, sangat tidak mencukupi, bahkan kadang keluarga pasien minta supaya mendapatkan untuk mungkin 2 minggu pengobatan, tetapi karena ketersediaan [terbatas] mungkin hanya dapat untuk 3-4 hari, nanti kalau ada permintaan lagi ke dinas obat tersedia, nanti pengelola antarkan, tapi kalau memang tidak ada juga pengadaan dari dinas, obatnya berhenti begitu, Kakak.” Dokter umum puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya

Kondisi kekosongan obat juga berdampak pada pelaksanaan program pemantauan kepatuhan minum obat (PMO) di lapangan. Beberapa kegiatan *home visit* yang dijadwalkan tidak dapat melakukan pemantauan kepatuhan obat kesehatan jiwa karena pasien memang tidak menerima obat dari puskesmas akibat dari kekosongan obat.

“Kunjungan ini sudah tiga kali. jadi kemarin kunjungan itu bulan 1, 3, 5, tidak ada yang diberi obat, belum ada pemberian obat seperti risperidone, haloperidol belum ada, hanya obat-obat yang umum saja.” PJ Farmasi Puskesmas di Kabupaten Mamuju

Selain itu, penyesuaian dosis akibat stok terbatas juga dapat meningkatkan risiko kambuh (*relapse*). Psikiater menyebutkan bahwa beberapa pasien kembali mengalami kekambuhan karena dosis obat yang diberikan tidak sesuai kebutuhan.

“Ada beberapa pasien yang dikembalikan ke puskesmas. kalau obatnya ada di puskesmas, lebih bagus lanjut saja di puskesmasnya. yang menjadi kendala itu kalau di puskesmas juga kadang dosisnya tidak pas sehingga pasien e kambuh kembali, ada ini kemarin ada pasien saya yang kambuh kembali itu karena e ternyata di puskesmas itu obatnya tidak ada, yang dikasih itu dosisnya agak di bawah, nah begitu.” Psikiater RSUD Sulbar

Obat Kadaluarsa di Puskesmas

Dalam manajemen ketersediaan obat kesehatan jiwa, tidak hanya ketersediaan stok siap pakai, namun kondisi obat terpakai akibat kadaluarsa juga harus diperhitungkan. Ternyata, terdapat laporan bahwa obat Clozapine dikirimkan oleh dinas kesehatan provinsi NTT tanpa adanya permintaan dari dinas kesehatan Sumba Barat Daya. Obat clozapine merupakan obat kesehatan jiwa tingkat lanjut dan memerlukan resep oleh psikiater, sedangkan Kabupaten Sumba Barat Daya belum memiliki psikiater. Akibatnya, obat tersebut terbuang sebagai obat kadaluarsa.

“Klozapin sebenarnya dari provinsi distribusinya dialokasikan ke kabupaten tuh dengan

jumlah yang banyak, sedangkan e tanggal expirednya itu dekat kak. Jadi menumpuk dan ketika didistribusi ke Puskesmas itu akhirnya menumpuk di sana dan akhirnya jadi obat expired begitu.” PJ Farmasi Dinas Kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Daya.

“Jadi, waktu dokter spesialis dari Kupang datang, e kaget ada ribuan obat juga tuh ED, ditampilkan data dari dinas kesehatan itu.” Dokter umum Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

F. Dampak Lain dari Dinamika Pengelolaan Layanan Kesehatan dan Obat-obat Kesehatan Jiwa di Daerah

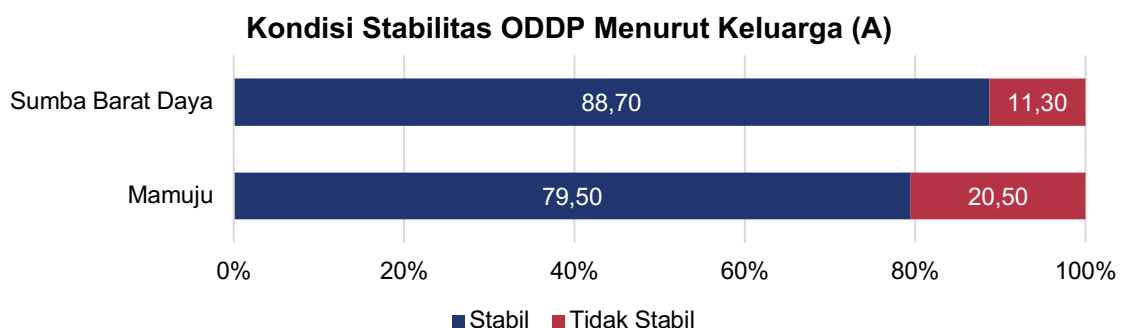


Dampak lain yang muncul dari dinamika dalam menangani kebutuhan kesehatan jiwa di masyarakat bervariasi, dan dalam sesi ini dijelaskan satu per satu. Penjelasan dimulai dengan menampilkan data terkait persepsi keluarga terkait kondisi kestabilan pasien dan keterbatasan ruang gerak. Selanjutnya, terkait dampak tersebut pada sub-sesi berikutnya.

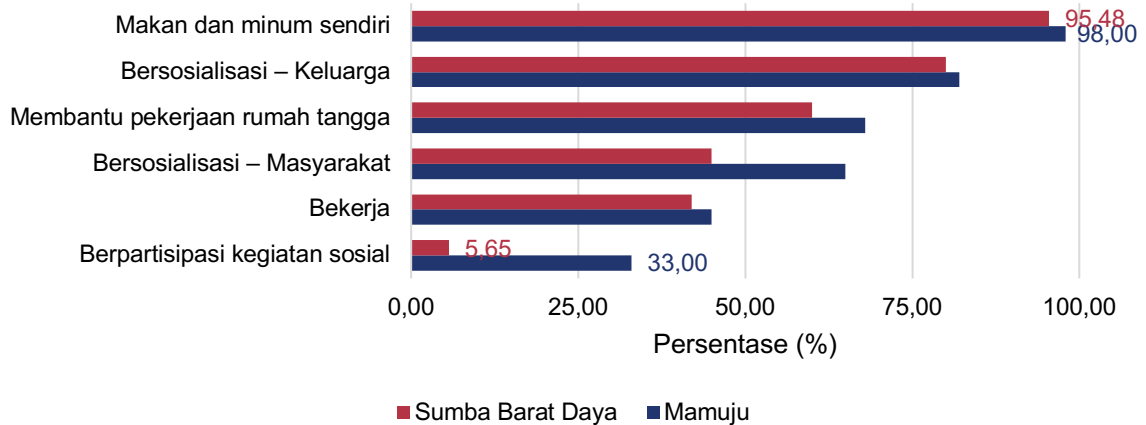


Kondisi stabilitas disabilitas skizofrenia

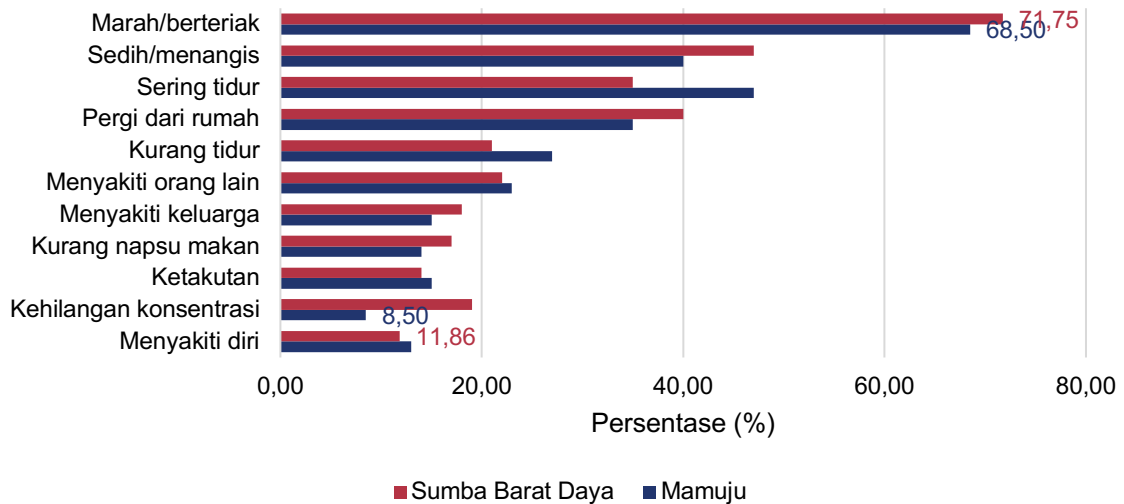
Setelah melakukan survei keadaan disabilitas skizofrenia, tim peneliti menanyakan kondisi stabilitas ODDP tersebut menurut keluarga. Hasilnya hampir semua ODDP tersebut dalam keadaan stabil dimana 80 % kelompok tersebut di Kabupaten Mamuju sedang dalam keadaan stabil. Di Sumba Barat Daya, angka stabilitas tersebut lebih tinggi hingga mencapai angka 90%. Gambar 17 menunjukkan hasil survei terkait keadaan stabilitas ODDP tersebut.



Kapasitas ODDP saat Stabil (B)



Kapasitas ODDP saat Tidak Stabil (C)



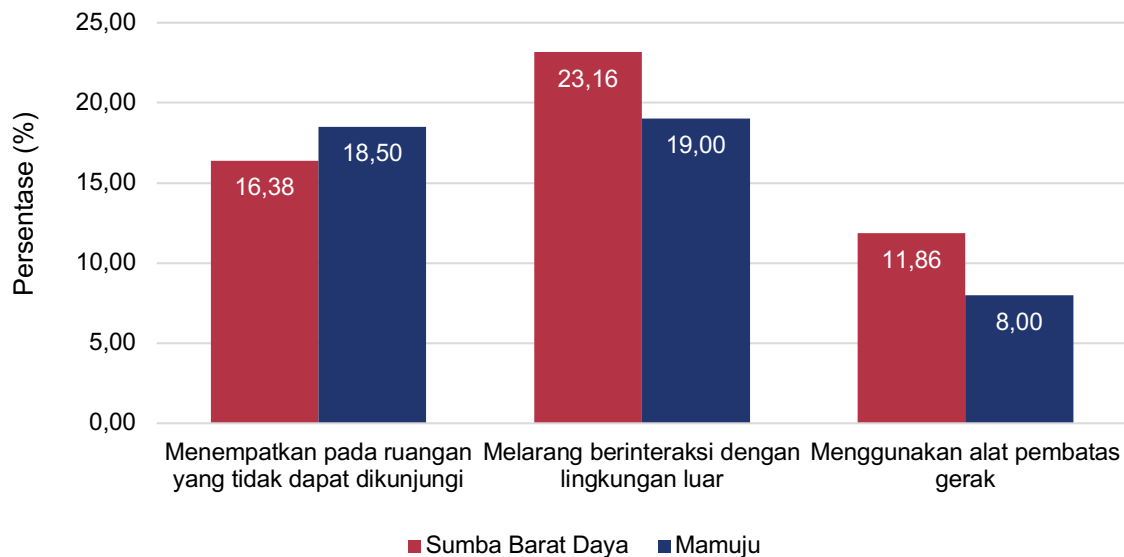
Gambar 17. Hasil survei terkait kondisi stabilitas ODDP menurut keluarga/pendamping saat survei dilakukan (A); kapasitas ODDP untuk melakukan aktivitas saat dalam kondisi stabil (B); dan hal-hal yang dilakukan ODDP saat dalam kondisi tidak stabil (C)

Jika keadaan ODDP tersebut telah stabil, hampir semua disabilitas skizofrenia tersebut dapat makan sendiri, bersosialisasi dengan keluarga dan membantu pekerjaan di dalam rumah. Di Mamuju, ODDP tersebut juga dapat berkesempatan untuk bersosialisasi dengan masyarakat.

Sementara kondisinya ODDP tersebut tidak stabil, Sebagian besar dari mereka akan menangis, atau berteriak. Keadaan lain seperti sedih/menangis, gangguan tidur, pergi dari rumah dialami oleh Sebagian kecil populasi. Menyakiti keluarga, orang lain dan diri sendiri hanya dialami sebagian kecil ODDP tersebut.

Pembatasan ruang gerak pasien ODDP – Pasung

Pemerintah daerah pada dasarnya telah menjalankan program pencegahan dan eliminasi pasung, namun masih ditemukan kasus pasien dengan disabilitas psikososial yang diberikan pembatasan aktivitas oleh keluarga/pendampingnya baik berupa isolasi maupun penggunaan alat pembatas gerak (pasung).



Gambar 18. Jenis-jenis Pembatasan yang dilakukan oleh keluarga/pendamping pasien dengan disabilitas psikososial saat melakukan perawatan di rumah

Grafik ini menunjukkan jenis-jenis pembatasan yang dilakukan oleh keluarga/pendamping ODDP saat melakukan perawatan di rumah, baik di Sumba Barat Daya maupun Mamuju. Pola yang terlihat cukup mirip, di mana praktik membatasi interaksi dengan lingkungan luar menjadi yang paling sering dilakukan, terutama di Sumba Barat Daya (23,16%) dibandingkan Mamuju (19,00%). Sementara itu, penempatan pada ruangan yang tidak dapat dikunjungi juga cukup sering ditemui, dengan persentase hampir seimbang antara kedua daerah, yakni 16,38% di Sumba Barat Daya dan 18,50% di Mamuju.

Selain itu, penggunaan alat pembatas gerak masih ditemukan meskipun dengan angka yang relatif lebih rendah, yaitu 11,86% di Sumba Barat Daya dan 8,00% di Mamuju. Data ini menggambarkan bahwa praktik perawatan ODDP di rumah masih cenderung membatasi kebebasan pasien, baik secara fisik maupun sosial, meskipun ada sedikit variasi antarwilayah.

“Kan dia berontak to. Dia mau pukul orang begitu. dia mau telanjang. Dia pukul orang. Dia habis alat rumah tangga. Dia robek buku-buku. Jadi, kasihan orang punya anak jadi kita taruh di kamar sama dia” N dan M, Pendamping/ Keluarga ODDP di Kabupaten Mamuju.

“ada satu pasien yang dilaporkan oleh desa, sedang mengamuk, kemudian keluarganya

melakukan pasung di dalam suatu bangunan ... Ada yang sampai pulang itu ya suka menyakiti diri sendiri, dok. Sampai gigi tangannya sampai luka-luka, gitu, ya gitu, sampai ada yang dipasung ...” Dokter Umum Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Pendamping atau keluarga melakukan pasung merupakan upaya untuk mengatasi tindakan yang membahayakan ODDP dan orang lain. Pasung dilakukan ODDP mengalami kekambuhan dengan gejala marah atau mengamuk. Keluarga melakukan pasung dengan berbagai cara, seperti mengurung pada suatu ruangan atau mengikat anggota tubuh ODDP untuk menghentikan tindakan berbahaya.

“Jadi terkadang juga keluarga yang merasa tidak mampu, itu tidak sanggup.. Satu-satunya jalan, saudara-saudara yang mengalami gangguan ini dipasung atau dikurung.” Yayasan Gema Difabel di Kabupaten Mamuju.

“kenapa dipasung, kenapa harus dikurung, karena itu memang pernah ditawari oleh dinas kesehatan bahwa harus dirujuk, karena jauh, pertimbangannya kalau jauh ee apa mobilitas ini yang memang membutuhkan dana atau biaya. Sehingga alternatif lain kalau misalnya tidak mau dirujuk, dipasung atau dikurung.” Yayasan Gema Difabel di Kabupaten Mamuju.

Alasan pertimbangan lainnya adalah kondisi keluarga yang tidak mampu menangani kondisi kejiwaan tersebut. Keluarga juga memilih untuk melakukan pasung pada ODDP karena tidak memiliki akses untuk melakukan layanan rujukan ke rumah sakit jiwa.

“masih banyak yang dipasung e karena e pola pikirnya masyarakat itu tadi, ya bahwa pasien jiwa itu tidak bisa sembuh, pasien jiwa itu karena pengaruh dari apa e guna-guna atau apa ya, nah itu yang stigmatisasi itu yang masih banyak melekat di e masyarakat ya baik itu di aparat desa ya jadi masyarakat juga itu apa, e kadang e menganggap gangguan jiwa itu tidak bisa sembuh dan membahayakan orang lain ...” Dokter Spesialis di Provinsi Sulawesi Barat.

Pasung terhadap ODDP ini juga terjadi karena keluarga dan masyarakat tidak mempercayai pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan jiwa. Gejala yang membahayakan dari ODDP seringkali dinilai sebagai permasalahan spiritual yang tidak membutuhkan pelayanan kesehatan. Masyarakat menganggap bahwa disabilitas psikososial tidak dapat disembuhkan sehingga ruang gerak mereka perlu untuk dibatasi dengan pasung agar tidak membahayakan orang lain.

“Sebenarnya kami tidak membenarkan untuk dipasung seperti itu ya Bu. Ketika kita untuk larang keluarga pasien misalnya oh jangan dipasung atau jangan di ini jangan diikat, tapi pasien beresiko buat kekerasan atau sampai potong orang sampai bakar rumah. Tanpa ini solusi [pasung] ya itu kita kadang dari keluarga pasien juga tidak berani seperti itu Bu. Untuk mengatasi ini mungkin kedepannya kedepannya dibuatkan rumah sakit jiwa sehingga pasien ini tidak perlu di pasung...” PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Tenaga kesehatan di daerah studi tidak dapat mempertegas keluarga atau masyarakat untuk menghentikan tindakan pasung, karena tidak ada rumah sakit jiwa atau rumah sakit umum yang dapat menampung ODDP ketika mengalami kekambuhan dengan membahayakan orang lain. PJ Kesehatan Jiwa Puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya beranggapan bahwa pasung dapat diselesaikan jika keluarga mendapatkan bantuan untuk merawat ODDP yang mengalami ketidakstabilan kondisi kejiwaan. Namun, pandangan dari dokter relawan di Kabupaten Sumba Barat Daya berbeda.

“Nggak, bukan rumah sakit jiwa. Justru preventifnya atau pengobatan awal itu sebelum sampai ee dia apa berat, agresif atau dia mengganggu dan sebagai itu sudah mendapat pengobatan dini, sehingga tidak sampai dia mencapai ke berat. Kalau-kalau nunggu berat ya nggak akan habis-habis itu kalau nggak ada pengobatan dini ataupun lebih ke preventifnya.” Dokter Umum dari LSM di Kabupaten Sumba Barat Daya.

Beberapa pemangku kepentingan menyatakan bahwa pasung masih banyak terjadi di Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Sumba Barat Daya karena rumah sakit jiwa atau ruang rawat inap khusus jiwa belum tersedia. Namun, pandangan dari dokter umum yang sering menjadi relawan untuk ODDP beranggapan bahwa pasung dapat di akhir menyediakan pelayanan kesehatan jiwa mulai dari preventif dan penanganan dini sejak awal gejala. Penyediaan rumah sakit jiwa bukan merupakan satu-satunya solusi untuk mengakhiri pasung pada ODDP di daerah.

BAB IV

Diskusi, Kesimpulan dan Rekomendasi Kebijakan



BAB IV

DISKUSI, KESIMPULAN DAN REKOMENDASI KEBIJAKAN

A. DISKUSI



Kajian ini dirancang khusus untuk menggali isu aksesibilitas kesehatan dan obat bagi ODDP (orang dengan disabilitas psikososial) dengan pendekatan eksploratif berbasis kabupaten, dimulai dari pemahaman terkait desain sistem kesehatan jiwa, respons daerah terhadap kebijakan diatur tersebut, dan cara daerah menjawab kebutuhan ODDP. Hasil penelitian telah menyajikan dampak dan konsekuensi dari mekanisme sistem kesehatan daerah dalam menyediakan kebutuhan ODDP. Kementerian Kesehatan dan Kementerian Dalam Negeri telah menyediakan beberapa kebijakan yang diharapkan dapat menjadi pedoman pemerintah daerah untuk menerapkan konsep pelayanan kesehatan jiwa, termasuk menetapkan indikator keberhasilan layanan untuk penanganan ODGJ berat dan bebas pasung. Selain mendapatkan regulasi nasional, pemerintah daerah juga telah mendapatkan dukungan APBN dan pelatihan kesehatan jiwa untuk tenaga kesehatan, namun masih terdapat disparitas dalam sistem kesehatan di kedua daerah studi. Faktor utama yang mempengaruhi kesenjangan adalah konteks kapasitas kedua daerah yang terbatas, ketidakjelasan aturan dan pedoman kesehatan jiwa dan cara daerah dalam menjawab kebutuhan tersebut dalam kekurangan tersebut (*Coping mechanism*). Hasil penelitian didiskusikan dalam beberapa bagian, sebagai berikut:

Aksesibilitas Perawatan dan Obat Kesehatan Jiwa

Aksesibilitas untuk perawatan dan obat kesehatan jiwa di Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Sumba Barat Daya berpusat pada Puskesmas. Hasil survei menunjukkan bahwa terdapat 84% responden di Kabupaten Mamuju yang telah mengakses dan di Kabupaten Sumba Barat Daya sebanyak 71% responden. Puskesmas menjadi fasilitas kesehatan utama untuk pelayanan kesehatan jiwa karena kedua wilayah studi masih terbatas dengan pelayanan rujukan seperti RSJ dan dokter spesialis jiwa. Di sisi lain, Puskesmas juga menjadi pilar utama dan pusat layanan kesehatan yang terdekat dengan masyarakat, khususnya keluarga dengan keterbatasan ekonomi, kondisi geografis yang menantang, dan tingkat literasi kesehatan yang masih rendah dalam memenuhi kebutuhan kesehatan sehari-hari (Calundu, 2024).

Kondisi geografis menjadi faktor utama untuk masyarakat mengakses pelayanan kesehatan, khususnya di Kabupaten Sumba Barat Daya terletak di Provinsi NTT yang merupakan provinsi kepulauan dengan keterbatasan infrastruktur transportasi (Leosari,

Y., et. al., 2023). Hal tersebut juga dikuatkan oleh penelitian yang menemukan adanya disparitas akses ke layanan RS (fasilitas kesehatan sekunder) antara kawasan perkotaan dan pedesaan di Indonesia, yang mana penduduk di area pedesaan memiliki peluang lebih rendah menggunakan layanan RS (Wulandari, R.D., et. al., 2022). Selain itu, data dalam penelitian ini menunjukkan hanya 62,5% ODDP di Mamuju dan 41,24% di Sumba Barat Daya yang mengakses layanan kesehatan jiwa dalam enam bulan terakhir. Hal tersebut mencerminkan kesenjangan akses akibat keterbatasan fasilitas, jarak, dan tenaga spesialis, masalah yang juga ditemukan di wilayah pedesaan. Alasan utama ODDP tidak mengakses layanan kesehatan tersebut, serupa dengan hasil penelitian lain, adalah merasa tidak membutuhkan dan keterbatasan biaya, yang menunjukkan pengaruh stigma, rendahnya literasi kesehatan jiwa, serta hambatan finansial dan geografis; karenanya, perlu strategi edukasi, layanan berbasis komunitas, dan dukungan pembiayaan agar akses kesehatan jiwa lebih merata (Munira, L., et. al., 2023; Putri, A.K., et. al., 2021).

Masih adanya stigma dan keterbatasan informasi tersebut mendorong Puskesmas lebih banyak melakukan kunjungan ke rumah ODDP untuk melakukan monitoring perkembangan kondisi dan pengantaran obat. Kunjungan rumah ini dilakukan oleh penanggung jawab kesehatan jiwa di Puskesmas, tapi dokter dan apoteker di Puskesmas berpandangan untuk ODDP perlu melakukan kunjungan dalam gedung karena mereka perlu memeriksa kondisi pasien secara langsung. Namun, jumlah dokter dan apoteker di Puskesmas Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Sumba Barat Daya yang terbatas menyebabkan mereka tidak dapat mengikuti kunjungan rumah.

Kunjungan rumah pada untuk ODDP tidak hanya untuk memastikan mereka mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa, tetapi juga memberikan dukungan sosial dan jaminan terhadap beban pembiayaan kesehatan keluarga (Molu et al., 2016). Pendamping ODDP menyampaikan keterangan mereka tidak mengakses pelayanan rujukan yang didapatkan dari Puskesmas juga karena kebutuhan biaya yang besar untuk transportasi. Pelayanan kesehatan jiwa dengan kunjungan rumah dapat menekan biaya akomodasi ODDP ke fasilitas pelayanan kesehatan. Di sisi lain, aksesibilitas perawatan dan obat kesehatan jiwa untuk ODDP juga dipengaruhi oleh ketersediaan pendamping yang menghantarkan ke Puskesmas dan RS. ODDP yang tidak memiliki pendamping sering kali ditemukan sulit untuk mendapatkan obat-obat kesehatan jiwa. Sementara itu, hasil penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa peranan dari pendamping untuk ODDP berpengaruh besar terhadap stabilitas kesehatan jiwa mereka, karena adanya dukungan selama perawatan di rumah (Cheng et al., 2018).

Implikasi utama dari keterbatasan akses layanan kesehatan adalah keterlambatan penanganan dan risiko terhadap pengobatan (Putri, A., et. al., 2024; Isni, K., et. al., 2024).

Oleh sebab itu, selaras dengan tujuan utama transformasi kesehatan, pemerintah pusat perlu menetapkan kebijakan nasional untuk pemerataan layanan jiwa, memperkuat integrasi data ODDP, serta mendorong kolaborasi lintas sektor guna menjamin akses berkelanjutan bagi seluruh ODDP. Kemudian di tingkat regional, pemerintah daerah juga perlu menetapkan kebijakan pemerataan layanan kesehatan jiwa bagi ODDP melalui integrasi ke dalam rencana pembangunan daerah dan penyediaan dukungan transportasi serta pembiayaan bagi wilayah terpencil, terutama daerah kepulauan. Selain itu, fasilitas kesehatan diharapkan dapat menyediakan informasi layanan jiwa yang mudah diakses.

Proses penelitian mengalami kesulitan untuk mengumpulkan data riil ODDP di lapangan. Data populasi ODDP yang digunakan dalam penelitian terbatas pada data yang dimiliki oleh Puskesmas. Data tersebut juga belum mampu melacak seluruh potensi ODDP riil di lapangan. Data kunjungan pasien skizofrenia di seluruh puskesmas Kabupaten Mamuju sejumlah 384 kasus atau setara 1,3 per mil penduduk, sedangkan di Kabupaten Sumba Barat Daya sejumlah 287 kasus atau setara dengan 0,87 per mil penduduk. Angka ini jauh di bawah estimasi dari Survei Kesehatan Indonesia 2023 yang memperkirakan prevalensi rumah tangga dengan anggota dengan gejala psikosis/skizofrenia sebesar 5,9 per mil di Provinsi Sulawesi Barat dan 5,5 per mil di Provinsi NTT. Tren data kunjungan di kedua kabupaten menunjukkan terjadinya peningkatan signifikan di tahun 2023 dan 2024 karena terdapat program kunjungan rumah oleh puskesmas. Program tersebut menyebabkan terjadi peningkatan data pasien skizofrenia yang dimiliki puskesmas hingga 3-4 kali lipat di tahun 2025 dibandingkan dengan tahun 2022. Situasi menarik lainnya adalah ditemukan lebih banyak pasien di Puskesmas yang menjadi mitra LSM dalam pelaksanaan RBM, misalnya Puskesmas Bondokodi di Kabupaten Sumba Barat Daya yang menjadi mitra LSM Yayasan Harapan Sumba memiliki 67 ODDP, 4 kali lebih tinggi dari rerata ODDP di masing-masing puskesmas di Kabupaten Sumba Barat Daya. Keberadaan program RBM ikut membantu proses pemunculan kasus yang selama ini tidak diketahui keberadaannya. Kondisi ini menimbulkan asumsi terdapat sejumlah besar ODDP di lapangan yang belum diketahui keberadaannya oleh Puskesmas, sehingga diperlukan proses pelacakan secara aktif oleh pemerintah daerah supaya mendapatkan data riil ODDP di lapangan.

Penelitian ini juga masih terbatas pada pasien skizofrenia dikarenakan data ragam ODDP lainnya seperti depresi, ansietas dan bipolar berjumlah sangat sedikit di puskesmas. Padahal, prevalensi depresi di Indonesia berdasarkan SKI 2023 adalah 1,4%, lebih tinggi dibandingkan prevalensi skizofrenia yang sejumlah 0,4%. Sedangkan belum terdapat prevalensi ansietas dan bipolar secara nasional hingga saat ini. Kondisi ini menunjukkan terdapat dampak dari kebijakan SPM Kesehatan ODGJ berat terdapat

fokusnya puskesmas dalam melayani orang dengan skizofrenia, sehingga pelayanan terhadap ragam ODDP lainnya belum sepenuhnya dijalankan.

Keterbatasan dari akses pelayanan kesehatan jiwa membutuhkan inovasi dalam pelaksanaannya. Sebagai contoh di Kabupaten Sumba Barat Daya yang mengalami keterbatasan dokter spesialis menggunakan *telemedicine* sebagai solusi. Dinas Kesehatan di Kabupaten Sumba Barat Daya menginisiasi untuk dokter umum di Puskesmas dalam melakukan konsultasi dengan dokter spesialis di Kota Kupang dalam penetapan diagnosa dan meresepkan obat pada ODDP. Secara umum, asesmen kesehatan jiwa memerlukan pemeriksaan fisik yang minimal dan justru bergantung pada observasi, wawancara, dan evaluasi status mental secara terstruktur. Hal ini menunjukkan bahwa *telemedicine* sangat memungkinkan untuk dilakukan dalam meningkatkan akses layanan kesehatan jiwa. Beberapa studi menunjukkan bahwa kualitas *telemedicine* dalam penegakan diagnosis dan pemantauan tatalaksana pasien gangguan jiwa juga dinilai sebanding dengan layanan tatap muka (Brunt dan Gale-Grant, 2023; Gutiérrez-Rojas, et al., 2022). *Telemedicine* berbasis *video conference* juga memungkinkan untuk psikiater membangun rapport dan melakukan psikoterapi (Howland, et al., 2021). Inovasi ini dapat menjadi solusi sementara sembari menunggu pengadaan psikiater di Rumah Sakit Sumba Barat Daya. Inovasi ini juga dapat diterapkan di Kabupaten Mamuju untuk melayani pasien yang harus kontrol rutin ke Rumah Sakit namun terkendala jarak. Dalam implementasinya, *telemedicine* memerlukan kolaborasi antara kementerian kesehatan, dinas kesehatan, rumah sakit, puskesmas, serta BPJS Kesehatan untuk membentuk sistem *telemedicine* yang baik.

Pengalaman ODDP dan pendamping dalam melakukan rujukan ke RS menunjukan masih banyaknya tantangan yang menghambat untuk mengakses pelayanan. Tantangan tersebut terjadi karena kondisi gejala dari ODDP yang dapat menghambat perjalanan dan waktu tunggu di RS. Situasi ini pada akhirnya menimbulkan keengganan keluarga untuk berobat ke RS dan berdampak pada kepatuhan terhadap kontrol serta pengobatan lanjutan. Kebijakan BPJS Kesehatan untuk mencegah *fraud* melalui kewajiban *fingerprint* pasien saat pengambilan obat juga memperberat proses pendampingan. Sebelum kebijakan ini diterapkan, keluarga dapat mewakili pasien untuk mengambil obat tanpa harus membawa ODDP ke rumah sakit. Karena itu, BPJS Kesehatan perlu mempertimbangkan pendekatan pencegahan *fraud* yang lebih inklusif, misalnya dengan memberikan dispensasi bagi ODDP melalui penggunaan *fingerprint* dari anggota keluarga atau wali yang terdaftar, serta memaksimalkan pemanfaatan layanan *telemedicine*.

Kebijakan terkait kesehatan jiwa dan obatnya di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota

Pemerintah telah menetapkan berbagai kebijakan untuk mengatur penyediaan pelayanan kesehatan jiwa. Di level nasional, kebijakan kesehatan jiwa telah ditetapkan melalui UU, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden maupun peraturan dari kementerian. Kebijakan di level nasional tersebut telah menerapkan prinsip-prinsip untuk menyediakan pelayanan preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif, SDM kesehatan, obat, dan pembiayaan kesehatan jiwa. Pemerintah menetapkan kebijakan kesehatan jiwa diharapkan untuk meningkatkan kesehatan jiwa komunitas (Jenkins et al., 2025). Namun, kebijakan-kebijakan tersebut dinilai belum cukup komprehensif untuk menyediakan pelayanan kesehatan jiwa untuk ODDP khususnya yang berada di wilayah keterbatasan akses, seperti Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Sumba Barat Daya.

Pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia membutuhkan kebijakan yang dapat memandu Dinas Kesehatan dan Puskesmas dalam proses implementasi. Dari penelusuran dan pemetaan kebijakan kesehatan jiwa yang ditemukan, di level nasional belum ada pedoman ataupun petunjuk teknis pelayanan kesehatan jiwa. Kekosongan kebijakan operasional terkait kesehatan jiwa membuat tenaga kesehatan Puskesmas di wilayah studi belum dapat memberikan pelayanan kesehatan secara optimal. Contohnya, tenaga kesehatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa hanya berdasarkan pengetahuan dari rekan sejawat di fasilitas kesehatan lainnya. Kemudian, masih ada pula tenaga kesehatan yang tidak memahami standar ataupun prosedur dalam preventif dan promotif pelayanan kesehatan jiwa.

Di sisi lain, kebijakan mengatur prinsip-prinsip kesehatan jiwa tersebut belum dapat mencakup aspek sosial lainnya. Kebijakan kesehatan jiwa di negara maju, seperti New Zealand tidak hanya mengatur pada aspek kesehatan, tetapi juga memastikan adanya bantuan sosial untuk disabilitas psikososial, keterlibatan lintas sektor, dan peningkatan fasilitas kesehatan (Jenkins et. al., 2025). Beberapa laporan mengungkapkan pengalaman dari beberapa negara di Eropa tidak memiliki regulasi untuk kesehatan jiwa, tetapi mereka menyusun rencana aksi nasional secara komprehensif untuk menetapkan target program yang perlu tersedia. Sementara pengalaman di Amerika Serikat, aksesibilitas pelayanan kesehatan jiwa dapat tersedia dengan adanya kebijakan di level provinsi atau negara bagian (Jenkins et al., 2025). Sementara itu, dari hasil penelitian ini, Indonesia dinilai membutuhkan kebijakan selain level nasional, perlu adanya rencana aksi nasional untuk melibatkan pemangku kepentingan pusat dan daerah dari sektor kesehatan dan non kesehatan.

Isu Kesehatan Jiwa juga belum memiliki peta jalan nasional atau Rencana Aksi Nasional (RAN) yang merupakan dokumen kebijakan yang disusun oleh pemerintah yang

menetapkan prioritas, aksi, dan komitmen terkait berbagai topik atau bidang isu. RAN merupakan cetak biru aksi dan membantu memetakan arah bagi pemerintah untuk mempercepat, melembagakan, dan mengoordinasikan upaya-upaya penanggulangan tantangan tertentu dengan lebih baik. RAN juga merupakan sarana bagi masyarakat sipil dan lembaga multilateral untuk berkonsultasi, memantau, dan menilai tindakan pemerintah dalam melaksanakan komitmennya. Pemerintah Indonesia telah memiliki RAN untuk mengatasi berbagai isu kesehatan, misalnya Rencana Aksi Nasional Kolaborasi TB-HIV, Rencana Aksi Nasional Percepatan Eliminasi Malaria, dan Rencana Aksi Nasional Eliminasi Kanker Leher Rahim. Pada 2021, Bappenas juga telah menetapkan RAN untuk pemenuhan hak penyandang disabilitas. Namun, RAN tersebut belum mengatur pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan jiwa untuk disabilitas psikososial. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh SKALA (2025) juga menunjukkan bahwa RAN tersebut belum optimal mendorong pembangunan inklusif untuk disabilitas. Di sisi lain, belum banyak daerah yang dapat menerjemahkan RAN penyandang disabilitas menjadi Rencana Aksi Daerah (RAD). Kesehatan jiwa membutuhkan pendekatan multi-pemangku kepentingan untuk memastikan disabilitas psikososial dan masyarakat secara luas mendapatkan pelayanan kesehatan dan sosial (WHO, 2021). RAN menjadi salah satu produk kebijakan yang dapat mendorong kolaborasi lintas sektor level nasional dan daerah untuk mendorong aksesibilitas pelayanan kesehatan jiwa.

Sementara itu, kebijakan tentang pelayanan kesehatan jiwa dan disabilitas psikososial saat ini juga hanya berfokus untuk memberikan rehabilitasi penyandang disabilitas. Pendekatan rehabilitasi yang hanya berpusat pada pasien atau disabilitas psikososial membuat stigma terhadap kesehatan jiwa masih berkembang. Rehabilitasi diatur melalui Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas yang menegaskan bahwa pemenuhan hak penyandang disabilitas dilakukan melalui layanan yang terintegrasi, berbasis masyarakat, dan melibatkan multisektor. Pengaturan lebih lanjut dipertegas dalam Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial bagi Penyandang Disabilitas telah menetapkan untuk pemangku kepentingan menyediakan rehabilitasi sosial bagi penyandang disabilitas, keluarga, kelompok dan komunitas. Selain itu, Kementerian Sosial dan Kementerian Kesehatan juga menerbitkan pedoman teknis pelaksanaan rehabilitasi sosial untuk memberikan asistensi rehabilitasi sosial penyandang disabilitas. Bentuk asistensi rehabilitasi sosial yang diharapkan dapat tersedia berupa dukungan pemenuhan kehidupan yang layak, pengasuhan, dukungan keluarga, terapi dan dukungan aksesibilitas. Namun, rehabilitasi sosial ini belum cukup mampu untuk memberdayakan disabilitas psikososial. Disabilitas psikososial membutuhkan Rehabilitasi Berbasis Masyarakat (RBM) dengan berupaya juga memberdayakan keluarga dan masyarakat

terhadap kesehatan jiwa (WHO, 2010). Peranan dari RBM diharapkan dapat berkontribusi dalam proses pemberdayaan melalui edukasi, dukungan dan melibatkan ODDP, keluarga dan komunitas dalam kesehatan jiwa.

Berdasarkan pengalaman dari Pusat Rehabilitas YAKKUM dalam melaksanakan RBM bahwa terdapat potensi signifikan untuk mendukung pemulihan dan peningkatan kualitas hidup ODDP, khususnya di daerah dengan keterbatasan akses layanan kesehatan formal. Namun, efektivitas implementasinya sangat bergantung pada kapasitas pemerintah daerah, kekuatan jejaring komunitas, serta ketersediaan tenaga pendamping yang terlatih. Dengan demikian, RBM bukan hanya pendekatan teknis, tetapi juga strategi pembangunan sosial berbasis komunitas yang memerlukan dukungan struktural dan multisektor agar dapat berjalan optimal. Selain itu, kebijakan kesehatan jiwa yang dirancang harus mempertimbangkan penanganan stigma di masyarakat (Jenkins, 2023).

Adapun terkait dengan RBM menjadi salah satu kebutuhan penting dalam upaya pemulihan dan reintegrasi sosial ODDP yang telah stabil. Tersedianya mekanisme yang jelas untuk kolaborasi antara pemerintah daerah dengan organisasi masyarakat sipil, seperti organisasi kemasyarakatan (Ormas) maupun lembaga swadaya masyarakat (LSM) sangat diperlukan. Keterlibatan organisasi masyarakat sipil dinilai strategis karena mereka memiliki fleksibilitas, pengalaman berbasis komunitas, serta kapasitas pendampingan yang komplementer terhadap layanan pemerintah.

Secara regulatif, ruang kerja sama ini telah difasilitasi oleh beberapa kerangka hukum nasional. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah memberikan kewenangan bagi Pemda untuk menjalin kemitraan dengan masyarakat dan organisasi non pemerintah dalam penyelenggaraan urusan pemerintahan, termasuk kesehatan dan kesejahteraan sosial (UU No. 23 Tahun 2014, Pasal 354–361). Di sisi lain, Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas dan Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2019 menegaskan bahwa pemenuhan hak penyandang disabilitas, termasuk penyandang disabilitas psikososial, perlu melibatkan peran masyarakat, organisasi penyandang disabilitas, dan lembaga non pemerintah dalam proses rehabilitasi, pemberdayaan, dan inklusi sosial. Selain itu, dalam Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2019 menyebutkan bahwa pelaksanaan rehabilitasi sosial dapat dilaksanakan oleh keluarga, masyarakat, dan lembaga.

Forum lintas sektoral seperti Tim Pembina, Tim Pengarah, dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) pada dasarnya dirancang sebagai ruang koordinasi dan kolaborasi antar pemangku kepentingan dalam penyelenggaraan layanan kesehatan jiwa. Kerangka kebijakannya telah ditetapkan sejak tahun 2002 melalui Kepmenkes RI Nomor 220/MENKES/SK/III/2002, yang menegaskan fungsi TP-KJM

sebagai wadah koordinasi lintas sektor dalam penanganan masalah kesehatan jiwa, peningkatan kesadaran dan kemampuan masyarakat, serta fasilitasi upaya pencegahan, deteksi dini, penanganan, dan rehabilitasi. Meskipun regulasinya telah lama ada, pembentukan TP-KJM di tingkat nasional baru terealisasi pada Oktober 2025. Di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, keberadaannya lebih dahulu berkembang, seperti di D.I. Yogyakarta yang telah mengatur pembentukannya melalui SK Gubernur No. 236/TIM/2021. Temuan penelitian ini menemukan bahwa TP-KJM di kedua lokasi studi terbentuk bukan semata karena dorongan pemerintah, tetapi sangat dipengaruhi oleh inisiatif organisasi masyarakat sipil seperti LSM Gema Difabel dan Yayasan Harapan Sumba.

Perkembangan implementasi TP-KJM di daerah bahkan telah bergerak melampaui batasan yang ditetapkan dalam Kepmenkes tahun 2002. Banyak daerah kini memiliki TP-KJM hingga tingkat kecamatan dan kelurahan, padahal regulasi tersebut hanya mengatur pembentukan sampai tingkat kabupaten/kota. Di sisi lain, pedoman yang sudah berusia lebih dari dua dekade ini tidak lagi mampu memberikan arahan yang memadai. Hal ini tampak dari kebingungan TP-KJM di kedua lokasi penelitian mengenai tugas, fungsi, dan jenis kegiatan yang seharusnya dijalankan setelah pembentukan melalui SK Kepala Daerah. Kondisi ini menegaskan bahwa pedoman TP-KJM perlu diperbarui agar selaras dengan perkembangan regulasi kesehatan yang lebih baru, termasuk Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, serta mampu memberikan arahan operasional yang lebih jelas bagi pemerintah daerah dalam mengelola kolaborasi lintas sektor di bidang kesehatan jiwa. Salah satu agenda yang penting untuk diatur dalam TP-KJM adalah perlunya pemberian tanggung jawab bagi TP-KJM untuk melakukan proses pelacakan secara aktif untuk mengungkapkan kasus riil ODDP di wilayah kerjanya, termasuk sinkronisasi data antar organisasi perangkat daerah seperti dinas kesehatan, dinas sosial dan dinas pendudukan dan pencatatan sipil.

Disisi lain, berdasarkan hasil temuan menunjukkan bahwa layanan kesehatan jiwa masih menghadapi sejumlah tantangan struktural. Sebagian wilayah memiliki kondisi geografis yang sulit dijangkau serta keterbatasan kompetensi yang dimiliki oleh tenaga kesehatan. Tantangan ini semakin berdampak pada pasien ODDP yang membutuhkan layanan kesehatan berkelanjutan, termasuk layanan kesehatan jiwa, kontrol rutin, dan akses terhadap obat-obatan. Sejalan dengan hal tersebut, Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 sebagai perubahan atas Perpres 82 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan mengatur bahwa peserta Jaminan Kesehatan berhak memperoleh manfaat dasar kesehatan secara merata, termasuk melalui mekanisme dana kompensasi. Regulasi ini menegaskan bahwa BPJS Kesehatan dapat memberikan kompensasi dalam kondisi tertentu ketika fasilitas kesehatan tidak tersedia atau tidak

dapat melayani sesuai standar merujuk pada ketentuan pelaksanaan dalam regulasi turunannya, terutama dalam kaitannya dengan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) serta pemerataan akses layanan.

Bagi pasien ODDP, ketentuan ini secara prinsip membuka peluang untuk menerima kompensasi apabila mereka memenuhi syarat sebagai peserta yang mengalami hambatan akses layanan, terutama ketika fasilitas kesehatan berada jauh dari tempat tinggal atau tidak tersedia layanan kesehatan jiwa yang memadai. Namun, berdasarkan hasil diskusi lintas sektoral, diketahui bahwa mekanisme kompensasi yang berupa bantuan finansial langsung kepada peserta seperti penggantian biaya transportasi atau dukungan biaya untuk mencapai fasilitas kesehatan belum diimplementasikan. Hal ini terkait belum tersedianya mekanisme operasional yang memungkinkan verifikasi kebutuhan dan pemanfaatan dana kompensasi secara langsung kepada pasien.

Sebaliknya, bentuk kompensasi yang saat ini dapat diimplementasikan adalah kompensasi berbasis penyediaan layanan, yaitu upaya mendekatkan layanan kesehatan kepada peserta. Bentuk kompensasi tersebut berupa mendatangkan tenaga kesehatan ke daerah yang jauh dari fasilitas kesehatan, serta mengirimkan fasilitas kesehatan bergerak (*mobile clinic/faskes keliling*) untuk memberikan pelayanan dasar termasuk layanan kesehatan jiwa yang dapat diakses oleh ODDP. Meskipun hak kompensasi bagi pasien ODDP telah diatur dalam Perpres No 59 Tahun 2024 dan secara prinsip dapat diberikan apabila memenuhi syarat, implementasi aktual di lapangan masih terbatas untuk dilakukan utamanya terkait kompensasi finansial kepada peserta. Hal ini disebabkan belum adanya landasan operasional yang cukup kuat dan mekanisme verifikasi yang kompleks.

Di lain sisi, Kementerian Kesehatan telah menerbitkan sebuah pedoman kesehatan jiwa namun hanya terbatas untuk menjelaskan faktor risiko dari masalah kesehatan jiwa berdasarkan siklus kehidupan. Sementara itu, pedoman untuk penetapan diagnosa kesehatan jiwa (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ)) yang telah tersedia tidak banyak digunakan oleh dokter umum di Puskesmas. Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan bersama pemangku kepentingan terkait perlu untuk menetapkan kebijakan teknis dari kesehatan jiwa sehingga dapat menjadi pedoman pelayanan, khususnya pada level Puskesmas.

Terkait dengan regulasi di tingkat daerah, kedua daerah penelitian baru memiliki peraturan daerah yang mengatur penghormatan, perlindungan dan pemenuhan hak penyandang disabilitas di tingkat provinsi. Belum terdapat peraturan di tingkat kabupaten, maupun regulasi teknis seperti rencana aksi daerah. Regulasi yang secara khusus mengatur mengenai kesehatan jiwa juga belum tersedia. Dokumen seperti rencana aksi daerah sebagai regulasi turunan penting untuk memastikan aspek teknis dan

perencanaan secara sistematis, komprehensif dan terarah dari seluruh pemangku kepentingan terkait untuk melaksanakan agenda yang terdapat di peraturan daerah. Salah satu daerah yang telah memiliki dokumen peraturan daerah dan rencana aksi daerah mengenai kesehatan jiwa adalah provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Peraturan Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 13 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa, serta Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 71 tahun 2024 tentang Rencana Aksi Daerah Kesehatan Jiwa Tahun 2025-2027. Dalam penyusunan perda tersebut, juga diawali dengan penyusunan Naskah Akademik.

Ketersediaan Obat di Puskesmas dan Apotek

Puskesmas memiliki ketersediaan psikofarmaka terbatas secara ragam. Temuan penelitian ini di Kabupaten Mamuju dan Sumba Barat Daya sejalan dengan penelitian sebelumnya menyatakan bahwa hanya 28% Puskesmas di Yogyakarta menyediakan antipsikotik generasi kedua (seperti risperidon) (Good, et al., 2019), sama halnya di Puskesmas di Bogor (Suryaputri, et al., 2019) dan Ambon yang hanya menyediakan antipsikotik generasi pertama (Tasijawa, et al, 2021). Pada survey terhadap apoteker nasional (n=1867), jumlah fasilitas kesehatan (Puskesmas, Apotek, dan Klinik) tempat apoteker bekerja yang menyediakan diazepam (15%), haloperidol (11%) dan amitriptilin (10.4%) (Febrinasari, et al., 2023). Sehingga, minimnya ketersediaan variasi psikofarmaka di puskesmas sebenarnya merupakan fenomena nasional dan tidak hanya terjadi di lokasi penelitian ini.

Ketersediaan variasi psikofarmaka penting bagi tata laksana terapi untuk ODDP. Layanan primer semestinya dapat menyediakan variasi obat yang dibutuhkan oleh dokter sesuai dengan kebutuhan terapi bagi pasien, termasuk pasien rujuk balik yang seringkali mendapatkan kombinasi obat dari psikiater yang dapat berbeda dari ketersediaan di puskesmas. Sehingga, ketersediaan variasi obatnya semestinya dapat dipenuhi, tidak hanya terbatas pada preferensi obat yang digunakan oleh dokter umum di puskesmas tersebut. Kelengkapan obat psikofarmaka di puskesmas terkait pula dengan daftar obat esensial nasional, yang memuat obat-obatan paling dibutuhkan bagi kesehatan masyarakat. Ketersediaan obat esensial menjadi tanggung jawab bagi pemerintah pusat dan pemerintah daerah, sesuai amanat Undang-Undang No 17 tahun 2023 tentang Kesehatan.

Berdasarkan tren terapi yang digunakan, Risperidon sebagai antipsikotik lebih sering digunakan bagi pasien skizofrenia dibandingkan obat-obatan lainnya. Risperidone sebagai antipsikotik atipikal memiliki keunggulan dibandingkan antipsikotik tipikal (misalnya haloperidol) yang merupakan generasi sebelumnya yang memiliki efek samping ekstrapiramidal (dirasakan oleh pasien seperti gemetar, kekakuan otot di wajah,

'seperti robot'). Risperidone memiliki efek ekstrapiramidal yang lebih rendah dibandingkan antipsikotik generasi pertama termasuk haloperidol. Namun perlu dilakukan penguatan pengawasan efek samping nya berupa peningkatan berat badan (Chokhawala & Stevens, 2023) yang ditemui di beberapa pasien responden penelitian. Perubahan tren pengobatan dari penggunaan antipsikotik tipikal ke atipikal juga ditemukan di penelitian lain (Puspitasari et al, 2020). Tren pergantian peresepan dari haloperidol ke risperidone dapat menjadi masukan bagi kementerian kesehatan untuk memasukkan risperidone dalam indikator 40 obat esensial di aplikasi SELENA.

Salah satu obat yang banyak tidak tersedia di puskesmas padahal dibutuhkan adalah Klozapin, utamanya pada konteks Mamuju. Klozapin merupakan antipsikotik yang diberikan kepada pasien yang resisten terhadap terapi lainnya. Berdasarkan formularium nasional, Klozapin dapat disediakan di FKTP melalui program rujuk balik dengan ketentuan *initial treatment*-nya diberikan di FKRTL oleh psikiater. Sekitar 30% pasien di Mamuju mendapatkan Klozapin, namun obat ini tidak banyak tersedia di Puskesmas. Terdapat tenaga kesehatan di Puskesmas yang menyatakan bahwa obat tersebut memang tidak pernah tersedia di puskesmas, sehingga pasien rujuk balik yang mendapatkan Klozapin dikembalikan ke Rumah Sakit untuk mendapatkan obat yang dibutuhkan. Solusi ini menjadi masalah ketika jarak rumah pasien ke RS cukup jauh. Solusi lain yang diberikan adalah penggantian obat dengan obat yang tersedia di Puskesmas, namun hal ini tidak tepat dikarenakan pasien yang diberikan klozapin adalah pasien yang memang sudah tidak responsif ketika diberikan obat lain. Kekosongan klozapin di daerah terjadi karena obat ini tidak masuk dalam *buffer* obat program kesehatan jiwa yang disediakan oleh kementerian kesehatan.

Untuk mengatasi ketidaktersediaan klozapin di Puskesmas, diperlukan keterlibatan aktif dari dinas kesehatan untuk mengajak rumah sakit, khususnya psikiater dalam merencanakan kebutuhan psikofarmaka. Dinas Kesehatan memiliki kewenangan strategis dalam pengelolaan dan pengawasan fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit daerah. Hal ini diatur dalam Permenkes Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit serta Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang menegaskan bahwa rumah sakit daerah merupakan bagian dari perangkat daerah yang pembinaannya berada di bawah Dinas Kesehatan. Selain itu, dalam Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, perencanaan kebutuhan obat dan perbekalan kesehatan merupakan bagian integral dari sistem perencanaan daerah yang dikoordinasikan oleh Dinkes.

Dalam konteks tata kelola obat dan akses layanan kesehatan, khususnya klozapin dan obat-obatan rujuk balik lainnya, keterlibatan Dinas Kesehatan dan rumah sakit

menjadi krusial. Dinas Kesehatan berperan sebagai penanggung jawab koordinasi, integrasi data kebutuhan obat, dan pengawasan mutu pelayanan. Sementara, rumah sakit merupakan pelaksana teknis yang memahami pola penggunaan obat serta kebutuhan klinis pasien di fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Kolaborasi antara keduanya penting agar perencanaan obat tidak hanya berbasis administratif, tetapi juga mencerminkan kebutuhan riil layanan kesehatan di fasilitas rujukan.

Pemanfaatan sediaan *long-acting injectable* (LAI) antipsikotik di puskesmas di Mamuju dan Sumba Barat Daya juga belum dioptimalkan. Ketersediaan fluphenazine decanoate dan haloperidol dekanat sangat jarang tersedia di puskesmas. Padahal, sediaan LAI yang membutuhkan injeksi 1-3 bulan sekali memiliki manfaat bagi pasien yang tidak patuh terhadap pengobatan dibandingkan dengan tablet yang harus dikonsumsi setiap hari. Hal ini penting mengingat hanya 48,9% pasien skizofrenia di Indonesia yang mengonsumsi obat dalam satu bulan terakhir (Risikesdas, 2018). Ketidapatuhan ini merupakan masalah global, sebagaimana dilaporkan dalam meta-analisis bahwa hanya sekitar 56% pasien skizofrenia yang patuh terhadap pengobatan antipsikotik (Semahegn et al., 2020). Ketidapatuhan berkaitan erat dengan meningkatnya risiko relapse, kebutuhan rawat inap berulang, penurunan fungsi mental, serta potensi keterlibatan pasien dalam kasus kekerasan (Ascher-Svanum et al., 2006; Law et al., 2008; Shilbayeh et al., 2023). Pemberian LAI dapat membantu mengatasi masalah ketidapatuhan dengan menghilangkan kebutuhan dosis harian dan menyederhanakan pengobatan. Selain itu, penyedia layanan kesehatan dapat memastikan pasien menerima suntikan melalui tatap muka, sehingga intervensi lain dapat dilakukan bila terdapat ketidaksesuaian jadwal pengobatan (Weiden PJ, et al., 2009). Pasien yang menggunakan LAI memiliki *incidence rate ratio* (IRR) 0,71 kali lebih rendah untuk mengalami rawat inap dibandingkan pasien dengan antipsikotik per oral. Efek protektif ini semakin meningkat pada pasien dengan riwayat admisi berulang, dengan pengurangan risiko rawat inap hingga 58% pada pasien dengan readmisi keempat atau lebih (Kim, H.O., et al., 2020).

Penggunaan LAI perlu dalam terapi skizofrenia perlu didorong, khususnya bagi pasien yang memiliki kendala kepatuhan maupun akses yang jauh kepada fasyankes. Penggunaan sediaan LAI bagi pasien skizofrenia di Indonesia hanya sebesar 8,3%, jauh lebih rendah dibandingkan Malaysia (44,9%) dan Singapura (43,8%) (Tang, C.T., et al., 2020). Sediaan LAI juga dapat digunakan untuk membantu pelepasan kasus pemasangan melalui injeksi sebulan sekali selama 6 bulan (Suryani et al., 2011). LAI yang terdapat di formularium nasional adalah haloperidol dekanat dan flufenazin dekanat yang dapat disediakan oleh puskesmas dengan program rujuk balik, sedangkan sediaan paliperidone palmitat dapat disediakan melalui initial treatment di FKRTL,

kemudian dirujuk balik ke puskesmas. Penyediaan dan penggunaan LAI perlu melibatkan psikiater dikarenakan dokter umum di puskesmas tidak cukup percaya diri untuk menggunakan obat-obatan yang lebih *advance*, serta koordinasi dengan dinas kesehatan atau kementerian kesehatan dalam penyediaannya.

Selain terkait ada tidaknya obat di fasilitas kesehatan, temuan penelitian ini juga terkait dengan konsistensi ketersediaan obat-obatan di fasilitas layanan kesehatan. Obat yang dilaporkan tersedia pada suatu titik pengamatan belum tentu tersedia secara konsisten sepanjang tahun. Penelitian ini menemukan bahwa obat yang dilaporkan pernah tersedia di puskesmas, beberapa kali mengalami kekosongan (Gambar 7), sehingga rerata ketersediaan obat tersebut dalam bulan tidak penuh. Kekosongan obat menyebabkan beberapa masalah yang ditemukan di lapangan seperti pasien rujuk balik yang dikembalikan ke Rumah Sakit karena obatnya tidak tersedia di Puskesmas serta pemberian obat yang berbeda dari yang diresepkan. Konsekuensi ini juga ditemukan di daerah lain, seperti pasien harus menunggu beberapa minggu untuk mendapat obat, pasien mendapatkan obat lebih sedikit dari semestinya (Tristiana, et al., 2018), pasien rujuk balik tidak mendapatkan obatnya (Hunt, et al, 2023).

Ketika terjadi kekosongan obat di Puskesmas, pasien dan keluarganya memiliki opsi untuk membeli obat tersebut di apotek swasta, kemudian Puskesmas dapat mengganti biaya yang dikeluarkan. Solusi seperti ini juga dilakukan di Puskesmas daerah lain (Kusumawaty,, et al, 2023). Namun, sayangnya tidak semua apotek menjual psikofarmaka. Hanya terdapat 10% apotek di Sumba Barat Daya dan 22% apotek di Mamuju yang menyediakan psikofarmaka. Pun, apotek di Sumba Barat Daya hanya menyediakan variasi psikofarmaka secara terbatas, hanya Clobazam dan Valproat. Opsi lain bagi masyarakat Sumba Barat Daya adalah mengakses apotek di kabupaten sebelahnya, yaitu Sumba Barat, yang hanya 20% Apotek di Sumba Barat yang menyediakan psikofarmaka. Kondisi ini juga ditemukan di Surabaya (Tristiana, et al., 2018). Sebuah survei kepada 1867 apoteker yang 64%nya bekerja di apotek swasta, persentase psikofarmaka yang tersedia hanyalah diazepam (15%), haloperidol (11%) dan amitriptilin (10.4%)(Febrinasari, 2023). Apotek swasta dapat menjadi solusi cadangan apabila terjadi kekosongan obat di puskesmas. Sehingga, penyediaan psikofarmaka di apotek perlu didorong melalui mekanisme kerjasama seperti program rujuk balik oleh BPJS Kesehatan.

Kekosongan obat yang terjadi di Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Sumba Barat Daya disebabkan multifaktorial. Namun, penyebab utama yang ditemukan adalah terdapat ketidaksamaan pemahaman antara pemerintah pusat (kementerian kesehatan), pemerintah provinsi (dinas kesehatan provinsi), dan pemerintah kabupaten (dinas kesehatan kabupaten) mengenai pihak yang bertanggung jawab dalam penganggaran

dan pengadaan psikofarmaka di tingkat daerah.

Kementerian Kesehatan melalui Surat Edaran nomor HK.02.02/B/629/2024 tentang Pemenuhan Psikofarmaka untuk Menunjang Layanan Kesehatan Jiwa di Pusat Kesehatan Masyarakat tertanggal 17 Mei 2024, menegaskan mengenai pemenuhan kebutuhan obat-obatan psikofarmaka menjadi tanggung jawab dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Pemerintah pusat menyediakan *buffer stok* nasional dalam jumlah terbatas, sehingga pemerintah daerah diharapkan melakukan pemenuhan kebutuhan psikofarmaka melalui APBD atau DAK Non-Fisik Kesehatan. Dalam penelitian ini, pemerintah provinsi melalui dinas kesehatan provinsi memiliki pemahaman yang sama dengan pemerintah pusat, namun berbeda halnya dengan dinas kesehatan kabupaten. Dinas Kesehatan kabupaten, termasuk tenaga kesehatan dan tenaga medis di Puskesmas memahami bahwa psikofarmaka termasuk bagian dari obat program, sebagaimana obat program TB, HIV/AIDS dan Malaria yang sepenuhnya disediakan oleh pemerintah pusat. Pemahaman ini berdasar dari psikofarmaka yang perencanaannya dilakukan melalui Rencana Obat Program Kesehatan Jiwa. Istilah “Obat Program” dalam penyediaan psikofarmaka menyebabkan pemerintah kabupaten menganggap tanggung jawab penyediaan ada di pemerintah pusat, mengingat berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, “Penyediaan obat, vaksin, alat kesehatan, dan suplemen kesehatan program nasional, merupakan urusan pemerintah pusat.”. Namun, berdasarkan formularium nasional, psikofarmaka yang masuk ke dalam obat program hanyalah Metadon. Masuknya obat-obatan psikofarmaka lain dalam dokumen Rencana Obat Program menjadikan inkonsistensi terminologi yang digunakan dan menyebabkan ketidakselarasan pelaksanaan kebijakan di tingkat daerah. Sehingga, kementerian kesehatan perlu melakukan penyesuaian terminologi dan mekanisme yang digunakan dalam penyediaan psikofarmaka sebagai obat Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD) dan bukan obat Program.

Kementerian Kesehatan memberikan petunjuk operasional pengelolaan dan bantuan operasional kesehatan tahun anggaran 2025 melalui kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/2001/2024. Dalam regulasi ini, menu Bantuan Operasional Kesehatan yang tersedia di level provinsi terkait pengadaan obat-obatan adalah pengadaan obat program gizi, obat program ibu dan obat program anak. Sedangkan menu yang tersedia di level kabupaten kota terkait pengadaan obat-obatan adalah pengadaan obat Pelayanan Kesehatan Dasar (PKD). Pengadaan obat program kesehatan jiwa tidak diatur secara spesifik di menu kegiatan BOK, sehingga penganggarannya menggunakan menu pengadaan obat PKD di level kabupaten/kota. Secara regulasi, cukup jelas tanggung jawab penganggaran psikofarmaka berada di tanggung jawab pemerintah kabupaten/kota. Namun demikian, temuan di lapangan

menyatakan bahwa hampir semua kabupaten/kota di provinsi lokasi studi belum mengganggu psikofarmaka. Sehingga, kementerian kesehatan dan kementerian dalam negeri perlu kembali menegaskan mengenai tanggung jawab pemerintah kabupaten dan kota untuk mengganggu psikofarmaka, sesuai dengan SPM Kesehatan tahun 2024.

Salah satu temuan lain mengenai penganggaran psikofarmaka dalam penelitian ini maupun dalam proses dialog lintas sektoral adalah terdapat arah kebijakan dari kementerian kesehatan untuk meningkatkan penganggaran psikofarmaka dari Rp 11 Miliar menjadi Rp 54 Miliar. Hal ini merupakan berita menggembirakan bagi ODDP yang seringkali tidak mendapatkan layanan kesehatan yang dibutuhkan karena terjadi kekosongan obat. Namun, kebijakan ini juga perlu atensi lebih lanjut, terutama terkait kejelasan status psikofarmaka sebagai obat program atau obat pelayanan kesehatan dasar. Apabila seluruh stok obat dipenuhi oleh kementerian kesehatan, maka obat tersebut benar-benar menjadi “obat program” yang berarti diperlukan penyesuaian pada dokumen regulasi seperti Formularium Nasional, serta penganggarannya tidak menjadi wewenang dari sistem Jaminan Kesehatan Nasional. Apabila psikofarmaka tetap menjadi obat PKD, maka penegasan kembali kepada pemerintah daerah serta penyesuaian terminologi dan mekanisme perencanaan obat adalah hal krusial yang tetap perlu dilakukan.

Penyebab lain yang ditemukan dari kekosongan obat adalah terdapat kesulitan dalam perencanaan kebutuhan obat. Perencanaan obat di Indonesia menggunakan metode konsumsi. Metode ini memiliki keunggulan sebagai metode prediksi paling akurat pada sistem distribusi obat yang sudah establish (MSH, 2012), namun kekurangan dari metode ini adalah ketika sumber data konsumsi tidak bisa dipercaya misalnya karena terjadi kekosongan obat dalam waktu yang lama (MSH, 2006), dan isu ini terjadi pada kasus manajemen psikofarmaka di Puskesmas Kabupaten Sumba Barat Daya dan Mamuju, membuat metode konsumsi tidak sepenuhnya dapat mengestimasi kebutuhan obat kondisi sebenarnya. Terlebih pada kasus kesehatan jiwa, terdapat perilaku pasien yang mempengaruhi konsumsi obat seperti ketidakpatuhan pengobatan dengan melewati dosis dan berhenti minum obat dalam jangka waktu tertentu (Ostrow, et al., 2017).

ODDP di Indonesia juga belum sepenuhnya terdiagnosis dan belum seluruhnya mendapatkan terapi di layanan kesehatan (Rizal et al, 2024), hal ini terjadi karena sistem kesehatan mental yang belum kuat dari segi SDM, infrastruktur, dan alokasi anggaran (WHO, 2022), rendahnya pengetahuan yang berdampak pada stigma dan belum optimalnya kesadaran masyarakat akan kesehatan mental (Basrowi, et al., 2024). Kondisi ini menyebabkan dari 85% pasien psikosis di Indonesia yang pernah mengakses layanan

kesehatan mental, hanya separuh yang rutin dalam minum obat dalam sebulan terakhir (Riskesdas, 2018). kondisi ini disebut sebagai 'treatment gap' dalam kesehatan jiwa, yang diestimasikan sebesar 80-85% bagi LMIC (Mekonen et al, 2021). Gap ini dapat diisi dengan peningkatan pelacakan kasus, seperti yang terjadi di kabupaten Sumba Barat Daya, yang mengaktifkan program kesehatan jiwa di beberapa puskesmas melalui layanan kunjungan rumah untuk pencarian kasus baru dan pengobatan rutin, sehingga terjadi peningkatan kunjungan dua kali lipat sejak tahun 2024 dan berdampak pada peningkatan kebutuhan obat.

Terkait konsumsi obat antipsikotik, ODDP di kedua daerah penelitian ditemukan lebih banyak mengkonsumsi obat antipsikotik generasi pertama seperti haloperidol dan chlorpromazine serta generasi kedua seperti clozapine dan risperidone. Pada prinsipnya, antipsikotik generasi pertama bekerja dengan menekan dopamin secara kuat dan efektif untuk gejala positif tetapi masing-masing sering menimbulkan efek samping neurologis yang besar, sedangkan generasi kedua menyeimbangkan dopamin dan serotonin sehingga lebih baik untuk mengobati gejala negatif meskipun menimbulkan risiko efek metabolik. Oleh sebab itu, WHO dalam *Model List of Essential Medicines* telah memberikan rekomendasi penggunaan antipsikotik generasi ketiga, yaitu aripiprazole, sebagai obat esensial untuk pengobatan skizofrenia dengan dasar efektivitas yang sebanding dengan generasi sebelumnya, namun dengan efek samping yang lebih ringan dan tingkat kepatuhan pasien yang lebih tinggi. WHO mendorong penggunaannya terutama bagi pasien yang tidak toleran terhadap antipsikotik generasi pertama atau kedua, serta untuk terapi jangka panjang dalam sistem kesehatan jiwa nasional yang berbasis bukti dan keamanan pengobatan (Mailman, R. B., 2010).

Monitoring efek samping obat

Penggunaan psikofarmaka dalam terapi kesehatan jiwa jangka panjang seperti skizofrenia dan bipolar memerlukan monitoring efek samping obat yang rutin. Monitoring efek samping penting dilakukan mengingat obat-obatan psikofarmaka memiliki beragam efek samping seperti mengantuk, sindrom ekstrapiramidal, peningkatan berat badan, gangguan tidur, gangguan aktivitas sosial (Hartling, et al, 2012). Dalam penelitian ini, gejala efek samping yang dialami oleh ODDP adalah mengantuk, lemas, badan terasa kaku, tremor, dan lain-lain.. Tujuh persen pasien di penelitian ini yang memutuskan berhenti minum obat dikarenakan adanya efek samping obat.. Dalam penelitian lain, sekitar 28.8% pasien yang menggunakan antipsikotik mengalami efek samping yang mengganggu, seperti disfungsi ereksi, dan sedasi (Hynes, et al., 2020). Pasien yang mengalami efek samping dan tidak ditangani memiliki potensi untuk tidak patuh dalam pengobatan (Addisu, et al., 2025), hingga menyebabkan terjadinya kekambuhan dan

rehospitalisasi (Morken, et al, 2008).

Monitoring terhadap efek samping obat (MESO) sebenarnya merupakan bagian dari standar layanan kefarmasian di puskesmas berdasarkan Permenkes No. 74 tahun 2016, namun hanya 20% dari apoteker di Indonesia yang menyediakan layanan monitoring efek samping obat pada psikofarmaka (Febrinasari, et al., 2023). Sebagian besar puskesmas di Yogyakarta tidak memonitor maupun memantau efek samping obat, dengan hanya 3 dari 21 puskesmas memiliki SOP tersendiri untuk penanganan pasien keswa (Good, et al., 2019). kondisi ini lebih rendah dari praktik di negara lain, misalnya hanya 35% pasien yang tidak mendapatkan dokumentasi mengenai efek samping yang dirasakan dari terapi antipsikotik (Hynes, et al., 2020). Tenaga kesehatan atau tenaga medis penting untuk menggali efek samping obat yang dirasakan oleh pasien secara aktif dan tidak hanya menunggu laporan pasien, mengingat hanya 28.5% pasien yang aktif dalam melaporkan efek samping yang dirasakannya (Hynes, et al., 2020).

Perlu adanya Psikiater di Daerah

Menurut hasil penelitian ini terkait distribusi tenaga kesehatan di dua daerah studi, Kabupaten Sumba Barat Daya dan Kabupaten Mamuju, terdapat kekurangan signifikan dalam ketersediaan dokter spesialis kejiwaan (Sp.KJ) maupun psikolog klinis di kedua wilayah. Di Kabupaten Sumba Barat Daya bahkan tidak terdapat Sp.KJ sama sekali, sementara Mamuju hanya memiliki dua orang Sp.KJ di rumah sakit. Kehadiran dokter umum, perawat, dan apoteker di puskesmas memang lebih banyak, namun distribusi dan proporsi masih jauh dari ideal, misalnya hanya 7 dari 16 puskesmas di Sumba Barat Daya memiliki dokter umum (44 %) dan semua puskesmas di kedua kabupaten memiliki perawat. Kondisi ini sejalan dengan literatur global yang menunjukkan bahwa banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah (LMIC) menghadapi kelangkaan tenaga kesehatan jiwa berspesialisasi, di mana hanya sekitar 1 % dari keseluruhan tenaga kesehatan dunia terlibat langsung dalam layanan kesehatan jiwa dan jumlah psikiater rata-rata di banyak negara sangat rendah. Padahal, ketersediaan psikiater merupakan aspek krusial dalam menjamin akses dan kualitas layanan kesehatan jiwa. Studi menunjukkan kesenjangan layanan, meliputi kecepatan diagnosis, ketepatan terapi, dan performa pelayanan secara umum, terjadi antara wilayah yang terdapat psikiater dan tidak (Sutar et al., 2024; Kurdyak et al., 2020; Korošec Jagodič et al., 2013; Rocha et al., 2013).

Kemauan dan Kemampuan Pendamping Penyandang Disabilitas Psikososial Dalam Mengakses Pelayanan Kesehatan Jiwa dan Layanan Obat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa akses terhadap layanan kesehatan dan obat-obatan bagi ODDP di Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Sumba Barat Daya menghadapi berbagai tantangan dan kendala. Melihat dari segi kemauan dan kemampuan pendamping ODDP di Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Sumba Barat Daya dalam mengakses layanan kesehatan jiwa dan obat-obatan dipengaruhi oleh berbagai faktor, terutama dari segi kondisi finansial, aksesibilitas layanan, pengaruh kepercayaan tradisional, serta adanya keterlibatan lembaga swadaya masyarakat. Secara umum, analisis mengindikasikan bahwa kemauan pendamping masih bersifat situasional dan tidak jarang ditemui erat kaitannya dengan kepercayaan spiritual. Disisi lain dalam hal ini kemauan pendamping juga sangat dipengaruhi oleh persepsi efektivitas layanan. Sedangkan, kemampuan mereka dalam mengakses layanan kesehatan dan obat dipengaruhi oleh keterbatasan ekonomi dan jarak geografis yang cukup jauh dari pusat layanan. Hal tersebut sejalan dengan mengenai kemampuan dalam mengakses layanan sering kali terbatas oleh faktor ekonomi, pengetahuan kesehatan jiwa, serta pengalaman negatif sebelumnya saat berinteraksi dengan tenaga medis (Utami et al., 2020).

B. KESIMPULAN



Jumlah kunjungan layanan kesehatan jiwa dan penggunaan obatnya di Puskesmas per bulan di Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Sumba Barat Daya dari tahun 2022 hingga 2025 menunjukkan tren peningkatan untuk hampir semua jenis disabilitas psikososial. Peningkatan itu disebabkan oleh cukup intensifnya upaya penjangkaran yang dilakukan setelah tenaga Kesehatan dilatih, dan berperannya LSM dalam melakukan penemuan kasus.

Ketersediaan layanan kesehatan jiwa dan layanan obat kesehatan jiwa di Mamuju dan Sumba Barat Daya bervariasi. Dari sisi tenaga Kesehatan dan tenaga medis, di Mamuju dan Sumba Barat Daya tidak terdapat psikolog klinis sama sekali, hanya ada dua perawat jiwa dan dokter SpKJ di Mamuju, sedangkan di Sumba Barat Daya tidak ada sama sekali. Dokter SpKJ tersedia di kabupaten yang berbatasan (Sumba Timur, berjarak sekitar 4 jam dari kota). Hal ini tentu saja berdampak pada pelayanan Kesehatan jiwa khususnya terkait risiko kurang efektif dan/atau kurang terpantaunya pengobatan. Kabupaten Sumba Barat Daya berupaya melakukan inovasi untuk mengatasi keterbatasan layanan tersebut dengan membuat WA grup konsultasi/diskusi antara dokter Puskesmas dengan SpKJ dari Kupang (NTT).

Di sisi lain, **ketepatan penggunaan obat terhadap laporan diagnosa** yang dilakukan di seluruh puskesmas di Mamuju dan Sumba Barat Daya selama tahun 2024 dan 2025 cukup baik, mengindikasikan bahwa upaya yang dilakukan untuk mengatasi keterbatasan tenaga medis cukup adekuat. Namun, ketepatan diagnosis dan pemilihan obat terapi, tentu saja perlu didukung oleh ketersediaan obat di wilayah tersebut. Penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat fluktuasi ketersediaan obat kesehatan jiwa berdasarkan jenisnya, baik di Mamuju maupun di Sumba Barat Daya. Selain itu, pemantauan terhadap kepatuhan minum obat belum dapat dilakukan secara optimal oleh tenaga kesehatan, dan kunjungan rumah juga masih dilakukan secara terbatas dan tidak didampingi apoteker untuk memberikan edukasi.

Aksesibilitas fisik (lokasi, transportasi) fasilitas Kesehatan di Mamuju dan Sumba Barat Daya cukup baik, namun, kemauan dan kemampuan keluarga penyandang disabilitas psikososial dalam mengakses pelayanan kesehatan jiwa dan layanan obat dipengaruhi oleh beberapa hal. Pertama, faktor budaya dan stigma diduga dapat menjadi salah satu faktor penghambat. Alasan terbesar keluarga/pendamping tidak mengakses layanan disebabkan oleh *belief* bahwa ODDP tidak perlu dibawa ke fasilitas pelayanan Kesehatan. Alasan lain adalah pembiayaan. Walau pun layanan kesehatan jiwa dijamin oleh BPJS-K dan hampir semua pasien merupakan anggota PBI BPJS-K, namun keluarga/pendamping tetap menyebutkan hambatan finansial terkait biaya transportasi. Ketiga, ketersediaan layanan, kondisi ini dibuktikan dari lebih rendahnya kunjungan di Sumba Barat Daya dibandingkan di Mamuju (yang memiliki tenaga medis yang lebih lengkap). Faktor lain yang juga penting diperhatikan untuk menjaga kesinambungan aksesibilitas adalah persediaan obat (khususnya obat rujuk balik) di FKTP. Ketika obat tidak tersedia, maka keluarga/pendamping pasien harus membeli obat di apotek tertentu (karena tidak semua apotek memiliki persediaan psikofarma), atau bahkan harus pergi ke Kabupaten lain. Kemampuan keluarga/pendamping pasien untuk membeli obat juga rendah, dan tidak semua apotek memiliki perjanjian program rujuk balik dengan BPJS-K sehingga pengeluaran tersebut tidak bisa dibayar kembali (*reimbursed*).

Kebijakan terkait kesehatan jiwa dan obatnya di tingkat nasional telah tersedia untuk memenuhi kebutuhan ODDP. Namun, belum terdapat pedoman khusus untuk tenaga kesehatan memberikan pelayanan kesehatan jiwa yang ideal di Puskesmas. Sementara itu, kebijakan khusus untuk distribusi dan penggunaan obat kesehatan jiwa belum ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Pada level kabupaten/kota, penelitian ini juga menemukan belum adanya kebijakan dari pemerintah daerah yang mengatur tentang pelayanan kesehatan jiwa atau ODDP. Kebijakan teknis dari pemerintah pusat dan penerjemahan di level daerah dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas dan cakupan pelayanan kesehatan jiwa serta melibatkan lintas sektor.

Pemahaman dan usaha para pemangku kepentingan terkait aksesibilitas layanan kesehatan jiwa dan obat-obatan pendukungannya ternyata masih rendah. Kebijakan kesehatan jiwa yang disediakan secara nasional belum cukup mampu untuk dapat dipahami secara langsung oleh pemangku kepentingan di daerah, apalagi diterjemahkan ke dalam peraturan daerah yang memadai untuk mendorong keterlibatan lintas sektor. Akibatnya, penyediaan layanan kesehatan jiwa di daerah belum didukung sepenuhnya dari sisi anggaran maupun dari sisi keterlibatan lintas sektor. Bahkan, penganggaran pengadaan obat kesehatan jiwa oleh daerah dirasa tidak perlu karena ada miskonsepsi tentang tanggung jawab pemerintah Pusat untuk penyediaannya.

C. REKOMENDASI



1. Penguatan Komitmen dengan pelibatan lintas sektor dalam pelayanan kesehatan jiwa

- a. Penyusunan Rencana Aksi dan/atau Peta Jalan Penanganan ODDP: Pemerintah Nasional (Kemenko PMK, Kementerian Kesehatan, Kementerian Sosial dan BPJS Kesehatan) perlu menyusun salah satu dari dokumen di tingkat nasional yang menjadi acuan arah kebijakan dan program dalam pengobatan, rehabilitasi, dan pemberdayaan orang dengan disabilitas psikososial, serta pemutakhiran pedoman kerja TPKJM. Dokumen tersebut dapat diteruskan oleh Pemerintah Daerah untuk menyusun rencana aksi di tingkat provinsi dan kabupaten kota. Penyusunan dari rencana aksi/peta jalan pelayanan kesehatan jiwa diharapkan dapat merujuk Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 dari WHO. Melalui rencana aksi yang direkomendasikan oleh WHO, Indonesia sebagai salah satu anggota dapat perlu untuk: 1) memperkuat kepemimpinan dan tata kelola pelayanan kesehatan jiwa; 2) menyediakan layanan kesehatan mental dan perawatan sosial yang komprehensif, terpadu, dan responsif di lingkungan berbasis masyarakat; 3) menerapkan strategi promosi dan pencegahan di bidang kesehatan mental; dan 4) memperkuat sistem informasi, bukti, dan penelitian untuk kesehatan mental.
- b. Memperluas layanan kesehatan jiwa dengan penguatan keterlibatan LSM: Pemerintah Daerah perlu melibatkan lembaga swadaya masyarakat (LSM) khusus untuk penemuan ODDP yang belum terdata oleh Puskesmas, Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial. Kemudian, LSM juga dapat membantu untuk pemantauan kepatuhan minum obat dan edukasi terkait stigma dan pemasangan, dan dukungan komunitas bagi keluarga/pendamping ODDP

(contoh: tersedianya *support group*/kelompok pendukung) atau *caregiver* terlatih yang dapat menggantikan fungsi keluarga/pendamping jika dibutuhkan.

2. Meningkatkan pemerataan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa di seluruh Indonesia

- a. Implementasi kebijakan kompensasi dari program JKN untuk pelayanan kesehatan jiwa: menyediakan kunjungan tenaga medis (SpKJ) untuk ODDP yang membutuhkan secara berkala dan memberikan penggantian biaya bagi pasien yang harus melakukan rujukan dan rawat jalan di luar daerah.
- b. Penyediaan tenaga kesehatan untuk pelayanan kesehatan jiwa, melalui: penguatan implementasi Perpres 81/2025 dengan penyediaan insentif tambahan bagi dokter spesialis untuk penyediaan dokter spesialis kedokteran jiwa (SpKJ).
- c. Penguatan sistem kesehatan daerah melalui program pengampunan SpKJ ke dokter dan perawat Puskesmas, dan penyediaan psikolog klinis di FKTP. Skema sistem kesehatan daerah yang menghubungkan layanan kesehatan yang komprehensif melalui komunikasi dan koordinasi dari seluruh penyedia kesehatan jiwa memberikan keuntungan untuk keberlanjutan layanan kesehatan jiwa yang berkualitas.
- d. Memperkuat fasilitas kesehatan untuk pelayanan kesehatan jiwa, melalui: menyediakan pelayanan rawat inap untuk ODDP yang mengalami kekambuhan di Puskesmas dan RSUD. Program ini dapat dilakukan dengan penyediaan ruang khusus penanganan pasien dan tetap berada dalam skema pengampunan dari RSJ Jejaring.
- e. Penggunaan telehealth untuk pelayanan kesehatan jiwa: tenaga kesehatan di Rumah Sakit, Puskesmas dan/atau masyarakat secara mandiri didorong menggunakan *telehealth* untuk mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa, khususnya penetapan diagnosa dan monitoring perkembangan gejala ODDP di daerah sulit jangkau.

3. Menyediakan kebijakan kesehatan jiwa di daerah

- a. Penerjemahan komitmen penanganan kesehatan jiwa dari kebijakan nasional ke peraturan daerah: Pemerintah Daerah perlu untuk menetapkan peraturan-peraturan daerah terkait ODDP dan/atau pelayanan kesehatan jiwa. Peraturan ini perlu untuk menjadi bentuk komitmen Pemerintah Daerah dalam penyediaan pelayanan kesehatan jiwa dan pemenuhan kebutuhan ODDP.

4. Memastikan ketersediaan dan kualitas obat untuk kesehatan jiwa

- a. Mendorong pemerintah daerah untuk menyediakan alokasi dana daerah untuk pengadaan obat kesehatan jiwa: Pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota) diharapkan dapat menyediakan anggaran dan melakukan pengadaan secara mandiri untuk obat kesehatan jiwa di Puskesmas. Disisi lain, penyediaan obat kesehatan jiwa sebagai bentuk dari pencapaian SPM Jiwa, sehingga tidak hanya menunggu ketersediaan dari pemerintah pusat. Komitmen tersebut dapat berupa peraturan menteri kesehatan sehingga memberikan dorongan lebih kuat.
- b. Memperjelas terminologi dan mekanisme perencanaan kebutuhan obat kesehatan jiwa sebagai obat Pelayanan Kesehatan Dasar: Kementerian Kesehatan perlu mempertegas status obat kesehatan jiwa sebagai obat PKD melalui penyeragaman terminologi dan mekanisme Rencana Kebutuhan Obat (RKO) dan bukan melalui mekanisme RKO Program, agar tidak membingungkan dinas kesehatan dan puskesmas.
- c. Memperkuat perencanaan obat kesehatan jiwa di daerah dengan melibatkan Rumah Sakit dan Dokter SpKJ: Dinas Kesehatan, Puskesmas dan RS perlu melakukan perencanaan kebutuhan obat kesehatan jiwa secara bersama-sama, sehingga terdapat sinkronisasi obat yang digunakan dalam program rujuk balik yang diresepkan oleh psikiater di Rumah Sakit dengan obat yang tersedia di Puskesmas.
- d. Pelibatan Apotek dalam penyediaan obat kesehatan jiwa di daerah: Obat kesehatan jiwa diharapkan tidak hanya tersedia di Puskesmas dan RS, tetapi juga di Apotek. Pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan, Puskesmas, RS dan BPJS Kesehatan diharapkan dapat melakukan kerja sama untuk mengatasi masalah kekosongan obat dengan alternatif penyediaan di Apotek, sehingga ODDP atau keluarga dapat mengakses obat di Apotek apabila terjadi kekosongan di puskesmas.
- e. Pengoptimalan penggunaan psikofarmaka sediaan LAI: Dinas Kesehatan kabupaten, Rumah Sakit dan Puskesmas perlu memanfaatkan sediaan Long-acting injectable yang sudah tersedia dalam formularium nasional, seperti Haloperidol decanoate dan Fluphenazine Decanoate, bagi ODDP yang mengalami kepatuhan pengobatan rencah atau kesulitan untuk mengakses fasilitas layanan kesehatan.
- f. Pemantauan konsumsi obat kesehatan jiwa: Pemerintah Daerah melalui dinas kesehatan dan puskesmas perlu melakukan pemantauan kepada ODDP untuk memastikan ketaatan minum dan efek samping dari obat. Pemantauan dapat

dilakukan oleh PJ Kesehatan Jiwa, kader kesehatan dan kader pemberdayaan masyarakat/ tenaga ahli pemberdayaan masyarakat. Kementerian Kesehatan juga perlu memberikan pedoman kepada pelaksana di daerah untuk memantau konsumsi obat ODDP.

5. Menyediakan rehabilitasi berbasis masyarakat

- a. Pendampingan untuk ODDP, Keluarga dan Masyarakat: Pemerintah Daerah perlu menyediakan program pendampingan untuk pemulihan kepercayaan diri ODDP setelah proses pengobatan. Program berbasis ODDP ini bertujuan untuk menyiapkan ODDP untuk bekerja mandiri maupun berada dalam program pemberdayaan sosial. Untuk penguatan keluarga ODDP, Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial perlu menyediakan program pendampingan keluarga ODDP untuk meningkatkan pemahaman tentang kesehatan jiwa dan dapat menjadi sistem pendukung dalam proses pemulihan kesehatan dan kepercayaan diri ODDP. Kemudian, Pemerintah Daerah juga perlu memberikan program edukasi dan pendampingan kepada masyarakat sekitar tempat tinggal ODDP terkait memerangi stigma negatif masyarakat terhadap ODDP.

DAFTAR PUSTAKA

- Aiyub, A., Jannah, S. R., Marthoenis, M., Abdullah, A., & Sofyan, H. (2023). Peer stigma, consequences, and anti-stigma strategies in adolescents with mental disorders: a qualitative investigation. *Journal of Public Mental Health*, 22(2), 60–72. <https://doi.org/10.1108/JPMH-09-2022-0095>
- Anindyajati, G., Mardiasmo, D. R., Sekarasih, L., Susilaradeya, D., Takwin, B., Pelupessy, D. C., & Diatri, H. (2022). The Right to Health: COVID-19 Pandemic and the Opportunity to Transform Mental Health Inequalities in Indonesia. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.844656>
- Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdzowskyj, E., Freedman, R., & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 591–604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9/ATTACHMENT/A774B594-A5A8-4246-AB2F-72C438539EE6/MMC1.PDF](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9/ATTACHMENT/A774B594-A5A8-4246-AB2F-72C438539EE6/MMC1.PDF)
- Aruta, J. J. B. R. (2024). Prioritizing mental health equity in low- and middle-income countries in Southeast Asia. In *Asian Journal of Psychiatry* (Vol. 94). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2024.103956>
- Ascher-Svanum, H., Faries, D. E., Zhu, B., Ernst, F. R., Swartz, M. S., & Swanson, J. W. (2006). Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(3), 453–460. <https://doi.org/10.4088/JCP.V67N0317>
- Badan Pusat Statistik (BPS) Kabupaten Sumba Barat Daya. (2025). *Kabupaten Sumba Barat Daya Dalam Angka 2024 - Badan Pusat Statistik Kabupaten Sumba Barat Daya*. <https://sumbaratdayakab.bps.go.id/id/publication/2024/02/28/8431935857ca110e4375a30d/kabupaten-sumba-barat-daya-dalam-angka-2024.html>
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Mamuju. (2024). *Kabupaten Mamuju Dalam Angka - Mamuju Regency in Figures 2024*. Mamuju: BPS Kabupaten Mamuju
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Sumba Barat Daya. (2025). *Kabupaten Sumba Barat Daya Regency Dalam Angka - Sumba Barat Daya Regency In Figures 2024*. Sumba Barat Daya: BPS Kabupaten Sumba Barat Daya
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Sumba Barat Daya. (2024). *Persentase Penduduk Menurut Karakteristik dan Jenis Jaminan Kesehatan yang Dimiliki di Kabupaten Sumba Barat Daya, 2024 - Tabel Statistik - Badan Pusat Statistik Kabupaten Sumba Barat Daya*. <https://sumbaratdayakab.bps.go.id/id/statistics-table/1/MTg1IzE=/persentase-penduduk-menurut-karakteristik-dan-jenis-jaminan-kesehatan-yang-dimiliki-di-kabupaten-sumba-barat-daya-2024.html>
- Basrowi, R. W., Wiguna, T., Samah, K., Djuwita F Moeloek, N., Soetrisno, M., Purwanto, S. A., Ekowati, M., Elisabeth, A., Rahadian, A., Ruru, B., & Pelangi, B. (2024). Exploring Mental Health Issues and Priorities in Indonesia Through Qualitative Expert Consensus. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 20(1). <https://doi.org/10.2174/0117450179331951241022175443>
- Bolarinwa, O. A., Ameh, S., Ochimana, C., Oluwasanu, A. O., Samson, O., Mohamed, S. F., Muhihi, A., & Danaei, G. (2021). Willingness and ability to pay for healthcare insurance: A cross-sectional study of Seven Communities in East and West Africa (SevenCEWA). *PLOS Global Public Health*, 1(11), e0000057.

https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PGPH.0000057/OG_IMAGE.JPG

- Brunt, Thomas J., and Oliver Gale-Grant. *Telepsychiatry: What Clinicians Need to Know About Digital Mental Healthcare*. *BJPsych Advances*, vol. 29, no. 4, 2023, pp. 230–238. <https://doi.org/10.1192/bja.2022.42>
- Calundu, R. (2024). Efektivitas Prilaku Sosial Ekonomi Pelayanan Puskesmas Pada Masyarakat Marginal di Kota Makassar. *Scientific Journal of Reflection: Economic, Accounting, Management and Business*, 7, 1385–1400. <https://doi.org/https://doi.org/10.37481/sjr.v7i4.1000>
- Chokhawala, K., & Stevens, L. (2023). Antipsychotic Medications. *Teen Mental Health: An Encyclopedia of Issues and Solutions*, 43–45. https://doi.org/10.4324/9780203420393_chapter_9
- Dahnar, D., Asnurianti, R., Amna, N., & Marthoenis, M. (2022). Restraint and confinement of psychiatric patients in community: a scoping review of pasung in Indonesia. In *Mental Health and Social Inclusion* (Vol. 26, Issue 2, pp. 134–143). Emerald Group Holdings Ltd. <https://doi.org/10.1108/MHSI-08-2021-0058>
- Fahrudin, A., Purnama, A., Susilo, S. R. T., Sahajuddin, S., & Suradi, S. (2025). Reimagining mental health care: The role of community support for persons with mental disorders in Indonesia. *International Journal of Innovative Research and Scientific Studies*, 8(2), 436–444. <https://doi.org/10.53894/ijirss.v8i2.5193>
- Febrinasari, N., Widayanti, A. W., Prabandari, Y. S., & Satibi, S. (2023). Role and challenges of community pharmacists in managing mental health care in Indonesia: A mix-method study. *Asian Journal of Psychiatry*, 89. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103773>
- Firdaus, A. (2022, October 5). *Kemendes: 4.304 orang dengan gangguan jiwa terdeteksi dipasung - ANTARA News*. [Kemendes: 4.304 orang dengan gangguan jiwa terdeteksi dipasung - ANTARA News](https://www.antaranews.com/berita/4304-orang-dengan-gangguan-jiwa-terdeteksi-dipasung)
- Good, B. J., Marchira, C. R., Subandi, M. A., Mediola, F., Tyas, T. H., & Good, M. J. D. V. (2019). Early psychosis in Indonesia: reflections on illness and treatment. *International Review of Psychiatry*, 31(5–6), 510–522. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1604495>
- Gutiérrez-Rojas, L., et al. *Telepsychiatry: The Future Is Already Present*. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, vol. 16, no. 1, 2023, pp. 51–57. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.09.001>
- Habita, N. K., Yusuf, A., & Tristiana, R. D. (2020). Society Perception of Pasung Behavior in People with Mental Disorders. In *1826 Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology* (Vol. 14, Issue 2).
- Hartling, L., Abou-Setta, A. M., Dursun, S., Mousavi, S. S., Pasichnyk, D., & Newton, A. S. (2012). Antipsychotics in adults with schizophrenia: Comparative effectiveness of first-generation versus second-generation medications: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 157(7), 498–511. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-7-201210020-00525/ASSET/IMAGES/8TT3.JPG>
- Hidayat, M. T., Lawn, S., Muir-Cochrane, E., & Oster, C. (2020). The use of pasung for people with mental illness: a systematic review and narrative synthesis. In *International Journal of Mental Health Systems* (Vol. 14, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00424-0>
- Howland, M., Tennant, M., Bowen, D. J., Bauer, A. M., Fortney, J. C., Pyne, J. M., dan Cerimele, J. M. (2021). *Psychiatrist and Psychologist Experiences with Telehealth and Remote Collaborative Care in Primary Care: A Qualitative Study*. *Journal of Rural Health*,

- 37(4): 780–787. DOI: 10.1111/jrh.12523.
- Hunt, A. J., Guth, R. E. Y., & Setiyawati, D. (2023). Evaluating the Indonesia Free Pasung Movement: Understanding continuing use of restraint of the mentally ill in rural Java. *Transcultural Psychiatry*, 60(3), 552–565. <https://doi.org/10.1177/13634615211009626>
- Ildil, I., Fadli, R. P., Suranata, K., Zola, N., & Ardi, Z. (2020). Online mental health services in Indonesia during the COVID-19 outbreak. In *Asian Journal of Psychiatry* (Vol. 51). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102153>
- Irwanto, I., Böckenförde, A. F. E., Ayu, A. P., Diatri, H., & Dharmono, S. (2020). Building a strategic alliance to end coercion of people with mental disorders in Indonesia. In *The Lancet Psychiatry* (Vol. 7, Issue 3, p. e11). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30033-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30033-X)
- Isnri, K., Aisyah Lugiana, N., Trisnowati, H., Nurullita Santri, I., Qomariyah, N., & Dahlan, A. (2024). How Can Adolescents Get Mental Health Services Without the Availability of Professionals? A Lesson Learned from Rural Primary Health Care. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 12(SI1), 133–145. <https://doi.org/10.20473/JPK.V12.ISI1.2024.133-145>
- Julaeha, Yuliana, V., & Ayuningtyas, J. P. (2024). Trend in the Utilization of Antipsychotics in the National Health Coverage Era in Indonesia: A Cross-Sectional Study. *Borneo Journal of Pharmacy*, 7(2), 224–232. <https://doi.org/10.33084/bjop.v7i2.4909>
- Kadar, K. S., Andriani, A., & Tandil, D. N. (2020). Exploring mental health nursing practice in Indonesian rural area. *Journal of Public Mental Health*, 19(2), 119–126. <https://doi.org/10.1108/JPMH-11-2018-0078>
- Kaligis, F., Ismail, R. I., Wiguna, T., Prasetyo, S., Indriatmi, W., Gunardi, H., Pandia, V., & Magdalena, C. C. (2021). Mental health problems and needs among transitional-age youth in Indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph18084046>
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Laporan Riskesdas 2018 Nasional*. [Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf](#)
- Kementerian Kesehatan RI. (2022a). *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 24 TAHUN 2022 TENTANG REKAM MEDIS*. www.peraturan.go.id
- Kementerian Kesehatan RI. (2022b). *RENCANA AKSI KEGIATAN: DIREKTORAT KESEHATAN JIWA TAHUN 2020-2024 (PERUBAHAN 1)*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Profil kesehatan indonesia 2022.pdf* - Google Drive. <https://drive.google.com/file/d/1IA83fjK-tgJKDmyjlqCkUVYNqKOX-C60/view>
- Kementerian Kesehatan RI. (2024a). *Fact Sheet: Depresi pada Anak Muda di Indonesia 2024*. [2. factsheet Keswa 24april ok cetak.pdf](#)
- Kementerian Kesehatan RI. (2024b). *KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR HK.01.07/MENKES/1645/2024 TENTANG RUJUK BALIK PENYAKIT KRONIS KE FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT PERTAMA*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2024c). *Panduan Orientasi Skrining Kesehatan Jiwa & Penyalahgunaan NAPZA serta Tindak Lanjut Hasil Skrining*. [Alur Skrining | PDF](#)
- Kementerian Kesehatan RI. (2024d). *SURVEI KESEHATAN INDONESIA (SKI) 2023 DALAM ANGKA*. [LAPORAN SKI 2023 DALAM ANGKA REVISI I OK.pdf](#)
- Kementerian Kesehatan RI. (2025a). *RS Online*. https://sirs.kemkes.go.id/fo/home/dashboard_rs?id=0
- Kementerian Kesehatan RI. (2025b). *SATUSEHAT Perencanaan Tenaga Medis dan Tenaga*

- Kesehatan. <https://dreams.kemkes.go.id/user/sebaran>
- Kementerian Kesehatan RI. (2025c). *SISDMK - Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan*. <https://sisdmk.kemkes.go.id/>
- Kementerian Keuangan RI. (2024). *PERATURAN MENTERI KEUANGAN NOMOR 127 TAHUN 2024 TENTANG PERUBAHAN ATAS PERATURAN MENTERI KEUANGAN NOMOR 65 TAHUN 2024 TENTANG PETA KAPASITAS FISKAL DAERAH*.
- Kementerian Sekretariat Negara RI. (2023). *UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 17 TAHUN 2023 TENTANG KESEHATAN*.
- Kementerian Sosial RI. (2018). *PERATURAN MENTERI SOSIAL REPUBLIK INDONESIA NOMOR 12 TAHUN 2018 TENTANG PEDOMAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN PEMASUNGAN BAGI PENYANDANG DISABILITAS MENTAL*.
- Kim, H. O., Seo, G. H., & Lee, B. C. (2020). Real-world effectiveness of long-acting injections for reducing recurrent hospitalizations in patients with schizophrenia. *Annals of General Psychiatry*, 19(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/S12991-019-0254-2/FIGURES/2>
- Korošec Jagodič, H., Rokavec, T., Agius, M., & Pregelj, P. (2013). *Availability of mental health service providers and suicide rates in Slovenia: A nationwide ecological study*. *Croatian Medical Journal*, 54, 444–452. <https://doi.org/10.3325/cmj.2013.54.444>
- Kurdyak, P., Zaheer, J., Carvalho, A., de Oliveira, C., Lebenbaum, M., Wilton, A. S., Fefergrad, M., Stergiopoulos, V., & Mulsant, B. H. (2020). *Physician-based availability of psychotherapy in Ontario: A population-based retrospective cohort study*. *CMAJ Open*, 8(1), E105–E114. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20190094>
- Kusumawaty, I., Yunike, & Upoyo, A. S. (2023). Perspectives of Indonesian Caregivers and Health Practitioners on Community-Based Mental Health Services. *Health & Social Care in the Community*, 2023(1), 5954810. <https://doi.org/10.1155/2023/5954810>
- Ladi, F. (2024, January 13). *Perbedaan Data KTP di Kabupaten Sumba Barat Daya Menarik Perhatian Pemangku Kepentingan di NTT*. TVRI News [online] [Perbedaan Data KTP di Kabupaten Sumba Barat Daya Menarik Perhatian Pemangku Kepentingan di NTT](#) diakses tanggal 18 September 2025
- Law, M. R., Soumerai, S. B., Ross-Degnan, D., & Adams, A. S. (2008). A longitudinal study of medication nonadherence and hospitalization risk in schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 47–53. <https://doi.org/10.4088/JCP.V69N0107>
- Lee, J. H., Lee, H., Kim, J. E., Moon, S. J., & Nam, E. W. (2021). Analysis of personal and national factors that influence depression in individuals during the COVID-19 pandemic: a web-based cross-sectional survey. *Globalization and Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00650-8>
- Leosari, Y., Uelmen, J. A., & Carney, R. M. (2023). Spatial evaluation of healthcare accessibility across archipelagic communities of Maluku Province, Indonesia. *PLOS Global Public Health*, 3(3), e0001600. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PGPH.0001600/OG_IMAGE.JPG
- Maba, A. P., Mulawarman, M., Kholili, M. I., Cahyani, A. I., Kushendar, K., Zahro, I. F., Subandi, S., Loban, M. N., Muttaqin, R., Hidayanti, N. S., Haryati, A., Arizona, A., Pambudi, Y. E., Sari, W. J., Indri, D. B. M., & Aminnuddin, N. A. (2023). Help-seeking intention during the COVID-19 pandemic: sociodemographic factors, anxiety, and fear as predictors. *Minerva Psychiatry*, 64(1), 63–71. <https://doi.org/10.23736/S2724-6612.21.02267-3>
- Management Sciences for Health. (2012). *Chapter 20: Quantifying pharmaceutical requirements*.

- Mekonen, T., Chan, G. C. K., Connor, J. P., Hides, L., & Leung, J. (2021). Estimating the global treatment rates for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 295, 1234–1242. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2021.09.038>
- Munira, L., Liamputtong, P., & Viwattanakulvanid, P. (2023). Barriers and facilitators to access mental health services among people with mental disorders in Indonesia: A qualitative study. *Belitung Nursing Journal*, 9(2), 110–117. <https://doi.org/10.33546/bnj.2521>
- Munira, L., Liamputtong, P., & Viwattanakulvanid, P. (2025). Effects of Coping, Affirmation, Resilience, and Empowerment (CARE) Program on Depression, Mental Health Literacy, and Coping Skills among People with Depression in Indonesia: A Mixed Methods Study. *Asian Journal of Social Health and Behavior*, 8(2), 66–73. https://doi.org/10.4103/shb.shb_201_24
- Muttaqien, M., Setiyaningsih, H., Aristianti, V., Selby Coleman, H. L., Hidayat, M. S., Dhanalvin, E., Siregar, D. R., Mukti, A. G., & Kok, M. O. (2021). Why did informal sector workers stop paying for health insurance in Indonesia? Exploring enrollees' ability and willingness to pay. *PLOS ONE*, 16(6), e0252708. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0252708>
- Nova, R., Windarwati, H. D., & Meidianto, E. (2023). Correlation between family support with work productivity of people with severe mental disorders (PSMD) in Bantur Community Health Center, Malang, Indonesia. In *Healthcare in Low-resource Settings* (Vol. 11, Issue s1).
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/J.BPOBGYN.2013.09.002>
- Ostrow, L., Jessell, L., Hurd, M., Darrow, S. M., & Cohen, D. (2017). Discontinuing psychiatric medications: A survey of long-term users. *Psychiatric Services*, 68(12), 1232–1238. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700070>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pragholapati, A., Fitriksari, A., & Handayani, F. (2024). Emergency Psychiatric Care in Primary Healthcare in Indonesia. In *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery* (Vol. 12, Issue 2, pp. 135–136). Shiraz University of Medical Sciences. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2024.101135.2401>
- Puspitasari, I. M., Sinuraya, R. K., Rahayu, C., Witriani, W., Zannah, U., Hafifah, A., Ningtyas, A. R., & Vildayanti, H. (2020). Medication profile and treatment cost estimation among outpatients with schizophrenia, bipolar disorder, depression, and anxiety disorders in indonesia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 815–828. <https://doi.org/10.2147/NDT.S240058>
- Puteh, I., Marthoenis, M., & Minas, H. (2011). Aceh Free Pasung: Releasing the mentally ill from physical restraint. *International Journal of Mental Health Systems*, 5. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-10>
- Putra, I. G. N. E., Karin, P. A. E. S., & Ariastuti, N. L. P. (2021). Suicidal ideation and suicide attempt among Indonesian adolescent students. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 33(5). <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0035>

- Putri, A., Hartono, R., & Nabila, S. (2024). Examining Health Disparities in Access to Mental Health Services in Urban and Rural Areas. *International Journal of Health and Social Behavior*, 1(1), 06–10. <https://doi.org/10.62951/IJHSB.V1i1.146>
- Putri, A. K., Gustriawanto, N., Rahapsari, S., Sholikhah, A. R., Prabaswara, S., Kusumawardhani, A. C., & Kristina, S. A. (2021). Exploring the perceived challenges and support needs of Indonesian mental health stakeholders: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00504-9>
- Ringland, K. E., Nicholas, J., Kornfield, R., Lattie B, E. G., Mohr, D. C., & Reddy, M. (2019). *Understanding Mental Ill-health as Psychosocial Disability: Implications for Assistive Technology*. 156–170. <https://doi.org/10.1145/3308561.3353785>
- Rizal, M. F., Johnston, D. W., Black, N., & Sweeney, R. (2024). Mental Healthcare Access and the Treatment Gap in Indonesia. *Papers*. [Mental Healthcare Access and the Treatment Gap in Indonesia](https://doi.org/10.1186/s13033-021-00504-9)
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Alonso, J., Muntaner, C., & Borrell, C. (2013). *Inequalities in the use of services provided by psychiatrists in Spain: A multilevel study*. *Psychiatric Services*, 64(9), 901–907. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100419>
- Russell, S. (1996). *Ability to pay for health care: concepts and evidence*. [Ability to pay for health care: concepts and evidence | Health Policy and Planning | Oxford Academic](https://doi.org/10.1186/s13033-021-00504-9)
- Sari, J. D. E., Rachmayanti, R. D., Herdianisah, N. A. R., Ramani, A., Indawati, R., Riswari, A. A., & Yulianti, A. E. (2023). Relevancy of the “Health Belief Model” on Behavior in Seeking Treatment among Families of Patients with Mental Disorders in the Work Area of the Public Health Center Taman Sidoarjo East Java. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 11, 100–107. <https://doi.org/10.20473/jpk.V11.11SP.2023.100-107>
- Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., & Ankomah, A. (2020). Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/S13643-020-1274-3/FIGURES/5>
- Shilbayeh, S. A. R., Al-Dosari, F., Al-Sahabi, W., Al-Saif, M., Al-Najjar, A., & Albogami, N. (2023). Correlation Between Efficacy of Treatment with Anti-psychotics and Adherence in Schizophrenic Patients: A Cross-sectional Study in Saudi Arabia. *Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research*, 57(3), 919–929. <https://doi.org/10.5530/ijper.57.3.111>
- SKALA. (2025). *Risalah Pengetahuan: Mengarusutamakan Inklusi Disabilitas dalam Perencanaan Pembangunan: Pembelajaran dari RAN PD 2021-2024 untuk Memperkuat Arah RAN PD 2025-2029*.
- Subu, M. A., Wati, D. F., Al-Yateem, N., Netrida, N., Priscilla, V., Maria Dias, J., Slewa-Younan, S., & Edwin Nurdin, A. (2023). ‘Family stigma’ among family members of people with mental illness in Indonesia: A grounded theory approach. *International Journal of Mental Health*, 52(2), 102–123. <https://doi.org/10.1080/00207411.2021.1891363>
- Subu, M. A., Wati, D. F., Netrida, N., Priscilla, V., Dias, J. M., Abraham, M. S., Slewa-Younan, S., & Al-Yateem, N. (2021). Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x>
- Surjaningrum, E. R., Riyanto, E. D., Yusof, J., & Mujahadah, H. (2024). Perinatal depression screening by health cadres in Indonesia: EPDS or Whooley? *Journal of Public*

- Mental Health*, 23(3), 264–276. <https://doi.org/10.1108/JPMH-03-2024-0035>
- Suryani, L. K., Lesmana, C. B. J., & Tiliopoulos, N. (2011). Treating the untreated: Applying a community-based, culturally sensitive psychiatric intervention to confined and physically restrained mentally ill individuals in Bali, Indonesia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(SUPPL. 2). <https://doi.org/10.1007/s00406-011-0238-y>
- Suryaputri, I. Y., Utami, N. H., & Mubasyiroh, R. (2019). Gambaran Upaya Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Komunitas di Kota Bogor. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 47, 13–22. <https://doi.org/10.22435/bpk.v47i1.456>
- Sutar, R., Pakhare, A., Lahiri, A., Sabde, Y., & Singh, V. (2024). Mapping the geographic inequalities in psychiatrist distribution across Madhya Pradesh, India: An exploratory study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 47(2), 154–159. <https://doi.org/10.1177/02537176241240022>
- Tang, C. T., Chua, E. C., Chew, Q. H., He, Y. L., Si, T. M., Chiu, H. F. K., Xiang, Y. T., Kato, T. A., Kanba, S., Shinfuku, N., Lee, M. S., Park, S. C., Park, Y. C., Chong, M. Y., Lin, S. K., Yang, S. Y., Tripathi, A., Avasthi, A., Grover, S., ... Sim, K. (2020). Patterns of long acting injectable antipsychotic use and associated clinical factors in schizophrenia among 15 Asian countries and region. *Asia-Pacific Psychiatry: Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 12(4). <https://doi.org/10.1111/APPY.12393>
- Tasijawa, F. A., Suryani, Sutini, T., & Maelissa, S. R. (2021). Recovery from “schizophrenia”: Perspectives of mental health nurses in the Eastern island of Indonesia. *Belitung Nursing Journal*, 7(4), 336–345. <https://doi.org/10.33546/bnj.1621>
- Thormar, S. B., Gersons, B. P. R., Juen, B., Djakababa, M. N., Karlsson, T., & Olff, M. (2013). Organizational factors and mental health in community volunteers. The role of exposure, preparation, training, tasks assigned, and support. *Anxiety, Stress and Coping*, 26(6), 624–642. <https://doi.org/10.1080/10615806.2012.743021>
- Tristiana, R. D., Yusuf, A., Fitryasari, R., Wahyuni, S. D., & Nihayati, H. E. (2018). Perceived barriers on mental health services by the family of patients with mental illness. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 63–67. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.12.003>
- Tyas, T. H., Good, M. J. D., Pratikno, B., Subandi, M. A., Marchira, C. R., & Good, B. J. (2024). Unlocking the mentally ill in Indonesia: An empirical study of the effectiveness of a “Bebas Pasung” program in Central Java. *PLoS ONE*, 19(10 October). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302190>
- Weiden, P. J., Schooler, N. R., Weedon, J. C., Elmouchtari, A., Sunakawa, A., & Goldfinger, S. M. (2009). A randomized controlled trial of long-acting injectable risperidone vs continuation on oral atypical antipsychotics for first-episode schizophrenia patients: initial adherence outcome. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(10), 1397–1406. <https://doi.org/10.4088/JCP.09M05284YEL>
- Winurini, S. (2025, February). *Pemeriksaan Kesehatan Mental Gratis Bagi Remaja*. Badan Keahlian DPR RI. [Pemeriksaan Kesehatan Mental \(IS Kom IX Feb 1 2025\)](https://www.pemeriksaankehatanmental.com)
- World Health Organization. (2022). *MENTAL HEALTH ATLAS 2020: Member State Profile [Indonesia]*. [Country Classification](https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-2020-member-state-profile-indonesia)
- World Health Organization. (2010). *Community-Based Rehabilitation: CBR Guidelines*. Khasnabis, C., Heinicke Motsch, K., Achu, K., et al. (Eds.). Geneva: World Health Organization. (Empowerment component). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310962/>
- World Health Organization. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. Geneva:

- World Health Organization; (2021). ISBN 978-924-003102-9. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. (2025). *Mental health*. [Mental health](#)
- World Health Organization (WHO). (2025, March 25). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Wulandari, R. D., Laksono, A. D., Nantabah, Z. K., Rohmah, N., & Zuardin, Z. (2022). Hospital utilization in Indonesia in 2018: do urban–rural disparities exist? *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12913-022-07896-5/TABLES/3>
- Yani, D. I., Wong, J. C. M., Pikkarainen, M., Chua, J. Y. X., Wong, H. C., Goh, Y. S. S., & Shorey, S. (2025). Factors Associated With Mental Health Literacy, Depression, and Anxiety Amongst Indonesian Adolescents. *Journal of Advanced Nursing*, 81(9), 5937–5962. <https://doi.org/10.1111/jan.16742>
- Yosmar, R., & Badriyya, E. (2023). Evaluation Of Nurses Mental Health During The Covid-19 Pandemic In Government Hospital In Padang City, Indonesia. In *Malaysian Journal of Public Health Medicine* (Vol. 2023, Issue

