



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**MODEL *ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT* SEBAGAI  
PELAYANAN KESEHATAN JIWA BERBASIS MASYARAKAT BAGI  
KLIEN GANGGUAN JIWA (STUDI KASUS DI RUMAH SAKIT DR. H.  
MARZOEKI MAHDI BOGOR)**

**TESIS**

**LILIN DARMIYANTI**

**0906501176**

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEJAHTERAAN SOSIAL**

**DEPOK**

**DESEMBER 2011**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**MODEL *ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT* SEBAGAI  
PELAYANAN KESEHATAN JIWA BERBASIS MASYARAKAT BAGI  
KLIEN GANGGUAN JIWA**

**(STUDI KASUS DI RUMAH SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI  
BOGOR)**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar**

**Magister Ilmu Kesejahteraan Sosial (M.Kesos)**

**LILIN DARMIYANTI**

**0906501176**


**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEJAHTERAAN SOSIAL**

**DEPOK**

**DESEMBER 2011**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Lilin Darmiyanti  
NPM : 0906501176  
Tandatangan :   
Tanggal : 28 Desember 2011

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Lilin Darmiyanti  
NPM : 0906501176  
Program Studi : Ilmu Kesejahteraan Sosial  
Program : Reguler  
Judul Tesis : *MODEL ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT*  
SEBAGAI PELAYANAN KESEHATAN JIWA  
BERBASIS MASYARAKAT BAGI KLIEN  
GANGGUAN JIWA (STUDI KASUS DI RUMAH  
SAKIT DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesejahteraan Sosial pada Program Magister Ilmu Kesejahteraan Sosial, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Farida Hayati Tobri, M.Kes

()  
()

Penguji : Dra. Wisni Bantarti, M.Kes

Penguji : Fentiny Nugroho, Ph.D

()  
()

Penguji : Dra. Fitriyah, M.Si

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 28 Desember 2011

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena atas karuniaNya penulis dapat menyelesaikan penulisan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat dalam rangka memperoleh gelar Magister Kesejahteraan Sosial pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia Program Pasca Sarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial Program Reguler.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih banyak kekurangannya, untuk itu saran, kritik dan masukan dari berbagai pihak sangat penulis harapkan guna perbaikan tesis ini, semoga tesis ini bermanfaat bagi kita semua.

Dalam menulis tesis ini penulis mendapat bantuan dari perbagai pihak, Untuk itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan banyak terimakasih dengan diiringi doa semoga amal baik mereka mendapat balasan dari Allah SWT. Ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada:

- 1) Ibu Farida Hayati Tobri, M. Kes yang dengan sabar dan tekun terus memotivasi dan membimbing penulisan tesis ini, terimakasih atas semua ilmunya.
- 2) Pembimbing Akademis Ibu Fitriyah, M. Si yang terus memotivasi penulisan tesis ini.
- 3) Ketua Program Ibu Fentiny Nugroho, MA, Ph. D beserta seluruh staf administrasi Program Pascasarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial FISIP UI khususnya mbak Valent atas dukungannya kepada penulis sehingga selesainya tesis ini.
- 4) Pimpinan Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor beserta Staf, Ketua Diklit Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Bapak Akemat, M. Kes dan Bapak Kunkun Ahmad Hidayat dari Perpustakaan STKS Bandung serta pihak-pihak lain yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu atas bantuan dan peminjaman literatur yang penulis perlukan sehingga dapat membantu kelancaran penulisan tesis ini.
- 5) Kepala Dinas Kesehatan Kota Bogor beserta staf atas segala dukungan dan bantuan datanya.
- 6) Para Dokter, Perawat dan Kader serta Keluarga Pasien di Puskesmas Sindang Barang Kecamatan Bogor Barat atas semua kerjasama dan sambutannya yang sangat ramah.

- 7) Teman dan sahabat di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang telah memberikan kritik, masukan dan dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.
- 8) Dan yang tercinta kedua orang tua, suami serta anak-anak yang telah memberikan bantuan dukungan moril dan material serta mendoakan untuk kelancaran serta keberhasilan penulis.
- 9) Rekan-rekan seperjuangan di Program Magister Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia atas kebersamaannya selama ini serta dalam memberikan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhirnya, penulis berharap Allah SWT Yang Maha Kuasa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini dapat bermanfaat dalam kerangka pengembangan Ilmu Kesejahteraan Sosial, khususnya untuk Pekerja Sosial Medis di masa yang akan datang.

Bogor, Desember 2011

Penulis

Lilin Darmiyanti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lilin Darmiyanti  
NPM : 0906501176  
Program Studi: Ilmu Kesejahteraan Sosial Program Reguler  
Departemen : Kesejahteraan Sosial  
Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Politik  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Model Assertive Community Treatment Sebagai Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat Bagi Klien Gangguan Jiwa (Studi Kasus Di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Pada Puskesmas Sindang Barang)

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 28 Desember 2011

Yang menyatakan,  
  
(Lilin Darmiyanti)

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lilin Darmiyanti

NPM : 0906501176

Program Studi: Ilmu Kesejahteraan Sosial Program Reguler

Departemen : Kesejahteraan Sosial

Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Model *Assertive Community Treatment* Sebagai Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat Bagi Klien Gangguan Jiwa (Studi Kasus Di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor)

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 28 Desember 2011

Yang menyatakan,

(Lilin Darmiyanti)



## ABSTRAK

Nama : Lilin Darmiyanti  
Program Studi : Ilmu Kesejahteraan Sosial Program Reguler  
Judul : Model *Assertive Community Treatment* Sebagai Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat Bagi Klien Gangguan Jiwa (Studi Kasus Di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor)

Penelitian ini membahas pelaksanaan model *Assertive Community Treatment*, faktor-faktor penghambat dan pendukung serta pelaksanaan di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor . Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dengan jenis studi kasus. Sedangkan data dan informasi diperoleh dari informan yang ditetapkan sesuai dengan kebutuhan penelitian. Metode pengumpulan data diperoleh melalui studi kepustakaan, wawancara mendalam, observasi, serta pengambilan foto. Berdasarkan dari hasil penelitian didapatkan kesimpulan bahwa pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor cukup berhasil, karena didukung oleh berbagai pihak yaitu Dinas Kesehatan, dokter, perawat, dan kader pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* di Masyarakat.

Kata kunci :

Pelaksanaan model *Assertive Community Treatment*, Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat.

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS .....	vi
ABSTRAK .....	vii
ABSTRACT .....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR ISTILAH .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
<b>1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang Masalah .....	1
1.2. Perumusan Masalah .....	8
1.3. Tujuan Penelitian .....	13
1.4. Manfaat Penelitian .....	13
1.4.1. Manfaat Akademik .....	13
1.4.2. Manfaat Praktis .....	14
1.5. Metodologi Penelitian .....	14
1.5.1. Pendekatan Penelitian .....	14
1.5.2. Jenis Penelitian .....	15
1.5.3. Lokasi dan Jangka Waktu Penelitian.....	16
1.5.4. Teknik Pemilihan Informan.....	17
1.5.5. Teknik Penentuan Informan.....	19
1.5.6. Teknik Pengumpulan Data.....	20
1.5.7. Teknik Analisa Data.....	21
1.5.8. Keterbatasan Penelitian.....	22
1.6. Sistematika Penulisan Tesis.....	23
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>25</b>
2.1. Kesehatan .....	25
2.2. Kesehatan Jiwa .....	25
2.3. Pelayanan Kesehatan .....	31
2.3.1. Standar Minimal Pelayanan Kesehatan .....	32
2.3.2. Puskesmas.....	32
2.3.3. Rumah Sakit .....	33
2.4. Pembiayaan Pasien atau Klien Gangguan Jiwa.....	37
2.5. Penanganan Psiko-Sosial .....	38
2.6. Pengertian Pekerja Sosial Medis.....	39
2.7. Relasi Keluarga - Pasien atau Klien Gangguan Jiwa.....	48

<b>3. GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN .....</b>	<b>56</b>
3.1. Gambaran Umum Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor .....	56
3.1.1. Sejarah Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor .....	56
3.1.2. Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat .....	65
3.1.3. Model <i>Assertive Community Treatment</i> .....	73
<b>4. TEMUAN LAPANGAN .....</b>	<b>84</b>
4.1. Pelaksanaan Model <i>Assertive Community Treatment</i> di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor .....	84
4.1.1 Pembentukan Tim <i>Assertive Community Treatment</i> Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor .....	84
4.1.2 Penyusunan Modul dan Pelatihan Model <i>Assertive Community Treatment</i> di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.....	87
4.1.2.1. Persiapan.....	87
4.1.2.2. Pelaksanaan Pelatihan.....	89
4.1.3 Pekerja Sosial Medis dalam Tim <i>Assertive Community Treatment</i> di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor .....	94
4.1.3.1 Tahap Pengungkapan dan Pemahaman Masalah Sosial Medis.....	94
4.1.3.2. Tahap Perencanaan dan Intervensi sosial medis.....	95
4.1.3.3. Tahap Evaluasi dan Pemulangan Pasien.....	95
4.2. Penatalaksanaan Model <i>Assertive Community Treatment</i> di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor .....	96
4.2.1. Alur Pasien.....	96
4.3. Faktor-faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Model ACT.....	96
4.3.1 Faktor-faktor Pendukung .....	97
4.3.2 Faktor-faktor Penghambat.....	100
<b>5. PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>104</b>
5.1. Pelaksanaan dan Penatalaksanaan Model <i>Assertive Community Treatment</i> .....	104
5.2. Faktor-faktor Pendukung dan Penghambat .....	108
<b>6. KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>114</b>
5.1. Kesimpulan .....	114
5.2. Saran.....	116
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>117</b>

## DAFTAR TABEL

- Tabel 1.1 Perbandingan Masalah Kesehatan Jiwa
- Tabel 1.2. Estimasi Masalah Kesehatan Jiwa Di Kota Bogor
- Tabel 1.3 Cakupan Pelayanan dan Kesenjangan Pelayanan Kesehatan Jiwa Kota Bogor
- Tabel 1.4 Data Pasien Gangguan Jiwa Di Wilayah Puskesmas Binaan Tim *Assertive Community Treatment*
- Tabel 1.5 Data Demografi Pasien Yang Memenuhi Kriteria Untuk Menjadi Klien *Assertive Community Treatment* Dan Mendapatkan Kunjungan Rutin oleh Tim *Assertive Community Treatment*
- Tabel 1.6 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Tabel 1.7 Jenis Informasi dan Informan Penelitian
- Tabel 2.1 Prinsip Dalam Ber-Relasi
- Tabel 2.2 Permasalahan yang Dapat Dilayani Pekerja Sosial Medis Secara Mikro Berdasarkan Hasil Kunjungan Rumah
- Tabel 3.1 Sejarah Direktur Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
- Tabel 3.2 Direktur Rumah Sakit Jiwa sejak Proklamasi Kemerdekaan s/d sekarang
- Tabel 4.1 Pelaksanaan Kegiatan Pelatihan *Assertive Community Treatment*
- Tabel 4.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Model *Assertive Community Treatment*

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Komponen Analisis Data: Model Interaktif

Gambar 2.1 Alur Pelayanan Pasien

Gambar 2.2 Proses Kegiatan Pekerja Sosial di Rumah Sakit

Gambar 2.3 Model Operasional Penelitian

Gambar 3.1 Logo Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Gambar 3.2 Struktur Organisasi Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat



## DAFTAR ISTILAH

- allo anamnesa* : kajian di luar pasien seperti pada keluarga dan lingkungan sosialnya
- auto anamnesa* : kajian langsung pada pasien
- Compliance* : ketaatan dalam minum obat
- Keswamas : Kesehatan Jiwa Masyarakat
- Komorbiditas* : keterkaitan diagnosa
- Relaps : kambuh
- Skizofrenia : salah satu jenis gangguan jiwa
- Waham/Hendaya: keyakinan yang menetap yang tidak sesuai dengan kenyataan
- ACT : *Assertive Community Treatment* (pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat)
- ADL : *activity daily living* (ketrampilan hidup sehari-hari)
- AIDS : *Aquired Imuno Deficiency Syndrome* (sindrom penurunan kekebalan tubuh)
- ALOS : *average length of stay* (rata-rata lamanya pasien dirawat di Rumah Sakit)
- BOK : Biaya Operasional Kesehatan
- CST : *Care Support Treatment* (tindakan penunjang perawatan)
- DIPA : Daftar Isian Proyek Anggaran
- DKK : Dinas Kesehatan Kota
- HIV : *Human Imuno Virus* (virus penyerang kekebalan tubuh)
- IGD : Instalasi Gawat Darurat
- INA DRG: sistem pembiayaan pasien di Rumah Sakit
- Klien : Pasien gangguan jiwa
- MDG's : *Millenium Development Goal's* (tujuan pembangunan jangka millennium)
- ODMK : Orang Dengan Masalh Kejiwaan
- PG : Pasien Psikotik Gelandangan
- PHCU : *Psychiatry High Care Unit* (unit perawatan psikiatri tingkat tinggi)
- PKM/Puskesmas: Pusat Kesehatan Masyarakat
- PKMRS : Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit (internal dan eksternal)
- PPK-BLU: Pola Pengelolaan Keuangan-Badan Layanan Umum
- PSM : Pekerja Sosial Medis
- RSJ : Rumah Sakit Jiwa
- RSKO : Rumah Sakit Ketergantungan Obat
- RSMM : Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
- SKTM : Surat Keterangan Tidak Mampu
- TP-KJM : Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat.
- UPTD : Unit Pelaksana Teknis Daerah
- VCT : *Voluntary Counseling Testing* (konseling tes sukarela)
- WHO : *World Health Organization* (Organisasi Kesehatan Dunia)

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Permohonan Ijin Penelitian dari Program Pascasarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia ke Puskesmas Sindang Barang dan Dinas Kesehatan Kota Bogor.
- Lampiran 2. Modul *Assertive Community Treatment* Bagi Pekerja Sosial Medis 2009.
- Lampiran 3. Matriks Transkrip Wawancara Informan Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, Dinas Kesehatan Kota Bogor, Puskesmas, Kader dan Keluarga pasien.



## **BAB 1 PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Kesehatan adalah suatu keadaan yang dibutuhkan manusia untuk berfungsi sosial dengan baik, demikian juga dengan hak-hak asasi manusia. Dalam Undang-undang dasar 1945 Pasal 28 A Setiap orang berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya. Pasal 28 H ayat 1 Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan .

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Atas dasar definisi Kesehatan tersebut di atas, maka manusia selalu dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh (holistik). dari unsur "badan" (organobiologik), "jiwa" (psiko-edukatif) dan "sosial" (sosio-kultural), yang tidak dititik beratkan pada "penyakit" tetapi pada kualitas hidup yang terdiri dari "kesejahteraan" dan "produktivitas sosial ekonomi". Dari definisi tersebut juga tersirat bahwa "Kesehatan Jiwa" merupakan bagian yang tidak terpisahkan (integral) dari "Kesehatan" dan unsur utama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh.

Dalam Undang-undang tentang Kesejahteraan Sosial Nomor 11 tahun 2009 menyatakan bahwa yang dimaksud dengan kesejahteraan sosial adalah kondisi terpenuhinya kebutuhan material, spiritual, dan warga negara agar dapat hidup layak dan mampu mengembangkan diri, sehingga dapat melaksanakan fungsi sosialnya.

Apabila salah satu kebutuhannya tidak terpenuhi maka akan mengakibatkan tidak dapat melaksanakan fungsi sosialnya dengan baik, orang yang terganggu kesehatannya tidak dapat menjalankan hidup produktif sehingga kebutuhan sosial dan ekonominya tidak terpenuhi dengan baik.

Rumah Sakit selaku institusi pemberi pelayanan kesehatan sebagaimana dalam Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit didefinisikan sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.



Pada bagian pemberi pelayanan Pasal 52 ayat 1 Pelayanan Kesehatan terdiri atas: a. Pelayanan kesehatan perorangan; dan b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Pasal 53 ayat 1 Pelayanan Kesehatan perorangan ditujukan untuk penyembuhan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Ayat 2 Pelayanan Kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat.

Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 133/Menkes/SK/IV/1978 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Pusat (RSJ) menyatakan semua RSJP/RSJ memiliki Unit/Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat (Keswamas). Dikenal dengan Tri Upaya Bina Jiwa yaitu pelayanan kesehatan dengan upaya *Promotif-Preventif, Kuratif* dan *Rehabilitatif*.

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 12 Pelayanan Kesehatan *Promotif* adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Pasal 13 Pelayanan Kesehatan *Preventif* adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit. Pasal 14 Pelayanan Kesehatan *Kuratif* adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. Pasal 15 Pelayanan Kesehatan *Rehabilitatif* adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

Orang dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia sering mengalami episode kekambuhan, yang seringkali memerlukan perawatan di rumah sakit. Setelah pasien menjalani perawatan di rumah sakit dan mendapatkan pengobatan yang diperlukan, sampai mencapai perbaikan dan pasien kemudian dikembalikan kepada keluarga dan masyarakat dimana pasien berasal. Akan tetapi, seringkali pasien tidak bertahan lama di rumah, dan tidak lama setelah meninggalkan rumah sakit, pasien mengalami kekambuhan kembali dan memerlukan perawatan di rumah sakit, walaupun pada saat dirawat di rumah sakit, pasien telah mendapatkan pelatihan tentang bagaimana pasien bisa menjalani kehidupan di lingkungannya, pasien sering mengalami kesulitan dalam

mengaplikasikan ketrampilan *activity daily living* (ADL) tersebut. Berbagai kemungkinan dipikirkan menjadi penyebab seringnya kekambuhan pada pasien skizofrenia. Kurangnya dukungan keluarga dan masyarakat sekitar, kurangnya kepatuhan minum obat, akses untuk mendapatkan layanan pengobatan rawat jalan yang sulit didapatkan, dipikirkan menjadi kemungkinan penyebab seringnya kekambuhan. (Sands, 1991, h. 263-265).

Seringnya pasien dirawat di rumah sakit akan meningkatkan beban pembiayaan bagi pasien tersebut. Padahal, sebagian besar pasien yang datang ke Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah “pasien kurang mampu” yang menggunakan fasilitas pelayanan Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat). Adanya perubahan aturan dari Jamkesmas yang menyatakan bahwa biaya perawatan untuk pasien dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia hanya ditanggung sampai 180 hari perawatan merupakan masalah yang harus dipertimbangkan. (*Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas*, 2009).

Menurut aturan yang ditetapkan dalam INA DRG, pasien skizofrenia yang menggunakan fasilitas pembiayaan dari Jamkesmas hanya mendapatkan penggantian biaya perawatan secara penuh selama 3 x ALOS (*average length of stay*), yaitu selama 24 hari perawatan. Setelah waktu tersebut, biaya yang ditanggung oleh jamkesmas dihitung perkapita, yang nilai kapitanya terus menurun (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1161/Menkes/SK/X/2007, tentang Penetapan Tarif Rumah Sakit Berdasarkan Indonesia Diagnosis Related Groups/INA DRG).

Dengan adanya keterbatasan pembiayaan tersebut bagi pasien skizofrenia yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi, maka perlu dipikirkan suatu metode pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan bermanfaat bagi pasien, keluarga dengan tidak meningkatkan beban pembiayaan pasien di rumah sakit. Tetapi dengan cara mengaktifkan peran serta keluarga dan masyarakat.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas sebagai Unit Pelayanan Teknis Daerah/UPTD kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Definisi Puskesmas menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 1991, Puskesmas adalah organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat dan

memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama, merupakan ujung tombak dalam memberikan pelayanan di masyarakat, termasuk pelayanan kesehatan jiwa. Puskesmas dan Rumah Sakit Jiwa berbagi sebagai tanggungjawab dalam memberikan pelayanan kepada pasien untuk meningkatkan layanan kesehatan jiwa kepada pasien, dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup orang dengan skizofrenia. Puskesmas juga mempunyai kemampuan untuk melakukan penjangkauan secara lebih optimal kepada pasien yang membutuhkan. Karena sehat merupakan keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Oleh karena itu penanganannya tidak hanya oleh Rumah Sakit tapi penting juga ketrampilan hidup (*life skill*) oleh masyarakat.

Pada Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009, Kesehatan Jiwa di Bab IX terdiri dari 8 pasal, 20 ayat, Pasal 144 s/d pasal 151 Pemerintah dan Pemerintah Daerah berkewajiban untuk mengembangkan upaya kesehatan jiwa berbasis masyarakat. Pemerintah, Pemerintah daerah dan masyarakat menjamin upaya kesehatan jiwa secara promotif-preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Pengertian kesehatan jiwa (*Sejarah Upaya Kesehatan Jiwa*, 2006, h. 2)

- Tidak sekedar bebas dari gangguan jiwa.
- Perasaan sehat dan bahagia.
- Mampu mengatasi tantangan hidup.
- Dapat menerima orang lain sebagaimana adanya.
- Mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain.
- Menyadari sepenuhnya kemampuan dirinya.
- Mampu menghadapi stres kehidupan dengan wajar.
- Mampu bekerja produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya.
- Dapat berperan serta dalam lingkungan hidupnya.
- Menerima baik apa adanya keadaan dirinya dan orang lain.
- Merasa nyaman bersama orang lain.

Berarti setiap orang diharapkan mampu menjalankan *life skill*-nya. Suatu pendekatan pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif untuk pasien yang sedang

berada di lingkungannya perlu dilakukan untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan layanan yang dibutuhkan setelah meninggalkan rumah sakit. Pelayanan tersebut adalah layanan kesehatan jiwa di lingkungan tempat tinggal pasien. Petugas yang memberikan layanan tersebut terdiri dari suatu tim multidisiplin yang bekerja bersama-sama memberikan dukungan, terapi, dan layanan rehabilitasi yang dibutuhkan oleh pasien untuk melanjutkan kehidupannya di masyarakat.

Jenis layanan yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan dan masalah yang dihadapi pasien. Dengan layanan ini, diharapkan pasien dapat tinggal dengan lebih baik di lingkungan tempat tinggalnya dan mengurangi episode relaps (kekambuhan) dan kebutuhan perawatan di rumah sakit dapat dihindari.

Untuk mengatasi kekambuhan pasien skizofrenia dilakukan pendekatan model *Assertive community treatment* yaitu suatu program pelayanan kesehatan dengan pendekatan tim multidisiplin dengan memberikan pelayanan yang komprehensif dan fleksibel, dukungan dan pelayanan rehabilitasi untuk individu dengan gangguan jiwa berat, dimana pelayanan diberikan di lingkungan *natural* (tempat tinggal) pasien, bukan dalam *setting* (pelayanan) Rumah Sakit (Sands, 1991, h. 263-264).

Model *Assertive community treatment* merupakan model yang diterapkan pertama kali di Indonesia yaitu di Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Model ini dilaksanakan pada awal tahun 2010. Petugas yang memberikan layanan tersebut terdiri dari suatu tim multidisiplin (psikiater, dokter, psikolog, perawat, pekerja sosial) yang bekerja bersama-sama memberikan dukungan, terapi, dan layanan rehabilitasi yang dibutuhkan oleh pasien untuk melanjutkan kehidupannya di masyarakat.

Hal ini mendorong peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terhadap pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat dengan model *Assertive Community Treatment*. Adapun hasil yang akan diperoleh nantinya digunakan sebagai bahan untuk menentukan kebijakan dalam pelayanan kesehatan khususnya jiwa.

Adapun Model institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat. Pertama kali berkembang pada awal tahun 70-an tetapi model ini masih sangat relevan dengan permasalahan yang dihadapi oleh Rumah Sakit Jiwa, setelah terjadinya deinstitutionalisasi, dimana sejumlah besar pasien dipulangkan dari RSJ, setelah kembali ke masyarakat timbul berbagai masalah di masyarakat. Awalnya

disebut Madison Model, yaitu suatu strategi untuk mencegah perawatan kembali pasien skizofrenia. Saat itu suatu kelompok profesional kesehatan jiwa di *Mendota Mental Health Institute* di Wisconsin - Arnold Marx, M.D., Leonard Stein, M.D. dan Mary Ann Test, Ph.D - menemukan bahwa banyak pasien dengan gangguan jiwa berat yang telah menjalani perawatan di rumah sakit dan pulang ke rumahnya dalam keadaan stabil hanya mampu bertahan dalam waktu singkat dalam lingkungan kehidupannya dan dalam waktu singkat menjalani perawatan kembali di rumah sakit. Kelompok tersebut kemudian merencanakan suatu program yang dapat membantu pasien bertahan di lingkungan tempat tinggalnya dan menjalani kehidupan yang berkualitas (U.S. Department Of Health and Human Services, MD 20857 DHHS Publication No. SMA-08-4344 Printed 2008).

Kelompok ini menemukan bahwa setelah pasien menjalani perawatan di rumah sakit, mereka kehilangan kontak yang intensif dengan rumah sakit. Mereka juga menemukan bahwa walaupun pasien mendapatkan ketrampilan selama dirawat di rumah sakit, setelah mereka kembali tinggal di lingkungan tempat tinggalnya, mereka seringkali tidak mampu untuk menerapkan ketrampilan tersebut dalam kehidupan sebenarnya. Penyesuaian dengan lingkungan tersebut sering mengalami kegagalan karena orang dengan gangguan jiwa berat rentan terhadap stres yang berhubungan dengan perubahan (U.S. Department Of Health and Human Services, MD 20857 DHHS Publication No. SMA-08-4344 Printed 2008).

Kelompok ini juga menemukan bahwa, sistem pelayanan kesehatan (untuk pasien dengan gangguan jiwa berat), seringkali kompleks dan layanan sering dilakukan secara terpisah-pisah, sehingga pasien seringkali mengalami kesulitan dalam mendapatkan pelayanan dan dukungan yang diperlukan untuk mencegah kekambuhan. Beberapa program sering tersedia dalam waktu yang terbatas (hanya pada saat pasien dirawat di rumah sakit), dan pada saat pasien keluar dari rumah sakit, program tersebut tidak lagi dapat diikuti. Kadang-kadang pasien menolak layanan tersebut, atau mereka tidak mampu untuk mengikuti program tersebut karena gejala-gejala yang masih dirasakan. Kadang-kadang pasien ingin mengikuti suatu program yang diadakan oleh rumah sakit, tetapi tidak ada anggota keluarga yang membantu pasien untuk mendapatkan layanan tersebut (U.S. Department Of Health and Human Services, MD 20857 DHHS Publication No. SMA-08-4344 Printed 2008).

Kelompok tersebut kemudian membuat rencana untuk “memindahkan” staf rumah sakit ke masyarakat dan memberikan layanan kepada pasien di lingkungan tempat tinggalnya. Layanan tersebut kemudian direncanakan diberikan oleh suatu tim multidisiplin, yang memberikan dukungan, terapi dan rehabilitasi yang diperlukan oleh pasien supaya bisa bertahan tinggal di lingkungan tempat tinggalnya. Jenis-jenis layanan yang diberikan dan berapa lama layanan ini diberikan disesuaikan dengan kebutuhan dari masing-masing pasien. Masing-masing anggota tim menggunakan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki untuk membantu masing-masing pasien sesuai dengan masalah yang dihadapi dan penatalaksanaan yang diberikan efektif. Anggota tim bertemu secara teratur untuk mendiskusikan masalah yang dihadapi. Bila pasien yang dihadapi membutuhkan bantuan yang lebih, anggota tim akan bertemu lebih sering. Bila pasien telah mengalami perbaikan, interaksi anggota tim dengan pasien bisa diturunkan, tetapi tim tidak memutuskan kontak dengan pasien, dan kontak akan bisa ditingkatkan kembali apabila dibutuhkan.

Model *Assertive Community Treatment* diindikasikan untuk individu dengan gangguan jiwa berat yang menyebabkan hendaya (tidak berdaya) dan disabilitas pada fungsinya (seperti fungsi pekerjaan, perawatan diri, hubungan sosial dan interpersonal). Peserta *Assertive Community Treatment* biasanya orang dengan skizofrenia dan gangguan psikotik lain (*skizoafektif*) dan gangguan *bipolar*, yang menunjukkan *disabilitas* yang bermakna dan tidak membaik dengan model perawatan rawat jalan tradisional, yang menunjukkan kesulitan dalam melakukan kunjungan rawat jalan, dan yang belum memahami tentang bagaimana harus mencari pertolongan. (Sand, 1991, h. 263-265)

Berbagai kemungkinan dipikirkan menjadi penyebab seringnya kekambuhan pada pasien skizofrenia. Kurangnya dukungan keluarga dan masyarakat sekitar, kurangnya kepatuhan minum obat, akses untuk mendapatkan layanan pengobatan rawat jalan yang sulit didapatkan, dipikirkan menjadi kemungkinan penyebab seringnya kekambuhan (Sand, 1991, h. 263-265).

Dalam penelitian ini digunakan suatu pendekatan pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif untuk pasien yang sedang berada di lingkungannya perlu dilakukan untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan layanan yang dibutuhkan setelah meninggalkan rumah sakit, sehingga pasien dapat memanfaatkan sistem sumber yang berada di

lingkungannya seperti pelayanan kesehatan tingkat primer yaitu di Puskesmas yang melibatkan peran dokter, perawat dan kader yang ada di masyarakat.

Berdasarkan Uraian di atas maka judul penelitian ini adalah bertujuan untuk melihat bagaimana “Model *Assertive Community Treatment* Sebagai Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat Bagi Klien Gangguan Jiwa (Studi Kasus Di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor).

## 1.2 Perumusan Masalah

Sebagaimana latar belakang di atas, bahwa kondisi masalah kesehatan jiwa akan terlihat penting bila dilihat dari dampak yang ditimbulkannya, antara lain terdapatnya angka yang cukup besar dari penderita gangguan kejiwaan yang diikuti dengan beban ekonomi yang luas. Berbicara masalah kesehatan jiwa, dari data yang ada masih cukup memperhatikan. Secara global dalam pelayanan kesehatan jiwa yang mengalami gangguan jiwa adalah:

- 30% dari populasi global memiliki masalah kesehatan jiwa.
- 1-3% dari populasi merupakan gangguan jiwa serius.
- Lebih dari 800.000 angka kejadian bunuh diri per tahun terutama di negara-negara dengan pendapatan perkapita rendah-menengah.
- 65%-90% dari penderita tidak memperoleh pengobatan.
- Lebih dari seperempat jumlah negara di dunia tidak memiliki akses pelayanan psikiatrik dasar di tingkat primer.
- Tingginya angka risiko kematian pada penderita gangguan jiwa (rata-rata 1.7-2.6). (Dharmono, 2011, h. 3).

Besarnya masalah tersebut menunjukkan bahwa masalah kesehatan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang cukup besar dibandingkan dengan masalah kesehatan lainnya yang ada di masyarakat, ini juga bisa dilihat dari hasil Studi Bank Dunia tahun 1995 di beberapa Negara menunjukkan bahwa hari produktif yang hilang atau *Dissability Adjusted Life Years (DALY's)* sebesar 8,1% dari *Global Burden of Disease* yang disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa. Angka ini lebih tinggi dari dampak yang disebabkan oleh penyakit TBC (7,2%), Kanker (5,8%), Penyakit Jantung (4,4%) maupun malaria (2,6%). (*Pedoman Umum Pelaksanaan Kegiatan Kesehatan Jiwa*, 2005, h. 3)

Sedangkan Masalah Kesehatan Jiwa Nasional (Hasil Riset Kesehatan Dasar 2007) dibandingkan dengan masalah kesehatan jiwa di Kota Bogor adalah:

**Universitas Indonesia**

- Gangguan Jiwa Berat : 0.46 %
- Gangguan mental emosional : 11.6 %

**Tabel 1.1 Perbandingan Masalah Kesehatan Jiwa**

Masalah	Nasional (Hasil Riskerdas 2007)	Kota Bogor
Sehat Jiwa ( <i>mentally healthy</i> )	88.94 %	79.78 %
Mental emosional ( <i>mental emotional problem</i> )	11.60 %	20.00 %
Gangguan jiwa ( <i>severe mental disorder</i> )	0.46 %	0.22 %

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Bogor 2010

**Tabel 1.2 Estimasi Masalah Kesehatan Jiwa Di Kota Bogor**

No	Variabel	Jumlah
1	Penduduk	981.403
2	Penduduk dewasa (70% x jumlah penduduk)	686.982
3	Penduduk penderita Gangguan jiwa berat (0.22% x penduduk dewasa)	1.511
4	Penduduk penderita Gangguan mental emosional (20% x jumlah penduduk)	196.280
5	Sehat jiwa (79.78% x jumlah penduduk)	782.963

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Bogor 2010

Dari hasil perbandingan kasus masalah kesehatan jiwa di Kota Bogor lebih tinggi dari hasil survei di tingkat nasional, sehingga akan berdampak serius jika tidak ditangani dengan baik. Sehingga kemungkinan besar ia akan kehilangan kesempatan untuk mendapatkan sesuatu yang mempunyai nilai lebih untuk dirinya maupun keluarganya.

**Tabel 1.3 Cakupan Pelayanan dan Kesenjangan Pelayanan Kesehatan Jiwa Kota Bogor**

No	Variabel	Jumlah
1	Penduduk	981.403
2	Penduduk dewasa (70% x jumlah penduduk)	686.982
3	Penduduk penderita Gangguan jiwa berat (0.22% x jumlah penduduk dewasa)	1.511
4	Jumlah Total pasien yang dapat dilayani (puskesmas+RSMM+dll)	700
5	Coverage/cakupan pelayanan (700 x 1511 /100%)	46,33%
6	Treatment gap / yang belum terlayani (811 x 1511 /100%)	53,67%

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Bogor 2010

Ada kesenjangan (*treatment gap*) sebanyak 53,67% dari cakupan pelayanan kesehatan jiwa di Kota Bogor dari jumlah estimasi penderita gangguan jiwa berat



1.511 orang sedangkan yang sudah mendapat pelayanan kesehatan hanya 700 orang. Pelayanan kesehatan jiwa secara konvensional berbasis Rumah Sakit atau Puskesmas sehingga penderita gangguan jiwa harus mendatangi sarana yang menyediakan pelayanan kesehatan jiwa. Hal ini menimbulkan kesenjangan karena tidak semua penderita gangguan jiwa dapat mendatangi sarana pelayanan kesehatan jiwa karena beberapa alasan seperti ketidaktahuan, malu dan sering penderita gangguan jiwa dibawa berobat ke cara-cara yang tidak rasional; misalnya ke orang pintar (paranormal atau dukun), berdasarkan data yang diperoleh di Rumah Sakit bahwa pasien yang dirawat hampir dipastikan sudah berobat ke alternatif. Untuk itu perlu model pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat melalui model *Assertive Community Treatment*.

Hasil observasi pada saat praktikum di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor sejak diterapkannya model *Assertive Community Treatment* di beberapa wilayah kota Bogor tahun 2010 ada temuan yang cukup signifikan misalnya data klien gangguan jiwa, penjangkauan pelayanan dan kasus klien dengan gangguan jiwa berat sebagaimana terlihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 1.4 Data Pasien Gangguan Jiwa Di Wilayah Kerja Puskesmas Binaan Tim *Assertive Community Treatment***

No	Uraian	Bogor Timur	Sindang Barang	Pondok Rumput	Gang Kelor
1.	Jumlah pasien yang sudah terdata	15	220	32	82
2.	Data demografi :				
	- Usia :				
	< 20 tahun	-	37	3	12
	21-30 tahun	10	61	5	21
	31-40 tahun	3	82	6	-
	> 40 tahun	2	40	18	19
	- jenis kelamin :				
	Laki-laki	12	143	23	58
	Perempuan	3	77	9	24
3.	Diagnosis :				
	- Skizofrenia	14	150	22	8
	- Epilepsi	1	22	4	-
	- Retardasi mental	-	33	1	-
	- Gangguan depresi	-	9	-	4
	- Neurosis	-	-	4	-
	- Gangguan autisme	-	3	1	3
	- Lain-lain	-	3	-	-

Sumber: Data Lapangan Tim *Assertive Community Treatment* Puskesmas Binaan, 2010

**Tabel 1.5 Data Demografi Pasien Gangguan Jiwa Yang Memenuhi Kriteria Untuk Menjadi Klien Model *Assertive Community Treatment* Dan Mendapatkan Kunjungan Rutin oleh Tim *Assertive Community Treatment***

No	Uraian	Bogor Timur	Sindang Barang	Pondok Rumput	Gang Kelor
1.	Jumlah pasien yang menjadi klien ACT	9	16	2	7
2.	Data demografi :				
	- Usia :				
	< 20 tahun	-	-	-	1
	21-30 tahun	3	5	1	4
	31-40 tahun	4	6	-	1
	> 40 tahun	2	4	1	1
	- jenis kelamin :				
	Laki-laki	7	13	2	7
	Perempuan	2	3	-	2
Jumlah					34

Sumber: Data Lapangan Tim *Assertive Community Treatment* Puskesmas Binaan, 2010

Dari data di atas berdasarkan temuan kasus di lapangan di wilayah binaan *Assertive Community Treatment* dalam pelayanan kesehatan jiwa lebih banyak ditemukan pada kelompok usia produktif dan berjenis kelamin laki-laki. Sedangkan permasalahan utama yang dihadapi klien gangguan jiwa dengan pelayanan *model Assertive Community Treatment* (baik yang dihadapi klien itu sendiri dan keluarganya) adalah:

- a. Ketidakpatuhan minum obat : 15 orang (44,12%)
- b. Gejala-gejala yang menetap : 3 orang (8,82%)
- c. Pasien dalam keadaan akut dan memerlukan rawat inap : 7 orang (20,59%)
- d. Pasien dengan perawatan berulang di Rumah Sakit : 3 orang (8,82%)
- e. Pasien dengan komorbiditas penyakit fisik : 1 orang (2,94%)
- f. Pasien dengan masalah pekerjaan : 1 orang (2,94%)
- g. Masalah biaya pengobatan : 4 orang (11,76%)

Hasil lainnya dari observasi yang dilakukan adalah tentang masalah-masalah yang sering dihadapi orang dengan skizofrenia, dari temuan Tim *Assertive Community Treatment* tahun 2010 di lapangan, adalah:

1. Kurangnya dukungan keluarga

Keluarga merupakan aspek terpenting bagi setiap manusia, begitu juga orang dengan skizofrenia dimana faktor keluarga sangat berpengaruh dalam proses perawatan dan penyembuhan pasien. Banyak pasien sesudah menjalani masa perawatan di rumah sakit, kembali menghadapi masalah setelah pulang ke

keluarga. Hal ini terjadi dikarenakan kurangnya dukungan dari keluarga terdekat, dan bisa terjadi dikarenakan:

- Kurangnya pengetahuan keluarga tentang cara perawatan pasien setelah pasien pulang ke rumah.
- Kesibukan dari keluarga dalam bekerja, sehingga kondisi pasien terabaikan.
- Bisa saja keluarga tidak peduli akan kondisi pasien.

## 2. Kurangnya dukungan dari masyarakat

Masyarakat atau tetangga merupakan lingkungan terdekat kedua setelah keluarga yang dapat membantu pasien dalam menjalani kehidupannya, akan tetapi anggapan masyarakat terhadap pasien sangatlah buruk hal itu dikarenakan:

- Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang penyakit jiwa.
- Adanya kekhawatiran dari masyarakat bahwa mantan pasien jiwa akan kambuh lagi dan berbuat keonaran.

## 3. Kurangnya kesempatan bagi pasien dalam kehidupan sosial dan pekerjaan

Kesempatan kerja bagi mantan pasien gangguan jiwa sangat sulit, dikarenakan:

- Adanya kekhawatiran gejala kekambuhan setelah memasuki wilayah kerja.
- Kurangnya kesempatan dan kepercayaan dari masyarakat dan instansi kerja.

## 4. Masalah ekonomi

Berbagai fakta menunjukkan bahwa kemiskinan telah menjadi faktor yang sangat penting dalam melahirkan lingkungan yang sangat tidak sehat, tingkat kemampuan ekonomi masyarakat juga sangat berpengaruh terhadap masyarakat dalam menjangkau dan memanfaatkan berbagai sumber pelayanan kesehatan.

Oleh karena itu pada penelitian ini akan berusaha untuk mempelajari suatu pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat yang melibatkan Rumah sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, Dinas Kesehatan Kota Bogor, dokter dan perawat yang ada di Puskesmas serta kader yang ada di masyarakat. Dari data di atas peneliti memilih salah satu dari 4 (empat) Puskesmas binaan yaitu Puskesmas Sindang Barang untuk melihat pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment*, karena di Puskesmas Sindang Barang penemuan kasus pasien dengan gangguan jiwa jumlahnya banyak.

Berdasarkan uraian diatas, maka dirumusan permasalahan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana pelaksanaan *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang meliputi pembentukan tim, pembuatan modul dan pelatihan?
2. Bagaimana penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment* (alur pasien mulai dari Puskesmas dirujuk ke Rumah Sakit sampai kembali ke keluarga) dalam pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor?
3. Faktor-faktor apa yang menjadi penghambat dan pendukung dalam pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Berdasarkan perumusan masalah di atas, maka tujuan penelitian ini adalah:

1. Mendeskripsikan pelaksanaan *model Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang meliputi pembentukan tim, pembuatan modul dan pelatihan.
2. Mendeskripsikan penatalaksanaan *model Assertive Community Treatment* (alur mulai dari Puskesmas ke Rumah Sakit dan kembali ke keluarga) di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor sebagai pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat bagi klien gangguan jiwa.
3. Mendeskripsikan faktor-faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan dan penatalaksanaan *model Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr.H. Marzoeki Mahdi Bogor sebagai pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat bagi klien gangguan jiwa.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Praktis**

Manfaat praktis yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah menjadi bahan masukan dan informasi bagi Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dan Dinas Kesehatan Kota Bogor dalam pelaksanaan *model Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor sebagai pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat bagi klien gangguan jiwa.

### 1.4.2 Manfaat Akademik

Manfaat akademik yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah:

1. Menjadi bahan informasi, referensi dan kajian bagi para pemerhati, akademisi, dan pihak-pihak lain yang berkepentingan untuk memahami model *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor serta faktor-faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment* sebagai pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat bagi klien gangguan jiwa.
2. Memberikan sumbangan pemikiran dan memperkaya khazanah bagi pengembangan ilmu-ilmu sosial, khususnya dalam bidang pelayanan kesehatan jiwa masyarakat.

## 1.5 Metodologi Penelitian

### 1.5.1 Pendekatan Penelitian

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif. Penelitian ini dilakukan untuk mendeskripsikan pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment* serta mengetahui faktor-faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment*. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus (*case study*).

Metode penelitian kualitatif sering disebut metode penelitian naturalistik karena penelitiannya dilakukan pada kondisi yang alamiah (*natural setting*); disebut juga sebagai metode *ethnography*, karena pada awalnya metode ini lebih banyak digunakan untuk penelitian bidang antropologi budaya, disebut sebagai metode kualitatif, karena data yang terkumpul dan analisisnya lebih bersifat kualitatif. (Sugiyono, 2008, h. 8).

Penelitian ini dilakukan pada kondisi, lokasi dan waktu yang alamiah pada suatu kelompok masyarakat tertentu yang menjadi target pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* sebagai pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat bagi klien gangguan jiwa di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Pelaksanaan model *Assertive Community Treatment*, sebagian besar datanya berbentuk kata-kata/narasi yang disusun dalam teks yang diperluas.

### 1.5.2 Jenis Penelitian

Pendekatan studi kasus dalam penelitian ini memfokuskan kajiannya untuk mendeskripsikan pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment*, mengetahui faktor pendukung dan faktor penghambat pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor.

Penelitian studi kasus adalah studi yang mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam, dan menyertakan berbagai sumber informasi. Penelitian ini dibatasi oleh waktu dan tempat, dan kasus yang dipelajari berupa program, peristiwa, aktivitas, atau individu. Penelitian studi kasus dimaksudkan untuk mempelajari secara intensif tentang latar belakang masalah keadaan dan posisi suatu peristiwa yang sedang berlangsung saat ini, serta interaksi lingkungan unit sosial tertentu yang bersifat apa adanya (*given*). Subjek penelitian dapat berupa individu, kelompok, institusi atau masyarakat. Penelitian *case study* merupakan studi mendalam mengenai unit sosial tertentu dan hasil penelitian tersebut memberikan gambaran luas serta mendalam mengenai unit sosial tertentu. Subjek yang diteliti relatif terbatas, namun variabel-variabel dan fokus yang diteliti sangat luas dimensinya. (Neuman, 2006, h. 40-41)

Penelitian studi kasus kurang kedalamannya bilamana hanya dipusatkan pada fase tertentu saja atau salah satu aspek tertentu sebelum memperoleh gambaran umum tentang kasus tersebut. Sebaliknya studi kasus akan kehilangan artinya kalau hanya ditujukan sekedar untuk memperoleh gambaran umum namun tanpa menemukan sesuatu atau beberapa aspek khusus yang perlu dipelajari secara intensif dan mendalam. Disamping itu, studi kasus yang baik harus dilakukan secara langsung dalam kehidupan sebenarnya dari kasus yang diselidiki. Walaupun demikian, data studi kasus dapat diperoleh tidak saja dari kasus yang diteliti, tetapi juga dapat diperoleh dari semua pihak yang mengetahui dan mengenal kasus tersebut dengan baik. Dengan kata lain, data dalam studi kasus dapat diperoleh dari berbagai sumber namun terbatas dalam kasus yang akan diteliti tersebut. (Neuman, 2006, h. 40-41).

Pendekatan studi kasus ini dipilih dengan maksud agar dapat memberikan gambaran terperinci tentang pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive*

*Community Treatment*, mengetahui faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment*.

### **1.5.3 Lokasi dan Jangka Waktu Penelitian**

Adanya pemilihan lokasi penelitian diambil berdasarkan pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, dan mengambil salah satu Puskesmas binaan yang banyak ditemukan kasus pasien gangguan jiwa dimana Tim *Assertive Community Treatment* Rumah sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor melaksanakan model *Assertive Community Treatment* dan di wilayah binaan sudah diberikan pelatihan model *Assertive Community Treatment*. Menurut data dari Dinas Kesehatan Kota Bogor bahwa jumlah kasus gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Sindang Barang yang ditemukan relatif lebih tinggi dibandingkan Puskesmas lainnya. Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi, merupakan satu-satunya rumah sakit di bawah koordinasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang menerapkan model *Assertive Community Treatment* untuk penanganan pasien/klien gangguan jiwa. Pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* di Bogor diterapkan pada 4 (empat) Puskesmas binaan yaitu Puskesmas Gang Kelor, Pondok Rumput, Sindang Barang dan Bogor Timur, fokus lokasi penelitian di Rumah sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Secara formal berdasarkan Surat Permohonan Ijin Penelitian dari Program Pascasarjana Ilmu Kesejahteraan Ilmu Kesejahteraan Sosial Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia jangka waktu penelitian pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, penelitian ini dilakukan sejak tanggal 27 bulan Juni tahun 2011 sampai dengan tanggal 27 bulan Agustus tahun 2011 (kurang lebih selama 2 bulan). (*Lampiran 1.1*) Dengan berpedoman pada waktu yang tersedia maka rencana kegiatannya sebagai berikut:

Tabel 1.6 Jadwal Kegiatan Penelitian

No	Kegiatan	Waktu (Bulan)					
		Des 2010	Jan- April 2011	Mei 2011	Juni- Agust 2011	Sept- Nop 2011	Des 2011
1	Penyerahan judul/Topik penelitian dan Topik <i>Reading course</i>						
2	Masa bimbingan <i>Reading course</i>						
3	Seminar Proposal Tesis						
4	Penelitian Tesis						
5	Penulisan Tesis						
6	Masa Sidang Tesis						

#### 1.5.4 Tehnik Pemilihan Informan

Dalam penelitian kualitatif tidak ada pengertian populasi, informan adalah orang yang diwawancarai dan diminta informasi-informasi yang menyangkut dengan penelitian yang dilakukan. Moleong (2007, h. 31) mendefinisikan informan adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi-informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Sedangkan Bungin dalam Moleong (2007, h. 53) mendefinisikan informan adalah orang yang diperkirakan menguasai dan memahami data, informasi, ataupun fakta dari suatu objek.

Istilah informan menunjukkan isyarat bahwa betapa tingginya harapan peneliti terhadap partisipasi manusia/sumber informasi di lokasi/tempat penelitian, sebab kata informan mengandung konotasi bahwa mereka itu orang sumber (nara sumber), tempat bertanya yang jauh lebih tahu/menguasai, dan karenanya dia disebut semacam guru bagi peneliti di lapangan (Faisal, 1990, h. 54).

Dalam penelitian kualitatif tentang model *Assertive Community Treatment* sangat diharapkan adanya informan yang mampu memberikan gambaran tentang pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment*, mengetahui faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment* dan upaya memanfaatkan atau mengatasinya terhadap klien gangguan jiwa di Rumah Sakit dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor.



Peneliti sendiri sebagai instrumen (*human instrument*). Hal ini seperti yang dikemukakan oleh Faisal (1990) bahwa dalam penelitian kualitatif peneliti merupakan instrumen utamanya. Peneliti memainkan peranan sebagai instrumen kreatif. Selain itu untuk menunjang keberfungsian peneliti sebagai instrumen utama penelitian maka peneliti ini juga akan ditunjang dengan menggunakan pedoman wawancara, pedoman observasi/pengamatan, alat perekam dan kamera sesuai keperluannya. (Faisal, 1990, h. 78)

Peneliti sebagai instrumen utama dikenal dengan metode "*Participant-Observer*" di samping memiliki kelebihan-kelebihan, juga mengandung beberapa kelemahan. Kelebihannya antara lain; pertama, peneliti dapat langsung melihat, merasakan, dan mengalami apa yang terjadi pada subjek yang ditelitinya. Dengan demikian, peneliti akan lambat laun "memahami" makna-makna apa saja yang tersembunyi di balik realita yang kasat mata. Ini adalah salah satu tujuan yang hendak dicapai melalui penelitian kualitatif. Kedua, peneliti akan mampu menentukan kapan penyimpulan data telah mencukupi, data telah jenuh, dan penelitian dihentikan. Dalam penelitian kualitatif, pengumpulan data tidak dibatasi oleh instrumen (misalnya pedoman wawancara) yang sengaja membatasi penelitian pada variabel-variabel tertentu saja. Ketiga, peneliti dapat langsung melakukan pengumpulan data, menganalisisnya, melakukan refleksi secara terus menerus, dan secara gradual "membangun" pemahaman yang tuntas tentang sesuatu hal. Ingat, dalam penelitian kualitatif, peneliti memang "mengkonstruksi" realitas yang tersembunyi di dalam masyarakat. (Sugiyono, 2008, h. 227)

Sementara beberapa kelemahan peneliti sebagai instrumen adalah; pertama, sungguh tidak mudah menjaga obyektivitas dan netralitas peneliti sebagai peneliti. Keterlibatan subjek memang bagus dalam penelitian kualitatif, tetapi jika tidak hati-hati, peneliti akan secara tidak sadar mencampuradukkan antara data lapangan hasil observasi dengan pikiran-pikirannya sendiri. Kedua, pengumpulan data dengan cara menggunakan peneliti sebagai instrumen utama ini sangat dipengaruhi oleh kemampuan peneliti dalam menulis, menganalisis, dan melaporkan hasil penelitian. Peneliti juga harus memiliki sensitifitas/kepekaan dan wawasan (*insight*) untuk menangkap simbol-simbol dan makna-makna yang tersembunyi. Ketiga, peneliti harus memiliki cukup kesabaran untuk mengikuti dan mencatat perubahan-perubahan yang terjadi pada subjek yang ditelitinya. Dalam penelitian kuantitatif, penelitian dianggap selesai jika kesimpulan telah diambil

dan hipotesis telah diketahui statusnya, diterima atau ditolak. Tetapi peneliti kualitatif harus siap dengan hasil penelitian yang bersifat plural (beragam), sering tidak terduga sebelumnya, dan sulit ditentukan kapan selesainya. Perkiraan waktu tentu bisa dibuat, tetapi ketepatan jadwal (waktu) dalam penelitian kualitatif tidak mungkin dicapai seperti dalam penelitian kuantitatif.

### 1.5.5 Teknik Penentuan Informan

Teknik penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *non probability sampling* dengan cara *purposive sampling*. Teknik *non probability sampling* menurut Neuman, (2006) adalah teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang/kesempatan yang sama bagi setiap unsur/anggota populasi untuk dipilih sebagai sampel.

Khusus sampel *purposive*, Alston & Bowles (2003) mengatakan bahwa teknik *sampling* ini akan menuntun kita untuk memilih sampel sesuai dengan tujuan penelitian. (Alston & Bowles, 2003, h. 89) Kita sebelumnya memiliki pengetahuan untuk mengidentifikasi kelompok mana yang penting untuk penelitian atau kita memilih subyek-subyek yang kita anggap lebih tepat. Sedangkan Sugiyono (2008) menegaskan bahwa teknik *purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu, misalnya karena paling mengetahui akan segala sesuatu yang berkaitan dengan tujuan penelitian sehingga memudahkan peneliti memahami situasi sosial yang diteliti. (Sugiyono, 2008, h. 218)

Pemilihan informan diperlukan untuk memperoleh informasi yang didasarkan pada sumber-sumber yang relevan yang dapat memberikan informasi yang dibutuhkan. Kriteria yang pemilihan informan adalah yang pertama yang memahami gambaran umum program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr.h.Marzoeki Mahdi Bogor, dan tim yang terlibat dalam program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment*. Ada rencana dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia di masa yang akan datang untuk menerapkan model *Assertive Community Treatment* secara nasional sebagai salah satu model dalam pelayanan kesehatan jiwa.

Berdasarkan penentuan informan sebagaimana tersebut di atas maka besarnya informan dalam penelitian ini tidak dapat ditentukan sebelumnya, penentuan jumlah unit

sampel akan berlangsung selama proses penelitian berlangsung dan dianggap memadai menurut Nasution dalam Sugiyono (2008) apabila telah sampai pada taraf 'redudancy' (datanya telah jenuh, artinya penambahan sampel lagi tidak akan memberikan data/informasi baru). (Sugiyono, 2008, h. 245) Walaupun besarnya informan dalam proposal penelitian kualitatif ini belum dapat ditentukan tetapi kriteria *sampel* sumber data yang bersifat sementara dapat dikemukakan sebagai berikut:

**Tabel 1.7 Jenis Informasi dan Informan penelitian**

No	Informasi yang ingin diperoleh	Informan	Peran	Jumlah Informan
1	Latar Belakang dan pelaksanaan model ACT di RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	Psikiater di RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	Pemrakarsa model ACT di RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	1 psikiater
2	Pembentukan Tim ACT di RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	Direktur medik	Penentu kebijakan di RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	1 dokter
3	Penyusunan modul ACT dan pelatihan di RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	Tim ACT RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	Menyusun modul ACT dan Fasilitator pelatihan ACT di RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	1 dokter , 1 perawat, 1 peksos, 1 psikolog, 1 psikiater
4	Penatalaksanaan dan pelaksanaan model ACT di RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dan faktor pendukung-penghambatnya	Tim ACT RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dan kader	Melaksanakan ACT di RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor	Tim ACT RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Sumber: diskusi dengan pembimbing lapangan, Februari 2011

### 1.5.6 Teknik Pengumpulan Data

Untuk mendapatkan data-data dan informasi yang dibutuhkan dalam menjawab permasalahan penelitian ini, pengumpulan data dilakukan dengan beberapa cara yang mencakup data primer dan data sekunder antara lain: wawancara, observasi dan studi kepustakaan.

Studi kepustakaan dan dokumentasi untuk mendapatkan data sekunder. Data sekunder adalah pendukung dan memperkuat data primer. Menurut Alston & Bowles (2003) menyatakan bahwa studi kepustakaan membantu peneliti untuk memperoleh pengetahuan yang sudah ada yang sebelumnya mengenai permasalahan yang diteliti, untuk mengetahui bagaimana penelitian yang dilakukan, berbeda dari penelitian yang sudah ada sebelumnya dan menambah pengetahuan peneliti terkait dengan penelitian yang dilakukan, serta memungkinkan untuk mengkonseptualisasikan kerangka

pemikirannya. (Alston & Bowles, 2003, h. 186-199) Studi literatur meliputi tulisan-tulisan, berita dan hasil-hasil penelitian yang berhubungan dengan penelitian ini. Sedangkan dokumentasi sebagai data sekunder, juga diperlukan untuk mendukung dan memperkuat data primer.

Wawancara mendalam dalam penelitian ini digunakan tehnik wawancara mendalam secara semi terstruktur yang dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara yang satu persatu diperdalam untuk memperoleh informasi terhadap informan, sehingga akan diperoleh jawaban tentang pelaksanaan model *Assertive Community Treatment*, mengetahui faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* dan upaya memanfaatkan/mengatasinya serta mengetahui penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment* terhadap klien gangguan jiwa di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Pengamatan dalam pengumpulan data atau informasi dalam penelitian ini menggunakan pengamatan terlibat atau observasi partisipatif (*participant observation*). Artinya peneliti melibatkan diri secara langsung dengan melakukan pengamatan terhadap kegiatan-kegiatan tentang pelaksanaan model *Assertive Community Treatment*, mengetahui faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* dan upaya memanfaatkan/mengatasinya serta mengetahui penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment* terhadap klien gangguan jiwa di di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. (Alston & Bowles, 2003, h 186-199)

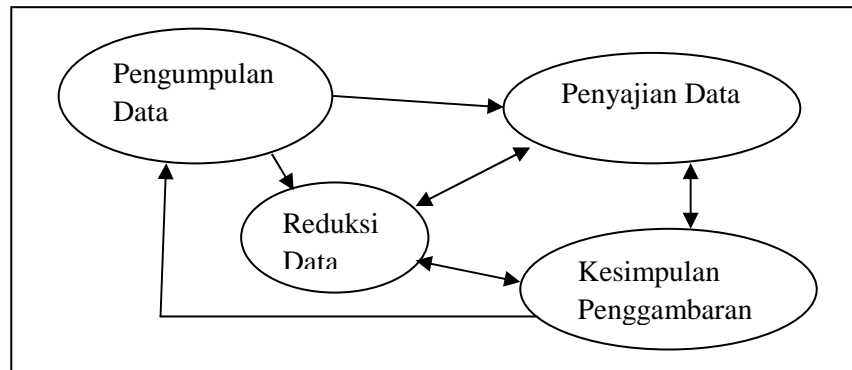
### **1.5.7 Teknik Analisis Data**

Konsep analisis data menurut Patton (1987) dalam Moleong (2007) adalah proses mengatur urutan data, mengorganisasikannya ke dalam suatu pola, katagori, dan satuan uraian dasar. (Moleong, 2007, h. 280)

Proses analisis data menurut Moleong (2007) dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber, yaitu dari wawancara, pengamatan yang sudah dituliskan dalam catatan lapangan, dokumen pribadi, dokumen resmi, gambar, foto, dan sebagainya. (Moleong, 2007, h. 283).

Sehubungan dengan pandangan diatas, dapat disintesis analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data-data dari berbagai

sumber (wawancara, catatan lapangan, dokumen) kedalam suatu pola, katagori, dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data.



**Gambar 1.1 Komponen Analisis Data: Model Interaktif**

Sumber: Denzin & Lincoln (2009, halaman yang dikutip dari Miles & Huberman, 1992)

Seperti proses pada gambar diatas, maka analisis data dalam penelitian ini dapat dikategorikan dalam tiga sub proses yang saling katekaitan yaitu: reduksi data, penyajian data dan pengambilan kesimpulan dan verifikasi. (Miles & Huberman, 1992, h. 15)

#### 1. Reduksi Data (*data reduction*)

Reduksi data berarti bahwa kesemestaan potensi yang dimiliki oleh data disederhanakan dalam sebuah mekanisme antisipatoris. Hal ini dilakukan ketika peneliti menentukan kerangka kerja konseptual (*conceptual framework*), pertanyaan penelitian, kasus, dan instrumen penelitian yang digunakan. Jika hasil catatan lapangan, wawancara, rekaman, dan data lain tersedia, tahap seleksi data berikutnya adalah perangkuman data (*data summary*), pengodean (*coding*), merumuskan tema-tema, pengelompokan (*clustering*), dan penyajian cerita secara tertulis.

#### 2. Penyajian Data (*data display*)

Mendefinisikan penyajian data sebagai konstruk informasi/sekumpulan informasi padat terstruktur/tersusun yang memungkinkan pengambilan keputusan dan penerapan aksi/tindakan. Penyajian data merupakan bagian kedua dari tahap analisis. Seorang peneliti perlu mengkaji proses reduksi data sebagai dasar pemaknaan.

### 3. Pengambilan Kesimpulan dan Verifikasi

Tahap ini melibatkan peneliti dalam proses interpretasi; penetapan makna dari data yang tersaji, cara yang digunakan akan semakin banyak ; metode komparasi, merumuskan pola dan tema, pengelompokan (*clustering*), dan penggunaan metafora tentang metode konfirmasi seperti triangulasi, untuk mengecek kebenaran, mengurangi bias dan kesalahan data perlu menggunakan “teknik triangulasi” atau pemeriksaan silang *check & recheck* antara satu sumber data dengan sumber data lainnya. (Miles & Huberman, 1992, h. 15)

#### 1.5.8. Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini terdapat kendala dan keterbatasan yang berpengaruh pada hasil penelitian. Kendala pertama dari aspek informan hampir seluruh informan sudah mengenal peneliti, di satu sisi kondisi ini menguntungkan peneliti karena hubungan saling percaya sudah terbina, sehingga lebih mudah untuk menggali informasi dari informan. Namun di sisi lain pada saat wawancara informan seringkali menempatkan peneliti sebagai *Tim Assertive Community Treatment*, hal ini di atasi peneliti dengan menjelaskan kembali bahwa wawancara ini dilakukan khusus untuk mendeskripsikan bagaimana pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment*. Kendala kedua dari aspek peneliti, karena Model *Assertive Community Treatment* merupakan hal baru sehingga Peneliti mengalami kesulitan dalam menemukan referensi artikel dalam maupun luar negeri. Namun untuk mengatasi kesulitan tersebut peneliti dapat menggunakan beberapa data sekunder berupa dokumen dari Kementrian Kesehatan, Rumah Sakit, Dinas Kesehatan Kota, mencari di internet maupun dokumen dari *Tim Assertive Community Treatment* Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

### 1.6 Sistematika Penulisan Tesis

Dalam penulisan tesis ini disajikan dalam 6 (enam) bab yang terdiri dari: bab 1, Pendahuluan. Pada bagian ini dibahas hal-hal mendasar yang berkaitan dengan penulisan tesis yang mencakup latar belakang, pokok permasalahan, tujuan penelitian dan manfaat penelitian baik secara akademis maupun praktis. Disamping itu juga

dicantumkan metode penelitian yang terdiri atas pendekatan penelitian, jenis penelitian, lokasi dan jadwal penelitian, serta teknik pengumpulan dan analisis data.

Selanjutnya bab 2, Tinjauan Pustaka. Berisi uraian tentang pengertian dan konsep Kesehatan jiwa, penanganan kesehatan oleh Puskesmas dan Rumah Sakit, pembiayaan pasien atau klien gangguan jiwa, relasi keluarga dengan pasien, penanganan psiko-sosial dan konsep model *Assertive Community Treatment* serta model operasional penelitian.

Bab 3, memaparkan gambaran umum Lokasi Penelitian. Dalam bagian ini akan dipaparkan profil Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat dan Program pelayanan kesehatan Jiwa dengan model *Assertive Community Treatment*.

Bab 4, Hasil temuan penelitian. Dalam Bab ini disajikan hasil penelitian tentang pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment* sebagai Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat bagi Klien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Serta faktor-faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment* sebagai pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat bagi Klien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Di bagian ini dipaparkan data dan informasi dari lapangan yang bertujuan untuk menjawab permasalahan-permasalahan penelitian yang telah dirumuskan.

Bab 5, Pembahasan. Yaitu analisis tentang pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment*, mengetahui faktor-faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan dan penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment* terhadap klien gangguan jiwa di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor . Dalam hal ini, analisis yang dilakukan dihubungkan dengan teori-teori dan skema alur pikir penelitian yang digunakan.

Bab 6, Penutup. Berisi kesimpulan dan saran. Berisi kesimpulan pelaksanaan *pilot project* model *Assertive Community Treatment* pada tahun 2010 di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Disamping itu juga disampaikan beberapa saran dan sumbangan pemikiran sebagai perbaikan untuk langkah selanjutnya.

## **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

### **1.1. Kesehatan**

Berdasarkan Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 pada Bagian Ketentuan Umum Definisi Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan mencakup 4 (empat) unsur penting yaitu fisik, mental, spiritual dan sosial yang saling terkait satu sama lain. Bila salah satu unsur kesehatan terganggu maka seseorang menjadi tidak sehat (secara fisik, mental, spiritual atau pun sosial) sehingga tidak mampu hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Setiap orang pernah merasakan perasaan senang, seperti cinta, gembira, puas, ceria, aman, percaya diri bangga, dan lain-lain. Ketika mengalami rasa senang maka seseorang merasa nyaman. Sedangkan ketika mengalami perasaaan susah seperti sedih, takut, kesepian, cemas, kecewa, iri, benci dan berduka, dan lain-lain maka seseorang merasa tidak nyaman, namun orang harus dapat mengatasi perasaan tidak nyaman tersebut agar tetap dapat produktif secara sosial dan ekonomis. (*Buku Pedoman Kesehatan Jiwa*, 2003; 12).

Kriteria Sehat adalah bahwa manusia merupakan satu kesatuan utuh dari unsur badan (organo-biologik), jiwa (psiko-edukatif), sosial (sosio-kultural), yang tidak dititik beratkan pada penyakit tetapi pada kualitas hidup yang terdiri dari kesejahteraan dan produktifitas sosial ekonomi (Undang-undang Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992). Sedangkan sehat diartikan sebagai suatu keadaan dimana seseorang mampu berfungsi secara maksimal dalam memainkan semua peran dan melakukan hubungan antar manusia. (Johnston, 1988; 19)

### **1.2. Kesehatan Jiwa**

Kesehatan Jiwa adalah Perasaan Sehat dan Bahagia serta mampu menghadapi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. (*Pedoman Kesehatan Jiwa*, 2003, h. 5)

Menurut *Buku Pedoman Kesehatan Jiwa* (2003) Kesehatan jiwa meliputi:

- Bagaimana perasaan anda terhadap diri sendiri.
- Bagaimana perasaan anda terhadap orang lain.



- Bagaimana kemampuan anda mengatasi persoalan hidup anda sehari – hari. (*Pedoman Kesehatan Jiwa*, 2003, h. 6)

Menurut Undang-undang Nomor 3 Tahun 1966 tentang Kesehatan Jiwa yang dimaksud dengan "Kesehatan Jiwa" adalah keadaan jiwa yang sehat menurut ilmu kedokteran sebagai unsur kesehatan, yang dalam penjelasannya disebutkan sebagai berikut: "Kesehatan Jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain". Makna kesehatan jiwa mempunyai sifat-sifat yang harmonis (serasi) dan memperhatikan semua segi-segi dalam kehidupan manusia dan dalam hubungannya dengan manusia lain.

Jadi dapat disimpulkan bahwa kesehatan jiwa adalah bagian integral dari kesehatan dan merupakan kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, mental dan sosial individu secara optimal, dan yang selaras dengan perkembangan orang lain.

Seseorang yang "sehat jiwa" mempunyai ciri-ciri sebagai berikut: (*Buku Pedoman Kesehatan Jiwa*, 2003, h. 5-8)

1. Merasa senang terhadap dirinya serta
  - o Mampu menghadapi situasi.
  - o Mampu mengatasi kekecewaan dalam hidup.
  - o Puas dengan kehidupannya sehari-hari.
  - o Mempunyai harga diri yang wajar.
  - o Menilai dirinya secara realistis, tidak berlebihan dan tidak pula merendahkan.
2. Merasa nyaman berhubungan dengan orang lain serta
  - o Mampu mencintai orang lain.
  - o Mempunyai hubungan pribadi yang tetap.
  - o Dapat menghargai pendapat orang lain yang berbeda.
  - o Merasa bagian dari suatu kelompok.
  - o Tidak "mengakali" orang lain dan juga tidak membiarkan orang lain "mengakali" dirinya.
3. Mampu memenuhi tuntutan hidup
  - o Menetapkan tujuan hidup yang realistis.
  - o Mampu mengambil keputusan.
  - o Mampu menerima tanggungjawab.

- o Mampu merancang masa depan.
- o Dapat menerima ide dan pengalaman baru.
- o Puas dengan pekerjaannya.

Untuk mencapai jiwa yang sehat diperlukan usaha dan waktu untuk mengembangkan dan membinanya. Jiwa yang sehat dikembangkan sejak masa bayi hingga dewasa, dalam berbagai tahapan perkembangan. Pengaruh lingkungan terutama keluarga sangat penting dalam membina jiwa yang sehat. Salah satu cara untuk mencapai jiwa yang sehat adalah dengan penilaian diri yaitu bagaimana seseorang melihat dirinya yang berkaitan erat dengan cara berpikir, cara berperan, dan cara bertindak. (*Sehat Jiwa Kunci Hidup Berkualitas*, 2006).

Penilaian diri seseorang positif apabila seseorang cenderung:

- o Menemukan kepuasan dalam hidup
- o Membina hubungan yang erat dan sehat
- o Menetapkan tujuan dan mencapainya
- o Menghadapi maju mundurnya kehidupan
- o Mempunyai keyakinan untuk menyelesaikan masalah

Penilaian diri seseorang negatif apabila seseorang cenderung:

- o Merasa hidup ini sulit dikendalikan
- o Merasa stres
- o Menghindari tantangan hidup
- o Memikirkan kegagalan

Beberapa upaya untuk membangun penilaian diri:

1. Seseorang harus jujur terhadap diri sendiri.
2. Berupaya mengenali diri sendiri dan belajar menerima semua kekurangan dan kelebihanannya.
3. Bersedia memperbaiki diri sendiri untuk mengatasi kekurangannya.
4. Menetapkan tujuan dan berusaha mencapainya dengan tidak membandingkan diri sendiri dengan orang lain.
5. Selalu berusaha untuk mencapai yang terbaik sesuai dengan kemampuan, tetapi tidak boleh terlalu memaksakan diri sendiri.

Apabila seseorang mengalami perubahan maka akan terjadi reaksi baik secara jasmani maupun kejiwaan yang disebut dengan stres. Sebagai contoh misalnya para

karyawan atau manajer merasakan stres apabila ada pekerjaan yang menumpuk atau jika ada kesulitan dalam hubungan kerja. (*Gangguan-gangguan jiwa yang banyak terjadi di Masyarakat*, 2008, h. 10)

Stres dapat terjadi pada setiap orang dan pada setiap waktu, karena stress merupakan bagian dari kehidupan manusia yang tidak dapat dihindarkan. Pada umumnya orang menyadari adanya stres, namun ada juga yang tidak menyadari bahwa dirinya mengalami stres. Reaksi seseorang terhadap stres dapat bersifat positif maupun dapat bersifat negatif. Reaksi yang bersifat negatif atau merugikan, jika terjadi keluhan atau gangguan pada orang tersebut. Reaksi bersifat positif, jika menimbulkan dampak yang menjadi pendorong agar orang berusaha. Stres yang bersifat negatif/merugikan dapat terjadi apabila stres terlalu berat atau berlangsung cukup lama.

Faktor yang menyebabkan stres disebut sebagai stresor. Ada beberapa macam penyebab stres: (*Buku Pedoman Kesehatan Jiwa*, 2003, h. 13-24)

- Stresor fisik/jasmani, antara lain: Suhu dingin/panas, suara bising, rasa sakit, kelelahan fisik, polusi udara, tempat tinggal tak memadai dan sebagainya.
- Stresor psikologik, antara lain: Rasa takut, kesepian, patah hati, marah, jengkel, cemburu, iri hati
- Stresor sosial-budaya, antara lain: Hubungan sosial, kesulitan pekerjaan, menganggur, pensiun, PHK, perpisahan, perceraian, keterasingan, konflik rumah tangga.
- Stres dapat berpengaruh terhadap keadaan jasmani dan kejiwaan seseorang:
- Reaksi yang bersifat jasmani dapat berupa: Jantung berdebar-debar, otot tegang, sakit kepala, sakit perut/diare, lelah, gangguan makan, eksim.
- Reaksi yang bersifat kejiwaan dapat berupa: Sukar konsentrasi, sukar tidur, cenderung menyalahkan orang lain, cemas, menarik diri, menyerang, mudah tersinggung.
- Pada tahap yang berat stres dapat menimbulkan: Penyakit fisik (misalnya tekanan darah tinggi, asma berat, serangan jantung dan sebagainya).

Stres tidak dapat dicegah akan tetapi dapat dikendalikan, berikut ini terdapat 12 langkah pengendalian stres:

1. Merencanakan masa depan dengan lebih baik: Belajar hidup tertib dan teratur dan menggunakan waktu sebaik-baiknya.

2. Menghindari membuat beberapa perubahan besar dalam saat yang bersamaan misalnya pindah rumah, pindah pekerjaan dan sebagainya. Memberi waktu untuk menyesuaikan diri terhadap setiap perubahan yang baru sebelum melangkah lebih lanjut.
3. Menerima diri sendiri sebagaimana adanya.
4. Menerima lingkungan sebagaimana adanya.
5. Berbuat sesuai kemampuan dan minat.
6. Membuat keputusan yang bijaksana.
7. Berpikir positif.
8. Membicarakan persoalan yang dihadapi dengan orang lain yang dapat dipercaya.
9. Memelihara kesehatan diri sendiri.
10. Membina persahabatan dengan orang lain.
11. Meluangkan waktu untuk diri sendiri: Jika merasa tegang dan letih perlu istirahat atau rekreasi.
12. Melakukan relaksasi: Melakukan relaksasi selama 10-15 menit setiap hari untuk mengendorkan ketegangan otot yang diakibatkan oleh stres.

Gangguan jiwa (*mental disorder*) menurut Marjono (1992) merupakan salah satu dari 4 (empat) masalah kesehatan utama di Negara-negara maju, modern dan industri. Keempat masalah kesehatan utama tersebut adalah penyakit degeneratif, kanker, gangguan jiwa dan kecelakaan (Hawari, 2009). Menurut Setyonegoro (1980) meskipun gangguan jiwa tersebut tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan tersebut dalam arti ketidakmampuan serta invaliditas baik secara individu maupun kelompok akan menghambat pembangunan, karena mereka tidak produktif dan tidak efisien (Hawari, 2009, h. ix).

Banyak orang terpujau dengan modernisasi dan industrialisasi, mereka menyangka bahwa dengan kedua hal itu akan serta merta membawa pada kesejahteraan. Notosusanto (1982) menyatakan, mereka lupa bahwa dibalik modernisasi dan industrialisasi yang serba gemerlap memukau itu ada gejala yang dinamakan *the agony of modernization*, yaitu azab sengsara karena modernisasi/industrialisasi yang berdampak pada dehumanisasi salah satunya adalah gangguan jiwa (Hawari, 2009, h. xi).

Gangguan jiwa (*mental disorder*) adalah gangguan pikiran, perasaan ataupun tingkah laku sehingga menimbulkan penderitaan dan terganggunya fungsi sehari-hari (pekerjaan/ekonomi dan sosial) dari orang tersebut.

Gangguan pikiran meliputi: (*Buku Pedoman Kesehatan Jiwa*, 2003, h. 34-36)

- pikiran yang berulang-ulang.
- pikiran tentang sakit dan penyakit yang berlebihan.
- pikiran tentang ketakutan yang irasional.
- keyakinan yang tidak sesuai dengan realitas/kenyataan (curiga, merasa dikejar-kejar, merasa ada yang akan membunuh, dan sebagainya).
- gangguan persepsi; mendengar suara-suara bisikan, melihat bayangan yang tidak ada obyeknya.

Gangguan perasaan antara lain:

- cemas berlebihan dan tidak masuk akal.
- sedih yang berlarut-larut.
- gembira yang berlebihan.
- marah tanpa alasan.

Gangguan tingkah laku, seperti:

- gaduh gelisah, mudah mengamuk.
- perilaku yang sering diulang-ulang.
- perilaku yang kacau (tanpa busana, menarik diri).
- gangguan perkembangan pada anak seperti sulit belajar, berbahasa, tidak bisa diam, tidak dapat bergaul dengan baik, dan lain-lain.

Penderitaan atau keluhan seperti:

- gangguan tidur; sulit tidur atau terlalu banyak tidur.
- gangguan makan; tidak ada nafsu makan atau makan berlebihan.
- sulit berkonsentrasi.
- pusing, tegang, sakit kepala, berdebar-debar, berkeringat dingin.
- sakit ulu hati, diare, mual, muntah.
- berkurangnya semangat kerja.

Gangguan fungsi pekerjaan/ekonomi dan fungsi sosial, seperti:

- sering melakukan kesalahan pada pekerjaan.

- sering membolos sekolah, prestasi sangat menurun.
- pekerjaan tidak selesai-selesai, hasil kerja tidak sempurna (sesuai target).
- sering ditegur atasan, sering bnetrok dengan teman kerja.
- tidak suka bertemu dengan orang lain, menarik diri dari pergaulan.

Kriteria sehat jiwa adalah menyadari sepenuhnya kemampuan dirinya, mampu menghadapi stress kehidupan yang wajar, mampu bekerja secara produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya, dapat berperan serta dalam lingkungan hidupnya, menerima baik dengan apa yang ada pada dirinya, serta merasa nyaman bersama dengan orang lain.

Untuk mengatasi berbagai jenis gangguan kejiwaan (*mental disorder*) maka perlu pelayanan kesehatan jiwa yang terintegrasi seperti di Puskesmas, psikiater, dokter spesialis ataupun di Rumah Sakit Khusus seperti Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

### 1.3. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan adalah segala upaya di bidang kesehatan yang diberikan kepada perorangan, keluarga dan masyarakat dalam rangka peningkatan kesehatan (*Promotif*), Pencegahan Penyakit (*Preventif*), Penyembuhan Penyakit (*Kuratif*) dan Pemulihan Kesehatan (*Rehabilitatif*), yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009 Bagian I Ketentuan Umum poin 11 s/d 16 dijabarkan:

- Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintregasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.
- Pelayanan kesehatan *promotif* adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
- Pelayanan kesehatan *preventif* adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.

- Pelayanan kesehatan *kuratif* adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- Pelayanan kesehatan *rehabilitatif* adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.
- Pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

### **1.3.1. Standar Minimal Pelayanan Kesehatan**

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Standar Minimal Pelayanan Kesehatan di Kabupaten/Kota bagian pelayanan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum yang dimaksud dengan pelayanan gangguan jiwa adalah: pemberian pengobatan kepada setiap pasien yang terdeteksi menderita gangguan jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan pada wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu tertentu. Gangguan jiwa meliputi gangguan organik dan fungsional. Fasilitas pelayanan kesehatan yang dimaksud adalah Puskesmas dan Rumah Sakit.

### **1.3.2. Puskesmas**

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas adalah Unit Pelayanan Teknis Daerah/UPTD kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Definisi Puskesmas menurut Departemen Kesehatan RI 1991, Puskesmas adalah organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina

peran serta masyarakat dan memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama, merupakan ujung tombak dalam memberikan pelayanan di masyarakat, termasuk pelayanan kesehatan jiwa. Puskesmas dan Rumah Sakit Jiwa berbagi tanggungjawab dalam memberikan pelayanan kepada pasien untuk meningkatkan layanan kesehatan jiwa kepada pasien, dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup orang dengan skizofrenia. Puskesmas juga mempunyai kemampuan untuk melakukan penjangkauan secara lebih optimal kepada pasien yang membutuhkan. Sehat adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

#### Puskesmas Perawatan

Adalah Puskesmas yang dilengkapi dengan fasilitas perawatan berfungsi sebagai rujukan antara dan dapat melaksanakan tindakan pra rujukan (bila diperlukan), sebelum dirujuk ke institusi rujukan.

Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringanya sekurang-kurangnya mencakup pelayanan Promosi Kesehatan, Kesehatan Ibu Anak dan Keluarga Berencana, Kesehatan Lingkungan, Perbaikan Gizi, Pemberantasan Penyakit, dan Pengobatan Dasar, sedangkan upaya pelayanan kesehatan lainnya disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan Puskesmas.

### **1.3.3. Rumah Sakit**

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan



teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang harus diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan dalam Rumah Sakit.

Pada Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit dinyatakan bahwa pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Rumah Sakit mempunyai fungsi:

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan paripurna tingkat kedua adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik.

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan paripurna tingkat ketiga adalah upaya kesehatan perorangan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik.

Setiap Rumah Sakit Tipe A, B dan C mempunyai kewajiban:

- a. memberikan informasi yang benar tentang pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat.

- b. memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.
- c. memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
- d. berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
- e. menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin; Yang dimaksud dengan "pasien tidak mampu atau miskin" adalah pasien yang memenuhi persyaratan yang diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- f. melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan.
- g. membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sebagai acuan dalam melayani pasien.
- h. menyelenggarakan rekam medis; Yang dimaksud dengan penyelenggaraan rekam medis dalam ayat ini adalah dilakukan sesuai dengan standar yang secara bertahap diupayakan mencapai standar internasional.
- i. menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia.
- j. melaksanakan sistem rujukan.
- k. menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan.
- l. memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien.
- m. menghormati dan melindungi hak-hak pasien.
- n. melaksanakan etika Rumah Sakit.
- o. memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana; Rumah Sakit dibangun serta dilengkapi dengan sarana, prasarana dan

peralatan yang dapat difungsikan serta dipelihara sedemikian rupa untuk mendapatkan keamanan, mencegah kebakaran/bencana dengan terjaminnya keamanan, kesehatan dan keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan Rumah Sakit.

- p. melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional.
- q. membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya.
- r. menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*); Yang dimaksud dengan peraturan internal Rumah Sakit (*Hospital by laws*) adalah peraturan organisasi Rumah Sakit (*corporate bylaws*) dan peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff bylaw*) yang disusun dalam rangka menyelenggarakan tata kelola perusahaan yang baik (*good corporate governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*). Dalam peraturan staf medis Rumah Sakit (*medical staff bylaw*) antara lain diatur kewenangan klinis (*Clinical Privilege*).
- s. melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas Rumah Sakit dalam melaksanakan tugas.
- t. memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

Sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 983/MENKES/1992 tentang Pendirian Layanan Rumah Sakit Umum (RSU), maka misi dan tugas pokok rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. Misi RSU adalah memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- b. Tugas pokok RSU adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

Fungsi Rumah Sakit Umum meliputi 4 (empat) bidang yaitu:

- a. Fungsi pelayanan, yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan dan asuhan keperawatan serta pelayanan rujukan.
- b. Fungsi pendidikan dan pelatihan.
- c. Fungsi penelitian dan pengembangan.
- d. Fungsi administrasi umum dan keuangan (termasuk hubungan masyarakat).

Rumah Sakit Khusus hampir sama dengan Rumah Sakit Umum, hanya di dalam fungsi pelayanan medik di Rumah Sakit khusus hanya melaksanakan pelayanan kesehatan khusus, misalnya Rumah Sakit Jiwa, Rumah Sakit Mata, Rumah Sakit Bersalin, Rumah Sakit Kanker, dll.

#### **1.4. Pembiayaan Pasien/Klien**

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Puskesmas, Rumah Sakit Kelas III serta Unit Gawat Darurat di bebaskan dari biaya pelayanan kesehatan dengan jaminan asuransi kesehatan (Jamkesmas dan/atau Jamkesda). Pembebasan biaya kepada masyarakat yang tidak mampu dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku seperti Surat Keterangan Miskin/Tidak Mampu dari pemerintah setempat (RT-RW-Kelurahan-Camat dan Dinas Sosial).

Pasien/klien gangguan jiwa mayoritas berasal dari keluarga yang miskin atau tidak mampu. Sehingga dalam pembiayaan pengobatan pasien/klien gangguan jiwa banyak yang menggunakan Kartu Sehat yang dijamin asuransi Jamkesmas atau Jamkesda. Seringnya pasien dirawat di rumah sakit akan meningkatkan beban pembiayaan bagi pasien. Seperti diketahui, sebagian besar pasien yang datang ke Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah pasien kurang mampu yang menggunakan fasilitas pembiayaan Jamkesmas. Dengan adanya keterbatasan pembiayaan tersebut bagi pasien skizofrenia yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dalam jangka waktu lama dan jumlah pasien yang banyak, maka perlu dipikirkan suatu metode pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan bermanfaat bagi pasien dan keluarganya dengan tidak meningkatkan beban pembiayaan pasien di rumah sakit.

### 1.5. Penanganan Psiko-Sosial

Pendekatan psikososial dalam pekerjaan sosial menurut Payne (1997) menitikberatkan terutama pada bagaimana relasi-relasi dibentuk dan dikelola oleh orang dalam situasi-situasi sosial tertentu, yakni isu-isu yang berhubungan dengan persoalan-persoalan stigma, pengaruh lingkungan, teritorial, kebutuhan akan ruang pribadi, serta materi-materi perubahan personal dan sosial (Subardhini dan Luhpuri, 2006, h. 1-4).

Psikososial adalah bentuk praktek psiko-therapeutik dimana pengetahuan tentang bio-psiko-sosial manusia dan perilaku masyarakat, ketrampilan dalam berelasi dengan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, serta kompetensi dalam memobilisasi sumber-sumber yang tersedia digabungkan dalam medium relasi-relasi individual, kelompok dan keluarga untuk membantu orang merubah kepribadiannya, perilakunya, atau situasinya yang dapat memberikan kontribusi pada pencapaian kepuasan, memenuhi keberfungsian manusia dalam kerangka nilai-nilai pribadi, tujuan-tujuan mereka dan sumber-sumber yang tersedia dalam masyarakat (Subardhini dan Luhpuri, 2006, h. 1).

Menurut paham kesehatan jiwa seseorang dikatakan sakit apabila ia tidak mampu berfungsi secara wajar dalam kehidupannya sehari-hari. Dalam penanganannya keikutsertaan peran pekerja sosial medis di Rumah Sakit dan Puskesmas sangat berpengaruh terhadap proses pengobatan yang harus dijalani pasien dan pembiayaan yang harus ditanggung keluarganya. Secara garis besar peran pekerja sosial medis dalam penanganan pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit dan Puskesmas adalah sebagai berikut:

- Inisiator; membantu seorang klien/pasien gangguan jiwa menyelesaikan persoalan karena tidak dapat menerima keterbatasan yang disebabkan oleh penyakitnya.
- Negosiator; membantu keluarga pasien/klien dalam hal pembiayaan pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit atau Puskesmas.
- Advokasi; membantu mengemukakan persoalan yang dihadapi pasien/klien.
- Pembicara; membantu keluarga pasien/klien dalam menyampaikan permasalahan kepada pihak Rumah Sakit atau Puskesmas.
- Organisator; mengorganisir tim penanganan secara psiko-sosial.

- Mediator; menjelaskan prosedur Rumah Sakit dan Puskesmas kepada keluarga pasien/klien. Meningkatkan pemahaman staf kesehatan di Rumah Sakit dan puskesmas tentang bagaimana sebaiknya menghadapi pasien/klien gangguan jiwa misalnya pasien sering menangis, tidak pernah dikunjungi keluarga, menyendiri.
- Konsultan; memberikan informasi ke lembaga di luar Rumah Sakit. (Ashman & Hull, 1993, h. 88).

### 1.6. Pengertian dan Tujuan Pekerjaan Sosial

Zastrow (1992) mengatakan pekerjaan sosial diartikan sebagai aktifitas profesional yang ditujukan untuk menolong orang, baik sebagai individu, kelompok, organisasi maupun masyarakat dalam rangka meningkatkan atau memperbaiki keberfungsian sosialnya dan menciptakan kondisi/lingkungan sosial yang memungkinkan orang tersebut mencapai tujuan hidupnya (Zastrow, 1992, h. 5).

Adapun tujuan Pekerjaan Sosial Medis adalah melakukan antara lain: (Zastrow, 1992, h. 19)

- Membantu pasien memperluas kompetensinya dan meningkatkan kemampuan mereka untuk menghadapi serta memecahkan permasalahannya.
- Membantu pasien memperoleh sumber-sumber.
- Membina hubungan dengan organisasi-organisasi yang responsif untuk memberikan bantuan demi keberlangsungan proses penyembuhan pasien.
- Memberikan fasilitas interaksi antara pasien dengan pasien lain dalam lingkungan rumah sakit.
- Mempengaruhi interaksi antara pasien dengan rumah sakit atau tim pelayanan lainnya.
- Mempengaruhi kebijakan rumah sakit dalam kaitannya dengan kegiatan-kegiatan sosial atau yang mempengaruhinya.

Sedangkan Fungsi Pekerjaan Sosial Medis adalah: (Zastrow, 1992, h. 20)

- Membantu pasien meningkatkan dan menggunakan kemampuannya secara efektif dalam rangka melaksanakan tugas-tugas kehidupannya serta memecahkan masalah sosial medis yang dialaminya.

- Mengkaitkan pasien dengan sistem sumber.
- Memberikan fasilitas interaksi dengan sistem sumber bagi pasien.
- Menyampaikan masukan kepada rumah sakit yang berkaitan dengan kegiatan sosial medis.
- Menyalurkan sumber-sumber material bantuan bagi pasien yang sangat membutuhkan.

Dalam menjalankan tugasnya seorang pekerja sosial harus memperhatikan Prinsip-Prinsip Pekerjaan Sosial medis, yaitu: (Zastrow, 1992, h. 27)

Penerimaan (*acceptance*), pekerja sosial medis harus dapat menerima /memahami pasien apa adanya.

1. Individualisasi (*individualization*), pasien memiliki kepribadian yang unik.
2. Sikap tidak menghakimi (*non-judgemental attitude*).
3. Rasional (*rationality*) pandangan yang obyektif.
4. Empati (*emphaty*) memahami apayang dirasakan pasien.
5. Ketulusan (*genuiness*) terutama dalam komunikasi verbal.
6. Kejujuran (*impartiality*) tidak merendahkan pasien.
7. Kerahasiaan (*confidentiality*).
8. Mawas diri (*self-awareness*) pekerja sosial medis harus sadar akan potensi dan keterbatasannya.

#### Kerangka Pengetahuan, Nilai dan Ketrampilan Pekerjaan Sosial Medis

Pekerjaan sosial medis sebagai suatu profesi dalam melaksanakan kegiatan profesinalnya senantiasa berlandaskan pada kerangka pengetahuan, nilai, dan ketrampilan (*body of knowledge, values and skills*).

Morales dan Sheafor (1983) mengetengahkan kerangka pengetahuan, nilai dan ketrampilan pekerjaan sosial adalah:

1. Kerangka pengetahuan pekerjaan sosial medis yang meliputi:
  - Pengetahuan tentang pekerja sosial medis (dirinya, profesi atau disiplin ilmunya dan metodologi intervensi pertolongannya).
  - Pengetahuan orang yang akan dibantu (kepribadiannya, sikap dan perilakunya, masalah yang dialaminya, motivasinya).
  - Pengetahuan tentang lingkungan sosialnya.

2. Nilai pekerjaan sosial medis meliputi:
  - Nilai yang berkaitan dengan pekerjaan sosialnya (nilai pribadi, profesionalnya berupa disiplin ilmu dan kode etik)
  - Nilai tentang pasien
  - Nilai yang berkaitan dengan lingkungan sosialnya (nilai lembaga dan masyarakat)
3. Ketrampilan pekerjaan sosial medis meliputi:
  - Ketrampilan profesional pekerjaan sosial medis (ketrampilan pertolongan dasar, relasi awal, observasi komunikasi, empati, dsb).
  - Ketrampilan berinteraksi dan membantu orang seperti ketrampilan memahami dan memecahkan masalah pasien, ketrampilan membuat pasien dapat melaksanakan fungsi sosialnya. (*Buku Panduan Praktek Pekerja Sosial Medis*, 2008, h. 11).

#### Sistem Dasar Pekerjaan Sosial Medis

Penentuan system dasar berfungsi untuk membantu pekerja sosial medis dalam mengidentifikasi dan menganalisis baik permasalahan, kegiatan, ataupun sasarannya dengan cara dipetakan. Jenis sistem dasar dalam pekerjaan sosial terbagi dalam:

1. Sistem pelaksana perubahan, yaitu orang yang memiliki keahlian berbeda dengan sistem kerja yang berbeda pula; pekerja sosial medis dengan institusi pelayanan sosial; dan pekerja sosial medis dengan orang lain. Dalam proses pelayanannya, pekerja sosial medis bisa berposisi sebagai pelaksana perubahan dan lembaga pelayanan sosial dikatakan sebagai lembaga pelaksana perubahan. Artinya terjadi ikatan antara pekerja sosial dengan lembaga secara kebijakan atau peraturannya dimana pekerja sosial bekerja atau bisa juga pekerja sosial tidak terikat oleh lembaga atau independen.
2. Sistem klien, yaitu pasien atau pihak-pihak lain yang memerlukan pertolongan dari pekerja sosial medis agar pasien dapat berfungsi sosial. Jadi melalui sistem klien ini akan diperoleh gambaran tentang siapa saja klien yang akan dihadapi, apa fokus masalahnya, aspek-aspek perilaku mana yang akan dirubah atau diperbaiki.



3. Sistem sasaran, yaitu semua pihak/hal (individu, kelompok, masyarakat, lembaga, sistem nilai, peraturan, persyaratan pelayanan dll) yang akan dipengaruhi atau diubah agar tujuan pelayanan tercapai secara optimal.
4. Sistem kegiatan, yaitu dengan siapa dan dalam bentuk-bentuk kegiatan dan cara-cara bagaimana suatu kegiatan akan dilakukan untuk pasien.

#### Sistem Sumber

Sistem sumber adalah segala sesuatu yang dapat digali, dikelola, dimanfaatkan, didayagunakan, dan dikembangkan untuk mendukung berfungsinya seseorang secara sosial dan ekonomi dalam memenuhi kebutuhan, dan memecahkan masalah.

Pincus dan Minahan (1973) membedakan sistem sumber menjadi:

- a. Sistem Sumber Informal atau Alamiah, misal: keluarga, teman, tetangga, dsb.
- b. Sistem Sumber Formal, misal: persatuan orang tua murid, organisasi-organisasi profesi, dsb.
- c. Sistem Sumber Kemasyarakatan, misal: sekolah, perpustakaan, lembaga bantuan hukum, dsb. (*Buku Panduan Praktek Pekerja Sosial Medis*, 2008, h. 14).

Kemampuan pasien dan atau keluarga terkadang mengalami keterbatasan untuk memanfaatkan sistem sumber itu sendiri. Pincus dan Minahan (1973), mengidentifikasi keterbatasan berdasarkan klasifikasinya:

- Sistem Sumber Informal: bantuan kepada keluarga, terkadang sumber informal tidak dapat memberikan bantuan kepada keluarga/seseorang/pribadi karena keluarga/seseorang/pribadi tidak dapat mengaksesnya.
- Sistem Sumber Formal: organisasi formal tidak ada dan tidak tahu lingkungannya, orang enggan memasuki organisasi yang ada karena ketidaktahuan sejauh mana kemampuan organisasi tersebut membantu mereka, tidak setuju dengan tujuan organisasi tersebut, takut tidak akan diterima, kurang memiliki pengetahuan atau keterampilan untuk berpartisipasi dalam organisasi tersebut dan sumber yang ada tidak menyediakan yang dibutuhkan oleh mereka.
- Sistem sumber Kemasyarakatan: tersedia terbatas secara geografis, psikologis, atau kultural tidak memungkinkan untuk dijangkau; ada sistem

sumber tapi berbeda model pelayanannya (*Buku Panduan Praktek Pekerja Sosial Medis*, 2008, h. 14).

Menurut *National Acociation of Social Worker's* (1996) berbagai penampilan fungsi atau tugas “pekerja sosial” di rumah sakit:

1. Melakukan *assesment* kebutuhan pelayanan pekerjaan sosial.
2. Penemuan kasus, penjangkauan dan identifikasi kelompok rentanserta pelayanan yang diperlukan untuk kelompok tersebut.
3. Pelayanan konseling bagi pasien dan keluarganya sehubungan dengan reaksi terhadap penyakit dan kecacatannya yang dialami pasien serta terhadap fasilitas-fasilitas pelayanan.
4. Memberikan pelayanan perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*).
5. Perencanaan penerimaan pasien.
6. Pemberian pelayanan lanjut.
7. Pemberian informasi dan referal.
8. Pemberian konsultasi bagi staf dan lembaga-lembaga di luar rumah sakit.
9. Merencanakan pelayanan lembaga.
10. Pemberian pelayanan *liaison* berkelanjutan.
11. Melakukan kegiatan-kegiatan koordinasi dan perencanaan masyarakat.
12. Melakukan kolaborasi dengan ahli kesehatan dan profesi lain.
13. Mengajar, memberi konsultasi dan melakukan penelitian (*Buku Panduan Praktek Pekerja Sosial Medis*, 2008, h. 12).

#### Peranan-Peranan Pekerjaan Sosial Medis

Peranan adalah tuntutan perilaku yang diharapkan dapat dilakukan oleh pekerja sosial medis sesuai dengan status yang dimilikinya. Peranan pekerja sosial medis adalah:

##### a. Perantara (*Broker*)

Yaitu sebagai penghubung pasien dengan sistem sumber yang dibutuhkan. Pekerja sosial medis melibatkan diri dalam upaya memperoleh sistem sumber yang dibutuhkan oleh pasien, yang meliputi:

- Mengembangkan informasi tentang sistem sumber yang diperlukan.
- Mengetahui lokasi berbagai sumber, jenis pelayanan dan sarannya.

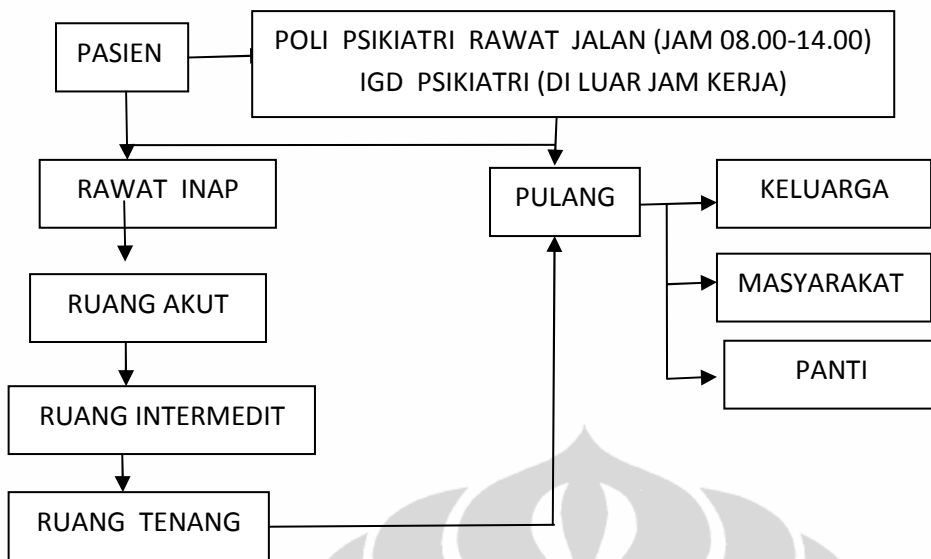
- Mengetahui kebijakan, prosedur baik formal maupun informal dan mekanisme dari sumber.
  - Menjalin hubungan dengan tokoh kunci dalam sistem sumber dan memelihara jalur komunikasi.
  - Menerapkan prosedur penanganan masalah dalam proses mengembangkan keterkaitan antara pasien dengan sumber yang dibutuhkan.
  - Secara aktif bekerja dan mendukung pasien selama proses berlangsung.
  - Bertindak atas nama pasien pada saat pasien tidak memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai untuk menjangkau sistem sumber pada situasi krisis atau pada saat sumber tidak responsif.
- b. Pemungkin (*enabler*)
- Peranannya adalah memberikan dorongan dan saran-saran pada sistem kelompok pasien sehingga memudahkan pasien dalam pemenuhan tugas-tugas atau memecahkan permasalahan.
  - Pekerja sosial medis membantu pasien untuk menemukan kekuatan-kekuatan dan sumber-sumber dalam dirinya sendiri.
  - Strategi yang digunakan yaitu “resolusi masalah” yang dihadapi pasien dicari resolusinya dengan difasilitasi oleh PSM, artinya dengan adanya kerjasama dengan PSM diharapkan dapat membawa perubahan yang positif pada tingkah laku pasien.
- c. Penghubung (*mediator*)
- Peranan yang dilakukan adalah membantu menyelesaikan konflik diantara dua sistem sumber atau lebih. Perilaku PSM adalah tetap memelihara posisi netral tidak memihak pada salah satu pihak. Dalam hal ini PSM membina hubungan yang terputus antara sistem makro (masyarakat, keluarga atau tempat kerja) dengan klien, baik terkendala dalam berkomunikasi atau hal lainnya seperti hak dan kewajiban.
- d. Pendidik
- Peranannya adalah sebagai orang yang memberikan informasi untuk pasien.
  - Pekerja sosial medis memberikan pendidikan yang berkaitan dengan pencegahan, penyembuhan, dan pengembangan ketrampilan berelasi dan

menampilkan peranan. (*Buku Panduan Praktek Pekerja Sosial Medis*, 2008, h. 16-18)

Standar Pelayanan Pekerjaan Sosial Medis (PSM), meliputi:

- a. PSM memberikan pemahaman, dorongan dan dukungan kepada pasien yang sedang mengalami proses penyembuhan. PSM menjadi sahabat tempat dimana pasien mengungkapkan dan mengeluarkan segala yang menjadi masalah sehingga membantu proses penyembuhan.
- b. PSM memberikan dorongan agar pasien dapat kembali ke masyarakat tanpa adanya perasaan rendah diri dan masyarakat dapat menerimanya dengan baik. Setelah klien kembali ke masyarakat ada kelompok bantu diri (*self help group*). Mereka biasanya dibentuk/terbentuk oleh sesama yang datang untuk mendapat bantuan timbal-balik dalam menanggulangi hambatan atau masalah gangguan kehidupan bersama dan melakukan perubahan secara bersama atau sosial ke arah yang diinginkan.
- c. PSM bekerjasama dengan tim medis lain dalam penanganan pasien dan menjadi bagian dari proses pengobatan itu sendiri. (*Buku Panduan Praktek Pekerja Sosial Medis*, 2008, h. 19)

Dengan melaksanakan standar pelayanan dalam pekerjaan sosial medis maka diharapkan pasien mendapatkan pelayanan yang optimal sesuai dengan permasalahan yang dihadapi baik oleh klien itu sendiri maupun keluarganya. Seperti terlihat pada bagan alur pelayanan pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, pekerja sosial medis berperan membantu pasien dan keluarga pasien sejak pasien masuk ke Instalasi Gawat Darurat dengan memastikan dan membantu kelengkapan administrasi untuk pembiayaan yang meringankan keluarga pasien yang tidak mampu. Apabila pasien perlu di rawat maka pekerja sosial medis bersama perawat dan psikiater memberikan pelayanan yang sesuai standar pelayanan.

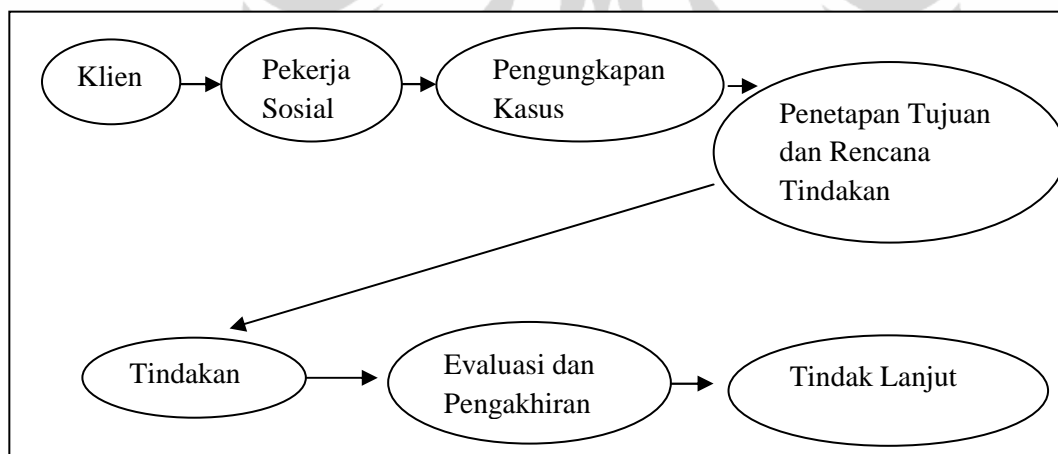


**Gambar 2.1 ALUR PELAYANAN PASIEN**

*Sumber: IGD Psikiatri Rumah Sakit dr. H. marzoeki Mahdi Bogor, 2010.*

### Proses Kegiatan Pekerja Sosial

Proses kegiatan yang dilakukan oleh Pekerja Sosial di Rumah Sakit seperti pada gambar 2.2 berikut:



**Gambar 2.2 Proses Kegiatan Pekerja Sosial di Rumah Sakit**

*Sumber: Johnston, 1988:97*

Dalam melaksanakan proses pekerjaan sosial tersebut yang terpenting adalah hubungan atau relasi antar pekerja sosial dan klien. Yang dimaksud adalah interaksi dinamis antar sikap dan emosi pekerja sosial dan klien, yang bertujuan membantu klien mencapai penyesuaian yang lebih baik.

**Tabel 2.1 Prinsip dalam Ber-Relasi**

No.	Kebutuhan Klien	Nama Prinsip Pekerja Sosial
1	Untuk diperlakukan sebagai individu	Individualisasi
2	Untuk mengungkapkan perasaan	Pengungkapan perasaan yang terarah
3	Untuk memperoleh respon yang simpatik terhadap masalahnya	Keterlibatan emosional yang dikendalikan
4	Untuk diakui sebagai orang yang berhakekat	Penerimaan
5	Untuk tidak diadili	Sikap tidak mengadili
6	Untuk mengambil keputusan sendiri	Hak klien untuk mengambil keputusan sendiri
7	Hal-hal yang bersifat pribadi dirahasiakan	Kerahasiaan pribadi

Sumber: Johnston, 1988 halaman 98

Prinsip-prinsip iniditerapkan dalam hubungan apapun yang baik antar manusia. Dalam melakukan proses pekerjaan sosial kedua-duanya, klien dan pekerja sosial, terlibat dalam mewujudkan prinsip-prinsip tersebut.

Secara Ringkas permasalahan yang dapat dilayani pekerja sosial medis secara mikro berdasarkan hasil dari laporan kunjungan rumah seperti pada Tabel 2.2 berikut:

**Tabel 2.2 Permasalahan yang Dapat Dilayani Pekerja Sosial Medis Secara Mikro Berdasarkan Hasil Kunjungan Rumah**

Permasalahan	Assesment	Perencanaan
1. Pasien menderita paraplegia/ kecacatan atau terlalu menyesali masalah yang menimpanya, sehingga: 1. Tidak memiliki semangat. 2. Putus asa. 3. Tidak mau makan/minum. 4. Tidak mau minum obat. 5. Tidak mau dioperasi atau tindakan medik lainnya. 6. Mengucilkan diri/tidak mau berkomunikasi dengan keluarga, pasien lain atau petugas rumah sakit.	Disharmoni individu	1. Bimbingan sosial individu (case work) 2. Bimbingan Rohani 3. Case conference 4. Kunjungan rumah (bila perlu)
2. Pasien sering gaduh, suka merokok di ruang perawatan, kurang menghiraukan petugas, tidak mentaati tata tertib di rumah sakit, dll.	Ketidak-mampuan beradaptasi	Bimbingan individu dan keluarga (Group work)

(lanjutan)

Permasalahan	Assesment	Perencanaan
--------------	-----------	-------------

Universitas Indonesia

Permasalahan	Assesment	Perencanaan
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien menolak untuk pulang.</li> <li>2. Pasien akan pulang paksa.</li> <li>3. Pasien akan melarikan diri.</li> </ol>	Inkonsekuen	Bimbingan individu dan keluarga ( <i>Group work</i> )
<p>Disebabkan oleh sakit atau kecacatannya pasien mengalami konflik dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berselisih/salah paham dengan keluarga.</li> <li>b. Ditolak oleh keluarga.</li> <li>c. Tidak mau ketemu dengan keluarga.</li> <li>d. Terancam broken home</li> </ol> </li> <li>2. Tempat Kerja, sponsorship <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Terancam pemutusan pembayaran upah/gaji</li> <li>b. Terancam PHK.</li> <li>c. Majikan, penabrak/pihak yang menjadi penyebab terjadinya sakit/cacat mengingkari kesepakatan.</li> </ol> </li> <li>3. Sekolah <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak boleh mengikuti ulangan umum.</li> <li>b. Di-skors oleh sekolah.</li> <li>c. Terancam dikeluarkan, dll.</li> </ol> </li> <li>4. Masyarakat Dikucilkan oleh masyarakat tempat tinggalnya.</li> <li>5. Petugas Rumah Sakit Terjadi salah paham dengan Tim pelayanan rumah sakit.</li> </ol>	Diskomunikasi sosial / Konflik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bimbingan sosial individu (<i>case work</i>)</li> <li>2. Terapi keluarga (<i>family case work</i>)</li> <li>3. Mediator.</li> <li>4. Kunjungan rumah (bila perlu)</li> </ol>
<p>Pasien tidak ada penanggungjawab karena:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga jauh.</li> <li>2. Tidak memiliki keluarga/memiliki keluarga tetapi tidak diketahui keberadaannya.</li> <li>3. Keluarga tidak memperhatikan atau menghindar.</li> </ol>	Pasien terlantar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Group work dan atau</li> <li>2. Mediator.</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tidak memiliki asset/dana, tidak mempunyai Jamkesmas atau fasilitas biaya berobat lainnya.</li> <li>2. Pasien menjadi tidak mampu karena: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. PHK.</li> <li>b. Tidak bekerja lagi karena sakit/cacat.</li> <li>c. Terkena bencana (kebakaran, banjir, gempa, dll)</li> </ol> </li> </ol>	Ekonomi tidak mampu	Bimbingan sistem sumber dana dan bantuan sosial.
<p>Mempersiapkan pemulangan pasien, yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengarahan control dan persyaratannya.</li> <li>2. Persiapan keluarga.</li> <li>3. Aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL).</li> <li>4. Penyesuaian dengan lingkungan sosial (keluarga, pendidikan, pekerjaan, masyarakat, dll)</li> <li>5. Bekal kepulangan, dll.</li> </ol>	Kesiapan diri dan keluarga	Case work dan Group work

Sumber: Buku Panduan Praktek Pekerja Sosial Medis di RSO Prof.Dr.R.Soeharso, Surakarta, 2008, halaman 25-26.

### 1.7. Relasi Keluarga-Pasien

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. (Soekanto, 2009, h. 2).

Menurut Horton dan Hunt (1987), istilah keluarga umumnya digunakan untuk menunjuk beberapa pengertian sebagai berikut:

**Universitas Indonesia**

- 1) Suatu kelompok yang memiliki nenek moyang yang sama.
- 2) Suatu kelompok kekerabatan yang disatukan oleh darah/keturunan dan perkawinan.
- 3) Pasangan perkawinan dengan/tanpa anak.
- 4) Pasangan nikah yang mempunyai anak.
- 5) Satu orang entah duda atau janda dengan beberapa anak. (Narwoko dan Suyanto, 2010, h. 227)

#### Peran Keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan, yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat. (Narwoko dan Suyanto, 2010, h. 231)

Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut:

##### 1. Peranan ayah

Ayah sebagai suami dari istri, berperanan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

##### 2. Peranan ibu

Sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya, serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

##### 3. Peranan anak

Anak-anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

#### Fungsi Keluarga

Menurut Narwoko dan Suyanto (2010), fungsi keluarga antara lain:

##### 1. Fungsi biologis

- a. Meneruskan keturunan
- b. Memelihara dan membesarkan anak



- c. Memenuhi kebutuhan gizi keluarga
  - d. Memelihara dan merawat anggota keluarga
2. Fungsi Psikologis (afeksi)
    - a. Memberikan kasih sayang dan rasa aman.
    - b. Memberikan perhatian di antara anggota keluarga.
    - c. Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga.
    - d. Memberikan identitas keluarga.
  3. Fungsi sosialisasi dan pendidikan
    - a. Membina sosialisasi pada anak.
    - b. Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.
    - c. Meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
    - d. Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.
    - e. Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.
    - f. Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangannya.
  4. Fungsi ekonomi dan produksi
    - a. Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
    - b. Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
    - c. Menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga di masa yang akan datang (pendidikan, jaminan hari tua).
  5. Fungsi Pelindung atau Proteksi.
  6. Fungsi Penentuan Status.
  7. Fungsi Pemeliharaan dalam hal sakit, menderita, usia tua. Narwoko dan Suyanto (2010, h. 234-237).

#### Tugas-Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Untuk dapat mencapai tujuan asuhan keperawatan keluarga, keluarga mempunyai tugas dalam pemeliharaan kesehatan para anggotanya dan saling memelihara. Friedman, (1998) membagi 5 tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga yaitu: (Wardani, 2009, h. 31-32)

- 1) Mengenai gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya.
- 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
- 3) Memberikan keperawatan kepada anggota keluarganya yang sakit dan yang tidak membantu dirinya karena cacat/usia yang terlalu muda.
- 4) Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dari lembaga-lembaga kesehatan yang menunjukkan pemanfaatan dengan fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada.

Keluarga merupakan unit paling dekat dengan penderita, dan merupakan “perawat utama” bagi penderita. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau perawatan yang diperlukan penderita di rumah. Keberhasilan perawat di rumah sakit akan sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian mengakibatkan penderita harus dirawat kembali (kambuh). Peran serta keluarga sejak awal perawatan di rumah sakit akan meningkatkan kemampuan keluarga merawat penderita di rumah sehingga kemungkinan kambuh dapat dicegah. Dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa salah satu faktor penyebab terjadinya kekambuhan penderita skizofrenia adalah kurangnya peran serta keluarga dalam perawatan terhadap anggota keluarga yang menderita penyakit tersebut. Salah satu penyebabnya adalah karena keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku penderita di rumah. Keluarga jarang mengikuti proses keperawatan penderita karena jarang mengunjungi penderita di rumah sakit, dan tim kesehatan di rumah sakit juga jarang melibatkan keluarga (Wardani, 2009, h. 31-35).

#### Dukungan sosial (*Social Support*)

Manusia sebagai makhluk sosial tidak dapat hidup sendirian tanpa bantuan orang lain. Kebutuhan fisik (sandang, pangan, papan), kebutuhan sosial (pergaulan, pengakuan, sekolah, pekerjaan) dan kebutuhan psikis termasuk rasa ingin tahu, rasa aman, perasaan religiusitas, tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain. Apalagi jika orang tersebut sedang menghadapi masalah, baik ringan maupun berat. Pada saat menghadapi masalah seseorang akan mencari dukungan sosial dari orang-orang di sekitarnya, sehingga dirinya merasa dihargai, diperhatikan dan di cintai. Contoh nyata yang paling sering dilihat dan dialami adalah bila ada seseorang yang

sakit dan terpaksa dirawat di rumah sakit, maka sanak saudara ataupun teman-teman biasanya datang berkunjung. Dengan kunjungan tersebut maka orang yang sakit tentu merasa mendapat dukungan sosial.

Dukungan sosial (*social support*) didefinisikan oleh Kuntjoro (2005) dalam Wardani (2009) sebagai informasi verbal atau non-verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkahlaku penerimanya. Dalam hal ini, orang yang merasa memperoleh dukungan sosial secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya. Pendapat senada dikemukakan juga oleh Sarason dalam Kuntjoro, (2005) yang menyatakan bahwa dukungan sosial adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita. (Wardani, 2009, h. 40-42)

Pandangan yang sama juga dikemukakan oleh Cobb dalam Wardani (2009) yang mendefinisikan dukungan sosial sebagai adanya kenyamanan, perhatian, penghargaan atau menolong orang dengan sikap menerima kondisinya, dukungan sosial tersebut diperoleh dari individu maupun kelompok.

Menurut Eli, dkk (2008) dalam Wardani (2009) dukungan sosial merupakan ketersediaan sumber daya yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis yang didapat lewat pengetahuan bahwa individu tersebut dicintai, diperhatikan, dihargai oleh orang lain dan ia juga merupakan anggota dalam suatu kelompok yang berdasarkan kepentingan bersama. Dukungan sosial bersumber antara lain: orangtua, saudara kandung, anak-anak, kerabat, pasangan hidup, sahabat, rekan kerja, atau juga dari tetangga. Dukungan tersebut biasanya diinginkan dari orang-orang yang signifikan seperti keluarga, saudara, guru, dan teman, dimana memiliki derajat keterlibatan yang erat. Selain itu, dukungan sosial merupakan pemberian hiburan, perhatian, penghargaan atau bantuan yang diterima seseorang dari orang lain atau kelompoknya. (Wardani, 2009, h. 40-42)

Penderita gangguan jiwa sering mendapatkan stigma dan diskriminasi yang lebih besar dari masyarakat disekitarnya dibandingkan individu yang menderita penyakit medis lainnya. Hal ini tampak lebih jelas dialami oleh penderita

skizofrenia, mereka sering mendapatkan perlakuan yang tidak manusiawi, misalnya perlakuan kekerasan, diasingkan, diisolasi atau dipasung. Mereka sering sekali disebut sebagai orang gila (*insanity atau madness*). Perlakuan ini disebabkan karena ketidaktahuan atau pengertian yang salah dari keluarga atau anggota masyarakat mengenai skizofrenia. Hal itu menyebabkan penderita skizofrenia yang sudah sehat memiliki kecenderungan untuk mengalami kekambuhan lagi sehingga membutuhkan penanganan medis dan perlu perawatan di Rumah Sakit Jiwa lagi. Dari beberapa uraian diatas yang dikemukakan oleh penulis yaitu bahwa penderita skizofrenia yang mendapatkan dukungan keluarga mempunyai kesempatan berkembang kearah positif secara maksimal, sehingga penderita skizofrenia akan bersikap positif, baik terhadap dirinya maupun lingkungannya karena keluarga merupakan lingkungan sosial pertama yang dikenal. Dengan dukungan keluarga yang seimbang bagi penderita skizofrenia diharapkan baginya agar dapat meningkatkan keinginan untuk sembuh dan memperkecil kekambuhannya.

#### Dukungan Keluarga (*Family Support*)

Dukungan keluarga merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting menurut Rodin & Salovey dalam Bart (1994) dalam Wardani (2009). Dukungan keluarga terhadap pasien gangguan jiwa sangat berkaitan dengan fungsi suportif yang dikemukakan oleh Friedman (1998). Dukungan ini meliputi dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. (Wardani, 2009, h. 31-35)

Dukungan informasional dapat dipenuhi dengan kemampuan keluarga untuk mencari system sumber informasi dan memberikan penjelasan tentang kondisi penyakit pasien. Dukungan penilaian dipenuhi dengan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah pasien. Dukungan Instrumentalia dilakukan dilakukan melalui aktivitas pasien sehari-hari, misalnya pendampingan melakukan aktivitas kebersihan diri dan pendampingan minum obat.

Dukungan keluarga diungkap melalui skala dukungan keluarga yang disusun berdasarkan aspek dukungan keluarga dari House dalam Smet, (1994) dalam Wardani (2009) yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan normatif. Beberapa penelitian membuktikan bahwa keluarga yang mencari informasi untuk mengatasi masalah lebih fungsional

dibandingkan dengan keluarga yang tidak mencari informasi menurut Chester & Barbarin, (1987) dalam Friedman (1998) dalam Wardani (2009). (Wardani, 2009, h. 31-35) Informasi tentang stresor dapat diperoleh melalui buku, majalah atau sumber ahli.

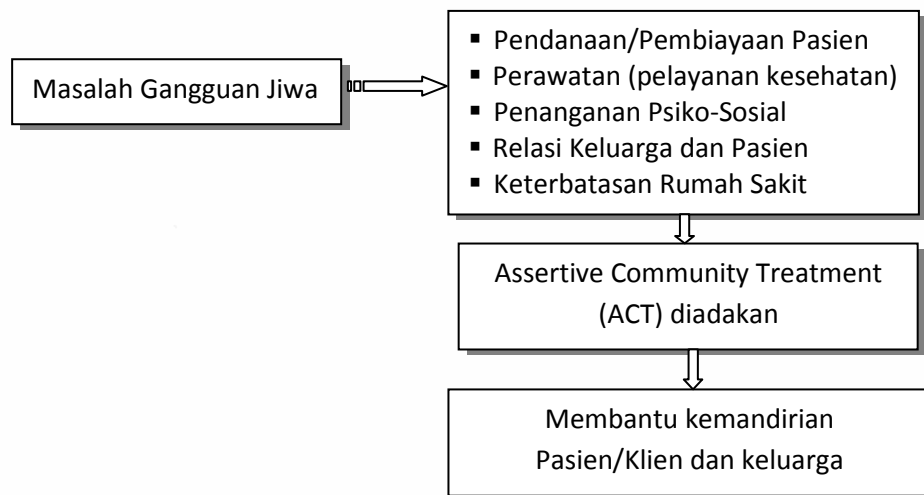
#### Keberfungsian sosial (*Social Functioning*)

Keberfungsian sosial adalah kemampuan individu dalam melakukan kegiatan-kegiatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar diri dan menjalankan tugas-tugas serta peran sosialnya. Kebutuhan dasar seseorang seperti pangan, sandang dan papan serta tugas dan peran sosial seseorang dalam keluarga sebagai ayah/anak/pencari nafkah, dll. Keberfungsian sosial pasien Skizofrenia diungkap melalui skala keberfungsian sosial yang disusun berdasarkan aspek keberfungsian sosial dari Sutarso (2005) yaitu memenuhi/merespon kebutuhan dasarnya, melaksanakan peran sosial sesuai dengan status dan tugas-tuganya, serta menghadapi goncangan dan tekanan. (Sutarso, 2005, h. 28)

Mencari sistem pendukung sosial menurut Caplan (1993) dukungan sosial meliputi jaringan kerja spontan dan informal, dukungan-dukungan terorganisir non tenaga kesehatan dan dukungan terorganisir dari tenaga kesehatan. Bentuk dukungan sosial yang diberikan adalah dukungan pemeliharaan dan emosi bagi anggota keluarganya. (Caplan, 1993, h. 24-27)

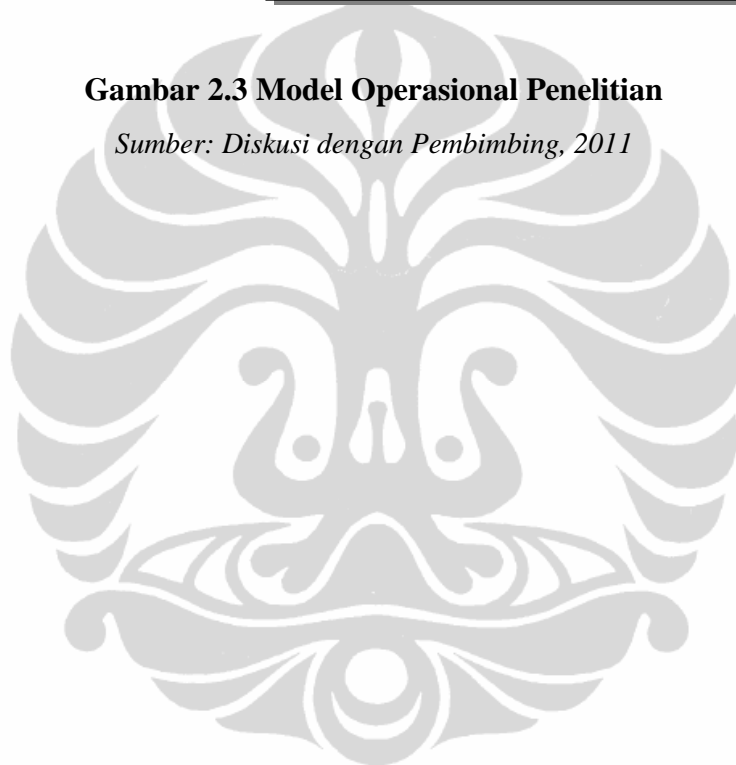
Dukungan keluarga dan dukungan sosial dari masyarakat sekitar tempat tinggal klien gangguan jiwa yang sudah menjalani perawatan kesehatan di rumah sakit sangat berperan dalam menunjang keberhasilan keberfungsian sosialnya dan mengurangi tingkat kekambuhan klien gangguan jiwa.

Setelah diuraikan diatas secara menyeluruh mengenai kerangka pemikiran yang digunakan dalam menganalisa data. Penelitian ini akan menguraikan secara singkat mengenai pelaksanaan Model *Assertive Community Treatment* dimaksudkan untuk membantu kemandirian dan berfungsi sosial dan ekonomi dari pasien/klien gangguan jiwa agar dapat mengembangkan dan meningkatkan kualitas dirinya secara biologis/fisik, psikologis, sosial maupun ekonomi dan tidak menjadi beban ekonomi bagi keluarga, melalui gambaran alur pikir penelitian. Seperti terlihat pada gambar 2.3 berikut:



**Gambar 2.3 Model Operasional Penelitian**

*Sumber: Diskusi dengan Pembimbing, 2011*



### **BAB 3**

#### **GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN**

Pada bab ini akan dijelaskan gambaran umum lokasi penelitian yaitu Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dan Puskesmas Sindang Barang selaku Puskesmas binaan dalam pelaksanaan *model Assertive Community Treatment*.

#### **3.1 Gambaran Umum Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**

Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi beralamat di Jl. dr. Sumeru Nomor 114 Bogor 1611.

##### **3.1.1 Sejarah Rumah Sakit dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor**

Sejarah Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor bermula dari munculnya keputusan Pemerintah Hindia Belanda untuk mendirikan Rumah Sakit Jiwa yang pertama di Indonesia. Awalnya mengalami banyak rintangan, baik dari pemerintahan maupun cendekiawan Belanda pada saat itu, karena pertentangan pendapat, keraguan dalam keberhasilan penyembuhan penyakit jiwa dan keberatan finansial.

Sementara itu para pasien yang terganggu jiwanya dirawat di Rumah Sakit Umum atau Tentara dan juga di penjara atau Kantor Polisi. Cara perawatannya lebih bersifat dikurung dan diasingkan, karena pasien jiwa dianggap berbahaya untuk masyarakat dan dirinya. Pandangan dan sikap tersebut menyebabkan urusan penyakit jiwa (*krankzinnigenwezen*) berada di bawah kewenangan dan pengawasan Jawatan Kesehatan Tentara.

Untuk dapat memenuhi harapan pengabdian dan peningkatan ilmu serta pelayanan di bidang penyakit jiwa, maka berdasarkan surat dinas dan kabinet di Indonesia (*ex.Nederland India*) kepada Inspektur Urusan *Asylum* di Negeri Belanda pada awal September 1865, disusul dengan laporan menteri penjajahan kepada Ratu tanggal 29 Desember 1865, dikeluarkan suatu Surat Keputusan Kerajaan No.100 tanggal 20 Desember 1865, yang berisi menyetujui untuk mendirikan 2 Rumah Sakit Jiwa di Indonesia, namun RSJ yang ke-2 dapat dilangsungkan pendiriannya jika pembangunan RSJ yang pertama selesai dan ditugaskan Dr.F.H.Bauer, psikiater RSJ di Belanda dan Dr.W.M.Smit dokter angkatan laut Belanda.

Persyaratan lokasi pendirian Rumah Sakit Jiwa harus:

1. Terletak dekat dengan pusat Pemerintahan di Jakarta.
2. Dekat dengan jalan pos.
3. Harus dapat, mampu dan cocok untuk merawat 400 pasien jiwa.

Penetapan lokasi Rumah Sakit Jiwa

Setelah diadakan survey, Bauer dan Smith mengusulkan tempat yang mempunyai udara yang sejuk yaitu antara Bogor dan Malang. Lokasi yang terpilih adalah Bogor, tanah Bloeboer yang oleh Direktur P&K (*ex. Onderwijs van Eeredienst en nijverheid*) dapat disetujui. Untuk memantapkan pilihan tersebut Dewan dari Indonesia (*Read van Indonesia*) mengeluarkan surat dinas tanggal 4 Maret 1866 yang kemudian diikuti dengan pengeluaran Surat Keputusan Gubernur Jenderal tanggal 14 Mei 1867. Kemudian dipilihlah lokasi dengan batas alamiah terbentuk oleh anak sungai Cisadane dan Cikema, luas tanahnya adalah 117 hektar.

Proses Pembangunan Rumah Sakit Jiwa Bogor

Dalam pembangunan ditekankan, bahwa rumah direktur harus terletak di kompleks Rumah Sakit Jiwa agar mudah melaksanakan pengawasan. Adapun Rumah Sakit Jiwa yang pertama ini kelak akan berfungsi sebagai fasilitas penampungan sentral (pusat). Anggaran disediakan oleh Departemen Keuangan, sedangkan Departemen P & K berwenang terhadap pengoperasian Rumah Sakit Jiwa dan Departemen P.U. (*ex. Burgerlijke Openbaro Werken*) berwenang dalam teknis pembangunannya. Tenaga yang dipergunakan dalam pengoperasian Rumah Sakit Jiwa terdiri dari 35 orang Eropa dan 95 pegawai Indonesia dan keturunan Cina. Diantara personil tersebut terdapat 3 orang dokter yaitu 2 orang Eropa (Dr. Bauer dan Dr. J. W. Hofman sebagai pembantu dokter ke-1) dan seorang dokter Jawa (Dr. Sumeru).

Riwayat Rumah Sakit Jiwa Bogor Dari Masa ke Masa

Kapasitas 400 pasien ternyata tidak cukup, karena jumlah pasien yang dirawat terus meningkat mencapai 2203 sebelum 1942 pada masa Perang Dunia II. Periode 1942-1945 RSJ Bogor sebagian dipakai untuk penampungan tentara Jepang dan sebagian untuk karantina penyakit menular. Periode 1945-1950, tidak banyak perhatian terhadap Rumah Sakit Jiwa Bogor. Periode 1950-1969 hanya



sedikit perbaikan gedung dapat dilaksanakan, bahkan proses pengrusakan lebih berjalan cepat daripada perbaikannya.

Jumlah luas bangunan Rumah Sakit Jiwa Bogor adalah sebagai berikut:

1. Luas bangsal dan kantor adalah 21.656,75 m<sup>2</sup>
2. Rumah dinas 11.455,25 m<sup>2</sup>

Tanah Rumah Sakit Jiwa yang sudah tersertifikasi adalah 61,6320 hektar, sedangkan yang dikuasai Pemerintah Daerah adalah 56,0000 hektar. Hasil pengukuran tanah Rumah Sakit Jiwa Bogor yang terakhir menunjukkan bahwa luas tanah *de facto* adalah 133,5601 hektar.

Tahun 1882 : 1 Juli 1882 diresmikan dengan nama *Krankzinnigengestich te Buitenzorg* oleh Pemerintah Hindia Belanda.

Tahun 1945 : Menjadi Rumah Sakit Jiwa Bogor dengan Direktur pribumi pertama dr. H. Marzoeki Mahdi.

Tahun 1978 : Menjadi Rumah Sakit Jiwa Bogor berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor.135/Menkes/SK/IV/78

Tahun 2002 : Diberi nama Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 266/Menkes/SK/IV/2002 tanggal 10 April 2002

Tahun 2007 : Menjadi Instansi Pemerintah yang menerapkan PPK-BLU berdasarkan Surat Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor.279/KMK.05/2007 tanggal 21 Juni 2007 dan Ditetapkan Menjadi 15 UPT Depkes dengan menerapkan PPK-BLU berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor.756/Menkes/SK/VI/2007 tanggal 26 Juni 2007.

Riwayat Pemakaian Nama

Nama dr. Marzoeki Mahdi adalah dokter pertama bangsa Indonesia yang menjadi direktur Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor sejak berdiri tahun 1882. Beliau menjabat sebagai Direktur sejak 17 Agustus 1945 - Oktober 1946 dan 5 Januari 1950 - Desember 1950.

Untuk menghormati jasa-jasa beliau dan untuk memperingati kehebatan beliau dalam memper-juangkan bangsa Indonesia untuk dapat diakui sebagai bangsa yang dapat dipercaya dalam mengoperasikan dan memimpin suatu

**Universitas Indonesia**

rumah sakit, maka dipakailah nama dr. H Marzoeki Mahdi sebagai nama baru untuk Rumah Sakit Jiwa Bogor, yaitu menjadi Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor sejak tahun 2002 berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor.266/Menkes/ SK/IV/2002 tanggal 10 April 2002. Hal ini sesuai dengan informasi yang di dapat dari informan berikut:

“Kami dari pihak manajemen Rumah Sakit mengusulkan kepada Kementrian Kesehatan untuk merubah nama dari Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor atau terkenal sama msyarakat Bogor dengan Rumah Sakit Cilendek/Cikeumeh sesuai tempat dimana rumah sakit berada, selain dimaksudkan mengenang jasa-jasa beliau yaitu bapak dr.H.Marzoeki Mahdi karena beliau adalah direktur pribumi pertama yang memimpin rumah sakit jiwa pada saat itu dan juga sebagai upaya mengurangi stigma masyarakat tentang rumah sakit jiwa agar masyarakat yang berobat atau berkunjung merasa nyaman.” (Kasubag Medis, Juni 2011)

**Tabel 3.1 Sejarah Direktur Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**

ZAMAN BELANDA :	NO. URUT	NAMA	MASA KEPEMIMPINAN
	1.	Dr. F.H.Bauer	Bogor, 21 Mei 1881
	2.	Dr. L.B.F. Ledeboer	Bogor, 8 Mei 1889
	3.	Dr. J.W. Hofmann	Bogor, 27 November 1897
	4.	Dr. J.H. Simon Thomas	Bogor, 14 Maret 1906
	5.	Dr. D.A. Boon	Bogor, 30 Juni 1912
	6.	Dr. J. Scholten	Bogor, 11 Mei 1915
	7.	Dr. P.H.M. Travaglino	Bogor, 13 September 1922
	8.	Dr. P.J. Stigter	Bogor, 23 Agustus 1927
	9.	Dr. R.J. Prins	Bogor, 29 September 1934

*Sumber: Profil Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, 2010*

**Tabel 3.2 Direktur Rumah Sakit Jiwa sejak Proklamasi Kemerdekaan – sekarang**

No.	Nama	Masa Kepemimpinan
1.	Dr. H. Marzoeki Mahdi	17 Agustus 1945 – Oktober 1946 ; 5 Januari 1950 – Desember 1950
2.	Dr. R. M. Notopratomo	Oktober 1950 – Desember 1957
3.	Dr. Moh. Joenoes	1 April 1957 – 1 Juli 1960
4.	Dr. R. Soetrisno	1 Juli 1960 – 1 Juli 1963
5.	Dr. DJ. Jenie	1 Juli 1963 – 1 Juni 1966
6.	Dr. M.A. Zakir	1 Juli 1966 – 12 Pebruari 1971
7.	Dr. Agus Setiawan	1 April 1971 -1 April 1976
8.	Dr. Loka Tjahjana, SpKj	1 Maret 1976 – 7 Oktober 1986
9.	Dr. H. Hidayat	7 Oktober 1986 – 14 Januari 1999
10.	Dr. Amir Hussein Anwar, SpKj	14 Oktober 1998 – 1 Desember 2002
11.	Dr. Djunaedi Tjakrawdaja, SpKj	5 Maret 2003 – 17 November 2005

Universitas Indonesia

**(Lanjutan)**

No.	Nama	Masa Kepemimpinan
12.	Dr. Hj. Irwani Muthalib, SpKj	Desember 2005 – September 2010
13.	Dr. Erie Dharma Irawan, SpKj	27 September 2010 – Sekarang

*Sumber: Profil Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, 2010*

Visi, Misi, dan Tujuan Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi

Visi Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah:

“Menjadi Rumah Sakit Jiwa Dengan Pelayanan Paripurna, Komprehensif, Bermutu Dan Berkeadilan.”

Misi Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah:

1. Melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa yang didukung dengan upaya promosi, pencegahan, pengobatan dan pemulihan.
2. Melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa yang didukung oleh pelayanan spesialisik lainnya.
3. Melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa dengan unggulan napza dan HIV/AIDS.
4. Mengembangkan pendidikan dan penelitian kesehatan secara profesional.
5. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat

Tujuan Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum mencerdaskan kehidupan bangsa melalui fleksibilitas, dan penerapan praktek bisnis yang sehat demi :

1. Tercapainya jasa layanan kesehatan jiwa dengan kualitas prima.
2. Terciptanya produk unggulan dalam bidang kesehatan jiwa.
3. Tersedianya sumber daya manusia bidang kesehatan jiwa yang professional dan berkomitmen kegiatan rumah sakit.

Kegiatan Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor menyelenggarakan:

1. Pelayanan kesehatan kepada masyarakat khususnya kesehatan jiwa melalui upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif serta pelayanan penunjangnya secara paripurna.
2. Pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan jiwa, napza dan pelayanan umum pendukung pelayanan kesehatan jiwa.
3. Pendidikan, penelitian dan usaha lain dalam bidang kesehatan.

Logo Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah berupa gambar ikan lumba-lumba sebanyak 4 (empat) ekor yang mengelilingi RS Marzoeki Mahdi Bogor, logo ini ditetapkan sejak tahun 2004.



**Gambar 3.1 Logo Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**

*Sumber: Profil Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor 2010*

Makna logo ikan lumba-lumba:

1. Sifat lumba-lumba hidup berkelompok, menggambarkan *team work*
2. Hewan yang suka belajar, menggambarkan bahwa organisasi Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor harus selalu belajar.
3. Dapat hidup dilaut dalam maupun di laut dangkal, menggambarkan bahwa kami dapat menyesuaikan diri dalam keadaan apapun, terbukti telah berdiri selama 130 tahun.
4. Hewan yang suka menolong, menggambarkan pengabdian Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor selalu melayani masyarakat.

Jumlah lumba-lumba 4 (empat) ekor menggambarkan empat pilar pelayanan yang ada di Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, yaitu:

1. Pelayanan jiwa/psikiatri
  2. Pelayanan napza
  3. Pelayanan umum
  4. Pendidikan dan penelitian
- atau menggambarkan
1. Pelayanan inti

2. Pelayanan penunjang
3. Manajemen
4. Pendidikan dan penelitian

Warna dalam logo biru, kuning, dan hijau menggambarkan Tri upaya bina jiwa, yang berarti pelayanan kesehatan jiwa mencakup 3 (tiga) bidang pelayanan, yaitu:

1. Usaha prevensi dan promosi.
2. Usaha Kuratif.
3. Usaha Rehabilitasi.

#### Sumber Daya Manusia

Ketenagaan di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien ,keluarga dan masyarakat terdiri dari tenaga medik, tenaga perawat, non medik dan tenaga administrasi.

Jumlah ketenagaan yang ada di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor adalah sebagai berikut:

• Dokter Spesialis :			
Pskiater	:	10	orang
Non Psikiatri	:	30	orang
• Dokter Umum	:	24	orang
• Dokter Gigi Spesialis	:	6	orang
• Dokter Gigi	:	3	orang
• Apoteker/Apt Spesialis	:	7	orang
• Psikolog/S2 Psikolog	:	12	orang
• Keperawatan/D3,S1,S2	:	469	orang
• Non Keperawatan	:	87	orang
• S2 Manajemen(MARS,Mkes,MM,MSI)	:	16	orang
• Administrasi	:	374	orang
• Tenaga lainnya	:	34	orang
Total Ketenagaan	:	1062	orang

Adapun pelayanan yang terdapat di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor meliputi:

Pelayanan Kesehatan Jiwa

Instalasi Gawat Darurat Jiwa

Instalasi Gawat Darurat Jiwa/Psikiatri Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor mempunyai 10 orang Dokter Ahli Kesehatan Jiwa/Psikiater yang melayani pasien dengan kegawatdaruratan psikiatri/jiwa meliputi gangguan jiwa

**Universitas Indonesia**

akut, over dosis/intoksikasi napza. Pelayanan diberikan selama 24 jam oleh tim kesehatan jiwa yang profesional dan terlatih.

#### Instalasi Rawat Inap Jiwa

Pelayanan Instalasi Rawat Inap Psikiatri Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor meliputi 13 ruangan, dengan 484 tempat tidur, yang terdiri dari: Ruang Krena (PHCU), Ruang VIP, Ruang Kelas 1, Ruang Kelas 2, Ruang Kelas 3, Ruang Psiko Geriatri, Ruang Sakit Fisik Psikiatri dan Ruang Psikiatri Anak.

Pelayanan Instalasi NAPZA dimulai sejak tahun 2001 dan menjadi pusat rujukan pasien NAPZA di Bogor, pelayanan yang diberikan meliputi:

- Poliklinik VCT/CST HIV.
- Ruang Rehabilitasi.
- Ruang rawat (Perawatan Total, biasa dan semi intensif).

Pelayanan Rawat Inap Umum Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor merupakan pelayanan penunjang dari pelayanan jiwa, yang berkapasitas 127 tempat tidur. Diharapkan dari pelayanan penunjang ini dapat mensubsidi pelayanan jiwa yang sebagian besar pasien yang dirawat menggunakan fasilitas Jamkesmas, Jamkesda, PKH dan SKTM. Seperti dituturkan informan sebagai berikut;

“disini kita membuka pelayanan umum adalah untuk menunjang pelayanan jiwa karena ada beberapa kasus, salah satunya ada pasien jiwa dalam kondisi *partus* kita rujuk ke rumah sakit lain, tetapi rumah sakit yang dituju merasa keberatan karena belum siap untuk penanganan pasien dengan *dual diagnose* maka dengan alasan tersebut kita buka layanan umum sebagai pelayanan penunjang ditambah lagi sebagian pasien jiwa yang dirawat di rumah sakit ini sekitar 60% pengguna Jamkesmas.” (Psikiater, Juni 2011).

#### Instalasi Gawat Darurat Non Psikiatri

Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Non Psikiatri Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dibangun pada tahun 2002, yang dilengkapi dengan fasilitas penunjang Laboratorium dan Radiologi. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat berlangsung selama 24 jam, dengan pelayanan yang prima.

Pelayanan di Instalasi Rawat Jalan Non Psikiatri terdiri dari:

- Poliklinik Umum.
- Poliklinik Penyakit Dalam.
- Poliklinik Kebidanan dan Kandungan.
- Poliklinik Bedah.
- Poliklinik Mata.
- Poliklinik Telinga-Hidung-Tenggorokan (THT).
- Poliklinik Endokrin.
- Poliklinik Jantung.
- Poliklinik Paru.
- Poliklinik Konsultasi Gizi.
- Poliklinik Geriatri.
- Poliklinik Neurologi.
- Poliklinik Kesehatan Anak.
- Poliklinik Kulit dan Kelamin.
- Poliklinik Gigi.

Pelayanan Rawat Jalan Non Psikiatri

Rawat jalan merupakan pelayanan penunjang dari pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Kamar Bedah

Kamar Bedah Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor berdiri sejak tahun 2003, dengan jenis operasi yang ditangani meliputi Bedah *Digestive*, Bedah Ortopedi, Bedah Umum, Bedah Syaraf, Operasi Kebidanan, Operasi Mata, dan Operasi Telinga-Hidung-Tenggorokan (THT).

Dalam mendukung pencapaian MDG's, Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor berkomitmen memberikan layanan kesehatan jiwa dan fisik yang berkontribusi secara langsung maupun tidak langsung terhadap pencapaian program MDG's antara lain: Penurunan kematian anak, Penurunan kematian ibu, Penanggulangan HIV/AIDS, TBC, malaria, Kemitraan global untuk pembangunan dan Memberikan layanan kesehatan pada masyarakat miskin. Jika tidak ditangani akan berakibat depresi dan jika tidak ditangani lebih lanjut pada gangguan jiwa berat.

**Universitas Indonesia**

Dan untuk mendukung pencapaian MDG's tersebut, pelayanan yang diberikan adalah:

- Rawat Jalan pada Klinik Konsultasi Psikiatri, Klinik Napza, Klinik *Directly Observed Treatment Shortcourse chemotherapy* (DOTS), Klinik *Voluntary Counselling Testing* (VCT) dan *Care Support Treatment* (CST), Klinik Kebidanan, Klinik Anak, Klinik Konsultasi Psikologi dan Klinik Tumbuh Kembang Terpadu.
- Rawat Inap berupa Rehabilitasi Napza, *One Stop Service* Napza (Napza + HIV AIDS), Rawat Inap Kebidanan dan Pelayanan Obstetri Neo Natal Esensial Komprehensif (Ponek), Rawat Inap Perinatal dan Anak.
- Integrasi Ke Masyarakat melalui pelayanan kesehatan jiwa masyarakat dengan menggunakan model *Assertive Community Treatment*.

Fasilitas Penunjang Spesialistik di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi antara lain: *Endoscopy, Radiologi, Ultra Soundography* (USG) dan Laboratorium.

Bagian Pendidikan dan Pelatihan

Bagian Pendidikan dan Penelitian Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, telah mengadakan perjanjian kerjasama dengan kurang lebih sebanyak 54 Institusi, baik dari Fakultas Kedokteran, Fakultas Keperawatan, Fakultas Psikologi, Sarjana Kesehatan Masyarakat, dan Akademi Kebidanan. Mahasiswa-mahasiswa tersebut berasal dari berbagai daerah, baik dari dalam maupun luar kota bahkan berbagai propinsi di seluruh Indonesia.

### **3.1.2 Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat**

Masalah kesehatan jiwa merupakan masalah yang perlu mendapatkan perhatian. Dari penelitian WHO Tahun 2003 dilaporkan 30% pasien yang datang berobat ke pelayanan kesehatan umum dengan keluhan fisik memperlihatkan gejala gangguan jiwa. 13% dari pasien yang diobati mengalami relaps. Dalam 2 tahun pengobatan, masih mungkin terjadi relaps sebanyak 50% dan yang tidak patuh minum obat mempunyai risiko relaps 3,7 kali daripada pasien yang teratur minum obat. Masalah pengembalian fungsi sosial dan ekonomi perlu mendapatkan perhatian. Program Keswamas perlu dilakukan sebagai penghubung antara rumah sakit jiwa dengan masyarakat sehingga *continuum of care* tetap berjalan.



Pada saat ini pelayanan dan fasilitas kesehatan jiwa belum optimal, berdasarkan data dari Puskesmas hal ini terlihat dari cakupan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas kurang dari 1% total kunjungan dan belum terselenggaranya sistem rujukan dengan baik. Selain itu banyak kasus yang tidak terdeteksi atau terabaikan sehingga laporan cakupan gangguan jiwa menjadi rendah.

Jumlah RSJ di Indonesia kurang lebih berjumlah 37 buah, dengan rincian 32 milik daerah, 4 RSJ milik pusat dan 1 Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) dengan perkiraan daya tampung rawat inap dari seluruh RSJ di Indonesia hanya total berkisar 8000-an tempat tidur. Sedangkan jumlah tenaga dokter spesialis kedokteran jiwa saat ini diperkirakan hanya 600 orang yang harus melayani penduduk Indonesia yang berjumlah sekitar 232.000.000 jiwa. Selain itu pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit umum juga belum dimaksimalkan, padahal jumlah RSUD jauh lebih banyak dibandingkan RSJ dan pelayanan keswa di RSUD mengurangi potensi stigmatisasi.

Saat ini program keswa juga belum menjadi prioritas sehingga alokasi anggaran belum mencukupi kebutuhan. Dampak dari keadaan tersebut adalah keterlambatan penegakan diagnosis, penatalaksanaan tidak optimal, pembiayaan yang tidak efektif dan efisien, serta kualitas hidup yang tidak optimal.

Penanganan masalah kesehatan jiwa idealnya dilakukan melalui upaya kesehatan yang komprehensif mulai dari promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pada kenyataannya saat ini pelayanan kesehatan jiwa yang dilakukan lebih banyak bersifat kuratif, seharusnya lebih ditekankan pada aspek promotif dan preventif. Tantangan yang dihadapi adalah bagaimana menyempurnakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa untuk mencapai pelayanan yang komprehensif. Salah satu upaya untuk menjawab tantangan tersebut adalah mengikutsertakan peran serta masyarakat. Hal ini sesuai dengan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Permenkes Nomor 340 tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit yang memasukkan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat sebagai salah satu jenis pelayanan di Rumah Sakit Jiwa.

Pelayanan kesehatan jiwa masyarakat merupakan tanggung jawab semua tingkat pelayanan kesehatan mulai dari tingkat primer, sekunder sampai tersier.

Di tingkat primer, fasilitas kesehatan ini (Puskesmas) berperan dalam meningkatkan kesehatan jiwa kepada masyarakat di wilayah kerjanya melalui pelayanan dasar yang bersifat *promotif* dan *preventif*. Di tingkat sekunder, fasilitas kesehatan ini (rumah sakit umum) memberikan pelayanan *promotif* dan *preventif* dan mulai lebih banyak melakukan pelayanan bersifat *kuratif* dan diharapkan memberikan pelayanan yang lebih dibandingkan dengan Puskesmas. Ditingkat tersier (Rumah Sakit Jiwa), pelayanan kesehatan jiwa masyarakat yang dilakukan sesuai dengan fungsinya yang merupakan pusat rujukan.

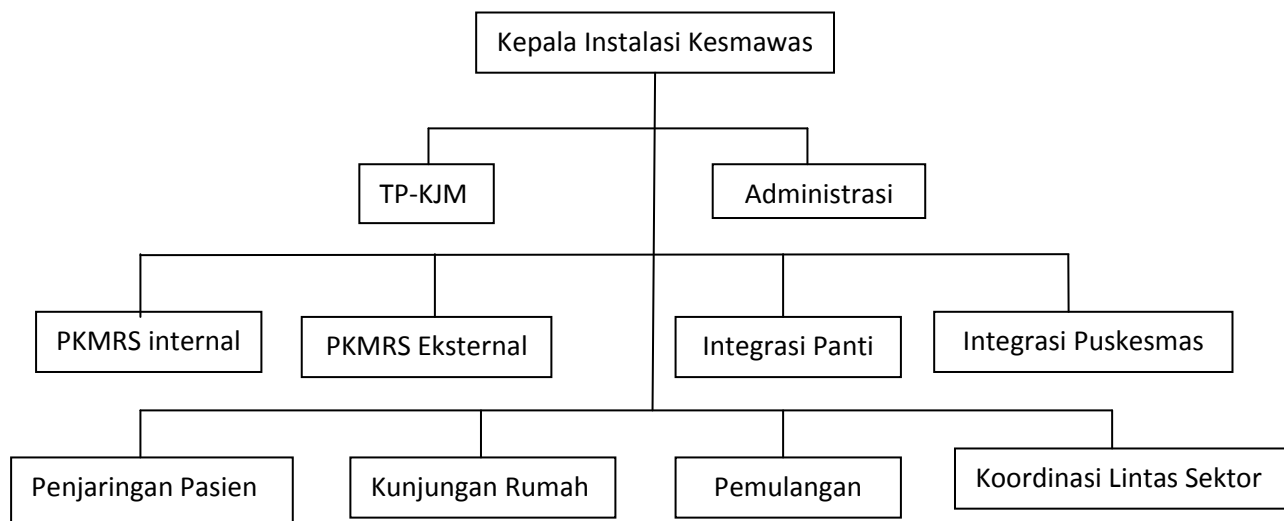
Tugas RSJ sangat penting dalam pelayanan kesehatan jiwa, termasuk salah satunya adalah penanganan kesehatan Jiwa Masyarakat. Didalam struktur organisasinya, RSJ mempunyai instalasi yang disebut Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat (Keswamas) dengan tugas pokok dan fungsinya yang diatur oleh masing masing Rumah Sakit.

#### Kedudukan Instalasi Keswamas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 255/Menkes/Per/III/2008 tentang PPK BLU pada Susunan Jabatan dalam Lingkungan Organisasi Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi PPK BLU, secara struktural Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat (Instalasi Keswamas) berada langsung di bawah Direktur Medik dan Keperawatan.

#### Tugas Pokok dan Fungsi Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat

Tugas pokok Instalasi Keswamas yang terjabar dalam Surat Keputusan tersebut adalah melaksanakan kegiatan pencegahan gangguan jiwa dan peningkatan penyakit kesehatan masyarakat dengan jalan penyuluhan kesehatan jiwa, memberikan konsultasi kesehatan jiwa kepada pemuka masyarakat, mengadakan integrasi usaha kesehatan jiwa dalam usaha kesehatan jiwa masyarakat dan mengadakan kerjasama dengan instansi lain di dalam menanggulangi masalah kesehatan jiwa.



**Gambar 3.2 Struktur Organisasi Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat**

*Sumber: Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor 2010*

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka dijabarkan kegiatan yang harus dilaksanakan oleh Instalasi Keswamas, sebagai berikut:

1. Penyuluhan, baik di dalam rumah sakit, maupun di luar rumah sakit. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat akan kesehatan jiwa.
2. Konsultasi Kesehatan Jiwa, yang bekerjasama dengan psikiater dan psikolog. Kegiatan ini diberikan di ruang perawatan ataupun di poliklinik.
3. Integrasi Kesehatan Jiwa, dalam hal ini ke Panti Sosial Bina Laras, Phala Martha di jalan raya Sukabumi dan puskesmas di wilayah Bogor. Hal ini dilakukan untuk mendekatkan pusat pelayanan kepada masyarakat.
4. Bekerjasama dengan interdepartemental dengan Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM).
5. Menjalin hubungan kerja fungsional dengan bagian Sekretariat, semua Bidang, Instalasi, dan Instalasi lainnya.
6. Menyelenggarakan pencatatan dan pelaporan seluruh kegiatan Instalasi Kesehatan Jiwa Kemasyarakatan.

Sedangkan berdasarkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, Nomor OT.01.01.1.1112 Tentang Struktur Organisasi Dan Tata Kerja Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat, tanggal 28 Maret 2009, Selain Tugas Pokok tersebut di atas, juga mempunyai tugas:

1. Penjaringan gelandangan psikotik.

2. Memberikan pelayanan Jamkesmas bagi klien terlantar dengan berkordinasi dengan Dinas Sosial dan Dinas Kesehatan.
3. Memberikan pelayanan kesehatan jiwa yang berkesinambungan dan pelayanan langsung kepada keluarga klien/pasien di rumah/masyarakat melalui kunjungan rumah (*after care/home visit*).
4. Mengembalikan pasien yang dinyatakan sembuh secara klinis dan sosial oleh Rumah Sakit, kepada keluarga dan lingkungannya atau menyalurkan pasien ke lembaga-lembaga atau yayasan atau panti rehabilitasi.

#### Fungsi Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat

Fungsi utama Instalasi Keswamas adalah sebagai koordinator dan penyelenggara promosi serta prevensi dalam bidang kesehatan jiwa baik yang bersifat intramural maupun ektramural, tetapi karena saat ini Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor tidak hanya melayani pasien jiwa, tetapi juga pasien yang terlibat NAPZA serta penyakit fisik/umum, maka semua kegiatan Instalasi Keswamas juga mencakup ketiganya.

#### Ketenagaan Instalasi Keswamas

Berdasarkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang tersebut di atas, Kepala Instalasi Keswamas dibantu oleh 6 (enam) koordinator, yaitu: 1) Koordinator Pelayanan pasien tidak mampu, 2) Koordinator *Home Visit* dan *Dropping*, dan 3) Koordinator Integrasi 4) Koordinator Penyuluhan, 5) Koordinator Penjangkaran dan 6) Koordinator Lintas Sektor serta 1 (satu) orang Administrasi Umum. Secara kepegawaian, tenaga yang ada saat ini di Instalasi Keswamas, terdiri dari 7 (tujuh) orang PNS. berdasarkan latar belakang pendidikan, yaitu 2 (dua) orang Sarjana Sosial, 3 (tiga) orang Sarjana Kesehatan Masyarakat dan 2 (dua) orang lulusan D3 Pekerja Sosial.

Dalam rangka peningkatan kualitas sumberdaya manusia yang ada dalam lingkup Instalasi Keswamas dilakukan dengan mengikuti beberapa pelatihan atau seminar yang terkait dengan tugas pokok dan fungsi profesi yang dijalani oleh staf Instalasi Keswamas.

#### Capaian Kinerja Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat

##### a. Penyuluhan

- Di Dalam Rumah Sakit

Penyuluhan di dalam lingkungan Rumah Sakit dilakukan baik di ruang rawat inap psikiatri maupun di NAPZA tujuannya adalah memberikan pengetahuan baik kepada keluarga klien/pasien maupun kepada pasien/klien itu sendiri tentang upaya dalam proses penyembuhan baik di lingkungan Rumah Sakit maupun setelah kembali ke keluarganya atau lingkungan sosialnya. Target kegiatan 86 kali dengan Realisasi kegiatan mencapai 56 kegiatan dan ditambah dengan kegiatan penyuluhan pada Perkumpulan Penderita diabetes yang ada di lingkungan Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi (PERSADIA) sebanyak 5 kali, jadi total penyuluhan di dalam adalah 61 kegiatan atau 70,93%.

- Di Luar Rumah Sakit

Memberikan pengetahuan tentang kesehatan jiwa, NAPZA, penyakit dalam, kepada komunitas masyarakat umum yang memerlukannya. Target Penyuluhan Luar selama satu tahun adalah 48 kegiatan dengan capaian 35 kegiatan yang menggunakan biaya Rumah Sakit dan 5 kegiatan yang tidak menggunakan biaya Rumah Sakit. Yaitu penyuluhan ke- Akademi analis Kimia. Jadi Total Kegiatan Penyuluhan luar adalah 40 Kegiatan atau (83,33%)

b. Konsultasi

Sesuai dengan yang permintaan dari klien (bisa langsung berkonsultasi dengan petugas yang dibutuhkan ataupun melalui *hotline service*)

c. Integrasi

Kegiatan integrasi dilakukan secara kontinyu/berkelanjutan, dimana kedatangan dokter spesialis jiwa dari Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi dijadwalkan setiap bulannya. Jika berdasarkan alokasi kegiatan dalam rencana tahun 2010, yang dialokasikan setiap bulan ada 1 orang dokter yang datang, ke Panti Sosial Bina Laras Phala Martha, maka tahun 2010, kegiatan ini dilakukan sebanyak 12 kali (100%). Sedangkan untuk Integrasi Ke Dinas Kesehatan dan Puskesmas target pelaksanaan Integrasi adalah 48 Kegiatan dengan Capaian 30 Kegiatan. Jadi Total target

Integrasi selama satu tahun adalah 60 Kegiatan dengan capaian 42 kegiatan atau (70%).

d. TP-KJM

Program Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) ini belum maksimal karena merupakan program wilayah lintas sektor dimana rumah sakit hanya sebagai anggota.

e. Pencatatan dan pelaporan

Target terlaksana sesuai dengan yang telah direncanakan.

f. Penjaringan Pasien Gelandangan Psikotik (PG)

Melakukan pejaringan pasien PG di sekitar wilayah Bogor, kegiatan dilakukan dengan melakukan koordinasi dengan pihak Dinas Kesehatan, Pemerintah Daerah, Badan Pengendalian Masyarakat dan aparat Kepolisian. Untuk tahun 2010 kegiatan penjaringan ini untuk tahun 2010 pelaksanaannya dilaksanakan oleh pihak Dinas Sosial, atau aparat yang terkait mengirim pasien PG untuk dirawat di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

g. Kunjungan Rumah (*home visit*)

Suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat dari ruang perawatan bersama pekerja sosial medis (PSM), dokter atau tenaga kesehatan profesional lainnya untuk mengunjungi rumah keluarga/klien atau lingkungan sosialnya dalam rangka mengidentifikasi latar belakang yang bersangkutan baik segi kesehatan, ekonomi serta keadaan sosial lainnya disamping mencari cara menuju proses penyembuhan pasien. Target kegiatan 240 kali, realisasi mencapai 121 kegiatan yang menggunakan Anggaran Rumah Sakit, 15 Kegiatan dilakukan oleh mahasiswa S1 Keperawatan, 13 Kegiatan dilakukan Mahasiswa D3 Okupasi Terapy, 66 Kegiatan Oleh D3 Mahasiswa Keperawatan, 77 Kegiatan dilakukan Oleh Mahasiswa Magang S2 Psikolog dan 138 Kegiatan dilakukan Oleh Mahasiswa S1 Kedokteran. Jadi Total Kunjungan Rumah di Tahun 2010 adalah 430 Kegiatan (179,16% ).

#### h. Pemulangan/Penyaluran Pasien (*dropping*)

Kegiatan ini adalah kegiatan penyaluran pasien/klien kembali kepada keluarganya, panti rehabilitasi, atau yayasan - yayasan sosial setelah dinyatakan sembuh secara klinis dan sosial oleh pihak rumah sakit. Tahun anggaran ini realisasi mencapai 77 kegiatan dari target 120 kegiatan yang real Pulang dan kegiatan pemulangan secara Administrasi tiap 3 bulan sekali adalah 65 pasien. Jadi total Pemulangan selama satu tahun baik pulang secara real dan Administrasi adalah 142 kegiatan atau mencapai 118,33%.

Sebenarnya ada beberapa pengajuan yang mengalami kendala sehingga belum atau tidak jadi dilaksanakan di luar realisasi tersebut. Alasan batalnya pemulangan disebabkan oleh beberapa hal, contohnya, pasien sudah pindah ruangan, pasien diambil pulang, keluarga pasien berjanji untuk mengambil pulang, keluarga tidak mau menerima pasien kembali, serta keluarga tidak ditemukan (biasanya ini terjadi pada pasien PG).

Dari uraian diatas mengenai kegiatan yang dilakukan oleh Instalasi Kesehatan jiwa Masyarakat bisa memfasilitasi program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *assertive community treatment*. Seperti disampaikan oleh salah satu informan:

*"model assertive community treatment ini adalah salah satu program pelayanan kesehatan jiwa yang dilaksanakan oleh rumah sakit untuk mengatasi permasalahan baik yang ada di rumah sakit maupun di msyarakat dan pelaksana program ini dilaksanakan di Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat yang merupakan salah satu kegiatannya."*(Direktur Medik dan Keperawatan, Juni 2011).

### 3.1.3 Model Assertive Community Treatment

*Model Assertive Community Treatment* pertama kali berkembang pada awal tahun 70-an, setelah terjadinya deinstitutionalisasi, dimana sejumlah besar pasien dipulangkan dari RSJ, setelah kembali ke masyarakat mengalami berbagai masalah di masyarakat. Awalnya disebut Madison Model, yaitu suatu strategi untuk mencegah perawatan kembali pasien skizofrenia. Saat itu suatu kelompok profesional kesehatan jiwa di *Mendota Mental Health Institute* di Wisconsin - Arnold Marx, M.D., Leonard

Stein, M.D. dan Mary Ann Test, Ph.D - menemukan bahwa banyak pasien dengan gangguan jiwa berat yang telah menjalani perawatan di rumah sakit dan pulang ke rumahnya dalam keadaan stabil hanya mampu bertahan dalam waktu singkat dalam lingkungan kehidupannya dan dalam waktu singkat menjalani perawatan kembali di rumah sakit. Kelompok tersebut kemudian merencanakan suatu program yang dapat membantu pasien bertahan di lingkungan tempat tinggalnya dan menjalani kehidupan yang berkualitas.

Kelompok ini menemukan bahwa setelah pasien menjalani perawatan di rumah sakit, mereka kehilangan kontak yang intensif dengan rumah sakit. Mereka juga menemukan bahwa walaupun pasien mendapatkan ketrampilan selama dirawat di rumah sakit, setelah mereka kembali tinggal di lingkungan tempat tinggalnya, mereka seringkali tidak mampu untuk menerapkan ketrampilan tersebut dalam kehidupan sebenarnya. Penyesuaian dengan lingkungan tersebut sering mengalami kegagalan karena orang dengan gangguan jiwa berat rentan terhadap stres yang berhubungan dengan perubahan.

Kelompok ini juga menemukan bahwa, sistem pelayanan kesehatan (untuk pasien dengan gangguan jiwa berat), seringkali kompleks dan layanan sering dilakukan secara terpisah-pisah, sehingga pasien seringkali mengalami kesulitan dalam mendapatkan pelayanan dan dukungan yang diperlukan untuk mencegah kekambuhan. Beberapa program sering tersedia dalam waktu yang terbatas (hanya pada saat pasien dirawat di rumah sakit), dan pada saat pasien keluar dari rumah sakit, program tersebut tidak lagi dapat diikuti. Kadang-kadang pasien menolak layanan tersebut, atau mereka tidak mampu untuk mengikuti program tersebut karena gejala-gejala yang masih dirasakan. Kadang-kadang pasien ingin mengikuti suatu program yang diadakan oleh rumah sakit, tetapi tidak ada anggota keluarga yang membantu pasien untuk mendapatkan layanan tersebut.

Kelompok tersebut kemudian membuat rencana untuk “memindahkan” staf rumah sakit ke masyarakat dan memberikan layanan kepada pasien di lingkungan tempat tinggalnya. Layanan tersebut kemudian direncanakan diberikan oleh suatu tim multidisiplin, yang memberikan dukungan, terapi dan rehabilitasi yang diperlukan oleh pasien supaya bisa bertahan tinggal di lingkungan tempat tinggalnya. Jenis-jenis layanan yang diberikan dan berapa lama layanan ini diberikan disesuaikan dengan



kebutuhan dari masing-masing pasien. Masing-masing anggota tim menggunakan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki untuk membantu masing-masing pasien sesuai dengan masalah yang dihadapi dan penatalaksanaan yang diberikan efektif. Anggota tim bertemu secara teratur untuk mendiskusikan masalah yang dihadapi. Bila pasien yang dihadapi membutuhkan bantuan yang lebih, anggota tim akan bertemu lebih sering. Bila pasien telah mengalami perbaikan, interaksi anggota tim dengan pasien bisa diturunkan, tetapi tim tidak memutuskan kontak dengan pasien, dan kontak akan bisa ditingkatkan kembali apabila dibutuhkan.

Model *Assertive Community Treatment* diindikasikan untuk individu dengan gangguan jiwa berat yang menyebabkan hendaya dan disabilitas pada fungsinya (seperti fungsi pekerjaan, perawatan diri, hubungan sosial dan interpersonal). Peserta *Assertive Community Treatment* biasanya orang dengan skizofrenia dan gangguan psikotik lain (*skizoafektif*) dan gangguan bipolar; yang menunjukkan disabilitas yang bermakna dan tidak membaik dengan model perawatan rawat jalan tradisional, yang menunjukkan kesulitan dalam melakukan kunjungan rawat jalan, dan yang belum memahami tentang bagaimana harus mencari pertolongan.

Definisi :

*Assertive community treatment* adalah suatu program pelayanan kesehatan dengan pendekatan tim multidisiplin yang memberikan pelayanan yang komprehensif dan fleksibel, dukungan dan pelayanan rehabilitasi untuk individu dengan gangguan jiwa berat, dimana pelayanan diberikan di lingkungan natural pasien, bukan dalam setting Rumah Sakit. (*ACT Tools Kit, 2008*)

Beda *Assertive Community Treatment* dengan penatalaksanaan yang biasa diberikan kepada pasien skizofrenia:

Dalam *Assertive Community Treatment* tim multidisiplin bekerja bersama dalam suatu tim. Tim *Assertive Community Treatment* berkolaborasi dalam memberikan terapi, rehabilitasi, dan dukungan bagi tiap-tiap klien untuk menjalani kehidupan di masyarakat. Konsumen adalah klien dari suatu tim, bukan klien dari salah satu anggota tim secara individual. Individu dengan gangguan jiwa berat biasanya tidak mengalami perbaikan yang bermakna bila hanya ditangani dengan pelayanan rawat jalan yang biasa. Tim *Assertive Community Treatment* memberikan pelayanan kapanpun dan dimanapun dibutuhkan. Konsumen tidak perlu mengikuti

aturan yang baku dalam program terapi, tetapi disesuaikan dengan kebutuhan pasien saat itu.

#### Tujuan *Assertive Community Treatment*

Tujuan umum:

1. Menurunkan angka perawatan pasien dengan gangguan jiwa berat.
2. Meningkatkan stabilitas pasien di lingkungan tempat tinggalnya.
3. Meningkatkan kualitas hidup pasien.

Tujuan khusus :

1. Untuk menurunkan/ meminimalisasi gejala gangguan jiwa bagi tiap-tiap pasien secara individual dan untuk meminimalisasi atau mencegah berulangnya episode penyakit
2. Untuk memberikan pemenuhan kebutuhan dasar dan meningkatkan kualitas hidup
3. Untuk meningkatkan fungsi sosial pasien dan perannya dalam pekerjaan
4. Untuk meningkatkan kemampuan individu untuk menjalani kehidupan secara mandiri di lingkungannya
5. Untuk menurunkan beban keluarga dalam merawat pasien.

#### Prinsip-prinsip *Assertive Community Treatment*

1. Pelayanan ditujukan pada kelompok khusus, yaitu individu dengan gangguan jiwa berat.
2. Tim *Assertive Community Treatment* memberikan pelayanan, dukungan dan pelayanan rehabilitatif.
3. Anggota tim berbagi tanggungjawab untuk individu yang ditangani oleh tim.
4. Ratio staf dan konsumen cukup kecil, yaitu 1:10.
5. Rentang terapi dan pelayanan adalah komprehensif dan fleksibel.
6. Intervensi dilakukan dalam lingkungan tempat tinggal pasien, bukan dalam setting RS/klinik.
7. Tidak ada batasan waktu dalam memberikan pelayanan.
8. Terapi, dukungan dan rehabilitasi dilakukan secara individual.
9. Pelayanan tersedia dalam 24 jam/ hari.
10. Tim bersikap asertif dalam melakukan pelayanan.

#### Gambaran penting dari *Assertive Community Treatment*

1. Staf multidisiplin

Tim yang memberikan layanan *Assertive Community Treatment* terdiri dari berbagai profesi yang saling bekerjasama memberikan layanan komprehensif untuk pasien dengan gangguan jiwa berat.

## 2. Pelayanan yang terintegrasi

Pelayanan dalam *Assertive Community Treatment* dilakukan secara terintegrasi oleh sebuah tim, yang terdiri dari:

- Terapi : terapi obat/medikasi, perawatan kesehatan fisik, kontrol gejala
- layanan rehabilitasi : aktivitas sehari-hari, hubungan interpersonal
- terapi penyalahgunaan zat
- bantuan-bantuan praktis
- layanan sosial
- layanan terhadap keluarga
- layanan yang lain yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

## 3. Pendekatan tim

Anggota Tim *Assertive Community Treatment* adalah para profesional di bidang kesehatan jiwa dari berbagai profesi yang bekerja bersama-sama secara kolaboratif. Masing-masing anggota tim mempunyai klien tetap yang ditangani, akan tetapi anggota tim yang lain juga mengenal klien dari anggota tim yang lain dan siap memberikan bantuan sesuai dengan keahliannya pada saat diperlukan.

Anggota tim melakukan pertemuan secara rutin untuk mermbahas tentang klien yang ditemui, pemecahan masalah yang dihadapi, dan rencana penatalaksanaannya. Masing-masing anggota tim mempunyai tanggung jawab terhadap sejumlah klien yang telah ditentukan, kemudian pada saat pertemuan permasalahan yang dihadapi oleh masing-masing klien dibahas bersama-sama untuk merencanakan pemecahan masalahnya.

## 4. Rasio staf-klien rendah (1:10)

Rasio staf dengan klien relatif kecil untuk menjamin layanan yang adekuat untuk masing-masing klien. Rasio yang ideal adalah satu tenaga kesehatan melayani 10 klien.

## 5. Tempat kontak di lingkungan pasien dengan kunjungan rumah (*home visit*)

Semua anggota tim *Assertive Community Treatment* melakukan kunjungan rumah terhadap klien. Kunjungan dilakukan di lingkungan tempat tinggal pasien atau

lingkungannya, seperti di tempat kerja klien, bukan pertemuan di tempat pelayanan kesehatan. Penilaian yang dilakukan di lingkungan kehidupan pasien sehari-hari akan memberikan hasil yang lebih akurat tentang keadaan dan masalah yang dihadapi klien.

#### 6. *Medication management*

Prioritas utama dari *Assertive Community Treatment* adalah pemberian pengobatan yang efektif, dengan penilaian yang adekuat tentang gejala yang dialami pasien dan diagnosis, pemilihan obat yang rasional, dosis dan durasi terapi yang adekuat, dan penatalaksanaan efek samping yang kemungkinan dialami.

#### 7. Fokus pada masalah kehidupan sehari-hari

Tim *Assertive Community Treatment* berfokus pada aktivitas sehari-hari klien, tergantung dari kebutuhan pasien, seperti; rumah yang aman, membuat rencana pertemuan, melakukan pembayaran dan berbelanja. Tim *Assertive Community Treatment* juga membantu klien mendapatkan ketrampilan dalam lingkungan tempat tinggalnya.

#### 8. Akses yang cepat

Tim *Assertive Community Treatment* memberikan respons yang cepat terhadap masalah *emergency* yang dihadapi klien, sehingga bisa dikatakan bahwa tim *Assertive Community Treatment* bekerja 24 jam sehari.

#### 9. *Assertive outreach*

Tim *Assertive Community Treatment* melakukan pendekatan pada klien yang menolak untuk bekerjasama, dan tidak secara otomatis menghentikan pelayanan terhadap klien yang menolak untuk bekerjasama.

#### 10. Pelayanan bersifat individual

Pelayanan dan dukungan yang diberikan kepada klien bersifat individual untuk mengakomodasi kebutuhan dari klien dengan gangguan jiwa berat, yang berada pada populasi yang heterogen.

#### 11. Pelayanan tidak terbatas waktu

Layanan yang diberikan kepada klien tetap diberikan walaupun klien telah mengalami stabilisasi dari permasalahan yang dihadapi, baik stabilisasi pengobatan, gejala, dan masalah dengan keluarga/lingkungannya. Pelayanan yang

diberikan adalah pelayanan seumur hidup, sehingga keadaan klien tetap dipantau oleh petugas secara berkala.

Model *Assertive community treatment* merupakan satu-satunya model penanganan klien gangguan jiwa berbasis masyarakat yang diterapkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia di seluruh Indonesia dengan *pilot project* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor dan 4 (empat) Puskesmas binaan sejak tahun 2009. Model *Assertive Community Treatment* adalah suatu program pelayanan kesehatan dengan pendekatan tim multidisiplin yang memberikan pelayanan yang komprehensif dan fleksibel, dukungan dan pelayanan rehabilitasi untuk individu dengan gangguan jiwa berat, dimana pelayanan diberikan di lingkungan natural pasien, bukan dalam *setting* Rumah Sakit.

Tujuan umum *Assertive Community Treatment*:

- Menurunkan angka perawatan pasien dengan gangguan jiwa berat.
- Meningkatkan stabilitas pasien di lingkungan tempat tinggalnya.
- Meningkatkan kualitas hidup pasien.

Tujuan khusus *Assertive Community Treatment*:

- Untuk menurunkan/ meminimalisasi gejala gangguan jiwa bagi tiap-tiap pasien secara individual dan untuk meminimalisasi atau mencegah berulangnya episode penyakit.
- Untuk memberikan pemenuhan kebutuhan dasar dan meningkatkan kualitas hidup.
- Untuk meningkatkan fungsi sosial pasien dan perannya dalam pekerjaan.
- Untuk meningkatkan kemampuan individu untuk menjalani kehidupan secara mandiri di lingkungannya.
- Untuk menurunkan beban keluarga dalam merawat pasien.

Prinsip-prinsip *Assertive Community Treatment*:

- pelayanan ditujukan pada kelompok khusus, yaitu individu dengan gangguan jiwa berat.
- tim *Assertive Community Treatment* memberikan pelayanan, dukungan dan pelayanan rehabilitatif.
- anggota tim berbagi tanggungjawab untuk individu yang ditangani oleh tim.
- ratio staf dan konsumen cukup kecil, yaitu 1:10

- rentang terapi dan pelayanan adalah komprehensif dan fleksibel.
- intervensi dilakukan dalam lingkungan tempat tinggal pasien, bukan dalam *setting* Rumah Sakit/klinik.
- tidak ada batasan waktu dalam memberikan pelayanan.
- terapi, dukungan dan rehabilitasi dilakukan secara individual.
- pelayanan tersedia dalam 24 jam/ hari.
- tim bersikap asertif dalam melakukan pelayanan.

Sebelum memulai kegiatan, pertama kali dibentuk suatu tim multidisiplin. Dalam satu tim, idealnya minimal 6 orang.

Tim *Assertive Community Treatment* yang ideal terdiri dari:

1. Pimpinan tim – pekerja kesehatan profesional yang bekerja secara *full-time*.
2. Psikiater.
3. Perawat.
4. *Employment specialist*.
5. Ahli terapi penyalahgunaan zat.
6. Pekerja sosial.
7. Psikolog.
8. Asisten program.

Tugas Tim

- Pimpinan Tim
  - Bertanggungjawab terhadap persoalan administratif anggota tim, termasuk penentuan dan pelatihan anggota tim.
  - Bertanggungjawab terhadap penjadwalan kegiatan, mengevaluasi kinerja anggota tim.
  - Monitoring pelaksanaan program sesuai dengan “aturan” dari model *Assertive Community Treatment*.
  - Bertanggungjawab terhadap sumber-sumber finansial.
  - Bertanggungjawab terhadap supervisi klinis: monitoring status pasien, melakukan penilaian terhadap kinerja anggota tim, dan memberikan *feedback* kepada anggota tim dalam aktivitas sehari-hari.
- Anggota Tim bersama-sama dengan Pimpinan Tim

- Mengadakan pendataan pasien-pasien yang memenuhi kriteria mendapatkan pelayanan *Assertive Community Treatment*.
- Melakukan kunjungan rumah untuk menemukan masalah yang dihadapi pasien di lingkungan tempat tinggalnya.
- Mengadakan pertemuan rutin untuk membahas masalah yang dihadapi pasien.
- Menentukan pemecahan masalah sesuai dengan masalah yang dihadapi pasien.
- Menentukan pelayanan yang terintegrasi oleh tim multidisiplin.
- Mengadakan evaluasi layanan yang telah dilakukan.

Gambaran penting dari Model *Assertive Community Treatment*

#### 12. Staf multidisiplin.

Tim yang memberikan layanan *Assertive Community Treatment* terdiri dari berbagai profesi yang saling bekerjasama memberikan layanan komprehensif untuk pasien dengan gangguan jiwa berat.

#### 13. Pelayanan yang terintegrasi.

Pelayanan dalam *Assertive Community Treatment* dilakukan secara terintegrasi oleh sebuah tim, yang terdiri dari:

- Terapi: terapi obat/medikasi, perawatan kesehatan fisik, kontrol gejala.
- Layanan rehabilitasi: aktivitas sehari-hari, hubungan interpersonal.
- Teapi penyalahgunaan zat.
- Bantuan-bantuan praktis.
- Layanan sosial.
- Layanan terhadap keluarga.
- Layanan yang lain yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

#### 14. Pendekatan tim.

Anggota tim melakukan pertemuan secara rutin untuk membahas tentang klien yang ditemui, pemecahan masalah yang dihadapi, dan rencana penatalaksanaannya. Masing-masing anggota tim mempunyai tanggung jawab terhadap sejumlah klien yang telah ditentukan, kemudian pada saat pertemuan permasalahan yang dihadapi oleh masing-masing klien dibahas bersama-sama untuk merencanakan pemecahan masalahnya.

15. Rasio staf-klien rendah (1:10)

Rasio staf dengan klien relatif kecil untuk menjamin layanan yang adekuat untuk masing-masing klien. Rasio yang ideal adalah satu tenaga kesehatan melayani 10 klien.

16. Tempat kontak di lingkungan pasien dengan cara kunjungan rumah (*home visit*).

Semua anggota tim *Assertive Community Treatment* melakukan kunjungan rumah terhadap klien. Kunjungan dilakukan di lingkungan tempat tinggal pasien atau *lingkungannya*, seperti di tempat kerja klien, bukan pertemuan di tempat pelayanan kesehatan. Penilaian yang dilakukan di lingkungan kehidupan pasien sehari-hari akan memberikan hasil yang lebih akurat tentang keadaan dan masalah yang dihadapi klien.

17. *Medication management*.

Prioritas utama dari model *Assertive Community Treatment* adalah pemberian pengobatan yang efektif, dengan penilaian yang adekuat tentang gejala yang dialami pasien dan diagnosis, pemilihan obat yang rasional, dosis dan durasi terapi yang adekuat, dan penatalaksanaan efek samping yang kemungkinan dialami.

18. Fokus pada masalah kehidupan sehari-hari.

Tim *Assertive Community Treatment* berfokus pada aktivitas sehari-hari klien, tergantung dari kebutuhan pasien, seperti; rumah yang aman, membuat rencana pertemuan, melakukan pembayaran dan berbelanja. Tim *Assertive Community Treatment* juga membantu klien mendapatkan ketrampilan dalam lingkungan tempat tinggalnya.

19. Akses yang cepat.

Tim *Assertive Community Treatment* memberikan respons yang cepat terhadap masalah emergency yang dihadapi klien, sehingga bisa dikatakan bahwa tim *Assertive Community Treatment* bekerja 24 jam sehari.

20. *Assertive outreach*.

Tim *Assertive Community Treatment* melakukan pendekatan pada klien yang menolak untuk bekerjasama, dan tidak secara otomatis menghentikan pelayanan terhadap klien yang menolak untuk bekerjasama.



### 21. Pelayanan bersifat individual.

Pelayanan dan dukungan yang diberikan kepada klien bersifat individual untuk mengakomodasi kebutuhan dari klien dengan gangguan jiwa berat, yang berada pada populasi yang heterogen.

### 22. Pelayanan tidak terbatas waktu.

Layanan yang diberikan kepada klien tetap diberikan walaupun klien telah mengalami stabilisasi dari permasalahan yang dihadapi, baik stabilisasi pengobatan, gejala, dan masalah dengan keluarga/lingkungannya. Pelayanan yang diberikan adalah pelayanan seumur hidup, sehingga keadaan klien tetap dipantau oleh petugas secara berkala.

#### Populasi target:

1. Klien yang menjalani perawatan dalam jangka waktu lama dan yang sering dirawat di Rumah Sakit.
2. Klien yang sering dibawa ke *emergency room* (> 4x/tahun).
3. Klien yang tidak mempunyai tempat tinggal.
4. Klien dengan komorbiditas dengan gangguan penyalahgunaan zat (dual diagnosis).
5. Klien yang terlibat dalam masalah hukum.

#### Kontraindikasi *Assertive Community Treatment*

- Klien yang mendapatkan manfaat dengan terapi konvensional: klien yang tidak bermasalah dengan *compliance*, efek samping, ekspresi emosi keluarga dll.
- Klien dengan gangguan kepribadian.

#### Jenis pelayanan yang diberikan oleh tim *Assertive Community Treatment*

##### 1. Terapi

- terapi psikofarmakologi.
- terapi suportif individual.
- terapi intervensi krisis secara berpindah-pindah (*mobile crisis intervention*).
- hospitalisasi.
- terapi penyalahgunaan zat, termasuk terapi kelompok (untuk klien dengan dual diagnosis).

##### 2. Rehabilitasi

- Pelatihan ketrampilan perilaku (terapi suportif dan CBT), termasuk pengaturan waktu dan melaksanakan kegiatan sehari-hari.
- *Supported employment*, baik pada pekerjaan yang dibayar maupun *volunteer*
- Dukungan untuk pendidikan.

### 3. Pelayanan dukungan

- dukungan, edukasi, dan pelatihan ketrampilan untuk anggota keluarga.
- kolaborasi dengan keluarga.
- dukungan langsung untuk membantu klien mendapatkan pelayanan hukum dan advokasi, dukungan finansial, dukungan untuk tempat tinggal, pelayanan manajemen keuangan, dan transportasi.

## **BAB 4**

### **MODEL ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT SEBAGAI PELAYANAN KESEHATAN JIWA BERBASIS MASYARAKAT BAGI KLIEN GANGGUAN JIWA**

Dalam Bab ini disajikan hasil penelitian tentang model *Assertive Community Treatment* sebagai Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat bagi Klien Gangguan Jiwa dari Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Bagian pertama membahas pelaksanaan *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor mulai dari pembentukan tim, penyusunan modul, kemudian dilanjutkan dengan pelatihan model *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dan pekerja sosial medis dalam Tim *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Bagian kedua akan membahas penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor fokusnya pada alur pelayanan pasien gangguan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment*.

Pada bagian terakhir membahas faktor–faktor pendukung dan penghambat penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment* sebagai pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat bagi Klien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor pada tahun 2010.

#### **4.1 Pelaksanaan *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**

##### **4.1.1 Pembentukan Tim *Assertive Community Treatment* Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**

Model *Assertive Community Treatment* adalah suatu program pelayanan kesehatan dengan pendekatan tim multidisiplin yang memberikan pelayanan yang komprehensif dan fleksibel, dukungan dan pelayanan rehabilitasi untuk individu dengan gangguan jiwa berat, dimana pelayanan diberikan di lingkungan natural pasien yaitu di tempat tinggalnya, bukan dalam *setting* Rumah Sakit. Seperti dijelaskan oleh informan dalam wawancara sebagai berikut:

“Model ACT ini untuk keluarga pasien dan masyarakat, sehingga pasien dapat tinggal lebih lama di lingkungan tempat tinggalnya dan mengurangi beban pembiayaan oleh keluarga, pasien dapat lebih teratur minum obat, bisa bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya, jarang mengalami kekambuhan,

diharapkan pasien bisa menjadi warga masyarakat yang sama dengan warga yang lain, dan tidak menimbulkan keresahan di masyarakat pasien yang sudah pulang ke rumah diharapkan akan lebih lama tinggal dengan keluarganya dengan penerapan *model Assertive Community Treatment* yaitu dengan memanfaatkan sumber-sumber yang ada di lingkungan misalnya akses untuk mendapatkan obat yang lebih dekat di Puskesmas.”(Kabid Medik, Juni 2011).

Dari keterangan informan diketahui alasan yang mendasari dilaksanakannya program pelayanan kesehatan jiwa yang mempunyai tujuan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pasien gangguan jiwa untuk meningkatkan kualitas hidup orang dengan gangguan jiwa.

Model *Assertive Community Treatment* adalah suatu kebijakan yang dirancang dalam upaya Pengembangan pelayanan kesehatan jiwa komunitas yang melibatkan berbagai pihak. Pada Rencana Strategis Rumah Sakit dr. H. Marzoeke Mahdi Bogor 2008-2013 dengan mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 406/Menkes/SK/VI/2009 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas dan pada Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa "Kesehatan Jiwa" merupakan bagian yang tidak terpisahkan (integral) dari "Kesehatan" dan unsur utama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh. Untuk mewujudkan program pengembangan dalam pelayanan kesehatan jiwa di wilayahnya, kemudian pada tahun 2009 menyusun Tim *Assertive Community Treatment* Rumah Sakit dengan multidisiplin yang terdiri dari, Psikiater, Dokter, Psikolog, Pekerja Sosial Medis dan Perawat. Seperti disampaikan informan berikut ini:

“Sejak tahun 2000 lalu dalam reorganisasi Kementrian Kesehatan RI, Direktorat Kesehatan Jiwa ditempatkan dibawah Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat dan merubah orientasinya dari pembina kesehatan jiwa masyarakat rujukan menjadi pembina kesehatan jiwa masyarakat dasar. Dengan demikian diharapkan agar kiprah pelayanan kesehatan jiwa secara professional sudah dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa serta Rumah Sakit Umum, dapat diperluas ke masyarakat melalui pendekatan *primary health care*, yang berarti melakukan perluasan pelayanan kesehatan dasar dengan selalu mengikutsertakan peran serta aktif masyarakat serta kerja sama lintas sektor dan lintas program. Mengkaji kembali kebijakan kesehatan jiwa masyarakat masyarakat terdapat perubahan yaitu dari berbasis rumah sakit

(*hospital base*) menjadi berbasis masyarakat, dtangani disemua pelayanan kesehatan yang ada, dahulu rawat inap sekarang mengandalkan rawat jalandan dahulu penderita gangguan jiwaperlu disantuni sekarang dapat diberdayakan.” (Dirut Medik, Juni 2011).

Maka dengan alasan tersebut pembentukan tim langsung di syahkan melalui didasarkan pada Surat Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Nomor: KP 01.02.1.1.6257 tanggal 01 Desember 2009.

Kemudian tim ini menyusun modul sebagai bahan pembelajaran dari masing-masing multidisiplin, serta menetapkan program dengan model *Assertive Community Treatment* serta Advokasi dengan stakeholder (Dinas Kesehatan, Dinas Sosial)

Setelah menyusun rencana kegiatan, Tim *Assertive Community Treatment* RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi kemudian melakukan advokasi ke Dinas Kesehatan Kodya Bogor. Dalam advokasi tersebut dijelaskan tentang kegiatan *Assertive Community Treatment* yang akan dilakukan bersama dengan Puskesmas, tujuan dan target yang akan dicapai dengan kegiatan tersebut.

Semua ketentuannya bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota Bogor pada 4 (empat) Puskesmas binaan, yaitu: Sindang Barang, Gang Kelor, Pondok Rumput dan Bogor Timur. Berdasarkan penjelasan informan berikut:

”dalam rangka penjangkauan wilayah pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas maka pihak rumah sakit sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan jiwa membentuk Tim *Assertive Community Treatment* dalam rangka untuk menyusun modul dan melatih petugas kesehatan yang ada di Puskesmas dengan bekerjasama dengan Dinas Kesehatan yang membawahi wilayah yang akan dijadikan daerah binaan oleh Rumah Sakit untuk pelaksanaan program kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* sehingga dengan demikian akan memperkuat kerjasama lintas sektor dan program.” (Kabid Medik, Juni 2011).

Dan dijelaskan juga secara terperinci mengenai Pasien yang menjadi sasaran kegiatan *Assertive Community Treatment* seperti yang disampaikan oleh informan sebagai berikut:

”Yang akan dijadikan sebagai sasaran program kesehatan jiwa dengan model *ACT* adalah pasien dengan gangguan jiwa berat khususnya skizofrenia yang menunjukkan karakteristik:Pernah menjalani perawatan dalam jangka waktu

lama dan yang sering dirawat di Rumah Sakit, Sering dibawa ke Ruang Gawat Darurat karena mengalami episode akut/ kekambuhan (> 4x/tahun), Adanya komorbiditas dengan gangguan penyalahgunaan zat (dual diagnosis) dan Bertempat tinggal di wilayah penjangkauan Puskesmas.” (Kabid Medik, Juni 2011)

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan untuk memudahkan tim dalam melaksanakan program pelayanan kesehatan jiwa, sehingga tim dapat bertanggung jawab terhadap wilayah binaan. Diperkuat juga oleh pernyataan Dirut Medik Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Menurut seperti yang disampaikan sebagai berikut:

”untuk mempermudah pelaksanaan program kesehatan jiwa model *Assertive Community Treatment* harus dibuat tim karena petugas yang masuk dalam tim mempunyai tugas rangkap, untuk itu petugas yang ada didalam di rumah sakit tidak boleh terlibat dalam tim kerja lebih dari 3 ini menghindari beban kerja yang berlebihan.” (dr. P, Juni 2011).

#### **4.1.2 Penyusunan Modul dan Pelatihan Model *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**

##### **4.1.2.1. Persiapan**

Dalam tahap ini anggota tim dari masing-masing profesi menentukan jadwal pertemuan untuk mengkompilasi bahan-bahan pembelajaran yang digunakan untuk pelatihan program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment*. Pertemuan diadakan seminggu sekali sesuai kesepakatan. Hal ini disampaikan oleh informan berikut:

“Kalau kita dari profesi perawat sudah siap dalam materi untuk modul mengenai keperawatan sesuai dengan peran fungsi perawat menurunkan insiden sakit dgn mengubah faktor penyebab ditujukan pada individu sehat melalui upaya promosi, pencegahan penyakit dan perlindungan sedangkan untuk prevensi sekunder menurunkan sakit aktual dengan deteksi dini dan mengatasi masalah atau penanganan masalah kesehatan serta malaksanakan prevensi tersier yaitu menurunkan ketidak mampuan atau kecacatan yang di akibatkan oleh penyakit.” (Perawat P, Juni 2011).

Berdasarkan pengamatan dari peneliti memang profesi perawat yang lebih siap dan lengkap dalam pengadaan materi pelatihan ini disebabkan pengalaman terbang mereka sudah cukup tinggi sehingga memicu semangat anggota tim lain untuk segera mengumpulkan materinya sesuai profesi masing-masing yang sudah disebutkan diatas. Pertemuan ini digunakan untuk menyambungkan materi sehingga dalam menyampaikan ada keterkaitan peran dan fungsi dari masing-masing profesi.

Dalam tahap persiapan selain penyusunan modul, tak kalah pentingnya adalah pembentukan panitia penyelenggara kegiatan ini. Tahap ini sangat penting untuk menentukan nara sumber, peserta, lokasi dan jadwal kegiatan, ini sesuai dengan apa yang diungkapkan oleh informan berikut:

“Disini kita menentukan kepanitiaan untuk menentukan pembagian tugas sehingga mempermudah dalam pelaksanaan kegiatan ini. Misalnya siapa yang akan melakukan advokasi kepada pihak Dinas Kesehatan Kota yang wilayahnya akan dijadikan sasaran kegiatan kemudian jumlah peserta yang akan ikut sesuai dengan sasaran kegiatan.”(Kabid Medik, Juni 2011).

Berdasarkan dari informasi Kabid Medik kita terlebih dahulu menyamakan persepsi sehingga dalam pelaksanaan tidak ada yang berbeda satu sama lainnya. Dan untuk penentuan narasumber dari luar ada yaitu dari Universitas Indonesia dan Dinas Kesehatan Kota Bogor seperti yang disampaikan informan berikut ini:

“Saya sebenarnya via telpon sudah menghubungi narasumber dan beliau sudah meng-ok-kan tetapi minta dikonfirmasi ulang karena jadwal beliau yang padat dan kalau untuk yang Ke Dinas Kesehatan Kota kita sudah menghubungi dan dari pihak Dinas minta dikirim Surat resmi saja dari pihak Rumah Sakit sebagai penyelenggara kegiatan.”(Perawat P, Juni 2011).

#### **4.1.2.2. Pelaksanaan Pelatihan**

Pada tahap ini sebelum pelaksanaan pelatihan program pelayanan kesehatan dengan model *Assertive Community Treatment* diadakan pembekalan kepada para fasilitator sesuai profesi masing-masing,

dimaksudkan dalam pelaksanaan kegiatan pelatihan tidak terjadi kesalahan dalam penyampaian materi pelatihan, termasuk konsep-konsep yang harus dipahami dalam model *Assertive Community Treatment*. Seperti keterangan yang diperoleh dari informan Perawat P berikut:

“Ya kalau untuk persiapan kita sendiri yang menyiapkan, persamaan persepsi seperti siapa yang mau dijadikan role model dalam pelaksanaan kegiatan pelatihan atau siapa yang akan mencairkan suasana pelatihan supaya tidak jenuh dan saling mengenal diantara peserta pelatihan.”(Perawat P, Juni 2011).

Sesuai dengan keterangan dalam tahap persiapan bahwa penentuan wilayah binaan dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Maka pihak Rumah Sakit sebagai penyelenggara pelatihan menyetujui apa yang sudah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kota sekaligus, juga dalam hal penugasan dan penetapan peserta dari wilayah binaan yang membuat Dinas Kesehatan Kota. Kebijakan ini diambil oleh pihak rumah sakit akan berdampak pada pembiayaan pelatihan ini. Ini berdasarkan keterangan dari informan berikut:

“Rumah Sakit sebagai pihak penyelenggara pelatihan hanya mengalokasikan anggaran yang disetujui oleh pihak Dirut keuangan melalui bidang Diklit hanya untuk biaya konsumsi, ATK peserta, dan penggandaan modul sedangkan fasilitator dari dalam tidak dibayar karena itu sudah menjadi aturan Rumah Sakit yang sudah BLU (Badan Layanan Umum), sedangkan nara sumber dari luar dibayar sesuai pagu SBU (Standar Biaya Umum) yang sudah diatur pagunya oleh Kementrian Kesehatan. Maka dimohon dengan sangat kepada fasilitator dari dalam tidak berkecil hati yang dapat menurunkan semangat dalam penyelenggaraan pelatihan ini.” (Dirut Medik, Juni 2011).

Kalau dilihat dari status Rumah Sakit yang sudah BLU biasanya diberi keleluasaan dalam penggunaan anggaran BLU untuk kegiatan pelatihan, bisa saja Fasilitator dari dalam bisa dibayarkan. Ini diperkuat berdasarkan keterangan informan dari bagian Diklit berikut ini:

“Bisa saja pelatihan yang diselenggarakan di dalam rumah sakit, fasilitator dalam bisa dibayarkan asalkan pesertanya ada yang dari



luar itu bisa dibuat aturannya ini berdasarkan hasil studi banding yang kami lakukan di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung, itu kembali lagi kepada yang punya kewenangan pengambil keputusan, berani tidak untuk membuat keputusan.” (Diklit, Agustus 2011).

Pelatihan ini diselenggarakan di Aula Diklit Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor selama 4 hari, pesertanya terdiri dari dokter, perawat dan kader dari wilayah puskesmas binaan, dan peserta dari dalam rumah sakit yang terdiri dari psikiater, dokter, perawat, psikolog, dan pekerja sosial, juga menyertakan kepala ruang rawat inap di RSMM agar kepala ruangan juga mengetahui tentang program *Assertive Community Treatment* ini. Pada pelatihan ini dijelaskan tentang *Assertive Community Treatment*, tentang skizofrenia dan penatalaksanaan pasien di lingkungan tempat tinggalnya. Para peserta ini diharapkan dapat membantu penanganan pelayanan kesehatan jiwa baik di dalam Rumah Sakit dan di Puskesmas wilayah binaan dengan model *Assertive Community Treatment*. Peserta pelatihan ini berjumlah 40 (empat puluh) orang berdasarkan keterangan dari ketua penyelenggara pelatihan sebagai berikut:

“Pesertanya berasal dari Puskesmas binaan sebanyak 20 orang dan 20 orang dari Rumah Sakit dihadiri juga dari pihak Dinas Kesehatan dan mengikuti sampai pelatihan selesai, ini sesuai dengan perencanaan yang sudah kita rencanakan dari awal sehingga peserta sudah memenuhi dalam laporan pertanggung jawaban keuangan pada kegiatan akhir pelatihan.” (Psikiater, Agustus 2011).

Dalam pelaksanaan pelatihan metode yang digunakan dengan ceramah, diskusi kelompok dan *role model*, seperti yang diungkapkan peserta pelatihan dari kader:

“Buku pelatihanya tebal banget mani engap.....ningalinya, tapi mah urang pengen biar tambah pinter gimana cara ngurusin pasien jiwa, walaupun saya lulusan SD saya teu isin. Ee pas pisan lagi ngantuk yang latihna bikin acara pijit-pijitan antar peserta jadi ga ngantuk lagi.” (E, Agustus 2011).

**Tabel 4.1 Pelaksanaan Kegiatan Pelatihan *Assertive Community Treatment***

No.	Hari	Kegiatan
1	Pertama	1. Pembukaan oleh Dirut RSMM Bogor 2. Pre test peserta pelatihan ACT 3. Penjelasan kebijakan dalam pelayanan kesehatan jiwa 4. Pengorganisasian ACT 5. Konsep Dasar ACT
2	Kedua	1. Pembentukan kelompok pembelajaran 2. Pembuatan yel-yel kelompok 3. Pemberian materi dari Psikiater
3	Ketiga	1. Pemberian materi dari Keperawatan 2. Pemberian materi dari Pekerja social 3. Pemberian Materi dari Psikolog 4. Persiapan praktek lapangan 5. Pembentukan Tim ACT Puskesmas
4	Keempat	1. Pelaksanaan praktek: <i>mapping</i> data pasien gangguan jiwa di Puskesmas, penentuan skala prioritas masalah, melakukan kunjungan rumah. 2. Pembuatan laporan praktek lapangan 3. Pembuatan POA untuk satu tahun ke depan. 4. Penutupan.

Sumber: Dokumen Tim ACT Rumah Sakit dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor 2009

Kalau dilihat dari latar belakang pendidikan peserta pelatihan, jauh sekali perbedaannya sehingga dalam penyampaian materi pelatihan pihak penyelenggara harus bisa masuk dan dimengerti oleh semua kalangan. Dalam penyampaian materi juga diselingi dengan kuis siapa menjawab lebih cepat akan mendapatkan hadiah dengan demikian pelatihan yang diadakan menjadi lebih semangat dan tidak mengantuk.

Pada hari pertama sampai hari ketiga, acara diisi dengan pemberian materi tentang *Assertive Community Treatment* dari masing-masing disiplin ilmu, dilengkapi dengan contoh kasus, latihan dan *role play*. Pada hari keempat dilakukan kunjungan ke lapangan, yaitu kunjungan ke rumah pasien yang memenuhi kriteria untuk menjadi peserta *Assertive Community Treatment* dan mempresentasikan tentang pasien yang dikunjungi. Pelatihan diakhiri dengan pembuatan rencana kerja *Assertive Community Treatment* di Puskesmasnya masing-masing selama 1 tahun ke depan.

Pendataan klien dengan gangguan jiwa oleh tim *Assertive Community Treatment* Puskesmas dan penentuan klien yang memenuhi kriteria untuk menjadi klien *Assertive Community Treatment*.

Setelah mengikuti pelatihan dan menyusun program kerja, tim *Assertive Community Treatment* puskesmas kemudian mulai turun ke lapangan untuk melakukan pendataan klien dengan gangguan jiwa di wilayah kerjanya. Setelah dilakukan pendataan kemudian ditentukan mana yang menjadi klien *Assertive Community Treatment*.

Melakukan kunjungan rumah

Kunjungan rumah dilakukan secara rutin oleh tim *Assertive Community Treatment* puskesmas. Pada saat kunjungan rumah dilakukan penatalaksanaan kepada klien sesuai dengan masalah yang dihadapi. Frekuensi kunjungan disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing klien dan masalah yang dihadapi.

Tindak lanjut

Pertemuan tim *Assertive Community Treatment* puskesmas dengan tim *Assertive Community Treatment* RS dr. H. Marzoeki Mahdi.

Setiap satu bulan sekali, Tim *Assertive Community Treatment* RS dr. H. Marzoeki Mahdi melakukan kunjungan ke puskesmas. Pada saat kunjungan dilakukan pembahasan dan konsultasi tentang masalah-masalah yang dihadapi, baik masalah yang berhubungan dengan pelaksanaan kegiatan *Assertive Community Treatment* di Puskesmas maupun masalah yang dihadapi oleh pasien yang menjadi klien *Assertive Community Treatment*. Dalam kunjungan tersebut tim *Assertive Community Treatment* Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi juga melakukan kunjungan rumah bersama-sama dengan tim *Assertive Community Treatment* puskesmas untuk melakukan pendampingan dalam memberikan penatalaksanaan yang sesuai untuk klien.

Dalam pelatihan ini ada dua sesi pembelajaran di kelas dan praktek langsung di lapangan sesuai dengan pembelajaran. Dalam kegiatan akhir pelatihan dibentuk tim act puskesmas yang praktek nanti akan didampingi Tim *Assertive Community Treatment* dari Rumah Sakit jadwalnya minggu ke-3 dalam setiap bulannya satu kali kunjungan. Ini terkait dengan anggaran, di Rumah Sakit kegiatan *Assertive Community Treatment* masuk dalam program kerja di keswamas.

Sesuai informasi yang diberikan oleh informan berikut:

“Memang alokasi khusus untuk pelayanan kesehatan jiwa tidak ada alokasi anggaran, tetapi kegiatan ini masuk dalam program kegiatan pengembangan kesehatan jiwa di masyarakat. Jadi anggaran dimasukan kedalam kegiatan ekstra mural yang dilakukan di luar rumah sakit salah satunya adalah integrasi ke Puskesmas.” (Kabid Medik, Agustus 2011)

#### Monitoring dan evaluasi

Monitoring dilakukan melalui pertemuan rutin Tim *Assertive Community Treatment*, baik tim *Assertive Community Treatment* tingkat Rumah Sakit maupun Puskesmas. Tim *Assertive Community Treatment* mengadakan pertemuan rutin untuk membahas masalah-masalah yang dihadapi, baik masalah yang dihadapi klien yang masuk dalam program *Assertive Community Treatment* maupun masalah-masalah yang dihadapi oleh Tim *Assertive Community Treatment* dalam pelaksanaan program.

Monitoring pelaksanaan program *Assertive Community Treatment* di puskesmas dilakukan oleh tim *Assertive Community Treatment* Rumah Sakit melalui kunjungan supervisi setiap satu bulan sekali. Tim *Assertive Community Treatment* RSMM dibagi dalam 4 (empat) kelompok kecil yang mendampingi masing-masing puskesmas. Dalam kunjungan supervisi tersebut dibahas masalah-masalah yang dihadapi oleh Tim *Assertive Community Treatment* Puskesmas dan dibahas kemungkinan pemecahan masalahnya.

Evaluasi dilakukan secara berkala baik oleh Tim *Assertive Community Treatment* Puskesmas maupun RSMM. Tim *Assertive Community Treatment* Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi mengadakan pertemuan rutin setiap bulan untuk membahas masalah-masalah yang dihadapi di puskesmas dan mendiskusikan kemungkinan pemecahan masalahnya.

Evaluasi juga dilakukan bersama-sama dengan Dinas Kesehatan Kodya Bogor sebagai pembina puskesmas di wilayahnya. Secara berkala Tim *Assertive Community Treatment* Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi melakukan pertemuan dengan Bidang Pelayanan Medik Dinas Kesehatan Kodya Bogor untuk membahas tentang masalah-masalah

yang dihadapi oleh puskesmas dalam menjalankan program *Assertive Community Treatment*, terutama masalah teknis yang berhubungan dengan pelaksanaan kegiatan tersebut.

#### **4.1.3 Pekerja Sosial Medis dalam Tim *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**

##### **4.1.3.1. Tahap Pengungkapan dan Pemahaman Masalah Sosial Medis**

Adalah tindakan yang dilakukan oleh pekerja sosial medis dalam melakukan penelusuran dan analisis terhadap permasalahan sosial pasien yang dkhawatirkan dapat berpengaruh terhadap proses penyembuhan pasien. Seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

“Dalam pengkajian banyak yang harus ditanyakan baik ke keluarga maupun pasien sedangkan saya di poli rawat jalan psikiatri banyaknya kunjungan dalam sehari ada 50 sampai 100 pasien baik pasien baru maupun yang kontrol sehingga menyulitkan dalam pengkajian, kalau psikiater sih mending dibagi 3 jadi dipararelkan nah kalau saya pararel sama siapa?” (Peksos, Agustus 2011)

Mengkaji informasi yang disampaikan bahwa tenaga pekerja social kurang sehingga dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa rawat jalan kurang.

##### **4.1.3.2. Tahap Perencanaan dan Intervensi Sosial Medis**

Adalah tindakan pekerja sosial medis dalam menyusun berbagai alternatif dan melakukan upaya dalam membantu memecahkan masalah sosial medis pasien yang didasarkan pada assessment diantaranya melakukan bimbingan sosial.

Bimbingan sosial kepada keluarga dan pasien tentang tata tertib rumah sakit, tentang memanfaatkan asuransi kesehatan, keterlantaran dan untuk memberikan motivasi kepada pasien karena sakitnya mengalami rendah diri, dari kasus diatas biasanya permasalahan yang sering dihadapi pekerja sosial mengenai asuransi kesehatan. Seperti yang dijelaskan oleh Informan berikut:

“Awalnya keluarga sanggup untuk membayar anggota keluarganya yang dirawat karena menganggap hari rawatnya pendek sehingga menyatakan sanggup kemudian dalam perjalanannya menyatakan ga sanggup dan kadang-kadang

minta berlaku surut untuk biaya dan hal ini kitalah segai peksos untuk mengurusnya.” (Peksos E, Agustus 2011).

#### **4.1.3.3. Tahap Evaluasi dan Pemulangan Pasien**

Adalah tindakan pekerja sosial medis dalam melakukan analisis terhadap upaya yang telah dilakukan pasien, keluarga, ataupun pihak terkait dalam rangka menemukan hambatan yang timbul untuk meningkatkan upaya pemecahan masalah sosial medis pasien meliputi, biaya, kesiapan keluarga dan lingkungan social masyarakat, berkaitan dengan hal tersebut membantu pasien dan keluarganya memecahkan masalah sesuai hasil temuannya. Untuk hal ini maka dilakukan kunjungan rumah untuk rencana tindak lanjut, sosialisasi pasien di keluarga dan masyarakat serta pendekatan pihak-pihak terkait guna pengajuan prioritas program pelayanan social baik dari pemerintah, masyarakat maupun swasta bagi pasien dalam rangka pemulangan pasien ke keluarganya. Sebagaimana diungkapkan secara bersamaan oleh informan peksos E, dan perawat P berikut ini:

“Kegiatan ini dilakukan untuk kepentingan dan kebaikan pasien, karena kalau pasien sudah sembuh secara sosial oleh dokter maka kita sebagai perawat dan peksos akan melakukan kunjungan rumah untuk mengetahui kesiapan keluarga dan masyarakat dimana pasien akan tinggal kalau toh ada hambatan bisa dicarikan solusi pemecahannya misalnya keluarga belum siap karena belum ada kegiatan apa yang pas bagi pasien biasanya keluarga disarankan untuk ke panti rehabilitasi dulu yang ada di Cibadak Sukabumi.” (Peksos E, Agustus 2011).

## **4.2. Penatalaksanaan *Model Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.**

### **4.2.1. Alur pasien**

Pusat pelayanan kesehatan jiwa berada di Rumah Sakit Jiwa . Rumah sakit Jiwa menerima kasus secara langsung maupun tidak langsung . Secara langsung individu dapat datang sendiri atau dibawa oleh keluarga/pengantar maupun dirujuk dari Puskesmas atau Rumah Sakit Umum. Secara tidak langsung individu dapat dirujuk oleh pihak lain yang ada di masyarakat baik perorangan maupun lembaga atau dari penjemputan/pengambilan oleh

petugas rumah sakit jiwa. Kasus dapat dirujuk kembali dari Rumah sakit Jiwa ke fasilitas pelayanan sekunder maupun primer.

Di dalam Rumah Sakit Jiwa berturut-turut dilalui proses sebagai berikut: pasien yang datang harus melalui pendaftaran terlebih dahulu kemudian mendapatkan pemeriksaan fisik, penilaian psikiatrik, tindakan medik psikiatrik, pemeriksaan penunjang jika diperlukan, pemeriksaan psikologi dan pemeriksaan CLP.

Jika pasien berkunjung untuk berobat jalan maka pelayanan yang diperoleh adalah pelayanan pengobatan, penyuluhan dan konseling. Sedangkan jika pasien dalam kondisi gaduh gelisah bisa mendapatkan pelayanan kedaruratan psikiatri di IGD Psikiatrik kemudian mendapatkan pelayanan rawat inap.

Secara keseluruhan pelayanan yang diperoleh pasien selama perawatan dirumah sakit adalah pelayanan rawat inap, pengobatan, rehabilitasi dan pelayanan rujukan untuk dikembalikan baik ke keluarga, masyarakat ataupun panti sosial. Seperti diungkapkan oleh informan berikut:

“Kita dalam menangani pasien yang berobat jalan maupun yang dirawat inap sering sekali menemukan masalah tentang kelengkapan administrasi rujukan soalnya kasihan, kalau yang indikasi rawat sih bisa ditunggu 2x24 jam untuk melengkapi persyaratan tetapi kalau rawat jalan keluarga dan pasien sering pulang lagi untuk melengkapi habis sudah aturannya dari askesnya begitu jadi kita sebagai petugas yang ngadepin ini yang ga enak seperti tidak memberikan pelayanan yang baik.” (Peksos E, Agustus 2011).

Dari penjelasan diatas dalam pelayanan rehabilitasi ada pelayanan *day care* Ditujukan kepada pasien yang sudah pulang tetapi untuk meningkatkan ketrampilannya seperti menyulam, menjahit, keramik, pertamanan, dan perikanan dengan cara rawat jalan.

#### **4.3. Faktor-faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Model ACT**

Dalam sub bab ini akan diuraikan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* dapat dilihat dari sisi internal dan eksternal dari institusi Puskesmas sebagai target model *Assertive Community Treatment*.

#### 4.3.1 Faktor-faktor Pendukung

Pada akhir tahun 2009 Puskesmas Sindang Barang diundang untuk mengikuti kegiatan pelatihan *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang pesertanya terdiri dari dokter Puskesmas, perawat dan kader. Dalam pelatihan tersebut dengan peserta dari latar belakang yang berbeda agar materi pelatihan dapat dipahami oleh seluruh peserta maka dibuat pedoman untuk menjadi bahan pembelajaran sehingga mudah dipahami dalam bentuk modul. Dalam modul tersebut bagaimana pelaksanaan *Assertive Community Treatment* dan penanganan terhadap pasien gangguan jiwa.

Hal ini seperti yang diungkapkan oleh informan yang pada saat itu diundang, yang bertutur berikut ini,

”Saya mah syukur pisan diajak pelatihan *Assertive Community Treatment* ini, tadinya tahu sedikit jadi banyak gimana cara menangani orang sakit jiwa dan ada prakteknya lagi.” (Kader, Juli 2011)

Pada dasarnya segala sesuatu yang diinginkan oleh pihak atasan baik dari pihak Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan Kota Bogor tidak akan menolak, yang penting ada pedoman pelaksanaan yang jelas seperti Surat Tugas dari Kepala Dinas Kota Bogor, pasti akan dijalankan sesuai kebijakan-kebijakan yang dibebankan kepada Puskesmas, sebagaimana keterangan yang diungkapkan oleh informan berikut ini,

”Saya sebagai pelaksana di lapangan akan melaksanakan tugas sesuai dengan surat tugas yang dibuat oleh Dinas asal jelas sehingga saya enak melaksanakanya karena biasanya saya akan meninggalkan pelayanan di Puskesmas kadang saya akan membatalkan janji dengan pasien diganti hari lain karena tidak bisa diganti petugas lain.” (Perawat, Juli 2011).

Apalagi Puskesmas Sindang Barang menjadi salah satu proyek percontohan dalam pelaksanaan kesehatan jiwa komunitas di Kota Bogor.

Pada bulan November 2010 pihak Dinas Kesehatan Kota Bogor mengundang ke-empat wilayah binaan yang melaksanakan program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* untuk diadakan penyegaran dan evaluasi pelaksanaan *Assertive Community Treatment* di 4 (empat) wilayah tersebut.



Begitu selesai pelaksanaan penyegaran dan evaluasi dilontarkan wacana oleh pihak rumah sakit untuk membentuk ikatan keluarga pasien yang ada di wilayah Kota Bogor. Dapat dilihat temuan kasus oleh *Tim Assertive Community Treatment* dengan terbentuknya ikatan keluarga pasien (Paguyuban Sehat Jiwa) yang akan memperkuat jejaring di masyarakat.

#### **4.3.1.1 Faktor Sumber Daya Rumah Sakit**

Berkaitan dengan sumberdaya manusia (SDM) di Rumah Sakit dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor, tingkat pendidikan tenaga kesehatan yang ada minimal D3 Tergolong memadai . Sehingga secara kualitas SDM-nya cukup baik tetapi secara kuantitas walaupun sangat besar tetapi komposisi kurang dalam penempatan ketenagaan. Jumlah total pegawai bisa dilihat di (bab 3, h. 62). Meskipun demikian, dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor dengan model *Assertive Community Treatment*, tidak begitu mengalami kendala atau kesulitan yang berarti, karena pelaksana program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* yang berlatar belakang pendidikan Psikiater yang dijadikan sandaran dalam berkonsultasi. Pihak Rumah Sakit juga tidak jarang mencari informasi-informasi, bahkan sampai harus keluar biasanya dengan pihak Rumah Sakit lain dan Dinas Kesehatan Kota Bogor.

Sebelum *Tim Assertive Community Treatment* melaksanakan program pelayanan kesehatan jiwa melalui model *Assertive Community Treatment*, mereka selalu mencari informasi-informasi terlebih dahulu dan selalu melibatkan Puskesmas binaan yang sudah dilatih mengenai kesehatan jiwa. Hal ini diperkuat oleh pernyataan informan sebagai perawat *Tim Assertive Community Treatment* Rumah sakit dalam wawancaranya, sebagai berikut:

”SDM yang ada sangat terbatas karena sebagai anggota tim juga petugas memegang tugas lain yang sangat penting sehingga peran petugas kesehatan yang ada di masyarakat baik perawat Puskesmas maupun kader sangat membantu sekali karena harus ke lapangan dengan jangkauan yang sangat luas.”  
(Perawat P, Juli 2011).

Dalam melaksanakan program kita selalu konsultasi, dengan begitu akan ada kemudahan dalam pelaksanaan suatu kegiatan program yang ada lapangan.

Strategi yang digunakan dalam pencapaian pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* Puskesmas Rumah Sakit selalu berkordinasi dengan Tim *Assertive Community Treatment* Puskesmas sehingga jika ada kasus jiwa tidak bisa ditangani sendiri baik oleh kader yang ada di masyarakat maupun petugas yang ada di Puskesmas bisa segera diberikan pelayanan.

Selain sumber daya manusia diatas, dalam pelaksanaan *Assertive Community Treatment* juga dipengaruhi oleh sumber daya anggaran yang merupakan sumber utama untuk membiayai pelaksanaan dari pada suatu program, artinya suatu program tidak akan efektif jika anggaran yang tersedia kurang atau terbatas.

Berdasarkan alokasi anggaran pembiayaan pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* tidak ada anggaran khusus. Namun dalam pelaksanaannya di lapangan dana tersebut diambil dari program kegiatan yang ada di Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat. Program pengembangan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* tidak ada alokasi khusus seperti disampaikan berikut:

“Program jiwa dengan model *ACT* adalah merupakan kegiatan di Instalasi Kesehatan Jiwa masyarakat sehingga Rumah Sakit Tidak perlu membuat alokasi anggaran baru karena program tersebut bagian dari pelayanan kesehatan jiwa yang sifatnya *ekstra mural*.” (Kabid Medik, Juli 2011).

Dana yang diambil dari kegiatan di Instalasi Kesehatan Jiwa masyarakat hanya untuk transport sebesar Rp200.000,- dalam melaksanakan satu kali kegiatan. Diperkuat juga di level Pemerintah Kota Bogor berdasarkan hasil wawancara dengan informan dari Dinas Kesehatan Kota Bogor yang menyatakan bahwa alokasi anggaran untuk program pelayanan kesehatan jiwa sangat terbatas. Hal ini sebagaimana dikemukakan oleh Penanggung jawab Program Kesehatan Jiwa di Dinas Kesehatan Kota Bogor, sebagai berikut:

”Pembiayaan khusus untuk pelaksanaan model *ACT* tidak ada. Dinas Kesehatan Kota Bogor memiliki banyak program, sedangkan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah II terbatas. Namun pada tahun 2010, Dinas Kesehatan Kota Bogor telah melaksanakan pembentukan dan evaluasi pelaksanaan model *ACT* di Puskesmas.”(SU, Juli 2011).

Dan dikuatkan lagi dari pihak Puskesmas bahwa “program jiwa bukan program prioritas, hanya merupakan upaya kesehatan pengembangan”. Sedangkan upaya kesehatan wajib di Puskesmas adalah: upaya promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu anak/keluarga berencana, upaya peningkatan gizi masyarakat, pencegahan penyakit menular dan pengobatan.

#### **4.3.2 Faktor-Faktor Penghambat**

Dalam Sub-subbab ini penulis menguraikan faktor-faktor penghambat pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor .

##### **4.3.2.1 Faktor Stigma Masyarakat Tentang Gangguan Jiwa**

Kata stigma berasal dari bahasa Inggris yang artinya noda atau cacat. Dalam kaitannya dengan gangguan jiwa ini, yang dimaksud dengan stigma adalah sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bahwa bila salah seorang anggota keluarganya menderita skizofrenia, hal ini merupakan aib bagi keluarga. Oleh karenanya seringkali penderita skizofrenia disembunyikan bahkan dikucilkan, tidak dibawa berobat ke dokter karena rasa malu. Di beberapa daerah di Indonesia sebagian penderita skizofrenia bahkan sampai dipasung. Seperti dituturkan oleh informan:

“Bener bu ..ada pasien dipasung sampai meninggal karena mungkin ga dikasih makan ya bu, tapi itu dulu sekali udah lama kalau sekarang sudah pada ngerti jadi suka pada berobat ke Puskesmas walaupun suka susah banget awalnya.” (Kader E, Agustus 2011)

Selain dari hal diatas, sebahagian keluarga dan masyarakat masih menganggap bahwa skizofrenia merupakan gangguan atau “penyakit” yang disebabkan oleh hal-hal yang tidak rasional ataupun supranatural.

Sebagai contoh misalnya ada anggapan bahwa orang yang mengidap skizofrenia ini dianggap sebagai “orang gila” yang disebabkan karena guna-guna atau diteluh, kemasukan setan, kemasukan roh jahat (*evil spirit*), melanggar larangan atau tabu dan lain sejenisnya.

Menurut Hawari (2009) untuk mengurangi stigma pada keluarga dan masyarakat terhadap gangguan jiwa skizofrenia ini, maka berbagai upaya penyuluhan dan sosialisasi kesehatan jiwa dimana salah satu diantaranya adalah gangguan jiwa skizofrenia perlu diberikan oleh para dokter (psikiater), psikolog, pekerja sosial dan para ahli dibidang kesehatan jiwa masyarakat. Suatu program pelayanan kesehatan jiwa masyarakat perlu disusun dan diberikan kepada keluarga dan masyarakat. Tujuan dari program pendidikan ini selain untuk menghilangkan stigma juga memberikan pengetahuan kepada keluarga dan masyarakat tentang hal ikhwil gangguan jiwa Skizofrenia itu sendiri. Antara lain diharapkan pihak keluarga dan masyarakat dapat berperan serta (*social participation and involvement*) dalam upaya pencegahan, terapi dan rehabilitasi, dapat menerima kembali mereka ke keluarga dan masyarakat, tidak merasa “*phobia*” dan tidak bertindak diskriminatif. (Hawari, 2009, h. 120-123).

Salah satu cara untuk mengurangi stigma msyarakat ini rumah sakit ini berganti namanya, seperti dituturkan oleh informan berikut:

“Dalam rangka untuk mengurangi stigma masyarakat maka rumah sakit ini berganti nama dari Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor atau dulu dikenal dengan Rumah Sakit Jiwa Cilendek menjadi Rumah Sakit dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor dan dari segi pelayanannya juga mengalami perubahan yang dulu bersifat *kustodial* (terkurung) sekarang pendekatan psikososial dengan berbagai macam disiplin ilmu yang terlibat dalam pelayanan kesehatan jiwa baik di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit.”(Kabid Medik, Agustus 2011).

#### **4.3.2.2 Faktor Sosialisasi dan Kordinasi**

Lingkup masalah kesehatan jiwa bersifat luas dan kompleks saling berhubungan dengan kehidupan manusia. Upaya kesehatan jiwa sangat terkait dengan berbagai kebijakan dari sektor-sektor di luar kesehatan, sehingga kerjasama lintas sektor perlu ditingkatkan lagi dengan cara-cara

yang lebih efektif lagi khususnya peningkatan pemberdayaan sektor swasta dalam upaya yang bersifat preventif dan promotif. Dan pemberdayaan masyarakat melalui pendidikan /penyuluhan/promosi tentang kesehatan jiwa secara terintegrasi dengan program kesehatan dan sektor pada umumnya. Seperti disampaikan informan berikut,

”Kita akui kerjasama lintas sektor kurang berjalan sehingga masing-masing sektor punya program masing-masing tanpa ada jejaring padahal kita sudah punya wadah TPKJM tapi seperti mati suri sehingga harus ditingkatkan lagi kerjasama lintas sektor dan mudah-mudahan TPKJM bisa di hidupkan kembali.” (SU, DKK, Agustus 2011).

Melalui Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP\_KJM) di Kota Bogor sosialisasi upaya kesehatan jiwa masyarakat dengan adanya dukungan bahan-bahan informasi yang lengkap dan memadai. Meningkatkan komunikasi dan forum koordinasi dalam rangka pemberdayaan masyarakat dan peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam upaya pencegahan dan penanggulangan kesehatan jiwa masyarakat.

Meskipun memiliki banyak keterbatasan, namun tidak mengurangi semangat dari Tim *Assertive Community Treatment* Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dalam melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment*.

Dari gambaran tentang tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor maka dapat dilihat pada tabel 4.2 h. 103.

Secara umum ada 5 (lima) faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *model Assertive Community Treatment* baik di tingkat Rumah Sakit maupun di tingkat Puskesmas binaan yaitu; semangat untuk mendapat pengetahuan baru seperti mengikuti pelatihan *Assertive Community Treatment*, sumberdaya manusia yang tersedia, sarana dan prasarana, stigma masyarakat serta sosialisasi dan koordinasi lintas sektor.

**Tabel 4.2 Faktor-Faktor Pendukung dan Penghambat**

No.	Item	Faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Model ACT	
		Internal	Eksternal
1.	Semangat untuk mengikuti kegiatan pelatihan ACT.	Pelatihan ACT ini dilakukan sangat antusias oleh peserta walaupun harus meninggalkan tugas lainnya yang penting ada penugasan yang jelas dari pihak atasan.	Dari pihak penyelenggara pelatihan yaitu RSMM memberikan pelatihan dengan adanya modul sebagai panduan dalam kegiatan pembelajaran sehingga bisa dipakai dalam praktek di lapangan dalam penanganan pasien gangguan jiwa.
2.	Sumber Daya Manusia yang ada.	Dari ketenagaan yang ada cukup memadai rata-rata D3 meskipun sedikit ada keterbatasan jika ada kasus-kasus tertentu memungkinkan melakukan konsultasi dengan pihak terkait dan ini sangat menunjang dalam pelaksanaan program kesehatan jiwa dengan model ACT.	Kesadaran dan usaha untuk selalu berkonsultasi dengan RSMM, yang berkaitan dengan pelaksanaan ACT dalam hal pelayanan kesehatan jiwa jika ada kasus yang tidak bisa diselesaikan di Puskesmas.
3.	Sarana dan Prasarana.	Berkaitan dengan sarana dan prasarana yang dimiliki oleh Rumah Sakit cukup memadai.	Tim reaksi cepat dari Kemensos membantu dalam hal kondisi darurat. Misalnya pemulangan pasien diluar jangkauan wilayah Rumah Sakit.
4.	Stigma Masyarakat.	stigma adalah sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bahwa bila salah seorang anggota keluarganya menderita skizofrenia, hal ini merupakan aib bagi keluarga. Oleh karenanya seringkali penderita skizofrenia disembunyikan bahkan dikucilkan, tidak dibawa berobat ke dokter karena rasa malu.	Untuk mengurangi stigma pada keluarga dan masyarakat terhadap gangguan jiwa skizofrenia ini, faktor pendukungnya adalah berbagai upaya penyuluhan dan sosialisasi kesehatan jiwa dimana salah satu diantaranya adalah gangguan jiwa skizofrenia perlu diberikan oleh para dokter (psikiater), psikolog, pekerja sosial ( <i>social worker</i> ) dan para ahli dibidang kesehatan jiwa masyarakat. Dan didukung oleh perhimpunan jiwa sehat yang ada di masyarakat.
5.	Sosialisasi dan kordinasi.	faktor yang penghambat adalah lemahnya sosialisasi dan kordinasi sehingga pelaksanaan program jiwa kurang mendapatkan dukungan dari berbagai lintas sektor.	Dengan menghidupkan kembali Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Kota Bogor sosialisasi upaya kesehatan jiwa masyarakat dengan adanya dukungan bahan-bahan informasi yang lengkap dan memadai. Meningkatkan komunikasi dan forum koordinasi dalam rangka pemberdayaan masyarakat dan peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam upaya pencegahan dan penanggulangan kesehatan jiwa masyarakat, Akan lebih banyak dukungan dari berbagai sektor dan program.

Sumber: Data Lapangan 2010

## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN**

Bab ini merupakan bab pembahasan yang akan menguraikan analisis tentang temuan-temuan yang telah di sebutkan pada bab sebelumnya. Pada bab ini akan dibahas bagaimana penatalaksanaan pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* pada tingkat Rumah Sakit yang meliputi mulai pembentukan tim, penyusunan modul, kemudian dilanjutkan dengan pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* melalui sosialisasi program dan diadakan kegiatan pelatihan model *Assertive Community Treatment* bagi dokter dan perawat Puskesmas serta kader.

Pada bagian terakhir membahas faktor-faktor yang mempengaruhi penatalaksanaan model *Assertive Community Treatment* meliputi: semangat untuk mendapat pengetahuan baru seperti mengikuti pelatihan *Assertive Community Treatment*, sumberdaya manusia yang tersedia, sarana dan prasarana, stigma masyarakat serta sosialisasi dan koordinasi lintas sektor.

#### **5.1 Pelaksanaan dan Penatalaksanaan Model Assertive Community Treatment**

Kebijakan model *Assertive Community Treatment* dalam pengembangan pelayanan kesehatan jiwa merupakan hal baru yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, namun pada tataran pelaksanaannya perlu melibatkan tim multidisiplin, Puskesmas, Dinas Kesehatan Kota, masyarakat dan instansi terkait yang berkepentingan terhadap keberhasilan program kesehatan jiwa, karena apabila dari awal tidak ada perencanaan perumusan kebijakan dengan melibatkan mereka maka dikhawatirkan kebijakan tersebut akan berjalan tidak efektif.

Sebelum pelaksanaan program terlebih dahulu Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor mengundang petugas kesehatan yang di rumah sakit yang terdiri dari psikiater, dokter, psikolog, pekerja sosial dan perawat jiwa untuk sosialisasi mengenai program pengembangan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment*. Setelah petugas kesehatan rumah sakit sudah mendapatkan sosialisasi, kemudian rumah sakit membentuk Tim pelaksana program yaitu Tim *Assertive Community Treatment* rumah Sakit yang berdasarkan pada Surat Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Nomor: KP 01.02.1.1.6257 tanggal 01 Desember 2009 tentang Pembentukan Tim *Assertive Community Treatment* Pada Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Tim *Assertive Community Treatment* Rumah Sakit mengadakan pertemuan untuk menyusun modul *Assertive Community Treatment* sebagai pedoman pembelajaran dan pelaksanaan di lapangan. (**Lampiran 2**) Pertemuan dilakukan intensif dari awal 2009 bulan Januari sampai Agustus. Kemudian Tim *Assertive Community Treatment* rumah sakit melakukan sosialisasi ke Dinas Kesehatan untuk mengadakan pelatihan *Assertive Community Treatment* yang pesertanya diikuti tenaga kesehatan di rumah sakit, Puskesmas dan Kader.

Pentingnya petugas diberikan pelatihan serta pembekalan agar bisa menambah wawasan dan pengetahuan mereka menyangkut dengan program *Assertive Community Treatment*, sehingga petugas ini yang merupakan sebagai pengendali kegiatan pada tingkat Puskesmas nantinya akan mampu menjalankan peran dan fungsinya pada saat program akan dilaksanakan. Setelah selesai mengikuti pelatihan kemudian mereka memfasilitasi kepada petugas kesehatan yang ada di Rumah Sakit, Puskesmas dan Kader untuk mensosialisasikan kepada masyarakat khususnya keluarga pasien yang akan menjadi sasaran model *Assertive Community Treatment*.

Setelah peserta Puskesmas dan kader mengikuti pelatihan *Assertive Community Treatment* maka dibentuklah Tim *Assertive Community Treatment* Puskesmas yang terdiri dari petugas kesehatan yang ada di Puskesmas dan kader.

Berdasarkan temuan lapangan kegiatan sosialisasi yang dilakukan dalam Penatalaksanaan program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* adalah secara berjenjang mulai dari tingkat Rumah sakit, Puskesmas dan masyarakat. Kegiatan ini dimaksud untuk memberikan pemahaman yang mendalam mengenai konsep dasar, tujuan, sasaran, prinsip-prinsip kebijakan, serta proses dan mekanisme pelaksanaan program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment*.

Dengan pemahaman yang didapatkan tersebut, sehingga dalam pelaksanaan kegiatan seluruh pihak yang terlibat menjadi mengerti dan memahami maksud dan tujuan dari program tersebut.

Terkait hal di atas Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor telah berupaya melakukan penyampaian dan penyebaran informasi di kalangan para petugas kesehatan yang ada di rumah sakit dan puskesmas sebagai wilayah binaan yang menjadi pelaksana program. Bentuk penyampaian dan penyebaran informasi dilakukan melalui supervisi dan kunjungan ke masyarakat dibawah wilayah kerja Puskesmas yang akan



melaksanakan program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment*.

Berdasarkan temuan lapangan sosialisasi yang dilakukan di rumah sakit belum seluruhnya petugas kesehatan yang ada di rumah sakit mengetahui program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* ini sedangkan di Puskesmas Sindang Barang karena dianggap sebagai percontohan terhadap puskesmas lain yang berada dalam wilayah binaan Rumah Sakit dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor, belum faham benar mengenai program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment*. Salah satu alasan sosialisasi belum begitu dipahami di rumah sakit dan di Puskesmas dikarenakan keterbatasan waktu, anggaran, tugas rangkap, serta keterjangkauan terhadap wilayah yang sangat luas. Namun terkait dengan petugas kesehatan maupun kader yang ada di masyarakat yang belum mendapatkan pelatihan, Rumah Sakit maupun dinas kesehatan akan mengadakan pelatihan Kader Kesehatan Jiwa (KKJ) dan deteksi dini bagi dokter yang ada di wilayah Kota Bogor yang mencakup di 24 (duapuluh empat) Puskesmas yang ada di Kota Bogor. Namun berdasarkan temuan di lapangan, tidak dilaksanakan oleh pihak rumah sakit, dinas kesehatan dan puskesmas dikarenakan faktor biaya yang tidak disediakan sehingga mereka hanya mampu melaksanakan sosialisasi dengan pertemuan secara tidak formal melalui sistem konsultasi. Hal ini dianggap mereka cukup efektif dalam memberi informasi kepada masyarakat, sehingga kadang Tim *Assertive Community Treatment* rumah sakit hampir 24 jam dalam konsultasi kasus –kasus jiwa di lapangan.

Pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit disesuaikan dengan program kesehatan jiwa yang sudah ada dan sudah dilaksanakan di rumah sakit yang alokasi anggarannya sudah diatur dalam DIPA. Sedangkan pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* di Puskesmas juga mengacu kepada program yang sudah ada di Puskesmas dari segi anggaran hanya cukup untuk transport petugas.

Untuk itu apabila dihubungkan dengan kebutuhan yang diharapkan tentunya anggaran yang tersedia kurang, namun berkat adanya inisiatif petugas puskesmas dan kader dalam mengorganisir masyarakat supaya membantu pelaksanaan kegiatan, akhirnya usaha tersebut membuahkan hasil yang ditandai dengan bantuan melalui partisipasi masyarakat yang ada di masing-masing kelurahan baik secara langsung melalui (gotong – royong) dan secara tidak langsung dalam bentuk dana yang di kelola oleh kader jiwa, sedangkan untuk Kelurahan Bubulak mendapatkan bantuan dari donator digunakan untuk bantuan dana bergulir usaha produktif untuk keluarga dank klien yang

sudah mandiri. Program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* akan berjalan dan semakin berkembang karena mendapat dukungan swadaya dari masyarakatnya.

## **5.2 Faktor-Faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan *Assertive Community Treatment***

Dari hasil penelitian yang dilakukan terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* adalah sebagai berikut:

Berdasarkan temuan dilapangan, peserta yang ditugaskan untuk mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh pihak rumah sakit dalam bentuk belajar di kelas dan praktek di lapangan sangat antusias dan semangat diikuti seluruh peserta. Munculnya semangat ini karena didorong rasa ingin tahu dan program jiwa melibatkan masyarakat khususnya kader yang merupakan ujung tombak dari pelayanan di masyarakat. Karena program ini tidak hanya untuk keluarga yang tidak mampu tetapi untuk seluruh lapisan masyarakat khususnya bagi orang dengan masalah kejiwaan. Dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* karena masyarakat merupakan peran utama membantu setiap upaya pemerintah maupun kelompok masyarakat yang peduli dengan kesehatan jiwa dalam upaya paripurna kesehatan jiwa masyarakat di lingkungan mereka. Keluarga merupakan unit sosial penting untuk mengembangkan perilaku hidup sehat dan bertanggung jawab memberikan pelayanan dan dukungan terhadap penderita gangguan jiwa yang ada di keluarganya. Sedangkan masyarakat harus mendapatkan informasi yang jelas dan benar agar dapat berpartisipasi aktif dalam upaya kesehatan jiwa serta menciptakan lingkungan yang kondusif bagi penderita gangguan jiwa dan keluarganya.

Di tingkat kelurahan dibentuk kader kesehatan jiwa untuk pelayanan kesehatan jiwa lebih cepat dalam penanganan kasus-kasus jiwa yang ada di masyarakat dengan model *Assertive Community Treatment*. Kader Kesehatan Jiwa (KKJ) dibentuk atas kebutuhan masyarakat dan dilatih oleh petugas kesehatan Puskesmas.

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang harus diikuti

oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan dalam Rumah Sakit sesuai dengan undang –undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 pasal 34 ayat (3) dan didukung pada undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Sekalipun aturan main pelaksanaan kebijakan jelas dan kebijakan telah ditransformasikan dengan tepat, namun manakala sumberdaya manusia (SDM) terbatas baik dari jumlah maupun kualitas (keahlian) pelaksanaan kebijakan tidak akan berjalan efektif. Sekalipun demikian, agar diperoleh efektivitas pelaksanaan kebijakan tidak hanya mengandalkan banyaknya SDM, tetapi harus memiliki ketrampilan yang diperlukan dalam melaksanakan tugas dan fungsi yang menjadi tanggung jawabnya.

Selain sumber daya manusia, sumber daya anggaran juga mempengaruhi pelaksanaan kebijakan, terbatasnya anggaran yang tersedia menyebabkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tidak mampu juga terbatas. Hal tersebut sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1161/Menkes/SK/X/2007, Tentang Penetapan Tarif Rumah Sakit berdasarkan INA DRG (bab1; 3).

Kondisi tersebut juga menyebabkan para pelaku kebijakan tidak dapat melaksanakan fungsinya secara optimal dan mereka tidak mendapatkan *incentive* sesuai dengan yang diharapkan sehingga menyebabkan kurang berhasilnya pelaksanaan program pelayanan kesehatan jiwa.

Sesuai dengan Undang-Undang Rumah Sakit (bab 2, h. 34) menyatakan bahwa yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan tingkat lanjut dengan mendayagunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik. Dengan demikian, terbatasnya fasilitas kesehatan yang diperlukan dalam pelaksanaan kebijakan, menyebabkan kurang berhasilnya pelaksanaan kebijakan. Karena dengan terbatasnya fasilitas akan sulit untuk dapat mengerjakan dan menyusun kebutuhan yang diperlukan dalam suatu program.

Berdasarkan temuan lapangan, Sumber Daya Manusia pelaksana program melaksanakan tugas rangkap, tapi ada dukungan dari petugas yang sangat tinggi dalam menunjang keberhasilan program, hal ini terlihat dari peran petugas pelaksana dalam meningkatkan pengetahuan mereka terkait dengan pelaksanaan program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment*. Keseriusan petugas kesehatan Rumah Sakit dalam menjalankan model *Assertive Community Treatment* terlihat dari rasa keingintahuan mereka terhadap program ini. Dapat dibuktikan dengan aktifnya mereka dalam membangun kontak terhadap orang-orang yang lebih berpengalaman walaupun di luar. Kemudian dengan melibatkan kader kesehatan jiwa

dalam pelaksanaan program kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* (yang pendidikannya minimal SD). Dengan demikian, kekurangan dalam sumber daya dalam pelaksanaan model *Assertive Community Treatment* bisa diatasi dengan seringnya melakukan diskusi dan konsultasi dengan orang yang lebih berpengalaman dari mereka.

Jadi secara keseluruhan tidak ada pengaruh yang berarti tingkat pendidikan petugas ditingkat Puskesmas terutama para kader yang ada di masyarakat berhasilnya pelaksanaan program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* sudah direncanakan.

Salah satu kunci keberhasilan Rumah Sakit dari faktor sumberdaya manusianya adalah faktor minat dan perhatian yang tinggi terhadap permasalahan pelayanan jiwa. Dalam perkembangannya di masyarakat juga mereka membentuk kelompok saling bantu melalui melalui paguyuban jiwa sehat yang mencirikan kesamaan permasalahan yang dialami yaitu masalah kesehatan jiwa, tujuan pembentukan didasari dari rasa senasib sepenanggungan. Di dalam paguyuban ini memegang peranan penting, yang bukan saja sebagai simbol identitas komunitas tertentu, tetapi juga memiliki tujuan sosial atau ekonomi. Seperti terlihat salah satunya dengan mereka membentuk Paguyuban Jiwa Sehat yang anggotanya keluarga dengan masalah kejiwaan. Kegiatannya memberikan ketrampilan bagi klien gangguan yang sudah pulang ke masyarakat sesuai dengan sumber daya yang di lingkungan dimana klien tinggal.

Berdasarkan temuan lapangan terhadap permasalahan anggaran kegiatan terdapat pengaruh dalam pelaksanaan program. Kendala keuangan yang timbul adalah tidak ada alokasi anggaran untuk program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* baik di tingkat Rumah Sakit maupun Puskesmas. Apalagi di tingkat Puskesmas yang sementara ini dananya diambil dari Biaya Operasional Kesehatan (BOK) yang pencairannya dengan sistem tunda.

Sistem pembiayaan ini menjadi penghambat bagi pelaksanaan program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment*. Walaupun demikian, kendala tersebut dapat diatasi dengan adanya pengumpulan dana dari anggota masyarakat sebesar Rp1.500,- per bulan dan kebetulan ada donator yang membantu modal.

Berdasarkan temuan lapangan sumberdaya fasilitas dan peralatan yang dimiliki oleh Puskesmas Sindang Barang sudah memadai dan mereka tidak ada kendala yang signifikan dalam pelaksanaan kegiatan terkait dengan faktor fasilitas dan peralatan.

Dukungan alat pendukung ini sangat penting dalam menunjang keberhasilan program. Petugas akan mampu menjalankan peran dan fungsinya dengan baik apabila ada tersedia fasilitas sarana kantor yang telah dilengkapi dengan perlengkapan seperti: ATK, komputer, mesin ketik, ruang rapat, dll.

Dan dikuatkan lagi dari pihak Puskesmas bahwa program jiwa bukan program prioritas, hanya merupakan upaya kesehatan pengembangan. Sedangkan upaya kesehatan wajib di puskesmas adalah: upaya promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu anak/keluarga berencana, upaya peningkatan gizi masyarakat, pencegahan penyakit menular dan pengobatan.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor. 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat, Puskesmas adalah Unit Pelayanan Teknis Daerah/UPTD kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Definisi Puskesmas menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia 1991, Puskesmas adalah organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat dan memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama, merupakan ujung tombak dalam memberikan pelayanan di masyarakat, termasuk pelayanan kesehatan jiwa. Puskesmas dan Rumah Sakit Jiwa berbagi tanggungjawab dalam memberikan pelayanan kepada pasien untuk meningkatkan layanan kesehatan jiwa kepada pasien, dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup orang dengan skizofrenia. Puskesmas juga mempunyai kemampuan untuk melakukan penjangkauan secara leboh optimal kepada pasien yang membutuhkan. Sehat adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Kendala berikutnya selain pendanaan adalah masalah sumber daya manusia terutama perawat yang harus bertanggung jawab dalam banyak program yang ada di puskesmas. Sedangkan peran pekerja sosial di puskesmas dipegang oleh perawat dan kader. Oleh sebab itu perawat puskesmas harus memiliki kompetensi minimal yaitu asuhan keperawatan terhadap individu, keluarga dan kelompok dalam kegiatan tindakan ke pasien langsung, pengobatan dasar sesuai kewenangan, gawat darurat dan pencegahan infeksi. Promosi kesehatan untuk pemberdayaan individu, keluarga dan kelompok,

Surveillance kegiatannya meliputi identifikasi faktor resiko, penemuan kasus dini, kejadian luar biasa. Membina pelayanan kesehatan dengan bersumber daya masyarakat dengan melaksanakan pelatihan kader, monitoring dan evaluasi, serta pendokumentasian.

Sehingga dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* di Puskesmas walaupun ada modifikasi dalam ketenagaan tetap dapat dilakukan sesuai ketentuan tentang gambaran penting dan prinsip-prinsip *Assertive Community Treatment* seperti yang tersebut diatas.

Sosialisasi ke masyarakat kurang karena berkaitan dengan alokasi anggaran yang terbatas, kesehatan jiwa merupakan bukan program prioritas sehingga dalam pelaksanaan dilapangan diselipkan dalam program utama di Puskesmas.

Menurut paham kesehatan jiwa seseorang dikatakan sakit apabila ia tidak mampu berfungsi secara wajar dalam kehidupannya sehari-hari. Dalam penanganannya keikutsertaan peran pekerja sosial medis di Rumah Sakit dan Puskesmas sangat berpengaruh terhadap proses pengobatan yang harus dijalani pasien dan pembiayaan yang harus ditanggung keluarganya. Secara garis besar peran pekerja sosial medis dalam penanganan pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit dan Puskesmas adalah sebagai berikut berperan sebagai Inisiator; membantu seorang klien/pasien gangguan jiwa menyelesaikan persoalan karena tidak dapat menerima keterbatasan yang disebabkan oleh penyakitnya. Negosiator; membantu keluarga pasien/klien dalam hal pembiayaan pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit atau Puskesmas. Advokasi; membantu mengemukakan persoalan yang dihadapi pasien/klien. Pembicara; membantu keluarga pasien/klien dalam menyampaikan permasalahan kepada pihak Rumah Sakit atau Puskesmas. Organisator; mengorganisir tim penanganan secara psiko-sosial. Mediator; menjelaskan prosedur Rumah Sakit dan Puskesmas kepada keluarga pasien/klien. Meningkatkan pemahaman staf kesehatan di Rumah Sakit dan puskesmas tentang bagaimana sebaiknya menghadapi pasien/klien gangguan jiwa misalnya pasien sering manangis, tidak pernah dikunjungi keluarga, menyendiri. Konsultan; memberikan informasi ke lembaga di luar Rumah Sakit. (Ashman and Hull, 1993, h. 141)

Dari peran pekerja sosial diatas yang sering dilakukan dalam kegiatan pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* di Puskesmas adalah sebagai mediator dan negosiator dan ini dilakukan oleh kader karena tidak ada pekerja sosial di Puskesmas maupun Kecamatan.

Pelatihan Kesehatan jiwa yang kurang bagi petugas di Puskesmas maupun kader yang ada di masyarakat yang merupakan ujung tombak dari puskesmas dalam hal

penyampaian informasi kepada masyarakat, sehingga stigma terhadap pasien gangguan jiwa semakin besar.

Stigma adalah sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bahwa bila salah seorang anggota keluarganya menderita skizofrenia, hal ini merupakan aib bagi keluarga. Oleh karenanya seringkali penderita skizofrenia disembunyikan bahkan dikucilkan, tidak dibawa berobat ke dokter karena rasa malu. (Hawari, 2009, h. 1-3)

Untuk mengurangi stigma pada keluarga dan masyarakat terhadap gangguan jiwa skizofrenia ini, faktor pendukungnya adalah berbagai upaya penyuluhan dan sosialisasi kesehatan jiwa dimana salah satu diantaranya adalah gangguan jiwa skizofrenia perlu diberikan oleh para dokter (psikiater), psikolog, pekerja social (*social worker*) dan para ahli dibidang kesehatan jiwa masyarakat. Dan didukung oleh perhimpunan jiwa sehat yang ada di masyarakat.

Sosialisasi dan Koordinasi Lintas Sektor yang kurang mengakibatkan program yang dilaksanakan kurang mendapat dukungan, sebenarnya ada Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) yang melakukan program kesehatan jiwa secara lintas sektor. Namun selama ini TPK-JM tidak berjalan dan anggotanya terdiri dari instansi yang terkait (Dinas Kesehatan Kota, Dinas Sosial, Rumah Sakit, Pemerintah Kota, dan lain-lain). Pada struktur organisasinya, Ketua TPKJM adalah Walikota yang sibuk dengan berbagai urusan pemerintahan dan politik sehingga sedikit sekali waktu untuk kegiatan kesehatan jiwa masyarakat.

Sedangkan di Puskesmas Sindang Barang bentuk dukungannya berupa “membantu dalam hal Kebijakan” disampaikan oleh pemegang program jiwa, membantu dalam hal kebijakan adalah dalam hal alokasi anggaran untuk kegiatan pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* diambil dari anggaran Jamkesmas.

“Peran puskesmas memfasilitasi pasien dan keluarga yang akan dilakukan pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* yaitu dengan bantuan transport untuk pasien yang dirujuk ke Rumah sakit sebesar Rp50.000,- ” seperti diungkapkan oleh pemegang program jiwa Puskesmas. Sasaran dan tujuan program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* adalah untuk membuat masyarakat lebih berdaya dalam menghadapi dan menagani kasus-kasus yang ditemui di lingkungannya tetapi dari temuan dilapangan justru menimbulkan ketergantungan terhadap Tim *Assertive Community Treatment* yang ada di rumah sakit, misalnya ada kasus dilapangan sebenarnya bisa ditangani tanpa bantuan Tim *Assertive*

*Community Treatment* dari rumah sakit, tetapi Tim *Assertive Community Treatment* yang ada dilapangan langsung ke Rumah Sakit jadi alur yang sudah disepakati sering dilanggar, mungkin itu merupakan salah satu dampak dari konsekuensi yang ada dalam gambaran penting dari Model *Assertive Community Treatment* bisa dilihat di (Bab 3, h. 75). Untuk meminimalisir hal tersebut biasanya harus dilakukan sosialisasi dan penyuluhan tentang kesehatan jiwa baik terhadap petugas kesehatan yang ada di puskesmas maupun yang ada di masyarakat sehingga kemandirian di dalam masyarakat akan terus meningkat.



## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan tujuan penelitian yaitu penatalaksanaan program pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* di Rumah Sakit dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor, serta faktor-faktor pendukung dan penghambat dapat disimpulkan sebagai berikut:

Model *Assertive Community Treatment* sebagai pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat bagi klien/pasien gangguan jiwa sangat sesuai untuk diterapkan terutama untuk mengatasi permasalahan yang timbul di rumah sakit seperti lamanya masa perawatan, mahalannya biaya perawatan, terbatasnya waktu perawatan di rumah sakit dan keterlibatan keluarga pasien dalam proses pengobatan. Pelayanan pengobatan gangguan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* dilakukan pada *setting* rumah dimana pasien tinggal, pola pelayanan yang tidak terpaku waktu tertentu artinya disesuaikan dengan pola keseharian pasien dan keluarga pasien.

Model *Assertive Community Treatment* sebagai pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat bagi klien/pasien gangguan jiwa mendapat dukungan yang baik dari Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di masyarakat. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia 1991, Puskesmas adalah organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat dan memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat. Dalam Buku Pedoman Kinerja Puskesmas, Upaya dan Azas Penyelenggaraan Puskesmas terdiri dari dua bagian yaitu: 1) Upaya kesehatan wajib, berdasarkan komitmen nasional, regional dan global serta yang mempunyai peluang tinggi untuk peningkatan derajat kesehatan, yaitu: upaya promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, tingkat Kematian Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana, Upaya Peningkatan Gizi Masyarakat, Pemberantasan Penyakit Menular, dan pengobatan. 2) Upaya kesehatan pengembangan, berdasarkan masalah kesehatan yang ada di masyarakat serta disesuaikan dengan kemampuan puskesmas, seperti: Usaha Kesehatan Sekolah, Olah Raga, Perawatan kesehatan masyarakat, Upaya Kesehatan Kerja, Gigi dan

Mulut, kesehatan jiwa, mata, usia lanjut dan pengobatan tradisional di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Kebijakannya membentuk jejaring kesehatan jiwa lintas sektor (Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Pemerintah Daerah, Rumah Sakit, Puskesmas, Kader, Paguyuban Jiwa Sehat) dalam penanganan masalah kesehatan jiwa masyarakat, antara lain:

- Integrasi kesehatan jiwa masyarakat lintas program.
- Implementasi, supervisi dan monitoring-evaluasi kesehatan jiwa masyarakat di tingkat Puskesmas.
- Sistem pembiayaan untuk penanganan masalah kesehatan jiwa masyarakat, bagi rawat jalan/kontrol, rawat inap di Rumah Sakit khusus bagi pasien gangguan jiwa.
- Mendayagunakan sumberdaya manusia bidang kesehatan jiwa berdasarkan kebutuhan dan kompetensinya.

Rumah Sakit melalui Instalasi Keswamas bekerjasama dengan interdepartemental dengan Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) di Kota mempunyai tugas membantu Walikota dalam merumuskan kebijakan Pemerintah Kota dalam upaya pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa masyarakat melalui pendekatan multidisiplin dan peran serta masyarakat, guna meningkatkan kondisi kesehatan jiwa masyarakat yang optimis di daerahnya.

Dalam melaksanakan tugas tersebut diatas Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Kota berkewajiban:

- a. Mengidentifikasi, mengklasifikasi dan memetakan permasalahan kesehatan jiwa masyarakat dalam rangka merumuskan kebijakan umum tingkat kota.
- b. Memberikan masukan kepada Walikota untuk menentukan mekanisme koordinasi dan kebijakan operasional tingkat kota.
- c. Menyusun program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang, bersama dengan penyusunan anggaran.
- d. Mengklarifikasi dan memberikan masukan kepada Walikota dalam pelaksanaan tugas pembantuan.
- e. Merumuskan langkah-langkah kegiatan monitoring dan evaluasi.

## 6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian pelaksanaan program pelayanan kesehatan berbasis masyarakat dengan model *Assertive Community Treatment* sebagai pelayanan kesehatan jiwa bagi klien/pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dan pada Puskesmas binaan di Kota Bogor pada tahun 2010, maka disarankan untuk:

- Meningkatkan kerjasama lintas sektoral (dengan Dinas Sosial, Balai Latihan Kerja dan Pemerintah Daerah) dalam hal latihan kerja untuk klien dan membantu penyaluran klien ke dunia kerja.
- Menambah jumlah anggota Tim *Assertive Community Treatment* Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
- Menambah jumlah Puskesmas yang menjadi pelaksana kegiatan pelayanan kesehatan jiwa dengan model *Assertive Community Treatment* di wilayah kerjanya.
- Membuat *leaflet* sebagai Pedoman dan Arahan Tim *Assertive Community Treatment* Puskesmas dan masyarakat.
- Mengadakan pelatihan deteksi dini untuk dokter Puskesmas dalam mendiagnosis pasien gangguan jiwa, sehingga akan lebih dini dalam penegakan diagnosa sehingga lebih cepat dalam pelayanan kesehatan jiwa.
- Menghidupkan kembali Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) yang ada di kota Bogor sehingga program pelayanan kesehatan jiwa dapat berjalan kembali melalui kerjasama lintas sektor dan program.
- Mendorong paguyuban jiwa sehat untuk lebih berperan lebih aktif dengan keterlibatan pihak-pihak yang terkait untuk menciptakan kegiatan yang lebih inovatif untuk menjawab tantangan maupun kebutuhan-kebutuhan akibat adanya perubahan-perubahan yang terjadi di masyarakat Kota Bogor.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alston, Margaret and Bowles, Wendy. (2003). *Research for Social Worker*, New South Wales: Allen & Unwin
- Baraja, Abubakar. (2006). *Psikologi Konseling dan Teknik Konseling*, Jakarta: StudioPress
- Bogdan, R.C. and Biklen, K. (1982). *Qualitative Research for Education: An Introduction to Theory and Methods*, Boston: Allyn and Bacon Inc
- Caplan Gerald & Ruth B. Caplan. (1993). *Mental Health Consultation and Collaboration*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers
- Corey, Gerald. (1988). *Teori dan Praktek Konseling dan Psikoterapi*, Bandung: PT. Eresco
- Corwin, Maria D. (2002). *Brief Treatment in Clinical Social Work Practice*, USA: Brooks/Cole
- Entjang, Indan. (1991). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Bandung: PT. Citra Aditya Bakti
- Faisal, Sanapiah. (1990). *Penelitian Kualitatif; Dasar-Dasar dan Aplikasi*, Malang: YA3
- Hawari, Dadang. (2009). *Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*, Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Huraerah, Abu dan Purwanto. (2006). *Dinamika Kelompok: Konsep dan Aplikasi*, Bandung: PT. Refika Aditama
- Hudson, Barbara L. (1989). *Social Work with Psychiatric Patients*, London: McMillan Education Ltd
- Iatridis, Demetrius. (1994). *Social Policy: Institutional Context of Social Development and Human Services*, USA: Brooks/Cole Publishing Company
- Ibrahim, Ayub Sani. (2007). *Pemeriksaan Psikiatri, Wawancara Psikiatri, Psikopatologi, Farmako Terapi, Gangguan Kepribadian dan Mekanisme Pertahanan*, Jakarta: CV. Ref Grafika
- Ife, Jim and Frank Tesoriero. (2008). *Community Development*, (Edisi III), Yogyakarta: Pustaka Pelajar (terjemahan)
- Johnston, Mary. (1988). *Relasi Dinamis Antara Pekerja Sosial dengan Klien dalam setting Rumah Sakit*, Surakarta
- Kirst-Ashman, Karen K, and Grafton H. Hull Jr. (1993). *Understanding Generalist Practice*, Chicago: Nelson-Hall Publisher
- Miles, M.B and Huberman, A.M. (1992). *Qualitative Data Analysis*, (Rohidi T.R. penerjemah), Jakarta: UI Press

- Minichiello, Victor., Aroni, Rosalie. (2007). Timewell, Eric., and Alenander, Loris., *In-Depth Interviewing (2<sup>nd</sup> edition)*, Australia: Longman Pty Ltd
- Moleong, Lexy J. (2007). *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*, Bandung: Remaja Rosdakarya
- Neuman, W. Lawrence. (2006). *Social Research Methods Qualitative and Quantitative Approaches sixth edition* USA: Pearson Edition Inc
- Narwoko, J. Dwi, dan Suyanto, Bagong. (Editor). (2010). *Sosiologi Teks Pengantar dan terapan*, Edisi Ketiga, Jakarta: Kencana
- Notoatmodjo, Soekidjo. (1997). *Prinsip-prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: Rineka Cipta
- Patel, Vikram. (2001). *Buku Panduan Kesehatan Jiwa; Ketika Tidak ada Psikiater: Buku Panduan Kesehatan Jiwa*, London: The Royal College of Psychiatrist
- Roberts, Albert R. dan Greene, Gilbert J. (Penyunting). (2009). *Buku Pintar Pekerja Sosial (Jilid 2)*, Jakarta: BPK Gunung Mulia
- Sand, Roberta G. (1991). *Clinical Social Work Practice in Behavioral Mental Health: A Postmodern Approach in Practice with Adults*, (2<sup>nd</sup> Edition), United States of America: Allyn and Bacon
- Soekanto, Soerjono. (2009). *Sosiologi Keluarga*, Jakarta: Rineka Cipta,
- Skidmore. Rex A, Milton G. Thackery dan O. William Farley. (1991). *Introduction to Social Work, (5<sup>th</sup> edition)*, USA: Prentice-Hall International
- Sugiyono. (2008). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*, Bandung: Alfabeta
- Sutarso, editor Chusnan Jusuf. (2005). *Praktek Pekerjaan Sosial dalam Pembangunan Masyarakat*, Jakarta: Balatbangsos Depertemen Sosial Republik Indonesia
- Widya, R. Surya. (2006). *280 Tanya Jawab Mengenai Kesehatan Jiwa*, Jakarta: Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan
- Zastrow, Charles. (1992). *The Practice of Social Work, New York. (4<sup>th</sup> Edition)*, California: Wadsworth Publishing

### **Bahan-Bahan Lain**

- Buku Panduan Praktek Pekerja Sosial Medis di RSO Prof. Dr. R. Soeharso*, (2008). Surakarta
- Buku Panduan Umum Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Kesehatan Jiwa*, (2005). Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia

- Buku Pedoman Kesehatan Jiwa: Pegangan Bagi Kader Kesehatan, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat*, (2003). Jakarta: Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Buku Pedoman Umum Pelaksanaan Kegiatan Kesehatan Jiwa Masyarakat bagi Lintas Program dan Lintas Sektor*, (2005). Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Buku Pedoman Umum TP-KJM: Tim Pembina, Tim Pengarah & Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat*, (2003). Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Buku Program dan Abstrak Seminar Nasional I Psikiatri Komunitas, Mainstreaming Community Psychiatry: Addressing and Promoting Population-based Needs for Mental Health Programming*, (2010). Jakarta
- Dachroni, Drs., MPH. (1998). *Dari Ottawa sampai Jakarta Kumpulan Tulisan Kepala Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
- Dharmono, Suryo. (2011). *Masalah Psikososial & Kesehatan Jiwa di Masyarakat*, Jakarta: Makalah Departemen Psikiatri FKUI/RSCM
- Draft Pedoman Pelayanan Keswamas di Rumah Sakit Jiwa*, (2011). Jakarta: Direktorat Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Gangguan-gangguan jiwa yang banyak terjadi di Masyarakat*, (2008). Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Glosarium Data dan Informasi Kesehatan*, (2006). Jakarta: Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Hasil Penilaian Disabilitas Psikososial Pasien Mental dan Sikap Keluarga terhadap penerimaan kembali pasien mental dari Rumah Sakit Jiwa*, (1990). Jakarta: Direktorat Kesehatan Jiwa, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Kesehatan Jiwa di Kota Bogor*, (2010). Bogor: Dinas Kesehatan Kota Bogor
- Kesehatan Jiwa*, (1996). Ciloto: Bapelkes Program Pelatihan Kesehatan Jiwa, 10 Desember
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 133/Menkes/SK/IV/1978 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Pusat (RSJ)
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 983/MENKES/1992 tentang Pendirian Layanan Rumah Sakit Umum (RSU)

- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 220/Menkes/SK/III/2002 tanggal 25 Maret 2002 tentang Pedoman Umum Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM)
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1161/Menkes/SK/X/2007 tentang Penetapan Tarif Rumah Sakit Berdasarkan Indonesia Diagnosis Related Groups/INA DRG.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 296/Menkes/SK/III/2008 tentang Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas
- Laporan Akuntabilitas Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor 2009.* (2010). Bogor: Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi
- Maslim, Rusdi. (2001). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III*, Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya
- Materi Seminar *Pekerjaan Sosial Medik di Rumah Sakit*, (2000). STKS Bandung: Pusdiklat Kesejahteraan Sosial BKSNI dan Kantor Menteri Negara Masalah-masalah Kemasyarakatan tanggal 13 Nopember 2000
- Modul Advokasi Kesehatan Jiwa*, (2006). Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Modul Workshop Assertive Community Treatment untuk Pasien Skizofrenia*, (2009). Bogor: RS Dr.H. Marzoeki Mahdi Bogor tanggal 17-20 November 2009 (tidak diterbitkan)
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 340 tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit yang memasukkan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat sebagai salah satu jenis pelayanan di Rumah Sakit Jiwa
- Profil Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor 128 Tahun, 1882 – 2010.*
- Program & Abstract Book, Regional Collaboration for a Better Mental Health its is time to Act Now*, (2006). Jakarta: Konferensi Nasional Kesehatan Jiwa III, Hotel Borobudur Jakarta tanggal 29 Juni - 1 Juli 2006.
- Promosi Kesehatan Komitmen Global dari Ottawa-Jakarta-Nairobi Menuju Rakyat Sehat*, (2009). Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia bekerja sama dengan Departemen Pendidikan kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Sejarah Upaya Kesehatan Jiwa di Indonesia*, (2006). Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa, Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Subandhini, Meiti dan Luhpuri, Dorang. (10-11 Mei 2006). *Manual Terapi Psikososial 1*, Makalah, Bandung: Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial

Undang-undang Dasar 1945

Undang-undang Nomor 3 Tahun 1966 tentang Kesehatan Jiwa

Undang-undang Nomor 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

### **Tesis**

Andri. (2010). *Implementasi Kebijakan Alokasi Dana Gampong Tahun 2008 (Studi Kasus Di Gampong Alue Lehob dan Seunebok Baro Kecamatan Cot Girek Kabupaten Aceh Utara)*. Depok: Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Program Magister Ilmu Kesejahteraan Sosial

Wardani, Ice Yulia. (2009). *Pengalaman Keluarga Menghadapi Ketidakpatuhan Anggota Keluarga Dengan Skizofrenia Dalam Mengikuti Regimen Terapeutik: Pengobatan*. Depok: Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa

Wuryandari, Ani. (2010). *Pengembangan Program Sanitasi Berbasis Masyarakat (Penelitian Aksi/Community Based Action Research Di Desa Sido makmur Kabupaten Lampung Selatan)*. Depok: Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Program Magister Ilmu Kesejahteraan Sosial

Rismurada, Ardianti. (2009). *Laporan Residensi Instalasi Gawat Darurat Psikiatri RS Dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor*. Depok: Universitas Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit

### **Pencarian di Internet**

*Riset Kesehatan Dasar Indonesia*. (2007). Diakses pada tanggal 10 Desember 2010 dari website: <http://www.scribd.com/doc/31834110/indonesia-Riskesdas-2007>

Sinar Harapan, Ayu Latifah. (2007). *94 Persen Masyarakat Indonesia Depresi, Hasil Penelitian Persatuan Ahli Kesehatan Jiwa, Juni 2007*. Diakses pada tanggal 13 Desember 2010 dari <http://www.sinarharapan.co.id/berita/0710/23/opi01.html>

Wicaksana, I., Jalil, A. (2007). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kekambuhan Penderita Skizofrenia*. Diakses pada tanggal 15 Desember 2010 dari website <http://pds kijaya.org/abstrak/Free%20Paper%20VI.doc>.



*Assertive Community Treatment Tools Kit*, (2008). U.S. Department OF Health And Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Mental Health Services Using Multimedia to Introduce Your EBP, Originating Office Center for Mental Health Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration 1 Choke Cherry Road Rockville, MD 20857 DHHS Publication No. SMA-08-4344 Printed 2008. Diakses pada tanggal 10 Desember 2010 dari <http://www.samhsa.gov>

**Surat Ijin Penelitian ke Puskesmas Sindang Barang**



UNIVERSITAS INDONESIA  
**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK**  
KAMPUS UI, DEPOK 16424, TELP. (021) 7270006, 7869785, 7872823  
FAX. (021) 7872820, 7270007

Nomor : 333/H2.F9.06.PPs/PDP.04.02/2011  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

27 Juni 2011

Yang terhormat,  
Kepala Puskesmas Sindang Barang  
di  
Kota Bogor

Sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi di Program Pascasarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial, Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia, para peserta wajib untuk melakukan penulisan tesis. Sehubungan dengan itu, salah seorang peserta Program kami yaitu :

Nama : **Lilin Darmiyati**  
N P M : 0906501176  
Departemen : Ilmu Kesejahteraan Sosial  
Pascasarjana : Ilmu Kesejahteraan Sosial  
Judul Tesis : **Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat Terhadap Penyaluran Klien Gangguan Jiwa Dari Rumah Sakit KE Keluarga. (Studi Kasus Model Assertive Community Treatment pada Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor di Puskesmas Sindang Barang, Gang Kelor, Pondok Rumpit dan Bogor Timur)**

Bermaksud mengadakan penelitian, mencari data dan informasi di Instansi Bapak/Ibu. Untuk maksud tersebut kami mohon kiranya Bapak/Ibu berkenan memberi izin penelitian bagi mahasiswa kami.

Atas perhatian dan bantuan yang diberikan, kami ucapkan terima kasih.

Program Pascasarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial  
Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial, FISIP UI  
Ketua,



Fentiny Nugroho, MA, Ph.D  
NIP. 196011271987032001

Surat Ijin Penelitian ke Dinas Kesehatan



UNIVERSITAS INDONESIA  
**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK**  
KAMPUS UI, DEPOK 16424, TELP. (021) 7270006, 7869785, 7872823  
FAX. (021) 7872820, 7270007

Nomor : 332/H2.F9.06.PPs/PDP.04.02/2011  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

27 Juni 2011

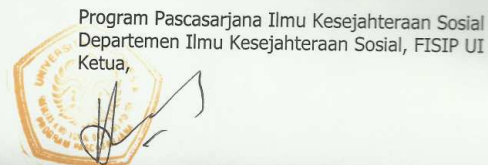
Yang terhormat,  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bogor  
Jl. Kesehatan.No. 3  
Kota Bogor

Sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi di Program Pascasarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial, Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia, para peserta wajib untuk melakukan penulisan tesis. Sehubungan dengan itu, salah seorang peserta Program kami yaitu :

Nama : **Lilin Darmiyati**  
N P M : 0906501176  
Departemen : Ilmu Kesejahteraan Sosial  
Pascasarjana : Ilmu Kesejahteraan Sosial  
Judul Tesis : **Pelayanan Kesehatan Jiwa Berbasis Masyarakat Terhadap Penyaluran Klien Gangguan Jiwa Dari Rumah Sakit KE Keluarga. (Studi Kasus Model Assertive Community Treatment pada Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor di Puskesmas Sindang Barang, Gang Kelor, Pondok Rumput dan Bogor Timur)**


Bermaksud mengadakan penelitian, mencari data dan informasi di Instansi Bapak/Ibu. Untuk maksud tersebut kami mohon kiranya Bapak/Ibu berkenan memberi izin penelitian bagi mahasiswa kami.

Atas perhatian dan bantuan yang diberikan, kami ucapkan terima kasih.



Fentiny Nugroho, MA, Ph.D  
NIP. 196011271987032001


Modul Assertive Community Treatment-Pekerja Sosial Medis



### Latar Belakang



Seringkali apapun penyakit yang diderita seseorang, sudah pasti menimbulkan berbagai reaksi yang menjadi beban bagi pasien dan keluarganya sehingga berpengaruh pula terhadap penyakit dan proses penyembuhannya. Pentingnya praktek pekerjaan sosial medis dilandasi :

- Status kesehatan, pola penyakit dan reaksi orang terhadap penyakit dipengaruhi oleh faktor sosial, budaya & ekonomi.
- Kondisi sakit & penyakit berkaitan dgn perilaku manusia.
- Akses orang terhadap sumber pelayanan kesehatan merupakan masalah yang endemik.
- Penanganan terhadap pasien secara tim akan memberikan hasil secara lebih baik.



### Ruang Lingkup Kegiatan PSM

- Pemeriksaan Sosial Medis
- Perencanaan & Intervensi
- Evaluasi & Persiapan tindakan pemulangan
- Hubungan dg pihak Luar (Lingkungan sosial, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Tempat Kerja, Tempat pendidikan, Panti Sosial)
- Kunjungan rumah




(Lanjutan Lampiran 2)

 Ruang Lingkup Kegiatan PSM

**■ Pemeriksaan Sosial Medis**

- a. tanggapan pasien atas sakitnya
- b. respon keluarga thdp pasien
- c. kelangsungan hidup pasien setelah pulang
- d. kemampuan finansial utk perawatan di RS
- e. respon lingkungan sosial
- f. kelanjutan pendidikan (bg yg sekolah)
- g. kelanjutan kerja (bg yg sdh bekerja)
- h. penelusuran & analisis potensi-sumber yg berguna utk mengatasi masalah sosial pasien


 Ruang Lingkup Kegiatan PSM

**■ Perencanaan & intervensi**

- a. pasien-Keluarga dibimbing taati aturan RS
- b. pasien-keluarga dibimbing memanfaatkan asuransi kesehatan
- c. pasien-keluarga dibimbing mengurus hak-hak
- d. bimbingan agar keluarga tdk terlantar
- e. bimbingan agar pasien tidak terlantar/ ketergantungan
- f. masalah dg tempat kerja/sekolah
- g. Bimbingan agar tidak terjadi broken home
- h. memotivasi pasien agar tidak rendah diri



 Ruang Lingkup Kegiatan PSM

**■ Evaluasi & persiapan tindakan pemulangan**


- a. kesiapan biaya perawatan
- b. kesiapan mental setelah selesai perawatan
- c. kesiapan keluarga tatalaksana lingkungan
- d. kelengkapan peralatan yang harus dimiliki sehubungan dengan kondisi pasien


(Lanjutan Lampiran 2)

 Ruang Lingkup Kegiatan PSM

- Hubungan dengan pihak luar yg mendukung proses penyembuhan
  - a. lingkungan keluarga
  - b. lingkungan sosial
  - c. Dinas Kesehatan
  - d. Dinas Sosial
  - e. Lembaga Pendidikan/Tempat bekerja
  - f. Lembaga pelayanan sosial lain (Panti, dll)



 Ruang Lingkup Kegiatan PSM

- Kunjungan Rumah
  - a. perawatan lanjutan
  - b. mengorganisir keluarga-lingkungan sosial (mobilitas dan sosialisasi di keluarga & lingkungan sosial)
  - c. pendekatan pihak terkait pelayanan sosial (pemerintah, masyarakat, swasta)



 Kondisi Sosial Ekonomi Pasien

1. Kemampuan Mengatasi

No.	Aspek
1.	Hambatan Faktor sosial
2.	Masalah sosial
3.	Hambatan sosial
4.	Masalah Interaksi, Relasi, adaptasi
5.	Hambatan Fungsi sosial

2. Menjaga & mengembalikan tanggungjawab keluarga dalam proses penyembuhan pasien



(Lanjutan Lampiran 2)

**Sistem Sumber**


Segala sesuatu yang mendukung proses penyembuhan pasien

No.	Sistem
1.	Sumber Formal
2.	Sumber Informal
3.	Sumber Kemasyarakatan




**Masalah yg Dihadapi Penderita Skizofrenia**

No.	Masalah
1.	Kurang dukungan keluarga
2.	Kurang dukungan Masyarakat
3.	Kesempatan secara sosial - ekonomi
4.	Mengatasi berbagai permasalahan sosial



**Pemecahan Masalah Penderita Skizofrenia**

No.	Solusi
1.	Pengetahuan-pengertian pd keluarga bagaimana cara merawat pasien & memotivasi berobat jalan
2.	Pengetahuan-pengertian pd masyarakat ttg penyakit kejiwaan → tidak mengintimidasi
3.	Kerjasama dg Dinas Sosial / Panti terkait dlm rangka memberikan ketrampilan kerja bagi pasien yg berobat jalan



## Lampiran 3.1.1

### Transkrip Hasil Wawancara di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

#### Identitas Informan

Nama	dr. E
Jenis Kelamin	Laki-laki
Usia	50 tahun
Pendidikan	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa
Jabatan	Direktur Medik RSMM Bogor
Lama Menjabat	2009-2011
Alamat	Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

#### Sejarah Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

1	Tanya	Bagaimana Sejarah Pemakaian Nama Marzoeki Mahdi pada Rumah Sakit Jiwa Bogor?
	Jawab	Kami dari pihak manajemen Rumah Sakit mengusulkan kepada Kementerian Kesehatan untuk merubah nama dari Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor atau terkenal sama masyarakat Bogor dengan Rumah Sakit Cilendek/Cikeumeh sesuai tempat dimana rumah sakit berada, selain dimaksudkan mengenang jasa-jasa beliau yaitu bapak dr.H.Marzoeki Mahdi karena beliau adalah direktur pribumi pertama yang memimpin rumah sakit jiwa pada saat itu dan juga sebagai upaya mengurangi stigma masyarakat tentang rumah sakit jiwa agar masyarakat yang berobat atau berkunjung merasa nyaman

#### Pelaksanaan Model *Assertive Community Treatment*

1	Tanya	Bagaimana kebijakan tentang pelayanan keswa dikaitkan dengan program ACT?
	Jawab	“Sejak tahun 2000 lalu dalam reorganisasi Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Kesehatan Jiwa ditempatkan dibawah Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat dan merubah orientasinya dari pembina kesehatan jiwa masyarakat rujukan menjadi pembina kesehatan jiwa masyarakat dasar. Dengan demikian diharapkan agar kiprah pelayanan kesehatan jiwa secara professional sudah dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa serta Rumah Sakit Umum, dapat diperluas ke masyarakat melalui pendekatan <i>primary health care</i> , yang berarti melakukan perluasan pelayanan kesehatan dasar dengan selalu mengikutsertakan peran serta aktif masyarakat serta kerja sama lintas sektor dan lintas program. Mengkaji kembali kebijakan kesehatan jiwa masyarakat masyarakat terdapat perubahan yaitu dari berbasis rumah sakit ( <i>hospital base</i> ) menjadi berbasis masyarakat, dtangani disemua pelayanan kesehatan yang ada, dahulu rawat inap sekarang mengandalkan rawat jalandan dahulu penderita gangguan jiwa perlu disantuni sekarang dapat diberdayakan.



2	Tanya	Bagaimana pemahaman tenaga medis di Rumah Sakit ini mengenai program ACT? (prosesnya, pihak yang berperan, pelaksanaan, dan tujuannya)
	Jawab	<i>Model Assertive Community Treatment</i> ini adalah salah satu program pelayanan kesehatan jiwa yang dilaksanakan oleh rumah sakit untuk mengatasi permasalahan baik yang ada di rumah sakit maupun di masyarakat dan pelaksanaan program ini dilaksanakan di Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat yang merupakan salah satu kegiatannya.
3	Tanya	Jelaskan, bagaimana peran Rumah Sakit ini dalam program ACT ?
	Jawab	sebagai pendamping, motivator dan pendukung tim ACT puskesmas
4	Tanya	Pihak mana/Siapa saja yang berperan dalam pelaksanaan program ACT ?
	Jawab	tim ACT RSMM, tim ACT puskesmas, Dinkes
5	Tanya	Apakah ada pembiayaan yang dikeluarkan Rumah Sakit ini untuk pelaksanaan pelatihan program ACT ? bila ya, berapa besarnya? Apakah ada alokasi khusus?
	Jawab	Rumah Sakit sebagai pihak penyelenggara pelatihan hanya mengalokasikan anggaran yang disetujui oleh pihak Dirut keuangan melalui bidang Diklit hanya untuk biaya konsumsi, ATK peserta, dan pnggandaan modul sedangkan fasilitator dari dalam tidak dibayar karena itu sudah menjadi aturan Rumah Sakit yang sudah BLU (Badan Layanan Umum), sedangkan nara sumber dari luar dibayar sesuai pagu SBU (Standar Biaya Umum) yang sudah diatur pagunya oleh Kementerian Kesehatan. Maka dimohon dengan sangat kepada fasilitator dari dalam tidak berkecil hati yang dapat menurunkan semangat dalam penyelenggaraan pelatihan ini.
6	Tanya	Apa saja kendala yang dihadapi dan pendukung pelaksanaan program ACT?
	Jawab	waktu, biaya
7	Tanya	Apa manfaat program ACT bagi Rumah Sakit ini?
	Jawab	meningkatkan cakupan layanan keswamas, meningkatkan jumlah kunjungan pasien dan mobilitas untuk pasien yang rawat inap semakin tinggi serta BOR rumah sakit meningkat.
8	Tanya	Apa saran untuk perbaikan pelaksanaan program ACT ?
	Jawab	memperbanyak jumlah anggota tim dan puskesmas yang diajak bekerjasama. Sosialisasi mengenai pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat lebih ditingkatkan agar cakupan lebih luas

## Lampiran 3.1.2

### Transkrip Hasil Wawancara di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

#### Identitas Informan

Nama	dr. P
Jenis Kelamin	Perempuan
Usia	48 tahun
Pendidikan	Dokter
Jabatan	Kepala Bidang Medik
Lama Menjabat	2008-2011
Alamat	Rumah Sakit dr. H.Marzoeki Mahdi Bogor

#### Pelaksanaan Model Assertive Community Treatment

1	Tanya	Apakah di Rumah Sakit ini pernah mendapatkan informasi mengenai program ACT? kalau ya dari siapa, kapan dan dimana ?
	Jawab	ya dari tim ACT RSMM disosialisasikan melalui rapat KIE yang diselenggarakan setiap bulan tiap tanggal 17 di ruang Srikandi sebelum ACT diadakan pelatihan yang akan diselenggarakan di RSMM Bogor.
2	Tanya	Bagaimana pemahaman tenaga medis di Rumah Sakit ini mengenai program ACT? (prosesnya, pihak yang berperan, pelaksanaan, dan tujuannya)
	Jawab	Pemahaman tentang Model ACT ini belum begitu dikenak karena ini merupakan program pengembangan dalam pelayanan kesehatan jiwa yang mengikut sertakan masyarakat untuk keluarga pasien dan masyarakat, sehingga pasien dapat tinggal lebih lama di lingkungan tempat tinggalnya dan mengurangi beban pembiayaan oleh keluarga, pasien dapat lebih teratur minum obat, bisa bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya, jarang mengalami kekambuhan, diharapkan pasien bisa menjadi warga masyarakat yang sama dengan warga yang lain, dan tidak menimbulkan keresahan di masyarakat pasien yang sudah pulang ke rumah diharapkan akan lebih lama tinggal dengan keluarganya dengan penerapan <i>model Assertive Community Treatment</i> yaitu dengan memanfaatkan sumber-sumber yang ada di lingkungan misalnya akses untuk mendapatkan obat yang lebih dekat di Puskesmas. Untuk mempermudah pelaksanaan program kesehatan jiwa <i>model Assertive Community Treatment</i> harus dibuat tim karena petugas yang masuk dalam tim mempunyai tugas rangkap, untuk itu petugas yang ada didalam di rumah sakit tidak boleh terlibat dalam tim kerja lebih dari 3 ini menghindari beban kerja yang berlebihan
3	Tanya	Jelaskan, bagaimana peran Rumah Sakit ini dalam program ACT ?

	Jawab	disini kita membuka pelayanan umum adalah untuk menunjang pelayanan jiwa karena ada beberapa kasus, salah satunya ada pasien jiwa dalam kondisi <i>partus</i> kita rujuk ke rumah sakit lain, tetapi rumah sakit yang dituju merasa keberatan karena belum siap untuk penanganan pasien dengan <i>dual diagnose</i> maka dengan alasan tersebut kita buka layanan umum sebagai pelayanan penunjang ditambah lagi sebagian pasien jiwa yang dirawat di rumah sakit ini sekitar 60% pengguna Jamkesmas.” Peran Rumah Sakit sebagai pendamping, motivator dan pendukung tim ACT puskesmas.
4	Tanya	Pihak mana/Siapa saja yang berperan dalam pelaksanaan program ACT ?
	Jawab	dalam rangka penjangkauan wilayah pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas maka pihak rumah sakit sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan jiwa membentuk Tim <i>Assertive Community Treatment</i> dalam rangka untuk menyusun modul dan melatih petugas kesehatan yang ada di Puskesmas dengan bekerjasama dengan Dinas Kesehatan yang membawahi wilayah yang akan dijadikan daerah binaan oleh Rumah Sakit untuk pelaksanaan program kesehatan jiwa dengan model <i>Assertive Community Treatment</i> sehingga dengan demikian akan memperkuat kerjasama lintas sektor dan program. Yang akan dijadikan sebagai sasaran program kesehatan jiwa dengan model ACT adalah pasien dengan gangguan jiwa berat khususnya skizofrenia yang menunjukkan karakteristik:Pernah menjalani perawatan dalam jangka waktu lama dan yang sering dirawat di Rumah Sakit, Sering dibawa ke Ruang Gawat Darurat karena mengalami episode akut/ kekambuhan (> 4x/tahun), Adanya komorbiditas dengan gangguan penyalahgunaan zat (dual diagnosis) dan Bertempat tinggal di wilayah penjangkauan Puskesmas.
5	Tanya	Apakah ada pembiayaan yang dikeluarkan Rumah Sakit ini untuk pelaksanaan program ACT ? bila ya, berapa besarnya? Apakah ada alokasi khusus?
	Jawab	Memang alokasi khusus untuk pelayanan kesehatan jiwa tidak ada alokasi anggaran, tetapi kegiatan ini masuk dalam program kegiatan pengembangan kesehatan jiwa di masyarakat. Jadi anggaran dimasukan kedalam kegiatan <i>ekstra mural</i> yang dilakukan di luar rumah sakit salah satunya adalah integrasi ke Puskesmas.
6	Tanya	Apa saja kendala yang dihadapi dan pendukung pelaksanaan program ACT?
	Jawab	Dalam rangka untuk mengurangi stigma masyarakat maka rumah sakit ini berganti nama dari Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor atau dulu dikenal dengan Rumah Sakit Jiwa Cilendek menjadi Rumah Sakit dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor dan dari segi pelayanannya juga mengalami perubahan yang dulu bersifat kustodial (terkurung) sekarang pendekatan psikososial dengan berbagai macam disiplin ilmu yang terlibat dalam pelayanan kesehatan jiwa baik di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit.

7	Tanya	Apa manfaat program ACT bagi Rumah Sakit ini?
	Jawab	Manfaat bagi rumah sakit adalah meningkatnya rujukan dan sistem rujukan lebih selektif memudahkan dalam penjangkauan karena sudah terbentuk jejaring antara rumah sakit dan penerima pelayanan kesehatan jiwa yang ada di masyarakat. Disini kita menentukan kepanitiaan untuk menentukan pembagian tugas sehingga mempermudah dalam pelaksanaan kegiatan ini. Misalnya siapa yang akan melakukan advokasi kepada pihak Dinas Kesehatan Kota yang wilayahnya akan dijadikan sasaran kegiatan kemudian jumlah peserta yang akan ikut sesuai dengan sasaran kegiatan.”
8	Tanya	Apa saran untuk perbaikan pelaksanaan program ACT ?
	Jawab	memperbanyak jumlah anggota tim dan puskesmas yang diajak bekerjasama sehingga memudahkan penjangkauan yang sudah saya sebutkan sebelumnya.

### Lampiran 3.1.3

#### Transkrip Hasil Wawancara di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

##### Identitas Informan

Nama	dr. SK. SpKj
Jenis Kelamni	Perempuan
Usia	40 tahun
Pendidikan	Dokter Spesialis Kedokdetran Jiwa
Jabatan	Psikiater
Lama Menjabat	2007-2011
Alamat	Rumah Sakit dr. H.Marzoeki Mahdi Bogor
Kontak tlp/HP	081289288xxx

##### Pelaksanaan Model *Assertive Community Treatment*

1	Tanya	Apakah di Rumah Sakit ini pernah mendapatkan informasi mengenai program ACT? kalau ya dari siapa, kapan dan dimana ?
	Jawab	ya dari tim ACT RSMM
2	Tanya	Bagaimana pemahaman tenaga medis di Rumah Sakit ini mengenai program ACT? (prosesnya, pihak yang berperan, pelaksanaan, dan tujuannya)
	Jawab	Belum banyak yang tahu karena waktu diadakan pelatihan peserta dalam sekitar 20 orang tenaga kesehatan yang ada dirumah sakit sehingga kedepan perlu sosialisasi ke seluruh bagian yang ada di rumah sakit
3	Tanya	Jelaskan, bagaimana peran Rumah Sakit ini dalam program ACT ?
	Jawab	sebagai pendamping,motivatordan pendukung tim ACT puskesmas
4	Tanya	Pihak mana/Siapa saja yang berperan dalam pelaksanaan program ACT ?
	Jawab	tim ACT RSMM, tim ACT puskesmas, Dinkes
5	Tanya	Apakah ada pembiayaan yang dikeluarkan Rumah Sakit ini untuk pelaksanaan program ACT ? bila ya, berapa besarnya? Apakah ada alokasi khusus?
	Jawab	ada, 800.000 per bulan, tidak ada alokasi kusus disatukan dengan program keswamas
6	Tanya	Apa saja kendala yang dihadapi dan pendukung pelaksanaan program ACT?
	Jawab	waktu,biaya
7	Tanya	Apa manfaat program ACT bagi Rumah Sakit ini?
	Jawab	meningkatkan cakupan layanan keswamas,meningkatkan jumlah kunjungan pasien
8	Tanya	Apa saran untuk perbaikan pelaksanaan program ACT ?

	Jawab	memperbanyak jumlah anggota tim dan puskesmas yang diajak bekerjasama
--	-------	---

### **Penyuluhan**

1	Tanya	Selain memberikan pelayanan pengobatan, apakah Rumah Sakit ini juga ada program penyuluhan di tempat-tempat umum/sekolah/lainnya? Berapa kali dalam setahun?
	Jawab	ya 12x yang sudah dijadwalkan oleh Instalasi keswamas
2	Tanya	Darimana sumber biaya penyuluhan tersebut berasal? Berapa besar alokasinya dalam setahun?
	Jawab	anggaran Keswamas, alokasi tidak tahu
3	Tanya	Apa saja materi yang disampaikan pada penyuluhan tersebut?
	Jawab	Semua hal yang berhubungan dengan keswa
4	Tanya	Bagaimana respon dan pemahaman materi penyuluhan dari para peserta ?
	Jawab	baik, pemahaman cukup dan sangat antusias sehingga memberikan rasa semangat kepada fasilitator bahwa program pelayanan kesehatan dengan model ACT ini akan berjalan dengan baik.

## Lampiran 3.1.4

### Transkrip Hasil Wawancara di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

#### Identitas Informan

Nama P  
Jenis Kelamin Perempuan  
Usia 50 tahun  
Pendidikan S1 Keperawatan  
Jabatan Supervisor Perawat  
Lama Menjabat  
Alamat Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

#### Pelaksanaan Model Assertive Community Treatment

1	Tanya	Apakah di Rumah Sakit ini pernah mendapatkan informasi mengenai program ACT? kalau ya dari siapa, kapan dan dimana ?
	Jawab	ya dari tim ACT RSMM
2	Tanya	Bagaimana pemahaman tenaga medis di Rumah Sakit ini mengenai program ACT? (prosesnya, pihak yang berperan, pelaksanaan, dan tujuannya)
	Jawab	Pemahaman tentang pelayanan kesehatan jiwa sudah dimengerti karena merupakan pelayanan yang dilakukan rutin di ruang perawatan tetapi kalau model ACT ini adalah model pengembangan kesehatan jiwa jadi masih belum faham benar jadi perlu disosialisasikan secara rutin sehingga menjadi bagian dari pelayanan kesehatan jiwa untuk dari profesi perawat sudah menyiapkan yang berkaitan program tersebut. Kalau kita dari profesi perawat sudah siap dalam materi untuk modul mengenai keperawatan sesuai dengan peran fungsi perawat menurunkan insiden sakit dgn mengubah faktor penyebab ditujukan pada individu sehat melalui upaya promosi, pencegahan penyakit dan perlindungan sedangkan untuk prevensi sekunder menurunkan sakit aktual dengan deteksi dini dan mengatasi masalah atau penanganan masalah kesehatan serta melaksanakan prevensi tersier yaitu menurunkan ketidak mampuan atau kecacatan yang di akibatkan oleh penyakit
3	Tanya	Jelaskan, bagaimana peran Rumah Sakit ini dalam pelatihan ACT ?
	Jawab	sebagai pendamping, motivator dan pendukung tim ACT puskesmas
4	Tanya	Pihak mana/Siapa saja yang berperan dalam pelatihan ACT ?
	Jawab	Saya sebenarnya via telpon sudah menghubungi narasumber dan beliau sudah meng-ok-kan tetapi minta dikonfirmasi ulang karena jadwal beliau yang padat dan kalau untuk yang Ke Dinas Kesehatan Kota kita sudah menghubungi dan dari pihak Dinas minta dikirim Surat resmi saja dari pihak Rumah Sakit sebagai penyelenggara kegiatan.”

5	Tanya	Bagaimana persiapan pelatihan model ACT di RSMM?
	Jawab	Ya kalau untuk persiapan kita sendiri yang menyiapkan, persamaan persepsi seperti siapa yang mau dijadikan role model dalam pelaksanaan kegiatan pelatihan atau siapa yang akan mencairkan suasana pelatihan supaya tidak jenuh dan saling mengenal diantara peserta pelatihan.”
6	Tanya	Apa saja kendala yang dihadapi dan pendukung pelaksanaan program ACT?
	Jawab	Saya sebagai pelaksana di lapangan akan melaksanakan tugas sesuai dengan surat tugas yang dibuat oleh rumah sakit asal jelas sehingga saya enak melaksanakannya karena biasanya saya akan meninggalkan pelayanan di rumah sakit kadang saya akan membatalkan janji dengan pasien diganti hari lain karena tidak bisa diganti petugas lain.”
7	Tanya	Apa manfaat program ACT bagi Rumah Sakit ini?
	Jawab	meningkatkan cakupan layanan keswamas, meningkatkan jumlah kunjungan pasien
8	Tanya	Apa saran untuk perbaikan pelaksanaan program ACT ?
	Jawab	memperbanyak jumlah anggota tim dan puskesmas yang diajak bekerjasama

### Penyuluhan

1	Tanya	Selain memberikan pelayanan pengobatan, apakah Rumah Sakit ini juga ada program penyuluhan di tempat-tempat umum/sekolah/lainnya? Berapa kali dalam setahun?
	Jawab	ya setahu saya ada yang sudah difasilitasi oleh instalasi keswamas satu bulan biasanya satu kali tetapi kalau pas ajaran baru permintaan banyak bisa satu bulan bisa 3 sampai 4 kali
2	Tanya	Darimana sumber biaya penyuluhan tersebut berasal? Berapa besar alokasinya dalam setahun?
	Jawab	anggaran Keswamas, alokasi tidak tahu
3	Tanya	Apa saja materi yang disampaikan pada penyuluhan tersebut?
	Jawab	Semua hal yang berhubungan dengan keswa atau bsesuai permintaan dari masyarakat apa materi yang akan dsampaikan tapi tetap yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan jiwa.
4	Tanya	Bagaimana respon dan pemahaman materi penyuluhan dari para peserta ?
	Jawab	baik, pemahaman cukup dan sangat antusias dalam menanggapi permasalahan kesehatan jiwa



## Lampiran 3.1.5

### Transkrip Hasil Wawancara di Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

#### Identitas Informan

Nama	E
Jenis Kelamin	Laki-laki
Usia	30 tahun
Pendidikan	Akademi Perawat Kesehatan
Jabatan	Pekerja Sosial Medis
Lama Menjabat	3 tahun
Alamat	Rumah Sakit dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

#### Pelaksanaan Model Assertive Community Treatment

1	Tanya	Bagaimana proses alur pelayanan pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit?
	Jawab	Kita dalam menangani pasien yang berobat jalan maupun yang dirawat inap sering sekali menemukan masalah tentang kelengkapan administrasi rujukan soalnya kasihan, kalau yang indikasi rawat sih bisa ditunggu 2x24 jam untuk melengkapi persyaratan tetapi kalau rawat jalan keluarga dan pasien sering pulang lagi untuk melengkapi habis sudah aturannya dari askesnya begitu jadi kita sebagai petugas yang ngadepin ini yang ga enak seperti tidak memberikan pelayanan yang baik.
2	Tanya	Jelaskan, bagaimana peran pekerja sosial medis di Rumah Sakit ini dalam pelaksanaan model ACT ?
	Jawab	Mulai dari tahap pengungkapan masalah sosial medis, tahap perencanaan dan intervensi sampai tahap evaluasi dan pemulangan pasien.
3	Tanya	Bagaimana peran pekerja sosial medis pada tahap pengungkapan masalah medis?
	Jawab	Dalam pengkajian banyak yang harus ditanyakan baik ke keluarga maupun pasien sedangkan saya di poli rawat jalan psikiatri banyaknya kunjungan dalam sehari ada 50 sampai 100 pasien baik pasien baru maupun yang kontrol sehingga menyulitkan dalam pengkajian, kalau psikiater sih mending dibagi 3 jadi dipararelkan nah kalau saya pararel sama siapa?
4	Tanya	Bagaimana peran pekerja sosial medis pada tahap perencanaan dan intervensi?
	Jawab	Awalnya keluarga sanggup untuk membayar anggota keluarganya yang dirawat karena menganggap hari rawatnya pendek sehingga menyatakan sanggup kemudian dalam perjalanannya menyatakan ga sanggup dan kadang-kadang minta berlaku surut untuk biaya dan hal ini kitalah segai peksos untuk mengurusnya

5	Tanya	Bagaimana peran pekerja sosial medis pada tahap evaluasi dan pemulangan pasien?
	Jawab	Kegiatan ini dilakukan untuk kepentingan dan kebaikan pasien, karena kalau pasien sudah sembuh secara sosial oleh dokter maka kita sebagai perawat dan peksos akan melakukan kunjungan rumah untuk mengetahui kesiapan keluarga dan masyarakat dimana pasien akan tinggal kalau toh ada hambatan bisa dicarikan solusi pemecahannya misalnya keluarga belum siap karena belum ada kegiatan apa yang pas bagi pasien biasanya keluarga disarankan untuk ke panti rehabilitasi dulu yang ada di Cibadak Sukabumi.
6	Tanya	Apa saja kendala yang dihadapi dan pendukung pelaksanaan program ACT?
	Jawab	Waktu dan biaya
7	Tanya	Apa manfaat program ACT bagi Rumah Sakit ini?
	Jawab	meningkatkan cakupan layanan keswamas, meningkatkan jumlah kunjungan pasien
8	Tanya	Apa saran untuk perbaikan pelaksanaan program ACT ?
	Jawab	memperbanyak jumlah anggota tim dan puskesmas yang diajak bekerjasama

### Transkrip Hasil Wawancara di Dinas Kesehatan Kota Bogor

#### Identitas Informan

Nama SUR  
 Jenis Kelamni Perempuan  
 Usia 29 tahun  
 Pendidikan S2 – Profesi Psikologi Klinis  
 Jabatan Program Jiwa  
 Lama Menjabat 2 tahun  
 Alamat Dinas Kesehatan Kota Bogor  
 Kontak tlp/HP 08121988xxx

#### Pelaksanaan Model *Assertive Community Treatment*

1	Tanya	Apakah Dinas Kesehatan mengetahui mengenai program ACT? Darimana sumbernya?
	Jawab	Dinkes mengetahui mengenai program ACT, melalui pelatihan yang dilaksanakan oleh RSMM
2	Tanya	Bagaimana pemahaman Aparatur Dinas Kesehatan mengenai program ACT? (prosesnya, pihak yang berperan, pelaksanaan, dan tujuannya)
	Jawab	RSMM sebagai pembentuk ACT, menjalin kerjasama dengan Dinkes sebagai tim pendukung medis wilayah (Puskesmas sebagai perpanjangan tangan). Selain dengan Dinkes, RSMM juga bekerjasama dengan stakeholder lain (seperti dingsos, panti-panti) karena ACT merupakan program pelayanan kesehatan dengan pendekatan multidisiplin ilmu dan peran. RSMM mengadakan pelatihan ACT bagi Dinkes dan Puskesmas (dipilih 4 puskesmas; Gang Kelor, Sindang Barang < Pondok Rumpit, Bogor Timur). Puskesmas menerapkan pelatihan ACT ke lapangan, dengan tim ACT dari RSMM. Pendataan dan melaksanakan kunjungan rumah ke pasien, keluarga, dan lingkungan masyarakat. Membina dan membantu permasalahan pasien ACT sampai pasien mampu mandiri. Terus berkoordinasi dengan lintas sektor dalam hal pembinaan. Pihak yang berperan RSMM, Dinkes dan puskesmas di wilayah kota Bogor, Dingsos kota Bogor, Kelurahan dan Kecamatan sebagai tempat tinggal pasien, masyarakat dan keluarga pasien. Pelaksanaannya berdasarkan hasil evaluasi yang telah dilakukan oleh RSMM. Tujuan menurunkan angka gangguan kejiwaan di wilayah puskesmas khususnya, dan kota Bogor Umumnya. Menanggulangi masalah kesehatan jiwa, Mencegah kekambuhan/berulangnya episode pasien gangguan jiwa. Meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya. Menyadarkan dan memberdayakan masyarakat terhadap masalah kesehatan jiwa yang ada di lingkungannya. Meningkatkan fungsi sosial pasien agar hidup lebih mandiri. Menurunkan beban keluarga. Meminimalkan dampak psikososial dan gangguan jiwa terhadap individu, keluarga dan masyarakat.

3	Tanya	Jelaskan, bagaimana peran Dinas Kesehatan dalam program ACT ?
	Jawab	Penguatan jejaring kesehatan jiwa (dinkes-RSMM-FIK UI-Puskesmas). Bekerjasama dengan RSMM dalam memantapkan sistem rujukan kesehatan jiwa. Integrasi keswa ke puskesmas. Integrasi keswa dengan lintas program. Implementasi, supervisi dan monev keswa di puskesmas.
4	Tanya	Apakah ada pembiayaan khusus untuk pelaksanaan program ACT ? bila ya, berapa besarnya per tahun?
	Jawab	Pembiayaan khusus untuk pelaksanaan program ACT tidak ada. Dinkes Kota Bogor memiliki banyak program, sedangkan APBD II terbatas. Namun pada 2010 Dinkes Kota Bogor telah melaksanakan pembentukan dan evaluasi ACT di Puskesmas.
5	Tanya	Apa saja kendala yang dihadapi dan pendukung pelaksanaan program ACT ?
	Jawab	Kendalanya kurang SDM di Puskesmas, belum semua dokter dan perawat / bidan mendapat pelatihan tentang deteksi dini sehingga perlunya pelatihan ACT untuk pengembangan di puskesmas lainnya. Anggaran untuk program kesehatan jiwa terbatas. Kurangnya sosialisasi masalah keswamas antar lintas sektor (kelurahan, kecamatan dll). adanya stigma masyarakat, sehingga dukungan dari masyarakat kurang maksimal. Pendukungnya dukungan dari Dinkes kota Bogor bagi puskesmas, adanya pelatihan bagi petugas sebelum melaksanakan program ACT di Puskesmas, Kerjasama lintas sektor yang saling berkesinambungan. Kita akui kerjasama lintas sektor kurang berjalan sehingga masing-masing sektor punya program masing-masing tanpa ada jejaring padahal kita sudah punya wadah TPKJM tapi seperti mati suri sehingga harus ditingkatkan lagi kerjasama lintas sektor dan mudah-mudahan TPKJM bisa dihidupkan kembali.
6	Tanya	Apa Manfaat program ACT bagi Dinas Kesehatan?
	Jawab	Menurunnya angka gangguan kejiwaan di wilayah puskesmas khususnya, dan kota Bogor umumnya. Tertanggulangnya masalah kesehatan jiwa di Kota Bogor . Meningkatkan kualitas SDM petugas melalui pelatihan-pelatihan. Tercapainya visi dan misi pembangunan kesehatan jiwa di Kota Bogor. Meningkatkan pelayanan keswa di puskesmas. Meningkatkan rujukan pasien ke RSMM, sehingga tepat sasaran sesuai dengan kondisi pasien ACT
7	Tanya	Apa saran untuk perbaikan program ACT di masa yang akan datang?
	Jawab	Meningkatkan kerjasama lintas sektor, agar pelaksanaan ACT terus berlanjut dan menjadi dan menjadi salah satu pelayanan keswa di puskesmas. Mengembangkan Puskesmas lain , agar kembali mendapatka pelatihan ACT untuk dikembangkan diseluruh wilayah , untuk mencapai Kota Bogor yang sehat jiwa. Memberikan penyuluhan untuk kader atau masyarakat tentang keswa. Berkordinasi dengan puskesmas agar menelaraskan jadwal, sehingga dalam pelaksanaan ACT dapat berjalan secara maksimal. Melaksanakan lintas sektor untuk mengembangkan program ACT.

## Penyuluhan

1	Tanya	Apakah ada program penyuluhan penanganan penyakit gangguan jiwa di tempat-tempat umum/sekolah/lainnya? Berapa kali dalam setahun?
	Jawab	Ada program penyuluhan penanganan penyakit gangguan jiwa di sekolah dan masyarakat. Dapat bekerjasama dengan lintas program misalnya UKS, atau di lingkungan Kelurahan dan Kecamatan (lokmin).
2	Tanya	Darimana sumber biaya penyuluhan tersebut berasal? Berapa besar alokasinya dalam setahun?
	Jawab	Tidak ada sumber biaya untuk penyuluhan tersebut.
3	Tanya	Apa saja materi yang disampaikan pada penyuluhan tersebut? Pihak mana saja yang dilibatkan dalam penyuluhan tersebut?
	Jawab	Materi yang disampaikan dalam penyuluhan berupa masalah-masalah gangguan kejiwaan yang sering dijumpai, gejala-gejala, pencegahan yang dapat dilakukan, merawat diri pasien, dll. Penyuluhan dilakukan oleh petugas puskesmas.
4	Tanya	Bagaimana respon dan pemahaman materi penyuluhan dari para peserta?
	Jawab	cukup baik.

## Program dan Kebijakan

1	Tanya	Apa saja program dan Kebijakan Dinas Kesehatan untuk penanganan penyakit gangguan jiwa di Kota Bogor?
	Jawab	Programnya melaksanakan pelatihan-pelatihan bagi pemegang program jiwa di puskesmas, agar dapat diterapkan untuk menangani pasien gangguan jiwa di wilayahnya. Melaksanakan pembinaan di wilayahnya. Kebijakannya membentuk jejaring keswa dengan lintas sektor lainnya. Integrasi keswa dengan lintas program. Implementasi, supervisi dan monev keswa di puskesmas. Sistem pembiayaan untuk keswa, bagi rawat jala/kontrol rawat inap di RS kusus bagi pasien gangguan jiwa. Mendayagunakan SDM keswa berdasarkan kebutuhan dan kompetensi.
2	Tanya	Apakah ada Program khusus di Puskesmas untuk penanganan penyakit gangguan jiwa? Bila tidak ada, apa programnya? Sejak kapan dilaksanakan? Bagaimana pelaksanaannya?
	Jawab	Pembentukan tim CMHN (community mental health nurse) keperawatan keswa bagi perawat puskesmas. Membuka poli kusus untuk pasien gangguan jiwa. Pembentukan puskesmas sehat jiwa di Bogor timur dan Sindang Barang. Melaksanakan program

		ACT.Melakukan kunjungan rumah ke keluarga pasien dan lingkungan tempat pasien tinggal.
3	Tanya	Kebijakan apa saja yang telah dilakukan Dinas Kesehatan Kota Bogor dalam penanganan penyakit gangguan jiwa?
	Jawab	sudah dijawab di point 1
4	Tanya	Apa masalah yang dihadapi Dinas Kesehatan dalam pelaksanaan program ACT?
	Jawab	Kurangnya SDM di puskesmas.Belum semua dokter dan perawat/bidan mendapat pelatihan tentang deteksi dini, sehingga perlunya pelatihan ACT untuk pengembangan di puskesmas lainnya.Anggaran untuk program keswa terbatas.Kurangnya sosialisasi masalah keswamas antar lintas sektor(kelurahan,kecamatan,dll).Adanya stigma masyarakat,sehingga dukungan dari masyarakat kurang maksimal.

#### **Pembiayaan Penyakit Gangguan Jiwa**

1	Tanya	Adakah alokasi dana khusus untuk penanganan penyakit gangguan jiwa? Bila ada berapa alokasinya per tahun? Darimana sumber pembiayaannya? Bagaimana prosesnya?
	Jawab	Pemda kota Bogor tidak mengalokasikan dana khusus untuk penanganan gangguan jiwa.
2	Tanya	Bagaimana pembiayaan untuk keluarga pasien gangguan jiwa yang tidak mampu? Apakah ada alokasi anggaran dana pemerintah daerah untuk itu? Berapa besaran alokasinya per tahun?
	Jawab	Pembiayaan gangguan jiwa hanya diperuntukan bagi pasien gangguan jiwa bukan bagi keluarganya.
3	Tanya	Bagaimana pembiayaan untuk pasien gangguan jiwa dengan komplikasi HIV-AIDS, Hep-B, TBC (flek paru) yang berasal dari keluarga tidak mampu? Apakah ada alokasi dana untuk mereka? Berapa besarnya per tahun?
	Jawab	Pasien dari keluarga tidak mampu memiliki sistem jaminan kesehatan: jamkesmas dan SKTM. Jika pasien tsb mempunyai jamkesmas maka pembiayaan ditanggung jamkesmas. Sedangkan jika menggunakan SKTM pasien dengan gangguan jiwa mendapat jaminan kesehatan termasuk dengan komplikasinya. Ada dana bagi pasien gangguan jiwa, namun tidak ada alokasi dana khusus bagi pasien gangguan jiwa.

**Transkrip Hasil Wawancara di Puskesmas Sindang Barang**

**Identitas Informan**

Nama YP  
 Jenis Kelamin Perempuan  
 Usia 38 tahun  
 Jabatan Pemegang Program Jiwa  
 Lama Menjabat 4 tahun  
 Alamat Puskesmas Sindang Barang  
 Kontak Tlp/HP 081355209xxx

**Paramedis dan Pelayanan**

1	Tanya	Berapa banyak para medis yang ada di Puskesmas ini? (dokter, perawat, bidan, mantri, dll)
	Jawab	Totalnya ada 28 orang.
2	Tanya	Apakah ada Pekerja Sosial Medis di Puskesmas ini? Bila tidak ada, siapa yang menjalankan fungsi dan peran sebagai Pekerja sosial medis?
	Jawab	tidak ada, hanya ada kader.
3	Tanya	Pelayanan apa saja yang disediakan Puskesmas ini, khususnya untuk pasien gangguan jiwa?
	Jawab	Pengobatan , SHG (pasien dan keluarga), home visit, ACT, penyuluhan pada keluarga gangguan jiwa.

**Rawat Jalan (Khusus Pasien Gangguan Jiwa)**

1	Tanya	Adakah pelayanan untuk kunjungan rawat jalan pasien gangguan jiwa? Berapa kapasitas pasien perhari/ perbulan dan rata-rata kunjungan perhari?
	Jawab	ada, 4x dalam 1 bulan.
2	Tanya	Jenis penyakit gangguan jiwa apa saja yang berobat di Puskesmas ini?
	Jawab	Skhizofrena, depresi, epilepsi, gangguan pada anak dan remaja, neerosis.
3	Tanya	Bagaimana proses pengobatan yang diterapkan di Puskesmas ini?
	Jawab	Poli jiwa tiap 2 minggu sekali.
4	Tanya	Bagaimana pembiayaan untuk pasien gangguan jiwa? Berapa besar biaya sekali berobat?

	Jawab	Untuk umum Rp3.000,- untuk obat 1 minggu, bila pasien SKTM gratis, selain itu ada juga Jamkesmas dan Jamkesda.
5	Tanya	Bagaimana pembiayaan untuk keluarga pasien gangguan jiwa yang tidak mampu? Siapa yang menanggung biaya tersebut? Bila ada alokasi dana dari pemerintah, berapa biaya yang dialokasikan dalam setahun?
	Jawab	Negara dan Pemda.
6	Tanya	Berapa rata-rata jumlah pasien lama dan pasien baru dalam sebulan/setahun?
	Jawab	24 per hari.
7	Tanya	Berapa rata-rata umur pasien gangguan jiwa yang rawat jalan? Mayoritas jenis kelamin pasien?
	Jawab	Ratrata usia 24-44 tahun, mayoritas laki-laki.
8	Tanya	Apakah Puskesmas ini juga merawat pasien gangguan jiwa dengan komplikasi HIV-AIDS, Hep-B, TBC (flek paru)? Berapa banyak pasien dengan komplikasi penyakit tersebut (sebutkan masing-masing)?
	Jawab	Ada, HIV AIDS 1 orang, TBC 2 orang.

#### **Pelaksanaan Model Assertive Community Treatment**

1	Tanya	Apakah di Puskesmas ini pernah mendapatkan informasi mengenai program ACT? kalau ya dari siapa, kapan dan dimana?
	Jawab	ya dari RSMM.
2	Tanya	Bagaimana pemahaman tenaga medis di Puskesmas mengenai program ACT? (prosesnya, pihak yang berperan, pelaksanaan, dan tujuannya)
	Jawab	Program ACT terpampang.
3	Tanya	Jelaskan, bagaimana peran Puskesmas dalam program ACT?
	Jawab	Membantu dalam hal kebijakan.
4	Tanya	Pihak mana/Siapa saja yang berperan dalam pelaksanaan program ACT?
	Jawab	Perawat CMHN
5	Tanya	Apakah ada pembiayaan yang dikeluarkan Puskesmas untuk pelaksanaan program ACT ? bila ya, berapa besarnya? Apakah ada alokasi khusus?
	Jawab	Tranport petugas.
6	Tanya	Apa saja hambatan yang dihadapi dan pendukung pelaksanaan program ACT?



	Jawab	Tidak ada dana untuk program ACT di puskesmas, petugas terbatas, puskesmas mendukung.
7	Tanya	Apa manfaat program ACT bagi Puskesmas?
	Jawab	Mempermudah proses rujukan, proses konsultasi.
8	Tanya	Apa saran untuk perbaikan pelaksanaan program ACT?
	Jawab	Penyediaan ambulance dari RSMM, mohon tenaga spesialis perannya ditingkatkan.

### **Penyuluhan**

1	Tanya	Selain memberikan pelayanan pengobatan, apakah Puskesmas juga ada program penyuluhan di tempat-tempat umum/sekolah/lainnya? Berapa kali dalam setahun?
	Jawab	Ada.
2	Tanya	Darimana sumber biaya penyuluhan tersebut berasal? Berapa besar alokasinya dalam setahun?
	Jawab	Biaya operasional, sesuai dengan transport petugas.
3	Tanya	Apa saja materi yang disampaikan pada penyuluhan tersebut?
	Jawab	masalah kesehatan jiwa, baik yang resiko, penanganan psikososial sesuai dengan kelompok umur.
4	Tanya	Bagaimana respon dan pemahaman materi penyuluhan dari para peserta?
	Jawab	Antusias dan lebih memahami tentang kesehatan jiwa.

### Transkrip Hasil Wawancara Kader di Sindang Barang

#### Identitas Informan

Nama EH  
 Jenis Kelamin Perempuan  
 Usia 44 tahun  
 Pendidikan SD  
 Pekerjaan Kader Kesehatan Jiwa  
 Alamat Sindang Barang

#### Pelaksanaan Model *Assertive Community Treatment*

1	Tanya	Apakah masyarakat pernah mendapatkan informasi mengenai program ACT? kalau ya dari siapa, kapan dan dimana?
	Jawab	Dari bu Yn (Petugas Puskesmas), dari mahasiswa UI dalam program CMHN, dari pelatihan kader kesehatan jiwa di Dinas Kesehatan Kota tahun 2008. Dan dari pelatihan ACT di RS MM tagun 2009, buku pelatihannya tebal banget mani engap.....ningalinya, tapi mah urang pengen biar tambah pinter gimana cara ngurusin pasien jiwa, walaupun saya lulusan SD saya teu isin. Ee pas pisan lagi ngantuk yang latihan bikin acara pijit-pijitan antar peserta jadi ga ngantuk lagi.  Saya mah syukur pisan diajak pelatihan <i>Assertive Community Treatment</i> ini, tadinya tahu sedikit jadi banyak gimana cara menangani orang sakit jiwa dan ada prakteknya lagi.
2	Tanya	Bagaimana pemahaman masyarakat mengenai program ACT? (prosesnya, pihak yang berperan, pelaksanaan, dan tujuannya)
	Jawab	Masyarakat paham, prosesnya ada penyuluhan di masjid melalui forum majelis taklim. Pihak yang berperan; Kader, Puskesmas, Pengurus PKK (ibu RT, ibu RW, Ibu Lurah). Tujuannya agar masyarakat jangan menjauhi kalau ada pasien gangguan jiwa, diajak ngomong.  Bener bu ..ada pasien dipasung sampai meninggal karena mungkin ga dikasih makan ya bu, tapi itu dulu sekali udah lama kalau sekarang sudah pada ngerti jadi suka pada berobat ke Puskesmas walaupun suka susah banget awalnya.”
3	Tanya	Jelaskan, bagaimana peran masyarakat dalam program ACT?
	Jawab	Kalau ada yang sakit gangguan jiwa, masyarakat bersama kader memberi tahu untuk berobat ke Puskesmas. Kalau sudah ngamuk-ngamuk, kader, RT, RW, Lurah bergotong royong membawa ke RS MM.
4	Tanya	Apa peran tokoh masyarakat dalam pelaksanaan program ACT?

	Jawab	Kalau ada pasien yang ngamuk kyai-nya (di mesjid) memimpin baca Surat Yasin, biasanya setelah dibacakan bersama-sama jemaah, pasien langsung tenang.
5	Tanya	Pihak mana/Siapa saja yang berperan dalam pelaksanaan program ACT?
	Jawab	Kader, Puskesmas, ibu RT, Ibu RW, ibu Lurah.
6	Tanya	Apakah ada pembiayaan dari masyarakat untuk pelaksanaan program ACT ? bila ya, berapa besarnya? Apakah memberatkan masyarakat?
	Jawab	Pembiayaan dari dana sehat sebesar Rp1500,- per KK/bln iuran warga yg mempunyai balita. Ada bantuan dari LSM untuk kegiatan ekonomi produktif bagi keluarga pasien yang sdah tenang, untuk modal usaha secara bergulir sebesar Rp300.000,-. Pengembaliannya per minggu Rp15.000,-
7	Tanya	Apa saja hambatan yang dihadapi dan pendukung pelaksanaan program ACT?
	Jawab	Penghambat; keluarga kurang memperhatikan pasien dalam minum obatnya, kurang dana untuk berobat pasien. Faktor pendukungnya; kadang keluarga ada yang mendukung juga, petugas puskesmas, aparat Kelurahan, RW, RT dan tokoh masyarakat (kader).
8	Tanya	Apakah program ACT membantu perbaikan pada pasien gangguan jiwa?
	Jawab	Sangat membantu, jadi tahu bagaimana menangani pasien gangguan jiwa. Ada pelatihan kesehatan jiwa yang diadakan setiap hari Sabtu minggu ke tiga di Kelurahan. Supaya tidak bosan, pelatihan sering dipindahkan lokasinya dekat Situ Gede sehingga peserta merasa nyaman, tidak tegang.
9	Tanya	Apa saran masyarakat untuk perbaikan pelaksanaan program ACT ?
	Jawab	Dana lebih ditingkatkan, mohon bantuan pelatihan untuk pasien yang sudah bisa mandiri sehingga dapat bekerja mendapat penghasilan.

#### **Isyu Penyakit Gangguan Jiwa**

1	Tanya	Bagaimana pengetahuan Anda mengenai penyakit gangguan jiwa? Darimana sumber pengetahuan tersebut? Apakah ada penyuluhan di masyarakat mengenai penyakit gangguan jiwa? Bila ada, siapa yang memberikan penyuluhan? Kapan, dimana dan apa materinya?
	Jawab	Dari ibu Yn (Petugas Puskesmas), dari pelatihan ACT di RS MM, dari mahasiswa UI dalam program CMHN, Ada penyuluhan di Posyandu, acara KKJ, Majelis Taklim di mesjid, Peyuluhnya dari Petugas Puskesmas dan mahasiswa. Temanya, bagaimana menangani halusinasi, waham, pasien yang mau gantung diri, pasien yang ngamuk-ngamuk.
2	Tanya	Bagaimana proses penanganan penyakit gangguan jiwa yang dilakukan warga masyarakat di sini? Menurut Anda, bagaimana sebaiknya penanganan pasien gangguan jiwa?
	Jawab	Biasanya kalau pasiennya tenang, tidak ngamuk-ngamuk disarankan untuk berobat ke Puskesmas. Kalu pasien yang sering ngamuk, bisanya

		dengan warga, RT, RW, Kelurahan dibawa ke RS MM. Sebaiknya pasien ditolong, diobati, jangan dibiarkan.
3	Tanya	Bila ada pasien gangguan jiwa yang di pasung oleh keluarganya, bagaimana sikap masyarakat terhadap hal itu?
	Jawab	Sebaiknya dibawa ke rumah sakit. Ada kasus thn 2007, pasien sakit jiwa laki-laki usia 25 thn dipasung, karena akan menggorok bapaknya. Pasien akhirnya meninggal, mungkin krn keluarga tidak mengurusnya.
4	Tanya	Bagaimana pandangan masyarakat terhadap pasien gangguan jiwa yang sedang menjalani rawat jalan? Apakah masyarakat akan menerima pasien gangguan jiwa yang sedang rawat jalan kembali ke masyarakat?
	Jawab	Biasa-biasa saja, warga masyarakat menerima pasien gangguan jiwa yang sudah baik untuk kembali ke masyarakat.
5	Tanya	Menurut pengetahuan Anda, apakah penyakit gangguan jiwa dapat disembuhkan?
	Jawab	Bisa disembuhkan tergantung orangnya, bila ada kemauan pasti sembuh.

#### **Isyu Pembiayaan**

1	Tanya	Bagaimana sikap masyarakat apabila keluarga pasien gangguan jiwa mengalami kesulitan pembiayaan dalam pengobatan?
	Jawab	Dikasih surat gratis (SKTM) dari Kelurahan agar keluarga tidak keluar biaya pengobatan ke Rumah Sakit. Tapi kalau hanya berobat ke Puskesmas, petugas Puskesmas sudah tahu keluarga tidak mampu, sehingga langsung dikasih obat gratis walaupun tidak ada SKTM. Masyarakat sukarela iuran dana untuk menengok ke rumah pasien gangguan jiwa.
2	Tanya	Jika pembiayaan ditanggung oleh jaminan sosial bagaimana prosesnya? (posedurnya bagaimana)
	Jawab	Bikin Surat pengantar dari RT, RW dibawa ke Kelurahan untuk dibuatkan SKTM. Keluarga dilibatkan walaupun kader yang mengurusnya.
3	Tanya	Dari mana sumber informasi mengenai pembiayaan untuk keluarga yang kurang/tidak mampu?
	Jawab	Biasanya dari RT, diumumkan di masjid seperti KTP gratis, pengobatan gratis, penyuluhan, dll.
4	Tanya	Bagaimana peranan tokoh masyarakat dalam pembiayaan pasien gangguan jiwa?
	Jawab	Hanya membantu dengan nasehat, Lurah yang lama suka memberi dana dari pribadi untuk kader dan pasien gangguan jiwa.

### Transkrip Hasil Wawancara Keluarga Klien Model Assertive Community Treatment

#### Identitas Informan

Nama	Ibu AMN
Jenis Kelamin	Perempuan
Usia	70 tahun
Pendidikan	Tidak Tamat SD
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga
Alamat	Sindang Barang
Status Rumah	Milik Sendiri
Kontak Tlp/Hp	-
Hubungan dengan Klien	Ibu Kandung

#### Pelaksanaan Model Assertive Community Treatment

1	Tanya	Apakah keluarga pernah mendapatkan informasi mengenai program ACT? kalau ya dari siapa, kapan dan dimana?
	Jawab	Pernah dari kader, rumahnya dekat rumah kader. Dari Puskesmas. Tahun 2008-an kader dan petugas Puskesmas datang ke rumah.
2	Tanya	Bagaimana pemahaman keluarga mengenai program ACT? (prosesnya, pihak yang berperan, pelaksanaan, dan tujuannya)
	Jawab	Keluarga paham setelah diberitahu kader dan petugas Puskesmas.
3	Tanya	Jelaskan, bagaimana peran keluarga dalam program ACT?
	Jawab	Keluarga minta tolong ke kader untuk bagaimana menangani pasien gangguan jiwa (anaknya) bila membentur-benturkan kepalanya ke tembok dan pasien merasa ketakutan.
4	Tanya	Pihak mana/Siapa saja yang berperan dalam pelaksanaan program ACT?
	Jawab	Pihak yang berperan; kader, petugas puskesmas dan keluarga juga tokoh masyarakat (RT dan RW).
5	Tanya	Apakah ada pembiayaan untuk pelaksanaan program ACT ? bila ya, berapa besarnya? Apakah memberatkan keluarga?
	Jawab	Ada biaya untuk ACT sebesar Rp1.500.000,- diberikan kepada pasien yang sudah mandiri dan mau kerja/usaha. Setiap pasien diberi kodal bergulir Rp300.000,- dengan sistem pengembalian cicilan Rp15.000,- per minggu.
6	Tanya	Apa saja faktor-faktor penghambat yang dihadapi keluarga?
	Jawab	Hambatannya; orang tua pasien sudah tua, saudara-saudara pasien sibuk dengan urusan cari makan.
7	Tanya	Apa saja faktor-faktor pendukung bagi keluarga?
	Jawab	Faktor pendukungnya; kader an petugas Puskesmas sering membantu pemberian obat gratis dan ada modal usaha.

8	Tanya	Apa saran dari keluarga untuk perbaikan pelaksanaan program ACT?
	Jawab	Minta dibantu, apabila pasien perlu apa-apa krn orang tuanya sudah lansia, tidak ada yang mengurus pasien.
9	Tanya	Apa manfaat/perubahan yang dialami klien setelah mengikuti program ACT?
	Jawab	Pasien sekarngr sudah mampu berjualan sayur di pasar Anyar dengan modal bergulir dari dana sehat.
10	Tanya	Bagaimana peranan kader dan petugas Puskesmas dalam pelaksanaan ACT?
	Jawab	Kader dan petugas Pukesmas aktif membantu pasien gangguan jiwa di masyarakat. Ibu pasien memotivasi pasien agar serius usaha jual sayur dan mengembalikan pinjaman modalnya.

### Isyu Penyakit Gangguan Jiwa

1	Tanya	Riwayat penyakit gangguan jiwa? (kapan mulai diketahui, gejalanya, dll)
	Jawab	Pasien mulai sakit tahun 2007, awalnya dia dicari polisi, terus dia merasa ketakutan dan timbul halusinasi seperti selalu ada yang mengejar-ngejar dan sering membenturkan kepala ke tembok.
2	Tanya	Proses penanganan oleh keluarga, mulai dari pertama. s/d sekarang? metode alternatif : (dukun/paranormal/orang pintar) dst.....
	Jawab	Awalnya pasien dibawa ke kyai supaya sembuh dikawinkan, dan sudah punya anak satu (anaknya sehat), kondisi pasien baik tapi malas usaha sehingga istrinya pergi, anaknya di bawa. Pasien sakit lagi sering 'kesurupan', kader menyarankan berobat ke Puskesmas, kondisinya membaik dan stabil. Dia tidak harus dirujuk ke RS krn bisa ditangani Puskesmas.
3	Tanya	Bagaimana pengetahuan keluarga mengenai penyakit gangguan jiwa?
	Jawab	Keluraga tahu setelah diberitahu kader dan petugas puskesmas, jadi menyuruh anaknya (pasien) untuk berobat ke Puskesmas jika obatnya habis, dan selalu mengingatkan untuk minum obat setiap hari.
4	Tanya	Pernah mendapat/ mengikuti penyuluhan penanganan penyakit gangguan jiwa? Dari siapa? Kapan? Dimana? Apa saja yang disampaikan?
	Jawab	Pernah, diacara majelis taklim di mesjid dari Kader dan Petugas Puskesmas.
5	Tanya	Bagaimana sikap keluarga dan lingkungan sekitar terhadap penyakit gangguan jiwa?
	Jawab	Keluarga menerima, masyarakat menerima dan sering mengajak bicara, kalau pasien ngamuk-ngamuk dibawa ke RS MM.

### Isyu Pembiayaan

1	Tanya	Apakah pembiayaan dalam keluarga jika salah satu anggotanya menderita sakit ditanggung oleh siapa ? (perorangan/jamkesda/jamkesmas)
---	-------	---

	Jawab	Pembiayaan dibantu SKTM sehingga gratis.
2	Tanya	Jika pembiayaan ditanggung oleh jaminan sosial bagaimana prosesnya ? (posedurnya bagaimana)
	Jawab	Kader membantu mengurus minta pengantar dari RT dan RW serta membuat SKTM di Kelurahan, kader jg ngasih tahu ke keluarga bagaimana proses membuat SKTM. Dan keluarga langsung dilibatkan.
3	Tanya	Dari mana informasi mengenai pembiayaan untuk keluarga yang kurang/tidak mampu?
	Jawab	Dari kader, dari pak RT, dari petugas Puskesmas melalui acara pengajian di majelis taklim di mesjid.
4	Tanya	Sudah berapa lama keluarga mendapat informasi tentang pembiayaan tersebut? (dari mulai terdeteksi diagnosa-pengobatan ke Puskesmas- ke RS)
	Jawab	Tahun 2008 dan awal 2009 dari kader dan petugas Puskesmas dan mahasiswa UI.