

Kajian program pelayanan kesehatan jiwa puskesmas di Kabupaten Bolaang Mongondow

Christ Eden Kambey,* Henry M.F. Palandeng, Frelly V. Kuhon †

Abstract

Aims: To obtain a study of the suitability of the mental health care programs in primary health care in Bolaang Mongondow Regency according to existing instruments and regulations.

Methods: The design used in this study is cross-sectional to measure the suitability of the mental health care programs in primary health care with the Domain 3 of World Health Organization-Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) 2.2 about Mental Health in Primary Health Care. The sample of this study are primary health cares in Poigar, Inobonto, Lolak, Mopuya, Doloduo, and Imandi which met the inclusion and not the exclusion criteria.

Results: Physician-based primary health care are good in the aspects of new graduate training, assessment, protocol handling, referrals to expert doctors, interactions with mental health services, and prescribing medicines. Non-doctor primary mental health services is already good on the training aspects of new nurses' graduates. Retraining for new health workers was followed by Poigar, Inobonto, and Imandi primary health care. Medicines for mental disorders are available at the Doloduo primary health care on their own initiative. Mental health counseling has not been carried out optimally by all observed primary health care.

Conclusion: Primary health care's mental health care programs in Bolaang Mongondow Regency has been endeavored to comply with existing instruments and regulations, in which at the time of this research, it was still not optimally implemented. Suggestions for all elements include the compilation of a clear breakdown of program costs, provision of drugs, training in early detection and management of mental disorders that are carried out on their own, as well as counseling that is carried out consistently.

Keywords: mental healthcare programs, primary healthcare, Bolaang Mongondow Regency

Abstrak

Tujuan: Menghasilkan kajian kesesuaian program pelayanan kesehatan jiwa Puskesmas di Kab. Bolaang Mongondow sesuai instrumen dan peraturan yang ada.

Metode: Cross-sectional menjadi metode penelitian ini untuk mengukur kesesuaian antara program pelayanan kesehatan jiwa Puskesmas dengan Domain 3 World Health Organization-Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) 2.2 tentang Layanan Kesehatan Jiwa pada Layanan Primer. Sampel penelitian adalah Puskesmas Poigar, Inobonto, Lolak, Mopuya, Doloduo, dan Imandi yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak terdapat kriteria eksklusi.

Hasil: Pelayanan kesehatan jiwa primer berbasis dokter sudah baik pada aspek pelatihan lulusan baru, penilaian, protokol penanganan, rujukan kepada dokter ahli, interaksi dengan layanan kesehatan jiwa, dan pemberian resep. Pelayanan kesehatan jiwa primer non-dokter sudah baik pada aspek pelatihan lulusan baru perawat. Pelatihan kembali untuk tenaga kesehatan baru diikuti oleh Puskesmas Poigar, Inobonto, dan Imandi. Obat-obatan gangguan jiwa tersedia di Puskesmas Doloduo dengan inisiatif sendiri. Penyuluhan kesehatan jiwa belum dilaksanakan secara optimal oleh seluruh Puskesmas yang diteliti.

Simpulan: Program pelayanan kesehatan jiwa Puskesmas di Kab. Bolaang Mongondow sudah cukup diusahakan untuk sesuai dengan instrumen dan peraturan yang ada dan pada waktu penelitian ini dilaksanakan masih belum optimal dilaksanakan. Saran-saran untuk seluruh unsur mencakup penyusunan rincian biaya program dengan jelas, penyediaan obat, pelatihan deteksi dini dan penatalaksanaan gangguan jiwa yang diselenggarakan sendiri, serta penyuluhan yang dilaksanakan secara konsisten.

Kata kunci: program pelayanan kesehatan jiwa, puskesmas, Kabupaten Bolaang Mongondow

* Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado, e-mail: christedenchelsea@gmail.com

† Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi

Pendahuluan

Kesehatan jiwa merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari kesehatan secara keseluruhan. Meskipun tidak tercatat sebagai penyebab kematian maupun kesakitan utama di Indonesia, bukan berarti kesehatan jiwa tidak ada atau kecil masalahnya. Kurang terdatanya masalah kesehatan jiwa disebabkan kesehatan jiwa belum mendapat perhatian penuh.¹

Prevalensi jumlah Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di seluruh dunia pada tahun 2017 diperkirakan mencapai 970 juta orang.² Laporan dari Association of Southeast Asian Nations Mental Health Systems (ASEAN Mental Health Systems) mengakui bahwa Indonesia masih belum memprioritaskan kesehatan jiwa dalam pelayanan kesehatan kecuali untuk penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif Lainnya (NAPZA) suntik yang tentunya berkaitan erat dengan masalah transmisi Human Immunodeficiency Virus (HIV).³

Estimasi angka total ODMK dan ODGJ di Indonesia berdasarkan pengumpulan data oleh *World Health Organization* (WHO) adalah sebesar 2.463,29/100.000 populasi, yang berarti kurang lebih 6,5 juta penduduk Indonesia memiliki masalah dan/ atau gangguan kesehatan jiwa.⁴ Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018 hanya mencantumkan data skizofrenia, depresi, dan gangguan emosional sehingga tidak dapat diakumulasikan jumlahnya untuk menjadi angka valid jumlah ODMK dan ODGJ karena tidak mencakup seluruh masalah dan gangguan kesehatan jiwa.⁵

ODMK dan ODGJ mempunyai hak yang sama seperti pasien penyakit lainnya dalam hal memperoleh pelayanan kesehatan guna meningkatkan kualitas hidup menjadi baik dan mempertahankannya. Indonesia berkewajiban menjamin kesejahteraan masyarakatnya, maka dari itu dibentuklah peraturan perundang-undangan mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa bagi setiap orang dan jaminan hak ODMK dan ODGJ secara optimal yaitu Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (UU No.18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa) dan Keputusan Menteri Kesehatan No. 406/Menkes/SK/VI/2009 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas.^{1,6} Program pelayanan kesehatan jiwa bertujuan menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa.⁷

Fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan program pelayanan kesehatan jiwa.⁶ Penelitian-penelitian sebelumnya menyatakan bahwa program pelayanan kesehatan jiwa Puskesmas seringkali terabaikan sedangkan peraturan perundang-undangan sudah tersedia.^{8,9} Penting untuk menaruh perhatian terhadap Puskesmas karena Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan primer yang bersentuhan langsung dengan masyarakat. Salah satu rekomendasi WHO yang paling mendasar tentang pelayanan kesehatan adalah mengintegrasikan program pelayanan kesehatan jiwa ke dalam program pelayanan kesehatan Puskesmas.¹⁰

Peningkatan pelayanan kesehatan jiwa dapat meningkatkan derajat kesehatan jiwa. WHO menyediakan instrumen untuk mengkaji program pelayanan kesehatan jiwa melalui *World Health Organization-Assessment Instrument for Mental Health Systems 2.2* (WHO-AIMS 2.2).¹¹ Inti peraturan perundang-undangan mengenai program pelayanan kesehatan jiwa juga sudah tercakup pada WHO-AIMS. Laporan data program pelayanan kesehatan jiwa Puskesmas di Kab. Bolaang Mongondow belum ditemukan. Program pelayanan kesehatan jiwa masih bisa dikaji sekalipun angka insidensi gangguan kejiwaan pada daerah ini nol.

Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif yang menghasilkan data berupa kata-kata yang berasal dari wawancara kuesioner. Penelitian kualitatif menggambarkan realita empirik di balik suatu fenomena yang ada dalam hal ini kenyataan eksekusi pelaksanaan program pelayan kesehatan jiwa oleh Puskesmas. Dengan rancangan penelitian yang digunakan adalah *cross-sectional* dan metode sampling *purposive sampling*. Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah Puskesmas Poigar, Inobonto, Lolak, Mopuya, Doloduo, dan Imandi.

Pengumpulan data dilaksanakan menggunakan kuesioner WHO-AIMS yang dibagi menjadi enam domain dan enam domain tersebut dibagi menjadi beberapa bidang yang lebih kecil yang tersusun dari beberapa item. Semua domain membahas tentang suatu aspek yang terlibat dalam program pelayanan kesehatan jiwa. Kuesioner tersebut akan dijalankan di Puskesmas Kab. Bolaang Mongondow dan harus dijawab oleh tenaga kerja yang bertugas pada puskesmas tersebut. Terdapat lima langkah dalam analisis data kualitatif yaitu *Familiarization*, *Identifying a thematic framework*, *Indexing*, *Charting* dan *Mapping-interpretation*.¹² *Charting* yang dimaksud adalah pembuatan diagram atau tabel dan *Mapping-interpretation* adalah pendefinisian konsep hubungan antara tema dengan hasil temuan.

Hasil dan Diskusi

Dokter layanan kesehatan primer atau yang biasa kita sebut dengan dokter layanan primer (DLP) menjadi fokus utama bagian pertama pada domain ini (tabel 1). Seluruh Puskesmas yang diteliti ada pelatihan untuk dokter baru. Peneliti meninjau bahasa asli instrumen ini yaitu dalam Bahasa Inggris dikatakan "...undergraduate (first degree) training hours devoted to psychiatry and mental health-related subjects for medical doctors" yang berarti masa pelatihan mengenai kedokteran jiwa pada saat masa studi dokter.¹¹ Kurikulum Program Pendidikan Profesi Dokter (P3D) di Universitas Sam Ratulangi mewajibkan mahasiswa P3D untuk mempelajari ilmu kedokteran jiwa dengan waktu belajar enam minggu.

Program latihan kembali bagi DLP sudah rutin dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara dan pada pelatihan 2019, Puskesmas Imandi mengutus dokter dan perawatnya. Dokter Puskesmas Poigar dan Puskesmas Inobonto sudah mengikuti pelatihan kembali 10 tahun lalu (tabel 1). Deteksi dini adalah salah satu program krusial pelayanan kesehatan jiwa Puskesmas yang dilatihkan pada peserta pelatihan.¹ Angka mortalitas akibat penyakit gangguan jiwa tidak ada di daerah penelitian dan daerah-daerah lain berdasarkan penelitian Gustaaf, seakan-akan nol yang mungkin dikarenakan tenaga medis hanya berfokus kepada penyakit somatisnya saja, tanpa melihat kemungkinan penyebab terjadinya penyakit somatis tersebut adalah gangguan jiwa berkepanjangan yang tidak terdeteksi sejak dini atau

bahkan dianggap remeh.⁸ Pelatihan ini merupakan *capacity building* tenaga kesehatan yang membawa dampak signifikan dibuktikan dengan hasil wawancara dengan DLP Puskesmas Imandi yang mengikuti pelatihan tersebut.

Dokter Layanan Primer pada setiap Puskesmas yang diwawancarai sudah melakukan penilaian, protokol penanganan sesuai aturan, perujukan kepada profesional kesehatan jiwa, juga sudah berinteraksi dengan layanan kesehatan jiwa (tabel 1). Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) 2012 mengatur tindakan yang akan dilakukan oleh DLP mengenai penyakit psikiatri. Ada dua penyakit yang DLP harus tangani hingga tuntas yaitu gangguan somatoform dan gangguan tidur insomnia. Terdapat juga beberapa penyakit lainnya di mana DLP harus memberikan terapi pendahuluan lalu merujuk.¹⁹

Ketersediaan logistik atau obat-obatan psikiatri diatur oleh Formularium Nasional 2016 yang sudah disesuaikan dengan SKDI 2012 sehingga DLP dapat melaksanakan kompetensinya dengan ada dukungan ketersediaan obatnya.¹⁵ Puskesmas Poigar, Inobonto, Lolak, dan Mopuya mengatakan obat gangguan jiwa pada Puskesmas mereka masing-masing tidak tersedia (tabel 1).

Layanan kesehatan jiwa di puskesmas

Peneliti mendapati beberapa sebab dan alasan ketidakterediaan obat gangguan jiwa ini berdasarkan hasil wawancara.

Tabel 1. Layanan kesehatan primer berbasis dokter

No.	Konten	Po	In	Lo	Mo	Do	Im
1.	Pelatihan untuk dokter baru	Y	Y	Y	Y	Y	Y
2.	Program latihan kembali bagi dokter layanan primer	Y	Y	N	N	N	Y
3.	Penilaian dan protokol penanganan layanan kesehatan primer berbasis dokter	E	E	E	E	E	E
4.	Rujukan antara dokter layanan kesehatan primer dan profesional kesehatan jiwa	E	E	E	E	E	E
5.	Interaksi antara dokter layanan primer dan layanan kesehatan jiwa	E	E	E	E	E	E
6.	Pemberian resep oleh dokter layanan primer	B	B	B	B	B	B
7.	Ketersediaan obat pada pasien layanan primer pada layanan kesehatan primer berbasis dokter	A	A	A	A	E	C

Keterangan:

Po= Poigar; In= Inobonto; Lo= Lolak; Mo= Mopuya; Do= Doloduo; Im= Imandi; Y= Ya/ ada, N= Tidak/ tidak ada, NA= Tidak bisa dimasukkan (not applicable), UN= Tidak diketahui (unknown), A= Tidak pernah, B= Sedikit, C= Beberapa kali, D= Mayoritas, E= Hampir atau seluruh.

Rekomendasi rujukan

Pihak Puskesmas direkomendasikan untuk segera merujuk pasien yang membutuhkan obat gangguan jiwa ke Rumah Sakit Jiwa Ratumbusang (RSJ

Ratumbusang) untuk pengambilan obat, sehingga terjadi ketergantungan pihak Puskesmas terhadap RSJ Ratumbusang. Del Castillo (2015) mengatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan primer tidak

boleh bergantung sepenuhnya pada pemerintah dan harus memiliki inisiatif untuk memajukan pelayanan kesehatan jiwa mereka.²⁰ Pihak Puskesmas menyatakan bahwa kebijakan tersebut menyulitkan pihak pasien yang harus pergi jauh ke Pusat Layanan Kesehatan Jiwa di Kota Manado untuk memperoleh obat, sehingga banyak keluarga pasien yang tidak bersedia untuk mengambil obat dan akhirnya melakukan tindakan pemasangan. Dinas Sosial bersama dengan Dinas Kesehatan dan Polri Kab. Bolaang Mongondow melakukan upaya pelayanan kesehatan jiwa dengan membebaskan ODGJ skizofrenia yang didapati dipasung.²¹ Hasil wawancara dengan Dinas Sosial terdapat 4 kasus pemasangan yang sudah dibebaskan selama tahun 2019.

Prioritas program pelayanan kesehatan

Program pelayanan kesehatan lain lebih diprioritaskan dibanding program pelayanan kesehatan jiwa. Hasil wawancara mengatakan Puskesmas lebih berfokus pada program pelayanan kesehatan seperti pada pasien lansia, ibu hamil, anak-anak, HIV-AIDS, hipertensi, diabetes melitus, demam

berdarah, infeksi saluran pernapasan akut, dan malaria. Penelitian Gustaf dkk pada tahun 2013 Kota Bitung menyatakan hal serupa dengan hasil wawancara peneliti yaitu pihak Puskesmas lebih memprioritaskan program pelayanan kesehatan pada pasien HIV-AIDS, malaria, juga demam berdarah.⁸

Distribusi obat-obatan

Pihak Dinas Kesehatan Kab. Bolaang Mongondow hanya akan mendistribusi obat-obatan psikiatri jika ada permintaan dari Puskesmas. Birokrasi tersebut dimaksudkan untuk mengefesienkan penggunaan obat. Peneliti mendapati ada Puskesmas yang sudah memberikan permintaan itu dan belum memperoleh obat-obatan tersebut hingga pada waktu penelitian. Perbaikan birokrasi pendistribusian obat-obatan psikiatri sudah dicanangkan oleh pihak Dinas Kesehatan Kab. Bolaang Mongondow yang dilaksanakan mulai tahun 2020 mengingat ada pelayanan kartu kronik untuk pasien gangguan jiwa skizofrenia di mana pasien yang terdaftar akan dipermudah birokrasinya dalam memperoleh obat.

Tabel 2. Layanan kesehatan primer non-dokter

No.	Konten	Po	In	Lo	Mo	Do	Im
1.	Pelatihan lulusan baru bagi perawat	Y	Y	Y	Y	Y	Y
2.	Pelatihan bagi pekerja layanan kesehatan primer non-dokter atau non-perawat pada sekolah vokasi	N	N	N	N	N	N
3.	Program pelatihan kembali bagi perawat layanan primer	Y	Y	N	Y	N	Y
4.	Pelatihan kembali untuk tenaga layanan primer non-dokter/ non-perawat	N	N	N	N	N	N
5.	Penilaian dan protokol penanganan pada pelayanan kesehatan primer non-dokter	C	C	C	C	C	C
6.	Rujukan kesehatan jiwa antara layanan kesehatan primer non-dokter pada perawatan lebih lanjut	N	N	N	N	N	N
7.	Ketersediaan pengobatan di layanan kesehatan primer pada klinik layanan primer non-dokter	A	A	A	A	A	A
8.	Pemberian resep oleh perawat	N	N	N	N	N	N
9.	Pemberian resep oleh pekerja layanan primer non-dokter/ non-perawat	N	N	N	N	N	N

Keterangan:

Po= Poigar; In= Inobonto; Lo= Lolak; Mo= Mopuya; Do= Doloduo; Im= Imandi; Y= Ya/ ada, N= Tidak/ tidak ada, NA= Tidak bisa dimasukkan (*not applicable*), UN= Tidak diketahui (*unknown*), A= Tidak pernah, B= Sedikit, C= Beberapa kali, D= Mayoritas, E= Hampir atau seluruh.

Anggaran pemerintah

Realisasi anggaran dari pemerintah yang kurang maksimal untuk penyediaan obat. Mawarpury dkk menyatakan bahwa advokasi kepada pihak pemerintah dapat menjadi salah satu solusi untuk memprioritaskan program pelayanan kesehatan jiwa. Tindakan ini membutuhkan data terkini pasien gangguan jiwa sebagai bukti, akan tetapi sistem

pencatatan pasien dan diagnosis belum terlaksana dengan baik.¹⁴

Menyadari lokasi yang sangat jauh dengan rumah sakit rujukan, maka Puskesmas Doloduo berinisiatif membantu pasien dalam memperoleh obat-obatan tersebut. Puskesmas Doloduo menggunakan dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang tersedia dan mengalokasikan dana dengan baik untuk penyediaan obat-obatan gangguan jiwa. Obat-obatan psikiatri

dibeli langsung oleh Puskesmas Doloduo di RSJ Ratumbusang sesuai dengan laporan data.

Layanan kesehatan jiwa non-dokter

Bagian kedua pada domain ini sama kontennya dengan bagian pertama namun hanya berbeda pada subjek atau fokus penilaiannya, yaitu kepada tenaga non-dokter yakni perawat dan staf pegawai Puskesmas (tabel 2). Puskesmas Poigar, Inobonto, Mopuya, dan Imandi mengaku perawatnya sudah mengikuti pelatihan kembali setelah menjadi perawat. Staf pegawai Puskesmas didapati belum pernah dilatih untuk tindakan pertama menghadapi pasien gangguan jiwa (tabel 2). Mereka memperoleh pembelajaran dari pengalaman sehari-hari menghadapi pasien gangguan jiwa. Perawat melaksanakan penilaian dan protokol sesuai peraturan yang ada. Dalam keadaan darurat dokter dapat mendelegasikan kepada perawat untuk

melakukan tindakan, pemberian resep dan melakukan rujukan apabila dokter tidak berada di tempat.

Interaksi dengan komplementer/alternatif/praktisi tradisional beberapa kali dilakukan oleh Puskesmas Kab. Bolaang Mongondow. Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa mengenai terapi tradisional untuk gangguan kesehatan jiwa memang tidak ada sama sekali di Kab. Bolaang Mongondow (tabel 3). Komplementer dan alternatif yang dimaksud di sini adalah unsur masyarakat yang dapat melengkapi penatalaksanaan terhadap gangguan jiwa seperti tokoh-tokoh agama. Muhammad mengatakan konsultasi menjadi bentuk tindakan yang dilakukan oleh tokoh-tokoh agama terhadap ODMK dan ODGJ dengan menitik beratkan aspek spiritualitas. Penelitiannya juga menyebutkan terapi alternatif ini menjadi pilihan pertama masyarakat sebelum akhirnya diperiksakan kepada tenaga medis.²²

Tabel 3. Interaksi layanan kesehatan primer

No.	Konten	Po	In	Lo	Mo	Do	Im
1.	Interaksi layanan kesehatan primer berbasis dokter dengan komplementer/ alternative/ praktisi tradisional	C	C	C	C	C	C
2.	Interaksi layanan kesehatan primer non dokter dengan komplementer/ alternative/ praktisi tradisional	C	C	C	C	C	C
3.	Interaksi fasilitas kesehatan jiwa dengan komplementer/ alternatif/ praktisi tradisional	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Keterangan:

Po= Poigar; In= Inobonto; Lo= Lolak; Mo= Mopuya; Do= Doloduo; Im= Imandi; Y= Ya/ ada, N= Tidak/ tidak ada, NA= Tidak bisa dimasukkan (*not applicable*), UN= Tidak diketahui (*unknown*), A= Tidak pernah, B= Sedikit, C= Beberapa kali, D= Mayoritas, E= Hampir atau seluruh

Dari pihak Puskesmas yang diwawancarai menyatakan bahwa penyuluhan tentang protokol pelayanan dan promosi mengenai kesehatan jiwa sangat jarang dilakukan, seperti contoh pada salah satu Puskesmas hanya melakukan satu kali dalam kurun waktu 5 tahun terakhir.

RSUD Datoe Binangkang tidak menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa ahli. Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial Kab. Bolaang Mongondow tidak mempekerjakan psikiater atau psikolog. Penelitian oleh Marchira CR menyatakan bahwa memang saat ini Indonesia hanya memiliki tenaga kesehatan jiwa ahli di kota-kota besar saja.⁹

Kesimpulan

Pelayanan kesehatan jiwa primer berbasis dokter sudah baik pada aspek pelatihan lulusan baru, penilaian, protokol penanganan, rujukan kepada dokter ahli, interaksi dengan layanan kesehatan jiwa, dan pemberian resep. Pelayanan kesehatan jiwa primer non-dokter sudah baik pada aspek pelatihan

lulusan baru perawat. Puskesmas sudah berinteraksi dengan komplementer/ alternatif/ praktisi tradisional sesuai situasi dan kondisi.

Pelatihan kembali untuk tenaga kesehatan sudah dilaksanakan pemerintah daerah provinsi namun belum diikuti oleh seluruh Puskesmas di Kab. Bolaang Mongondow. Puskesmas Poigar, Inobonto, dan Imandi yang DLP dan perawatnya mengaku sudah mengikuti pelatihan kembali deteksi dini dan penatalaksanaan gangguan jiwa. Belum tersedianya obat pada hampir seluruh Puskesmas di Kab. Bolaang Mongondow sehingga pelayanan kedaruratan, rawat jalan, dan rujuk balik belum optimal. Penyuluhan kesehatan jiwa belum dilaksanakan secara optimal oleh seluruh Puskesmas di Kab. Bolaang Mongondow.

Sebaiknya Dinas Kesehatan dan setiap Puskesmas di Kab. Bolaang Mongondow lebih memperhatikan instrumen dan peraturan tentang program pelayanan kesehatan jiwa sehingga data pun akan tersedia dengan baik, valid, dan dapat dipertanggung jawabkan. Selain itu Dinas Kesehatan Kab. Bolaang

Mongondow perlu menyelenggarakan sendiri pelatihan deteksi dini dan penatalaksanaan gangguan jiwa sehingga lebih banyak SDM yang terjangkau dan dapat terlatih.

Inisiatif Puskesmas Doloduo dapat dicontoh oleh Puskesmas lainnya sehingga memudahkan birokrasi pemerolehan obat gangguan jiwa dengan catatan harus ada supervisi yang ketat, laporan yang jelas, juga terdata pada Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS). Sebagai tambahan lain, penyediaan obat dari Dinas Kesehatan ke seluruh Puskesmas harus dilaksanakan untuk memudahkan pemberian obat bagi ODGJ terkhusus pemegang kartu kronik skizofrenia. Dan juga unit terbesar hingga unit terkecil pelaksana program pelayanan kesehatan jiwa Puskesmas harus menyusun dan melaksanakan rincian biaya program dengan jelas dan konsisten. Akhirnya, promosi kesehatan jiwa dan sosialisasi protokol sebaiknya lebih digalakkan dan dilakukan secara terjadwal di seluruh Kab. Bolaang Mongondow demi untuk mengurangi bahkan meniadakan stigma buruk terhadap ODMK dan ODGJ juga mengurangi tindakan-tindakan masyarakat yang semena-mena terhadap ODMK dan ODGJ seperti pemasangan.

Daftar Pustaka

1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. No. 406/Menkes/SK/VI/2009. Tentang Pedoman pelayanan kesehatan jiwa komunitas. 2009. 33 hal.
2. Ritchie H, Roser M. Mental health. <https://ourworldindata.org/mental-health>. Diakses pada tanggal 28 Agustus 2019.
3. ASEAN mental health systems. Jakarta: ASEAN; 2016. 182 hal.
4. Mental health atlas 2017. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018.
5. Kementerian Kesehatan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Hasil utama Riskesdas. 2018. 88 hal.
6. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan jiwa. 2014. 69 hal.
7. Keputusan UPTD Puskesmas Binangun. Pedoman kesehatan jiwa. 2017. 13 hal.
8. Ratag GAE, Hadju V, Nurdin A., Lisal ST. From vision to action: implementation of community mental health in North Sulawesi. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*. 2013. h. 112-118.
9. Marchira CR. Integrasi kesehatan jiwa pada pelayanan primer di indonesia: sebuah tantangan di masa sekarang. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2011. 120-126.
10. WHO. Integrating mental health services into primary health care. Geneva, Switzerland: Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO; 2007. 7 hal.
11. WHO. WHO-AIMS 2.2. https://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en. Diakses pada tanggal 28 Agustus 2019.
12. Sastroasmoro S, Ismael S. Penelitian kualitatif. Dalam: Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Edisi 5. Jakarta: Sagung Seto; 2014. h. 289-298.
13. Konsil Kedokteran Indonesia. Standar kompetensi dokter indonesia. Jakarta: KKI; 2012.
14. Del Castillo RK. A qualitative evaluation of mental health care service delivery in the Western Visayas. *Philippine Journal of Health Research and Development*. 2015.
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2017 tentang Penanggulangan pemasangan pada orang dengan gangguan jiwa.
16. Mawarpury M, Sari K, Safrina L. Layanan kesehatan mental di puskesmas: apakah dibutuhkan? *Jurnal Insight Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Jember*. 2017. 13(1):1-10.
17. Subu MA. Pemanfaatan terapi tradisional dan alternatif oleh penderita gangguan jiwa. *Research Gate*. 2015. 3(3): 193-203