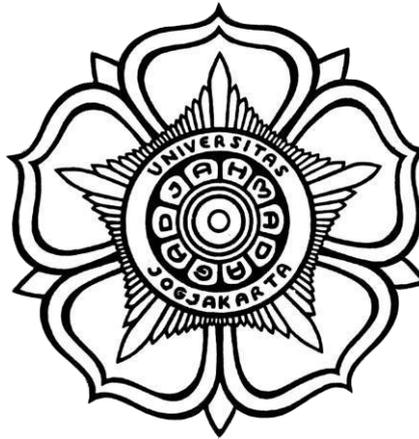


**ANALISIS PERAN DINAS KESEHATAN PROVINSI DALAM KONTEKS
GOOD GOVERNANCE MENGATASI MASALAH KESEHATAN JIWA DI
PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA**

SKRIPSI



Diajukan Oleh:

Putri Octaviani

16/399241/SP/27374

**PROGRAM STUDI MANAJEMEN DAN KEBIJAKAN PUBLIK
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS GADJAH MADA
YOGYAKARTA**

DAFTAR ISI

BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
BAB II.....	10
TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA PIKIRAN	10
BAB III.....	30
METODE PENELITIAN	30
BAB IV.....	42
OBJEK PENELITIAN	42
4.1 Gambaran Umum Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta	42
4.1.2 Kondisi Demografis.....	43
4.2 Tupoksi Dinas Kesehatan Provinsi DIY.....	49
1. Kepala Dinas	50
2. Sekretariat.....	50
3. Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	51
4. Bidang Pelayanan Kesehatan	52
5. Bidang Kesehatan Masyarakat	52
6. Bidang Sumber Daya Kesehatan	53
7. Unit Pelaksanaan Teknis	54
8. Jabatan Fungsional	54
BAB V	56
HASIL DAN PEMBAHASAN	56
5.2 Peran Dinas Kesehatan Provinsi DIY Berdasarkan Konsep Good Governance dari Brecher Kovner	59
5.2.1 Peran Dinas sebagai Regulator.....	59
BAB VI.....	85
PENUTUP.....	85
DAFTAR PUSTAKA.....	90
DAFTAR TABEL	96
DAFTAR SINGKATAN.....	97
PEDOMAN WAWANCARA	99
DINAS KESEHATAN PROVINSI DIY	99



Analisis Peran Dinas Kesehatan Provinsi dalam Konteks Good Governance Mengatasi Masalah Kesehatan

Jiwa di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

PUTRI OCTAVIANI, Agus Heruanto Hadna

Universitas Gadjah Mada, 2021 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>



Analisis Peran Dinas Kesehatan Provinsi dalam Konteks Good Governance Mengatasi Masalah Kesehatan

Jiwa di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

PUTRI OCTAVIANI, Agus Heruanto Hadna

Universitas Gadjah Mada, 2021 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Urgensi masalah kesehatan kejiwaan membutuhkan perhatian yang cukup serius dikarenakan setiap tahunnya selalu menunjukkan angka prevalensi yang cenderung meningkat, dalam kurun waktu 5 tahun saja kenaikan angka prevalensi signifikan. Riset Kesehatan Dasar 2018 menunjukkan bahwa pada tahun 2013, sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia mengalami gangguan kejiwaan dengan gejala depresi dan kecemasan. Kemudian di tahun 2018 angka prevalensi gangguan mental menjadi sekitar 26 juta orang atau sekitar 9,8% dari jumlah penduduk (Balitbangkes, 2018). Angka prevalensi yang semakin mengalami peningkatan ini mengindikasikan bahwa setiap tahun penduduk yang memiliki masalah kesehatan kejiwaan semakin banyak.

Di Indonesia, Provinsi DIY menjadi salah satu daerah dengan populasi penduduk yang memiliki masalah kesehatan jiwa cukup tinggi, angka prevalensi gangguan jiwa DIY melebihi dari rata-rata angka prevalensi nasional. Menurut Balitbangkes (2018) DIY memiliki angka prevalensi gangguan jiwa tertinggi ke-2 setelah Bali. Pada tahun 2013 angka prevalensi gangguan jiwa di DIY mencapai 2,7 per mil lalu terjadi peningkatan pada tahun 2018 menjadi 10,4 per mil. Peningkatan angka prevalensi ditegaskan salah satunya dari data jumlah kunjungan penduduk dengan masalah gangguan jiwa. Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta (2019) mencatat jumlah kunjungan gangguan jiwa di Puskesmas Kota Yogyakarta sepanjang tahun 2018 adalah sekitar 7.747. Jumlah kunjungan mengalami peningkatan sebesar 21,09 % dari tahun 2017 yang berkisar di angka 6.357 kunjungan.

Di antara populasi penduduk tersebut usia produktif adalah yang paling rentan mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 prevalensi gangguan emosional pada remaja berumur >15 tahun mengalami peningkatan dari 6% pada tahun 2013 menjadi 9,8% pada tahun 2018 (Kemenkes, 2019). Mantan Direktur Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Grhasia, Etty Kumolowati mengkonfirmasi bahwa terjadi peningkatan masalah kesehatan jiwa di DIY yang cukup signifikan beberapa tahun terakhir dan mayoritas menghampiri usia produktif atau kalangan anak muda (Handayani, 2017).

Masalah kesehatan jiwa ini semakin menunjukkan urgensinya karena selain rentan terhadap usia muda, kesehatan jiwa juga menjadi salah satu penyakit yang membutuhkan upaya pemulihan paling lama. World Bank (1995) menunjukkan bahwa hari-hari yang hilang atau *Dissability Adjusted Life Years* (DALYS's) sebesar 8,1% dari *Global Burden of Disease*, disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa. Angka ini lebih tinggi dari pada dampak yang disebabkan penyakit Tubercolocic (7,2%), Kanker(5,8%), Penyakit Jantung (4,4%) maupun Malaria (2,6%). Ukuran DALY ini digunakan untuk mengukur beban penyakit dengan bentuk tahun kehidupan yang hilang karena proses penyembuhan atau pemulihan. Tingginya angka kesehatan jiwa pada ukuran DALY menunjukkan banyaknya tahun dari kehidupan penderita gangguan jiwa yang kehilangan masa-masa produktifnya karena menjalani proses baik pengobatan maupun pemulihan. Sehingga, perlu ada upaya deteksi sedini mungkin agar proses pemulihan bisa lebih cepat dan penderita gangguan jiwa tidak kehilangan masa produktifnya lebih lama.

Selain itu, tidak tertanganinya masalah kesehatan jiwa dapat menimbulkan masalah lain yang cukup besar. Dalam Yosep, *dkk.* (Vol. 41, 2009: hal 198) orang yang pada awalnya hanya terindikasi gangguan mental ringan apabila tidak lagi mampu beradaptasi dengan *stressor* lama kelamaan akan mengalami depresidan jika tidak segera ditangani oleh profesional, orang tersebut akan jatuh sakit dan mengalami gangguan jiwa berat (skizoprenia). Selain gangguan kesehatan jiwa yang lebih parah gangguan kesehatan jiwa juga dapat mengganggu kesehatan

fisik. Menurut WHO (2019) orang dengan gangguan kejiwaan memiliki kecenderungan menghadapi permasalahan kesehatan fisik seperti HIV, TB dan penyakit tidak menular (PTM) lainnya. Hal ini dikarenakan penderita gangguan jiwa memiliki resiko fungsi kekebalan tubuh yang berkurang, perilaku kesehatan yang buruk, kurang patuh terhadap perawatan medis dan mengalami hambatan dalam mendapatkan pengobatan (WHO, 2009). Dampak yang paling fatal dari gangguan jiwa adalah keinginan individu untuk bunuh diri. Kasus bunuh diri mayoritas berawal dari individu yang mengalami gangguan kejiwaan namun tidak mendapatkan pengobatan. Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan menyatakan bahwa angka kematian akibat bunuh diri di Indonesia diperkirakan sekitar 1.800 kasus. Cara bunuh diri yang paling banyak dilakukan adalah dengan gantung diri. Dari kasus gantung diri 23,2% berasal dari orang yang memiliki penyakit jiwa (Kemenkes, 2019).

Hal-hal tersebut yang kemudian menjadi alasan upaya penanganan masalah kesehatan jiwa dinyatakan sebagai tujuan pembangunan nasional/*Sustainable Development Goals* (SDGs) oleh pemerintah. Dalam laman resmi Bappeda Jogja menyatakan bahwa salah satu tujuan dari SDGs adalah meningkatkan pelayanan medis, rehab medis, rehab sosial dan dukungan dari masyarakat bagi penderita gangguan jiwa. Kemenkes mengkonfirmasi bahwa penanganan kesehatan jiwa merupakan salah satu program prioritas nasional. Faktanya, kebutuhan pasar kesehatan jiwa juga semakin luas tetapi terjadi gap antara fasilitas pelayanan, kebutuhan SDM kesehatan jiwa dan juga orientasi masyarakat terhadap kesehatan jiwa yang masih sempit (Rokom, 2011). Sehingga menjadikan kesehatan jiwa sebagai salah satu program prioritas nasional diharapkan dapat mengisi dari gap tersebut.

Pemerintah dalam upaya penanganan kesehatan jiwa sebenarnya memiliki peran yang besar. Menurut *World Federation for Mental Health* (WFMH, 2016) negara dapat mengupayakan hak-hak Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dan Orang Dengan Masalah kejiwaan (OMDK) dengan memperkuat dan memberdayakan lembaga-lembaga seperti kementerian (termasuk pemerintah

daerah), sekolah, masyarakat dan *stakeholders* lainnya. Bahkan, WHO menginstruksikan pemerintah untuk hadir dalam menangani masalah kesehatan kejiwaan. Tercantum dalam *Mental health action plan 2013-2020* bahwa pemerintah adalah salah satu lembaga yang memiliki peran untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan kejiwaan dalam setiap lini kehidupan warga negaranya. Hal ini dikarenakan kesehatan jiwa juga berkaitan erat dengan faktor sosial dan ekonomi penduduk termasuk tingkat pendapatan, status tenaga kerja, tingkat pendidikan, standar hidup, kesehatan fisik, hubungan keluarga, diskriminasi hingga pelanggaran HAM (WHO, 2013).

Dalam mengupayakan kesehatan jiwa sesuai dengan program prioritas nasional pemerintah pusat dibantu oleh pemerintah daerah. Tercantum dalam UU No.23 tahun 2014 menyatakan bahwa pemerintah daerah memiliki peran untuk mendukung pencapaian program prioritas nasional (Mahi, 2016 hal:126). Dinas Kesehatan adalah lembaga pemerintahan yang kemudian diamanatkan oleh pemerintahan pusat untuk menyelenggarakan urusan pemerintah daerah di bidang kesehatan. Meninjau dari struktur kelembagaan pemerintahan, dapat dikatakan bahwa Dinas Kesehatan Provinsi berperan sebagai pemain utama dan memiliki kedudukan paling tinggi dalam penyelenggaraan sistem kesehatan di daerah. Peraturan Pemerintah No.72 tahun 2019 menempatkan Dinas kesehatan Provinsi sebagai lembaga yang memiliki fungsi utama sebagai regulator dan juga pengelola dana dekonsentrasi.

Padahal, Trisnantoro (2007:8) menyatakan bahwa pada faktanya, pembagian peran antar level pemerintah gagal memberikan pembagian yang jelas. Masalah ini yang kemudian menimbulkan kebingungan antar pemerintahan sektor kesehatan jiwa mengenai perannya. Tidak hanya masalah pengelolaan administrasi Dinas Kesehatan Provinsi yang belum baik tetapi juga belum ada peraturan perundang-undangan yang mengatur secara spesifik mengenai kesehatan jiwa di DIY. Dinas Kesehatan Provinsi DIY menanggapi bahwa masalah kesehatan jiwa di DIY memang belum menjadi prioritas. Pernyataan ini kontradiktif dengan pernyataan pemerintah pusat bahwa kesehatan jiwa termasuk

dalam program prioritas nasional. Kemenkes (2015) menjelaskan bahwa pemerintah daerah (termasuk dinas terkait) perlu memiliki peran, mekanisme serta koordinasi yang jelas secara vertikal dan horizontal untuk mendukung program prioritas nasional.

Mengenai tata kelola pemerintah agar dapat mengoptimalkan perannya dalam penanganan masalah kesehatan dijelaskan oleh Brecher Kovner dalam konsep *Good Governance*. Brecher Kovner (1995) berpendapat bahwa pemerintah memiliki 3 peran utama dalam konteks *good governance* yakni sebagai regulator, pemberi dana dan pelaksana kegiatan. Trisnantoro mengkonfirmasi bahwa konsep *good governance* dalam sektor kesehatan dipahami sebagai konsep yang menata peran dan hubungan aktor terkait dalam menjalankan perannya dengan tujuan peningkatan mutu pelayanan kesehatan (Trisnantoro, 2007).

Dari ketiga peran utama tersebut, peran yang telah dilaksanakan dinkes DIY dalam upaya penanganan kesehatan jiwa adalah peran sebagai regulator. Salah satunya dengan mensosialisasikan Peraturan Gubernur Nomor 81 Tahun 2014 tentang Pedoman Penanggulangan Pasung. Dengan adanya sosialisasi peraturan ini dinkes DIY berharap dapat memberikan edukasi mengenai perlindungan serta menjamin pelayanan kesehatan jiwa bagi penderita gangguan jiwa berdasarkan prinsip hak asasi manusia. Meskipun Pergub tersebut sudah disosialisasikan oleh Dinkes DIY kasus pemasangan di DIY masih tergolong cukup tinggi. Berikut adalah data mengenai kasus pasung di DIY:

Tabel 1.1 Implementasi Peraturan Gubernur DIY Nomor 81 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Pasung bagi ODGJ

KABUPATEN/KOTA	TAHUN					Total
	2012	2013	2014	2015	2016	
YOGYAKARTA	0	1	0	0	0	1
BANTUL	6	4	0	1	2	13
KULONPROGO	5	14	3	2	1	25
GUNUNGGIDUL	11	13	4	14	9	51
SLEMAN	4	3	2	7	2	18
JUMLAH	26	35	9	24	14	108

Sumber: Pebri Yanasari. 2017

Hal ini terjadi salah satunya akibat dari stigma negatif terhadap ODGJ diantara masyarakat DIY masih erat-melekat yang kemudian ini juga menjadi faktor banyaknya ODGJ yang tidak memiliki akses layanan kesehatan hingga dipasung. Mantan Menteri Kesehatan RI, Nafsiah Mboi mengungkapkan bahwa stigmatisasi dan diskriminasi terhadap ODGJ seringkali dialami oleh anggota masyarakat karena dinilai berbeda dengan masyarakat umumnya. ODGJ mengalami kerugian seperti dikeluarkan dari sekolah, diberhentikan dari pekerjaan, diceraiakan oleh pasangan, dirampas harta bendanya, ditelantarkan oleh keluarga bahkan dipasung (Rokom, 2014). Mendukung pernyataan tersebut, Perwal No.68 Tahun 2018 laporan baseline Program Peduli yang dilakukan Yakkum pada tahun 2017 menunjukkan bahwa sebesar 81,8% ODGJ ataupun OMDK tidak bekerja. Hambatannya adalah karena tidak tersedianya lapangan pekerjaan yang sesuai dengan penderita gangguan jiwa.

Masalah stigma dan diskriminasi terhadap penderita gangguan jiwa ini sebenarnya memiliki peluang untuk direduksi oleh pemerintah. Apabila pemerintah mampu mengimplementasikan regulasi maupun kebijakannya secara optimal. Menurut WFMH (2016) peran pemerintah dalam menangani masalah stigma dan diskriminasi adalah dengan menegakkan hukum yang adil dan tegas. Yuningsih mengkonfirmasi bahwa (2019) keberadaan birokrasi bagi negara berkembang diperlukan untuk menghilangkan stigma buruk dari masyarakat serta kepercayaan akan hal ghaib yang bisa menjerumuskan.

Maka dari itu, peran pemerintah dalam menegakkan Peraturan Gubernur ini dapat dikatakan belum optimal. Dalam penelitiannya, Yanasari (2017) menyimpulkan bahwa pergub penanggulangan pasung belum bisa terimplementasikan dengan baik sesuai dengan aturan yang ada di dalamnya. Hal ini dikarenakan ada beberapa indikator yang belum tercapai. Salah satu contoh, di dalam pergub tersebut belum ada penjelasan secara terperinci mengenai *jobdesc* dinas kesehatan sehingga dinas terkait kebingungan dalam menjalankan tugas dan fungsinya menangani kasus pasung.

Tidak hanya menunjukkan perannya sebagai regulator, dalam mewujudkan program prioritas nasional, dinkes DIY juga memiliki peran sebagai pemberi dana dan sebagai pemberi layanan kesehatan, khususnya untuk upaya preventif dan promotif dengan kadar *public goods* yang tinggi (Dinkes, 2018). Akan tetapi, peran dinas kesehatan sebagai penyedia anggaran untuk pelayanan kesehatan kejiwaan juga belum menunjukkan hasil yang optimal. Tim pusat Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan (KPMMAK) UGM Dyah Ayu Puspandari menyatakan bahwa anggaran biaya medis dan nonmedis untuk kasus gangguan jiwa berat hanya terdapat kurang dari 1% dan yang bisa mengakses layanan kurang dari 10% (Handayani, 2017).

Sebenarnya, ada beberapa jaminan yang dapat diklaim oleh ODGJ, namun pelaksanaannya masih belum dapat dikatakan tepat sasaran. Salah satu dosen psikologi Universitas Aisyiyah Yogyakarta, Ratna Yunita Setiyani dalam penelitiannya menyatakan bahwa di Kota Yogyakarta masyarakat dari kelas ekonomi bawah sudah dapat memiliki akses layanan konseling di puskesmas gratis dengan menunjukkan KTP Kota Yogyakarta. Sedangkan untuk biaya pengobatannya pasien tetap harus menyiapkan dana yang besar. Obatnya saja berkisar di harga Rp 75.000 per butir untuk obat generasi baru. Pasien perlu menyiapkan biaya Rp 2,5 juta per bulan hanya untuk membeli obat (Setiyani, 2018).

Apabila pasien mengalami gangguan jiwa berat seperti skizofrenia maka perlu dirawat di rumah sakit jiwa. Kondisi ini mengakibatkan keluarga pasien perlu menyiapkan anggaran khusus untuk biaya perawatan. Bagi mereka yang tidak mampu sulit untuk mendapatkan akses fasilitas pelayanan kesehatan dari pemerintah. Padahal, sebagian besar dari pasien ODGJ berasal dari keluarga yang tidak mampu dan tidak memiliki kartu jaminan kesehatan (Firdaus, 2016). Sesuai dengan pernyataan WHO (2009) bahwa di kebanyakan negara dengan penghasilan rendah dan menengah seringkali muncul *gap* yang sangat besar antara mereka yang membutuhkan perawatan kesehatan jiwa dengan mereka yang menerima perawatan.

Diantara sekian permasalahan yang ada, dari mulai ketidakjelasan pembagian tugas, belum adanya regulasi kesehatan jiwa, minimnya ketersediaan anggaran dinkes DIY hingga akses pelayanan kesehatan kejiwaan yang juga bermasalah. Dalam hal ini, dinkes DIY perlu menegaskan serta mengoptimalkan perannya sebagai pemerintah yang memiliki wewenang dalam melakukan intervensi masalah kesehatan jiwa. Upaya serta intervensi dinkes DIY terhadap kesehatan kejiwaan perlu dilakukan analisis agar teridentifikasi apa saja yang menjadi hambatan dinkes DIY dalam menjalankan perannya. Hal ini yang kemudian menjadi latar belakang untuk melakukan analisis peran dinkes DIY mengatasi masalah kesehatan jiwa dengan menggunakan pemahaman mengenai konsep *good governance* yang dikemukakan oleh Brecher Kovner.

1.2. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang diatas maka permasalahan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana peran dinas kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta dalam menangani masalah kesehatan jiwa bagi setiap warganya?
2. Apa saja yang menjadi faktor pendukung dan penghambat Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta dalam mengatasi masalah kesehatan kejiwaan?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah untuk menjawab permasalahan penelitian yaitu:

1. Untuk mendeskripsikan peran dari Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta dalam menangani isu kesehatan publik yakni kesehatan jiwa.

Dalam penelitian ini, peran dari dinas kesehatan dideskripsikan sebagai regulator, penyedia anggaran dan sebagai pelaksana kegiatan kesehatan jiwa.

2. Untuk mengidentifikasi faktor-faktor pendukung dan penghambat yang mempengaruhi dinas kesehatan DIY dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa di DIY.

1.4. Manfaat Penelitian

Dari hasil studi ini diharapkan dapat memberikan informasi baru mengenai peran dinas kesehatan provinsi sebagai pemerintah daerah DIY dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa. Dan apakah sesuai dengan pemahaman peran pemerintah dari konsep *Good Governance* dalam menangani isu kesehatan publik yakni masalah kesehatan jiwa. Hasil studi diharapkan dapat memberikan deskripsi mengenai peran dinas kesehatan dalam melakukan perbaikan dalam memberikan pelayanan kesehatan kejiwaan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusianya.

Hasil studi ini juga diharapkan dapat memberikan masukan dalam menentukan kebijakan, terutama dalam rangka mengatasi masalah kesehatan jiwa di DIY. Secara praktis, hasil penelitian ini juga dapat memberikan *feedback* bagi pemerintah khususnya dinas kesehatan provinsi DIY agar dapat meningkatkan kinerja yang lebih baik lagi dalam menangani masalah kesehatan jiwa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA PIKIRAN

2.1 TINJAUAN PUSTAKA

2.1.1 Peran Pemerintah dan *Good Governance* dalam Sektor kesehatan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), peran adalah seperangkat tingkah yang diharapkan dimiliki oleh orang yang berkedudukan di Masyarakat. Peran (role) merupakan aspek yang dinamis dari kedudukan (status) apabila seseorang melaksanakan hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukannya, maka dia menjalankan perannya. Peranan lebih banyak menunjukkan pada fungsi, penyesuaian diri dan sebagai suatu proses. Jadi, tepatnya peran adalah seseorang (lembaga) menduduki suatu posisi atau tempat dalam masyarakat serta menjalankan suatu fungsi (Soekanto, 2002:243).

Pembahasan mengenai peran pemerintah dalam administrasi publik tidak terlepas dalam pembahasan konsep *good governance*. Manengal (2019) menyatakan bahwa konsep *good government governance* muncul karena adanya ketidakpuasan pada kinerja pemerintahan sebagai penyelenggara urusan publik. *Good governance* muncul sebagai paradigma baru dalam administrasi publik dari yang dahulu urusan publik bersifat sentralis, non partisipatif dan tidak akomodatif terhadap kepentingan publik. Paradigma ini muncul dengan tujuan agar terciptanya kondisi pemerintahan yang dapat menjamin kepentingan/pelayanan publik secara seimbang dengan melibatkan kerjasama antar komponen pelaku (negara, masyarakat, dan pihak swasta). *Good governance* menekankan arti penting kesejajaran hubungan antara institusi negara, pasar dan masyarakat (Hardiansyah, 2018).

Definisi *good governance* menurut Dwi Payana (2003:45) mengandung dua pengertian, yang pertama adalah nilai-nilai yang menjunjung tinggi

keinginan atau kehendak rakyat, dan nilai-nilai yang dapat meningkatkan kemampuan rakyat dalam pencapaian tujuan nasional kemandirian, pembangunan berkelanjutan dan keadilan sosial. Kedua, *good governance* adalah aspek-aspek fungsional dari pemerintah yang efektif dan efisien dalam melaksanakan tugasnya untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut. Kemudian, menurut Basu dalam Pradhan dan Sanyal (2011) *good governance* adalah suatu konsep yang pada intinya bertujuan untuk memberikan dasar hukum dan ketertiban, kemampuan untuk menyediakan layanan sosial untuk membangun *human capital*, menyediakan infrastruktur fisik, ekonomi atau manajemen dalam kerangka pemerintahan sehingga tercapai kesejahteraan.

World Bank (1992) mendefinisikan *good governance* sebagai suatu penyelenggaraan manajemen pembangunan yang solid dan bertanggung jawab, sejalan dengan prinsip demokrasi dan pasar yang efisien, penghindaran salah alokasi dana investasi, pencegahan korupsi, baik secara politik maupun administratif, menjalankan disiplin anggaran serta penciptaan *legal and political framework* bagi tumbuhnya aktivitas usaha. Menurut Sedarmayanti (2003:76) *good governance* adalah bentuk manajemen pembangunan yang juga disebut administrasi pembangunan. Sedangkan definisi *good governance* menurut Riswanda Imawan (2002:32) adalah cara kekuasaan negara dalam mengatur sumber-sumber ekonomi dan sosial bagi pembangunan masyarakat.

Dari beberapa definisi konsep *good governance* tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa *good governance* dipandang sebagai upaya negara untuk menata kembali pemerintahan yang berfungsi, menciptakan mekanisme yang efektif dan efisien dan mengatasi masalah-masalah mekanisme pasar dalam masyarakat berkembang. Pada hakekatnya, mewujudkan *good governance* dalam tata kelola pemerintahan bertujuan agar tercapainya kondisi pemerintahan yang dapat menjamin kepentingan dan pelayanan publik secara seimbang dengan melibatkan kerjasama antar 3 komponen pelaku yakni negara, masyarakat dan pihak swasta (Manengal, 2020). Ketiga *stakeholder* tersebut menjalankan

fungsinya masing-masing. Institusi pemerintah berfungsi menciptakan lingkungan politik dan hukum yang kondusif, pihak swasta menciptakan pekerjaan dan pendapatan dan masyarakat berperan dalam membangun interaksi sosial, ekonomi, politik termasuk mengajak kelompok-kelompok masyarakat untuk berpartisipasi dalam aktivitas sosial dan politik (Sumarto, 2004).

Akan tetapi, berjalannya konsep *good governance* bergantung pada reformasi kelembagaan dan manajemen sektor publik, harus diikuti dengan pembaharuan perangkat-perangkat pendukung lembaga tersebut secara ekonomis, efisien, efektif, transparan dan akuntabel (Mardiasmo, 2002). Pemerintah sebagai lembaga yang merupakan pilar dari *good governance* dituntut untuk meningkatkan komabilitas antara komponen-komponen yang ada dalam pemerintahan. Komabilitas tidak hanya dapat dilakukan dengan komunikasi, negosiasi dan interaksi, melainkan juga terhadap peran dan fungsinya (Utomo, 2011).

Laporan Pembangunan Bank Dunia (1998) yang berjudul *state in Changing World* menekankan peranan negara dalam konsep *good governance*, yakni memperbaiki pemerataan dan kegagalan pasar melalui pemberian pendanaan dan pemberian pelayanan. Dalam laporan tersebut juga disebutkan bahwa peran negara terdiri atas 3 tingkat: (1) peranan minimal; (2) peranan menengah; dan (3) peran sebagai pelaku kegiatan. Pada peran minimal, pemerintah bertugas menyediakan pelayanan publik murni, misalnya, pertahanan, tata hukum dan perundangan, hak cipta, manajemen ekonomi mikro dan kesehatan masyarakat. Di samping itu, pemerintah harus meningkatkan program untuk mengatasi kemiskinan, melindungi orang miskin dan mengatasi bencana. Pada peran yang lebih meningkat maka dalam kegiatan mengatasi kegagalan pasar, pemerintah harus melakukan berbagai hal misalnya: menjamin pendidikan dasar, melindungi lingkungan hidup, mengatur monopoli, mengatasi berbagai hal yang terkait dengan tidak seimbangannya informasi, hingga menyediakan jaminan sosial. Pada tingkat pemerintah sebagai pelaku kegiatan,

maka dilakukan beberapa kegiatan seperti: mengkoordinasi swasta supaya tidak terjadi kegagalan pasar dan melakukan kegiatan mengatasi ketidakmerataan dengan tindakan redistribusi. Dari laporan tersebut dapat disimpulkan bahwa pemerintah memiliki dua peran yang sangat luas yakni dalam menanggulangi kegagalan pasar dan meningkatkan pemerataan.

Kemudian, Brecher kovner (1995) menambahkan bahwa peran pemerintah sektor kesehatan dalam konteks *good governance* setidaknya mencakup 3 aspek, yakni berperan sebagai (1) regulator, (2) pemberi biaya, dan (3) pelaksana kegiatan. Kovner juga menyatakan bahwa dalam menunjang ketiga peran tersebut ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Komitmen Politik
2. Pendekatan Pro-orang miskin
3. Menyeimbangkan peran pemerintah, lembaga usaha swasta dan lembaga swadaya masyarakat
4. Menangani kegagalan pasar
5. Manajemen lembaga pelayanan kesehatan yang berorientasi pengguna
6. Partisipasi luas dari masyarakat dan lembaga usaha dalam pengambilan keputusan, reformasi bidang kesehatan, dan pengembangan sistem kesehatan
7. Memberantas praktik-praktik illegal dalam pelayanan kesehatan
8. Desentralisasi pelayanan

Peran pemerintah dalam pelayanan kesehatan menurut Trisnantoro (2018) dapat mengacu pada jalan ketiga dari Giddens yang mempunyai nilai-nilai: persamaan, perlindungan atas mereka yang lemah, kebebasan sebagai otonom, tak ada hak tanpa tanggung jawab, tak ada otoritas tanpa demokrasi, pluralisme kosmopolitan dan konservatisme filosofis. Dalam penyelenggaraan pemerintah daerah, konsep pelaksanaan otonomi dapat berjalan sebagaimana mestinya dengan fondasi penerapan tata kelola yang baik (Syaukani, 2003:4). Proses penyelenggaraan pemerintahan daerah dalam prinsip *good governance*

merupakan tuntutan bagi pemerintah daerah untuk mewujudkan pemerintahan yang demokratis, bersih, transparan, dapat dipertanggungjawabkan, efektif dan efisien (Neta, 2012:hal 2).

Akan tetapi, Trisnantoro (2009) menyatakan lemahnya peran pemerintah mempengaruhi rendahnya mutu sistem kesehatan di Indonesia. Hal ini dikarenakan dalam melaksanakan fungsi regulasi, peran pemerintah dapat dikatakan masih lemah dibandingkan fungsi pemerintah sebagai penyedia layanan dan pemberi dana. Kemudian, Sulastomo (2007) menyatakan bahwa faktor lain munculnya masalah kesehatan salah satunya adalah karena kurang perhatiannya negara dalam melihat masalah kesehatan warga negaranya. Berdasarkan kedua pernyataan tersebut maka dalam menangani isu kesehatan keterlibatan pemerintah memegang peranan yang cukup penting, dikarenakan peran pemerintah berpengaruh terhadap tingkat sistem kesehatan. Sedangkan, Newell & Wilson berpendapat bahwa ancaman dan tantangan dari masalah kesehatan tetap akan membutuhkan keterlibatan dari berbagai sektor (swasta dan masyarakat) di luar domain dari tenaga kesehatan itu sendiri, sehingga apabila *good governance* berjalan dengan baik maka akan berdampak baik juga pada sistem kesehatan (NTR, dll 2019: 258).

2.1.2 Peran Dinas Kesehatan dalam Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Jiwa

Menurut World Bank (2001) desentralisasi meningkatkan kualitas pemerintah dan pelayanan yang lebih efektif kepada masyarakat. Pelaksanaan kebijakan desentralisasi kesehatan di Indonesia yang kemudian diharapkan menegaskan peran dan fungsi lembaga-lembaga pemerintah daerah dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan menurut Depkes RI (2009) adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan

menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Dalam usaha meningkatkan pelayanan kesehatan. Dinas kesehatan provinsi adalah lembaga pemerintah daerah yang memiliki kedudukan tertinggi dalam sistem kesehatan (Trisnantoro, 2007). Peran dinas kesehatan dalam struktur sistem kesehatan kemudian dipertegas dalam Peraturan Pemerintah (PP) No. 8/2003. Dalam peraturan tersebut, menyatakan bahwa dinas kesehatan memiliki fungsi utama sebagai perumus kebijakan / regulator. Menurut Trisnantoro (2007) untuk urusan regulasi, Dinas Kesehatan Provinsi berfungsi sebagai pemberian rekomendasi izin sarana kesehatan tertentu yang meliputi rumah sakit swasta, rumah sakit khusus, serta sarana kesehatan penunjang yang setara. Akan tetapi, fungsi regulator tidak hanya sebatas pemberian izin melainkan juga sebagai langkah pemerintah dalam memonitor aktivitas berbagai sektor dalam keterlibatannya menyediakan pelayanan kesehatan.

Selain sebagai regulator dinkes juga berperan sebagai pengelola sistem pembiayaan kesehatan khususnya mengelola dana dekonsentrasi dan penyelenggara pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan pendapat Getzen (1997) yang mengatakan bahwa salah satu tugas pemerintah adalah distribusi dana (*income redistribution*) dengan menjamin pembiayaan untuk orang miskin. Dalam menjalankan fungsi penyedia dana dan pelayanan publik apabila pemerintah tidak dapat memenuhi permintaan pasar hal lain yang bisa dilakukan adalah melakukan kolaborasi dengan pihak swasta. Dengan catatan sektor swasta memang memiliki kapabilitas sebagai penyedia layanan. Akan tetapi, pihak swasta seringkali tidak memiliki insentif yang cukup untuk menyelenggarakan *public goods* yang tinggi. Hal ini dikarenakan swasta perlu mempertimbangkan profit untuk keberlangsungan bisnis. Meskipun begitu, pemerintah tetap dapat menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan dengan *public goods* yang tinggi dengan cara memberikan dukungan dana. Getzen (1997) menyatakan bahwa pemerintah dapat memberikan biaya pelayanan tersebut kepada swasta

melalui kontrak, subsidi kepada pemberi pelayanan, subsidi kepada penerima pelayanan, dan *entitlement financing*.

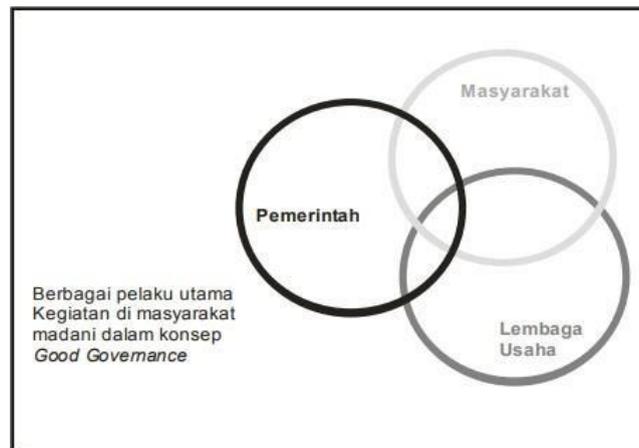
Dalam sebuah *workshop* mengenai pengaruh desentralisasi terhadap lembaga-lembaga di pelayanan kesehatan di Indonesia dapat ditafsirkan bahwa pemerintah sebenarnya lebih diharapkan berfungsi pada peran regulasi dan pemberi biaya, dikarenakan sub sektor swasta sudah banyak melakukan tindakan kuratif. Swasta cenderung tidak melakukan tindakan promotif dan preventif apabila tidak ada dukungan pendanaan dari pemerintah, kecuali jika tindakan tersebut menuju ke arah yang bersifat *private goods* (Trisnantoro, 2018). Oleh karena isu kesehatan jiwa memerlukan kegiatan preventif dan promotif dengan unsur *public goods* yang tinggi. Dinas kesehatan sebagai penyelenggara pemerintah daerah diharapkan mampu untuk memastikan penyelenggaraan kegiatan-kegiatan tersebut sesuai dengan standar pelayanan minimal. Sesuai dengan Permenkes No. 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal bahwa dinas kesehatan provinsi memiliki tanggung jawab untuk pelaksanaan monitoring dan evaluasi fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

Selain itu, WHO dalam Funk (2005) menyatakan bahwa agar pelayanan kesehatan jiwa berjalan dengan efektif, pemerintah perlu melakukan upaya yang terkoordinasi. Apabila pelayanan kesehatan jiwa efektif, secara sustansial dapat mengurangi kerusakan individu yang disebabkan oleh gangguan jiwa. Sehingga kesiapan dinas kesehatan menjalankan peran dan fungsinya sesuai dengan asas-asas *good governance* yang akan menjadi penentu pelayanan publik mampu tercapai.

2.1.3 Peran Dinas Kesehatan dalam Keterlibatan Sektor Swasta dan Partisipasi Masyarakat Masalah Kesehatan Jiwa

Oleh karena masalah kesehatan jiwa membutuhkan keterlibatan tidak hanya dari pemerintah maka hadirnya keterlibatan sektor swasta dan masyarakat perlu menjadi perhatian. Dalam konteks *Good governance* berbagai komponen di sektor swasta dapat digambarkan seperti ini:

Table 1.2 Konsep Struktur Good Governance



Sumber: Trisnantoro, 2007

Indonesia Policy Briefs dalam Trisnantoro (2007) bahwa dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan tidak akan berhasil apabila tidak melibatkan sektor swasta, poin dalam makalah tersebut adalah pemerintah perlu melibatkan sektor swasta dalam dunia kesehatan. Hal ini dikarenakan fasilitas pelayanan kesehatan sektor swasta seringkali memiliki kapabilitas yang lebih baik dibandingkan fasilitas pemerintah. Sebagai konsekuensinya, dinas kesehatan memiliki peran untuk dapat melindungi pengguna jasa kesehatan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan dan akuntabilitas seperti misalnya memberikan asuransi kepada masyarakat ataupun menegaskan kembali regulasi terkait dengan lisensi kesehatan. Seperti yang dikemukakan oleh Beeharry, *dkk.* (2002) bahwa ketika sektor swasta memiliki keterlibatan dalam menyediakan layanan kesehatan jiwa maka perlu ada intervensi publik. Pembuat kebijakan perlu melakukan koreksi adakah kegagalan pasar lainnya serta memastikan regulasi demi menjaga mutu pelayanan kesehatan.

Adapun masyarakat juga perlu ikut aktif terlibat dalam menangani masalah kesehatan jiwa. Berdasarkan penelitian WHO (2009) mayoritas negara berkembang yang sudah memiliki regulasi kesehatan, didukung oleh pendanaan serta fasilitas yang memadai namun sistem kesehatan jiwa masih lemah disebabkan karena partisipasi masyarakatnya yang masih rendah. Yang dimaksud dengan masyarakat disini adalah keluarga dan komunitas. Padahal, dalam beberapa penelitian, mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa yang optimal memerlukan keterlibatan masyarakat untuk mengetahui apa yang sebenarnya dibutuhkan oleh penderita gangguan jiwa. Ketika partisipasi dari kelompok multidisiplin hadir seperti keluarga, pekerja sosial, dan tenaga kesehatan maka akan berkorelasi positif juga terhadap hasil perkembangan kesehatan jiwa (World Bank, 2002).

World Bank (2016) menegaskan, oleh karena sistem kesehatan jiwa membutuhkan penanganan yang komprehensif, maka pemerintah perlu meningkatkan *public awareness*, keterlibatan komunitas dan elemen sektor kesehatan lainnya yang peka terhadap kondisi sosial, ekonomi dan budaya. World Bank merekomendasikan pemerintah untuk melakukan upaya promotif seperti misalnya kampanye anti-stigma, edukasi sekolah dan lingkungan kerja, atau melakukan intervensi terhadap konflik atau bencana alam yang mempengaruhi kesehatan jiwa (World Bank Group, WHO, 2016).

2.1.4 Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa pertama kali berkembang dari keinginan ataupun motivasi untuk meningkatkan kesadaran akan kesehatan jiwa dan mengatasi segala permasalahannya, yang memicu hal ini terjadi adalah ketika adanya “*mental hygiene movement*” pada abad ke-19 oleh Clifford Biers. Tujuan awal dari adanya pergerakan ini adalah untuk menyuarakan bahwa perlunya meningkatkan perawatan pasien di rumah sakit jiwa yang lebih manusiawi.

Kemudian gerakan ini bergeser fokusnya yang kemudian lebih menekankan pada pencegahan dan pengobatan kesehatan jiwa sedini mungkin. Pergerakan ini kemudian mulai didukung oleh berbagai pihak seperti komunitas, pemerintah sampai akhirnya secara resmi diakui oleh WHO (Bertolote, 2008).

Definisi dari kesehatan jiwa sendiri diartikan sebagai tingkat kesejahteraan psikologis manusia atau tidak memiliki gangguan mental. WHO dalam Brugha (2015) berpendapat bahwa kesehatan jiwa adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Kesehatan jiwa juga dapat didefinisikan sebagai emosi yang ditimbulkan dari keberhasilan beradaptasi dari segala tuntutan. Kesehatan jiwa berhubungan dengan fungsi psikologis seseorang, kepuasan hidup, dan kemampuan untuk berkembang dan saling memelihara hubungan yang menguntungkan. Ketika seseorang memiliki kemampuan untuk bertindak sesuai dengan *values* yang dimiliki individu, memiliki kepuasan dan bahagia terhadap pribadinya, mampu berkembang, memiliki tujuan hidup serta harga diri maka individu tersebut kesejahteraan psikologisnya telah terpenuhi. Hal ini didukung oleh pendapat dari Merriam Webster bahwa kesehatan jiwa adalah suatu keadaan emosional dan psikologis yang baik, setiap individu mampu untuk memanfaatkan kemampuan kognisi dan emosi, dapat berfungsi dalam komunitasnya, dan mampu untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Dewi, 2012).

Pemahaman mengenai kesehatan jiwa seringkali didefinisikan juga dalam dua sisi yakni absennya gangguan mental dan hadirnya karakteristik individu yang sehat mental. Menurut Kartono (1989) individu yang sehat mental adalah pribadi yang menampilkan tingkah laku yang adekuat dan bisa diterima masyarakat pada umumnya, sikap hidupnya sesuai dengan norma dan pola kelompok masyarakat, sehingga ada relasi interpersonal dan intersosial yang memuaskan. Sedangkan menurut Karl Menninger individu yang sehat mentalnya

adalah mereka yang memiliki kemampuan untuk menahan diri, menunjukkan kecerdasan, berperilaku dengan menenggang perasaan orang lain, sertamemiliki sikap hidup yang bahagia (Ardani, 2011). Karakteristik individu sehat mental mengacu pada kondisi atau sifat-sifat positif seperti: kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*), karakter yang kuat serta sifat-sifat baik (Lowenthal, 2006). Pandangan mengenai kesejahteraan psikologis menggali sisi positif manusia sebagai upaya:

- a) Memahami dinamika kehidupan manusia
- b) Mengoptimalkan dan mencegah
- c) Intervensi terhadap gangguan

Adapun ciri-ciri sehat jiwa menurut WHO (2008) yaitu:

- a) Sikap positif kepada diri sendiri
Individu mampu untuk menerima kelebihan dan kekurangan dirinya sendiri secara utuh.
- b) Tumbuh kembang dan beraktualisasi diri
Individu mengalami perubahan dalam tahap tumbuh dan berkembang dan mengapresiasi potensi atau bakat yang ada dalam dirinya.
- c) Integrasi
Individu menyadari bahwa yang ada dalam dirinya adalah satu kesatuan utuh dan mampu bertahan serta mengatasi stress atau kecemasan yang ada.
- d) Persepsi sesuai dengan kenyataan.
Individu mampu memahami stimulus eksternal sesuai dengan kenyataan yang ada, persepsi individu dapat berubah terhadap informasi baru, dan memiliki empati terhadap orang lain.
- e) Otonomi
Individu bisa mengambil keputusan dengan bertanggung jawab dan mampu mengatur kebutuhan yang menyangkut dirinya tanpa bergantung terhadap orang lain.

Sedangkan prinsip dalam memahami kesehatan jiwa menurut Schneiders (1964) mencakup 3 hal, yaitu: prinsip yang didasari sifat manusia, prinsip yang didasari atas hubungan manusia dengan lingkungannya, prinsip yang didasari atas hubungan individu dengan Tuhan.

Sedangkan pemahaman mengenai masalah kesehatan jiwa tidak lain berhubungan dengan gangguan jiwa ataupun masalah psikososial. WHO (2001) menyatakan bahwa gangguan jiwa merupakan sekumpulan gangguan pada fungsi pikir, emosi, perilaku dan sosialisasi seseorang dengan sekitar. Mendukung pernyataan tersebut, Videbeck dalam Prabowo (2014) berpendapat bahwa gangguan jiwa adalah keadaan emosi, psikologis, dan sosial yang terpendang dari hubungan komunikasi antar dua orang yang tidak terpenuhi tindakan dan pertahanan yang baik, sesuatu yang dapat dipahami dalam diri yang baik dan keseimbangan emosi yang dalam. Sedangkan masalah psikosis adalah hubungan antara kesehatan mental atau emosional individu dengan kondisi sosialnya (Maulana, 2019).

Hakim (2010) menyatakan bahwa masalah kesehatan jiwa adalah permasalahan yang harus diatasi secara komprehensif, adapun faktor pendukungnya adalah:

- a) Faktor fisik (*organo biologis*)
- b) Faktor mental/emosional (*psikoedukatif*)
- c) Faktor Sosial Budaya

Kebijakan dan rencana sistem kesehatan jiwa menjadi langkah yang paling penting dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa secara komprehensif. Sehingga pemerintah perlu menggunakan otoritasnya dan memberikan pernyataan resmi mengenai arahan kesehatan jiwa dengan mendefinisikan visi, nilai, prinsip, dan tujuan. Regulasi kesehatan jiwa juga memiliki kedudukan yang sama penting dengan kebijakan. Legislasi menyediakan payung hukum untuk melindungi

individu dari stigma negatif, diskriminasi, marginalisasi hingga kemungkinan adanya pelanggaran hak asasi manusia (WHO, 2009).

2.1.5 Kesehatan Jiwa sebagai Prioritas Pembangunan Daerah

Kementrian Kesehatan menyampaikan bahwa upaya peningkatan kesehatan jiwa masyarakat, pencegahan terhadap masalah kesehatan jiwa dan intervensi dini saat ini menjadi prioritas program kesehatan jiwa 33 provinsi di Indonesia. Mendukung program prioritas kesehatan jiwa, UU Kesehatan Jiwa dibentuk sebagai induk dari regulasi tingkat UU, PP, Inpres dan PMK (Ditjen P2P, 2020). Nasution dalam Analisis Kebijakan menyatakan bahwa dalam pembangunan kesehatan Jiwa pemerintah Pusat memiliki kewenangan difokuskan pada aspek regulasi, sedangkan daerah difokuskan pada kewenangan operasional seperti upaya kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan dan sumber daya kesehatan jiwa.

Dalam penanganan kesehatan jiwa secara operasional puskesmas dan partisipasi masyarakat adalah ujung tombak dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa daerah. Meskipun demikian, pemerintah daerah memiliki tanggung jawab untuk menjamin kelangsungan program kesehatan jiwa dan ketersediaan sumber daya manusia. Selain itu, kebijakan penyelenggaraan kesehatan jiwa dalam rumah sakit jiwa, rumah sakit umum dan pusat pendidikan serta Jaminan Pemeiharaan kesehatan Masyarakat (JPKM) merupakan bentuk upaya program penanganan kesehatan jiwa dasar oleh daerah (Idiani, 2010)

2.1.6 Anggaran Kesehatan

Dalam penelitian WHO mengenai *Monitoring The Building Blocks of Health Systems*, anggaran kesehatan adalah salah satu hal fundamental untuk memenuhi kebutuhan sistem kesehatan. Anggaran kesehatan mengacu pada fungsi sistem kesehatan yang berkaitan dengan mobilisasi, akumulasi dan pengalokasian uang untuk memenuhi kebutuhan kesehatan publik. Tujuan dari anggaran kesehatan adalah untuk menetapkan keuangan yang tepat bagi penyedia dan memastikan setiap individu memiliki akses kesehatan dan mendapatkan *treatment* (WHO, 2010). Menetapkan seberapa besar keuangan untuk anggaran kesehatan yang efektif dan efisien, organisasi tersebut harus memiliki fokus yang jelas serta pemahaman mendalam pada tujuan serta *framework* dari kebijakannya. Hal ini dipaparkan dalam penelitian Joseph Kutzin, bahwa dalam mengalokasikan anggaran kesehatan harus dibuat tujuan pembiayaan kebijakan yang jelas seperti meningkatkan asuransi, akses ke perawatan atau untuk promosi kesehatan. Selain itu alokasi anggaran juga berdasarkan *evidence-based* dan analisis fokus kepada efek atau manfaat kepada populasi secara keseluruhan (Kutzin, 2008)

Alokasi anggaran dari APBN ataupun APBD tersebut merupakan informasi publik yang kemudian dapat digunakan untuk mengevaluasi Pemerintah dengan kebijakannya dalam mengatasi permasalahan kesehatan dengan indikator seberapa besar proporsinya dengan prioritas lainnya (WHO, 2010). Pada proses penentuan proporsi anggaran kesehatan khususnya anggaran kesehatan kejiwaan peran dari *policy maker* adalah dengan melakukan dukungan politik dibantu dengan *mental health-expert* agar politisi dapat mengakomodasi kebutuhan dari kesehatan kejiwaan dan dapat menempatkan isu kesehatan kejiwaan pada posisi yang subordinat (Ridlo, 2020)

2.1.7 Budaya dan Perspektif Kesehatan Jiwa

Latar belakang budaya masyarakat Jawa memiliki pandangan ataupun persepektif yang erat berkaitan dengan konsep laku kebatinan manusianya. Seperti misalnya, dalam filosofi Jawa terdapat ungkapan *mikul dhuwur mendhem jero* yang artinya menjunjung tinggi sesuatu dan memendam sesuatu dengan dalam. Ungkapan tersebut memicu sikap dasar masyarakat untuk menghindari ketegangan/konflik dengan membiarkan permasalahan yang ada dibiarkan atau dibiarkan meskipun permasalahannya belum terpecahkan. Selain itu, masyarakat Jawa juga memiliki kerangka kepercayaan bahwa kehidupan manusia merupakan suatu roh abadi dan bagian kecil dari kehidupan kosmik. Sehingga sebagian besar masyarakat Jawa dibesarkan dalam lingkungan yang percaya terhadap pemujaan roh-roh, nenek moyang dan hal ghaib lainnya.

Pandangan ini memiliki pengaruh terhadap kondisi kejiwaan individu karena tidak memandang kesehatan jiwa sebagai suatu penyakit. Ketika individu memiliki masalah psikologis orang-orang dengan kepercayaan tersebut akan menyalahkan roh gaib sebagai penyebab dari terganggunya kondisi kejiwaan individu, misal diguna-guna, kemasukan jin sehingga dalam penanganannya seringkali diserahkan kepada dukun dibandingkan pada psikolog/psikiater (Muluk, 2007)

Menurut Usman Pelly, klasifikasi kepercayaan adanya roh, makhluk halus, jin dan setan terhadap suatu penyakit hampir selalu ada dalam semua sistem kesehatan masyarakat. Teori ini dijelaskan oleh Usman dalam teori demonologi yang merupakan landasan sebab terjadinya abnormalitas pola perilaku manusia yang dikaitkan pada pengaruh supranatural dan hal-hal ghaib lainnya (Suhaimi, 2015)

2.2 KERANGKA PIKIRAN

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan deskripsi mengenai analisis peran pemerintah daerah dalam sektor kesehatan. Meninjau dari pelaksanaan tugas dan fungsi dinas kesehatan provinsi DIY dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa. Analisis peran mengacu pada konsep *good governance* yang dikemukakan oleh Brecher Kovner. Menurut Kovner, pemerintah memiliki 3 peran yakni sebagai (1) regulator, (2) penyedia anggaran dan juga (3) pelaksana kegiatan. Pada fungsi regulator analisis dilakukan dengan melihat bagaimana instrumen regulasi (undang-undang, peraturan pemerintah, perda provinsi) melaksanakan fungsinya dalam tata kelola yang baik bagi masyarakat. Kemudian pada fungsi pembiayaan kesehatan analisis dilakukan dengan mengidentifikasi bagaimana pembiayaan/penganggaran kesehatan jiwa berjalan yang bersumber dari anggaran Dinas Kesehatan Provinsi. Pada fungsi pelaksana kegiatan, analisis dilakukan dengan mengidentifikasi infrastruktur yang tersedia dan bagaimana komponen pelayanan kesehatan berlaku dan menjaga kualitas pelayanan kesehatan.

Pengoptimalan ketiga aspek peran oleh dinas kesehatan provinsi tersebut menghasilkan upaya pemerintah daerah mewujudkan sistem kesehatan yang efektif serta mendukung program prioritas nasional. Upaya-upaya yang telah dilakukan Dinas Kesehatan Provinsi akan dianalisis dan disinkronkan dengan tugas dan fungsinya. Terlaksananya regulasi, alokasi dana, ketersediaan fasilitas serta implementasi program akan menghasilkan kesimpulan dinas kesehatan provinsi DIY optimal atau tidak dalam melaksanakan perannya. Analisis peran juga akan menunjukkan kapabilitas dinas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan publik yang berkualitas.

Dalam mengupayakan hal-hal tersebut tidak terlepas dari berbagai faktor penghambat dan pendukung yang mempengaruhi. Berdasarkan konsep *good governance*, dalam mengatasinya memerlukan keterlibatan dari semua elemen negara baik itu pemerintah, sektor swasta maupun masyarakat. Konsep *good governance* juga memosisikan pemerintah sebagai *agent of change* sehingga

pemerintah adalah salah satu aktor yang memiliki peran untuk menggerakkan masyarakat maupun swasta untuk ikut terlibat. Salah satu langkahnya adalah dengan mendukung pihak swasta menyediakan fasilitas publik serta mengedukasi masyarakat dalam upaya pereventif. Bekerjanya dinas kesehatan provinsi tentunya akan sangat berpengaruh besar dalam mewujudkan sistem kesehatan jiwa yang efektif.

2.2.3 Tabel Kerangka Pikiran

Peran Dinas Kesehatan Sebagai Regulator		
No.	Variabel	Indikator
1.	Regulasi Mengenai Kesehatan Jiwa	1) Ada/tidaknya peraturan daerah yang mengatur khusus mengenai kesehatan jiwa 2) Ada/tidaknya peraturan daerah yang mengatur mengenai jaminan kesehatan jiwa 3) Ada/tidaknya peraturan daerah yang mengatur mengenai hak-hak ODGJ/OMDK 4) Ada/tidaknya peraturan daerah yang mengatur mengenai penanggulangan stigmatisasi/diskriminasi terhadap ODGJ 5) Ada/tidaknya peraturan daerah yang mengatur mengenai penanggulangan pemasangan 6) Peran dinas kesehatan mengimplementasikan regulasi yang ada
2.	Regulasi Perizinan tenaga kesehatan dan Sarana Pelayanan kesehatan jiwa	1) Ada/tidaknya regulasi perizinan sarana/tenaga kesehatan pelayanan kesehatan jiwa 2) Ada/tidaknya regulasi mengenai prosedur perizinan tenaga kesehatan/sarana pelayanan kesehatan jiwa 3) Ada/tidaknya sanksi dari dinas kesehatan apabila sarana/tenaga pelayanan kesehatan tidak memberikan laporan 4) Ada/tidaknya monitoring dan pembinaan dari dinas kesehatan pascaperizinan
3.	Regulasi Mengenai Mutu Pelayanan Kesehatan Jiwa	1) Ada/tidaknya regulasi mengenai mutu pelayanan kesehatan jiwa 2) Ada/tidaknya SPM pelayanan kesehatan jiwa dalam hal monitoring/pengawasan institusi penyedia layanan/ tenaga kesehatan jiwa
Peran Dinas Kesehatan Sebagai Penyedia Anggaran		
1.	Tersedianya Anggaran Kesehatan Jiwa	1) Ada/tidaknya anggaran khusus kesehatan Jiwa 2) Rincian anggaran kesehatan jiwa

2.	Alokasi Anggaran	<ol style="list-style-type: none"> 1) Peran dinas kesehatan dalam alokasi anggaran kesehatan jiwa 2) Alokasi anggaran untuk kesehatan jiwa efektif dan efisien atau tidak 3) Realisasi biaya yang dikeluarkan untuk kesehatan jiwa
3.	Jaminan Biaya Kesehatan Jiwa untuk Masyarakat Miskin	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ada/tidak insentif jaminan kesehatan jiwa untuk masyarakat miskin 2) Sumber pembiayaan jaminan kesehatan jiwa untuk masyarakat miskin 3) Siapa saja yang berhak mendapatkan jaminan tersebut 4) Peran dinas kesehatan dalam pembiayaan jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin
Peran Dinas Kesehatan Sebagai Pelaksana Kegiatan		
1.	Infrastruktur/Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1) Peran dinas kesehatan dalam menyediakan fasilitas atau infrastruktur kesehatan jiwa 2) Peran dinas kesehatan dalam fasilitasi pelayanan 3) Peran dinas kesehatan dalam memberikan bimbingan teknis kepada SDM di bidang kesehatan jiwa 4) Peran dinas kesehatan dalam menyediakan sistem informasi, edukasi ataupun akses komunikasi tentang kesehatan jiwa 5) Peran dinas kesehatan dalam menyediakan pengobatan ataupun perawatan terhadap ODGJ
2.	Program/Kegiatan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Adakah program/kegiatan penyelenggaraan kesehatan jiwa dari dinas kesehatan 2) Peran dinas kesehatan dalam implementasi program kesehatan jiwa 3) Peran dinas kesehatan melakukan lintas program
3.	Kapasitas Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah kapasitas pelayanan sudah memenuhi SPM 2) Faktor penghambat pelayanan kesehatan jiwa 3) Faktor pendukung pelayanan kesehatan jiwa

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan Penelitian

Pendekatan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan metode kualitatif. Hal ini dikarenakan penelitian ini menginginkan adanya studi pada suatu kelompok dan fenomena sosial kemudian mengkaji informasi yang mendalam dari pandangan responden mengenai hal tersebut. Hal ini seperti yang disampaikan Creswell bahwa penelitian kualitatif sebagai suatu gambaran kompleks, meneliti kata-kata, laporan terperinci dari pandangan responden dan melakukan studi pada situasi yang alami (Basrowi & Suwandi, 2008).

Selain itu, penggunaan metode kualitatif juga diharapkan dapat meneliti suatu obyek yang tidak direkayas. Seperti yang dikatakan oleh Sugiyono bahwa metode penelitian kualitatif berlandaskan pada filsafat positivisme untuk meneliti. Peneliti adalah sebagai instrument kunci, pengambilan sampel sumber data dilakukan secara *purposive* dan *snowball*, teknik penggabungan dengan triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif fokus pada makna melainkan generalisasi (Sugiyono, 2015). Analisis data penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara dan sumber lainnya lalu dikurasi sesuai dengan kebutuhan data. Informasi tersebut disusun dengan menjabarkan dalam bentuk deskripsi lalu dibuat kesimpulan (Wiratama, 2008).

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif bertujuan untuk memberikan pemahaman mengenai peran dinas kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan kejiwaan di Yogyakarta dengan menyampaikan bagaimana kondisi kesehatan jiwa, mengapa masalah kesehatan jiwa di Yogyakarta tinggi, bagaimana peran dari dinas kesehatan, tugas dan fungsinya apa saja, dan apa yang

telah dilakukan dinas kesehatan untuk mengatasi masalah kejiwaan tersebut. Hal tersebut disampaikan berdasarkan informan ataupun data-data yang telah ada. Data-data ini diungkap dan dijabarkan sesuai dengan kondisi dan permasalahannya.

Adapun alasan lain penggunaan metode ini adalah karena kualitatif menekankan pada perolehan pemahaman, konsep, serta makna secaramendalam terhadap objek penelitian. Dalam penelitian ini maka pemahaman akan lebih menekankan pada peran dinas kesehatan. Selain itu, pendekatan kualitatif juga menghasilkan penajaman peristiwa sebab peneliti bertindak sebagai alat utama riset (*human instrument*) dan mengamati objek secara langsung (Sutopo, 2006, 35-36). Dalam hal ini, peneliti melakukan pengumpulan data dari informan, mengolah informasi, melakukan analisis, melakukan refleksi serta memberikan kesimpulan.

3.2. Jenis dan Rancangan Penelitian

Pada penelitian ini, digunakan jenis penelitian studi kasus (*case study*). Peneliti menggunakan studi kasus dikarenakan dengan menggunakan studi kasus penelitian dapat lebih fokus terhadap variabel-variabel yang penting, mengutamakan proses dan interaksi. Alasan lain menggunakan jenis studi kasus adalah karena penelitian ini menganalisis suatu kelompok dan mengacu pada pembahasan yang mendalam yang terperinci. Dengan menggunakan jenis penelitian ini maka fokus akan terarah pada data-data yang memberikan pemahaman terhadap peran dinas kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa di DIY.

3.3 Lokasi Penelitian

Penentuan lokasi pada penelitian ini dilakukan secara *purposive* yang ditentukan sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini. Dari penjelasan

yang ada pada latar belakang masalah, penelitian ini seharusnya dilakukan di Provinsi DIY. Akan tetapi, dikarenakan kondisi yang tidak memungkinkan untuk melakukan observasi karena bertepatan dengan pelaksanaan PSBB maka tahap pengambilan data dilaksanakan secara daring. Pengambilan data dari informan dilakukan dengan melakukan wawancara daring melalui platform *Google Meet* dan *whatsapp call* (jika terkendala dengan koneksi).

3.4 Waktu Penelitian

Kegiatan penelitian dimulai sejak proposal selesai dibuat. Setelah proposal selesai, mulai mencari tokoh yang relevan dan memiliki pengetahuan akan kebutuhan informasi. Setelah menghubungi beberapa tokoh, diserahkan surat izin beserta proposal. Dalam hal mencari informan, sempat ada kesulitan oleh karena pencarian informan harus dilakukan secara daring dan beberapa kali melakukan *reschedule* oleh karena keterbatasan waktu informan.

Kemudian untuk pengambilan data dilaksanakan pada bulan Agustus, dilakukan beberapa kali pengambilan data dengan melakukan *interview by phone* dengan dinas kesehatan DIY. Tanggal 27 Agustus 2020 wawancara daring dilakukan dengan Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY, dan pada tanggal 30 Agustus 2020 menghubungi kasie. mutu dan akreditasi fasilitas kesehatan Dinkes DIY.

Kemudian pada bulan September pencarian informan dilakukan kembali dengan maksud mengkonfirmasi apakah pernyataan dinas kesehatan sesuai dengan kondisi lapangan sehingga informan yang dicari adalah tenaga ahli yang menangani kesehatan jiwa dan komunitas yang fokus pada isu kesehatan jiwa. Pada tanggal 4 September 2020 interview daring dilakukan dengan perwakilan dari Yayasan Satu Nama Yogyakarta. Pada tanggal 5 September 2020 peneliti melakukan interview daring dengan perwakilan dari psikolog area Bantul dan Kota Yogyakarta. Kemudian pada tanggal 9 September 2020 dilakukannya penambahan informan dari perwakilan Psikolog area Sleman.

Ketika melakukan proses pengambilan data tersebut dilakukan juga pencarian calon informan lainnya yang sekiranya bersedia. Dari sekian banyak individu yang berhasil dihubungi hanya 2 orang dan bersedia. Pada tanggal 11 September 2020 interview daring dilakukan kembali dengan perwakilan dari komunitas kesehatan jiwa khusus menangani kasus bunuh diri di kulon progo, Mata Jiwa Indonesia. Pada tanggal tersebut, *interview* daring juga dilakukan dengan perwakilan psikolog dari biro psikologi kawan bicara.

3.5. Teknik Pengumpulan Data

Tujuan utama dari sebuah penelitian ini adalah mendapatkan data yang relevan agar dapat menjawab rumusan masalah sehingga teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling utama dalam penelitian ini. Pengumpulan data dilakukan dengan berbagai metode dari berbagai sumber. Seperti yang dikemukakan Burhan Bungin, teknik pengumpulan data adalah sebuah cara dengan apa dan bagaimana data yang diperlukan dapat dikumpulkan sehingga hasil akhir penelitian mampu menyajikan informasi yang *valid* dan *reliable* (Bungin, 2003, hal.42).

Dalam penelitian ini pengambilan data dilakukan dengan mengumpulkan informasi dari beberapa sumber. Dalam hal ini, adanya pemilihan kelompok tertentu yang terlibat dalam mengatasi masalah kesehatan kejiwaan sebagai sumber untuk memberikan pandangannya terhadap peran dinas kesehatan. Dari pemilihan kelompok tersebut ada sejumlah orang yang bersedia untuk menyampaikan informasi. Dalam mencari informasi, dilakukan *cross check* kepada pihak yang bersangkutan agar informasi yang disajikan valid.

Kemudian, pengumpulan data dilakukan dengan cara menggabungkan data-data yang telah ada atau dengan triangulasi. Pengumpulan data dilakukan secara daring melalui *interview by phone* dengan mengajukan beberapa pertanyaan secara mendalam dan menyesuaikan kebutuhan data kepada pihak yang telah bersedia menjadi informan. Teknik pengumpulan data ini dijelaskan dalam teori pengumpulan data Sugiyono bahwa pengumpulan data dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan yang mendalam kepada pihak yang dianggap memiliki pemahaman terhadap suatu fenomena dan kondisi yang ada serta memiliki relevansi yang kemudian akan memperkuat data yang dimiliki peneliti. (Sugiyono, 2015, hal. 137)

3.6. Data dan Sumber Data

Data dalam penelitian ini diperoleh dari informan yang dianggap memiliki pengetahuan terhadap fokus penelitian. Fokus penelitian diarahkan sesuai dengan topik penelitian sehingga sumber informasi utama adalah dinas kesehatan provinsi DIY. Sumber lainnya adalah tenaga ahli kesehatan jiwa dan LSM yang memiliki fokus pada isu kesehatan kejiwaan. Selain itu, data seperti regulasi daerah dan pusat yakni kementerian kesehatan dan juga keputusan'kebijakan juga akan menjadi informasi pendukung lainnya. Berikut adalah sumber data yang digunakan dalam penelitian ini:

3.6.1 Wawancara

Oleh karena penelitian ini membutuhkan data atau informasi yang mendalam maka teknik wawancara digunakan untuk pengambilan data. Peneliti menggunakan teknik wawancara dikarenakan ingin mengetahui hal-hal yang lebih mendalam. Dalam penelitian ini teknik wawancara dilakukan dengan menentukan indikator penelitian terdahulu sebagai pedoman wawancara. Indikator tersebut menghasilkan pertanyaan yang fungsinya untuk mengungkapkan data tentang peran dinas

kesehatan provinsi DIY dalam mengupayakan masalah kesehatan jiwa. Sedangkan untuk pertanyaan yang diajukan bersifat fleksibel dan disusun menyesuaikan dengan informasi yang ingin digali dari informan yang bersangkutan.

3.6.2 Studi Pustaka

Adanya penambahan sumber data lain yang berasal dari sumber tertulis. Sumber tertulis tersebut merupakan literatur yang terkait dengan topik penelitian. Literatur yang digunakan seperti buku, jurnal, tesis, disertasi, skripsi, dan beberapa dokumen resmi dari Dinas Kesehatan DIY dan Kementerian Kesehatan.

3.6.3 Data Sekunder

Selain itu, adanya penambahan data sekunder yang telah tersedia sebagai sumber data tambahan yang bertujuan untuk memberikan gambaran terhadap kecenderungan suatu subjek. Dari data tersebut akan dijelaskan kembali dalam bentuk deskripsi.

3.7 Teknik Penentuan Informan

Teknik pengumpulan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan pemilihan siapa subjek yang sekiranya memiliki pemahaman terhadap informasi yang diperlukan. Sehingga, informan ditentukan berdasarkan informasi yang ingin dicari secara mendalam. Dalam penelitian ini maka subjek utama ataupun sumber informasinya adalah Dinas Kesehatan DIY.

Informan utama yang ditentukan adalah Dinas Kesehatan Provinsi DIY sebagai lembaga pemerintahan yang memiliki kedudukan penting pada pemerintahan daerah dalam mengupayakan pelayanan kesehatan publik kepada warganya. Terkait dengan subjek penelitian dalam mengumpulkan data

dapat mengalami perubahan dengan pertimbangan penyesuaian yakni fleksibel terhadap kondisi yang ada. informan lainnya berasal dari kelompok tenaga ahli kesehatan jiwa dan beberapa perwakilan dari LSM serta komunitas. Berikut adalah rincian informan yang akan digunakan pada penelitian ini:

1. Ibu Ummul Khair, S.K.M selaku Ketua Program Dinas Kesehatan DIY
2. Bapak Sugiharto, SKM., MPH selaku Kasie Mutu dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer, Rujukan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain
3. Bapak Karel Tuhehay selaku perwakilan komunitas kesehatan jiwa Satu Nama Yogyakarta
4. Bapak Joko Sukiyono selaku perwakilan yayasan Mata Jiwa Indonesia
5. Ibu Selvia Eka, M.Psi., Psikolog sari selaku perwakilan dari kawan bicara salah satu biro psikologi di Yogyakarta
6. Ibu Nadia Indah.P, M.Psi., Psikolog selaku tenaga ahli kesehatan jiwa daerah Kabupaten Sleman
7. Ibu Putri Nabila Bilicha, M.Psi., Psikolog selaku tenaga ahli kesehatan jiwa daerah Kabupaten Bantul dan Kota Yogyakarta

Informan tersebut dipilih berdasarkan ketersediaan individu untuk mewakilkan kelompok atau organisasi yang sekiranya memiliki pemahaman terhadap informasi yang ingin digali. Prosedur pemilihan perwakilan tersebut adalah dengan meminta izin dari institusi pemerintah, kelompok, LSM serta beberapa biro psikologi untuk melakukan wawancara mendalam dengan menyerahkan proposal. Setelah mendapatkan izin, diberikan arahan kepada siapa bisa mencari data. Setelah mendapatkan nama informan dan menghubungi informan, jadwal dibuat untuk dilaksanakannya wawancara.

3.8 Fokus Penelitian

1. Pemerintah daerah, yakni dinas kesehatan provinsi DIY yang memiliki peran besar dalam menangani permasalahan kesehatan jiwa
2. Dalam penanganan masalah kesehatan jiwa dapat dianalisis peran dinas kesehatan Provinsi DIY. Adapun peran pemerintah sektor kesehatan yakni (1) sebagai regulator, (2) sebagai penyedia anggaran, (3) sebagai pelaksana kegiatan
3. Faktor pendukung dan faktor penghambat yang dihadapi dinas kesehatan DIY dalam menangani masalah kesehatan jiwa.

3.9. Teknik Analisis Data

Penelitian ini menggunakan data yang diperoleh dari berbagai macam sumber seperti wawancara, literasi dan data sekunder. Agar data yang diperoleh objektif maka keabsahan data penelitian dilakukan dengan melihat realibilitas dan validasi data yakni dengan melakukan *cross check*. Misalnya, apabila mendapatkan data dari satu literasi maka akan dicari keabsahannya dengan berbicara langsung kepada informan di lapangan. Seperti yang dikemukakan oleh Moleong (1994) bahwa untuk melakukan pembuktian validitas data ditentukan dari tingkat kredibilitas temuan penelitian, serta interpretasi sesuai dengan kondisi yang senyatanya dan disetujui oleh subyek penelitian atau informan. Mengadopsi pendapat Moleong tersebut maka pengambilan data pada penelitian ini dilakukan secara berkesinambungan untuk menemukan hal-hal yang konsisten dan dilakukan cek ulang. Data yang telah diperoleh tersebut akan dianalisis dan diuraikan dalam bentuk deskriptif.

Sesuai dengan karakter analisis data kualitatif yang bersifat induktif, maka analisis data yang diperoleh dalam penelitian ini akan dikembangkan pola hubungannya menjadi hipotesis-hipotesis tertentu. Dalam hal ini proses analisis data dimulai dengan mengumpulkan dan mempelajari data-data yang tersedia, dari literasi yang ada. Kemudian direduksi dengan membuat abstraksi sesuai dengan tema yang telah ditentukan yakni, peran dinkes mengatasimasalah kesehatan jiwa. Dilanjutkan dengan proses penafsiran sehingga temuan tersebut bisa menjadi teori yang substantif. Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini

menggunakan model analisis yang dikemukakan oleh Miler dan Huberman dalam Suwandi (2008, hal. 247). Berikut adalah langkah-langkah teknik analisis data dalam penelitian ini:

3.9.1 Reduksi Data (*Data Reduction*)

Pada proses reduksi data dilakukan analisis untuk memilih, memusatkan perhatian, menyederhanakan, mengabstraksikan serta mentransformasikan data yang muncul dengan catatan lapangan (Patilima, 2005). Reduksi dilakukan sejak awal penelitian dengan membuat ringkasan berdasarkan hasil pengamatan singkat secara daring kemudian memilih hal-hal pokok, menulis memo, mencari tema, dan membuang hal-hal yang tidak penting. Dengan demikian, data yang direduksi akan memberikan gambaran yang lebih spesifik dan untuk mempermudah pengumpulan data selanjutnya. Proses mencari data akan menghasilkan sejumlah data yang memiliki nilai-nilai temuan dan memudahkan peneliti untuk memberikan analisis yang lebih terperinci (Wiratama, 2008).

3.9.2 Penyajian Data

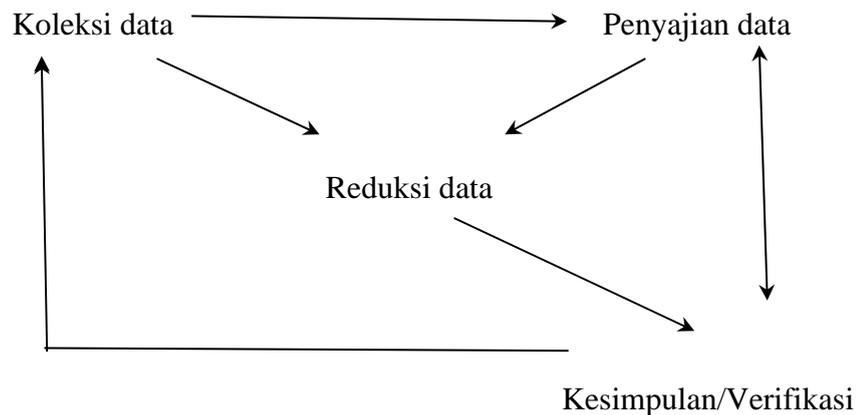
Dalam penelitian ini, data disajikan dalam bentuk teks naratif atau laporan sesuai dengan hasil penelitian yang diperoleh dalam bab hasil dan pembahasan. Pada langkah ini, dilakukannya penyusunan data yang relevan sehingga menjadi informasi yang dapat disimpulkan dan memiliki makna tertentu.

3.9.3 Penarikan Kesimpulan/Verifikasi (*Conclution/Verification*)

Kesimpulan adalah tahapan paling akhir dalam proses penelitian ini dan bertujuan untuk memberikan pemahaman terhadap data yang telah dianalisis. Kesimpulan yang dikemukakan masih bersifat sementara dan akan berubah apabila ditemukan bukti yang kuat.

Berdasarkan uraian di atas, langkah analisis data dengan menggunakan pendekatan ini maka dapat digambarkan sebagai berikut:

Table 1.3 Analisis Data



Gambar

Sumber: Miles dan Huberman dalam Suwandi (2008, hal. 210)

Demikian prosedur pengolahan data dan yang akan dilakukan dengan menggunakan teknik analisis data kualitatif yang dikembangkan oleh Miler dan Huberman ini digunakan untuk mendapatkan penjelasan mengenai peran dinas kesehatan prvinsi DIY dalam menangani masalah kesehatan jiwa.

3.10 Teknik Pengujian Keabsahan Data

Pengujian data dilakukan agar temuan ataupun data yang peneliti temukan dapat dinyatakan valid. Pengujian data dilakukan dengan menggunakan kriteria: *credibility* (validitas internal), *transferability* (Validitas eksternal), *dependability* (reliabilitas) dan *conformability* (objektivitas).

3.10.1 Kredibilitas (Internal validity)

Dalam melakukan check keabsahan data dilakukan dengan cara membandingkan data dari sumber lain dan mempertajam hubungan data satu dengan yang lainnya. Dilakukannya diskusi dengan teman peneliti yang berasal dari jurusan Psikologi UGM agar mendapatkan perspektif lain serta masukan dalam proses penelitian. Selain itu, juga digunakan bahan referensi seperti laporan keuangan serta laporan kinerja Dinas Kesehatan Provinsi Yogyakarta.

3.10.2 Transferabilitas

Dalam menulis bab hasil penelitian, diberikan deskripsi yang jelas terkait data yang dipaparkan, baik itu data dalam bentuk tulisan maupun angka sehingga pembaca dapat memahami konteksnya dengan jelas.

3.10.3 Dependabilitas dan conformabilitas

Pembimbingan dilaksanakan dengan dosen pembimbing untuk meminta saran dan *feedback*. Selain itu, juga dilakukan komunikasi dengan pakar Dependabilitas dan conformabilitas dilakukan dengan cara berkomunikasi dengan pembimbing mengenai data apa saja yang sebaiknya dipaparkan dan dengan pakar kesehatan jiwa seperti psikolog-psikolog yogyakarta guna membicarakan permasalahan-permasalahan yang dihadapi dalam penelitian.

Untuk menguji keabsahan data, dilakukan triangulasi data. Triangulasi data dilakukan dengan memanfaatkan data yakni sumber lain diluar data yang dimaksud sebagai pembanding (Moleong, 2005:330). Menurut Denzim dalam Moleong ada empat jenis triangulasi, yakni triangulasi teori, triangulasi penyidik, triangulasi metode dan triangulasi sumber. Dalam penelitian ini, triangulasi sumber digunakan dengan melakukan *check* data dari berbagai sumber untuk menguji

kredibilitas data mengenai peran dinas kesehatan provinsi DIY. Maka pengujian dilakukan dengan memperoleh data dari dokumen yang bersangkutan, dari sudut pandang himpunan psikologi, pihak puskesmas ataupun komunitas yang berkaitan dengan isu kesehatan jiwa di Yogyakarta.

BAB IV

OBJEK PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

4.1.1 Kondisi Geografis

Daerah Istimewa Yogyakarta terletak di bagian tengah-selatan Pulau Jawa, secara geografis terletak pada 7°33'-8°12' Lintang Selatan dan 110°00'-110°50' Bujur Timur. Luas DIY adalah 3.185,80 km² atau 0,17 % dari luas Indonesia. DIY bagian selatan berbatasan dengan Lautan Indonesia (Samudera Hindia). Sementara itu. Di bagian Timur Laut, Tenggara, Barat dan Barat Laut berbatasan dengan Provinsi Jawa Tengah. Batas-batas wilayah DIY meliputi:

1. Sebelah Timur Laut berbatasan dengan Kabupaten Klaten
2. Sebelah Tenggara berbatasan dengan Kabupaten Wonogiri
3. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Purworejo
4. Sebelah Barat Laut berbatasan dengan Kabupaten Magelang

DIY secara administratif terdiri dari 1 kota, 4 kabupaten, 78 kecamatan, dan 438 kelurahan/desa. Wilayah administratif DIY adalah:

1. Kota Yogyakarta dengan 14 kecamatan dan 45 kelurahan
2. Kabupaten Bantul dengan 17 kecamatan dan 75 desa
3. Kabupaten Kulon Progo dengan 12 kecamatan dan 88 desa
4. Kabupaten Gunungkidul dengan 18 kecamatan dan 144 desa
5. Kabupaten Sleman dengan 17 kecamatan dan 86 desa

4.1.2 Kondisi Demografis

Menurut Proyeksi BPS, jumlah penduduk DIY tahun 2018 sebesar 3.818.266 jiwa dengan persebaran yang tidak merata. Berikut adalah tabel jumlah penduduk berdasarkan Kabupaten/Kota di DIY tahun 2018:

Tabel 1.4 Jumlah Penduduk Kabupaten/Kota DIY 2018

Kabupaten/Kota	Jumlah
Kulon Progo	426.767
Bantul	1.009.171
Gunung Kidul	740.181
Sleman	1.214.346
Kota Yogyakarta	427.801
DI Yogyakarta	3.818.266

Perbandingan penduduk laki-laki dan perempuan pada DIY relatif seimbang, dengan penduduk jenis kelamin laki-laki 49,43%. Sementara itu, penduduk dengan jenis kelamin perempuan adalah 50,57%.

4.1.3 Kondisi Kesehatan Jiwa dan Pelayanan Kesehatan Jiwa di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi DIY jumlah total ODGJ berat di DIY diperkirakan mencapai 9.862 orang. Jumlah penderita ODGJ berat terbanyak berada pada wilayah Kabupaten Bantul yaitu 1.115 orang, Kulonprogo mencapai 7.416 orang, Gunungkidul mencapai 1.433 orang, Sleman mencapai 2.224 orang, dan jumlah ODGJ yang paling sedikit berada di wilayah Kota Yogyakarta yaitu 902 orang. Berdasarkan data dari Riskesdas angka prevalensi gangguan jiwa di DIY lebih tinggi sekitar 7,8% dibandingkan dengan angka rata-rata nasional yakni 6%. Sedangkan, untuk angka ODGJ dengan kasus pemasangan di Yogyakarta sendiri mencapai 39 kasus (Balitbangkes, 2018).

Dinkes DIY memberikan keterangan bahwa, tingginya angka prevalensi di Yogyakarta belum tentu menunjukkan bahwa DIY memiliki kasus gangguan jiwa

lebih tinggi dari daerah lain. Melainkan tingginya angka prevalensi menunjukkan bahwa sistem pendataan kesehatan jiwa di DIY dikelola dengan baik dibandingkan dengan provinsi lainnya.

“Saat ini memang sistem pendataan kita sudah jauh lebih baik daripada provinsi lainnya sehingga angka prevalensinya menunjukkan hasil yang tinggi. Hal ini bersinggungan juga dengan program prioritas dari dinas kesehatan DIY terkait dengan kesehatan jiwa adalah melakukan deteksi dini gangguan jiwa sehingga penemuan kasus baru juga semakin digencarkan”. (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Meskipun sistem pendataan sudah lebih baik namun hasil penemuan kasus gangguan jiwa di DIY menunjukkan angka yang juga tidak sedikit. Ada banyak faktor yang menjadi latar belakang penduduk DIY banyak yang mengalami gangguan jiwa. Kemiskinan serta lahan pekerjaan yang tidak memadai untuk menampung lulusan sekolah seringkali menjadi kontributor pemicu stress atau gangguan jiwa di DIY. Selain itu, tuntutan dan beban akademik turut menjadi kontributor kaum pelajar mengalami gangguan kecemasan serta depresi. Melihat dari jumlah ODGJ yang sudah terdata mayoritas yang mengalami gangguan kesehatan jiwa adalah usia produktif. Seperti pernyataan salah satu psikolog wilayah Kabupaten Bantul berikut:

“untuk rentang usia gangguan jiwa di Yogyakarta mayoritas memang berada pada usia produktif muda dan usia produktif tua. Dan rata-rata yang memiliki gangguan kecemasan terhadap beban akademik. Kemudian juga terjadi pada orang yang sudah bekerja yang seringkali tidak disadari bahwa individu tersebut mengalami stress terhadap karirnya, dll”. (Informan: Psikolog Kabupaten Bantul)

Dinas kesehatan mengakui bahwa untuk mengatasi segala permasalahan kesehatan jiwa tersebut membutuhkan kolaborasi dari berbagai pihak termasuk lembaga swasta dan juga masyarakat itu sendiri terutama keluarga. Hal ini dikarenakan isu kesehatan jiwa adalah suatu permasalahan yang kompleks bukan

hanya isu kesehatan publik biasa. Terlebih lagi dengan adanya stigma negatif yang begitu tinggi dari masyarakat terhadap ODGJ. Oleh karena itu dinas kesehatan Provinsi DIY mengupayakan program-program yang memberdayakan partisipasi dari berbagai sektor. Hal ini disampaikan oleh Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan DIY:

“untuk penanganan kesehatan jiwa sejauh ini memang kami melakukannya dengan membentuk Tim TPKJM yang melibatkan berbagai kader termasuk dinkes itu sendiri kemudian melakukan program lintas sektor dengan dinas sosial, dinas pendidikan ataupun institusi lainnya. Kami juga masuk ke instansi sekolah, korporasi dan desa-desa untuk mengencarkan pendeteksian dini yaitu melalui program sehat jiwa”. (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Dari pernyataan tersebut menunjukkan bahwa dalam hal penanganan kesehatan jiwa saat ini dinas kesehatan lebih memprioritaskan pada upaya preventif dan promotif. Baik dari pembentukan tim TPKJM maupun pendeteksian dini keduanya bertujuan untuk meningkatkan *awareness* dari masyarakat mengenai potensi orang dengan gangguan jiwa, masalah kesehatan jiwa, kasus pasung dan harapan bahwa orang dengan gangguan jiwa bisa diberdayakan. Akan tetapi, pada pelaksanaannya, TPKJM seringkali bermasalah di finansial. Hal ini disampaikan oleh Komunitas Satu Nama Yogyakarta bahwa tim TPKJM di salah satu daerah Yogyakarta bahkan tidak memiliki anggaran:

“Di Salah satu daerah di Yogyakarta tim TPKJMnya ada yang tidak berjalan dikarenakan tidak adanya dukungan finansial bahkan untuk mengadakan pertemuan saja mereka menggunakan anggaran dari puskesmas”. (Informan: Komunitas Satu Nama Yogyakarta)

Meskipun upaya preventif dan promotif saat ini lebih diupayakan oleh dinas kesehatan salah satunya dengan promosi kesehatan melalui TPKJM, namun disampaikan oleh Dinas Kesehatan bahwa dukungan finansial daerah terhadap

masalah jiwa di DIY memang masih minimalis. Berikut pernyataan Dinas Kesehatan DIY:

“Untuk kesehatan jiwa, dukungan anggaran dari kami memang masih sangat minimalis dikarenakan daerah belum menjadikan kesehatan jiwa sebagai prioritas” (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Upaya lainnya seperti kuratif dan rehabilitatif tetap dilaksanakan. Walaupun demikian, untuk upaya kuratif dan rehabilitatif dinas kesehatan menyatakan bahwa lembaga ini tidak memiliki peran yang cukup besar.

“untuk pelayanan kesehatan jiwa itu sudah ada UPT yang secara teknis memang memberikan pelayanan kesehatan jiwa yaitu RS Grhasia dan untuk upaya rehabilitatif itu panti sosial disediakan oleh dinas sosial, kami juga melakukan pendataannya untuk sarana dan prasarana kesehatan jiwa”. (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Berikut merupakan data pelayanan kesehatan jiwa di DIY mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan jiwa sampai pada tenaga kesehatan jiwa dari Dinas Kesehatan DIY:

Tabel 1.5 Sarana dan Prasarana Kesehatan Jiwa di DIY

No.	Kabupaten/Kota	Fasilitas Pelayanan Kesehatan
1	Yogyakarta	Rumah Sakit Puri Nirmala, Rumah Sakit Panti Rapih, Rumah Sakit Bethesda dan Puskesmas
2	Sleman	Rumah Sakit Umum Daerah Sleman, Rumah Sakit Umum Pusat dr. Sardjito, Rumah Sakit JIH, Rumah Sakit Panti Rini dan Puskesmas
3	Kulonprogo	Rumah Sakit Umum Daerah Kulonprogo dan Puskesmas
4	Gunung Kidul	Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Kidul dan Puskesmas

5	Bantul	Rumah Sakit Umum Daerah Bantul dan Puskesmas
---	--------	--

Berdasarkan data tersebut, terkait dengan sarana dan prasarana pemerintah DIY telah menyediakan pelayanan kesehatan jiwa di setiap Kabupaten/Kota baik itu dalam tingkat rumah sakit hingga puskesmas. Pada tempat-tempat terpencil seperti daerah-daerah di kulonprogo maka pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas di DIY sendiri saat ini sedang dioptimalkan dengan memberdayakan peran psikolog. Apabila terindikasi berpotensi gangguan jiwa ODGJ akan dirujuk kepada rumah sakit yang menyediakan rawat inap seperti RS jiwa Grhasia.

Kemudian, perihal SDM kesehatan jiwa di DIY sudah lebih baik dibandingkan daerah lain. DIY menyediakan layanan psikologi di setiap puskesmas dengan menghadirkan tenaga profesional seperti perawat jiwa, psikolog dan psikiater. Akan tetapi, di beberapa wilayah Bantul, Kulonprogo dan Gunung kidul masih memiliki keterbatasan SDM untuk psikolog. Berdasarkan data hanya daerah kota Yogyakarta dan Kabupaten Sleman yang memiliki psikolog yang memadai. Dinas Kesehatan mengkonfirmasi bahwa Kabupaten Sleman dan Kota Yogyakarta memang sudah memiliki psikolog di setiap puskesmasnya. Sementara itu, kabupaten lain setiap dari puskesmasnya belum memiliki psikolog yang memadai.

“jadi untuk SDM kesehatan di Yogyakarta memang masih ada keterbatasan, belum semua daerah yang puskesmasnya memiliki psikolog ataupun psikiater. Jadi bidan ataupun perawat di puskesmas itu punya double job yang kemudian ini menjadi hambatan kami juga untuk melakukan pelatihan SDM karena mereka tidak fokus pada kesehatan jiwa dan membutuhkan effort yang lebih” (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Maka ketika penderita gangguan jiwa membutuhkan konsultasi ataupun penanganan terlebih dahulu diampu oleh perawat yang ada di puskesmas

tersebut. Opsi lain dari penanganannya adalah dengan melakukan konsultasi secara daring ketika penderita tersebut benar-benar membutuhkan psikolog maka psikolog akan datang. Hal ini disampaikan oleh Psikolog Kabupaten Bantul:

“Untuk daerah Bantul memang masih ada keterbatasan ya di SDM, belum semua puskesmas ada psikolognya. Dan program 1 puskesmas 1 psikolog itu memang di bantul baru akan dilaksanakan, jadi kalau saya sendiri praktik di bantul itu di dua puskesmas dan gak setiap saat ada di puskesmas. Semisal ada warga yang membutuhkan konsultasi, sebenarnya kami menyediakan pelayanan secara daring namun apabila sangat dibutuhkan untuk tatap muka maka nanti akan datang psikolognya ke puskesmas tersebut jadi kita harus bolak-balik”.
 (Informan: Psikolog Kabupaten Bantul)

Berikut adalah data mengenai Sumber Daya Manusia kesehatan jiwa di DIY dari dinas kesehatan DIY:

Table 1.6 Tenaga Kesehatan Jiwa yang Terdapat di Provinsi DIY

No	Kabupaten/Kota	Perawat Jiwa	Psikolog	Psikiater
1	Yogyakarta	6	11	5
2	Sleman	20	23	10
3	Kulonprogo	6	0	1
4	Gunung Kidul	2	0	1
5	Bantul	14	0	1
	Jumlah	48	34	18

Dari data yang telah dijabarkan dapat disimpulkan bahwa tenaga kesehatan jiwa di DIY jumlahnya tidak banyak dan belum mencukupi kebutuhan dari dinas kesehatan yang merencanakan adanya 1 psikolog di setiap puskesmasnya. Dari jumlah yang ada persebaran tenaga kesehatan juga belum merata. Bahkan, seorang psikolog di DIY bisa praktik di banyak tempat yang kemudian itu membuat psikolog seringkali kewalahan. Selain itu, keterbatasan SDM juga

membuat dinas kesehatan melakukan diskresi dalam memenuhi kebutuhan SDM yakni dengan memberikan pengarahan dan pelatihan kepada perawat yang ada di puskesmas untuk bisa melakukan *Screening*.

Dari kondisi yang telah dijabarkan diatas beberapa poin seperti dalam hal sistem informasi serta ketersediaan sarana dan prasarana DIY sudah lebih baik namun dalam hal jumlah tenaga kesehatan, mutu pelayanan masih perlu ditingkatkan lagi. Kementerian kesehatan (2017) menyatakan bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal maka perlu didukung dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat dan didukung dengan sarana dan prasarana, SDM yang terdistribusi dan bermutu sesuai dengan kebutuhan serta pembiayaan yang memadai. Sistem informasi kesehatan juga perlu dipastikan dapat diakses dengan mudah, baik untuk keperluan instansi pemerintah maupun pemerintah daerah. Kemenkes (2017) juga menyatakan dalam UU Nomor 23 Tahun 2014 bahwa agar poin-poin tersebut terpenuhi perlu ada peningkatan peran dari pemerintah daerah terutama dalam melaksanakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Peran Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dalam Menangani Kesehatan Jiwa Berdasarkan Peraturan Perundangan

Mengenai tugas pokok dan fungsi Dinas Kesehatan Provinsi DIY dalam menangani kesehatan jiwa belum ada ketentuan khusus yang mengatur. Bahkan belum ada regulasi yang membahas mengenai kesehatan jiwa secara spesifik. Meskipun demikian, dalam Peraturan Gubernur Daerah DIY No.81 Tahun 2014 pasal 3 diatur ketentuan mengenai tugas dan fungsi dinas kesehatan dalam menangani salah satu kasus kesehatan jiwa yakni kasus pasung. Berikut tugas dan fungsi Dinas Kesehatan DIY dalam penanggulangan pasung:

- a. Membentuk Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM)
- b. Memberikan layanan serta akses komunikasi, informasi dan edukasi yang benar kepada masyarakat tentang kesehatan jiwa
- c. Mengoordinasikan lintas program dan lintas sektoral upaya penanggulangan pemasangan pada pihak pemangku kepentingan
- d. Menyusun perencanaan, pengadaan dan peningkatan mutu, penempatan dan pendayagunaan, serta pembinaan sumber daya manusia di bidang kesehatan jiwa
- e. Menyediakan akses pelayanan yang berkesinambungan meliputi pengobatan, pemulihan psikosial, rehabilitasi, pendampingan, dan/atau dukungan lain yang memadai untuk OMDK atau ODGJ
- f. Melakukan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan program penanggulangan pasung kepada Pemerintah Kabupaten/Kota
- g. Menyediakan panti sosial untuk penempatan sementara bagi ODGJ paska perawatan
- h. Menjamin cadangan ketersediaan obat untuk ODGJ

- i. Mencegah timbulnya stigmatisasi dan diskriminasi bagi ODGJ
- j. Menyusun dan menyebarluaskan panduan praktis tentang penanggulangan pemasangan

Pada pelaksanaannya, beberapa poin tupoksi tersebut masih belum semuanya berjalan dengan baik. Dimulai dari pembentukan TPKJM, TPKJM sebenarnya dibentuk oleh dinas kabupaten/kota setempat. Tugas dari dinas kesehatan provinsi adalah melakukan revitalisasi agar TPKJM dapat berdaya secara optimal. Di beberapa daerah TPKJM memang sudah berjalan sesuai dengan fungsinya, dengan melaksanakan berbagai program lintas sektor dengan LSM dan lembaga lainnya dan aksi tanggap pendeteksian dini untuk pencegahan kasus pemasangan. Salah Psikolog Kota Yogyakarta, memberikan tanggapannya mengenai hal tersebut:

“Kalau untuk perannya dinkes Saya kira sudah lebih baik ya sekarang, apalagi dengan adanya TPKJM. Saya dulu pernah magang di puskesmas daerah kaliurang, disuatu waktu magang tersebut saya menemukan ada salah satu penduduk yang keluarganya mengalami gangguan kejiwaan namun belum pernah mendapatkan penanganan. Jadi waktu itu saya langsung beritahukan kepada pihak terkait dan dari dinas kesehatan dan timnya pun langsung cepat tanggap dan mengunjungi keluarga ODGJ tersebut”. (Informan: Psikolog Kota Yogyakarta)

Tanggapan mengenai pemberdayaan TPKJM disampaikan oleh LSM Satu Nama Yogyakarta. Perwakilan dari LSM ini mengkonfirmasi bahwa hadirnya TPKJM menunjukkan Dinas Kesehatan sudah lebih baik meskipun masih perlu ditingkatkan lagi dalam implementasi regulasi dan program kesehatan jiwa.

“..Adanya TPKM yang melibatkan beberapa stakeholder termasuk dari dinas kesehatan terkait sebenarnya menunjukkan bahwa pemerintah sudah cukup berupaya dalam penanganan masalah kesehatan jiwa, terlebih lagi dengan adanya upaya 1 puskesmas 1 psikolog. Menurut saya dari kedua hal tersebut pemerintah sudah menunjukkan peran yang baik. Hanya saja, menurut saya dari

program-program yang telah mereka jalankan tersebut masih belum maksimal..”

(Informan: Komunitas Satu Nama Yogyakarta)

Poin lainnya yang masih belum berjalan dengan baik adalah mengenai fungsi peningkatan mutu dan pendayagunaan SDM di bidang kesehatan jiwa. Dinas kesehatan mengakui bahwa memang untuk peningkatan mutu terutama untuk akreditasi masih kesulitan dikarenakan harus mengadopsi kurikulum dari kementerian kesehatan namun untuk akreditasi SDM Kesehatan jiwa dinas kesehatan bekerjasama dengan HIMPSI (Himpunan Psikologi Indonesia) Yogyakarta. Dari tiga psikolog Yogyakarta dengan wilayah praktik Bantul, Sleman dan Kota Yogyakarta menyatakan bahwa selama ini belum ada pembinaan apapun yang didapatkan dari dinas kesehatan. Hal ini disampaikan oleh salah satu psikolog:

“Kalau untuk pembinaan mutu SDM sih saya belum pernah denger ya, kalau untuk edukasi itu ya biasanya dari univ kami aja atau dari HIMPSI biasanya ada sosialisasi juga dari mereka, kalau dari dinas kesehatan belum ada”. (Informan: Psikolog Biro Psikologi)

Mendukung pernyataan tersebut, Psikolog Kota Yogyakarta menyatakan hal yang sama bahwa pembinaan yang mereka dapatkan hanya dari badan psikologi HIMPSI dan dari puskesmas tempat praktik.

“Kalau untuk pelatihan dari dinas kesehatannya langsung saya belum pernah, biasanya kami dapatkan dari kampus kami atau HIMPSI. Paling juga adanya pengarahan dari puskesmas tempat kami praktik” (Informan: Psikolog Kota Yogyakarta)

Poin lainnya yang perlu mendapatkan perhatian adalah mengenai penyediaan panti sosial sementara pasca rehabilitasi untuk ODGJ. Adanya tugas dan fungsi tersebut tidak didukung dengan fakta bahwa dinas kesehatan tidak menyediakan akses panti rehabilitatif dan ketersediaan obat untuk ODGJ. Dinas Kesehatan DIY menyatakan bahwa:

“Jadi untuk yang menyediakan itu lembaga yang ditunjuk adalah dinas sosial kemudian ada RS Jiwa Grhasia”. (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Akan tetapi, berdasarkan Pergub DIY No.18 tahun 2014 sebenarnya dinas kesehatan memiliki tugas untuk menyediakan akses tersebut. Ketidaksesuaian antara peraturan yang sudah ada dengan pelaksanaan tugas dan fungsi dinas kesehatan DIY mengindikasikan bahwa Pergub DIY No.18 tahun 2014 menimbulkan kebingungan sehingga terjadi tumpang tindih peran antar lembaga.

Poin lainnya seperti dalam hal memberikan layanan informasi, edukasi, melakukan koordinasi lintas sektor, pengawasan terhadap kasus pasung tengah dijalankan oleh Dinkes DIY dengan adanya program sosialisasi deteksi dini dan melakukan Kerjasama dengan berbagai lintas sektor seperti institusi perkantoran, dinas Pendidikan dan puskesmas. Berdasarkan pernyataan dari Psikolog Kabupaten Bantul fungsi-fungsi tersebut memang sudah berjalan dan lebih baik tiap tahunnya

“Pihak puskesmas itu memang diberikan instruksi terkait dengan deteksi dini, kadang-kadang juga ada sosialisasinya dengan mengundang psikolog daerah”. (Informan: Psikolog kota Yogyakarta)

“... misalkan ada yang melapor kasus pasung, mereka cukup tanggap biasanya ada perwakilan dari Dinkes DIY untuk mengunjungi ODGJ tersebut untuk kemudian ditindak...” (Informan: Psikolog kota Yogyakarta)

5.2 Peran Dinas Kesehatan Provinsi DIY Berdasarkan Konsep Good Governance dari Brecher Kovner

5.2.1 Peran Dinas sebagai Regulator

A) Regulasi Mengenai Kesehatan Jiwa

Pemerintah merupakan lembaga negara yang dapat mengeluarkan kebijakan ataupun regulasi melalui sistem kesehatan tingkat nasional dan provinsi. Di tingkat provinsi, dinas kesehatan provinsi adalah lembaga yang memiliki tugas

dan fungsi untuk mengeluarkan regulasi maupun kebijakan dalam rangka menjaga sistem kesehatan tetap kondusif dan berjalan sesuai dengan tujuan dan prioritas nasional. Adapun regulasi yang membahas secara khusus mengenai kesehatan jiwa di DIY hanya ada satu yakni Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta No.81 Tahun 2014.

Pergub DIY No.81 Tahun 2014 dikeluarkan oleh Pemerintah DIY untuk menjadi pedoman penanggulangan pemasungan. Akan tetapi sejak diimplementasikannya regulasi tersebut belum ada menunjukkan hasil yang signifikan dalam penurunan angka kasus pasung. Dinas Kesehatan DIY

menyatakan bahwa untuk kasus penanggulangan pasung dan re-pasung tidak cukup hanya regulasi saja namun membutuhkan keterlibatan masyarakat.

“Memang terjadi penurunan angka pasung dan repasung namun belum berjalan secara optimal. Sebenarnya, regulasi saja tidak cukup melainkan membutuhkan partisipasi dari masyarakat. Sedangkan stigmatisasi diantara masyarakat DIY terhadap ODGJ masih tinggi”. (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Meskipun demikian, dinas kesehatan menyatakan bahwa perannya dalam peraturan tersebut tidak terlalu besar. Menurut dinas kesehatan ada banyak lini sektor lainnya yang lebih berperan dalam kasus pasung misalnya dinas sosial, dinas pendidikan dan khususnya biro mental dibawah kesekretariatan daerah DIY. Hal ini disampaikan oleh Dinas Kesehatan DIY:

“Peran dinas kesehatan provinsi mungkin lebih kepada melakukan upaya-upaya promotif seperti sosialisasi kepada masyarakat ya mengenai penanggulangan pemasungan dan juga menjembatani kerjasama lintas sektor”. (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Selain itu, realisasi dari peraturan tersebut yang paling diunggulkan dari dinas kesehatan provinsi adalah dengan revitalisasi Tim Pembentukan Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) yang memang dikhususkan untuk menangani masalah kesehatan jiwa di masyarakat.

Adapun peraturan daerah lainnya yang membahas mengenai kesehatan jiwa masih mengacu pada peraturan lain. Seperti Perda DIY No.1 tahun 2014, Perda DIY No.7 Tahun 2018 tentang ketahanan keluarga, Pergub No.30 Tahun 2018 tentang Rencana Aksi Daerah (RAD) revitalisasi fungsi keluarga, Pergub No.34 tahun 2018 RAD tujuan pembangunan berkelanjutan 2018-2022. Peraturan Daerah DIY No.1 Tahun 2014 tentang Penanganan Gelandangan dan Pengemis merupakan peraturan khusus yang memberikan perlindungan dan menjamin agar gelandangan dan pengemis (termasuk yang mengalami gangguan jiwa)

mendapatkan kesejahteraan dan kehidupan yang layak. Pasal 11 menyatakan bahwa:

“Dalam hal gelandangan dan Pengemis berdasarkan hasil identifikasi diindikasikan mengalami gangguan jiwa dilakukan rehabilitasi kejiwaan yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit Jiwa Grhasia dan Rumah Sakit lainnya yang bekerja sama Pemerintah Daerah”

B) Regulasi Perizinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa

Selain itu, menurut Trisnantoro (2007) Dalam konteks menjalankan fungsi regulator, Dinas Kesehatan provinsi memiliki peran dalam rekomendasi pemberian perizinan fasilitas kesehatan (rumah sakit, rumahsakit khusus, puskesmas, klinik dan labotarium). Aktivitas perizinan diperuntukkan untuk mencapai perbaikan mutu pelayanan kesehatan yang berkelanjutan dan lebih aman. Sebagai konsekuensi terlibatnya sektor swasta maka pemerintah memiliki peran dalam memberikan rekomendasi perizinan hingga pada fungsi monitoring dan evaluasi melalui akreditasi.

Dinas kesehatan mengkonfirmasi bahwa dalam menjalankan peran sebagai regulator yang paling utama adalah dalam memberikan rekomendasi perizinan faskes dan juga monitoring. Akan tetapi, berdasarkan pernyataan dinas kesehatan untuk rekomendasi perizinan dinas kesehatan hanya memiliki kewenangan pada puskesmas, klinik dan labotarium. Untuk perizinan fasilitas kesehatan, mekanisme yang disepakati provinsi adalah sebagai berikut:

- i. Pihak yang akan mendirikan sarana mengajukan permohonan izin pendirian awal atau perizinan ulang kepada dinas kesehatan provinsi atau kabupaten/kota sesuai dengan sarana yang menjadi kewenangannya.
- ii. Sarana pelayanan kesehatan tertentu yang menjadi kerja sama dan kesepakatan antara dinas kesehatan provinsi atau kabupaten/kota dengan

- Badan Mutu untuk melakukan, maka dinas kesehatan meminta Badan Mutu untuk mempersiapkan survei kelayakan perizinan awal atau ulang.
- iii. Badan Mutu melakukan survei perizinan, Badan Mutu menyusun laporan dan rekomendasi kelayakan perizinan.
 - iv. Atas dasar hasil survei perizinan, Badan Mutu menyusun laporan dan rekomendasi kelayakan perizinan
 - v. Laporan dan rekomendasi dikirimkan ke dinas kesehatan provinsi atau kabupaten/kota untuk selanjutnya diambil keputusan mengenai pemberian izin.
 - vi. Keputusan pemberian izin awal atau ulang disampaikan ke pihak sarana pelayanan kesehatan

Sedangkan, untuk pengajuan izin rumah sakit adalah dengan mengajukan izin secara daring melalui Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) yang dibawah langsung oleh Kementerian Kesehatan. Meskipun demikian, dinas Kesehatan tetap berperan dalam memberikan akreditasi. Dalam hal fasilitasi akreditasi dinkes berperan melakukan survei serta pembinaan kepada pihak penyedia fasilitas kesehatan. Akan tetapi, tidak semua fasilitas pelayanan dimonitoring oleh dinas kesehatan provinsi DIY. Seperti misalnya rumah sakit dengan kelas A maka akan dibina langsung dengan kementerian kesehatan. Sedangkan untuk rumah sakit dengan kelas B, C dan D yang akan dibina oleh Dinas Kesehatan DIY. Pembinaan akreditasi dilakukan dengan kerjasama teknis antar lembaga. Mekanismenya adalah sebagai berikut:

- I. RS mengajukan survei penilaian kepada dinas kesehatan dan dinas kesehatan akan membentuk tim surveior bersama dengan badan mutu
- II. Kemudian KARS akan menyusun jadwal dan menginformasikan kepada dinkes jadwal survei
- III. RS mengirimkan hasil *self assesment* dan biaya survei kepada KARS
- IV. Surveior akan membahas hasil *self assesment* dan menyusun rencana kerja kemudian menyerahkannya kepada KARS

- V. KARS akan menyampaikan rencana kerja kepada RS dan RS akan menyiapkan segala kebutuhan survei
- VI. Surveior melakukan survei dengan cara melihat dokumen, observasi kegiatan dan wawancara
- VII. Kemudian surveyor akan melaksanakan *exit conference* dan memberikan rekomendasi perbaikan kepada RS
- VIII. Setelah melakukan survei, Surveyor melapr ke KARS dengan memberikan laporan

Dikarenakan proses pemberian rekomendasi dengan alur yang rumit, dinas kesehatan menyatakan bahwa seringkali terjadi miskoordinasi antara dinkes dengan KARS.

“Untuk rumah sakit bisa mengajukan langsung secara online, kemudian KARS akan memberikan jadwal akreditasi. Terkadang terjadi miss antara dinkes dengan KARS. Dinkes tidak mengetahui jadwal walaupun secara administratif sudah ada koordinasi dengan Kabupaten/Kota dan dinkes memiliki data rumah sakit mana yang akreditasinya sudah habis” (Informan: Kasie. Mutu Pelayanan dan Faskes Dinkes DIY)

Hal tersebut menunjukkan bahwa dalam proses pemberian perizinan hingga akreditasi rumah sakit sistem yang berjalan masih memerlukan perbaikan dalam hal koordinasi agar tidak menyebabkan kebingungan antar lembaga pemerintah.

Selain dari proses administrasi, peran dinas kesehatan adalah membina fasyankes. Dinas kesehatan menyatakan bahwa apabila dari hasil survei fasyankes tidak dapat memenuhi persyaratan akreditasi maka KARS akan memberikan rekomendasi dan diberikan jangka waktu untuk perbaikan. Apabila fasyankes tetap tidak dapat memenuhi standar mutu pelayanan maka fasyankes tersebut akan diberikan sanksi salah satunya adalah penurunan akreditasi oleh KARS. Dalam hal ini, dinas kesehatan akan tetap membantu membina fasyankes sesuai

dengan rekomendasi yang diberikan oleh KARS agar dapat mempertahankan akreditasi. Perihal fasyankes jiwa, setiap dari fasyankes sebenarnya diberikan perizinan dalam melakukan deteksi dini kesehatan jiwa baik itu rumah sakit diluar rumah sakit jiwa hingga puskesmas. Kasie. Bagian mutu dan akreditasi dinas kesehatan menyatakan bahwa:

“Kalau untuk deteksi dini kesehatan jiwa sekarang setiap dari fasyankes itu memiliki perizinan tetapi untuk klasifikasi rumah sakit swasta selain dari mendapatkan rekomendasi pendirian fasyankes, RS swasta juga memerlukan izin penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa dari dinas kesehatan provinsi DIY”
(Informan: Kasie. Mutu Pelayanan dan Faskes Dinkes DIY)

C) Regulasi Perizinan dan Akreditasi Tenaga Kesehatan Jiwa

Mengenai prosedur perizinan tenaga kesehatan sebelum mendapatkan surat izin praktik maka perlu melakukan uji kompetensi terlebih dahulu. Uji kompetensi dilaksanakan secara rutin melalui kerjasama dinas kesehatan dengan badan independen, lembaga profesional maupun dengan perguruan tinggi. Apabila telah dinyatakan lulus maka tenaga kesehatan akan diberikan Surat Izin Praktik (SIP) oleh dinas kesehatan. Sehingga dapat dikatakan bahwa peran dinas kesehatan DIY dalam hal penjaminan mutu SDM kesehatan adalah dengan menyelenggarakan uji kompetensi dan memberikan perizinan. Berdasarkan pernyataan Psikolog Yogyakarta, dalam hal perizinan tenaga kesehatan jiwa dinas kesehatan Yogyakarta sudah memiliki peran yang lebih baik.

“Jadi untuk perizinan memang benar melalui Himpunan Psikologi Indonesia tetapi saat ini untuk Yogyakarta dinas kesehatannya sudah ikut terlibat dan ikut membawahi. Memang prosesnya agak lebih rumit dari sebelumnya tapi untuk pengambilan Surat Izin Praktik (SIP) itu kami lebih dimudahkan. Kalau sudah dinyatakan lolos nanti kami akan dapat pemberitahuan dan langsung bisa

mengambil surat izin ke dinas kesehatan setempat". (Informan: Psikolog Kota Yogyakarta)

Selain itu, menurut Ketua Program Dinas Kesehatan DIY kesehatan jiwa dinas kesehatan juga berperan dalam berupaya dalam memfasilitasi pelatihan pengembangan SDM tenaga kesehatan di puskesmas.

"Jadi untuk penjaminan mutu SDM itu kami biasanya memberikan sosialisasi terutama mengenai deteksi dini kepada tenaga kesehatan puskesmas agar mereka bisa melakukan screening". (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Akan tetapi, dinas kesehatan DIY mengakui bahwa masih ditemukannya kendala mengenai peningkatan mutu atau penjaminan mutu tenaga kesehatan. Hal ini dikarenakan belum adanya kurikulum yang baku menyesuaikan dengan daerah.

"Hambatan kami dalam memberikan pelatihan terhadap tenaga kesehatan ini sebenarnya banyak namun yang paling utama itu adalah mengenai kurikulum. Karena persyaratan untuk dapat memberikan pelatihan harus terakreditasi namun kurikulum yang kami adopsi masih sepenuhnya mengacu kepada kementerian pusat sehingga sulit untuk mendapatkan akreditasi tersebut" (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

D) Regulasi Mengenai Mutu Pelayanan Kesehatan Jiwa

Kemudian, dalam konteks sebagai regulator maka dinkes provinsi berkewajiban untuk menetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2016 Pasal 1 tentang Standar Pelayanan Minimal di Bidang Kesehatan menyatakan bahwa:

“SPM merupakan acuan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal”

Tujuan diaturnya SPM ini adalah agar Dinas Kesehatan dapat menetapkan mutu pelayanan yang sesuai untuk masyarakat. Salah satu SPM mengenai kesehatan jiwa diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

“Setiap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar.”

Regulasi yang mengatur secara khusus mengenai Standar Pelayanan Minimal fasyankes kesehatan jiwa salah satunya diatur dalam Peraturan Gubernur DIY Nomor 25 Tahun 2009 mengenai Standar Pelayanan Minimal RS Grhasia. Sementara itu, dalam peraturan tersebut tidak dijelaskan bagaimana peran dinas kesehatan dalam memberikan pembinaan dan memfasilitasi fasyankes tersebut. Berikut adalah keterangan dari Dinas Kesehatan DIY:

“Peran dinas kesehatan dalam pembuatan regulasi pelayanan kesehatan jiwa sampai saat ini hanya mengatur terkait dengan pemberian izin fasyankes saja dan juga akreditasi” (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

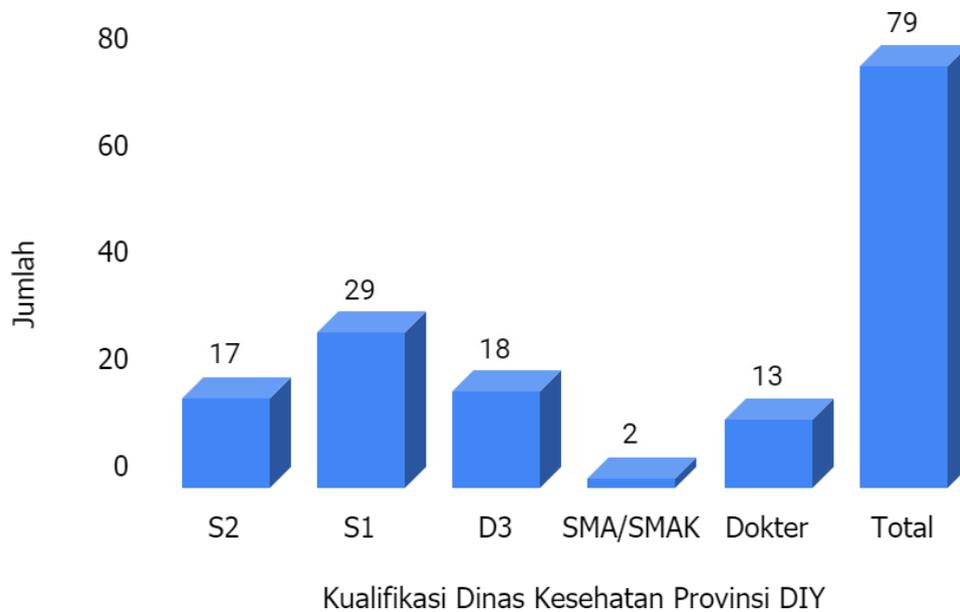
Sedangkan peran dari dinas kesehatan menurut Kasie. Mutu Pelayanan dan Faskes Dinkes DIY adalah untuk membantu ataupun memfasilitasi fasyankes tersebut memenuhi capaian SPM. Hal ini disampaikan oleh Kasie. Mutu Pelayanan dan Faskes Dinkes DIY:

“Kalau untuk fasyankes kesehatan jiwa itu memang tugas kami adalah membimbing dan membina mereka untuk memenuhi capaian tersebut hingga mencapai paripurna” (Informan: Kasie. Mutu Pelayanan dan Faskes Dinkes DIY)

Dari pemaparan data diatas, dalam hal membuat regulasi, pemberian izin dan akreditasi Dinas Kesehatan DIY ditemukan banyak hambatan. Misal dalam hal

meregulasi kesehatan jiwa masih bergantung pada peraturan lainnya yang tidak spesifik pada kesehatan jiwa. Akan tetapi, melihat kualifikasi SDM Dinas Kesehatan mayoritasnya adalah dari rumpun kesehatan dan tidak ada yang berlatar belakang hukum mengakibatkan terkendalanya pemahaman dinas kesehatan terhadap regulasi. Berikut data mengenai kualifikasi SDM Dinas Kesehatan DIY:

Table 1.7 Kualifikasi Dinas Kesehatan Provinsi DIY



Dari data tersebut SDM dengan kualifikasi S2 mayoritas berasal dari kesehatan masyarakat. Jenjang S1 berasal dari kesehatan masyarakat, keperawatan, farmasi dan ilmu sosial seperti akuntansi, ekonomi dan manajemen. Sedangkan untuk jenjang D3 mayoritas berasal dari manajemen administrasi dan kearsipan. Dengan total 79 SDM tersebut mayoritas memiliki kualifikasi di bidang kesehatan masyarakat dan administrasi.

5.2.2 Peran Dinas Kesehatan Provinsi DIY sebagai Pemberi Biaya

Sumber pembiayaan kesehatan jiwa berasal dari Pemerintah pusat dengan Dana Alokasi Khusus (DAK) dan dari Pemerintah daerah dengan Anggaran

Pendapatan Belanja Daerah (APBD). Berikut adalah rincian anggaran dukungan anggaran Dinas Kesehatan Provinsi DIY.

Table 1.8 Anggaran Dinas Kesehatan DIY Tahun 2019

Anggaran Dinkes DIY tahun 2019	
Belanja Langsung	Rp 41.704.050.246,00
Belanja tidak langsung	Rp 111.364.597.870,00
Total	Rp 153.068.648.116,00

Dari total anggaran Rp 153.068.648.116,00 Anggaran kesehatan jiwa Dinkes DIY pada tahun 2019 Dinkes DIY mengalokasikannya pada 4 sasaran capaian / program yang ingin dicapai, yakni mengenai program perilaku sadar sehat, pelayanan kesehatan, kesehatan jiwa dan kesehatan paru. Untuk program kesehatan jiwa anggarannya adalah sebesar Rp. 50.986.996.447,55 atau sekitar 33.3% dari total rencana anggaran. Meskipun demikian, realisasi anggaran belanja langsung Dinkes DIY terhadap mutu pelayanan kesehatan jiwa pada tahun 2019 adalah sebesar Rp 21.743.182.892 tidak sampai pada 50% dari rencana anggaran.

Dinas kesehatan menyatakan bahwa sumber anggaran kesehatan jiwa selama ini terbesarnya masih berasal dari APBD, sedangkan dari pusat masih sangat minim.

“Anggaran kesehatan jiwa di DIY itu berasal dari APBD DIY dan APBN tetapi dari daerah anggaran kami masih sangat minim dibandingkan penyakit lainnya. Dan untuk anggaran dari APBN hampir sebagian besar kita tidak pernah mendapatkannya”. (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Adapun anggaran Dinkes DIY terkait dengan kesehatan jiwa dititikberatkan pada program kesehatan jiwa yang sifatnya preventif dan promotif. Akan tetapi, untuk yang bersifat kuratif, dinas kesehatan menyatakan bahwa sebenarnya sudah termasuk dalam jaminan kesehatan jiwa untuk masyarakat miskin dengan Bapel Jamkesos DIY.

“Seandainya kami temukan ada orang-orang yang tidak mampu ataupun masyarakat miskin dengan masalah kesehatan jiwa maka Bapelda jamkesos dapat mereka claim.” (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Berdasarkan isu yang telah dipaparkan dalam penelitian salah satu dosen psikologi Universitas Aisyiyah Yogyakarta, Ratna Yunita Setiyani bahwasanya ada hambatan bagi orang-orang yang tidak memiliki KTP Yogyakarta dalam mengklaim jaminan tersebut, seringkali penderita gangguan di Yogyakarta berasal dari gelandangan dan masyarakat miskin. Meskipun pada Peraturan Gubernur Nomor.63 tahun 2016 sebenarnya sudah mengatur mengenai kriteria pembiayaan jaminan masyarakat miskin dan jenis layanan namun informasinya tidak sampai pada masyarakat sehingga Dinas Kesehatan ikut membantu dalam membimbing masyarakat tersebut hingga mendapatkan layanan jaminan Bapel Jamkesos.

5.2.3 Peran Dinas Kesehatan Provinsi DIY sebagai Pelaksana Kegiatan

A) Fasilitasi Pelayanan Kesehatan Jiwa

Pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa secara menyeluruh dan berkesinambungan mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif. Dalam Undang-undang No.18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa Pasal 75 dijelaskan bahwa:

“Pemerintah dan Pemerintah Daerah memiliki tugas, dan tanggung jawab terhadap penyelenggaraan Upaya Kesehatan Jiwa”.

Kemudian dijelaskan kembali pada pasal 77 bahwa:

“Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertugas dan bertanggung jawab menyediakan sarana dan prasarana dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan Jiwa”

Peran Pemerintah sebagai pelaksana dilakukan melalui fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah berupa rumah sakit pusat, daerah dan puskesmas. Mengenai fasilitas pelayanan bidang kesehatan jiwa telah disebutkan dalam Undang-undang No.18 Tahun 2014 Pasal 52-54 bahwa:

“Pemerintah Daerah Provinsi wajib mendirikan satu rumah sakit jiwa dengan satu ruang perawatan tingkat keamanan yang memenuhi standar”

Kemudian disebutkan kembali dalam UU No. 18 Tahun 2014 pasal 58-60 dinyatakan bahwa:

“Pemerintah Daerah Provinsi bersama dengan Pemerintah Kabupaten/kota wajib untuk mendirikan, mengawasi fasilitas pelayanan di luar kesehatan dan berbasis masyarakat seperti pelayanan residensial/inap jangka panjang atau pelayanan perawatan harian yang dilakukan berdasarkan hasil diagnosis tenaga dokter umum, psikolog, atau dokter spesialis kedokteran jiwa”

Di samping itu, dalam hal pelayanan kesehatan jiwa yang meliputi pelayanan kesehatan jiwa dasar dan pelayanan kesehatan jiwa rujukan diselenggarakan oleh rumah sakit, puskesmas dan faskes lainnya. Saat ini Dinas kesehatan DIY hanya menjalankan peran dalam memonitoring dan menjaga mutu dari faskes tersebut. Adapun program dari Dinas Kesehatan DIY dalam memfasilitasi pelayanan kesehatan jiwa lebih adalah dengan melakukan kerjasama lintas sektor dengan berbagai lembaga, kolaborasi dengan LSM bidang kesehatan jiwa dan melakukan monitoring pelaksanaan program dengan mitranya. Misalnya dalam memberikan pelatihan pengembangan kapasitas dan mutu SDM kepada tenaga kesehatan



Analisis Peran Dinas Kesehatan Provinsi dalam Konteks Good Governance Mengatasi Masalah Kesehatan

Jiwa di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta

PUTRI OCTAVIANI, Agus Heruanto Hadna

Universitas Gadjah Mada, 2021 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>

dalam melakukan screening atau deteksi dini, dinas kesehatan bekerjasama dengan badan profesional seperti HIMPSI (Himpunan Psikologi Indonesia).

“..di beberapa program kesehatan jiwa kami banyak melakukan kolaborasi, misalnya dengan dinas pendidikan, dinas sosial, institusi sekolah dan juga dengan beberapa komunitas.” (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

B) Program/Kegiatan Kesehatan Jiwa

Dinas kesehatan menyatakan bahwa saat ini program dari dinas kesehatan dalam kesehatan jiwa lebih banyak pada upaya promotif, preventif. Seperti misalnya melakukan sosialisasi maupun pelatihan pendeteksian dini dengan menggunakan *screening*. Strateginya adalah dengan melaksanakan Pos Pembinaan Terpadu (POSBINDU). Peran Dinas Kesehatan DIY dalam POSBINDU ini adalah dengan melakukan sosialisasi serta pembinaan kepada masyarakat terkait dengan deteksi kesehatan jiwa. Dengan adanya POSBINDU Dinas Kesehatan bertujuan adanya integrasi masyarakat agar dapat melakukan deteksi dini apabila ada individu yang mengalami gejala-gejala gangguan jiwa.

“...Saat ini dinas kesehatan lebih banyak pada program promosi kesehatan jiwa, salah satunya dengan melakukan sosialisasi, screening serta deteksi dini. Salah satu kegiatan nyata yang kami lakukan adalah dengan melaksanakan POSBINDU. Pelayanan ini kami integrasikan juga agar bagaimanamasyarakat yang datang bisa kami deteksi dini kesehatan jiwa..” (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Menurut pandangan dari Psikolog Yogyakarta, kegiatan deteksi dini ini pada pelaksanaannya sudah cukup baik dan sesuai dengan kondisi lapangan. Akan tetapi, mengenai sosialisasi adanya stigma terhadap orang dengan gejala yang meminta bantuan terhadap profesional memiliki urgensi yang sama dengan kegiatan

tersebut. Sementara kegiatan ini masih kurang disosialisasikan oleh pemerintah. Berikut adalah pendapat dari Psikolog Kota Yogyakarta serta Psikolog Kabupaten Bantul:

“...untuk program deteksi dini itu menurut saya salah satu program yang sudah cukup baik dilaksanakan dinas kesehatan apalagi dengan keadaan belum banyak masyarakat yang paham mengenai gejala anak-anak yang berkebutuhan khusus salah satunya. Akan tetapi, secara general, setelah adanya sosialisasi mengenai deteksi dini diperlukan juga sosialisasi mengenai stigma masyarakat yang meminta bantuan kepada profesional..” (Informan: Psikolog Kota Yogyakarta)

“...kami dari teman-teman psikolog berharap pemerintah lebih banyak mensosialisasikan peran profesional ke masyarakat supaya tidak ada lagi stigma bahwa orang yang meminta bantuan ke psikolog itu gila. Kalau semakin banyak orang yang mengakses layanan konseling bisa jadi lebih mudah juga menangani masalah kesehatan jiwa..” (Informan: Psikolog Kabupaten Bantul)

Selain dari sosialisasi, Dinas Kesehatan Yogyakarta saat ini sedang mengupayakan adanya persebaran psikolog di puskesmas-puskesmas DIY. Program pendistribusian 1 psikolog 1 puskesmas ini bertujuan untuk mempermudah akses kepada penderita gangguan kejiwaan dan dapat ditangani secara cepat. Akan tetapi, sampai saat ini belum semua wilayah di DIY memenuhi program tersebut akibat dari terbatasnya tenaga kesehatan jiwa dan belum ada regulasi yang jelas mengatur mengenai persebaran ini. Berikut adalah pernyataan dari psikolog daerah Kabupaten Bantul:

“Mengenai 1 puskesmas 1 psikolog itu awal yang menginisiasi adalah dari UGM. Dalam hal ini, masalahnya belum semua puskesmas di Yogyakarta yang SDMnya memenuhi. Hal ini dikarenakan adanya prioritas daerah yang dirasa lebih membutuhkan berdasarkan data di lapangan. Perihal regulasi mengenai penempatan psikolog dari pemerintah juga belum ada. Kemudian, sampai saat

ini juga kami belum ada panduan ataupun SOP mengenai perbedaan peran psikolog dengan perawat jiwa di puskesmas..” (Informan: Psikolog Kabupaten Bantul)

Mengatasi permasalahan tersebut ada berbagai opsi yang saat ini tengah dijalankan *stakeholder*. Salah satunya dari psikolog DIY yang menginisiasi adanya konseling secara daring. Salah satu psikolog memberikan pernyataan bahwa pemerintah sebenarnya juga sudah memiliki aplikasi yang bisa diakses untuk keperluan konseling Akan tetapi belum ada penanganan yang lebih lanjut setelah dilakukannya konseling.

“Kalau untuk orang-orang yang mengalami masalah gangguan jiwa dan misalnya butuh konsultasi namun disaat itu tidak ada psikolog yang bertugas maka kami menyediakan layanan online terdahulu karena harus ditangani secara cepat dan. Adanya inisiasi menambah psikolog di area Bantul pun itu dari kami teman-teman psikolog yang sudah kewalahan harus mobile ke puskesmas-puskesmas lain.” (Informan: Psikolog Kabupaten Bantul)

“Setahu saya KEMENKES itu memang punya aplikasi yang diperuntukkan orang-orang dengan gejala gangguan jiwa dan mereka bisa konsultasi. Tetapi pada dasarnya aplikasi itu sifatnya hanya edukasi belum ada langkah terhadap orang-orang yang mengalami gejala tersebut kira-kira penanganannya bagaimana. Kami memang ada pelatihan terkait itu tetapi yang menginisiasi adalah dari KEMENKES” (Informan: Psikolog Biro Psikologi)

Dinas kesehatan memberikan konfirmasi bahwa untuk mengatasi minimnya SDM kesehatan jiwa perawat ataupun tenaga medis di puskesmas diberikan kewenangan untuk melakukan intervensi. Masyarakat yang terindikasi memiliki potensi gangguan jiwa maka akan diberikan edukasi. Adapun aplikasi yang dimaksud adalah aplikasi deteksi dini kesehatan jiwa berbasis android yang dikembangkan oleh Rumah Sakit Jiwa Grhasia. Sebenarnya, dalam profil Dinas

Kesehatan DIY aplikasi tersebut memang baru dikembangkan untuk hal mengedukasi masyarakat serta meningkatkan kesadaran masyarakat dengan gejala ataupun risiko masalah kesehatan jiwa.

Dinas Kesehatan memberikan konfirmasinya kembali, apabila memang dinyatakan memiliki gangguan jiwa orang yang mengalami masalah kesehatan jiwa tersebut akan diberikan rujukan ke rumah sakit jiwa. Peran dinkes dalam hal ini adalah dengan memberikan arahan serta bimbingan agar perawat puskesmas bisa melakukan deteksi dini. Sebaliknya, berdasarkan pernyataan salah satu psikolog arahan ini belum menjangkau semua daerah di DIY. Menurut salah satu Psikolog Kabupaten Bantul masih perlu mendapatkan bimbingan serta perhatian lebih dari Dinkes terkait masalah kesehatan jiwa.

Ketimpangan yang ada bukan hanya perihal bimbingan SDM melainkan juga ketersediaan SDM. Berdasarkan data yang ada memang belum semua puskesmas di Yogyakarta memiliki psikolog. Saat ini penanganan alternatif apabila tidak adanya tenaga kesehatan jiwa yang tersedia maka ODGJ yang sudah pernah dirawat di rumah sakit akan diberikan pendampingan sementara dengan perawat yang ada.

“Jadi untuk masalah SDM ini kami memang memberikan akses ya kepada perawat puskesmas untuk bisa melakukan screening atau deteksi dini. Perannya kami disini adalah dengan memberikan bimbingan ataupun arahan kepada puskesmas.” (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

“Kalau untuk bimbingan langsung dari dinas kesehatan ataupun pelatihan SDM di puskesmas Bantul sih belum ada ya paling kita adanya evaluasi rutin dengan pemerintah dan semua psikolog-psikolog di Bantul” (Informan: Psikolog Kabupaten Bantul)

Kemudian, untuk upaya promotif lainnya dinas kesehatan DIY melakukan kerjasama lintas sektor dalam mengadvokasikan kesehatan jiwa kepada masyarakat. Salah satunya dengan dinas pendidikan. Aksi nyata dari kerjasama dengan dinas pendidikan yakni dengan melakukan pengembangan sekolah sehat jiwa. Tujuan dari program tersebut adalah agar sekolah dapat melakukan deteksi dini anak-anak yang memiliki potensi gangguan jiwa. Apabila ditemukan anak dengan gangguan jiwa maka anak tersebut perlu diberdayakan dan tidak diasingkan.

“Kami melakukan kerjasama dengan beberapa perusahaan untuk mengadvokasikan pentingnya kesehatan mental pada karyawan juga kerjasama lintas sektor dengan instansi pemerintah lainnya seperti dinas sosial, Satpol PP, dan juga dinas pendidikan. Untuk itu kami ada program sekolah sehat yang mana fungsinya agar baik pihak sekolah maupun orang tua tau apa yang harus dilakukan apabila anaknya mengalami gangguan kesehatan mental.” (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Komunitas kesehatan jiwa Satu nama Yogyakarta memberikan konfirmasi bahwa sinergitas antara pemerintah terutama dinas kesehatan dalam melaksanakan program yang memberdayakan ODGJ memang hal yang sangat diperlukan saat ini. Meskipun demikian, komunitas ini berharap agar perlu ditingkatkan lagi pemberdayaan ODGJ dalam konteks menyediakan lapangan pekerjaan bagi pasien yang sudah dinyatakan sembuh.

“..sinergitas antar lembaga pemerintah menurut saya masih perlu ditingkatkan karena masalah kesehatan jiwa ini berkaitan dengan masalah ekonomi maka perlu ada program-program yang bisa memberdayakan ODGJ yang dinyatakan sudah sembuh..” (Informan: Komunitas Satu Nama Yogyakarta)

Kemudian, selain dari sosialisasi dan melakukan kerjasama dinas kesehatan melakukan revitalisasi TPKJM. Revitalisasi tim TPKJM provinsi, kabupaten/kota hingga kecamatan adalah salah satu upaya yang dinas kesehatan lakukan dengan tujuan meningkatkan kesadaran serta pemahaman masyarakat terhadap kesehatan jiwa. Dengan demikian, berdasarkan pernyataan dari komunitas Satu Nama Yogyakarta bahwa pembentukan TPKJM ini dirasa masih kurang efektif karena tidak didukung dengan anggaran yang memadai dan keberadaannya perlu didorong kembali oleh dinas kesehatan agar TPKJM dapat berjalan dengan aktif.

“Di salah satu daerah, dibentuk TPKJM namun memiliki anggaran yang sangat minim. Sehingga ketika ingin mengadakan pertemuan saja mereka harus menggunakan anggaran puskesmas.” (Informan: Komunitas Satu Nama Yogyakarta)

Sedangkan untuk upaya kuratif dan rehabilitatif peran dinas kesehatan DIY selama ini hanya sampai pada melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan pihak fasilitas pelayanan daerah seperti misalnya rumah sakit jiwa Grhasia, rumah sakit daerah, swasta dan puskesmas. Dinas kesehatan DIY tidak melaksanakan fungsi tersebut namun melakukan integrasi dengan dinas sosial dalam menyediakan panti untuk ODGJ yang membutuhkan tempat untuk rehabilitasi.

“Untuk masalah pelayanan fasilitas kesehatan itu perannya ada di fasyankes seperti RS Grhasia kami hanya melakukan monitoring, perizinan pada sektor swasta dan melakukan akreditasi saja. Tapi kami juga bekerja-sama dengan dinas sosial dalam hal menyediakan panti rehabilitasi” (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Walaupun demikian, berdasarkan Laporan Kinerja Dinas Kesehatan DIY program pelayanan kesehatan jiwa telah mengalami peningkatan signifikan. Berikut data capaian kinerja Dinas Kesehatan Provinsi DIY:

Table 1.9 Capaian Kinerja Dinas Kesehatan Provinsi DIY

Baseline 2017	Capaian 2018	Tahun 2019			
		Target	Realisasi	Persentase	Target Akhir JPMD
50%	56%	60%	77,9%	127%	75%

Dari data laporan kinerja tersebut dan pemaparan dari beberapa pernyataan tenaga ahli kesehatan jiwa dapat disimpulkan bahwa untuk program kesehatan jiwa setiap tahunnya mengalami *progress* yang cukup baik. Hanya saja dikarenakan isu mengenai stigma dan diskriminasi masih erat melekat di Masyarakat dan sulit untuk ditangani sehingga perlu ada fokus serta peningkatan program mengenai stigma dan diskriminasi.

5.3 Peran Dinas Kesehatan Provinsi DIY dalam Keterlibatan Sektor Swasta dan Partisipasi Masyarakat

Kesehatan jiwa bukan hanya merupakan masalah medis karena berkaitan dengan faktor sosial dan ekonomi. Penelitian dari beberapa ahli menyatakan bahwa upaya mengatasi masalah kesehatan jiwa memerlukan keterlibatan dari berbagai sektor sehingga bukan hanya urusan pemerintah saja, khususnya dinas kesehatan. Sehingga upaya lintas sektor menjadi salah satu kunci dalam penanganan permasalahan kesehatan jiwa. Dalam konteks kesehatan, peran swasta dan masyarakat sebenarnya lebih diharapkan berperan dalam hal pembiayaan dan pelaksanaan.

Sebenarnya, dalam keterlibatan sektor swasta dan masyarakat tersebut dinas kesehatan memiliki tugas dan tanggung jawab untuk melakukan koordinasi berbagai pelaku kepentingan dalam menyelenggarakan kesehatan publik. Hal ini terdapat dalam Permenkes Nomor 54 Tahun 2017 bahwa:

“Salah satu tugas dinas kesehatan adalah melaksanakan advokasi dan bimbingan teknis dengan instansi pemerintah kabupaten/kota dan melakukan kemitraan dengan pihak swasta serta lembaga swadaya masyarakat (LSM).”

Selama ini telah banyak LSM yang bergerak di bidang kesehatan jiwa di Yogyakarta. Salah satunya adalah Satu Nama yang melakukan upaya-upaya preventif dan promotif kesehatan jiwa. Jika melihat dari tugas dan fungsinya maka dukungan dinas kesehatan terhadap LSM adalah berupa pembinaan serta melakukan monitoring kegiatan. Akan tetapi terkait dengan pembiayaan dinas kesehatan sulit untuk memberikan dana. Hal ini dikarenakan kesehatan jiwa masih belum menjadi prioritas daerah DIY sehingga dukungan anggaran dari dinas kesehatan terhadap program kesehatan jiwa masih sangat minimalis.

Beberapa LSM menyatakan bahwa selama mereka menjalankan program kesehatan jiwa secara independen, tidak mendapatkan bantuan sama sekali oleh pemerintah daerah maupun dinas kesehatan baik itu secara materiil ataupun nonmateriil. Ketika akan menjalankan program pihak dari LSM akan melakukan koordinasi dengan dinas kesehatan untuk perihal perizinan. Setelah itu, tidak ada aksi lanjut seperti pembinaan dan tidak ada monitoring ataupun evaluasi kegiatan. Yayasan Inti Mata Jiwa (IMAJI) salah satu LSM bidang kesehatan jiwa daerah Gunung Kidul menyatakan bahwa:

“Kami banyak melakukan program penyuluhan kesehatan jiwa terutama yang berkaitan dengan bunuh diri karena memang kasusnya di gunung kidul itu banyak tapi hal-hal tersebut kami lakukan secara independen tidak ada keterkaitan dengan pemerintah, spesifik dinas kesehatan. Akan tetapi, sebelum melaksanakan program biasanya kami lapor ke dinas terkait, itu saja setelah itu ya tidak ada”. (Informan: Yayasan Mata Jiwa Indonesia)

LSM lainnya, Satu Nama Yogyakarta menyatakan bahwa kolaborasi secara langsung dengan dinas kesehatan belum banyak dilakukan. Akan tetapi, di beberapa kegiatan sosialisasi ataupun kegiatan promotif dari Satu Nama, perwakilan dari dinas kesehatan turut hadir untuk membimbing kader kesehatan jiwa.

“Di beberapa program kami memang melaksanakan kolaborasi dengan pemerintah namun kolaborasi tersebut lebih banyak dilaksanakan dengan fasilitas kesehatan seperti puskesmas ataupun rumah sakit jiwa misalnya pada upaya rehabilitasi pasca rehabilitasi medis maka kami menyediakan panti rehabilitasi tetapi untuk kolaborasi dengan dinas kesehatan secara langsung kami belum pernah”. (Informan: Komunitas Satu Nama Yogyakarta)

Dalam melakukan kolaborasinya dengan pihak swasta, dinas kesehatan menyebutkan bahwa hal tersebut tengah diupayakan. Salah satunya dengan mewujudkannya kemitraan antara dinas kesehatan dan instansi perusahaan dalam konteks memberikan edukasi kesehatan jiwa. Akan tetapi, untuk perihal dukungan lainnya seperti dana kesehatan saat ini lebih banyak dibantu oleh komunitas serta LSM yang ada. Selain itu, belum ada lagi dukungan dari dinas kesehatan DIY terhadap pihak swasta yang menyediakan pelayanan kesehatan jiwa. Sedangkan semakin banyak pihak swasta yang menyediakan akses pelayanan kesehatan jiwa seperti misalnya biro psikologi. Salah satu psikolog dari biro psikologi kawan bicara menyatakan bahwa:

“Saya belum pernah sih dengar di jogja ada kerjasama antara biro dengan pemerintah. Kalaupun ada pengarahan atau bimbingan pun kami dapatkan dari HIMPSI atau universitas..” (Informan: Psikolog Biro Psikologi)

“Kalau untuk anggaran kami banyak juga dibantu oleh LSM dan komunitas yang ada. Jadi semisal mereka ada program kesehatan jiwa kami tidak lakukan lagi karena resources kami pun terbatas...” (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Berdasarkan pernyataan diatas, dapat disimpulkan bahwa partisipasi masyarakat serta keterlibatan swasta dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa di DIY sudah cukup baik. Hal ini dibuktikan dengan semakin mudahnya masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan, edukasi kesehatan jiwa dan panti

rehabilitasi tersebut. Peran swasta dan masyarakat dalam melakukan optimalisasi kualitas kesehatan jiwa ini merupakan aspek yang penting dalam konsep *good governance*. Hanya saja eksistensi peran dinas kesehatan dalam memberikan pelayanan masih kurang maksimal sehingga masyarakat dan pihak swasta lebih dominan dalam memberikan pelayanan.

Terbatasnya *resources* serta kesehatan jiwa yang belum menjadi prioritas daerah menjadi alasan mengapa eksistensi peran dinas kesehatan minim dan adanya ketidakseimbangan peran dengan *stakeholders*. Padahal, menurut konsep *good governance* keseimbangan peran antara instansi pemerintah, *stakeholders*, dan pihak swasta merupakan aspek yang penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik. Dan peran instansi pemerintah untuk mewujudkan keseimbangan tersebut adalah dengan merangkul atau berkolaborasi dengan *stakeholders* agar dapat berpartisipasi aktif membangun sistem ataupun pelayanan kesehatan yang lebih baik.

5.4 Faktor Penghambat dalam Penanganan Masalah Kesehatan Kejiwaan di Provinsi DIY

Dinas kesehatan menyatakan bahwa penanganan masalah kesehatan kejiwaan di DIY merupakan suatu isu kesehatan publik yang kompleks berkaitan dengan kegiatan yang dilakukan secara berencana, menyeluruh dan melibatkan berbagai aspek yang harus dilakukan secara terpadu dan terencana dengan baik. Oleh karena itu, ditemukan hambatan-hambatan yang mempengaruhi kinerja Dinas Kesehatan DIY dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa di Provinsi DIY. Berikut adalah penjelasannya:

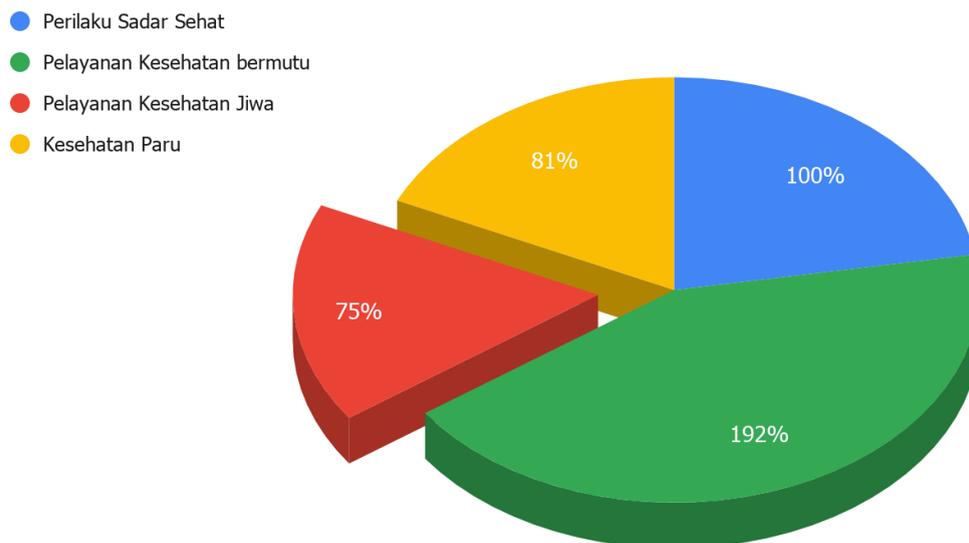
5.4.1 Kesehatan jiwa belum menjadi prioritas daerah

Adanya otonomi daerah sebenarnya merupakan salah satu keuntungan tersendiri terkait dengan keleluasaan dalam memprioritaskan agenda-agenda

strategis penyelenggaraan layanan kesehatan. Meskipun demikian, persoalan kesehatan jiwa ternyata belum menjadi prioritas dalam penyediaan layanan kesehatan publik di DIY.

Kesehatan jiwa sebenarnya termasuk dalam 4 Sasaran Strategis Dinas Kesehatan DIY. Walaupun begitu, dalam Laporan Kinerja Dinas Kesehatan DIY sasaran strategis pelayanan kesehatan jiwa tidak terlalu besar persentasenya dibandingkan dengan 3 sasaran lainnya. Hanya sekitar 16,7% dari total sasaran strategis. Berikut rincian persentase sasaran strategis:

Table 2.0 Rincian Persentase Sasaran Strategis



Oleh karena pada pelaksanaannya belum menjadi prioritas daerah sehingga sulit bagi Dinas Kesehatan untuk melakukan diskresi dalam penanganan kesehatan jiwa. Hal ini dibuktikan dengan minimnya kebijakan mengenai kesehatan jiwa di Yogyakarta yang kemudian menghambat berjalannya implementasi program-program kesehatan jiwa. Berikut pernyataan Dinkes DIY:

“Program kesehatan jiwa di DIY belum didukung dengan kebijakan yang memadai. Sehingga menghambat beberapa program kesehatan jiwa dan

kesehatan jiwa sendiri pun belum menjadi prioritas di DIY". (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

5.4.2 Anggaran yang Minim

Faktor lain yang menghambat kinerja Dinas Kesehatan DIY dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa adalah dukungan anggaran yang minim. Adapun jumlah anggaran pembiayaan program kesehatan di DIY bersumber kepada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) dan sebagian Anggaran Bantuan Luar Negeri (BLN). Sebenarnya, anggaran kesehatan jiwa hanya didukung oleh APBD.

Padahal, untuk dapat mengatasi permasalahan kesehatan jiwa dinas kesehatan memerlukan dukungan anggaran yang cukup besar. Dari total perencanaan anggaran 50 triliun hanya mampu terpenuhi sebesar 21 triliun. Minimnya anggaran kesehatan yang dialokasikan untuk kesehatan jiwa semakin menunjukkan bukti bahwa kesehatan jiwa belum menjadi prioritas kesehatan DIY. Ketua program kesehatan jiwa menyatakan bahwa dari sekian anggaran dinas kesehatan DIY, ketersediaan anggaran untuk program kesehatan jiwa masih sangat minim dibandingkan dengan program lainnya. Ketua program menambahkan bahwa saat ini anggaran kesehatan jiwa hanya berkisar 1/3 saja bila dibandingkan dengan anggaran program kesehatan lain.

5.4.3 Stigma pada ODGJ

Stigma adalah anggapan masyarakat yang menganggap bahwa bila salah seorang anggota keluarganya menderita sakit jiwa atau skizofrenia adalah aib bagi keluarganya. Stigma negatif ini membuat ODGJ terlihat menakutkan oleh

masyarakat. ODGJ dianggap meresahkan sehingga masyarakat tidak mau peduli dengan keadaan kesehatan jiwa. Adanya penafsiran yang kurang tepat dari masyarakat tentang ODGJ menimbulkan stigma yang kuat.

“Stigma terkait dengan kesehatan jiwa lebih tinggi dibandingkan stigma dengan HIV/AIDS, bahkan yang sudah sembuh masih mendapatkan stigma negatif dari masyarakat” (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Kuatnya stigma negatif di masyarakat menyebabkan sulitnya ODGJ untuk bisa mewujudkan keberfungsian sosial pasca penyembuhan ataupun pengobatan.

“Stigma negatif terhadap ODGJ di DIY masih sangat tinggi bahkan pasien gangguan jiwa yang sudah dinyatakan sembuh dan sudah mampu untuk diberdayakan seringkali masih dianggap sebelah mata oleh masyarakat” (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Oleh karena stigma yang masih tinggi, ODGJ di DIY kesulitan untuk mendapatkan pekerjaan dikarenakan tempat-tempat kerja yang tidak ingin memiliki karyawan yang memiliki pengalaman gangguan jiwa.

“Tempat-tempat kerja di DIY umumnya tidak akan mau menerima ODGJ meskipun orang tersebut sudah sembuh”. (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

Contoh kasus lainnya, dari salah satu upaya pemerintah dalam mengikutsertakan ODGJ melakukan pemilu dengan persyaratan orang tersebut dinilai sudah dalam kondisi baik oleh dokter/psikiater. Kebijakan ini merupakan strategi dari pemerintah untuk memberdayakan ODGJ. Akan tetapi, ketika diimplementasikan masyarakat menganggap bahwa hal tersebut adalah sebuah lelucon oleh karena stigma negatif tersebut.

“Ketika pemilu 2019 kemarin, banyak dari masyarakat yang menertawakan serta mempertanyakan mengapa ODGJ harus memilih presiden padahal mereka tidak tahu apa-apa, yang seperti ini menandakan bahwa stigma negatif di

masyarakat masih sangat tinggi. Padahal maksud kami menyelenggarakan hal ini adalah karena kami ingin memberdayakan ODGJ yang mungkin masih dalam tahap penyembuhan” (Informan: Ketua Program Kesehatan Jiwa Dinkes DIY)

5.4.4 Ketebatasan Tenaga Kesehatan Jiwa

Dalam hal menyediakan akses layanan kesehatan jiwa yang merata Dinas Kesehatan Yogyakarta mengupayakan adanya 1 psikolog di setiap puskesmas. Sedangkan untuk total jumlah puskesmas di DIY adalah 121. Akan tetapi, persentase jumlah SDM kesehatan jiwa yang tersedia tidak memenuhi kebutuhan. Berdasarkan data yang telah dipaparkan dalam bab 4 bahwasanya psikolog yang tersedia pada puskesmas hanya ada 34 orang, dari total jumlah ini hanya 28% SDM Kesehatan jiwa terpenuhi. Sehingga keterbatasan SDM ini menjadi salah satu faktor penghambat Dinas Kesehatan DIY dalam merealisasikan program ataupun kebijakan 1 psikolog 1 puskesmas tersebut.

Oleh karena kurangnya ketersediaan SDM, Orang dengan indikasi adanya gejala gangguan mental di daerah yang tidak terjangkau sulit untuk mengakses layanan konsultasi dengan psikolog. Selain itu, psikolog juga harus melakukan mobilisasi dari 1 puskesmas ke puskesmas lainnya. Dalam mengatasi permasalahan tersebut Dinas Kesehatan DIY memberikan pengarahan serta bimbingan kepada perawat puskesmas untuk melakukan diskresi paling tidak perawat puskesmas bisa melakukan *Screening*.

BAB VI

PENUTUP

Berdasarkan uraian pada bab sebelumnya yang menghasilkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai peran dinas kesehatan dalam menangani masalah kesehatan kejiwaan di provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Pada bab ini diuraikan kesimpulan hasil penelitian dan saran untuk hasil penelitian yang dianggap sebagai masukan bagi semua kalangan sehingga bermanfaat pada penulisan selanjutnya.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik beberapa kesimpulan. Kesimpulan pertama adalah mengenai peran Dinas Kesehatan DIY sebagai regulator. Pada dasarnya, Dinas Kesehatan Provinsi DIY seharusnya adalah lembaga tertinggi yang diamanatkan Kemenkes untuk menyelenggarakan sistem kesehatan daerah termasuk kesehatan jiwa. Akan tetapi, faktanya terdapat ketidak-jelasan peran Dinkes DIY dalam hal sebagai regulator yang ditunjukkan dengan tidak adanya regulasi yang mengatur secara spesifik mengenai kesehatan jiwa dan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa. Hal ini terjadi karena kesehatan jiwa belum menjadi prioritas di daerah DIY. Mengenai prioritas dapat ditunjukkan dari realisasi anggaran kesehatan jiwa yang hanya berkisar 1/3nya saja bila dibandingkan dengan anggaran kesehatan lainnya. Dinkes DIY juga menyatakan bahwa mereka kesulitan untuk mendapatkan anggaran dari pemerintah pusat untuk program kesehatan jiwa.

Oleh sebab itu, minimnya regulasi & anggaran mengakibatkan Dinkes DIY juga sulit untuk melakukan diskresi dan mencapai tujuan program prioritas nasional. Tidak hanya persoalan prioritas dan anggaran namun dalam hal kualifikasi SDM Dinkes DIY itu sendiri juga tidak mumpuni dalam bidangnya, ditunjukkan dari profil dinkes yang mayoritasnya berasal dari kesehatan masyarakat dan administrasi. Tidak adanya perwakilan dari SDM

yang spesifik di bidang kesehatan jiwa mengakibatkan kendala lain seperti sulitnya dinkes dalam memberikan pelatihan/akreditasi terhadap SDM puskesmas sesuai dengan kurikulum yang diadopsi dari pusat.

Selain itu, dalam hal peran Dinkes DIY sebagai pemberi biaya terdapat gap antara peran seharusnya dalam memberikan jaminan terhadap pelayanan kesehatan jiwa yang mumpuni. Pada faktanya, anggaran yang dialokasikan Dinkes DIY hanya fokus pada program yang sifatnya preventif dan promotive saja, misalnya dengan mengadakan sosialisasi deteksi dini, dan sekolah sehat. Sedangkan untuk jaminan itu sendiri Dinkes DIY hanya dapat berperan dalam hal memberikan informasi dan proses pendataan. Meskipun demikian, anggaran yang dapat dialokasikan Dinkes DIY untuk menanggulangi kesehatan jiwa juga minimalis bahkan untuk membiayai programnya seperti misalnya revitalisasi TPKJM terkendala.

Selanjutnya, dalam hal perannya sebagai pelaksana terdapat beberapa inisiasi yang tengah dijalankan Dinkes DIY . Berdasarkan pernyataan dari informan, program sebenarnya sudah dijalankan dengan sangat baik oleh Dinkes DIY. Akan tetapi, beberapa diantaranya tidak menjawab permasalahan sesungguhnya. Misalnya, dalam hal menjalankan program deteksi dini seharusnya diberikan juga sosialisasi mengenai stigma terhadap ODGJ maupun tenaga kesehatan jiwa. Hal ini dikarenakan tingginya stigmatisasi negative diantara masyarakat DIY yang mengakibatkan sulitnya akses pelayanan terhadap OMDK/ODGJ.

Kemudian hasil analisis peran Dinas Kesehatan DIY terhadap 8 faktor pendukung *Good Governance* menurut Kovner (1995) belum semua berjalan dengan baik sehingga peran dinas kesehatan masih belum maksimal. Meskipun belum maksimal tetapi dari kedelapan faktor sudah ada lima faktor yang cukup baik pelaksanaannya sehingga mendukung peran Dinas Kesehatan DIY yakni:

1. Adanya partisipasi luas dari masyarakat dan lembaga usaha pada pada pengambilan keputusan. Hal ini dibuktikan dengan adanya keterlibatan lembaga pendidikan, psikolog serta komunitas dalam mendukung kebijakan dinas kesehatan terkait dengan 1 psikolog 1 puskesmas.
2. Reformasi bidang kesehatan dan pengembangan sistem kesehatan. Berdasarkan hasil pembahasan dinas kesehatan tengah mengupayakan adanya peningkatan
3. Pemberantasan praktik-praktik illegal dalam pelayanan kesehatan. Praktik ilegal dalam kesehatan jiwa ini konteksnya adalah kasus pemasangan. Berdasarkan data yang ada hal ini menjadi fokus dinas kesehatan juga dalam mengatasi masalah kesehatan jiwa. Hal ini dibuktikan dengan adanya regulasi serta TPKJM yang turun langsung menangani kasus pasang.
4. Desentralisasi pelayanan kesehatan jiwa yang dibuktikan dengan peningkatan kapabilitas serta distribusi SDM kesehatan jiwa pada setiap daerah.
5. Menangani kegagalan pasar. Kegagalan pasar dalam konteks masalah kesehatan jiwa sudah cukup baik tertangani pemerintah DIY dengan menghidirkannya program 1 psikolog 1 puskesmas sehingga setiap dari masyarakat memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan.

Sedangkan 3 faktor lainnya belum menunjukkan hasil yang maksimal:

1. Komitmen politik. Berdasarkan pernyataan dari dinas kesehatan bahwa kesehatan jiwa saat ini belum menjadi prioritas daerah serta anggaran

yang masih minimalis dibandingkan dengan anggaran kesehatan lainnya menunjukkan bahwa kurangnya komitmen dari pemerintah terhadap isu kesehatan jiwa. Dukungan pemerintah terhadap isu ini perlu ditingkatkan mengingat peningkatan kualitas kesehatan jiwa termasuk dalam program SDGs.

2. Pendekatan pro orang miskin. Berdasarkan pernyataan dari dinas kesehatan saat ini sebenarnya sudah ada jaminan untuk ODGJ yang tidak mampu namun mengenai hal ini belum banyak masyarakat yang mengetahui informasi tersebut. Beberapa informan mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui adanya jaminan untuk ODGJ mengakses layanan kesehatan jiwa.
3. Keseimbangan peran pemerintah, lembaga usaha swasta dan LSM. Berdasarkan pembahasan pada bab sebelumnya, program maupun penyedia layanan didominasi dari LSM, komunitas dan inisiatif masyarakat. Sosialisasi mengenai kesehatan jiwa yang diberikan dinas kesehatan terhadap masyarakat menunjukkan hasil yang kurang memberikan dampak signifikan mengingat masih banyaknya stigmatisasi negatif di antara masyarakat. Selain itu, berdasarkan pendapat beberapa tenaga ahli kesehatan jiwa dalam hal memberikan edukasi dinas kesehatan masih perlu meningkatkan upayanya.

6.2 Saran

Berdasarkan pembahasan dan penarikan kesimpulan masih terdapat berbagai hambatan Dinkes DIY dalam menjalankan perannya menangani masalah kesehatan jiwa di Provinsi DIY. Oleh karena itu ada beberapa hal yang perlu ditingkatkan dari dinas kesehatan:

1. Menegaskan perannya sebagai regulator dengan membuat regulasi ataupun kebijakan spesifik kesehatan jiwa dan melakukan monitoring terhadap pihak yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa.
2. Menunjukkan komitmen politik dengan melakukan lobilisasi anggaran.
3. Diperlukan SDM bidang kesehatan jiwa dalam proporsi kualifikasi SDM

Dinkes DIY terutama yang berada dibawah program kesehatan jiwa.

4. Dinas Kesehatan DIY perlu meningkatkan riset kesehatan jiwa di DIY sehingga program atau kebijakan kesehatan jiwa yang dikeluarkan berdasarkan *evidence-based policy*.
5. Dinas kesehatan perlu meningkatkan upaya promosi kesehatan untuk menangani masalah stigmatisasi dan diskriminasi terhadap gangguan jiwa yang masih sangat tinggi di DIY.
6. Dinas kesehatan perlu meningkatkan intervensi terkait dengan penyelenggaraan sistem pelayanan kesehatan jiwa untuk menjamin aksesibilitasnya.
7. Dinas kesehatan perlu menguatkan peran profesi lain seperti tenaga kesehatan jiwa dikarenakan masih adanya stigma negatif terhadap tenaga kesehatan seperti psikolog.

DAFTAR PUSTAKA

- Balitbangkes. 2018. *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Laman resmi Kementerian kesehatan 7 November 2018. <https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-riskesdas2018.pdf> (Diakses pada tanggal 15 Mei 2020)
- Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta. 2019. *Profil Kesehatan 2019 (Data Tahun 2018)*. Laman resmi Dinkes Kota Yogyakarta. <https://kesehatan.jogjakota.go.id/uploads/profil2019data2018.pdf> (Diakses pada tanggal 25 Juni 2020)
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. *Perlu Kepedulian untuk Kendalikan Masalah Kesehatan Jiwa*. Laman resmi Kementerian Kesehatan RI. <https://www.kemkes.go.id/article/view/19030400005/perlu-kepedulian-untuk-kendalikan-masalah-kesehatan-jiwa.html> (diakses pada tanggal 13 Agustus 2020)
- Handayani, S. 2017. *Mengapa Kasus Gangguan Jiwa di Yogyakarta Tinggi?*. Media online Republika 20 Juli 2017. <https://republika.co.id/berita/otcmoo327/mengapa-kasus-gangguan-jiwa-di-yogyakarta-tinggi> (Diakses 25 April 2020)
- World Bank. 1995. *World Development Report: Workers in Integrating World*. New York: Oxford University
- Yosep, Iyus dkk. 2009. *Pengalaman Traumatik Penyebab Gangguan Jiwa (Skizofrenia) Rumah Sakit Jiwa Cimahi*. Bandung: Universitas Padjajaran
- World Health Organization. 2019. *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. 2009. *Improving Health Systems and Services for Mental Health*. Geneva: World Health Organization
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. *Situasi dan Pencegahan Bunuh Diri*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI
- World Federation for Mental Health. 2016. *Psychological & Mental Health First Aid for All*. Virginia: World Federation for Mental Health
- Yuniningsih, T. 2019. *Kajian Birokrasi*. Semarang: Departemen Administrasi Publik Press FISIP-UNDIP

- World Health Organization. 2013. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization
- Mahi, Raksaka. 2016. *Indonesian Decentralization: Evaluation, Recent Movement and Future Perspectives*. Journal of Indonesian Economy and Business volume 31, 1, 119-133. Jakarta: Universitas Indonesia
- Rokom. 2014. *Stop Stigma dan Diskriminasi terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)*. Laman resmi Kemenkes 11 Oktober 2014. <http://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilismedia/20141011/5211289/stop-stigma-dan-diskriminasi-terhadap-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj/#prettyPhoto> (Diakses pada tanggal 5 Juni 2020)
- Yanasari, Pebri. 2017. *Implementasi Peraturan Gubernur DIY Nomor 81 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Pasung Bagi ODGJ*. Yogyakarta: UIN Sunan Kalijaga
- Setiyani, R. 2018. *Layanan psikolog di Puskesmas Yogyakarta, solusi deteksi gangguan jiwa di level bawah*. Media online The Conversation 6 Juni 2018. <https://theconversation.com/layanan-psikolog-di-puskesmas-yogyakarta-solusi-deteksi-gangguan-jiwa-di-level-bawah-96484> (Diakses pada tanggal 28 Mei 2020)
- Firdaus. 2016. *Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Skizofreia di Daerah Istimewa Yogyakarta*. Jurnal Ilmiah Kebijakan Hukum, 10 (1), 87-103
- Kamus Besar Bahasa Indonesia. <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/peran> (Diakses pada tanggal 28 Mei 2020)
- Soekanto, Soerjono. 2002. *Teori Peranan*. Jakarta: Bumi Aksara
- Manengal, Florensia. 2019. *Konsep Penyelenggaraan Tata Pemerintahan yang Baik (Good Governance) Berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999*. Jurnal Lex Administratum Vol 7, 2
- Hardiansyah. 2018. *Kualitas Pelayanan Publik: Konsep, dimensi, indikator dan implementasinya*. Yogyakarta: Gava Media
- Dwipayana, S Eko. 2003. *Membangun good governance di desa*. Yogyakarta: Institute for Research and Empowerment (IRE)
- Pradhan, Rudra P dan Sanyal, G S. 2011. *Good Governance and Human Development: Evidence from Indian States*. Journal of Social and Development Sciences

- World Bank. 1992. *Governance and Development*. Washington DC: The World Bank
- Sedarmayanti. 2003. *Good Governance (Kepemerintahan yang Baik) Dalam Rangka Otonomi Daerah*. Bandung: Penerbit Mandar Maju
- Imawan, Riswanda. 2002. *Desentralisasi, Demokratisasi, dan Pembentukan Good Governance*. Jakarta: Makalah
- Sumarto, Hetifah SJ. 2004. *Inovasi, partisipasi dan good governance:20 prakarya inovatif dan partisipatif di Indonesia / Hetifah Sj. Sumarto*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia
- Mardiasmo. 2002. *Akuntansi Sektor Publik*. Yogyakarta: Penerbit Andi
- World Bank. 1998. *World Development Report 1997: The State in a Changing World*. Washington: The World Bank
- Kovner, Brecher. 1995. *The Government's Role in Health Care*. New York: Springer Publishing Company
- Trisnantoro, Laksono. 2009. *Peran Departemen Kesehatan Sebagai regulator Operator Rumah Sakit*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada
- Sulastomo. 2007. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Gramedia Pustaka
- NTR, Anthony, Rosliza A M, Lai P C. 2019. *The Literature Review of the Governance Frameworks in Health System*. Journal of Public Administration and Governance Vol 9, 3
- World Bank. 2001. *Analisis Hubungan Dana Perimbangan dengan kinerja Pelayanan Dasar Publik di Indonesia (Improving the Policy Framework for Fiscal Decentralisation)*. Washington: The World Bank
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta: Depkes RI
- Trisnantoro, Laksono. 2018. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Syaukani, HR. 2003. *Akses dan Indikator Tata Kelola Pemerintahan Daerah yang Baik*. Medan: Lembaga Kajian Hukum dan Kebijakan Otonomi Daerah
- Neta, Yulia. 2012. *Model Tata Kelola Administrasi Pemerintahan yang Baik di*

Daerah Otonom Baru. Jurnal Ilmu Hukum Vol. 6, 2. Lampung:
Universitas Lampung

Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2003 *tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah*

Getzen, T E. 1997. *Health Economic, Fundamental and Flow of Fund.* New York: John Wiley and Sons

Muluk, K. 2012. *Peran Pemerintah Daerah dalam Pembangunan Indonesia.* Malang: Universitas Brawijaya.

Funk, M. 2007. *Monitoring and Evaluation of Mental Health Policies and Plans.* Geneva: World Health Organization

Beeharry, Girindre, Harcey W, David C, Florence B. 2002. *Outlining the Scope for Public Sector Involvement in Mental Health.* Washington DC: The World Bank

World Health Organization. 2009. *Mental Health Systems in Selected Low- and Middle-Income Countries: a WHO-AIMS Cross-National Analysis.* Geneva: The World Health Organization

World Health Organization. 2010. *Monitoring The Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies.* Geneva: The World Health Organization

Kutzin, Joseph. 2008. *Health Financing Policy: A Guide For Decision-Makers.* Denmark: WHO Regional Office for Europe

Nasution A.H. 2000. *Analisis Kebijakan.* Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia XXVIII (9): 498-503

Idaiani, Sri. 2010. *Kesehatan Jiwa di Indonesia dari Deinstitutionalisasi sampai Desentralisasi.* Jakarta Pusat: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol.4 No.5

Ridlo, Ilham Akhsanu. 2020. *Membangun Komitmen Politik Bagi Kesehatan Mental.* Surabaya: Universitas Airlangga

Muluk, Hamdi, J.Muniarti. 2007. *Konsep Kesehatan Mental Menurut Masyarakat Jawa dan Minangkabau.* Jakarta: JPS Vol.13 No.02 Mei 2007

Suhaimi. 2015. *Gangguan Jiwa dalam Perspektif Kesehatan Mental Islam.* Pekanbaru: Jurnal Risalah Vol. 26 No.4, Desember 2015: 197-205

- World Bank Group and World Health Organization. 2016. *Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority*. Washington DC: World Bank Group and World Health Organization
- Bertolote, J. 2008. *The roots of the concept of mental health*. World Psychiatry Vol 7, 2, 113–116
- Brugha, T. 2015. *Mental Health*. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 187–192.
- Dewi, Kartika Sari. 2012. *Kesehatan Mental*. Semarang: UPT UNDIP Press Semarang
- Kartono, Kartini. 1989. *Psikologi Abnormal dan Abnormal Seksual*. Bandung: Mandar Maju
- Ardani, Tristiadi A. 2011. *Psikologi Abnormal*. Bandung: Lubuk Agung
- Lowenthal, Kate. 2006. *Religion, Culture, and Mental Health*. New York: Cambridge University Press
- World Health Organization. 2008. *Integrating Mental Health Into Primary Care: A Global Perspective*. Geneva: World Health Organization
- Scheneiders, Alexander A. 1964. *Personal Adjustment and Mental Health*. New York: Rinehart and Winston
- Prabowo, E. 2014. *Konsep & Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika
- Maulana, Indra. 2019. *Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di lingkungan Sekitarnya*. Bandung: Universitas Padjajaran
- Hakim, Andri. 2010. *Hipnoterapi Cara Tepat dan Mengatasi Stress, Fobia, Trauma dan Gangguan Mental*. Jakarta: Transmedia Pustaka
- Basrowi, Suwandi. 2008. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Rineka Cipta
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kombinasi (Mix Methods)*. Bandung: Alfabeta
- Daymon, Christine, Immy Holloway, Cahya Wiratama (Penerjemah). 2007. *Metode-Metode Riset Penelitian Kualitatif dalam Public Relations dan Marketing Communications*. Yogyakarta: Bentang Pustaka

- Suryabrata, S. 2011. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Bungin, B. 2003. *Analisa Data Penelitian Kualitatif: Pemahaman Filosofis dan Metodologis ke Arah Penguasaan Model Aplikasi*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Moleong, L. J. 1994. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Sutopo, H B. 2006. *Metode Penelitian Kualitatif*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret
- Moleong, L. J. 2001. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Patilima, Hamid. 2005. *Teknik Analisis Data*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Ahmad, Saebani Beni. 2008. *Metode Penleitian*. Bandung:Pustaka Setia
- Kementrian Kesehatan. 2017. *Rencana Aksi Kegiatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementrian Kesehatan

LAMPIRAN 1

Profil Dinas Kesehatan Provinsi DIY

Dinas kesehatan sebagai lembaga pemerintah daerah memiliki tugas dan kewenangan dalam pelaksanaan sistem kesehatan di daerah. Sehingga fokus dari peran pemerintah daerah dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang optimal merujuk pada peran dinas kesehatan provinsi DIY. Mengenai tugas pokok dan fungsi dinas kesehatan diatur dalam Peraturan Gubernur Daerah DIY Nomor 57 Tahun 2015 tentang Rincian Tugas dan Fungsi Dinas Kesehatan Pasal 3 Ayat (1). Di dalam ayat tersebut menyatakan bahwa Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta adalah unsur pelaksana Pemerintah Daerah di bidang kesehatan yang memiliki kewenangan daerah dan tugas pembantuan yang memiliki visi mengikuti dari visi Gubernur DIY 2017-2022. Adapun visi Dinas

Kesehatan DIY adalah terwujudnya peningkatan kemuliaan martabat manusia Jogja. Sedangkan misi Dinas Kesehatan Provinsi DIY adalah meningkatkan kualitas hidup, kehidupan dan penghidupan masyarakat yang berkeadilan dan berkeadaban serta meningkatkan derajat kualitas SDM. Dinas Kesehatan Provinsi dipimpin oleh Kepala Dinas bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah. Berikut adalah struktur organisasi beserta tupoksi dari Dinas Kesehatan Provinsi DIY:

1. Kepala Dinas

Kepala Dinas mempunyai tugas pokok memimpin, mengkoordinasikan dan mengendalikan pelaksanaan urusan di bidang Kesehatan serta melaksanakan tugas pembantuan dari Gubernur DIY.

2. Sekretariat

Sekretariat melaksanakan tugas pokok administrasi, koordinasi, perencanaan monitoring, evaluasi dan pelaporan, pembinaan administrasi umum, kepegawaian dan perlengkapan rumah tangga. Sekretariat menyelenggarakan fungsi:

- a. Menyusun program kerja Sekretariat dan Dinkes, melaksanakan program administrasi perkantoran, serta program sarana dan prasarana aparatur, program peningkatan pengembangan sistem pelaporan capaian kinerja, pelaporan keuangan, monitoring dan evaluasi program serta menyusun laporan kinerja Dinkes
- b. Merumuskan kebijakan teknis, fasilitasi perumusan kebijakan teknis
- c. Mengelola Keuangan Dinkes, perhitungan biaya kesehatan
- d. Mengelola data dan pengembangan sistem informasi
- e. Menyelenggarakan kepegawaian Dinkes, kerumahtangan, pengelolaan barang, kepustakaan, kearsipan kehumasan, dan ketatalaksanaan Dinkes
- f. Mengoordinasi pengelolaan penelitian bidang kesehatan
- g. Melaksanakan kerja sama, pengembangan teknis dan fasilitasi pelaksanaan koordinasi

Sekretariat dipimpin oleh seorang sekretaris yang bertanggung jawab kepada Kepala Dinas. Sekretaris membawahi tiga Sub Bagian, yaitu

a. Subbagian Program

Subbagian Program mempunyai tugas melaksanakan penyusunan program, pemantauan, evaluasi, dan pelaporan, serta pengelolaan data informasi.

b. Subbagian Keuangan

Subbagian keuangan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan keuangan Dinas.

c. Subbagian Umum

Subbagian umum mempunyai tugas menyelenggarakan kepegawaian, kerumahtanggan, pengelolaan barang, perpustakaan, kearsipan, kehumasan, dan ketatalaksanaan Dinas

3. Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Bidang pencegahan dan Pengendalian Penyakit memiliki tugas melaksanakan pencegahan dan pengendalian penyakit untuk meningkatkan persentase keberhasilan pencegahan dan penyakit menular dan tidak menular. Adapun fungsi Bidang Pencegahan dan Pengendalian adalah:

a. Mengoordinasi penyusunan pedoman pelaksanaan pengendalian penyakit menular langsung, pengendalian penyakit tular vektor dan zoonosis, pengendalian penyakit tidak menular serta pengendalian masalah kesehatan jiwa dan napza, surveilans, imunisasi, penanggulangan kejadian luar biasa penyakit

b. Mengoordinasi penyusunan pedoman pelaksanaan pengelolaan data dan informasi bidang pencegahan dan pengendalian penyakit

c. Mengoordinasi pelaksanaan bimbingan teknis pengendalian penyakit menular langsung, pengendalian penyakit tular vektor dan zoonosis, pengendalian penyakit tidak menular serta pengendalian masalah kesehatan jiwa dan napza, surveilans, imunisasi, penanggulangan kejadian luar biasa penyakit

- d. Mengoordinasi pelaksanaan bimbingan teknis pengelolaan data dan informasi
- e. Mengoordinasi pelaksanaan pemantauan dan evaluasi pengendalian penyakit menular langsung, pengendalian penyakit tular vektor dan zoonosis, pengendalian penyakit tidak menular serta pengendalian masalah kesehatan jiwa dan napza, surveilans, imunisasi, penanggulangan kejadian luar biasa penyakit
- f. Mengoordinasi penyusunan laporan pelaksanaan pengendalian penyakit menular langsung, pengendalian penyakit tular vektor dan zoonosis, pengendalian penyakit tidak menular serta pengendalian masalah kesehatan jiwa dan napza, surveilans, imunisasi, penanggulangan kejadian luar biasa penyakit

4. Bidang Pelayanan Kesehatan

Bidang Pelayanan kesehatan memiliki tugas melaksanakan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan persentase pelayanan kesehatan primer, rujukan, dan kesehatan lainnya sesuai dengan standar pelayanan. Adapun Bidang Pelayanan kesehatan menyelenggarakan fungsi:

- a. Melaksanakan koordinasi pelayanan kesehatan dasar, rujukan, dan kesehatan khusus, mutu dan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan primer, rujukan dan fasilitas pelayanan kesehatan lain
- b. Melaksanakan bimbingan dan pengendalian pelayanan kesehatan dasar, rujukan, dan kesehatan khusus, mutu, dan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan primer, rujukan, dan fasilitas pelayanan kesehatan lain
- c. Melaksanakan fasilitasi pelayanan kesehatan dasar, rujukan, dan kesehatan khusus, mutu dan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan primer, rujukan, dan fasilitas pelayanan kesehatan lain

5. Bidang Kesehatan Masyarakat

Bidang Kesehatan Masyarakat memiliki tugas menyelenggarakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan persentase anak bawah lima tahun sehat dan desa sehat mandiri. Adapun bidang ini memiliki fungsi:

- a. Merumuskan kebijakan teknis, pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan keluarga, gizi, promosi kesehatan keluarga dan gizi, promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga
- b. Membina pelaksanaan pelayanan kesehatan keluarga, gizi, promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja, dan olahraga
- c. Melaksanakan koordinasi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan keluarga dan gizi, promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja, dan olahraga
- d. Melaksanakan bimbingan dan pengendalian pelayanan kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja, dan olahraga
- e. Melaksanakan fasilitasi pelayanan kesehatan keluarga, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja, dan olahraga

6. Bidang Sumber Daya Kesehatan

Bidang Sumber Daya Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan sumber daya kesehatan untuk meningkatkan persentase fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi standar sarana dan prasarana serta persentase kefarmasian dan makanan sesuai standar. Adapun fungsi dari bidang ini adalah:

- a. Merumuskan kebijakan teknis dan pedoman pelaksanaan standardisasi tenaga, sarana, dan jaminan kesehatan, serta farmasi, makanan, minuman dan alat kesehatan
- b. Pembinaan pelaksanaan standardisasi tenaga, sarana, dan jaminan kesehatan, serta farmasi, makanan, minuman dan alat kesehatan
- c. Melaksanakan bimbingan dan pengendalian standardisasi tenaga, sarana, dan jaminan kesehatan, serta farmasi, makanan, minuman dan alat kesehatan

d. Melaksanakan fasilitasi standardisasi tenaga, sarana, dan jaminan kesehatan, serta farmasi, makanan, minuman dan alat kesehatan

7. Unit Pelaksanaan Teknis

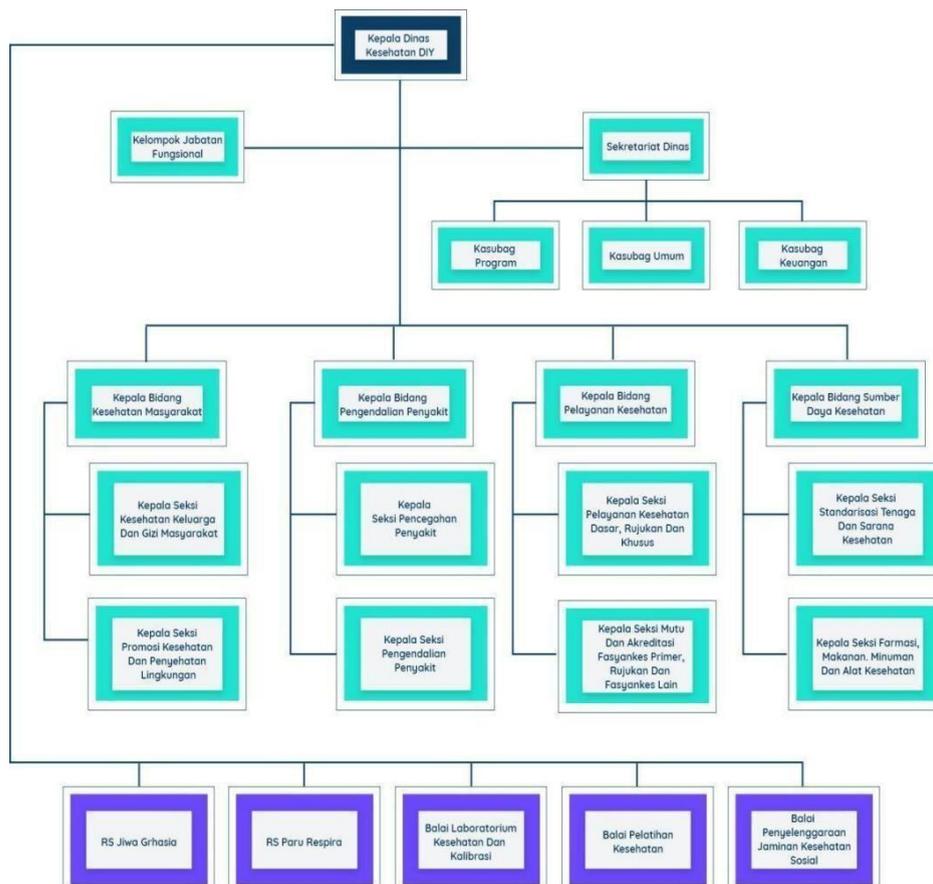
Unit Pelaksana teknis dibentuk oleh Dinas untuk melaksanakan sebagian kegiatan teknis operasional dan/atau kegiatan teknis penunjang tertentu.

8. Jabatan Fungsional

Jabatan fungsional ditetapkan berdasarkan keahlian dan spesialisasi yang dibutuhkan sesuai dengan prosedur ketentuan berlaku. Fungsi dan tugas jabatan fungsional juga sesuai dengan keahlian dan kebutuhan.

Berikut adalah bagan struktur organisasi Dinas Kesehatan Provinsi DIY:

Table 5 Bagan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi DIY



Sumber: Laman resmi Dinas Kesehatan Provinsi DIY

LAMPIRAN 2

DAFTAR TABEL

Table 1 Konsep Struktur Good Governance	17
Table 2 Analisis Data	39
Table 3 Sarana dan Prasarana Kesehatan Jiwa di DIY	46
Table 4 Tenaga Kesehatan Jiwa yang Terdapat di Provinsi DIY	48
Table 5 Bagan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi DIY	55
Table 6 Kualifikasi Dinas Kesehatan Provinsi DIY	67
Table 7 Anggaran Dinas Kesehatan DIY Tahun 2019.....	68
Table 8 Capaian Kinerja Dinas Kesehatan Provinsi DIY	77
Table 9 Rincian Persentase Sasaran Strategis.....	81

LAMPIRAN 3

DAFTAR SINGKATAN

RSJ	: Rumah Sakit Jiwa	2
DALY	: Dissability Adjusted Life Years Dissability Adjusted Life Years	2
PTM	: Penyakit Tidak Menular	3
SDGs	: Suistainable Development Goals	3
SDM	: Sumber Daya Manusia	3
ODGJ	: Orang Dengan Gangguan Jiwa	3
OMDK	: Orang Dengan Masalah Kejiwaan	3
HAM	: Hak Asasi Manusia	4
Pergub	: Peraturan Gubernur	5
KPMAK	: Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan	7
KTP	: Kartu Tanda Penduduk	7
UU	: Undang-undang	22
PP	: Peraturan Pemerintah	22
INPRES	: Instruksi Presiden	22
PMK	: Peraturan Menteri Keuangan	22
JPKM	: Jaminan Pemeiharaan kesehatan Masyarakat	22

APBN	: Anggaran Pendapatan Belanja Negara	23
APBD	: Anggaran Pendapatan Belanja Daerah	23
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat	33
TPKJM	: Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat	44
RS	: Rumah Sakit	46
SPM	: Standar Pelayanan Minimal	48
HIMPSI	: Himpunan Psikologi Indonesia	57
RAD	: Rencana Aksi Daerah	59
KARS	: Komisi Akreditasi Rumah Sakit	61
SIP	: Surat Izin Praktik	63
POSBINDU	: Pos Pembinaan Terpadu	70
IMAJI	: Inti Mata Jiwa	77

LAMPIRAN 4

PEDOMAN WAWANCARA

DINAS KESEHATAN PROVINSI DIY

No.	Indikator	Pertanyaan
Peran Dinas Kesehatan Sebagai Regulator		
I.	Regulasi Kesehatan Jiwa Mengenai	1. Ada/tidaknya peraturan daerah yang mengatur khusus mengenai kesehatan jiwa
		2. Ada/tidaknya peraturan daerah yang mengatur mengenai jaminan kesehatan jiwa
		3. Ada/tidaknya peraturan daerah yang mengatur mengenai hak-hak ODGJ/OMDK
		4. Ada/tidaknya peraturan daerah yang mengatur mengenai penanggulangan stigmatisasi/diskriminasi terhadap ODGJ
		5. Ada/tidaknya peraturan daerah yang mengatur mengenai penanggulangan pemasangan
		6. Peran dinas kesehatan mengimplementasikan regulasi yang ada
II.	Regulasi Perizinan tenaga kesehatan dan Sarana Pelayanan kesehatan jiwa	1. Ada/tidaknya regulasi perizinan sarana/tenaga kesehatan pelayanan kesehatan jiwa
		2. Ada/tidaknya regulasi mengenai prosedur perizinan tenaga kesehatan/sarana pelayanan kesehatan jiwa
		3. Ada/tidaknya sanksi dari dinas kesehatan apabila sarana/tenaga pelayanan kesehatan tidak memberikan laporan
		4. Ada/tidaknya monitoring dan pembinaan dari dinas kesehatan pascaperizinan
III.	Regulasi Mengenai Mutu Pelayanan Kesehatan Jiwa	1. Ada/tidaknya regulasi mengenai mutu pelayanan kesehatan jiwa
		2. Ada/tidaknya SPM pelayanan kesehatan jiwa dalam hal monitoring/pengawasan institusi penyedia layanan/ tenaga kesehatan jiwa
Peran Dinas Kesehatan Sebagai Penyedia Anggaran		
I.	Tersedianya Anggaran Kesehatan Jiwa	1. Ada/tidaknya anggaran khusus kesehatan Jiwa
		2. Rincian anggaran kesehatan jiwa
II.	Alokasi Anggaran	1. Peran dinas kesehatan dalam alokasi anggaran kesehatan jiwa

		2. Alokasi anggaran untuk kesehatan jiwa efektif dan efisien atau tidak
		3. Realisasi biaya yang dikeluarkan untuk kesehatan jiwa
III.	Jaminan Biaya Kesehatan Jiwa untuk Masyarakat Miskin	1. Ada/tidak insentif jaminan kesehatan jiwa untuk masyarakat miskin
		2. Sumber pembiayaan jaminan kesehatan jiwa untuk masyarakat miskin
		3. Siapa saja yang berhak mendapatkan jaminan tersebut
		4. Peran dinas kesehatan dalam pembiayaan jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin
Peran Dinas Kesehatan Sebagai Pelaksana Kegiatan		
I.	Infrastuktur/Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa	1. Peran dinas kesehatan dalam menyediakan fasilitas atau infrastruktur kesehatan jiwa
		2. Peran dinas kesehatan dalam fasilitasi pelayanan
		3. Peran dinas kesehatan dalam memberikan bimbingan teknis kepada SDM di bidang kesehatan jiwa
		4. Peran dinas kesehatan dalam menyediakan sistem informasi, edukasi ataupun akses komunikasi tentang kesehatan jiwa
		5. Peran dinas kesehatan dalam menyediakan pengobatan ataupun perawatan terhadap ODGJ
II.	Program/Kegiatan Kesehatan Jiwa	1. Adakah program/kegiatan penyelenggaraan kesehatan jiwa dari dinas kesehatan
		2. Peran dinas kesehatan dalam implementasi program kesehatan jiwa
		3. Peran dinas kesehatan melakukan lintas program
III.	Kapasitas Pelayanan Kesehatan Jiwa	1. Apakah kapasitas pelayanan sudah memenuhi SPM
		2. Faktor penghambat pelayanan kesehatan jiwa
		3. Faktor pendukung pelayanan kesehatan jiwa