

## EVALUASI PROGRAM DESA SIAGA SEHAT JIWA (DSSJ) DI WILAYAH PUSKESMAS GALUR II KABUPATEN KULON PROGO YOGYAKARTA

EVALUATION OF DESA SIAGA SEHAT JIWA (DSSJ) PROGRAM  
AT PUSKESMAS GALUR II KULON PROGO REGENCY  
YOGYAKARTA

Akrim Wasniyati<sup>1</sup>, Bambang Hasthayoga LB<sup>2</sup>, Retna Siwi Padmawati<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Rumah Sakit Jiwa Ghrasia DIY

<sup>2</sup>Bagian Psikiatri RSUP Dr Sardjito Yogyakarta

<sup>3</sup>Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran  
Universitas Gadjah Mada

### ABSTRACT

**Background:** Community-based mental health services is a solution to bridging the limited access of the society to the healthcare facilities. Calculation of utilization of mental health healthcare at primary health care, secondary healthcare, and tertiary healthcare levels revealed a disparity of 90%. It means that only 10% of the mental health patients had been cared for by the healthcare facilities. Accordingly, primary healthcare facilities have become the spearhead in the implementation of mental healthcare since they can easily be accessed by the community due to geographical proximity, avoid the risk of stigma, and reduced the required cost. DSSJ program was an implementation of *primary healthcare* with the concept of *community mental health nursing*.

**Objective:** The objective of the research is to describe implementation of DSSJ program in the working area of Puskesmas Galur II, Kulon Progo Regency.

**Method:** This was a qualitative research using case study design. Informants were those individuals related to the DSSJ program from the planning to the implementation phase. The data were collected through in-depth interviews and observation. The research was conducted from November 2012 to January 2013.

**Results:** Planning of the program was limited to the technical implementation phase and there is no plan for any annual monitoring and evaluation program. In general, no program had been implemented to improve human resource capacity at the level of both Health Center and Mental Hospital. The program was faced with some obstacles, including limited human resource, limitation on communication, fund, regionalism, and policy. The study found that the program could run consistently and continuously at the time when there are some university students had community internship at the Health Centers.

**Conclusion:** The planning phase did not identify local human resource potentials and thus implementation was not optimum. Participation of educational institutions should be planned more thoroughly in line with DSSJ program for sustainability of the program.

**Keywords:** Planning, implementation, sustainability, DSSJ, *primary health care*

### ABSTRAK

**Latar belakang.** Pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas merupakan salah satu solusi menjembatani keterbatasan akses masyarakat ke fasilitas pelayanan kesehatan. Berdasarkan perhitungan utilisasi layanan kesehatan jiwa di tingkat primer, sekunder, dan tersier terdapat kesenjangan pengobatan sebesar 90%. Pelayanan kesehatan dasar (puskesmas) merupakan ujung tombak dalam mengimplementasikan pelayanan kesehatan jiwa yang dapat dengan mudah dijangkau masyarakat karena akses yang dekat, mengurangi stigma, dan mengurangi biaya. DSSJ merupakan salah satu implementasi *primary health care* dengan pendekatan konsep *community mental health nurse*.

**Tujuan.** Untuk mengetahui pelaksanaan program DSSJ di Wilayah Puskesmas Galur II Kabupaten Kulon Progo.

**Metode.** Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus. Informan penelitian ini adalah pihak-pihak yang terkait dalam program DSSJ berjumlah 16 orang. Data penelitian diambil dengan wawancara mendalam dan observasi. Penelitian dilakukan November 2012-Januari 2013

**Hasil :** Perencanaan program di RSG baru pada tahap pelaksanaan teknis kegiatan. Peningkatan kapasitas SDM baik di puskesmas maupun RSG belum dilakukan. Terdapat beberapa hambatan dalam pelaksanaan program, diantaranya adalah faktor SDM, komunikasi, dana, kewilayahan, dan kebijakan. Penelitian menemukan bahwa program dapat berjalan secara konsisten dan kontinyu pada saat mahasiswa institusi pendidikan melakukan praktek komunitas di puskesmas.

**Kesimpulan** Perencanaan DSSJ belum mengidentifikasi potensi sumber daya setempat secara lebih luas dan tidak merencanakan monitor evaluasi tahunan. Implementasi belum dilaksanakan secara optimal. Adanya keterlibatan institusi pendidikan menjadikan program DSSJ lebih sustainable.

**Kata kunci :** Perencanaan, implementasi, sustainability, DSSJ, *primary health care*

### PENGANTAR

Sejak tahun 2000, paradigma pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia mengalami perubahan dari

kesehatan jiwa berbasis rujukan menuju kesehatan jiwa berbasis komunitas di pelayanan primer<sup>1</sup>. Konsep implementasi pelayanan kesehatan dasar diutamakan pelayanan promotif dan preventif dengan tidak mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif<sup>2</sup>. Salah satu implementasinya adalah adanya desa siaga. Desa siaga telah dikembangkan sejak tahun 2006 dengan keputusan Menteri Kesehatan No. 564/Menkes/SK/VIII/2006 tentang Pedoman Pengembangan Desa Siaga. Desa siaga ini juga merupakan salah satu bentuk pemberdayaan masyarakat yang bertujuan meningkatkan kompetensi dan kesadaran individu/masyarakat terhadap masalah kesehatan sehingga secara mandiri ia dapat memperbaiki kesehatannya<sup>3</sup>. Sebuah studi kasus di Philipina juga menunjukkan bahwa program kesehatan dapat berhasil dengan meningkatkan pemberdayaan masyarakat<sup>4</sup>.

Kesehatan jiwa sebagai bagian integral dari kesehatan merupakan perasaan sehat dan bahagia serta mampu mengatasi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain<sup>5</sup>. Berbagai transformasi dan transisi berbagai bidang kehidupan mengakibatkan perubahan gaya hidup, pola perilaku, dan tata nilai kehidupan. Dalam bidang kesehatan terjadi transisi epidemiologi pada masyarakat dengan bergesernya kelompok penyakit menular ke kelompok penyakit tidak menular termasuk berbagai jenis gangguan akibat perilaku manusia dan gangguan jiwa<sup>2</sup>. Berdasarkan perhitungan utilisasi layanan kesehatan jiwa ditingkat primer, sekunder, dan tersier terdapat kesenjangan pengobatan sebesar sebesar 90%. Data ini berarti bahwa hanya 10% yang membutuhkan layanan jiwa terlayani difasilitasi pelayanan kesehatan<sup>6</sup>. Untuk itulah pelayanan berbasis komunitas penting dilakukan untuk meningkatkan cakupan pelayanan.

Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ), yang merupakan bagian dari desa siaga menjadi salah satu solusi untuk mendekatkan akses pelayanan kepada masyarakat. Pelayanan kesehatan jiwa ini terintegrasi dengan pelayanan kesehatan primer di puskesmas. Sebuah penelitian menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan jiwa yang terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan primer menghasilkan perbaikan gejala, peningkatan fungsi, peningkatan kualitas hidup, dan adanya pengurangan pembiayaan untuk perawatan sebesar 12%-39% responden didistrik di India dan Pakistan<sup>7</sup>.

Di Indonesia, berdasarkan Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKMRT) tahun 1995 oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen

Kesehatan RI bahwa prevalensi gangguan jiwa untuk gangguan mental emosional usia > 15 tahun adalah 140/1000 anggota rumah tangga dan gangguan mental emosional usia 5-14 tahun adalah 104/1000 anggota rumah tangga. Prevalensi diatas 100/1000 anggota rumah tangga dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian. Sedangkan menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007<sup>8</sup> angka nasional gangguan jiwa mental emosional sebesar 11,6% (sekitar 19 juta jiwa) dan gangguan jiwa berat 0,64% (sekitar 1 juta jiwa).

Di DIY, Puskesmas Galur II pada tahun 2009 dijadikan sebagai *pilot project* pembentukan desa siaga sehat jiwa oleh RSJ Grhasia DIY. Jumlah penduduk wilayah kerja Puskesmas Galur II sampai dengan pertengahan 2011 adalah 10869 jiwa<sup>9</sup>. Jumlah penduduk tersebut diperkirakan di wilayah kerja Puskesmas Galur II terdapat kurang lebih 1024 orang mengalami gangguan mental emosional dan sekitar 40 orang mengalami gangguan jiwa berat. Jumlah kader kesehatan jiwa yang sudah dilatih sebesar 26 orang dan tenaga paramedis terlatih sebanyak 6 orang (1 orang dokter, 4 orang perawat, 1 orang bidan) yang kesemuanya merangkap program lain. Konsep DSSJ yang implementasinya dengan pendekatan *Community Mental Health Nursing* (CMHN) ini diharapkan masalah kesehatan jiwa di wilayah Puskesmas Galur II akan tertangani. Penelitian di Aceh tentang program kesehatan jiwa di puskesmas diperoleh hasil bahwa untuk dapat melaksanakan kegiatan tersebut diperlukan SDM yang terampil dan kompeten di bidangnya yang dapat dilakukan dengan pelatihan-pelatihan, kader yang terlatih dan mencukupi, serta kecukupan kebutuhan farmasi<sup>10</sup>.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan rancangan studi kasus. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi DSSJ di Puskesmas Galur II. Penilaian implementasi DSSJ ini dimulai dari proses perencanaan, implementasi program, dan sustainabilitas program.

Data proses perencanaan diperoleh dengan melakukan wawancara dengan *stakeholder* dari Rumah Sakit Grhasia DIY (RSG). Data implementasi DSSJ diperoleh dengan melakukan wawancara dengan *stakeholder* dari RSG, Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo, Puskesmas Galur II, dan masyarakat (kader kesehatan, keluarga dan pasien). Data sustainabilitas program diperoleh dengan wawancara kepada RSG, Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo, Puskesmas Galur II. Jumlah keseluruhan responden 16 orang.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Enam belas responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian. Pemilihan responden terutama didasarkan pada kedudukan/jabatannya. Hal ini berkaitan dengan variabel penelitian yang diteliti yaitu perencanaan, implementasi, dan susutabilitas program.

### Perencanaan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) oleh Rumah Sakit Grhasia (RGS)

Perencanaan program DSSJ oleh RSG diusulkan tiap tahun untuk lima kabupaten/kota kesemuanya sampai dengan program itu diserahkan. Evaluasi program baru akan dilaksanakan setelah lima tahun atau setelah lima kabupaten/kota menerapkan DSSJ program dari RSG. Jadi evaluasi tahunan oleh RSG terhadap DSSJ di wilayah puskesmas tertentu memang tidak ada. Evaluasi dilaksanakan bersamaan dengan berjalannya DSSJ pada tahun tersebut. Kemudian bagaimana selanjutnya RSG setelah serah terima program itu tidak terdapat dalam perencanaan. Hal ini dibuktikan pernyataan informan berikut.

“Kalau keberlanjutan DSSJ, data yang di perencanaan ya..yang pertama di Galur, selanjutnya dimana-dimana..kalau dokumen detail nggak ada.... Ya dokumen di perencanaan sebatas..setiap tahun ada terus program itu...” (RSG)

“.....jadi program berhenti sampai disitu, usulannya sampai disitu. Kalau kemudian nanti ada tindak lanjut, kita lihat nanti. Dan programnya kita usulkan belakang, nanti nyantolnya di kegiatan apa...” (RSG)

Hasil penelitian juga tidak menemukan bagaimana RSG merencanakan pemanfaatan sumber-sumber yang ada di komunitas secara lebih luas yang dapat dimanfaatkan sebagai proses menuju pemberdayaan masyarakat kecuali tentang potensi kader dan semangat instansi puskesmas. Pembekalan kepada perawat sebagai pelaksana utama belum disertai dengan pembekalan managerial dan kepemimpinan, meskipun secara teknis implementatif perawat sudah diberikan bekal yang cukup. Bekal tersebut menjadi penting dimiliki dan dikuasai oleh perawat karena dalam pelaksanaannya hal tersebut dibutuhkan agar ia dapat memanager dirinya, masyarakat, melakukan lobi dan juga advokasi baik kepada keluarga, masyarakat, maupun kepada pimpinan dan pemerintah setempat yang berguna bagi peningkatan kesehatan jiwa.

### Implementasi Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ)

Implementasi kegiatan dalam program DSSJ adalah aplikasi dari *Community Mental Health Nursing* (CMHN) atau keperawatan kesehatan jiwa komunitas. Pelayanan keperawatan kesehatan jiwa ini bersifat komprehensif, holistik, dan paripurna berfokus kepada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stres, berada dalam tahap pemulihan dan pencegahan kekambuhan. Jadi dalam kegiatan DSSJ ini lebih banyak kegiatan keperawatan dan penanggung jawab CMHN ini adalah perawat jiwa atau pemegang program jiwa puskesmas. Namun dalam kegiatan ke masyarakat, idealnya dilakukan secara terpadu dengan profesi lain.

### Implementasi oleh Rumah Sakit Grhasia (RSG)

Program DSSJ ini diawali dengan advokasi, sosialisasi, pelatihan petugas kesehatan, pelatihan kader, pendampingan petugas kesehatan dan kader, kemudian serah terima pengelolaan program dari RSG ke pemerintah daerah setempat dalam hal ini adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Kulon Progo dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo. Berkaitan dengan bagaimana RSG setelah serah terima program, dibawah ini disampaikan beberapa pernyataan informan tentang hal-hal yang sudah dilakukan RSG setelah serah terima program baik dari RSG, puskesmas, maupun masyarakat.

“Setelah DSSJ selesai, bimbingan kesana itu kayaknya nggak ada ya..padahal itu harus dilakukan terus menerus, rutin..( RSG)

“Dulu itu grhasia lepas ya terus lepas..kurang dipelihara” (Puskesmas)

“Sebenarnya harapannya..apa ya.. harapannya.. hanya satu saja...sering diadakan pendekatan..pendekatan sama keluarga, sama si pasien..sering dikunjungi-lah..”(Kader Kesehatan)

Monitor, evaluasi, dan supervisi terhadap program DSSJ oleh RSG, belum dilaksanakan optimal. Hambatan utama dalam masalah ini adalah hambatan kewilayahan dan tidak adanya pedoman teknis untuk menindaklanjuti program setelah secara langsung RSG membentuk program tersebut. Meskipun RSG mempunyai program integrasi yang bisa dilaksanakan untuk mengantisipasi hambatan kewilayahan, tetapi tujuan dan target pelaksanaannya berbeda sehingga kurang memberikan hasil yang optimal bagi pelaksanaan DSSJ di Puskesmas Galur II. Untuk itu penting kiranya dari awal direncanakan tentang sistem monitor dan evaluasi oleh RSG serta peman-

faatan sumber daya setempat yang dapat dimanfaatkan dalam melaksanakan program kesehatan jiwa, tidak saja dalam lingkup institusi pelayanan kesehatan, tetapi juga sektor lain yang mendukung sektor kesehatan.

### Implementasi oleh Puskesmas

Implementasi DSSJ ini motor penggerak utamanya adalah petugas puskesmas dan kader kesehatan jiwa. Petugas puskesmas sendiri terdiri 4 orang perawat, seorang bidan, dan seorang dokter umum dan kader 2 orang tiap dusun kesemuanya sudah melalui proses pelatihan. Konsistensi kegiatan menjadi lebih optimal pada saat ada mahasiswa institusi kesehatan melakukan praktek keperawatan di puskesmas. Hal ini dinyatakan oleh responden berikut :

“Saya itu terbantu kalau ada mahasiswa. Dan saya sendiri otomatis merasa harus mengevaluasi, makanya tahun 2011 kosong karena tidak ada mahasiswa.. hahaha...” (Puskesmas)

Sinergi antara puskesmas dengan institusi pendidikan perlu dibarengi dengan kesepahaman atau persamaan persepsi terhadap program DSSJ yang dijalankan antara puskesmas dengan institusi pendidikan itu sendiri. Khususnya pendidikan keperawatan, perlu mengintegrasikan kurikulum pendidikan materi keperawatan kesehatan jiwa komunitas ke dalam materi keperawatan jiwa. Sehingga dalam hal ini dibutuhkan kerjasama dengan puskesmas atau rumah sakit jiwa tentang penyusunan modul yang aplikatif agar pada saatnya mahasiswa terjun ke lapangan sudah siap dengan apa yang akan dilakukan di komunitas dalam menerapkan ilmu kesehatan jiwa masyarakatnya.

### Sustainability DSSJ

Monitor menjadi cara RSG untuk mengetahui program masih terus berjalan atau tidak meskipun monitor yang dilakukan tidak dilakukan secara teratur karena memang tidak ada rencana tindak lanjut program setelah serah terima. Idealnya RSG juga membangun sistem komunikasi antara RSG dengan dinas kesehatan dan RSG dengan puskesmas. Selama ini yang berjalan adalah komunikasi yang berkaitan dengan proses rujukan pasien.

### Sustainability oleh Dinas Kesehatan

Kemitraan menjadi salah satu intervensi yang dilakukan untuk menjaga agar program tetap berjalan. Dinas kesehatan sudah bekerja sama dengan RSUD untuk membina kesehatan jiwa di puskesmas terutama yang berkaitan dengan *follow up pasca opname*. Kemitraan juga dilakukan dengan institusi

kesehatan agar program menjadi lebih berkembang, terutama dengan institusi pendidikan.

“Intinya kemitraan salah satunya. Karena saya tahu di dinas nggak ada dana. Kemudian kalau ingin berkembang salah satunya kemitraan dengan institusi. Itu bisa mempercepat.. akselerasi untuk membangun. Itu kita nggak keluar duit, malah dapat duit..hehe..honor, fasilitas hehehe...” (Dinas Kesehatan)

Kemitraan oleh dinas kesehatan juga dilakukan dengan dinas sosial, askes terutama jamkesda dan jamkesmas untuk memfasilitasi masalah pembiayaan bagi pasien. Adanya dana BOK di puskesmas juga merupakan kebijakan untuk memfasilitasi kegiatan termasuk didalamnya kegiatan kesehatan jiwa.

### Sustainability oleh Puskesmas

Secara kelembagaan, puskesmas sudah melakukan dan merencanakan agar program kesehatan jiwa dengan DSSJ ini terus dapat berjalan. Penguatan sistem secara internal sudah dilakukan oleh kepala puskesmas dengan memberikan penguatan kepada staf bahwa DSSJ merupakan program unggulan dan akan menjadi unggulan yang dapat dikembangkan. Dalam hal pembiayaan, kepala puskesmas juga secara konsisten mengalokasikan anggaran untuk kegiatan DSSJ seperti untuk PHN jiwa, *family gathering*, dan pembinaan pos yandu.

## PEMBAHASAN Perencanaan

Perencanaan program kesehatan yang berbasis masyarakat, memerlukan keterlibatan masyarakat dalam proses perencanaannya. Hal ini penting karena dengan keterlibatan masyarakat, dapat diidentifikasi hal-hal yang memang dibutuhkan masyarakat<sup>11</sup>. Potensi sumber daya yang ada di wilayah Puskesmas Galur seharusnya dari awal sudah diidentifikasi oleh RSG terutama potensi yang nantinya akan berkaitan dengan pemberdayaan masyarakat. Bukan saja tentang SDM (kader dan petugas puskesmas), tetapi sumber daya lain yang akan berkaitan dengan keberlangsungan program DSSJ. Hasil penelitian diperoleh hasil bahwa perencanaan yang disusun belum sampai kesana.

Hasil penelitian juga menyebutkan bahwa program yang direncanakan tidak sampai pada bagaimana menindaklanjuti program itu setelah program selesai meskipun dalam perencanaan program itu terdapat proses evaluasi. Padahal kesenjangan dalam melakukan langkah proses perencanaan dalam praktek programnya ternyata bisa menimbulkan resiko program tidak berjalan. Hal ini merupakan sa-

lah satu kelemahan institusi/organisasi, dalam hal ini adalah RSG<sup>12</sup>. Untuk dapat melakukan kegiatan dalam evaluasi yaitu memperbaiki program atau juga strategi, mengumpulkan dan menguji informasi baik kuantitatif maupun kualitatif, kemudian kelemahan dan kekuatan proses, intervensi, maupun rencana itu sendiri, evaluasi harus terintegrasi dengan perencanaan itu sendiri dari awal. Jadi seharusnya memang ada perencanaan yang mengacu pada sustainability program karena ini merupakan sebuah siklus yang saling berhubungan dan sustainability itu sendiri yang dapat diperbaiki atau diantisipasi dengan perencanaan yang lebih baik<sup>13</sup>. Masalah perencanaan untuk sustainability program kesehatan merupakan masalah bagi negara-negara berkembang dengan *low income dan middle income*<sup>14</sup>.

Solusi untuk permasalahan perencanaan disini adalah karena program ini merupakan program kesehatan berbasis komunitas dengan target pemberdayaan masyarakat maka penting dilakukan dari awal identifikasi potensi sumber daya masyarakat yang dapat dimanfaatkan untuk menunjang keberlangsungan program. Selain itu, meskipun evaluasi baru akan dilaksanakan setelah lima tahun, karena perencanaan sampai dengan evaluasi adalah sebuah siklus, maka RSG tetap menyusun langkah-langkah monitor dan evaluasi yang bisa dijalankan.

### Implementasi

Implementasi tidak hanya mengacu kepada bagaimana sebuah perencanaan itu dilaksanakan, tetapi merupakan sesuatu yang kompleks yang melibatkan beberapa faktor seperti adanya konsistensi kegiatan, berapa banyak kegiatan yang dilakukan, kualitas kegiatan, ada tidaknya partisipasi, sistem monitoring, pencapaian program, dan ada tidaknya adaptasi/modifikasi program<sup>15</sup>. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemegang program jiwa belum mempunyai kemampuan yang optimal dalam hal kepemimpinan yang mampu menggerakkan semua komponen yang terlibat dalam implementasi DSSJ. Untuk dapat mengatur program yang tentunya tidak akan dapat berjalan sendiri jiwa kepemimpinan seperti kemampuan untuk mempengaruhi, advokasi, mencari pengikut, kepribadian yang dinamis, mempunyai kharisma, visioner, otokratis, inovatif, cerdas, hangat, dan menyenangkan sebaiknya dimiliki<sup>16</sup>. Perilaku kepemimpinan dan *managerial* dibutuhkan oleh perawat, baik ia sebagai pemimpin maupun sebagai staf<sup>17</sup>.

Pada penelitian juga ini ditemukan bahwa faktor pimpinan mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap konsistensi dan kontinuitas kegiatan. Termasuk pula berpengaruh terhadap motivasi untuk melak-

sanakan kegiatan ini secara vertikal. Sedangkan secara horizontal, dukungan, meskipun secara moril dari jajaran internal puskesmas yang berhubungan dengan program DSSJ ini sangat diperlukan. Hasil penelitian ini sinergi dengan pernyataan bahwa implementasi mempengaruhi pencapaian tujuan, dan faktor lingkungan mempengaruhi proses implementasi<sup>15</sup>. Sebagai sesama negara berkembang dengan jumlah penduduk yang juga besar, India juga mempunyai masalah yang hampir sama dengan Indonesia untuk masalah kesehatan jiwa. Perkembangan sistem pelayanan kesehatan jiwa di India terhambat oleh kurangnya perhatian dari para pembuat kebijakan, adanya kelangkaan dukungan politis, dan tidak adekuatnya manajemen<sup>18</sup>. Pada penelitian ini ditemukan bahwa kesehatan jiwa hanya menjadi program sampiran dalam institusi kesehatan, maka yang perlu disarankan sebagai salah satu solusi adalah agar para pembuat kebijakan ditingkat daerah untuk lebih sering membuka wawasan kesehatannya sehingga mempunyai komitmen yang lebih dalam usahanya meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat di wilayahnya. Selain itu dengan informasi yang *update* itu dapat digunakan sebagai salah satu dasar dalam melakukan advokasi ke berbagai pihak dan dapat digunakan sebagai pijakan dalam merencanakan program.

Jadi dalam upaya menuju keberhasilan program, tetap dibutuhkan konsistensi kegiatan, dimana konsistensi kegiatan ini memerlukan sebuah komitmen. Implementasi kegiatan menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan karena tanpa implementasi, tidaklah dapat dikatakan program itu berjalan.

### Sustainability

Sustainability dapat diartikan sebagai mempertahankan keuntungan kesehatan, melanjutkan program kesehatan, melembagakan program kesehatan dengan sistem dalam organisasi, membangun kapasitas masyarakat, bisa juga diartikan sebagai kemampuan sistem organisasi yang secara terus menerus memobilisasi dan mengalokasikan sumber-sumber yang cukup dan sesuai untuk melakukan aktifitas untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan masyarakat seperti yang diharapkan<sup>14</sup>. Beberapa hal yang sudah dilakukan Puskesmas Galur II dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo untuk menjaga agar program terus dapat berjalan antara lain adalah dengan meningkatkan kapasitas SDM, alokasi biaya, dan sudah adanya lembaga yang menaungi DSSJ ini, yaitu desa siaga.

Sustainability tentang bagaimana mendapatkan dukungan dari *network* yang mempunyai komit-

men, koalisi, organisasi, dan masyarakat untuk berfokus pada isu, strategi, tujuan, sumber daya, serta kebijakan yang mempunyai tujuan utama memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan. Kesemuanya itu akan berhubungan dengan sektor di luar kesehatan dan program dapat terus berlanjut jika terdapat koalisi dan *partnership*, keyakinan masyarakat, keterampilan anggota, adanya kebijakan jika terdapat perubahan sistem dan lingkungan, pemasaran, dan komunikasi<sup>19</sup>.

Hasil temuan di atas menunjukkan bahwa adanya kerjasama dengan universitas atau institusi pendidikan merupakan strategi untuk sustainability program dan ini akan menguntungkan, tidak saja bagi institusi puskesmas, tapi juga utamanya adalah bagi program itu sendiri<sup>20</sup>. Universitas atau institusi pendidikan pun membutuhkan fasilitas untuk mengkreasikan dan mengimplementasikan strategi komprehensif kesehatan jiwa yang diberikan kepada mahasiswa di akademik<sup>21</sup>. Penelitian berupa studi kasus bahwa di Australia, diperoleh hasil keberlangsungan program kesehatan masih bisa bertahan sampai dengan 18 tahun karena salah satu upayanya adalah dengan membangun link dengan universitas setempat<sup>22</sup>.

Berdasarkan itu semua, maka penting bagi puskesmas melakukan dan mengembangkan kemitraan terutama dengan institusi pendidikan. Optimalisasi dan peningkatan kualitas dan kuantitas kegiatan pada saat ada mahasiswa praktek dapat dilakukan sebagai upaya antisipasi terhadap sistem pembelajaran di akademik yang tidak memungkinkan mahasiswa sepanjang tahun ada di puskesmas.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Rumah Sakit Grhasia (RSG) tidak merencanakan identifikasi potensi masyarakat secara lebih luas yang bisa mendukung keberlangsungan program. Selain itu sistem monitor evaluasi tahunan terhadap program dan tindak lanjut RSG terhadap program juga tidak direncanakan. Implementasi DSSJ belum dilaksanakan secara optimal karena belum semua kriteria DSSJ dilaksanakan secara kontinue dan konsisten. Keterlibatan institusi pendidikan di puskesmas menjadikan program lebih *sustainable*.

### Saran

Program berbasis komunitas, penting pada saat *external evaluation* dilakukan identifikasi potensi masyarakat yang lebih luas yang bisa mendukung dan menjaga keberlangsungan program, tidak hanya tentang potensi SDM di puskesmas. Secara inter-

nal, dalam menyusun perencanaan, sebaiknya juga direncanakan sistem monitor evaluasi tahunan terhadap program. Rumah Sakit Grhasia (RSG) menyusun *draft* teknis koordinasi dengan puskesmas, RSUD, dinas kesehatan, dan desa siaga sebagai upaya perencanaan tindak lanjut program. Rumah Sakit Grhasia (RSG) bersama dengan puskesmas dan dinas kesehatan dengan melibatkan institusi pendidikan menyusun *Planning Of Action (POA)* yang mengacu pada upaya peningkatan kesehatan jiwa berbasis komunitas. *Mental health nurse* yang ada di puskesmas perlu diberikan pelatihan tentang managerial individu maupun program dan kepemimpinan, tidak hanya pelatihan tentang teknis implementasi program, begitu juga *mental health nurse* di RSG yang berhubungan dengan kesehatan jiwa masyarakat. Untuk mengantisipasi masalah pendanaan, RSG bersama puskesmas membuat kesepakatan kerjasama untuk mengalokasikan kegiatan dan anggaran sebagai bentuk hubungan mutualisme yang bisa menjembatani hambatan baik dari RSG maupun dari puskesmas. Menyusun modul yang bisa diintegrasikan dan disinergikan antara puskesmas dengan institusi pendidikan. Rumah Sakit Grhasia (RSG), puskesmas, maupun dinas kesehatan perlu menyediakan dan saling mensosialisasikan informasi kesehatan jiwa baik lokal, nasional, maupun internasional agar setiap tenaga kesehatan terpapar wacana dan wawasan terbaru masalah kesehatan jiwa. Hal ini dapat digunakan sebagai dasar penyusunan kebijakan sehingga tidak ada lagi yang memarginalkan kesehatan jiwa dengan mengatakan kesehatan jiwa bukan program prioritas. Puskesmas menjalin kerjasama dengan institusi pendidikan agar dapat lebih mengembangkan program kesehatan berbasis komunitas yang sustainabel. Dinas kesehatan sebaiknya juga melakukan monitor dan evaluasi secara langsung terhadap program kesehatan di wilayahnya dengan turun ke bawah untuk mengetahui pelaksanaan program dengan berbagai kelebihan dan kekurangan, mendokumentasikan, dan menindaklanjuti temuan yang ada.

## REFERENSI

1. Depkes RI. Buku Pedoman Umum TP-KJM. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta. 2003.
2. Depkes RI. Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa di Fasilitas kesehatan dasar. Ditjen Bina Pelayanan Medik. Jakarta. 2006.
3. Laverack G. Wallerstein N. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. Health promotion

- international [Internet]. 2001 Jun;16(2):179–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11356756>
4. Snetro-plewman G. Taking Community Empowerment to Scale Lessons from Three Successful Experiences. 2007.
  5. Depkes RI. Pengenalan Masalah Psikososial. Jakarta: Depkes RI; 2002.
  6. Depkes RI. Buku Paket Pelatihan Kader Kesehatan dan Tokoh masyarakat Dalam pengembangan Desa Siaga. Dinkes Sleman. Jakarta. 2009.
  7. Chisholm et al. integration of Mental health Care into Primary care. *British journals of Psychiatry*. 2000;176:581–8.
  8. Anonim. Hargailah Gangguan Penderita Penyakit Jiwa [Internet]. 2009 [cited 2012 Sep 4]. Available from: [http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com\\_content&view=article&id=211:hargailah-gangguan-penderita-penyakit-jjwa&catid=37:berita](http://buk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=211:hargailah-gangguan-penderita-penyakit-jjwa&catid=37:berita)
  9. Anonim. Profil Puskesmas Galur II Tahun 2011. 2011.
  10. Islami MD. Evaluasi Pelaksanaan Program Kesehatan Jiwa Masyarakat Oleh Puskesmas Di Kabupaten Aceh Besar. Tesis Program Pasca Sarjana IKM Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. 2008.
  11. Anonim. Program Planning and Evaluation. *Program Planning and Evaluation*. 2011. p. 1–5.
  12. Shediak and Bone. Planning for The Sustainability of Community-Based Health Program/ : Conceptual Frameworks and Future Direction of Research, Practice, and Policy. 1998;13:87–108.
  13. Swerissen H. Understanding the Sustainability of Health Programs and Organizational Change. Victoria; 2007.
  14. Gruen et al. Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. *Public Health*. 2008;372:1579–89.
  15. Durlak JA, DuPre E. Implementation Matter/ : A Review of Reseach on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. Chicago; 2008. p. 327–50.
  16. Curtis et al. Developing Leadership in Nursing: Exploring Core Factors. *British Journal Nursing*. 2011;20:306–9.
  17. Bernheisel SE. The Relation Between Education and Leadership Behaviours in New Graduate Baccalaureate Educated Nurses and New Graduate Associate Degree Educated nurses. graduate College of Bowling Green State University; 2007.
  18. Anonim. Janamanas Community based Mental Health Project. New Delhi; 2011.
  19. Batan M. A sustainability Planning Guide for Healthy Communities. USA: National Centre for Chronic Desease Prevention and Health Promotion; 2009.
  20. Anonim. Participative Management Advantage [Internet]. 2012 [cited 2012 Sep 24]. Available from: <http://www.flowmanagement.net/studies/pma.htm>
  21. Anonim. Towards A Comprehensive Mental Health Strategy/ : The Crucial Role of College and Universities as parters. Ontario: Ontario College Health Association; 2009.
  22. Baum et al. What Makes for Sustainable Healthy Cities Initiatives? A Review of The Evidence from Noarlunga, Australia After 18 Years. *Health promotion international*. 2006;21:1–7.