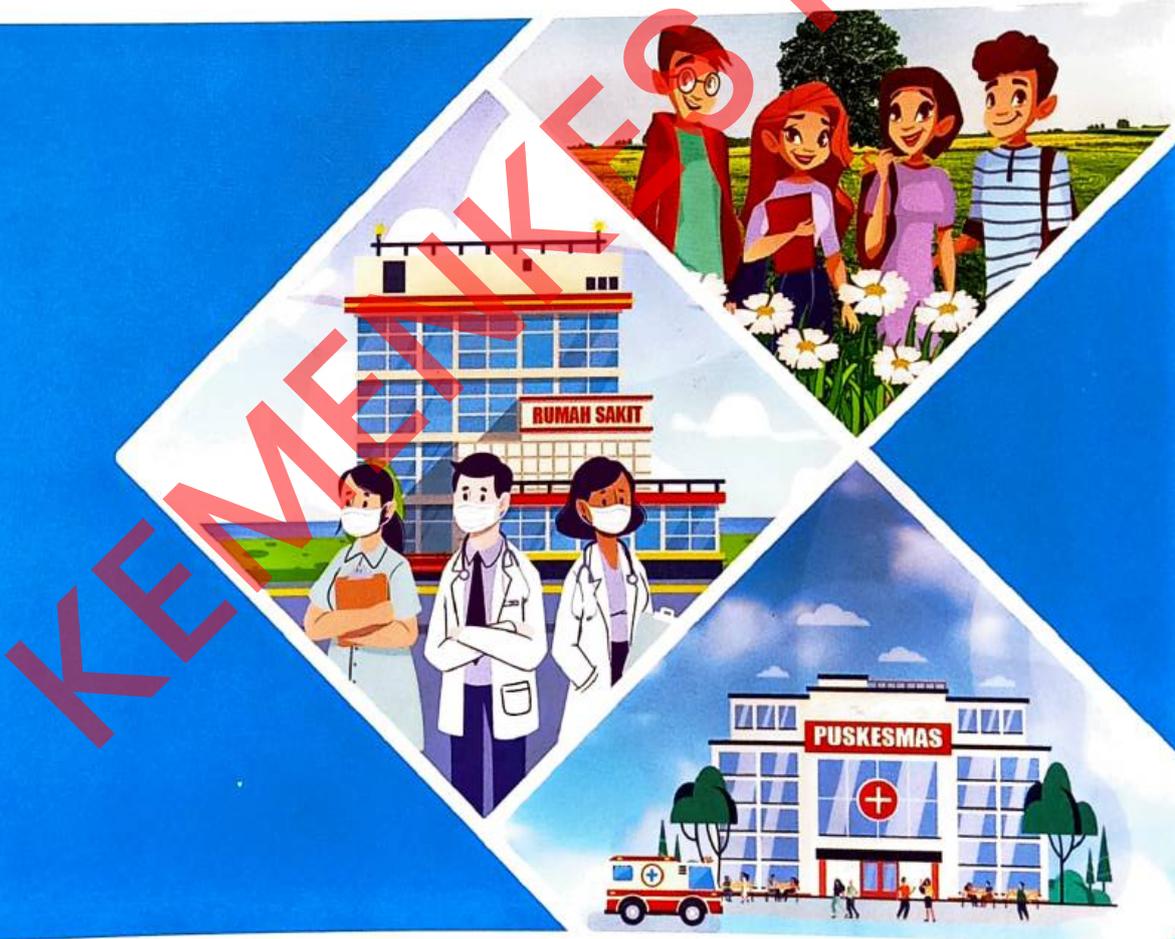


# PEDOMAN TATA KELOLA PENYELENGGARAAN UPAYA KESEHATAN JIWA



KEMENKES RI

**Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI**

362.2  
Ind  
p

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

**Pedoman Tata Kelola Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Jiwa.**- Jakarta : Kementerian Kesehatan RI 2021 .

ISBN 978-623-301-131-0

1. Judul

- I. MENTAL HEALTH SERVICES
- II. NARCOTHERAPY
- III. REHABILITATION NURSING

# PEDOMAN TATA KELOLA PENYELENGGARAAN UPAYA KESEHATAN JIWA



**Diterbitkan Oleh:**  
Kementerian Kesehatan RI

**Hak Cipta dilindungi Oleh Undang-Undang**

Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk fotocopy rekaman dan lain-lain tanpa seijin tertulis dari penerbit.



**Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI**

362.2  
Ind  
p  
Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit  
**Pedoman Tata Kelola Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Jiwa.**- Jakarta : Kementerian Kesehatan RI  
2021 .

ISBN 978-623-301-131-0

1. Judul

- I. MENTAL HEALTH SERVICES
- II. NARCOTHERAPY
- III. REHABILITATION NURSING

# SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas berkah dan karuniaNya, Pedoman Tatakelola Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Jiwa dapat selesai disusun.

Sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional bahwa untuk mencapai tujuan pembangunan nasional di bidang kesehatan dan dalam rangka mewujudkan masyarakat dengan derajat kesehatan setinggi-tingginya, maka diperlukan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2020-2024 yang memuat tujuan, kebijakan dan strategi di bidang kesehatan. Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024 harus dijadikan acuan bagi seluruh satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan dalam menyusun perencanaan tahunan dan penyelenggaraan program pembangunan kesehatan.

Pedoman ini merupakan acuan bagi daerah dalam tatakelola penyelenggaraan upaya kesehatan jiwa untuk mencapai target indikator program sesuai yang tercantum di Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024 sehingga pencegahan, pengendalian dan pelayanan kesehatan jiwa dapat optimal

Akhir kata, saya ucapkan terimakasih yang tak terhingga kepada seluruh petugas kesehatan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan, untuk dedikasi dan pengabdianya dalam menjalankan tugas terutama di masa pandemi COVID-19 ini.

Semoga Allah SWT senantiasa menaungi langkah kita semua untuk dapat bersama-sama berkontribusi optimal dalam mewujudkan masyarakat sehat jiwa.

Plt. Direktur Jenderal P2P



Dr.dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM, MARS

KEMENKES RI

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, karena atas rahmat dan karunia-Nya Buku Pedoman Tatakelola Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Jiwa telah selesai disusun.

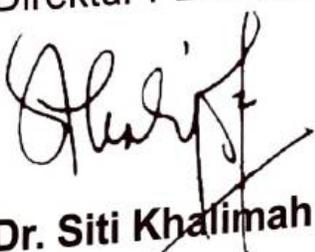
Kesehatan Jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan di Indonesia.

Berbagai faktor risiko biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk mengakibatkan jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. Masalah Kesehatan jiwa lainnya yaitu Penyalahgunaan NAPZA yang semakin meluas di Indonesia, tidak hanya di kota besar tetapi juga ke kota-kota kecil dan terjadi pada berbagai strata masyarakat.

Dalam upaya Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA di Indonesia, maka perlu dikelola dengan baik, sehingga dipandang perlu diterbitkannya Pedoman Tatakelola Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Jiwa sebagai acuan bagi penentu kebijakan dan tenaga kesehatan di Pusat dan di daerah dalam menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa.

Akhir kata, terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak atas dukungan dan kontribusi dalam penyusunan buku pedoman ini.

Jakarta, Januari 2021  
Direktur P2MKJN

  
Dr. Siti Khalimah, SpKJ, MARS

**KEMENKES RI**

# DAFTAR ISI

SAMBUTAN .....	i
KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI .....	v
<b>BAB I</b>	
<b>PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	5
C. Ruang Lingkup dan Sasaran .....	6
D. Dasar Hukum .....	6
<b>BAB II</b>	
<b>KEBIJAKAN DAN STRATEGI</b> .....	9
A. Arah Kebijakan dan Strategi .....	9
B. Target dan Indikator Keberhasilan Kinerja (Global & Nasional) .....	10
C. Sumber Daya Manusia .....	12
D. Jejaring Kemitraan .....	13
<b>BAB III</b>	
<b>TATAKELOLA PENYELENGGARAAN UPAYA KESEHATAN JIWA</b> .....	15
A. Prioritas Nasional Upaya Kesehatan Jiwa .....	18
B. Tahapan Penyelenggaraan Kegiatan .....	26
<b>BAB IV</b>	
<b>OPERASIONAL PENYELENGGARAAN UPAYA KESEHATAN JIWA</b> .....	37

A. Upaya Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif .... 37  
B. Pencatatan Dan Pelaporan ..... 58  
C. Monitoring dan Evaluasi (Indikator Capaian,  
jejaring surveilans) ..... 61

**BAB V**

**PENUTUP** ..... 63  
**TIM PENYUSUN** ..... 64  
**KONTRIBUTOR**..... 65  
**LAMPIRAN** ..... 66

**KEMENKES RI**

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan di dunia, termasuk di Indonesia. Terdapat berbagai masalah kesehatan jiwa dengan gejala yang berbeda, umumnya ditandai oleh kombinasi pemikiran abnormal, masalah atau gangguan persepsi, emosi, perilaku dan hubungan dengan orang lain. Masalah kesehatan dan gangguan jiwa meliputi: depresi, gangguan afektif bipolar, skizofrenia dan psikosis lainnya, demensia, cacat intelektual, dan gangguan perkembangan termasuk gangguan spektrum autisme dan lain-lain. Beban masalah kesehatan jiwa terus meningkat yang berdampak terhadap kesehatan dan konsekuensi sosial, hak asasi manusia dan ekonomi utama di semua negara di dunia.

Depresi adalah masalah kesehatan jiwa yang umum terjadi dan menjadi salah satu penyebab utama kecacatan di seluruh dunia. Berdasarkan data WHO tahun 2018, secara global, sekitar 264 juta orang terkena Depresi. Depresi lebih banyak terjadi pada wanita daripada pria, pada kondisi terburuk Depresi dapat menyebabkan bunuh diri. Masalah kesehatan jiwa lainnya adalah bipolar, data menunjukkan sekitar 60 juta orang di seluruh dunia terkena bipolar, 23 juta orang terkena

Skizofrenia, yaitu gangguan mental yang parah, 50 juta orang terkena demensia, yaitu kondisi penurunan fungsi kognitif yang kronis dan progresif. Data WHO tahun 2018 juga menunjukkan bahwa hampir 800.000 orang mati karena bunuh diri setiap tahunnya. Untuk setiap bunuh diri, terdapat lebih banyak kasus percobaan bunuh diri setiap tahunnya. Upaya percobaan bunuh diri sebelumnya merupakan satu-satunya faktor risiko paling penting. Kematian karena bunuh diri merupakan penyebab kematian kedua pada kelompok usia 15-29 tahun.

Di Indonesia jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah akibat berbagai faktor risiko biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk; hal ini berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan peningkatan beberapa masalah kesehatan jiwa, yaitu prevalensi gangguan jiwa Skizofrenia/Psikosis meningkat dari 0,15% (Riskesdas 2013) menjadi 0,18%; terdapat sekitar 31,5% Rumah Tangga melakukan pasung terhadap penderita Skizofrenia/Psikosis dalam 3 bulan terakhir; hanya sekitar 41,8% penderita Skizofrenia/Psikosis yang minum obat secara teratur; Prevalensi Depresi pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun sebesar 6,1% (sekitar 12 juta penduduk umur  $\geq 15$  tahun) dan hanya 9% yang minum obat/menjalani pengobatan medis; Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun mengalami peningkatan dari 6% (Riskesdas 2013) menjadi 9% atau sekitar 19 juta penduduk umur  $\geq 15$  tahun (Riskesdas 2018).

Masalah Kesehatan jiwa lainnya yaitu Penyalahgunaan NAPZA yang semakin meluas di Indonesia, tidak hanya di kota besar tetapi juga ke kota-kota kecil dan terjadi pada

berbagai strata masyarakat. Data survei BNN dan PPKUI pada kelompok rumah tangga di 20 provinsi tahun 2015, didapatkan prevalensi orang yang pernah pakai narkoba setahun terakhir (current user) di tahun 2015 menyentuh angka 0,6%. Hal ini menunjukkan dari seribu orang, ada enam orang yang pakai narkoba dalam setahun terakhir di tingkat rumah tangga umum. Mereka yang pakai narkoba setahun terakhir kebanyakan berada di kelompok umur 20-29 tahun, terutama di kota. Jenis narkoba yang pernah dipakai (ever used) paling banyak adalah ganja (57%), diikuti oleh shabu (23%) dan ekstasi (15%). Di rumah tangga khusus, saat ini diperkirakan ada 38 dari 1000 orang yang masih pakai narkoba dalam setahun terakhir (3,8%). Mereka yang pakai narkoba kebanyakan berada pada kelompok umur 20-29 tahun (4,6%).

Dampak buruk lain dari masalah penyalahgunaan NAPZA adalah tingginya angka kematian. Berdasarkan survei BNN diperkirakan tahun 2014 terdapat 33 orang korban meninggal sehari karena penyalahgunaan narkoba/NAPZA. Angka ini belum menggambarkan keadaan sesungguhnya, sebab penyebab kematian sebenarnya seringkali tidak diungkap, banyak kasus NAPZA dilaporkan meninggal karena sebab lain, seperti penyakit gastrointestinal, perdarahan otak, penyakit jantung, asma, atau kecelakaan, yang penyebab awalnya penyalahgunaan NAPZA.

Program upaya kesehatan jiwa telah menjadi komitmen global dan nasional yang dituangkan dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs), yaitu:

- a. Pada tahun 2030, menurunkan 1/3 kematian dini karena PTM dan mempromosikan kesehatan jiwa (target 3.4);

- b. Menurunkan angka kematian karena bunuh diri (target 3.4.2);
- c. Memperkuat Pencegahan dan Pengobatan Penyalahgunaan Zat, Termasuk Penyalahgunaan Narkotika dan Penggunaan Alkohol yang membahayakan (target 3.5) dan
- d. Jumlah Penyalahguna Narkotika dan Pengguna Alkohol yang Mengakses Layanan Rehabilitasi Medis (target 3.5.1a). Pemerintah berkomitmen untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas masalah kesehatan jiwa dan NAPZA, melalui intensifikasi pencegahan dan pengendalian penyakit secara komprehensif.

Strategi Pembangunan Kesehatan Jiwa Masyarakat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- a. Meningkatkan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- b. Menguatkan kerjasama lintas sektor, serta kemitraan dengan swasta dan masyarakat;
- c. Memberdayakan masyarakat secara terintegrasi dengan program lintas sektor;
- d. Meningkatkan advokasi dan sosialisasi Kesehatan Jiwa Masyarakat;
- e. Menguatkan kapasitas sumber daya serta penguatan mekanisme kerja dan
- f. Membangun sistem data dan informasi serta kajian bidang kesehatan jiwa.

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka diperlukan pemahaman yang cukup serta menyeluruh tentang besarnya permasalahan kesehatan jiwa dan faktor risikonya serta upaya untuk mengendalikan dan menanggulangi permasalahan tersebut bagi penentu kebijakan dan tenaga kesehatan di Pusat dan di daerah. Sebagai acuan penyelenggaraan upaya kesehatan jiwa maka perlu disusun PEDOMAN TATAKELOLA PENYELENGGARAAN UPAYA KESEHATAN JIWA.

## B. Tujuan:

### 1. Tujuan Umum

Menyelenggarakan upaya Kesehatan Jiwa di Indonesia.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Memahami arah kebijakan dan strategi penanggulangan
- b. Memahami target dan indikator keberhasilan
- c. Melaksanakan upaya promotif dan preventif
- d. Melaksanakan upaya kuratif (pelayanan kesehatan jiwa esensial) dan rehabilitatif
- e. Melaksanakan komunikasi risiko dan pemberdayaan masyarakat
- f. Melaksanakan surveilans epidemiologi
- g. Melaksanakan penyediaan dan peningkatan kapasitas sumber daya
- h. Melaksanakan monitoring dan evaluasi

## C. Ruang Lingkup dan Sasaran

### 1. Ruang Lingkup

Pedoman ini meliputi beberapa pokok bahasan masalah kesehatan dan gangguan jiwa mulai dari usia anak sampai lansia termasuk NAPZA. yaitu arah kebijakan dan strategi penanggulangan, target dan indikator keberhasilan, surveilans epidemiologi, upaya promotif dan preventif, upaya kuratif dan rehabilitatif, komunikasi risiko dan pemberdayaan masyarakat,

2. Sasaran pedoman adalah tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan Puskesmas.

## D. Dasar Hukum

Agar pelaksanaan program dan kegiatan dapat berjalan dengan baik maka perlu didukung dengan regulasi yang memadai. Perubahan dan penyusunan regulasi disesuaikan dengan tantangan global, regional dan nasional. Regulasi yang telah disusun disusun antara lain adalah:

1. Undang-Undang Dasar Negara RI tahun 1945
2. Undang-undang Nomor 4 tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak
3. Undang-undang Nomor 5 tahun 1997 tentang Psikotropika
4. Undang-undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran

5. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
6. Undang-undang Nomor 35 tahun 2009 tentang Narkotika
7. Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
8. Undang-undang Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah
9. Undang-undang Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa
10. Undang-undang Nomor 35 tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
11. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2016 Tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2016 Tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak Menjadi Undang-Undang
12. Undang-undang Nomor 8 tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas
13. Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Laport Pecandu Narkotika
14. Peraturan Pemerintah Nomor 2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal
15. Instruksi Presiden Nomor 6 tahun 2018 tentang Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkotika dan Prekursor Narkotika
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak

17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 tahun 2016 tentang Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 tentang Penyelenggaraan Institusi Penerima Wajib Laporan

KEMENKES RI

## **BAB II**

# **KEBIJAKAN DAN STRATEGI**

### **A. Arah Kebijakan dan Strategi**

#### 1. Arah Kebijakan

- a) Terwujudnya masyarakat peduli kesehatan jiwa
- b) Terwujudnya Pelayanan Jiwa & NAPZA yang Komprehensif
- c) Terwujudnya Upaya Kesehatan Jiwa dan NAPZA Berbasis Masyarakat

#### 2. Strategi

- a) Penguatan regulasi Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA;
- b) Advokasi dan Sosialisasi Program Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA;
- c) Peningkatan jejaring kemitraan Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA (MKJN) dengan lintas program dan lintas sektor;
- d) Pencegahan dan pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Penyalahgunaan NAPZA terintegrasi di Fasyankes/PKM dalam kerangka JKN;
- e) Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA berbasis keluarga, masyarakat, institusi pendidikan, lingkungan kerja;
- f) Peningkatan promosi kesehatan;
- g) Pengembangan dan Penguatan Surveilans dengan optimalisasi Teknologi Informasi;

- h) Perluasan riset dan inovasi untuk tersedianya data kematian karena bunuh diri dan penyalahgunaan NAPZA secara berkesinambungan;
- i) Peningkatan peran serta komunitas, masyarakat, mitra dan multisektor lainnya dalam pencegahan MKJN;
- j) Peningkatan kapasitas dan mutu Sumber Daya Kesehatan Jiwa dan NAPZA.

## B. Target dan Indikator Keberhasilan Kinerja (Global & Nasional)

### INDIKATOR GLOBAL

#### *Sustainable Development Goals (SDG's)*

- a. Pada target 3.4 menyebutkan bahwa pada tahun 2030, mengurangi sepertiga kematian dini akibat penyakit tidak menular melalui pencegahan dan pengobatan, serta meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan.
- b. Target 3.4.2 dapat menurunkan angka kematian karena bunuh diri
- c. Target 3.5 yaitu: memperkuat Pencegahan dan Pengobatan Penyalahgunaan Zat, Termasuk Penyalahgunaan Narkotika dan Penggunaan Alkohol yang membahayakan
- d. Target 3.5.1a. tentang jumlah Penyalahguna Narkotika dan Pengguna Alkohol yang Mengakses Layanan Rehabilitasi Medis

### RENCANA STRATEGIS KEMENKES TAHUN 2020-2024 (PERMENKES NOMOR 21 TAHUN 2020)

Indikator dan target pada akhir periode Renstra adalah sebagai berikut:

1. Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan NAPZA

- sebanyak 514 kabupaten/kota.
2. Persentase ODGJ berat yang mendapatkan layanan sebesar 100%.
  3. Penyalahguna NAPZA yang mendapatkan pelayanan rehabilitasi medis sebanyak 11.500.
  4. Persentase penderita Depresi pada penduduk  $\geq 15$  tahun yang mendapat layanan sebesar 50%.
  5. Persentase penderita gangguan mental emosional pada penduduk  $\geq 15$  tahun yang mendapat layanan sebesar 50%.

### **STANDAR PELAYANAN MINIMAL (PERMENKES NOMOR 4 TAHUN 2019)**

Indikator: Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat sebesar 100%

### **PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PERMENKES NOMOR 39 TAHUN 2016)**

Indikator: Penderita gangguan jiwa berat, diobati dan tidak ditelantarkan

### **RENCANA AKSI NASIONAL HAM (PERATURAN PRESIDEN NOMOR 33 TAHUN 2018)**

Indikator:

- a. Meningkatnya jumlah ODGJ yang dipasung ditemukan, dibebaskan serta mendapat pelayanan kesehatan jiwa (100%/tahun);
- b. Meningkatnya fasilitas layanan kesehatan untuk ODGJ (4.500 puskesmas (50% dari 9.759 puskesmas/tahun)
- c. Jumlah ODGJ yang mendapat layanan kesehatan sesuai standar (250.000/tahun)

## C. Sumber Daya Manusia

Ketenagaan dalam upaya kesehatan jiwa memiliki standar kebutuhan minimal (jumlah dan jenis tenaga) untuk terselenggaranya program.

### 1. Di Masyarakat

Upaya kesehatan jiwa di masyarakat dilakukan dalam kegiatan penyuluhan, dan pengenalan tanda dan gejala, pertolongan awal masalah kesehatan jiwa dan NAPZA di masyarakat (pelayanan luar gedung) yaitu di Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), Lembaga Pendidikan, lembaga sosial, kunjungan rumah dan lain-lain. Kebutuhan minimal tenaga pelaksana adalah kader kesehatan dan pekerja sosial dengan pendampingan oleh tenaga kesehatan.

### 2. Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

#### a. Puskesmas

Kebutuhan minimal tenaga pelaksana terdiri dari dokter umum, psikolog klinis, tenaga perawat, tenaga kesehatan masyarakat/ promosi kesehatan.

#### b. Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa Pemerintah dan/ atau Swasta

Kebutuhan minimal tenaga pelaksana terdiri dari dokter umum, psikolog klinis, psikiater, dokter spesialis lainnya, okupasional terapis, perawat/ perawat jiwa, dan tenaga kesehatan masyarakat/ promosi kesehatan.

#### c. Tingkat Kabupaten/Kota

Pengelola program Keswa di dinas kesehatan kabupaten/kota.

d. Tingkat Provinsi

Pengelola program Keswa di dinas kesehatan provinsi.

#### D. Jejaring Kemitraan

Keberhasilan upaya kesehatan jiwa membutuhkan komitmen yang kuat dan ketersediaan sumber daya yang cukup secara berkesinambungan. Upaya pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan jiwa dan NAPZA hendaknya dilakukan dengan membangun jejaring kerja yang terdiri dari lintas sektor terkait dalam bidang pendidikan, sosial, agama, hukum, keamanan, informasi, Badan Narkotika Nasional, Kementerian/Lembaga terkait lainnya, swasta, LSM, profesi dan masyarakat. Kemitraan dengan lintas sektor perlu diawali dengan penyusunan dokumen perencanaan terintegrasi lintas sektor yang akan menjadi acuan penetapan kegiatan dari setiap sektor/ lembaga terkait pada suatu periode waktu tertentu. Sesuai amanat Undang-Undang nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, perlu disusun regulasi tentang Tim Pembina/Pengarah/Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) di setiap jenjang administrasi.

**KEMENKES RI**

## BAB III

# TATAKELOLA PENYELENGGARAAN UPAYA KESEHATAN JIWA

Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Orang Dengan Masalah Kejiwaan yang selanjutnya disingkat ODMK adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa. Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

Prioritas nasional upaya kesehatan jiwa di Indonesia adalah:

1. Deteksi Dini Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA
2. Penanggulangan Orang dengan Gangguan Jiwa Berat;
3. Penanggulangan Gangguan Mental Emosional;
4. Penanggulangan Depresi;
5. Rehabilitasi Medis Penyalahguna NAPZA;

## A. Prioritas Nasional Upaya Kesehatan Jiwa

Penyelenggaraan upaya kesehatan jiwa dilakukan secara menyeluruh, terintegrasi dan berkesinambungan mulai dari masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan primer hingga ke tingkat rujukan. Dalam rangka memastikan penyelenggaraan dapat berlangsung optimal dan menjangkau seluruh lapisan masyarakat maka ditetapkan prioritas nasional. Prioritas nasional ini merupakan indikator untuk mengukur keberhasilan kinerja di setiap wilayah. Indikator dan bagaimana mencapai targetnya dijelaskan di bawah ini.

### 1. Jumlah Kabupaten/ Kota yang Melaksanakan Deteksi Dini Masalah Kesehatan Jiwa dan Penyalahguna NAPZ

#### a. Pengertian:

Upaya pencegahan dengan menemukan secara dini masalah kesehatan jiwa dan NAPZA di masyarakat dan fasilitas pelayanan kesehatan primer.

#### b. Tujuan Indikator:

- Mengetahui besaran masalah kesehatan jiwa di Indonesia;
- Mengenali secara dini masalah kesehatan jiwa dan gangguan jiwa yang dialami oleh masyarakat;
- Memberikan penanganan secara dini masalah kesehatan jiwa dan gangguan jiwa sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia.

**c. Definisi Operasional:**

Kabupaten/Kota yang 25% puskesmasnya melakukan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahguna NAPZA terhadap seluruh kelompok usia dengan menggunakan instrumen SDQ (untuk anak usia 4-18 tahun) dan/atau SRQ 20 (usia di atas 18 tahun), dan/atau ASSIST yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan/ atau guru terlatih sesuai alur deteksi dini.

Target 2020: 330 kab/kota

Target 2021: 380 kab/kota

Target 2022: 430 kab/kota

Target 2023: 480 kab/kota

Target 2024: 514 kab/kota

**d. Capaian Kinerja:**

Kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa.

**e. Rumusan Perhitungan:**

- Jumlah kab/kota yang memiliki 25% puskesmas yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahguna NAPZA.
- Target per provinsi ditetapkan melalui penghitungan secara proporsi, yaitu jumlah kabupaten/ kota sesuai target indikator pada tahun tersebut dibagi jumlah kabupaten/ kota seluruh Indonesia dikalikan jumlah kabupaten/ kota yang ada di provinsi tersebut.
- Contoh Provinsi Jawa Timur target tahun 2020 adalah:  
 $330/514 \times 38 = 24$  kab/kota.
- Capaian tahunan dihitung pada akhir tahun berjalan.

## 2. Persentase ODGJ Berat yang Mendapatkan Layanan

### a. Pengertian:

Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat merupakan penderita Skizofrenia dan Psikosis Akut. ODGJ berat yang mendapat layanan adalah penderita Skizofrenia dan Psikosis Akut yang mendapatkan penanganan di fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas, Klinik, RSU dengan Layanan Keswa, RSJ).

### b. Tujuan Indikator:

- Meningkatkan akses layanan kepada ODGJ berat;
- Memenuhi hak setiap warga negara untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan yang bermutu;
- Menurunkan kesenjangan pengobatan;
- Menurunkan beban akibat gangguan jiwa;
- Menurunkan stigma dan diskriminasi untuk ODGJ berat;
- Meningkatkan partisipasi sosial, kemandirian, produktifitas dan kualitas hidup ODGJ berat.

### c. Definisi Operasional:

ODGJ berat yang mendapat pelayanan sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan, berupa: pemeriksaan kesehatan jiwa (wawancara psikiatrik dan pemeriksaan status mental), memberikan informasi dan edukasi, tatalaksana pengobatan dan atau melakukan rujukan bila diperlukan.

#### d. Standar Pelayanan:

Pelayanan kesehatan dilakukan oleh minimal 1 orang Dokter Umum/ Spesialis Kedokteran Jiwa dan 1 orang Perawat/ Perawat Spesialis Keperawatan Jiwa.

#### e. Capaian Kinerja:

Persentase ODGJ berat yang mendapatkan layanan

$$\text{Rumus Perhitungan} = \frac{\text{(Jumlah Penderita ODGJ Berat yang mendapat layanan)}}{\text{(Jumlah estimasi penderita ODGJ di wilayahnya berdasarkan angka prevalensi Riskesdas terbaru)}} \times 100\%$$

Catatan:

Numerator: Jumlah penderita ODGJ yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun.

Penderita ODGJ: penderita Skizofrenia dan Psikotik Akut yang didiagnosis oleh dokter atau psikolog klinis atau psikiater.

Denominator: Jumlah penderita ODGJ berdasarkan estimasi dalam kurun waktu satu tahun yang sama.

Hasil estimasi penderita ODGJ diperoleh dari prevalensi ODGJ provinsi dari data Riskesdas terbaru dikalikan jumlah penduduk di wilayah tersebut dalam kurun waktu yang sama.

Contoh Perhitungan:

Prevalensi ODGJ di Provinsi "PB" adalah 0,14% berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar, dan jumlah penduduk di Kabupaten "S" pada tahun 2020 adalah 91.134 jiwa.

Jumlah estimasi penderita ODGJ di Kabupaten "S" tahun 2020 adalah  $(0,14\% \times 91.134) = 128$  penderita ODGJ. Target capaian indikator penderita ODGJ yang mendapat layanan pada tahun 2020 sebesar 45%, yaitu 58 penderita ODGJ.

Bila jumlah penderita ODGJ yang mendapat pelayanan kesehatan berupa pemeriksaan kesehatan jiwa (wawancara psikiatrik dan pemeriksaan status mental), memberikan informasi dan edukasi, tatalaksana pengobatan dan atau melakukan rujukan bila diperlukan, sebesar 25 ODGJ, maka persentase penderita ODGJ yang mendapat layanan adalah:  $(25/128) \times 100\% = 19,5\%$ .

### 3. Persentase Gangguan Mental Emosional (GME) Pada Penduduk $\geq 15$ Tahun yang Mendapat Layanan

#### a. Pengertian:

Gangguan mental emosional adalah perubahan dalam pikiran, perasaan dan perilaku yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, tapi tidak dijumpai tanda dan gejala gangguan dalam daya nilai realita.

#### b. Tujuan Indikator:

- Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya penanganan gangguan mental emosional untuk membantu seseorang menjalani hidup secara berkualitas;
- Mengenali secara dini masalah-masalah mental emosional yang dapat memengaruhi produktifitas

- Meningkatkan akses layanan terhadap gangguan mental emosional;
- Menurunkan stigma terhadap masalah kesehatan jiwa dan gangguan jiwa.

### c. Definisi Operasional:

Penderita gangguan mental emosional pada penduduk  $\geq 15$  tahun berdasarkan hasil deteksi dini dengan menggunakan instrumen SRQ 20 dengan *cut of point*  $\geq 6$  pada usia  $> 18$  tahun, dan instrumen SDQ dengan hasil ambang/*borderline* atau abnormal pada usia 15-18 tahun yang mendapatkan layanan kesehatan berupa: promosi kesehatan, dan/ atau prevensi, dan/ atau konseling, dan/ atau penanganan awal, dan/atau rujukan dan/ atau penanganan lanjutan.

### d. Capaian Kinerja:

Persentase penderita gangguan mental emosional pada penduduk  $\geq 15$  tahun yang mendapat layanan.

$$\text{Rumus Perhitungan} = \frac{\text{Jumlah Penderita GME usia } \geq 15 \text{ tahun yang mendapat layanan dalam kurun waktu 1 tahun}}{\text{(Jumlah estimasi penderita GME pada penduduk usia } \geq 15 \text{ tahun di wilayahnya berdasarkan angka prevalensi Riskesdas terbaru)}} \times 100\%$$

Catatan:

Numerator: Jumlah penderita GME pada penduduk  $\geq 15$  tahun di wilayah kerja Kab/Kota yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa dalam kurun waktu satu tahun.

Penderita GME: penduduk  $\geq 15$  tahun yang dilakukan

deteksi dini dengan menggunakan instrumen SRQ 20 dengan *cut of point*  $\geq 6$  atau SDQ dengan hasil ambang/borderline atau abnormal.

Denominator : Jumlah penderita GME pada penduduk  $\geq 15$  tahun berdasarkan estimasi di wilayah kerja Kab/Kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama.

Hasil estimasi penderita GME pada penduduk  $\geq 15$  tahun diperoleh dari prevalensi GME data Riskesdas terbaru dikalikan jumlah penduduk usia  $\geq 15$  tahun di wilayah tersebut dalam kurun waktu yang sama.

Contoh Perhitungan:

Prevalensi GME di Kabupaten "T" adalah 13% berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar, dan jumlah penduduk  $\geq 15$  tahun di Kabupaten tersebut pada tahun 2020 adalah 290.000 orang.

Jumlah estimasi penderita GME pada penduduk  $\geq 15$  tahun di Kab "T" tahun 2020 adalah  $13/100 \times 290.000 = 37.700$  penderita GME. Target capaian indikator penderita GME yang mendapat layanan pada tahun 2020 sebesar 10%, yaitu 3.770 penderita GME.

Bila jumlah penderita GME yang mendapat pelayanan kesehatan berupa promosi kesehatan, deteksi dini, penanganan awal dan/atau rujukan dan penanganan lanjut sebesar 2.000, maka persentase penderita GME yang mendapat layanan adalah:  $(2.000/37.700) \times 100\% = 5,3\%$ .

#### 4. Persentase Depresi Pada Penduduk >15 Tahun yang Mendapat Layanan

##### a. Pengertian:

Depresi merupakan salah satu gangguan mood yang ditandai dengan gejala utama berupa: 1) afek depresif, 2) kehilangan minat, 3) kehilangan energi yang ditandai dengan cepat lelah; dan dengan gejala tambahan lainnya, seperti: konsentrasi atau perhatian yang berkurang, harga diri maupun kepercayaan diri yang berkurang, rasa bersalah atau rasa tidak berguna, memiliki pandangan tentang masa depan yang suram serta pesimistis, gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu, dan nafsu makan berkurang yang berlangsung terus menerus selama kurun waktu minimal 2 minggu (PPDGJ III)

##### b. Tujuan Indikator:

- Mengenal dan memberikan penanganan secara dini gangguan depresi;
- Menurunkan stigma terhadap masalah kesehatan jiwa dan gangguan jiwa;
- Mengenal dan mencegah kematian akibat bunuh diri;
- Meningkatkan akses layanan kesehatan jiwa yang dibutuhkan oleh masyarakat;
- Memberikan penanganan yang tepat dan adekuat untuk orang dengan gangguan depresi sehingga dapat menjalani hidup secara produktif dan berkualitas.

##### c. Definisi Operasional:

Penderita Depresi pada penduduk >15 tahun, berdasarkan wawancara psikiatrik dengan merujuk pada PPDGJ III,

yang mendapatkan layanan di fasyankes oleh tenaga kesehatan (dokter, psikiater dan psikolog) berupa: promosi kesehatan, dan/atau penanganan awal, dan/atau rujukan dan/ atau penanganan lanjutan.

#### d. Capaian Kinerja:

Persentase penderita Depresi pada penduduk  $\geq 15$  tahun yang mendapat layanan.

$$\text{Rumus Perhitungan} = \frac{\text{Jumlah Penderita Depresi usia } \geq 15 \text{ tahun yang mendapat layanan}}{\text{Jumlah estimasi penderita Depresi pada penduduk usia } \geq 15 \text{ tahun di wilayahnya berdasarkan angka prevalensi Riskesdas terbaru}} \times 100\%$$

Catatan:

Numerator: Jumlah penderita Depresi pada penduduk  $\geq 15$  tahun di wilayah kerja Kab/Kota yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun.

Denominator : Jumlah penderita Depresi pada penduduk  $\geq 15$  tahun berdasarkan estimasi di wilayah kerja Kab/Kota dalam kurun waktu satu tahun yang sama.

Hasil estimasi penderita Depresi pada penduduk  $\geq 15$  tahun diperoleh dari prevalensi Depresi data Riskesdas terbaru dikalikan jumlah penduduk  $\geq 15$  tahun di wilayah tersebut dalam kurun waktu yang sama.

Contoh Perhitungan:

Prevalensi Depresi di Kota "G" adalah 10% berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar, dan jumlah penduduk  $\geq 15$

tahun di Kabupaten tersebut pada tahun 2020 adalah 160.000 orang.

Jumlah estimasi penderita Depresi  $\geq 15$  tahun di Kota "G" tahun 2020 adalah  $(10 \times 160.000)/100 = 16.000$  penderita Depresi. Target capaian indikator penderita Depresi yang mendapat layanan pada tahun 2020 sebesar 10%, yaitu 1.600 penderita.

Bila Jumlah penderita Depresi yang mendapat pelayanan kesehatan berupa promosi kesehatan, deteksi dini, penanganan awal dan/atau rujukan dan penanganan lanjut sebesar 1.000, maka persentase penderita Depresi yang mendapat layanan adalah:  $(1.000/16.000) \times 100\% = 6,25\%$ .

## 5. Penyalahguna NAPZA yang Mendapatkan Pelayanan Rehabilitasi Medis

### a. Pengertian:

Seseorang dengan gangguan penggunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya yang mendapat rehabilitasi medis.

### b. Tujuan Indikator:

- Meningkatkan akses dan mutu layanan rehabilitasi medis bagi penyalahguna NAPZA;
- Mengidentifikasi kelompok berisiko di masyarakat yang menyalahgunakan NAPZA;
- Meningkatkan kualitas hidup penyalahguna NAPZA di masyarakat;

- Penyediaan layanan yang responsif gender dan usia serta berbagai latar belakang pecandu, penyalahguna dan korban penyalahgunaan NAPZA tiap kab/kota sehingga dapat menurunkan angka penyalahgunaan NAPZA di masyarakat.

### **c. Definisi Operasional:**

Penyalahguna NAPZA baru yang datang secara sukarela dan/atau pembantaran, dan/atau kasus putusan pengadilan dan/atau mendapatkan layanan rehabilitasi medis rawat jalan dan/atau rawat inap di IPWL.

### **d. Capaian Kinerja:**

Jumlah penyalahguna NAPZA baru yang mendapatkan layanan rehabilitasi medis.

### **e. Rumusan Perhitungan:**

Jumlah kumulatif penyalahguna NAPZA baru yang mendapatkan layanan rehabilitasi medis di IPWL dan telah dilaporkan melalui aplikasi SELARAS. Data didapat dari pelaporan IPWL dan Aplikasi Sistem Elektronik Pelaporan Rehabilitasi Medis NAPZA (SELARAS) dan/ atau Dinas Kesehatan Provinsi.

## **B. Tahapan Penyelenggaraan Kegiatan**

1. Tahap Perencanaan
2. Tahap Pelaksanaan

### 3. Tahap Pembinaan, Monitoring dan Evaluasi

#### 1. Tahap Perencanaan

##### Kementerian Kesehatan

- Menetapkan dan mensosialisasikan target sasaran indikator tahunan untuk setiap provinsi.
- Mengupayakan ketersediaan dan kecukupan logistik kesehatan untuk mendukung pelayanan keswa tingkat pusat, antara lain: obat psikotropika, instrumen deteksi dini masalah kesehatan dan gangguan jiwa, media Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE).
- Mengidentifikasi sumber daya dan jejaring kerja tingkat nasional, seperti:
  - a) Jumlah rumah sakit jiwa serta jumlah puskesmas dan rumah sakit yang mampu melaksanakan pelayanan keswa di setiap provinsi;
  - b) Jumlah tenaga kesehatan jiwa dari organisasi profesi yang ada, antara lain psikiater, dokter anak, psikolog klinis, dokter umum dan perawat dan perawat jiwa, yang dapat memberikan pelayanan bila diperlukan baik yang sudah terlatih maupun belum terlatih;
  - c) TPKJM dan tim DKJPS di setiap provinsi;
  - d) Pelayanan konsultasi kesehatan jiwa jarak jauh tingkat nasional yang dapat dijangkau oleh masyarakat, baik milik pemerintah, pemerintah daerah, organisasi profesi, dan lain-lain.
- Menyusun rencana kegiatan di tingkat nasional yang melibatkan lintas program, lintas sektor dan LSM yang ada.

## Dinas Kesehatan Provinsi

- Melakukan pendampingan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota untuk menetapkan jumlah target sasaran indikator di Kabupaten/ Kota yang harus dicapai dalam 1 (satu) tahun;
- Mengidentifikasi sumber daya dan jejaring kerja tingkat provinsi seperti:
  - a) Jumlah kabupaten/kota yang memiliki rumah sakit jiwa serta puskesmas dan rumah sakit yang mampu melaksanakan pelayanan keswa;
  - b) Jumlah tenaga kesehatan jiwa dari organisasi profesi yang ada di wilayah, antara lain psikiater, dokter anak, psikolog klinis, dokter umum dan perawat dan perawat jiwa, yang dapat memberikan pelayanan bila diperlukan baik yang sudah terlatih maupun belum terlatih;
  - c) Jumlah kabupaten/kota yang memiliki TPKJM kab/kota dan tim DKJPS;
  - d) Pelayanan konsultasi kesehatan jiwa jarak jauh tingkat provinsi yang dapat dijangkau oleh masyarakat, baik milik pemerintah, pemerintah daerah, organisasi profesi, dan lain-lain.
- Mengupayakan ketersediaan dan kecukupan logistik kesehatan untuk mendukung pelayanan keswa tingkat provinsi, antara lain: obat psikotropika, instrumen deteksi dini masalah kesehatan dan gangguan jiwa, media KIE.
- Mengidentifikasi ketersediaan anggaran dari berbagai sumber pendanaan, seperti: APBN, APBD, ADD, CSR, dan lain-lain.

- Menyusun rencana kegiatan di tingkat provinsi yang melibatkan lintas program, lintas sektor dan LSM yang ada di wilayah.

### **Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota**

- Pengelola program Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota menetapkan jumlah target sasaran indikator yang harus dicapai dalam 1 (satu) tahun, yang bersumber dari data sasaran program Pusdatin dan BPS.
- Melakukan perhitungan estimasi target capaian layanan ODGJ, Depresi dan GME dengan menggunakan prevalensi dari data Riskesdas terbaru, dan perhitungan capaian NAPZA menggunakan prevalensi dari hasil survei BNN.
- Mendistribusikan target sasaran per kecamatan dengan cara: membagi sasaran kabupaten kepada setiap kecamatan secara proporsial, berdasarkan proporsi jumlah penduduk usia  $\geq 15$  tahun per kecamatan di kabupaten/ kota tersebut.
- Mengidentifikasi sumber daya dan jejaring kerja tingkat Kabupaten/Kota seperti:
  - a) Jumlah rumah sakit jiwa, jumlah puskesmas, dan rumah sakit yang mampu melaksanakan pelayanan keswa; untuk di puskesmas telah tersedia tenaga keswa yang terlatih;
  - b) Jumlah tenaga kesehatan jiwa dari organisasi profesi yang ada di wilayah, antara lain psikiater, dokter anak, psikolog klinis, dokter umum dan perawat dan perawat jiwa, yang dapat memberikan pelayanan bila diperlukan baik yang sudah terlatih maupun belum terlatih;

- c) Jumlah puskesmas dan atau rumah sakit yang terdapat tenaga keswa namun belum dilatih untuk direncanakan untuk mendapat pelatihan;
- d) Jumlah guru SMA dan yang sederajat yang sudah dilatih life skill,
- e) Jumlah kader kesehatan jiwa dan pekerja masyarakat (relawan/sosial) yang ada di wilayah kerja;
- f) Pelayanan konsultasi kesehatan jiwa jarak jauh tingkat Kab/Kota yang dapat dijangkau oleh masyarakat, baik milik pemerintah, pemerintah daerah, organisasi profesi, dan lain-lain.
- Memastikan ketersediaan dan kecukupan logistik kesehatan untuk mendukung pelayanan keswa tingkat Kab/Kota, antara lain: obat psikotropika, instrumen deteksi dini masalah kesehatan dan gangguan jiwa, media KIE.
- Mengidentifikasi ketersediaan anggaran dari berbagai sumber pendanaan, seperti: APBN, APBD, ADD, CSR, dan lain-lain.
- Menyusun rencana kegiatan di tingkat Kab/Kota yang melibatkan lintas program, lintas sektor dan LSM yang ada di wilayah.

### **Puskesmas**

- Mengidentifikasi sumber daya dan jejaring kerja, seperti:
  - a) jumlah tenaga kesehatan yang terlatih kesehatan jiwa;
  - b) jumlah pekerja masyarakat dan kader kesehatan jiwa, seperti kader kesehatan bidan di desa, pekerja

sosial, guru, tokoh masyarakat, tokoh agama, PKK, karang taruna, organisasi sosial dan elemen masyarakat lainnya;

- c) jumlah guru SMA yang sudah dilatih life skill;
- d) Pelayanan konsultasi kesehatan jiwa jarak jauh atau layanan kesehatan jiwa bergerak yang dapat dijangkau oleh masyarakat, baik milik pemerintah, pemerintah daerah, organisasi profesi, dan lain-lain.
- Mengidentifikasi lokasi pelayanan dalam gedung dan luar gedung serta kelompok rentan seperti: panti asuhan, rumah singgah, Lembaga pembinaan khusus anak (lapas anak), sekolah, posyandu, posyandu lansia, panti jompo dan lain-lain.
- Memastikan ketersediaan dan kecukupan logistik untuk mendukung layanan keswa, antara lain: obat psikotropika esensial, instrumen deteksi dini masalah kesehatan dan gangguan jiwa, penggandaan media KIE;
- Mengidentifikasi ketersediaan anggaran dari berbagai sumber pendanaan, seperti : APBN, APBD, ADD, CSR, dan lain-lain.
- Melaksanakan Lokakarya mini untuk mengidentifikasi kesiapan layanan keswa dan menyusun rencana kegiatan di wilayah kerja puskesmas dengan melibatkan lintas program, lintas sektor dan LSM serta elemen masyarakat lainnya.

## 2. Tahap Pelaksanaan

### Dinas Kesehatan Provinsi

- Melakukan advokasi tentang upaya kesehatan jiwa kepada pemangku kebijakan di tingkat provinsi;

- Membentuk dan menggerakkan Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) tingkat Provinsi dengan melibatkan organisasi perangkat daerah;
- Membentuk dan menggerakkan Tim DKJPS tingkat provinsi dengan melibatkan lintas program, RS/RSJ, organisasi profesi dan lintas sektor yang ada di wilayah kerja;
- Meningkatkan kegiatan promosi dan preventif dalam penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan NAPZA;
- Memberikan pelatihan, dan/atau orientasi berjenjang tentang masalah kesehatan jiwa dan NAPZA kepada pengelola program, tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas dan masyarakat;
- Meningkatkan koordinasi dengan lintas sektor terkait, lembaga swasta, dunia usaha, perguruan tinggi dan elemen masyarakat dengan menyelenggarakan pertemuan berkala dalam rangka memperkuat layanan keswa tingkat provinsi;
- Melakukan sosialisasi dan bimbingan teknis masalah kesehatan jiwa dan NAPZA kepada kabupaten/kota.
- Mengupayakan dan mengkoodinasikan mobilisasi sumber daya yang bersumber dari pemerintah maupun swasta.
- Mengembangkan program upaya kesehatan jiwa berbasis masyarakat;
- Melakukan analisis data cakupan dari masing-masing kabupaten/kota serta mengidentifikasi permasalahan yang ditemukan.
- Melakukan surveilans epidemiologi penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan NAPZA;

- Melakukan pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan ke Pusat.

### **Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota**

- Melakukan advokasi tentang upaya kesehatan jiwa kepada pemangku kebijakan di tingkat Kabupaten/Kota;
- Membentuk dan menggerakkan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) tingkat Kabupaten/Kota dengan melibatkan organisasi perangkat daerah.
- Membentuk dan menggerakkan Tim DKJPS tingkat Kabupaten/Kota dengan melibatkan lintas program, RSU, organisasi profesi dan lintas sektor yang ada di wilayah kerja.
- Meningkatkan kegiatan promosi dan preventif dalam penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan NAPZA;
- Memberikan pelatihan, dan/ atau orientasi kepada tenaga kesehatan di puskesmas tentang masalah kesehatan jiwa dan NAPZA.
- Meningkatkan koordinasi lintas sektor dan lintas program terkait dengan menyelenggarakan pertemuan berkala dalam rangka memperkuat layanan keswa tingkat Kabupaten/Kota.
- Memfasilitasi penyediaan layanan konsultasi hotline, telemedicine, telediagnosis, dan lainnya secara lokal dan turut mempromosikan layanan konsultasi yang telah disediakan pemerintah pusat maupun organisasi profesi.
- Melakukan analisis data cakupan dari masing-masing puskesmas/FKTP serta mengidentifikasi permasalahan yang ditemukan.

- Melakukan surveilans epidemiologi penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan NAPZA.
- Melakukan sosialisasi dan bimbingan teknis kepada Puskesmas/FKTP terkait sasaran, target dan penatalaksanaan sesuai standar termasuk pencatatan dan pelaporan.
- Melakukan pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan ke Provinsi dan Pusat.
- Melakukan advokasi dan sosialisasi kepada Rumah Sakit Umum dengan pelayanan kesehatan jiwa, yang terdapat di wilayah kerjanya untuk bekerjasama dan mendukung pencapaian target layanan, khususnya dalam penemuan kasus, penatalaksanaan kasus dan sharing data/laporan.

### **Puskesmas**

- Melakukan advokasi tentang upaya kesehatan jiwa kepada pemangku kebijakan di tingkat Kecamatan/ Kelurahan;
- Membentuk dan menggerakkan Tim DKJPS Puskesmas dengan melibatkan organisasi profesi, lintas program dan lintas sektor terkait;
- Memberikan pelatihan, dan/ atau orientasi kepada tokoh masyarakat dan pekerja sosial masalah kesehatan jiwa dan NAPZA;
- Menyelenggarakan pertemuan berkala dengan lintas program dan lintas sektor terkait;
- Memfasilitasi terbentuknya kelompok dukungan psiko-sosial yang bersumber daya masyarakat;

- Deteksi dini dilakukan di dalam gedung dan luar gedung oleh tenaga kesehatan dengan menggunakan SDQ, SRQ 20 dan/ atau ASSIST;
- Melakukan pendataan sasaran ODGJ, terintegrasi dengan layanan di dalam gedung (poli rawat jalan) maupun luar gedung seperti pada saat kunjungan keluarga PIS-PK, layanan di UKBM (poskeswa, posbindu PTM, posyandu lansia, posyandu remaja, dan lain-lain), serta data yang berasal dari Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Umum.
- Layanan GME dilakukan terintegrasi di dalam gedung maupun diluar gedung (UKBM) dengan menggunakan instrumen SRQ 20 atau SDQ dan/ atau ASSIST dengan pendampingan oleh petugas kesehatan;
- Layanan Depresi dilakukan di dalam gedung melalui wawancara psikiatrik dengan merujuk pada PPDGJ III, dan bila memenuhi kriteria dirujuk ke fasyankes tingkat lanjut;
- Layanan rehabilitasi medis penyalahguna NAPZA dilakukan di dalam gedung fasyankes yang ditetapkan sebagai IPWL, dan dirujuk ke fasyankes tingkat lanjut bila diperlukan;
- Melakukan surveilans epidemiologi penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan NAPZA;
- Melakukan pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan ke Kabupaten/ Kota.
- Puskesmas melakukan pelayanan yang meliputi:
  - a) Promotif, dilaksanakan dalam bentuk komunikasi, informasi dan edukasi, dan gerakan bersama di dalam dan luar gedung fasyankes, yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan jiwa;

- b) Preventif, melalui deteksi dini, peningkatan ketahanan mental, pelatihan life skill dan lain-lain, yang bertujuan untuk mencegah timbulnya/berulangnya gangguan jiwa;
- c) Tatalaksana serta rehabilitasi bagi masyarakat yang mengalami masalah kesehatan jiwa dan penyalahguna NAPZA;
- d) Melakukan rujukan ke FKRTL atau Rumah Sakit Jiwa.

### 3. Tahap Pembinaan, Monitoring dan Evaluasi

Pembinaan, Monitoring dan Evaluasi dilakukan di setiap jenjang administrasi, yaitu:

- Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan yang telah dilakukan dengan menggunakan instrumen monev;
- Mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah yang terjadi (analisis situasi) selama pelaksanaan kegiatan program;
- Melakukan rapat koordinasi bulanan hasil monitoring evaluasi pelaksanaan DKJPS dengan Puskesmas, RS, lintas sektor dan lintas program;
- Melakukan advokasi dan sosialisasi hasil monitoring dan evaluasi;
- Diseminasi Informasi kepada masyarakat.

## BAB IV

# OPERASIONAL PENYELENGGARAAN UPAYA KESEHATAN JIWA

### A. Upaya Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif

Upaya Kesehatan Jiwa diselenggarakan bersama-sama oleh pemerintah dan masyarakat secara terintegrasi dan berkesinambungan. Pemerintah meliputi kementerian/ lembaga dan pemerintah daerah. Masyarakat meliputi akademisi, profesi, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), swasta, dunia usaha, civil society lainnya dan masyarakat umum. Para pemangku kepentingan mempunyai tugas dan tanggung jawab masing-masing dan bekerjasama dalam bentuk Jejaring Kerja Upaya Kesehatan Jiwa. Pengorganisasian sangat penting dalam menjalankan program sehingga perlu melibatkan banyak sektor dan aspek teknis layanan.

Berikut ini dijelaskan operasional kegiatan sebagai berikut:

#### a. Promotif

Upaya promosi kesehatan jiwa dilaksanakan di setiap jenjang administrasi dan layanan kesehatan. Upaya tersebut berupa:

- Advokasi, sosialisasi dan promosi kesehatan jiwa kepada pemangku kepentingan dan masyarakat;
- Penyediaan materi dan media KIE;
- Pemberdayaan masyarakat dalam upaya kesehatan jiwa;

- Membuat inovasi dan terobosan baru dalam mensosialisasikan dan mendekatkan akses layanan kesehatan jiwa kepada masyarakat
- Meningkatkan koordinasi dan kerjasama dengan lintas sektor, organisasi profesi, akademisi, pemerhati masalah kesehatan jiwa, dan lain-lain.

## b. Preventif

Upaya preventif kesehatan jiwa dilaksanakan melalui deteksi dini di masyarakat dan diagnosis serta tatalaksana dini di fasyankes primer. Upaya deteksi dini dilakukan bersama dengan lintas sektor, seperti: Dinas Pendidikan dan Kebudayaan, Dinas Sosial, Kanwil Agama, Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, dan organisasi profesi. Upaya deteksi dini dapat dilakukan melalui tatap muka dan konseling jarak jauh (hotline) dan aplikasi sehat jiwa. Peningkatan ketahanan mental mulai dari pola asuh, persiapan anak menuju periode sekolah, peningkatan ketahanan mental di sekolah, pelatihan keterampilan sosial bagi remaja, pencegahan bunuh diri, pencegahan penggunaan NAPZA, pencegahan perilaku berisiko, peningkatan ketahanan mental di tempat kerja, persiapan mental menghadapi masa pensiun/ lansia.

b. 1 Deteksi dini dilakukan dengan menggunakan instrumen sebagai berikut:

### a. SDQ

- Deteksi dini dapat menggunakan kuesione kekuatan dan kelemahan (*Strength and Difficultie: Questionnaire-SDQ*) dan mudah dilakukan baik di sekolah maupun komunitas lainnya.

- SDQ adalah kuisioner untuk deteksi dini masalah perilaku dan emosi pada anak dan remaja berusia 4 - 18 tahun.
- Berisi 25 pernyataan yang terdiri dari :
  - 1) Domain Masalah emosi (5 butir);
  - 2) Domain Masalah perilaku (5 butir);
  - 3) Domain Hiperaktivitas / inatensi (5 butir);
  - 4) Domain Masalah hubungan dengan teman sebaya (5 butir);
  - 5) Domain Perilaku pro-sosial yang mendukung (5 butir).
- Banyak klinik kesehatan jiwa anak dan remaja saat ini menggunakan kuisioner ini sebagai penilaian awal, serta berguna untuk pendekatan pada orang tua, guru dan remaja di atas 11 tahun, sebelum dilakukan pemeriksaan klinis pertama kali.
- 25 pernyataan dalam SDQ terdiri 5 domain dan masing-masing terdiri dari 5 pernyataan. Biasanya paling mudah untuk menjumlahkan domain jumlah total angka kesulitan terlebih dahulu yaitu dengan menjumlahkan nilai dari domain masalah emosi, masalah tingkah laku, masalah perilaku hiperaktivitas dan masalah dengan teman sebaya.
- Domain Gejala versi remaja (11-18 tahun, dapat diisi sendiri oleh remaja), sementara Domain gejala versi orang tua / guru ( 4 - 10 tahun, diisi oleh orangtua / guru).

# INTERPRETASI DAN KESIMPULAN PEMERIKSAAN SDQ

## 1. SKOR KESULITAN

- a. Gejala Emosional (E)
- b. Masalah Perilaku (C)
- c. Hiperaktivitas (H)
- d. Masalah Teman Sebaya (P)

Menghitung Total Skor Kesulitan = Skor E + C + H + P

Penilaian :

Usia < 11 tahun :	Usia 11-18 tahun :
Jika Skor = 0 - 13 : Normal 14-15 : Ambang/Boderline 16 - 40 : Abnormal	Jika Skor = 0 - 15 : Normal 16 - 19 : Ambang/Boderline 20 - 40 : Abnormal

### a. Gejala Emosional (E)

- Sering mengeluh sakit pada badan (seperti sakit kepala, perut dll)
- Banyak kekhawatiran
- Sering tidak bahagia, menangis
- Gugup atau mudah hilang percaya diri
- Mudah takut

**Penilaian:**

Usia < 11 tahun :	Usia 11-18 tahun :
Jika Skor = 0-3 : Normal 4 : Ambang/Boderline 5-10 : Abnormal	Jika Skor = 0-5 : Normal 6 : Ambang/Boderline 7-10 : Abnormal

### b. Masalah Perilaku (C)

- Sering marah meledak-ledak.
- Umumnya berperilaku tidak baik, tidak melakukan apa yang diminta orang dewasa.
- Sering berkelahi.
- Sering berbohong, curang.
- Mencuri.

#### Penilaian :

Usia < 10 tahun :	Usia 11-18 tahun :
Jika Skor = 0-2 : Normal 3 : Ambang/Boderline 4-10 : Abnormal	Jika Skor = 0-3 : Normal 4 : Ambang/Boderline 10 : Abnormal

### c. Hiperaktivitas (H)

- Gelisah, terlalu aktif, tidak dapat diam lama.
- Terus bergerak dengan resah.
- Mudah teralih, konsentrasi buyar.
- Tidak berpikir sebelum bertindak
- Tidak mampu menyelesaikan tugas sampai selesai.

#### Penilaian:

Usia < 11 tahun :	Usia 11-18 tahun :
Jika Skor = 0-5 : Normal 6 : Ambang/Boderline 7-10 : Abnormal	Jika Skor = 0-5 : Normal 6 : Ambang/Boderline 7-10 : Abnormal

### d. Masalah Teman sebaya (P)

- Cenderung menyendiri, lebih senang main sendiri.

- Tidak punya 1 teman baik.
- Tidak disukai anak-anak lain.
- Diganggu/digerak oleh anak lain.
- Bergaul lebih baik dengan orang dewasa dari pada anak-anak.

### Penilaian:

Usia < 11 tahun :	Usia 11-18 tahun :
Jika Skor = 0-2 : Normal 3 : Ambang/Boderline 4-10 : Abnormal	Jika Skor = 0-3 : Normal 4-5 : Ambang/Boderline 6-10 : Abnormal

## 2. SKOR KEKUATAN

### Perilaku Proposial (Pro)

- Mampu mempertimbangkan perasaan orang lain.
- Bersedia berbagi dengan anak lain.
- Suka Menolong.
- Bersikap baik pada anak yang lebih muda.
- Sering menawarkan diri membantu orang lain.

### Penilaian:

Usia < 11 tahun :	Usia 11-18 tahun :
Jika Skor = 6-10 : Normal 5 : Ambang/Boderline 0-4 : Abnormal	Jika Skor = 6-10 : Normal 5 : Ambang/Boderline 0-4 : Abnormal

- Penentuan suatu 'kasus' berdasarkan SDQ:
  - Nilai abnormal berarti suatu 'kasus' yang bermakna bagi anak atau remaja yang memiliki masalah perilaku dan emosi. Kategori ini menjadi perhatian utama dan harus dilakukan pemeriksaan lanjutan.
  - Nilai ambang berarti kita harus memperhatikan bahwa anak atau remaja tersebut memiliki potensi untuk mengalami masalah emosi dan perilaku. Kategori ini

juga harus dimasukkan ke dalam kasus dan membutuhkan pemeriksaan lanjutan.

- Jika ada nilai ambang atau abnormal disalah satu domain atau lebih maka masuk kasus GME.

## b. SRQ 20

Salah satu cara untuk mengetahui adanya gangguan mental emosional pada seseorang dengan cara yang relatif murah, mudah dan efektif adalah dengan menggunakan alat ukur *Self Reporting Questionnaire* (SRQ). Dikatakan murah karena dapat dilakukan dalam waktu yang cukup singkat serta tidak memerlukan sumber daya manusia khusus untuk menilainya. *Self Reporting Questionnaire* efektif karena memiliki validitas yang cukup baik dalam hal sensitivitas dan spesifitasnya. *Self Reporting Questionnaire* adalah kuesioner yang dikembangkan oleh WHO untuk penyaringan gangguan psikiatri dan keperluan penelitian yang telah dilakukan diberbagai negara. *Self Reporting Questionnaire* terdiri dari 20 pertanyaan, apabila minimal menjawab 6 jawaban "ya", maka responden dinilai memiliki gangguan mental emosional. Selain itu melalui SRQ dapat diidentifikasi gejala-gejala gangguan mental emosional baik itu gejala depresi, gejala ansietas, gejala kognitif, gejala somatik maupun gejala penurunan energi.

**Petunjuk:** Bacalah petunjuk ini seluruhnya sebelum mulai mengisi. Pertanyaan berikut berhubungan dengan masalah yang mungkin mengganggu Anda selama 30 hari terakhir. Apabila Anda menganggap pertanyaan itu Anda alami dalam 30 hari terakhir, berilah tanda silang (X) pada kolom **Y (berarti Ya)**. Sebaliknya, Apabila Anda menganggap pertanyaan itu tidak Anda alami dalam 30 hari terakhir, berilah tanda silang (X) pada kolom

**T (Tidak)**. Jika Anda tidak yakin tentang jawabannya, berilah jawaban yang paling sesuai di antara Y dan T. Kami

tegaskan bahwa jawaban Anda bersifat rahasia dan akan digunakan hanya untuk membantu pemecahan masalah Anda.

**Tabel 3**  
**Kuesioner SRQ-20**

No	Pertanyaan	Y	T
1	Apakah anda sering menderita sakit kepala?		
2	Apakah anda tidak nafsu makan?		
3	Apakah anda sulit tidur?		
4	Apakah anda mudah takut?		
5	Apakah anda merasa tegang, cemas atau kuatir?		
6	Apakah tangan anda gemetar?		
7	Apakah pencernaan anda terganggu/ buruk?		
8	Apakah anda sulit untuk berpikir jernih?		
9	Apakah anda merasa tidak bahagia?		
10	Apakah anda menangis lebih sering?		
11	Apakah anda merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?		
12	Apakah anda sulit untuk mengambil keputusan?		
13	Apakah pekerjaan anda sehari-hari terganggu?		
14	Apakah anda tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?		
15	Apakah anda kehilangan minat pada berbagai hal?		
16	Apakah anda merasa tidak berharga?		
17	Apakah anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?		
18	Apakah anda merasa lelah sepanjang waktu?		
19	Apakah anda mengalami rasa tidak enak di perut?		
20	Apakah anda mudah lelah?		

- Penentuan suatu 'kasus' berdasarkan SRQ:
  - Jika terdapat kurang dari 6 (enam) jawaban YA, maka dilakukan promosi kesehatan tentang pola hidup sehat;
  - Jika terdapat 6 (enam) atau lebih jawaban YA, berarti masuk kasus GME, maka sebaiknya dilakukan promosi Kesehatan dan dirujuk ke fasyankes untuk dilakukan prevensi gangguan jiwa dan pemeriksaan lanjutan. Prevensi gangguan jiwa dilakukan dengan mengatasi faktor risiko, tanda dan gejala yang dialami. Pemeriksaan lanjutan yang dilakukan adalah wawancara psikiatrik, lalu dilakukan tatalaksana multidisiplin sesuai diagnosis psikiatrik.

### c. ASSIST

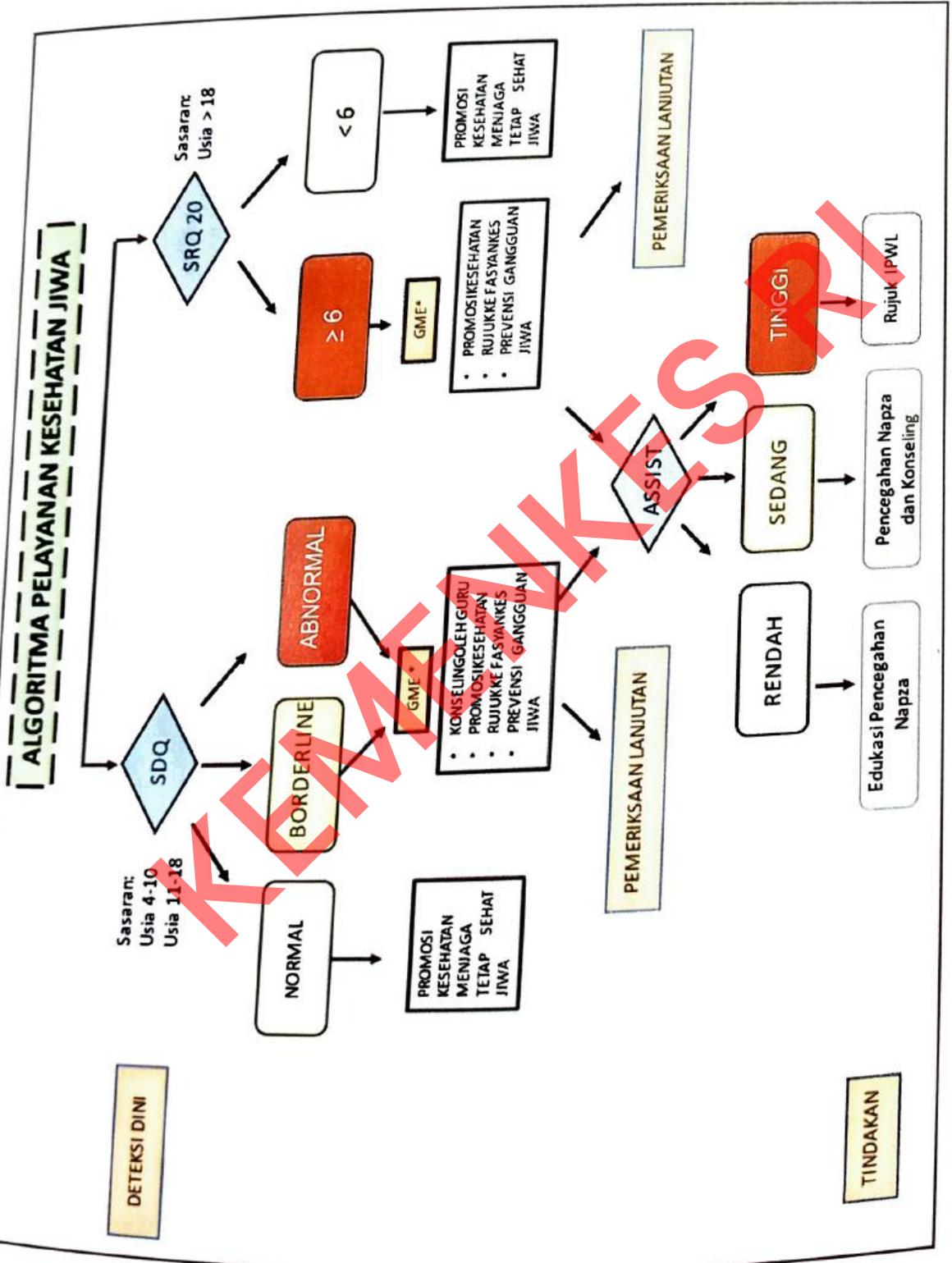
- Untuk memperluas cakupan dan meningkatkan layanan rehabilitasi medis maka perlu dilakukan skrining atau deteksi dini terhadap penyalahgunaan NAPZA.
- Ada berbagai macam instrumen skrining yang digunakan di berbagai negara, salah satunya adalah ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substances Involvement Screening Test*). Instrumen ASSIST digunakan untuk mendeteksi penggunaan alkohol, produk tembakau, dan zat adiktif lainnya seumur hidup dan dalam tiga bulan terakhir. Zat-zat ini dapat dirokok, ditelan, dihisap, dihirup, atau disuntik.
- Skrining dilakukan oleh petugas kesehatan di fasilitas Kesehatan. Agar sasaran dapat memberikan informasi yang benar, selama melakukan skrining sebaiknya nakes menunjukkan sikap sebagai berikut:
  - *Mendengarkan apa yang disampaikan pasien*
  - *Bersahabat dan tidak judgemental*
  - *Sensitif dan empati*

- Menjelaskan batasan kerahasiaan
- Tetap obyektif
- Sasaran deteksi dini adalah
  - penduduk rentan yaitu anak, remaja dan populasi kunci, dan
  - penduduk dengan hasil skrining SDQ dan/ atau SRQ 20 masuk dalam kategori GME.
- Hasil skrining dibagi menjadi 3 kategori, yaitu:
  - **Rendah:** berada pada tingkat risiko berdasarkan pola penggunaan zat yang digunakan saat ini.
  - **Sedang:** sudah berisiko mengalami masalah kesehatan dan masalah lain berdasarkan pola penggunaan zat yang digunakan saat ini.
  - **Tinggi:** berada pada tingkat risiko tinggi untuk mengalami masalah yang serius (kesehatan, sosial, keuangan, hukum, hubungan sesama) sebagai akibat pola penggunaan zat yang digunakan saat ini dan mungkin juga mengalami ketergantungan.
- Intervensi yang diberikan sesuai kategori risiko, yaitu:
  - **Rendah:** Pemberian KIE Pencegahan NAPZA dan dukungan hidup sehat
  - **Sedang:** Pemberian KIE dan Konseling
  - **Tinggi:** rujuk ke rehabilitasi medis di IPWL

Berikut adalah algoritma deteksi dini kesehatan jiwa:

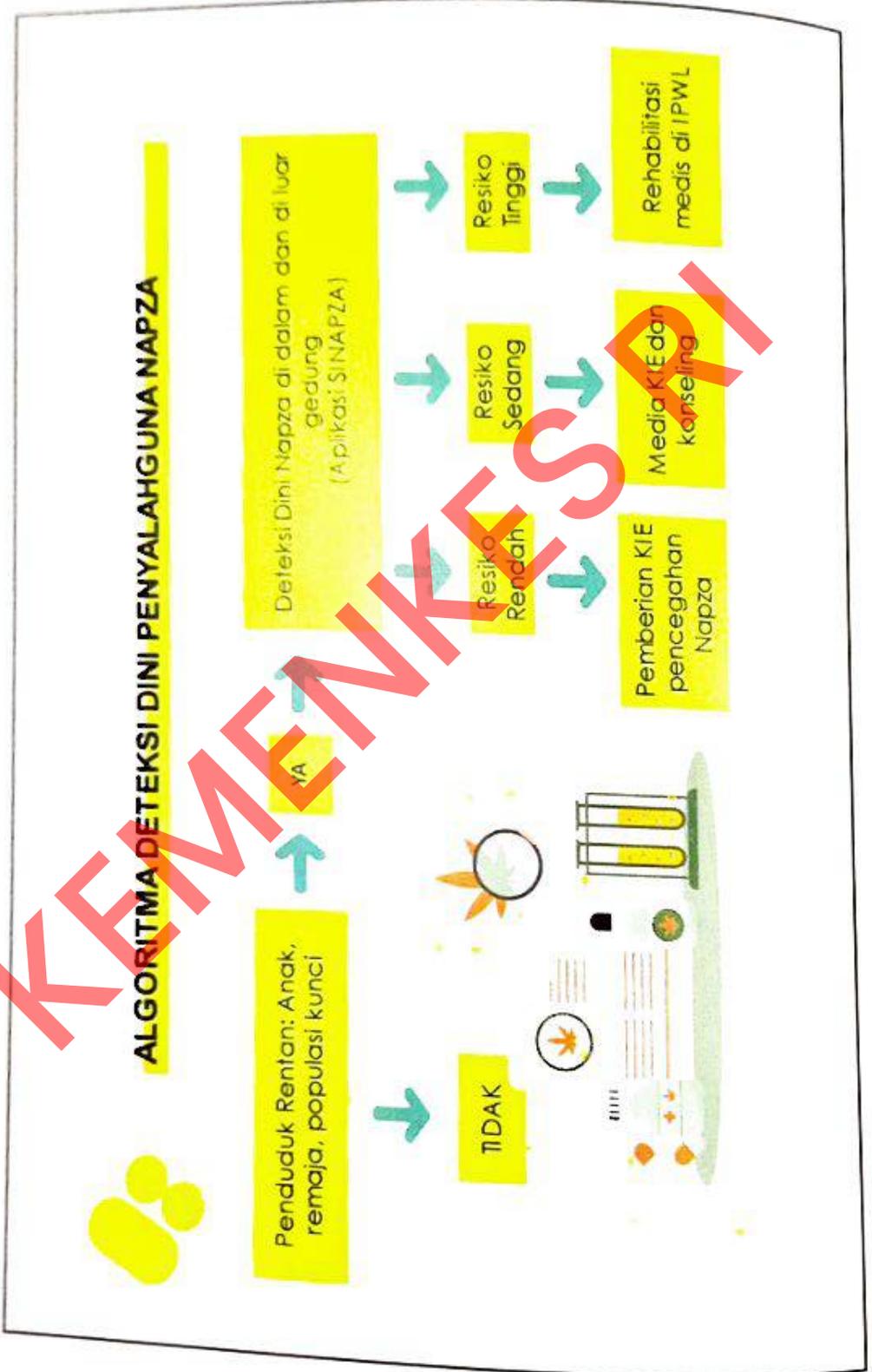
### Alur 1

## Deteksi Dini Kesehatan Jiwa dan NAPZA



## Alur 2

### Deteksi Dini Penyalahguna NAPZA



Kegiatan deteksi dini dapat dilakukan di luar Gedung, seperti: Posyandu, TPA, PAUD, Sekolah, Posyandu Remaja, Perguruan Tinggi, Tempat Kerja, Posyandu Lansia, dan Panti Jompo, serta di dalam gedung yaitu di Puskesmas/ FKTP lain.

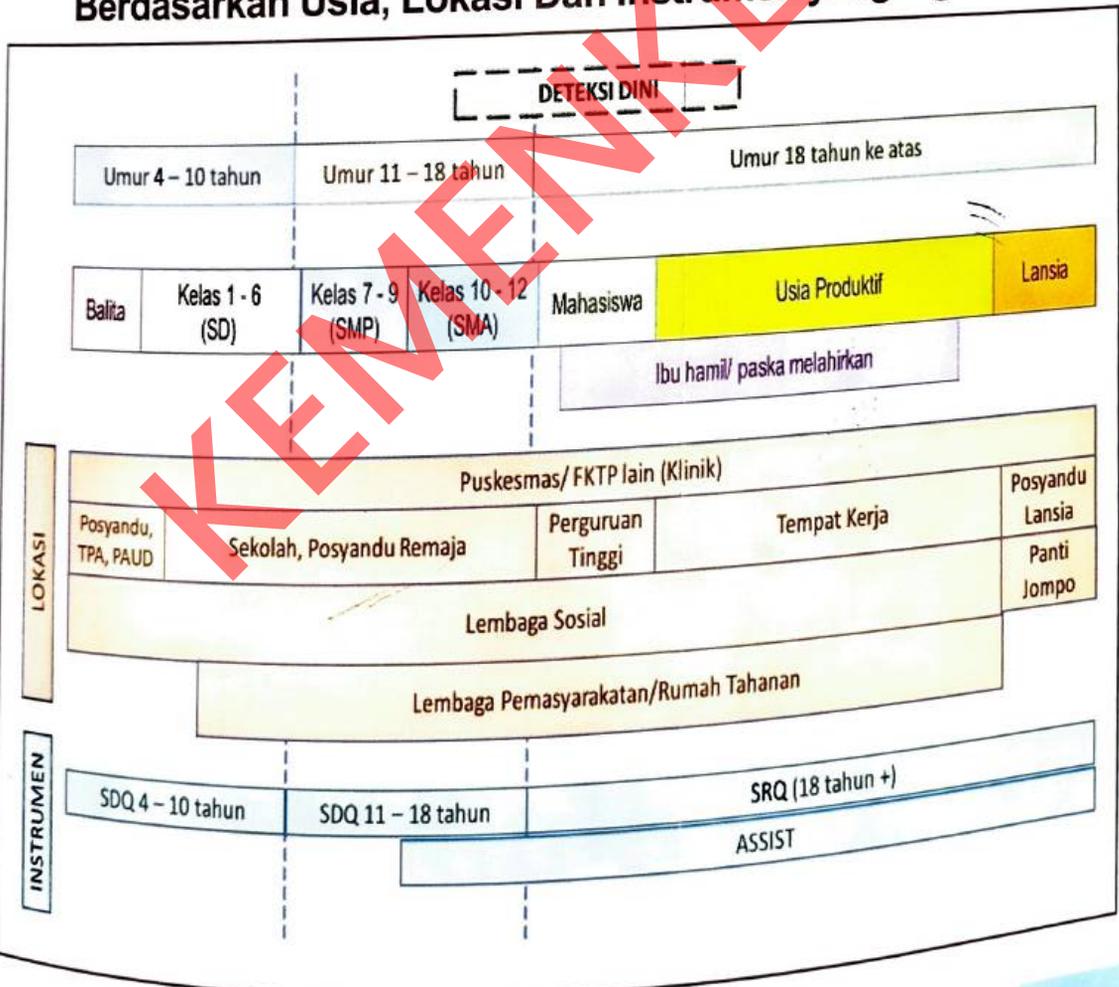
Puskesmas yang melaksanakan deteksi dini berkontribusi terhadap capaian untuk indikator **Kabupaten/ Kota yang 25% puskesmasnya melaksanakan deteksi dini kesehatan jiwa dan NAPZA.**

Sasaran, lokasi dan instrumen deteksi dini dijelaskan pada bagan berikut:

### Alur 3

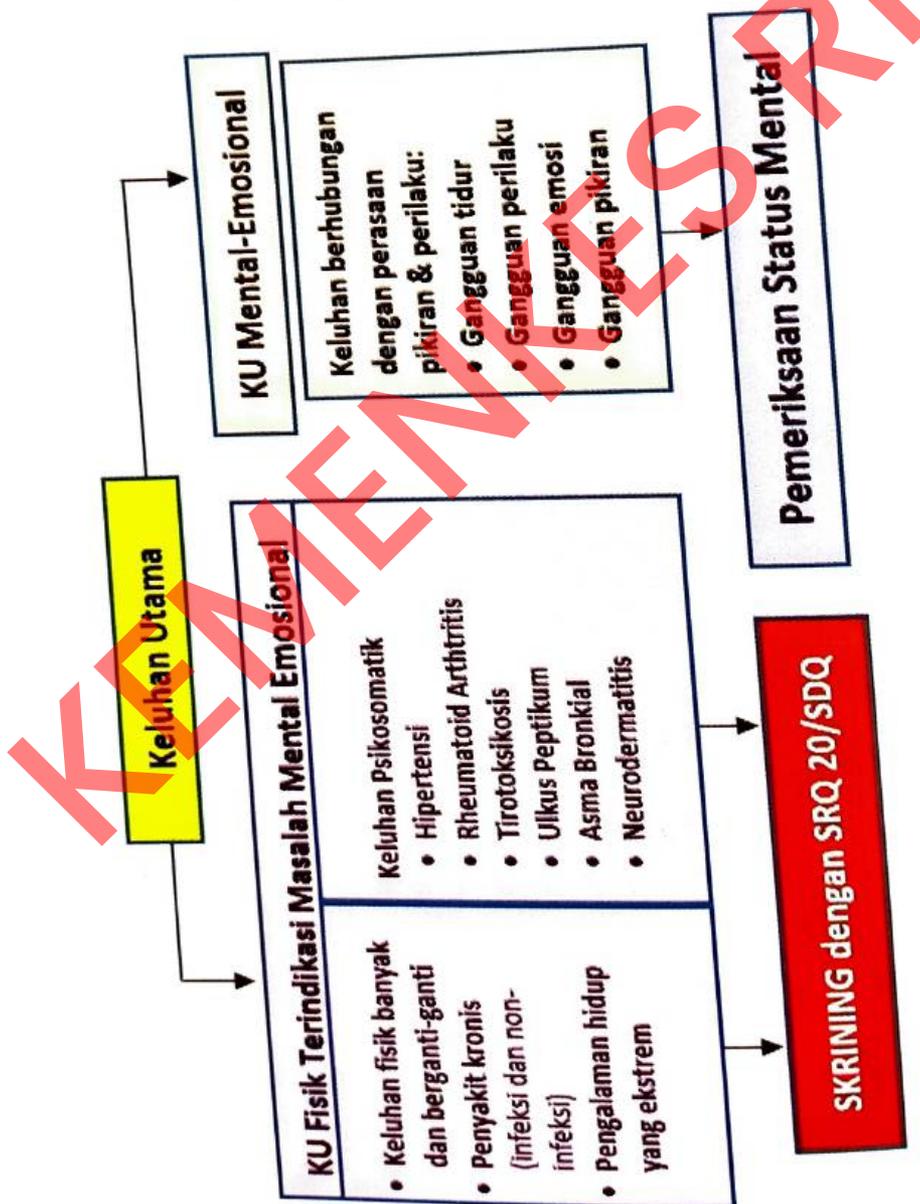
### Deteksi Dini Kesehatan Jiwa dan NAPZA

Berdasarkan Usia, Lokasi Dan Instrumen yang digunakan



Deteksi dini di fasyankes dilakukan kepada pengunjung/pasien dengan keluhan-keluhan fisik yang terindikasi masalah mental emosional antara lain: keluhan fisik yang banyak dan berganti-ganti, penyakit kronis, dan keluhan psikosomatik. Penjelasan lebih rinci dapat dilihat pada alur penapisan kasus dibawah ini.

### Alur 4 Penapisan Kasus GME



Hasil kegiatan deteksi dini penduduk usia > 15 tahun yang memenuhi kriteria, dilaporkan sebagai capaian indikator: penderita Gangguan Mental Emosional pada penduduk usia > 15 tahun yang mendapat layanan.

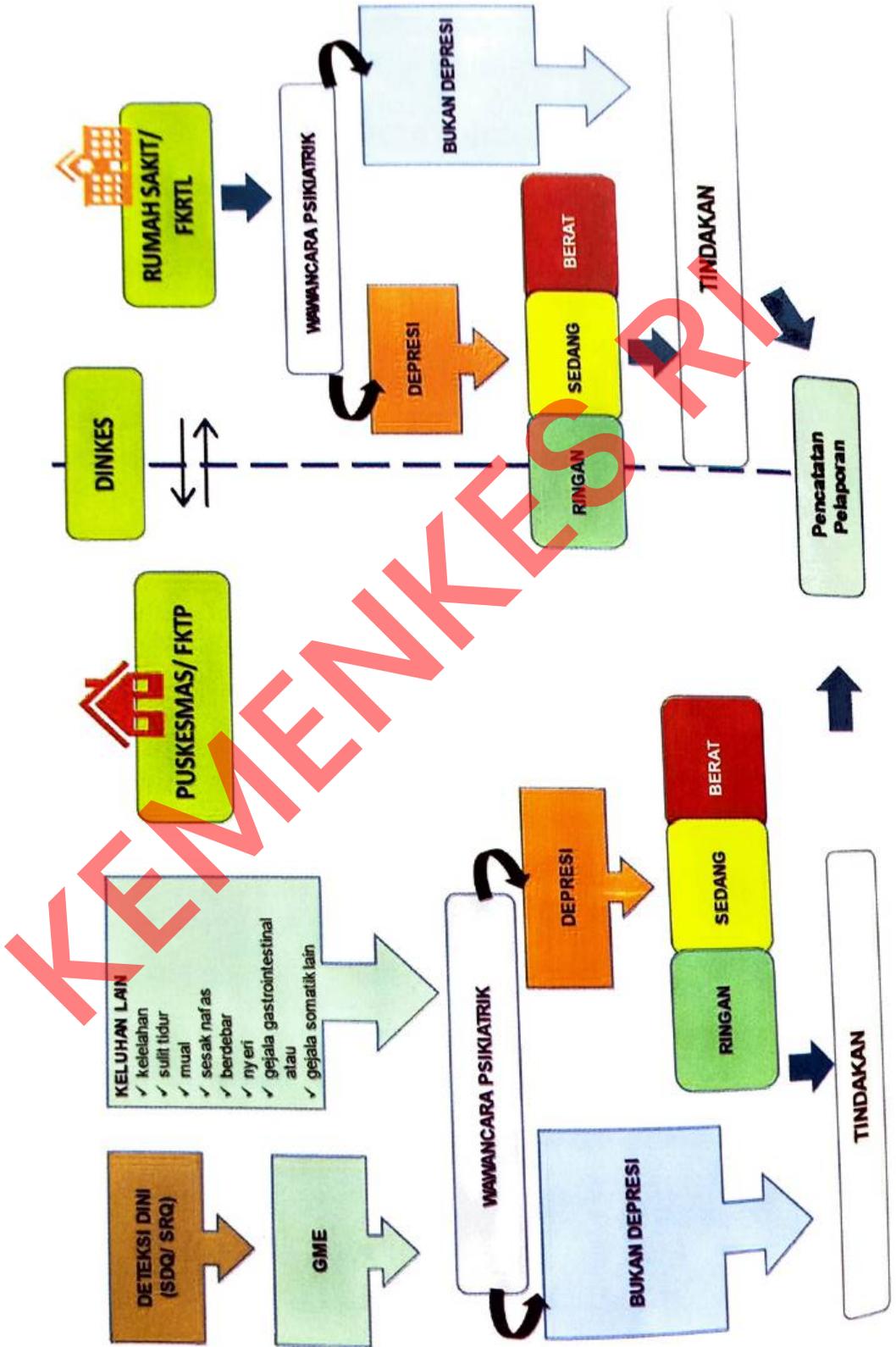
## **b.2. Diagnosis dan tatalaksana dini**

Hasil deteksi dini yang diperoleh dan menunjukkan hasil adanya gangguan mental emosional (GME), maka selanjutnya dilakukan pemeriksaan lanjutan dan diberikan tindakan di puskesmas. Pemeriksaan lanjutan yang dilakukan adalah wawancara psikiatrik, lalu ditangani sesuai diagnosis psikiatrik. Tindakan yang dilakukan adalah: konseling, edukasi, psikofarmaka dan rujuk bila diperlukan. Hasil kegiatan dilaporkan dalam laporan rutin melalui aplikasi SISKEWA/ laporan manual.

Berikut bagan pemeriksaan lanjutan dan tindakan GME di puskesmas:

**KEMENKES**

## Alur 5 Alur Penemuan Kasus



**Tabel 4**  
**Tanda dan Gejala Depresi**

NO	TANDA – GEJALA	YA	TIDAK
	<b>Gejala Mayor (Gejala Utama)</b>		
1.	Afek Depresif		
2.	Kehilangan Minat		
3.	Kehilangan Energi yang ditandai dengan cepat lelah		
	<b>Gejala Minor (Gejala Tambahan)</b>		
1.	Konsentrasi atau perhatian yang berkurang		
2.	Harga diri maupun kepercayaan diri yang berkurang		
3.	Rasa bersalah atau rasa tidak berguna		
4.	Memiliki pandangan tentang masa depan yang suram serta pesimistis		
5.	Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri		
6.	Tidur terganggu		
7.	Nafsu makan berkurang		

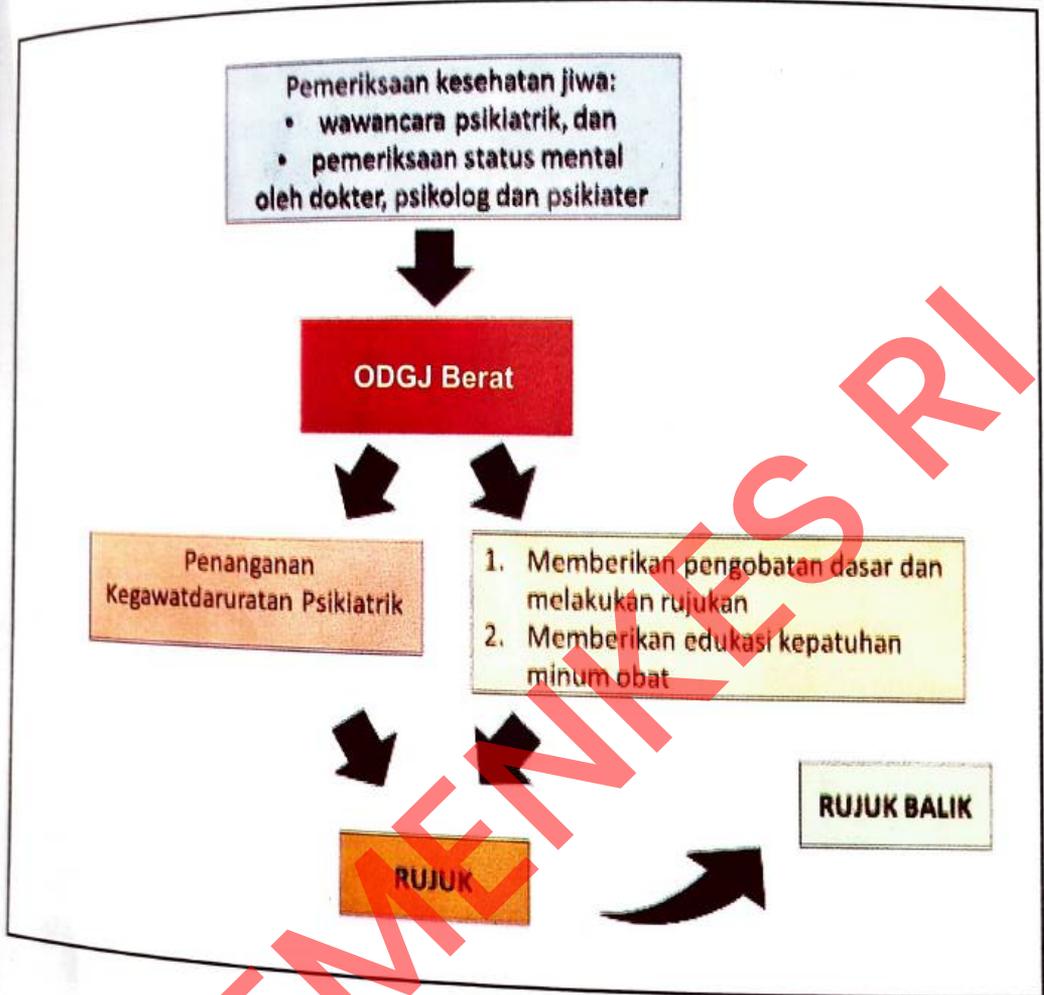
\* Tanda dan Gejala Depresi berdasarkan PPDGJ III, diagnosis Depresi ditegakkan bila ditemukan 2 gejala mayor ditambah 3 gejala minor.

\*\* Hasil wawancara psikiatrik dengan diagnosis Depresi (kode ICD 10 = F.32) dilaporkan sebagai capaian indikator: penderita Depresi pada penduduk usia > 15 tahun yang mendapat layanan.

## Alur 6 Tindakan Lanjut Depresi



## Alur 7 Pemeriksaan dan Tindakan Lanjut ODGJ



### c. Kuratif dan Rehabilitatif

Sistem pelayanan kesehatan masalah kesehatan jiwa dan NAPZA berdasarkan kompetensi dan tugasnya dibagi dalam bentuk strata pelayanan yaitu pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan pelayanan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) serta dibangun layanan berbasis masyarakat. Upaya kesehatan jiwa di FKTP diselenggarakan di puskesmas kecamatan, kelurahan maupun yang berbasis masyarakat.

Untuk pelayanan di FKRTL biasanya diselenggarakan di tingkat kabupaten/kota melalui rumah sakit umum, sedangkan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut tersier biasanya dilakukan di tingkat provinsi atau nasional dengan fasilitasi rumah sakit jiwa menjadi Center of Excellent dari upaya kesehatan jiwa di wilayah kerjanya atau rumah sakit umum yang lengkap untuk penanganan masalah kesehatan jiwa dan NAPZA. Adapun empat (4) Rumah Sakit Jiwa yaitu: RSJ Soeharto Heerdjan, Jakarta, RSJ dr. Marzuki Mahdi, Bogor, RSJ dr. Radjiman Wedyodiningrat, Lawang, dan RSJ dr. Soerodjo, Magelang serta satu (1) Rumah Sakit Ketergantungan Obat sebagai Unit Pelayanan Teknis Kemenkes mempunyai tanggung jawab dalam membantu peningkatan kualitas pelayanan kesehatan jiwa di RSJ daerah. Selain itu RSJ mempunyai tanggung jawab dalam memberikan pembinaan dan pemberdayaan layanan kesehatan jiwa pada fasyankes di bawahnya.

Mekanisme hubungan antar strata layanan terutama berupa rujukan balik antar pelayanan. Rujukan meliputi rujukan pasien, pembinaan dan rujukan kasus serta rehabilitasi. Dalam melaksanakan rujukan perlu dipertimbangkan segi jarak, waktu, biaya dan efisiensi. Dengan demikian diharapkan terjalin jaringan kerjasama yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dalam penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan NAPZA.

Pedoman penatalaksanaan masalah dan gangguan jiwa merujuk pada Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa sesuai KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR HK.02.02/MENKES/73/2015.

## B. Pencatatan Dan Pelaporan

Kegiatan pencatatan dan pelaporan dilaksanakan untuk mendokumentasikan semua tahap kegiatan upaya kesehatan jiwa yang telah dilaksanakan mulai dari input, proses, output, outcome, dan impact. Pencatatan berisi hal-hal yang lebih rinci tentang semua kegiatan (proses) yang sudah dilakukan, sedangkan pelaporan dapat dilakukan secara berjenjang sesuai dengan waktu dan format yang telah ditentukan.

Secara rinci proses pencatatan dan pelaporan upaya kesehatan jiwa adalah sebagai berikut:

1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)
  - a. Untuk perhitungan, pencatatan dan pelaporan terkait capaian target ODGJ dan penyalahguna NAPZA pada semua golongan usia, dan penduduk  $\geq 15$  tahun untuk capaian target Depresi dan GME. Pencatatan dilakukan bagi penduduk yang berdomisili di wilayah kerja FKTP/Puskesmas setempat. Karena harus dilakukan promosi kesehatan, deteksi dini, penanganan awal, dan/atau rujukan dan/ atau penanganan lanjutan.
  - b. Skrining dengan SDQ atau SRQ 20 terhadap penduduk  $>15$  tahun hanya dilakukan sekali selama 1 tahun kalender, hasil skrining yang memenuhi kriteria GME selanjutnya dilaporkan.
  - c. Penduduk  $>15$  tahun yang memenuhi kriteria GME, selanjutnya dilakukan wawancara psikiatrik dan bila didiagnosis sebagai penderita depresi, maka dilaporkan sekali selama 1 tahun kalender.
  - d. Penderita ODGJ berat yang ditemukan dan dilayani dilaporkan sekali selama satu tahun kalender.
  - e. Skrining ASSIST dilakukan sekali selama 1 tahun kalender pada semua golongan usia.

- f. Rekapitulasi data dari kegiatan yang dilakukan di dalam dan luar gedung, pengolahan data dan pelaporan perbulan dikirimkan ke Dinas Kesehatan kabupaten/kota.
- g. Untuk penderita yang berdomisili diluar wilayah kerja FKTP, yang memeriksakan diri dan didiagnosis sebagai ODGJ, Depresi dan GME maka di berikan tatalaksana sesuai standar, tetapi yang bersangkutan tidak dicatat dan tidak dilaporkan sebagai hasil capaian FKTP tersebut.

## 2. Dinas kesehatan kabupaten/kota

Hasil rekapitulasi data dari puskesmas dianalisis dan dimanfaatkan sebagai umpan balik, bimbingan teknis dan tindak lanjut program yang diperlukan serta digunakan sebagai bahan advokasi dan koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait. Setiap tiga (3) bulan hasil rekap dikirimkan ke Dinas Kesehatan Provinsi.

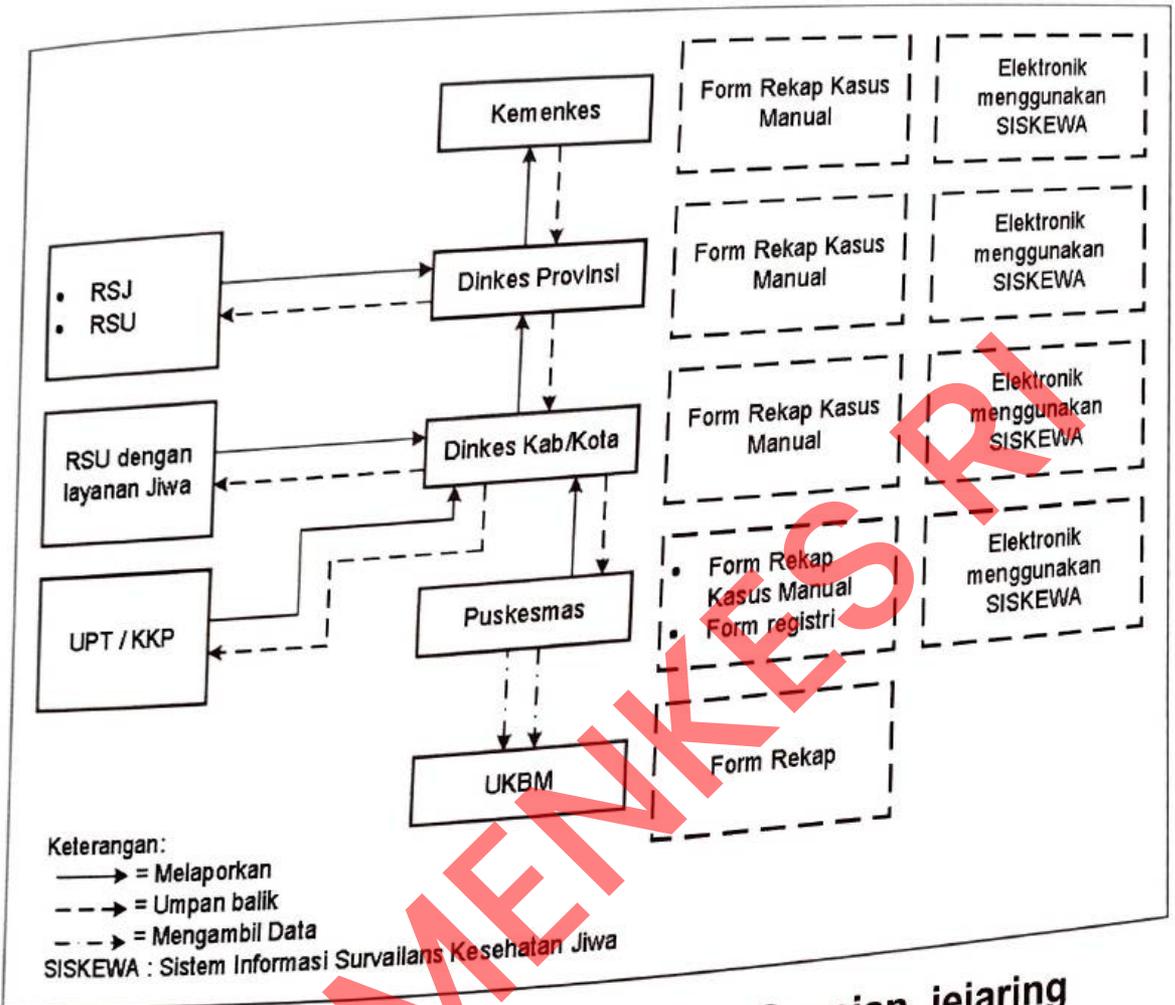
## 3. Dinas kesehatan provinsi

Laporan dari dinas kesehatan kabupaten/kota dikompilasi dan dimanfaatkan dalam rangka tindak lanjut dan pengendalian yang diperlukan, sebagai bahan advokasi dan koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait. Hasil kompilasi yang telah diolah menjadi umpan balik dinas kesehatan kabupaten/kota. Laporan disampaikan ke pusat setiap tiga (3) bulan.

## 4. Pusat

Di tingkat pusat hasil analisis data dari dinas kesehatan provinsi dijadikan bahan untuk koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait dan disampaikan ke dinas kesehatan provinsi sebagai umpan balik.

## Alur 8 Pencatatan dan Pelaporan



### C. Monitoring dan Evaluasi (Indikator Capaian, jejaring surveilans)

Monitoring merupakan suatu kegiatan mengamati kegiatan upaya pelayanan Kesehatan jiwa dengan tujuan agar semua data dan/ atau informasi yang diperoleh dapat menjadi landasan dalam mengambil tindakan selanjutnya yang diperlukan.

Tujuan monitoring adalah untuk mengetahui perkembangan dan kemajuan, mengidentifikasi permasalahan dan upaya pemecahannya.

Evaluasi merupakan rangkaian kegiatan yang membandingkan realisasi masukan (input), dan hasil (output) terhadap terhadap kebijakan dan program yang telah direncanakan. Evaluasi menilai hasil kegiatan dan digunakan sebagai dasar mengambil keputusan terkait tingkat keberhasilan program yang telah dicapai dan tindakan selanjutnya yang diperlukan.

Hasil evaluasi Upaya Pelayanan Kesehatan Jiwa dinilai dalam bentuk Indikator Keberhasilan sebagai berikut:

C.1. Provinsi dengan Kabupaten/ Kota yang 25% puskesmasnya melaksanakan deteksi dini.

Kategori

- **Baik**, bila 80% Kabupaten/ Kota yang 25% puskesmasnya melaksanakan deteksi dini;
- **Cukup**, bila 60%-80% Kabupaten/ Kota yang 25% puskesmasnya melaksanakan deteksi dini;
- **Kurang**, bila <60% Kabupaten/ Kota yang 25% puskesmasnya melaksanakan deteksi dini;

C.2. Provinsi yang melaksanakan pelayanan bagi penderita ODGJ, GME, Depresi dan melakukan rehabilitasi medis bagi penyalahguna NAPZA

Kategori

- **Baik**, bila mencapai target per tahun;
- **Kurang**, bila tidak mencapai target per tahun.

## BAB V PENUTUP

Buku Pedoman Tatakelola Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Jiwa merupakan upaya pemerintah dalam memberikan pemahaman mengenai besaran masalah kesehatan jiwa dan NAPZA, beban sosial dan ekonomi terhadap pemerintah maupun masyarakat, dan kebijakan dan strategi yang harus diimplementasikan.

Buku Pedoman Tatakelola Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Jiwa diperuntukan bagi tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan Puskesmas. Dalam pelaksanaan upaya kesehatan jiwa, Dinas Kesehatan serta puskesmas harus bekerjasama dengan berbagai pihak di masyarakat, meliputi tenaga kesehatan, pekerja sosial, organisasi sosial kemasyarakatan, dan elemen masyarakat lainnya untuk membangun jejaring upaya promotif, preventif seperti deteksi dini serta penanganan yang efektif dan efisien.

Buku Pedoman ini masih mungkin dikembangkan dan disesuaikan seiring dengan situasi dan kondisi serta kebijakan dalam penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan NAPZA. Diharapkan buku pedoman ini dapat menjadi acuan bagi Dinas Kesehatan dan Puskesmas dalam melaksanakan penanggulangan dan penanganan masalah kesehatan jiwa dan NAPZA di Indonesia.

## **TIM PENYUSUN :**

### **Penasehat:**

dr. Siti Khalimah, Sp.KJ, MARS

### **Ketua:**

dr. Juzi Delianna, M.Epid.

### **Anggota:**

dr. Albert A. Maramis, Sp.KJ (K)

DR. dr. Hervita Diatry, Sp. KJ (K)

Dr. Nancy Dian Anggraeni, M. Epid

Drs. Rahbudi Helmi, MKM, Apt

drg. Luki Hartanti, MPH

dr. Lucia Maya Savitri, MARS

dr. Prianto Djatmiko, Sp.KJ

dr. Herbet Sidabutar, Sp.KJ

dr. Fatchanuraliyah, MKM

dr. Leon Muhammad

Marleni Desnita, S.Psi

Wini Wulansari, S.Si, MKM

## LAMPIRAN

Lampiran dan format pencatatan dan pelaporan dapat diakses pada link berikut: <https://bit.ly/MateriSosialisasiP2MKJN>

KEMENKES RI

**FORM MONITORING DAN EVALUASI  
UPAYA KESEHATAN JIWA  
DINAS KESEHATAN PROVINSI**

**I. DATA DINAS KESEHATAN PROVINSI**

- 1 Provinsi : .....
- 2 Alamat Kantor : .....
- 3 Nama Bidang \*) : .....
- 4 Nama Seksi \*\*) : .....
- 5 Jumlah Tenaga yang Mengelola KESWA : .....
- 6 Nama Petugas/Koordinator KESWA : .....
- 7 Nomor Telp Petugas/Koordinator KESWA : .....

\*) Sesuai dengan Struktur Dinkes setempat

\*\*) Dilampirkan struktur organisasi Dinkes Provinsi

**II. PROFIL PROVINSI**

**A. Data Umum**

No	Data Umum	Jumlah
1	Jumlah Kabupaten/ Kota	
2	Jumlah Rumah Sakit Pemerintah	
3	Jumlah Rumah Sakit Swasta	
4	Jumlah Rumah Sakit Jiwa	
5	Jumlah total Puskesmas	
6	Jumlah Posyandu Lansia	

**B. Data Demografi**

No	Data Penduduk dan Pelaksanaan Program P2KESWA	Jumlah
1	Jumlah total penduduk	
2	Jumlah penduduk usia 0 - 3	
3	Jumlah penduduk usia 4 -14	
4	Jumlah penduduk usia 0-18	
5	Jumlah penduduk Usia 15 - 59 tahun	
6	Jumlah penduduk usia $\geq$ 60 tahun	

**C. Data Sekolah**

No	Sekolah	Jumlah Sekolah	Jumlah Siswa	Jumlah Siswa Usia ≤ 18 tahun
1	SD sederajat			
2	SMP sederajat			
3	SMA sederajat			
4	SLB			
5	SMA yang sudah dilatih Keterampilan Sosial			

**D. Data Tenaga Kesehatan**

No	Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah
1	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa	
2	Dokter Spesialis Anak	
2	Dokter Umum di Kabupaten/Kota	
3	Dokter Umum di Puskesmas	
4	Psikolog Klinis	
5	Perawat jiwa	
6	Lain-lain .....	

**III. DATA PROGRAM KESWA**

**A. DKPJS**

NO	KEGIATAN	Jumlah	Ket
	<b>PERENCANAAN</b>		
1	Kabupaten/ kota yang memiliki puskesmas, rumah sakit yang mampu melaksanakan pelayanan keswa, dan/ atau memiliki rumah sakit jiwa		
2	Kabupaten/ kota yang memiliki TPKJM		
3	Kabupaten/ kota yang memiliki tim DKJPS.		
4	Pelayanan konsultasi kesehatan jiwa jarak jauh tingkat provinsi	Ada/ Tidak	
5	Kab/Kota dengan sumber daya manusia yang terbatas		
6	Ketersediaan dan kecukupan logistik, antara lain: obat psikotropika, instrumen deteksi dini masalah kesehatan dan gangguan jiwa, media KIE, termasuk sarana prasarana dan alat kesehatan pencegahan penularan COVID-19.	Cukup/ Tidak	
7	Ketersediaan anggaran:		

NO	KEGIATAN	Jumlah	Ket
	a. APBN	Ada/ Tidak	
	b. APBD	Ada/ Tidak	
	c. Dana Siap Pakai Bencana/ KLB (BNPB)	Ada/ Tidak	
	d. Dana Tak Terduga (Kemendagri),	Ada/ Tidak	
	e. ADD	Ada/ Tidak	
	f. CSR	Ada/ Tidak	
8	Rencana kegiatan DKJPS tingkat provinsi	Ada/ Tidak	
	<b>PELAKSANAAN</b>		
1	SK TPKJM Provinsi	Ada/ Tidak	
2	SK Tim DKJPS Provinsi	Ada/ Tidak	
3	Pembinaan kepada DKJPS kabupaten/ kota	Ya / Tidak	
4	Sosialisasi protokol DKJPS kepada dinkes kab/kota, RS/ RSJ, dll		
5	Pelatihan, dan/ atau orientasi	Ya / Tidak	
6	Pertemuan Koordinasi Lintas Sektor/ Lintas Program	Ya / Tidak	
7	Bimbingan Teknis	Ya / Tidak	
8	Pencatatan dan Pelaporan	Ya/ Tidak	
	<b>MONITORING EVALUASI</b>		
	Diseminasi Informasi	Ya/ Tidak	

#### B. Pelatihan KESWA

NO	KEGIATAN	Jumlah	Ket
1	<b>Pelatihan Deteksi Dini Penatalaksanaan Kasus Gangguan Jiwa yang sering ditemui di FKTP bagi Dokter dan Perawat</b>		
	Dokter		
	Perawat		
2	<b>Pelatihan Relawan Kesehatan Jiwa</b>		
	Relawan mendapatkan pelatihan		
3	<b>Pelatihan Ketrampilan Sosial Kecakapan Hidup Keswa Anak dan Remaja bagi Guru di SMA dan yang sederajat</b>		
	Pengelola Program Keswa Dinas Kesehatan		
	Tenaga Kesehatan		
	Guru		
4	<b>Pelatihan Ketangguhan Mental Ante Natal Bagi Ibu Hamil</b>		
	Kader terlatih		
5	<b>Pelatihan Skrining Penyalahgunaan NAPZA dengan menggunakan ASSIST</b>		
	Tenaga Kesehatan		
6	<b>Pelatihan Pemberdayaan Orang Tua dalam</b>		

NO	KEGIATAN	Jumlah	Ket
	Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA		
	Tenaga Kesehatan		
7	Pelatihan Asesmen dan Rencana Terapi Gangguan Penggunaan Narkotika		
	Tenaga Kesehatan		
8	Orientasi Instrumen Deteksi Dini		
	Pengelola Program Keswa Dinas Kesehatan		
	Tenaga Kesehatan		

### C. Data Kegiatan P2 KESWA

No	Kegiatan P2 KESWA	Ada/Tidak Ada	Keterangan
1	Sebutkan regulasi/peraturan daerah di tingkat provinsi terkait kesehatan jiwa, jika ada. Mohon dilampirkan.		Sebutkan : .....
2	Apakah kesehatan jiwa masuk dalam perencanaan pembangunan prioritas daerah		
3	Sebutkan kebijakan/perencanaan program di tingkat Dinas Kesehatan Provinsi tentang Program Bebas Pasung, jika ada		
4	Sebutkan Standar Prosedur Operasional/ SPO atau panduan tentang Program Bebas Pasung, jika ada.		

### D. Sumber Dana Program Keswa

No	Sumber Dana	APBD	APBN: Dekon	APBN: DAK	Lain-lain	Total
1	Berapa anggaran kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi? (Rp)					
2	Berapa anggaran untuk program kesehatan jiwa Dinkes Provinsi? (Rp)					

### E. Kemitraan

		Jenis Kegiatan	Sektor yang terlibat
1	Kerja sama lintas sektor dalam penanggulangan masalah kesehatan jiwa selama tahun .....(sebutkan 3 yang utama)		
2	Dalam program Bebas Pasung, Dinkes bekerja sama dengan sektor apa saja? Sebutkan.		

**IV. KONDISI ALAT KESEHATAN DAN OBAT KESWA DI PROVINSI**

No	Nama	Jumlah alat	Kondisi alat		Sumber Pengadaan	Tahun Pengadaan
			Baik	Rusak		
1	Alat / jaket fiksasi					
2	Amitriptilin tablet salut 25 mg (HCl)					
3	Clozapine tablet 25 mg					
4	Diazepam tablet (5mg)					
5	Diazepam injeksi (5 mg/ml dan 10 mg/ 2 ml)					
6	Flufenazine Decanoat inj 25 mg/ ml					
7	Haloperidol inj 5 mg/ ml					
8	Haloperidol Tablet 5 mg					
9	Haloperidol Decanoat inj 50 mg/ ml					
10	Klorpromazin HCl Tablet salut 100 mg					
11	Risperidone tablet 2 mg					
12	Trifluoperazin HCl tablet 5 mg					
13	Triheksifenidil tablet 2 mg					

**V. Data Capaian Program P2 KESWA**

NO	KEGIATAN	CAPAIAN tahun ....		Ket
		Absolut	%	
1	Kabupaten/ Kota yang 25% puskesmasnya melakukan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan NAPZA			
2	Persentase ODGJ berat yang			

3	mendapatkan layanan Penyalahguna NAPZA yang mendapatkan pelayanan rehabilitasi medis			
4	Persentase penderita Depresi pada penduduk $\geq 15$ tahun yang mendapat layanan			
5	Persentase penderita gangguan mental emosional pada penduduk $\geq 15$ tahun yang mendapat layanan			

## VI. PEMANTAUAN DAN EVALUASI

1	Sebutkan alur pelaporan kesehatan jiwa beserta jenis formulir-nya	Dituliskan di lembar terpisah		
		Puskesmas	RSU	RSJ
2	Jumlah kasus yang mendapatkan layanan kesehatan jiwa sepanjang tahun .... di:			
3	Jumlah gangguan perkembangan pada anak remaja			
4	Jumlah kasus Gangguan Cemas (anxietas)			
5	Jumlah gangguan Depresi			
6	Jumlah kasus psikotik akut			
7	Jumlah kasus skizofrenia			
8	Jumlah gangguan somatoform			
9	Jumlah kasus insomnia			
10	Jumlah kasus campuran gangguan cemas dan depresi			
11	Jumlah kasus penyalahgunaan NAPZA			
12	Jumlah kasus percobaan bunuh diri			
13	Jumlah kasus Demensia			

14	<b>Jumlah kasus pasung</b> a. Jumlah kasus pasung sampai dengan Desember tahun sebelumnya b. Jumlah temuan baru kasus pasung sepanjang tahun ini c. Jumlah kasus pasung yang dilepaskan sepanjang tahun ini d. Jumlah kasus pasung yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa tahun ini e. Jumlah yang dipasung kembali sepanjang tahun ini f. Jumlah total kasus pasung sampai dengan tahun ini			
15	Jumlah kasus GME usia $\geq$ 15 tahun (berdasarkan SDQ dan SRQ)			
16	Jumlah kasus penyalahguna NAPZA yang mendapatkan rehabilitasi medis			

**VII. KENDALA**

.....  
.....  
.....

**VIII. RENCANA TINDAK LANJUT**

.....  
.....  
.....

Tanggal Monev : .....

Yang melaksanakan Monev

No.	Nama	NIP	Telp.	E-Mail	Tanda Tangan
1.					
2.					

Mengetahui

(.....)

Tabel 5

Target Deteksi Dini Masalah Kesehatan Jiwa dan NAPZA per provinsi 2020-2024

No	Provinsi	Kab/ Kota	Target Deteksi Dini				
			2020	2021	2022	2023	2024
			15	17	19	21	23
		23	15	17	19	21	23
1	Aceh	33	21	24	28	31	33
2	Sumatera Utara	19	12	14	16	18	19
3	Sumatera Barat	17	11	13	14	16	17
4	Sumatera Selatan	10	6	7	8	9	10
5	Bengkulu	7	4	5	6	7	7
6	Bangka Belitung	12	8	9	10	11	12
7	Riau	7	4	5	6	7	7
8	Kepulauan Riau	11	7	8	9	10	11
9	Jambi	15	10	11	13	14	15
10	Lampung	8	5	6	7	7	8
11	Banten	6	4	4	5	6	6
12	DKI	27	17	20	23	25	27
13	Jawa Barat	35	22	26	29	33	35
14	Jawa Tengah	5	3	4	4	5	5
15	DI Yogyakarta	38	24	28	32	35	38
16	Jawa Timur	9	6	7	8	8	9
17	Bali	10	6	7	8	9	10
18	NTB	22	14	16	18	21	22
19	NTT	14	9	10	12	13	14
20	Kalimantan Barat	10	6	7	8	9	10
21	Kalimantan Timur	5	3	4	4	5	5
22	Kalimantan Utara	13	8	10	11	12	13
23	Kalimantan Selatan	14	9	10	12	13	14
24	Kalimantan Tengah	6	4	4	5	6	6
25	Sulawesi Barat	17	11	13	14	16	17
26	Sulawesi Tenggara	13	8	10	11	12	13
27	Sulawesi Tengah	24	15	18	20	22	24
28	Sulawesi Selatan	15	10	11	13	14	15
29	Sulawesi Utara	6	4	4	5	6	6
30	Gorontalo	11	7	8	9	10	11
31	Maluku	10	6	7	8	9	10
32	Maluku Utara	13	8	10	11	12	13
33	Papua Barat	29	19	21	24	27	29
34	Papua						
	<b>INDONESIA</b>	<b>514</b>	<b>330</b>	<b>380</b>	<b>430</b>	<b>480</b>	<b>514</b>

Tabel 6  
Sasaran Penderita ODGJ yang Mendapat Layanan

No	Provinsi	Prevalensi (%)	Jumlah proyeksi penduduk 2021	Sasaran ODGJ (100%)	Sasaran ODGJ 2021 (60%)
1	Aceh	0,21	5.459.114	11.464	6878
2	Sumatera Utara	0,14	14.954.028	20.936	12561
3	Sumatera Barat	0,21	5.610.859	11.783	7070
4	Riau	0,15	7.066.464	10.600	6360
5	Jambi	0,18	3.641.279	6.554	3933
6	Sumatera Selatan	0,2	8.702.628	17.405	10443
7	Bengkulu	0,14	2.016.437	2.823	1694
8	Lampung	0,17	8.609.884	14.637	8782
9	Kep. Bangka Belitung	0,17	1.488.245	2.530	1518
10	Kep. Riau	0,09	2.378.795	2.141	1285
11	DKI Jakarta	0,16	10.645.542	17.033	10220
12	Jawa Barat	0,14	50.103.251	70.145	42087
13	Jawa Tengah	0,25	34.917.040	87.293	52376
14	DIY	0,35	3.970.220	13.896	8337
15	Jawa Timur	0,19	40.156.672	76.298	45779
16	Banten	0,13	13.074.189	16.996	10198
17	Bali	0,3	4.466.595	13.400	8040
18	NTB	0,26	5.298.471	13.776	8266
19	NTT	0,08	5.588.744	4.471	2683
20	Kalimantan Barat	0,21	5.162.937	10.842	6505
21	Kalimantan Tengah	0,15	2.722.168	4.083	2450
22	Kalimantan Selatan	0,14	4.319.794	6.048	3629
23	Kalimantan Timur	0,11	3.708.936	4.080	2448
24	Kalimantan Utara	0,18	721.181	1.298	779
25	Sulawesi Utara	0,19	2.530.967	4.809	2885
26	Sulawesi Tengah	0,21	3.120.863	6.554	3932
27	Sulawesi Selatan	0,23	8.956.181	20.599	12360
28	Sulawesi Tenggara	0,13	2.743.155	3.566	2140
29	Gorontalo	0,15	1.195.883	1.794	1076
30	Sulawesi Barat	0,2	1.396.749	2.793	1676
31	Maluku	0,07	1.805.376	1.264	758
32	Maluku Utara	0,09	1.268.866	1.142	685
33	Papua Barat	0,14	1.008.698	1.412	847
34	Papua	0,11	3.438.243	3.782	2269
	<b>TOTAL</b>	<b>0,18</b>	<b>272.248.454</b>	<b>490.047</b>	<b>294.028</b>

Tabel 7

Sasaran Penderita GME  $\geq$  15 tahun yang mendapat layanan

NO	Provinsi	Jumlah Penduduk $\geq$ 15 Tahun*	Prevalensi GME**	Sasaran GME	Target 2021
1	Aceh	3,939,497	9%	354,555	70,911
2	Sumatera Utara	10,841,649	11.60%	1,257,631	251,526
3	Sumatera Barat	4,067,073	13%	528,719	105,744
4	Riau	5,049,607	10.40%	525,159	105,032
5	Jambi	2,734,843	3.60%	98,454	19,691
6	Sumatera Selatan	6,381,970	6.30%	402,064	80,413
7	Bengkulu	1,517,253	7.40%	112,277	22,455
8	Lampung	6,467,624	5.60%	362,187	72,437
9	Kep Bangka Belitung	1,118,882	11%	123,077	24,615
10	Kep Riau	1,758,658	5.50%	96,726	19,345
11	DKI Jakarta	8,253,528	10.10%	833,606	166,721
12	Jawa Barat	38,005,405	12.10%	4,598,654	919,731
13	Jawa Tengah	27,214,586	7.70%	2,095,523	419,105
14	DI Yogyakarta	3,166,931	10.10%	319,860	63,972
15	Jawa Timur	31,843,279	6.80%	2,165,343	433,069
16	Banten	9,786,573	14%	1,370,120	274,024
17	Bali	3,500,456	8.40%	294,038	58,808
18	Nusa Tenggara Barat	3,871,239	12.80%	495,519	99,104
19	Nusa Tenggara Timur	3,945,067	15.70%	619,376	123,875
20	Kalimantan Barat	3,840,509	10.90%	418,615	83,723
21	Kalimantan Tengah	2,048,584	7.40%	151,595	30,319
22	Kalimantan Selatan	3,193,981	7.80%	249,131	49,826
23	Kalimantan Timur	2,812,007	9.60%	269,953	53,991
24	Kalimantan Utara	533,226	10.20%	54,389	10,878
25	Sulawesi Utara	1,947,137	10.90%	212,238	42,448
26	Sulawesi Tengah	2,295,484	19.80%	454,506	90,901
27	Sulawesi Selatan	6,805,130	12.80%	871,057	174,211
28	Sulawesi Tenggara	1,965,690	11%	216,226	43,245
29	Gorontalo	902,844	17.70%	159,803	31,961
30	Sulawesi Barat	1,006,286	8.50%	85,534	17,107
31	Maluku	1,305,292	11.60%	151,414	30,283
32	Maluku Utara	920,495	13.20%	121,505	24,301
33	Papua Barat	727,879	11.30%	82,250	16,450
34	Papua	2,510,544	8.50%	213,396	42,679
	<b>Total</b>	<b>206,279,208</b>		<b>20,364,502</b>	<b>4,072,900</b>

\* Data Proyeksi Pusdatin 2021

\*\* Data Riskesdas 2018

Tabel 8

Sasaran Penderita Depresi  $\geq 15$  tahun yang mendapat layanan

No	Provinsi	Prevalensi (%)	Jumlah Penduduk	Jumlah Depresi	Sasaran 2021 20%
1	Aceh	4,36	3.939.497	171.762	34.352
2	Sumatera Utara	7,88	10.841.649	854.322	170.864
3	Sumatera Barat	8,15	4.067.073	331.466	66.293
4	Sumatera Selatan	3,39	6.381.970	216.349	43.270
5	Bengkulu	4,8	1.517.253	72.828	14.566
6	Kepulauan Bangka Belitung	6,45	1.118.882	72.168	14.434
7	Riau	6,63	5.049.607	334.789	66.958
8	Kepulauan Riau	3,67	1.758.658	64.543	12.909
9	Jambi	1,75	2.734.843	47.860	9.572
10	Lampung	3,22	6.467.624	208.257	41.651
11	Banten	8,67	9.786.573	848.496	169.699
12	DKI Jakarta	5,91	8.253.528	487.784	97.557
13	Jawa Barat	7,75	38.005.405	2.945.419	589.084
14	Jawa Tengah	4,4	27.214.586	1.197.442	239.488
15	DI Yogyakarta	5,49	3.166.931	173.865	34.773
16	Jawa Timur	4,53	31.843.279	1.442.501	288.500
17	Bali	5,08	3.500.456	177.823	35.565
18	NTB	8,79	3.871.239	340.282	68.056
19	NTT	9,65	3.945.067	380.699	76.140
20	Kalimantan Barat	6,19	3.840.509	237.728	47.546
21	Kalimantan Timur	6,23	2.812.007	175.188	35.038
22	Kalimantan Utara	5,75	533.226	30.660	6.132
23	Kalimantan Selatan	4,82	3.193.981	153.950	30.790
24	Kalimantan Tengah	3,86	2.048.584	79.075	15.815
25	Sulawesi Barat	4,25	1.006.286	42.767	8.553
26	Sulawesi Tenggara	6,33	1.965.690	124.428	24.886
27	Sulawesi Tengah	12,26	2.295.484	281.426	56.285
28	Sulawesi Selatan	7,8	6.805.130	530.800	106.160
29	Sulawesi Utara	6,64	1.947.137	129.290	25.858
30	Gorontalo	10,28	902.844	92.812	18.562
31	Maluku	5,34	1.305.292	69.703	13.941
32	Maluku Utara	9,34	920.495	85.974	17.195
33	Papua Barat	7,42	727.879	54.009	10.802
34	Papua	3,97	2.510.544	99.669	19.934
	INDONESIA	6,1	206.279.208	12.556.133	2.511.227

Tabel 9

## Target Deteksi Dini NAPZA

No	Provinsi	Prevalensi Napza 1 tahun terakhir	Jumlah Penduduk BPS	Target Jumlah Skrining Per Provinsi
		%	2021	2021
1	Aceh	1.69%	5,546,300	93,732
2	Sumatera Utara	2.53%	14,838,200	375,406
3	Sumatera Selatan	1.40%	8,661,800	121,265
4	Kepulauan Riau	1.71%	2,294,300	39,233
5	DKI Jakarta	3.34%	10,729,100	358,352
6	Jawa Barat	1.83%	50,540,100	924,884
7	Jawa Timur	1.72%	40,062,800	689,080
8	DI Yogyakarta	1.19%	3,920,800	46,658
9	Bali	1.62%	4,423,800	71,666
10	Bali	2.12%	4,659,200	98,775
11	Kalimantan Timur	1.57%	5,198,500	81,616
12	Kalimantan Barat	1.95%	9,001,900	175,537
13	Sulawesi Selatan	1.70%	3,490,800	59,344
14	Papua	1.78%	5,554,600	98,872
15	Sumatera Barat	1.78%	1,301,600	19,784
16	Maluku Utara	1.52%	13,388,900	245,017
17	Banten	1.83%	5,626,900	55,706
18	NTT	0.99%	1,236,300	14,712
19	Gorontalo	1.19%	3,139,200	53,366
20	Sulawesi Tengah	1.70%	5,179,200	93,226
21	NTB	1.80%	1,860,700	29,585
22	Maluku	1.59%	2,549,800	43,602
23	Sulawesi Utara	1.71%	2,549,800	23,038
24	Kep. Bangka Belitung	1.49%	1,546,200	44,336
25	Sulawesi Tenggara	1.58%	2,806,100	16,466
26	Papua Barat	1.64%	1,004,000	7,717
27	Kalimantan Utara	1.07%	721,181	136,216
28	Riau	1.87%	7,284,300	24,307
29	Sulawesi Barat	1.70%	1,429,800	34,395
30	Bengkulu	1.68%	2,047,300	55,893
31	Kalimantan Tengah	1.98%	2,822,900	407,811
32	Jawa Tengah	1.16%	35,156,100	85,935
33	Kalimantan Selatan	1.97%	4,362,200	166,658
34	Lampung	1.94%	8,590,600	75,348
34	Jambi	2.02%	3,730,100	4,867,538
TOTAL				

\*Jumlah Penduduk (BPS\_proyeksi penduduk Indonesia 2010-2035)

\*\* Drug report BNN Tahun 2019

Angka prevalensi 1 tahun terakhir pakai narkoba menurut provinsi = 2.1% (nasional) - halaman 81

Angka prevalensi pemakaian Narkoba 1 tahun terakhir menurut provinsi dan status pemakaian (halaman 82) 0,67% Teratur, pecandu, suntik

Tabel 10

**Target Kumulatif Indikator Penyalahguna NAPZA  
Yang Mendapatkan Layanan Rehabilitasi Medis**

No.	Provinsi	Jumlah Kab/Kota	Prevalensi Pengguna Napza Satu Tahun Terakhir	Baseline	Target (Kumulatif)				
					2020	2021	2022	2023	2024
1	Gorontalo	6	1,19	0	6	12	18	23	29
2	Sulbar	6	1,70	1	7	13	19	24	30
3	NTT	22	0,99	2	23	45	66	88	109
4	Sultra	17	1,58	2	19	35	52	68	85
5	Sulut	15	1,71	3	18	32	47	61	76
6	Papua Barat	13	1,64	3	16	28	41	54	66
7	Papua	29	1,70	5	33	61	90	118	146
8	Maluku	11	1,59	6	17	27	38	49	60
9	Maluku Utara	10	1,52	12	22	31	41	51	61
10	Kaltara	5	1,07	14	19	24	29	33	38
11	Sulteng	13	1,70	14	27	39	52	65	77
12	Kepri	7	1,71	27	34	41	47	54	61
13	Sulsel	24	1,95	30	53	77	100	123	147
14	Sumut	33	2,53	69	101	133	165	197	230
15	Babel	7	1,49	72	79	86	92	99	106
16	Bengkulu	10	1,68	100	110	119	129	139	149
17	Banten	8	1,83	150	158	166	173	181	189
18	Bali	9	1,62	155	164	173	181	190	199
19	Jambi	11	2,02	184	195	205	216	227	238
20	DIY	5	1,19	191	196	201	206	210	215
21	Kalteng	14	1,98	194	208	221	235	248	262
22	DI Aceh	23	1,69	207	229	252	274	296	319
23	Kalbar	14	1,57	241	255	268	282	295	309
24	Jateng	35	1,16	244	278	312	346	380	414
25	NTB	10	1,80	301	311	320	330	340	350
26	Lampung	15	1,94	393	408	422	437	451	466
27	Sumbar	19	1,78	416	434	453	471	490	508
28	Kaltim	10	2,12	502	512	521	531	541	551
29	Jatim	38	1,72	529	566	603	640	677	714
30	Jabar	27	1,83	730	756	783	809	835	861
31	Riau	12	1,87	795	807	818	830	842	853
32	DKI Jakarta	6	3,34	1115	1,121	1,127	1,133	1,138	1,144
33	Sumsel	17	1,40	1177	1,194	1,210	1,227	1,243	1,260
34	Kalsel	13	1,97	1116	1,129	1,141	1,154	1,167	1,179
				9000	9,500	10,000	10,500	11,000	11,500



**REKAPITULASI TAHUNAN  
DETEKSI DINI MASALAH KESEHATAN JIWA DAN NAPZA  
PROVINSI TAHUN....**

**PROVINSI:**

NO	KABUPATEN/ KOTA	TARGET 1 TAHUN	CAPAIAN SKRINING										TOTAL				
			2020		2021		2022		2023		2024		Σ	%			
			Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%					

**PELAPORAN BULANAN INDIKATOR PERSENTASE PENDERITA ODGJ PADA PENDUDUK YANG MENDAPAT LAYANAN**

Puskesmas :  
 Kab/Kota :  
 Provinsi:

Bulan :  
 Tahun :

Sasaran (estimasi penderita ODGJ)	Jumlah penderita ODGJ (F.20#) yang mendapat layanan				Persentase Penderita ODGJ yang mendapat layanan*
	Skizofrenia		Psikotik Akut		
	0-14	15 - 59 th	0-14	15 - 59 th	
		≥ 60 th	≥ 60 th		

\* Layanan yang dimaksud adalah pemeriksaan kesehatan jiwa (wawancara psikiatrik dan pemeriksaan status mental), memberikan informasi dan edukasi, tatalaksana pengobatan dan atau melakukan rujukan bila diperlukan

**PELAPORAN INDIKATOR PRESENTASE PENDERITA GME PADA PENDUDUK  $\geq$  15 TAHUN YANG MENDAPAT LAYANAN**

**Puskesmas :**  
**Kab/Kota :**  
**Provinsi:**

**Bulan :**  
**Tahun :**

Sasaran (estimasi penderita GME $\geq$ 15 tahun)	Jumlah penduduk yg dideteksi dini		Jumlah penderita GME yang mendapat layanan**		Persentase Penderita GME yg mendapat layanan
	SDQ*	SRQ 20	Hasil SDQ borderline/abnormal	Hasil SRQ 20 (cut off point $\geq$ 6)	
	15 - 18 th	19 - 59 th	$\geq$ 60 th	15 - 18 th 19 - 59 th > 60 th	

\* Instrumen SDQ yang digunakan SDQ 11-18 th

\*\* Layanan yang dimaksud adalah promosi kesehatan, dan/atau prevensi, dan/ atau konseling, dan/atau penanganan awal, dan/atau penanganan lanjutan

**PELAPORAN INDIKATOR PERSENTASE PENDERITA DEPRESI PADA PENDUDUK  $\geq$  15 TAHUN YANG MENDAPAT LAYANAN**

Puskesmas :  
Kab/Kota :  
Provinsi :

Bulan :  
Tahun :

Sasaran (estimasi penderita Depresi $\geq$ 15 tahun)	Jumlah penderita Depresi (F.32) yang mendapat layanan			Persentase Penderita Depresi yang mendapat layanan*	Penderita Depresi yang dirujuk	
	15 - 18 th	19 - 59 th	$>$ 60 th		Jumlah	Persentase

\* Layanan yang dimaksud adalah promosi kesehatan, dan/atau pencegahan, dan/atau penanganan awal, dan/atau rujukan, dan/atau penanganan lanjutan

**PENCATATAN PELAPORAN  
REHABILITASI MEDIS PENYALAHGUNA NAPZA**

Puskesmas :  
Kab/Kota :  
Provinsi:

Bulan :  
Tahun :

No	Jumlah Penduduk di Skrining		Skrining ASSIST						Jumlah Rehab Sukarela			Jumlah Rehab Pembantaran		Jumlah Rehab Pidana		
			Jumlah Risiko Rendah		Jumlah Risiko Sedang		Jumlah Risiko Tinggi		Rujukan Assist		Non Rujukan		Lk	Pr	Lk	Pr
			Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr				

**REKAPITULASI BULANAN  
REHABILITASI MEDIS PENYALAHGUNA NAPZA**

Bulan :  
Tahun :

Kab/Kota  
Provinsi

No	Nama Fasilitas Kesehatan	Skrining ASSIST						Jumlah Rehab Sukarela				Jumlah Rehab Pembantaran		Jumlah Rehab Pidana				
		Jumlah Risiko Rendah		Jumlah Risiko Sedang		Jumlah Risiko Tinggi		Rujukan Assist		Non Rujukan		Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr	
		Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr	Lk	Pr							

**REKAPITULASI TIGA BULANAN  
REHABILITASI MEDIS PENYALAHGUNA NAPZA**

Provinsi : :  
Bulan Tahun : :

No	Kab/Kota	Skrining ASSIST			Jumlah Rehab Sukarela		Jumlah Rehab Pembantaran	Jumlah Rehab Pidana
		Jumlah Risiko Rendah	Jumlah Risiko Sedang	Jumlah Risiko Tinggi	Rujukan ASSIST	Non Rujukan		

**REKAPITULASI KASUS PASUNG  
TAHUN ....**

Provinsi :

KASUS PASUNG						
Jumlah Kasus Pasung Sampai Desember Tahun Lalu	Jumlah Temuan Baru Kasus Pasung Tahun ....	Jumlah Kasus Pasung Yang Dilepaskan Tahun ....	Jumlah Kasus Pasung Yang Mendapatkan Layanan Keswa Tahun ....	Jumlah ODGJ Yang Mengalami Pemasangan Kembali Tahun ....	Jumlah Total Kasus Pasung Sampai September Tahun ....	Keterangan (Nama Kabupaten /Kota Yang Melaksanakan Layanan ODGJ yang Dipasung)

Kepala Dinas Kesehatan  
Provinsi.....

Nama....  
NIP.....

**REKAPITULASI SUMBER DAYA DETEKSI DINI MASALAH KESEHATAN JIWA DAN NAPZA  
TAHUN.....**

**PROVINSI :**

No	Kabupaten/ Kota	Status Deteksi Dini		Jumlah Puskesmas Terlatih Deteksi Dini	Jumlah SDM Terlatih Deteksi Dini					
		Terlatih	Belum Terlatih		Dokter	Perawat	Nakes Lainnya	Non Nakes		

**Keterangan:**

**Nakes lainnya: Psikolog Klinis, Bidan, dll.**

**Non nakes: Guru, Kader.**





KEMENKES RI

ISBN 978-623-301-131-0



9 786233 011310