

## ANALISIS PERSIAPAN IMPLEMENTASI PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (INDIKATOR 8: KESEHATAN JIWA) DI KOTA DEPOK TAHUN 2018

ANALYSIS OF IMPLEMENTATION READINESS OF HEALTHY INDONESIA PROGRAM WITH FAMILY APPROACH (INDICATOR 8: MENTAL HEALTH) IN DEPOK CITY 2018

Ernawati Roeslie<sup>1</sup>, Adang Bachtiar<sup>2</sup>

Health Policy and Administration, Faculty of Public Health, Universitas Indonesia

Health Policy and Administration, Faculty of Public Health, Universitas Indonesia

### ABSTRAK

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) adalah program prioritas Kementerian Kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas. Indikator 8: Kesehatan Jiwa belum mendapat perhatian khusus di Kota Depok, kasus Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat mengalami peningkatan dari 3986 kasus pada tahun 2016 menjadi 5768 kasus pada tahun 2017, dimana kasus skizofrenia dan gangguan psikotik kronik lainnya mengalami kenaikan dari 1687 kasus pada 2016 menjadi 2342 kasus pada 2017. Analisis kesiapan implementasi PIS-PK (Indikator 8: Kesehatan Jiwa) di Kota Depok tahun 2018 merupakan tahapan penting sebagai penentu keberhasilan kinerja Pemerintah Daerah dalam bidang kesehatan. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain deskriptif. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kesiapan implementasi program PIS-PK (Indikator 8: Kesehatan Jiwa) di Kota Depok Tahun 2018 dilihat dari variabel komunikasi, disposisi, sumber daya dan struktur birokrasi menggunakan Teori Edward III. Metode pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, *Focus Grup Discussion* (FGD) dan telaah dokumen. Hasil penelitian didapatkan kesiapan implementasi PIS-PK (Indikator 8: Kesehatan Jiwa) di Kota Depok berdasarkan 4 (empat) variabel implementasi menurut teori Edward III, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi dinilai belum siap untuk dilaksanakan. Rekomendasi pada penelitian ini yaitu keberhasilan implementasi akan dicapai bila dilakukan perbaikan dari kekurangan, baik dari sisi komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi. Di samping itu hambatan program yang ada bisa diatasi dengan tersedianya pendanaan yang cukup. Saran dari penelitian ini adalah agar meningkatkan pemberdayaan peran keluarga dan potensi masyarakat dengan metode pelatihan untuk peningkatan kesehatan jiwa dan mengurangi stigma di masyarakat.

**Kata kunci:** Analisis Kesiapan Implementasi, Kebijakan, Kesehatan jiwa, Program Indonesia Sehat, Teori Edward III

### ABSTRACT

*The Healthy Indonesia Program with Family Approach (PIS-PK) is the Ministry of Health's priority program implemented by the Puskesmas. Indicator 8: Mental Health has not received special attention in Depok City, severe case of people with mental disorder increased from 3986 in 2016 cases to 5768 cases in 2017, where schizophrenia cases and other chronic psychotic disorders increased from 1687 cases in 2016 to 2342 cases in 2017. Analysis of PIS-PK implementation readiness (Indicator 8: Mental Health) in Depok 2018 is an*

*important stage as a success determinant of local government performance in the health sector. This research is a qualitative research with descriptive design. The purpose of this research is to determine the implementation readiness of PIS-PK (Indicator 8: Mental Health) in Depok 2018 reviewed from communication, disposition, resources and bureaucratic structure using Edward III theory. Data collection method was performed using in-depth interviews, Focus Group Discussion (FGD) and document review. The research result indicates that PIS-PK implementation (Indicator 8: Mental Health) in Depok were not ready based on 4 (four) implementation variables according to Edward III theory, ie communication, resources, disposition and bureaucracy structure. The research recommends to improve the all aspect of communication, resources, disposition and bureaucratic structure in order to achieve the successful implementation. In addition, the program constraints can be reduced by sufficient funding availability. The research suggests to increase the empowerment of family role and community contribution using training method in order to improve the mental health and reduce the stigma in society.*

**Keywords:** Analysis of Implementation Readiness, Edward III Theory, Healthy Indonesia Program, Mental health, Policy

### LATAR BELAKANG

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu sasaran yang ingin dicapai dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019. Tujuan yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Kementerian Kesehatan menetapkan strategi operasional dalam pembangunan kesehatan melalui Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga. Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Dalam rangka pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) telah disepakati adanya 12 indikator utama untuk penanda status

kesehatan sebuah keluarga [1].

Pelaksanaan 12 indikator PIS-PK dapat dilaksanakan setelah data terkumpul dan didapatkan jumlah penderita dari masing-masing indikator. Program Indonesia Sehat indikator 8 ialah penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak diterlantarkan. Adapun definisi operasional dari indikator tersebut adalah jika di keluarga terdapat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat dan penderita tersebut tidak diterlantarkan dan/atau dipasung serta diupayakan kesembuhannya.

Faktanya di dunia, satu dari empat orang dewasa akan mengalami masalah kesehatan jiwa pada satu waktu dalam hidupnya. Bahkan, setiap 40 detik di suatu tempat di dunia ada seseorang yang meninggal karena bunuh diri [2]. Data dari WHO tahun 2017 [3] menunjukkan, terdapat sekitar 300 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kemenkes tahun 2013, prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun keatas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 1,7 per 1000 penduduk. Masalah lain yang juga tidak kalah penting adalah pemasangan. Data yang dihimpun dalam Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menyebutkan bahwa angka pemasangan pada orang dengan gangguan jiwa berat (Psikotik) adalah sebesar 14,3% atau sekitar 57.000 kasus gangguan jiwa yang mengalami pemasangan. Untuk di kota Depok berdasarkan data dari seksi Pencegahan, Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P3TM) Dinkes Depok, kasus ODGJ mengalami peningkatan dari tahun 2016 sebanyak 3986 menjadi 5768 pada tahun 2017, dengan kasus Skizofrenia dan gangguan psikotik kronik lainnya sebanyak dari 1687 menjadi 2342. Indikator ke-8 (Keswa) tersebut harus mendapat perhatian khusus di kota Depok disamping indikator lainnya.

Pelayanan kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat merupakan program yang sangat strategis bagi kinerja Pemerintah Daerah dan pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM). Nilai strategis bagi kinerja Pemerintah Daerah karena pelayanan kesehatan ODGJ berat menjadi salah satu indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan yang wajib dilakukan Pemerintah Daerah [4]. Pengkajian untuk kebijakan (*analysis for policy*) pelayanan kesehatan jiwa sangat diperlukan untuk keberhasilan implementasi. Berdasarkan teori implementasi

kebijakan Edward III dalam [5] disebutkan bahwa untuk mencapai hasil implementasi kebijakan, terdapat empat hal yang menentukan keberhasilan implementasi kebijakan, yaitu faktor komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi [5]. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kesiapan implementasi program PIS-PK (Indikator 8: Kesehatan Jiwa) di Kota Depok Tahun 2018 dilihat dari variabel komunikasi, disposisi, sumber daya dan struktur birokrasi menggunakan Teori Edward III. Selain itu untuk formulasi strategis atau biasa disebut dengan perencanaan strategis pelaksanaan PIS-PK ke depan menggunakan proses analitis. Sehingga di dalam proses perencanaan strategis, analisis-*analisis* baik pada tingkat Puskesmas maupun tingkat Dinas Kesehatan sangat dibutuhkan. Untuk mengetahui persiapan pelaksanaan Puskesmas di Kota Depok dalam mengimplementasikan kebijakan PIS-PK (Indikator 8 Kesehatan Jiwa) maka perlu dilakukan penelitian tentang analisis kesiapan Puskesmas untuk implementasi kebijakan tersebut.

#### TINJAUAN TEORI

Menurut Nugroho (2017) terdapat dua pemilihan jenis model implementasi kebijakan publik yaitu implementasi yang berpola dari atas ke bawah (*top-down*) dan dari bawah ke atas (*bottom-up*). Implementasi kebijakan model Edward III adalah model implementasi yang bersifat "*top down*". Dalam mengkaji implementasi kebijakan, Edwards mulai dengan mengajukan pertanyaan, yakni: Prakondisi-prakondisi apa yang diperlukan sehingga suatu implementasi kebijakan berhasil? Serta apa yang mengakibatkan implementasi kebijakan mengalami kegagalan. Edwards III mencari jawaban dengan menjawab dua pertanyaan tersebut dengan menguraikan empat faktor atau variabel krusial dalam implementasi kebijakan. Faktor-faktor atau variabel-variabel tersebut adalah: *communication, resources, dispositions or attitudes, and bureaucratic structure* [Edward dalam ,6]

Menurut Edwards keempat variabel tersebut berpengaruh terhadap implementasi kebijakan dan bekerja secara simultan dan berinteraksi satu sama lain untuk membantu dan menghambat implementasi kebijakan, maka pendekatan yang ideal dengan merefleksikan kompleksitas ini dengan membahas semua faktor sekaligus. Berikut faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan menurut Edward III dalam [6] yaitu:

#### Komunikasi

Komunikasi merupakan proses penyampaian informasi dari komunikator kepada komunikan. Menurut Edwards III dalam [6] persyaratan

pertama bagi komunikasi yang efektif adalah bahwa mereka yang melaksanakan keputusan harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan. Ada tiga hal yang perlu diperhatikan dalam komunikasi, yaitu:

#### **Tranformasi (*transimisi*)**

Penyampaian informasi dari pembuat kebijakan disampaikan kepada pelaksana kebijakan, kelompok sasaran dan pihak yang terkait.

#### **Kejelasan (*clarity*)**

Dimensi kejelasan menghendaki petunjuk pelaksanaan tidak hanya diterima oleh pelaksana kebijakan namun informasi yang disampaikan harus jelas dan mudah dipahami, untuk menghindari kesalahan interpretasi

#### **Konsistensi (*consistency*)**

Jika implementasi kebijakan ingin berlangsung efektif maka informasi perintah-perintah yang disampaikan harus konsisten dan jelas. Serta perintah tersebut tidak bertentangan dengan perintah kebijakan yang lainnya.

#### **Disposisi**

Disposisi adalah sikap yang dimiliki oleh pelaksana kebijakan seperti mendukung, komitmen, acuh tak acuh bahkan dapat juga menolak kebijakan. Pelaksanaan implementasi kebijakan perlu didukung pula oleh insentif yang memadai.

#### **Struktur Birokrasi**

Birokrasi merupakan salah satu badan yang paling sering bahkan secara keseluruhan menjadi pelaksana kebijakan. Birokrasi merupakan institusi yang dominan dalam implementasi kebijakan. Struktur birokrasi merupakan faktor yang penting untuk mengkaji implementasi kebijakan. Aspek struktur birokrasi ini mencakup dua karakteristik utama yaitu :

##### a) Mekanisme

Yaitu prosedur-prosedur kerja ukuran-ukuran dasar yang sering disebut sebagai *standard operational procedure* (SOP).

##### b) Fragmentasi Birokrasi

Fragmentasi merupakan penyebaran tanggung jawab suatu kebijakan kepada beberapa organisasi yang berbeda sehingga memerlukan kejelasan wewenang dan koordinasi.

#### **Sumber Daya**

Implementasi kebijakan harus ditunjang oleh sumberdaya baik sumber daya manusia, anggaran dan fasilitas. Sumber daya tersebut terdiri dari :

#### **Sumber Daya Manusia**

Sumber daya manusia yang cukup kualitas dan kuantitasnya merupakan unsur terpenting dalam implementasi kebijakan.

#### **Anggaran (*Budgetary*)**

Anggaran berkaitan dengan kecukupan dana atas perencanaan dan pelaksanaan program atau kebijakan untuk menjamin terlaksananya kebijakan.

#### **Fasilitas (*Facility*)**

Fasilitas berkaitan dengan kecukupan sarana dan prasarana dalam mendukung implementasi kebijakan.

#### **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain deskriptif. Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari sampai dengan Maret 2018. Lokasi penelitian adalah di Kota Depok. Metode pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, *Focus Grup Discussion* (FGD) dan telaah dokumen. Informan dalam penelitian ini terdiri dari 28 orang. Informan untuk wawancara mendalam sebanyak 15 orang informan yang terdiri dari 1 orang informan kunci dari Kemenkes, 4 orang dari Dinas Kesehatan Kota Depok, 1 orang dari RSUD Kota Depok yaitu kepala Poli Psikiatri, 1 orang dari Dinas Sosial Kota Depok yaitu kepala bidang rehabilitasi sosial, 1 rang dari Satpol PP, 2 orang Kepala Puskesmas, Puskesmas dengan jumlah kunjungan pasien ODGJ yang tinggi dan telah melakukan pendataan PIS-PK. 2 orang kepala kecamatan, Kecamatan dengan angka gangguan jiwa tinggi, 1 orang pembina wilayah, dan 2 orang kader kesehatan. Sementara informan untuk FGD atau diskusi kelompok terarah sebanyak 13 orang pemegang program kesehatan jiwa, terdiri dari 11 orang dari Puskesmas UPT dan 2 orang dari Puskesmas UPF.

#### **HASIL PENELITIAN**

Berdasarkan kerangka konsep, penelitian ini dianalisis dengan variabel Edward III yang terdiri dari Komunikasi, Disposisi, Sumber Daya dan Struktur Birokrasi. Berikut uraian hasil penelitian dilihat dari aspek input :

#### **Komunikasi**

##### **Transmisi**

Aspek transmisi berupa sosialisasi secara berjenjang tentang PIS-PK (Indikator 8: Keswa) yang mengacu pada Permenkes 39/2016 belum efektif, karena sosialisasi berjenjang di sektor kesehatan dari penentu kebijakan di Pusat, yaitu Kementerian Kesehatan, baru sampai pada

pelaksana kebijakan di tingkat Kota, yaitu Dinas Kesehatan, Kepala Seksi dan Kepala Bidang masih bersifat umum belum spesifik kepada indikator. Sosialisasi dari Kepala Puskesmas ke seluruh staf, masih ada yang belum melaksanakan. Hampir seluruh Kepala UPT Puskesmas Kecamatan telah melakukan sosialisasi pada kesempatan lokakarya mini bulanan rutin di tingkat UPT, namun belum dilakukan di tingkat UPF. Pelatihan teknis program keswa dengan Modul 4 pelayanan PTM di keluarga belum dilatih TOT dari dinas provinsi. Sosialisasi dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas kepada lintas sektor dan jejaring yaitu Bappeda, Camat, Dinas Sosial, Satpol PP, RSUD, LSM terkait penanganan ODGJ berat dalam kerangka PIS-PK belum dilaksanakan.

#### **Kejelasan**

Aspek kejelasan bagi Kemenkes sebagai penentu kebijakan sudah lengkap dan jelas, Permenkes nomor 39 tahun 2016 yang terdiri dari Pedoman Umum Program Indonesia sehat dengan Pendekatan Keluarga dan Petunjuk Teknis Penguatan Manajemen Puskesmas dengan Pendekatan Keluarga sudah cukup menjadi dasar pelaksanaan kebijakan, ditambah lagi dengan untuk pelaksanaan teknis program khususnya Keswa telah dilengkapi dengan modul pelatihan yaitu Modul 4 pelayanan PTM. Sementara dinas kesehatan dan bagi pelaksana kebijakan di Puskesmas, dan kader masih belum jelas karena belum mendapat sosialisasi secara lengkap sampai kepada indikator program khususnya kesehatan jiwa. Pelatihan bagi pelaksana belum dilakukan.

Aspek tujuan kebijakan yaitu meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif, meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dan indikator keberhasilan yaitu, semua penderita gangguan jiwa berat mendapatkan pengobatan, tidak diterlantarkan dan/dipasung telah diketahui dan dipahami oleh penentu kebijakan dinas kesehatan dan kepala Puskesmas namun belum diketahui dan dipahami oleh pemegang program dan kader di Puskesmas.

#### **Konsistensi**

Pada aspek konsistensi diperoleh hasil belum konsisten antara kebijakan yang ditetapkan pemangku kebijakan di Pusat dalam hal ini Kementerian Kesehatan dan pelaksana di daerah yaitu dinas kesehatan dan Puskesmas. Indikator kinerja UKM di Puskesmas belum mencantumkan indikator pelayanan ODGJ berat. SPM juga masih mengacu pada SPM yang lama. SPM pelayanan ODGJ berat yang baru belum digunakan. Hal

tersebut karena belum ada arahan dari dinas kesehatan yang menjadi acuan agar SPM bidang kesehatan sebagai indikator kinerja UKM di Puskesmas. Menunggu revisi Renstra dari dinas kesehatan. Terjadi pula inkonsistensi di tingkat pembuat kebijakan dengan lahirnya Permenkes No. 43 tahun 2016 sebelum PP No.2 tahun 2018 tentang SPM dibuat. Untuk itu Kementerian Kesehatan harus menyesuaikan Permenkes No.43 tahun 2016 dengan PP No. 2 tahun 2018, dengan melakukan perubahan atas Permenkes No. 43 tahun 2018.

Aspek konsistensi dalam hal kesamaan pengetahuan dan pemahaman pelayanan ODGJ berat di Fasilitas Pelayanan Tingkat Pertama (FKTP), antara penentu kebijakan dengan pelaksana dan sasaran kebijakan, terdapat perbedaan antara penentu kebijakan, yaitu Kementerian Kesehatan dengan pelaksana di Dinas Kesehatan dan Puskesmas. Perbedaan tersebut tentang pelayanan rujukan balik dan kegawatdaruratan psikiatri.

#### **Disposisi**

##### **Sikap Pelaksana**

Sikap pelaksana baik tenaga pemegang program kesehatan jiwa di Puskesmas, kader, RSUD, dinas Sosial dan Satpol PP mendukung dan berkomitmen terhadap kesiapan implementasi PIS-PK (Indikator 8: Keswa). Hal ini di dukung penuh pula dengan komitmen pemangku kebijakan di Dinkes yaitu Kasie P3TM dan kapid P2P dalam bentuk akan diadakannya pelatihan bagi kader, tenaga kesehatan, serta melakukan revisi Renstra Dinas Kesehatan tahun 2016-2021 dan menyusun Peraturan Walikota SPM bidang Kesehatan menyesuaikan dengan SPM 2016.

##### **Insentif**

Pemerintah Kota Depok melalui Dinas Kesehatan ataupun Puskesmas belum memberikan insentif bagi perorangan atau puskesmas yang berhasil mencapai target SPM kesehatan Jiwa ataupun melakukan penanganan ODGJ berat ini dari penemuan kasus sampai dinyatakan sembuh, bagi pelaksana kebijakan, baik perorangan maupun institusi.

#### **Sumber Daya**

##### **SDM**

Sumber Daya Manusia (SDM) dari segi kuantitas dilihat dari jumlah tenaga kesehatan yang tersedia di kota Depok masih kurang untuk persiapan implementasi PIS-PK (Indikator 8: Keswa). Sedangkan dari segi kualitas belum cukup dilihat dari Pelatihan yang seharusnya diberikan yaitu: Pelatihan penatalaksanaan

keawatdaruratan psikiatrik, Pelatihan wawancara psikiatrik, Pelatihan modul IV pelayanan PTM di keluarga dan pelatihan penyuluhan untuk keluarga penderita dan masyarakat.

#### Dana

Alokasi anggaran untuk kegiatan implementasi pelayanan ODGJ berat berada di seksi P3TM.

Alokasi Anggaran bidang P2P dibagi untuk anggaran seksi P3M dan seksi P3TM, namun demikian anggaran seksi P3TM persentasenya sangat kecil dibandingkan seksi P3M dari tahun 2013 sd tahun 2017 sebagaimana dijelaskan pada tabel di bawah ini:

Tabel 1. Anggaran P3M dibandingkan dengan Anggaran P3TM dalam Persentase (%)

Tahun	Total Anggaran P2P	Anggaran P3M	Anggaran P3TM	Anggaran P3M dalam persentase (%)	Anggaran P3TM dalam persentase (%)
2013	306.826.000	291.920.000	14.906.000	95	5
2014	555.569.000	540.077.000	15.492.000	97	3
2015	1.103.322.200	1.011.950.700	91.371.500	93	7
2016	970.370.080	911.125.080	59.245.000	94	6
2017	2.236.144.800	1.918.090.800	318.054.000	86	14

Sumber : Bidang P2P Dinas Kesehatan Kota Depok, 2017 (data diolah)

Alokasi anggaran kesehatan di tingkat Puskesmas, baik APBD, Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD), maupun dana DAK Non Fisik semakin meningkat dari tahun ke tahun, namun demikian dikarenakan program penanganan ODGJ berat belum menjadi program prioritas dan SPM penanganan ODGJ berat belum menjadi salah

satu indikator kinerja Puskesmas, maka alokasi dana untuk kegiatan penanganan ODGJ berat masih terbatas. Berdasarkan telaah dokumen anggaran Puskesmas tahun 2017 yang bersumber dari APBD Kota Depok, RBA BLUD dan DAK Non Fisik didapatkan besarnya anggaran di Puskesmas disajikan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 2. Jumlah Anggaran Kesehatan di Puskesmas di Kota Depok Tahun 2017

Puskesmas Kecamatan	APBD	BLUD	DAK Non Fisik	Jumlah
Pancoran Mas	2.150.500.000	8.882.398.000	1.162.000.000	12.194.898.000
Sawangan	2.244.000.000	6.064.221.000	1.000.000.000	9.308.221.000
Sukmajaya	2.711.500.000	9.704.121.000	1.286.000.000	13.701.621.000
Cimanggis	2.992.000.000	9.740.135.000	1.427.000.000	14.159.135.000
Limo	1.099.040.000	3.003.117.000	615.000.000	4.717.157.000
Cinere	1.402.500.000	4.699.277.000	615.654.000	6.717.431.000
Bojongsari	1.963.500.000	4.166.880.000	815.000.000	6.945.380.000
Cilodong	1.589.500.000	3.880.829.000	837.000.000	6.307.329.000
Beji	2.150.500.000	6.259.399.000	1.021.000.000	9.430.899.000
Tapos	2.898.500.000	8.803.085.000	1.403.000.000	13.104.585.000
Cipayung	1.168.750.000	5.011.750.000	791.000.000	6.971.500.000
TOTAL	22.370.290.000	70.215.212.000	10.972.654.000	103.558.156.000

Sumber: Sub Bag PEP, 2017

Dilihat dari tabel diatas Puskesmas memiliki anggaran yang besar dari berbagai sumber terutama BLUD. Alokasi dana BLUD sebagian besar untuk belanja pegawai, belanja barang dan jasa, dan belanja modal, sementara kegiatan untuk penanganan ODGJ berat baik pelatihan maupun kunjungan rumah belum menjadi prioritas.

#### Fasilitas

Aspek sumber daya fasilitas pada penelitian ini menjelaskan informasi tentang ketersediaan

dan kecukupan sarana dan prasarana untuk melaksanakan persiapan implementasi PIS-PK (Indikator 8: Keswa). Fasilitas sarana dan prasarana kesehatan di Kota Depok yang dapat memberikan layanan penanganan ODGJ berat yaitu semua Puskesmas untuk deteksi dini, diagnosis dan penataksanaan awal, namun Puskesmas yang mampu mampu menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa hanya ada 1 (satu) yaitu Puskesmas Sukmajaya. RSUD Depok memberikan pelayanan rawat jalan,

sementara Rumah Sakit Jiwa sebagai rujukan tingkat lanjut tidak ada. Pasien untuk rujukan tingkat lanjut dikirim ke RSJ Marzuki Mahdi. Keberadaan Panti Rehabilitasi belum ada di Kota Depok.

Aspek sarana prasarana lainnya ialah terkait ketersediaan media komunikasi informasi dan edukasi (KIE), obat dan alat fiksasi keswa. Media komunikasi informasi dan edukasi (KIE) yang dimiliki oleh Puskesmas sangat sedikit. Media konseling yang ada berupa lembar balik kesehatan jiwa dan tidak semua Puskesmas memilikinya. Untuk leaflet Pinkesga (Paket Informasi Keluarga) kesehatan jiwa belum ada, aplikasi sehat jiwa belum digunakan. Ketersediaan obat terbatas jumlahnya dan jenisnya, untuk masalah ketersediaan alat fiksasi keswa yang aman, semua Puskesmas belum mempunyai alat tersebut.

### **Struktur Birokrasi**

#### **Standard Operating Procedures (SOP)**

Belum ada juknis dan SOP terkait pelayanan ODGJ berat, namun telah tersedia SOP pemeriksaan pasien di poli jiwa di Puskesmas yang telah terakreditasi, sementara Puskesmas yang belum terakreditasi belum tersedia Juknis dan SOP. Aspek mekanisme berupa ketersediaan SOP, rujukan pasien dengan kasus gaduh dan gelisah sudah ada.

#### **Fragmentasi Birokrasi**

Hasil fragmentasi birokrasi dalam rangka implementasi PIS -PK (Indikator 8: Keswa) di Kota Depok, tersebar dalam dua bidang. Selama ini pemegang program pelayanan kesehatan jiwa sebelumnya dibawah bidang pelayanan kesehatan, seksi Yankesprim setelah ada perubahan SOTK di Kemenkes berubah dibawah Bidang P2P (Pencegahan dan Pengendalian Penyakit), seksi P3TM (Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular). Untuk program PIS-PK di bawah tanggung jawab seksi Yankesprim. Proses koordinasi kedua bidang tersebut belum berjalan maksimal karena PIS-PK merupakan program baru dimana pelayanan kesehatan jiwa merupakan indikator di dalamnya yaitu Indikator 8. Masing-masing masih bergerak sendiri-sendiri sesuai tupoksinya. SK Tim PIS-PK di dinas kesehatan dan di Puskesmas belum ada. Pembentukan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) belum dibentuk, sebagai tim tingkat Kota, yang dapat menjadi wadah untuk berkoordinasi karena jika upaya penyederhanaan struktur birokrasi tidak memungkinkan sebab masing-masing sudah memiliki tugas pokok dan fungsi.

### **PEMBAHASAN**

#### **Komunikasi**

Berdasarkan teori dari Edward III, komunikasi berkenaan dengan bagaimana kebijakan dikomunikasikan kepada organisasi dan sikap serta tanggapan dari para pihak yang terlibat [5]. Sedangkan menurut Edward III dalam [7], persyaratan pertama untuk implementasi yang efektif adalah bahwa mereka yang melaksanakan keputusan harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan. Komunikasi harus akurat dan harus dimengerti dengan cermat oleh pelaksana kebijakan.

Berdasarkan ketiga aspek dari variabel komunikasi dapat disimpulkan bahwa aspek komunikasi implementasi PIS-PK (Indikator 8: Keswa) di Kota Depok masih belum efektif, baik dari aspek transmisi, kejelasan dan konsistensi. Kegiatan sosialisasi berjenjang belum secara luas dilakukan, pelatihan teknis khususnya modul 4 pelayanan PTM di keluarga bagi pemegang program belum dilakukan, demikian juga petugas pelaksana (kader), serta lintas sektor terkait belum dilakukan sosialisasi dan pelatihan.

Menurut Tubbs & Moss dalam Ganiem [8] komunikasi dapat disebut efektif ketika komunikasi berhasil menyampaikan apa yang dimaksudkannya. Komunikasi efektif dapat ditentukan oleh lima hal yaitu pemahaman, kenyamanan perasaan, mempengaruhi sikap, kepercayaan dan melakukan tindakan. Hal ini sejalan dengan teori Edward yang menyatakan bahwa komunikasi yang tidak efektif akan mempengaruhi baik secara langsung ataupun tidak langsung terhadap implementasi kebijakan [6] dan [9]. Aspek komunikasi implementasi PIS-PK (Indikator 8: Keswa) di Kota Depok yang belum efektif, berdampak kepada aspek ketersediaan sumber daya, baik dana (alokasi anggaran keswa yang kecil), kualitas dan kuantitas SDM yang masih terbatas, serta penyediaan fasilitas berupa media KIE (Pinkesga, lembar balik dan aplikasi sehat jiwa) belum ada.

Untuk mengatasi hal tersebut, dalam rangka kesiapan implementasi (Indikator 8: Keswa) diperlukan komunikasi yang bersifat formal dan non formal [10] dan [11]. Komunikasi formal menggunakan tata cara dan aturan, sebagaimana dilakukan antara pemegang program dan pemangku kebijakan. Pemangku kebijakan dalam komunikasinya menggunakan instruksi-instruksi, petunjuk-petunjuk, penjas-penjas kepada pemegang program, lintas sektor dan masyarakat. Komunikasi informal dapat menggunakan media sosial. Komunikasi informal akan mengatasi keterlambatan komunikasi formal yang cenderung lambat.

Disamping itu diperlukan juga komunikasi yang memenuhi 4 dimensi [11], yaitu: (1) komunikasi ke bawah (*downward communication*), yaitu kepada pelaksana kebijakan, kader serta masyarakat ; (2) komunikasi ke atas (*upward communication*), yaitu kepala penentu kebijakan dengan advokasi kepada Bappeda; (3) komunikasi horisontal kepada pemegang program keswa dan Pembina keluarga; serta (4) komunikasi diagonal (*cross communication*), dilakukan antar bidang atau seksi yang berbeda.

### Disposisi

Sikap pelaksana yang berbeda dengan pengambil kebijakan maka proses pelaksanaan suatu kebijakan menjadi semakin sulit [7]. Jika komunikasi telah berjalan efektif, maka diharapkan sikap pelaksana akan positif atau mendukung terhadap kebijakan. Hasil penelitian didapatkan bahwa sikap pelaksana kebijakan yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, tenaga pemegang program kesehatan jiwa di Puskesmas, kader, RSUD, dinas Sosial dan Satpol PP mendukung dan berkomitmen terhadap kesiapan implementasi PIS-PK (Indikator 8: Keswa). Pemegang program berkomitmen akan siap bekerja sama untuk penanganannya dengan kader, RSUD, dan lintas sektor. Kader bersikap positif dan akan membantu pelaksanaan kunjungan rumah.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ekowati dan Suryanto [12] menyatakan, sikap positif dari petugas kesehatan yang melakukan kunjungan ke rumah pasien ODGJ berat membuat pasien merasa senang dan gembira, terlihat respon secara verbal dan non verbal. Pasien mengatakan gembira dan terlihat ekspresif dengan mata berbinar. Demikian pula dengan penelitian Keliat, et al [13] menyatakan kunjungan rumah bisa memberikan banyak informasi kesehatan, tidak hanya bagi pasien yang bersangkutan namun juga bagi keluarga pasien, bahkan bagi masyarakat sekitar tempat tinggal pasien gangguan jiwa.

Namun demikian sikap pelaksana yang positif tidaklah berarti apa-apa tanpa didukung oleh SDM yang mencukupi, dana yang tersedia dan fasilitas yang memadai. Komitmen dari pemegang program untuk siap bekerjasama dan berkoordinasi untuk penanganannya dengan kader, RSUD, dan lintas sektor, akan tidak terlaksana bila pengorganisasian yaitu TPKJM belum dibentuk.

Insentif bagi pelaksana belum ada sehingga masih timbul disposisi yang acuh tidak acuh terhadap kebijakan, sehingga berdampak angka temuan kasus pada ODGJ berat yang meningkat dari tahun ke tahun. Disamping itu pelaksana kebijakan terutama kader banyak

membandingkan dengan program lain seperti HIV dan TB yang selalu memperoleh insentif. Kader lebih banyak mencurahkan tenaga dan pikiran ke program yang memperoleh insentif daripada ke program penanganan ODGJ berat. Hal ini sejalan dengan Darmawan & Sjaaf [14], kader semestinya tetap dipertahankan sebagai tenaga sukarela, diartikan sebagai kesiapan kader untuk meluangkan waktu yang dimilikinya untuk pelayanan sosial. Insentif dapat diberikan dalam bentuk *non-cash*, seperti pendampingan, supervisi, atau monitoring kerja sebagaimana layaknya tenaga profesional. Insentif bila diberikan dapat berupa sejumlah kecil uang (bukan gaji) atau bentuk lain yang sesuai, hendaknya dikomunikasikan dengan komunitas.

Tidak adanya insentif disebabkan karena belum adanya komunikasi yang efektif kepada penguasa wilayah maupun Bappeda melalui advokasi agar program ini menjadi program prioritas dan pemberian insentif menjadi hal yang perlu diadakan. Belum terbentuknya TPKJM mengakibatkan tidak ada wadah untuk koordinasi lintas program dan lintas sektor sehingga permasalahan insentif ini belum pernah diinisiasi.

### Sumber Daya

SDM secara kualitas dan kuantitas masih belum mencukupi untuk implementasi PIS-PK (Indikator 8: Keswa). Ketidacukupan ini dikarenakan secara kuantitas, jumlah tenaga kesehatan baik yang sudah terlatih maupun belum di Kota Depok, didapatkan bahwa jumlah SDM masih kurang, rasio per 100.000 penduduk juga masih di bawah angka nasional. Ketersediaan dr spesialis jiwa dilihat dari ratio kebutuhan jumlah penduduk, ratio per 100.000 penduduk masih sangat kurang. Saat ini hanya ada 1 dr spesialis jiwa di RSUD Depok.

Aspek SDM yang masih belum memadai baik kualitas maupun kuantitas memerlukan metode khusus berupa pemberdayaan masyarakat, dan non kesehatan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan pasien ODGJ akan mengalami penurunan tanda dan gejala serta mengalami peningkatan kemampuan pada pasien dengan permasalahan rendahnya harga diri, setelah dilakukan kombinasi tindakan keperawatan spesialis serta adanya pemberdayaan masyarakat dalam hal ini keluarga dan kader dalam merawat pasien [15]. Penelitian dari Astuti et al. [16] juga menyatakan kader diharapkan menjadi pertimbangan pelayanan kesehatan jiwa terutama dalam tantangan komunitas dalam upaya meningkatkan pemahaman tentang perawatan pada penderita gangguan jiwa.

Disamping itu permasalahan yang ditemukan di lapangan yang ditemukan dalam manajemen ODGJ berat dan manajemen pelayanan

kesehatan jiwa secara menyeluruh adalah rendahnya pemberdayaan peran keluarga dan potensi masyarakat dalam upaya kesehatan jiwa masyarakat akibat kurangnya pengetahuan dan tingginya stigma [17].

Aspek keterbatasan sumber dana dalam program pelayanan ODGJ berat dapat dialokasikan dari berbagai sumber biaya yang ada di Puskesmas, misalnya dana Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) dari pendapatan daerah, dana kapitasi JKN, Dana Alokasi Khusus Fisik subbidang pelayanan kesehatan dasar dan Dana Alokasi Khusus non Fisik dalam bentuk Bantuan Operasional Kesehatan, Dana Desa, Dana Bagi Hasil Cukai Tembakau, Pajak Rokok, dan dana *Corporate Social Responsibility* (CSR) dan sumber dana lainnya yang sah. Seluruh sumber pendanaan tersebut di atas diharapkan dapat dimanfaatkan secara efektif dan efisien oleh setiap Puskesmas untuk melaksanakan Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga yang mengacu pada ketentuan pemanfaatan masing-masing sumber pendanaan [18].

Program Indonesia sehat indikator Keswa belum menjadi program prioritas di Kota Depok, Alokasi anggaran yang cukup besar di Puskesmas dari berbagai sumber belum mengalokasikan dana yang mencukupi untuk program kesehatan jiwa, disamping itu SPM Pelayanan ODGJ berat yang baru belum dipergunakan menjadi indikator kinerja. Hal tersebut sejalan dengan pendapat dari pakar SPM Universitas Indonesia [19], bahwa SPM bukan merupakan tanggung jawab dari dinas kesehatan melainkan menjadi tanggung jawab pemerintah daerah, untuk itu kepala daerah wajib mengalokasikan anggaran untuk SPM bidang kesehatan khususnya ODGJ berat ini.

Dari aspek fasilitas pendukung untuk pelayanan ODGJ berat masih sangat kurang dari segi tingkatan pelayanan dan jenis layanan yang diberikan, alat, obat dan materi KIE. Kondisi ini tentu akan sulit untuk memenuhi indikator kesehatan jiwa dalam PIS-PK yaitu semua ODGJ berat menerima pengobatan, tidak diterlantarkan dan/ dipasung. Fasilitas yang sangat kurang tersebut menimbulkan kesenjangan antara jumlah pasien yang membutuhkan layanan kesehatan jiwa dengan jumlah pasien yang mendapatkan layanan. Belum adanya koordinasi dengan layanan

kesehatan jiwa yang ada di masyarakat baik kesehatan maupun non kesehatan mengakibatkan layanan yang tersedia saat ini dirasakan masih terkotak-kotak dan sulit dijangkau oleh ODGJ dan keluarga. Untuk itu diperlukan kolaborasi antar sektor, antar program, antar ketenagaan dan antar penyedia layanan.

### Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi merupakan merupakan faktor yang fundamental untuk mengkaji implementasi kebijakan [6]. Menurut Edward dalam [20] dan [6] ada dua karakteristik utama dari birokrasi, yakni prosedur-prosedur kerja ukuran-ukuran dasar atau sering disebut *Standard Operating Procedure* (SOP) dan fragmentasi birokrasi. Hambatan yang muncul dalam fragmentasi adalah TPKJM yang belum terbentuk mengakibatkan pelaksanaan penanganan untuk kasus ODGJ yang terlantar di jalan, gaduh gelisah, kasus pasung, dan rujukan balik tidak tertangani secara komprehensif, akibatnya pasien banyak yang penanganannya lambat dan mengalami kekambuhan pasca rawat. Belum terbentuknya TPKJM dan tidak tersedianya SOP sebagai petunjuk pada pelaksana agar dapat memberikan jenis dan mutu layanan yang sesuai standar. Hal ini berdampak pada ketidakseragaman jenis pelayanan yang diterima.

Untuk mengatasi hal tersebut diperlukan komunikasi berupa advokasi kepada Bappeda untuk pembentukan TPKJM tingkat Kota, yang dapat menjadi wadah untuk berkoordinasi agar masalah ODGJ berat ini khususnya dapat ditangani secara komprehensif. Penyusunan SOP terkait pelayanan ODGJ berat di Puskesmas perlu segera di susun, baik untuk pelaksana di Puskesmas, klinik swatsa, pelayanan non kesehatan yang ada di Kota Depok agar didapatkan penyeragaman jenis dan mutu pelayanan.

Berdasarkan uraian analisis persiapan implementasi PIS-PK (Indikator 8: Kesehatan Jiwa) di Kota Depok Tahun 2018 dilihat dari variabel komunikasi, disposisi, sumber daya dan struktur birokrasi diperoleh perbandingan implementasi pelayanan ODGJ berat yang telah dilaksanakan di Kota Depok dan Implementasi PIS-PK yang belum dilaksanakan. Hasil implementasi tersebut seperti terdapat dalam tabel berikut ini :



Tabel 3. Implementasi pelayanan ODGJ berat di kota Depok dan Kesiapan Implementasi Pelayanan ODGJ berat PIS-PK

	Implementasi pelayanan ODGJ berat di kota Depok	Implementasi Pelayanan ODGJ berat PIS-PK yang belum siap
Promotif Preventif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyuluhan Kader tentang tanda dan gejala gangguan jiwa</li> <li>• Sosialisasi Rujukan</li> <li>• Penyediaan materi KIE lembar balik keswa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyuluhan Edukasi kepada kader, keluarga dan masyarakat tentang :                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tanda dan gejala gangguan jiwa</li> <li>b. Kepatuhan minum obat dan informasi lain terkait obat</li> <li>c. Pencegahan tindakan pemasungan</li> <li>d. Sosialisasi kegiatan rumah tangga</li> <li>e. Sosialisasi aktifitas bekerja sederhana</li> </ol> </li> <li>• Penyediaan Materi KIE:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. PInkesga</li> <li>b. Lembar balik keswa</li> <li>c. Aplikasi sehat jiwa</li> </ol> </li> </ul>
Kuratif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan ODGJ berat di Puskesmas:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>d. Penyuluhan</li> <li>e. Deteksi Dini</li> <li>f. Diagnosa</li> <li>g. Pengobatan rawat jalan</li> <li>h. Rujukan ke RSUD atau RSJ Marzuki Mahdi Bogor</li> <li>i. Kunjungan rumah</li> </ol> </li> <li>• Pelayanan ODGJ berat di RSUD: Rawat Jalan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan ODGJ berat di Puskesmas:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penanganan kegawatdaruratan psikiatri</li> <li>b. Pelayanan Rujukan Balik</li> <li>c. Kunjungan rumah dengan target seluruh penderita ODGJ berat</li> </ol> </li> <li>• Pelayanan ODGJ berat di RSUD:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Rawat Inap (RSUD sebagai rumah sakit rujukan regional)</li> <li>b. Layanan <i>Day Care</i></li> <li>c. Layanan <i>Psychiatric Intensif Care Unit (PICU)</i></li> </ol> </li> </ul>
Rehabilitatif	Belum Implementasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan Psikoterapi atau dukungan Psikologi ke-pada keluarga dan <i>caregivers</i> di Puskesmas</li> <li>• Pelayanan rehabilitasi sosial (terapi okupasional dan terapi vokasional)</li> </ul>

## KESIMPULAN

1. Kesiapan implementasi PIS-PK (Indikator 8: Keswa) di Kota Depok berdasarkan 4 (empat) indikator implementasi menurut Edward, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi dinilai belum siap untuk dilaksanakan. Keberhasilan implementasi akan dicapai bila melakukan perbaikan dari kekurangan, baik dari sisi komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi. Disamping itu hambatan program yang ada yang ada bisa diatasi dengan tersedianya pendanaan yang cukup.
2. Komunikasi pada kesiapan implementasi PIS-PK (Indikator 8: Keswa) di Kota Depok masih belum efektif. Kesulitan dalam faktor komunikasi adalah banyaknya pihak yang harus disosialisasikan, pelaksana pelayanan kesehatan ODGJ berat di fasilitas kesehatan dan non kesehatan, komunikasi melalui pelatihan belum lengkap karena terbatasnya dana dan belum adanya media komunikasi berupa media KIE.
3. Sumber daya pendukung pada kesiapan implementasi PIS-PK (Indikator 8: Keswa) di Kota Depok berupa SDM, fasilitas dan dana masih belum mencukupi. Sumber daya SDM diperlukan peningkatan kualitas dan kuantitas SDM, Sumber daya dana telah tersedia, diperlukan pengalokasian yang cukup pada pelayanan ODGJ berat mengacu pada ketentuan pemanfaatan masing-masing sumber pendanaan. Fasilitas perlu ditingkatkan pelayanannya dan jenis layanan yang diberikan.
4. Disposisi pada kesiapan implementasi PIS-PK (Indikator 8: Keswa) di Kota Depok sudah cukup baik, pelaksana program mendukung kebijakan, dan pemegang kebijakan berkomitmen untuk melaksanakannya. Insentif untuk memberikan motivasi dan meningkatkan kinerja pelaksana program belum ada.
5. Struktur Birokrasi pada kesiapan implementasi PIS-PK (Indikator 8: Keswa) di Kota Depok melibatkan dua bidang yaitu Pelayanan Kesehatan dan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) di Dinkes serta melibatkan banyak lintas sektor, namun belum terbentuknya TPKJM tingkat Kota, yang dapat menjadi wadah untuk berkoordinasi agar masalah ODGJ berat ini dapat ditangani secara komprehensif. SOP pelayanan ODGJ berat belum ada, maka pelayanan ODGJ berat tidak dilaksanakan sesuai standar yang ditetapkan.

## SARAN

1. Meningkatkan pemberdayaan peran keluarga dan potensi masyarakat dengan metode pelatihan untuk peningkatan kesehatan jiwa masyarakat dan mengurangi stigma.
2. Menginisiasi pembentukan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) melalui SK Walikota dengan pembagian tugas pokok dan fungsi yang jelas sesuai kewenangan yang masing-masing.
3. Universitas Indonesia melakukan MoU dengan dinas kesehatan Kota Depok

khususnya Fakultas Keperawatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, dan Fakultas Psikologi untuk membantu pelaksanaan pendataan PIS-PK, kunjungan rumah dan penanganan psikoterapi atau memberikan dukungan psikologi kepada keluarga dan *caregivers* di Puskesmas.

4. Melakukan advokasi kepada pengambil kebijakan dan direktur rumah sakit dalam upaya mewujudkan RSUD Depok sebagai rumah sakit rujukan regional.
5. Melakukan advokasi kepada pengambil kebijakan (kepala daerah) wilayah dan Bappeda untuk mengalokasikan anggaran guna membangun Panti Rehabilitasi untuk terapi okupasional dan terapi vokasional.

#### DAFTAR REFERENSI

1. Kemenkes RI. Permenkes No.39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta: 2016.
2. WFMH. World Mental Health Day 2016.
3. WHO. WHO | Mental disorders. WHO 2017.
4. Kemenkes RI. Standar Pelayanan Minimal, Permenkes no. 43 tahun 2016.
5. Nugroho R. Publik Policy. Edisi Keenam. Jakarta: Elek Media Kompetindo; 2017.
6. Winarno B. Kebijakan Publik Teori dan Proses dan Studi Kasus. Edisi Revisi. Yogyakarta: Media Pressindo; 2012.
7. Winarno B. Kebijakan Publik Era Globalisasi Teori, Proses, dan Studi Kasus Komparatif. cetakan 1. Yogyakarta: Center of Academic Publishing Service (CAPS); 2016.
8. Ganiem LM. Komunikasi Kedokteran Konteks Teoritis dan Praktis. Edisi Pertama. Depok: Prenadamedia Group; 2018.
9. Rusli B. Kebijakan Publik : Membangun Kebijakan Publik yang Responsif. 2 ed. Bandung: CV. Adoya Mitra Sejahtera; 2015.
10. Pace, Wayne DF. Komunikasi Organisasi : Strategi Meningkatkan Kinerja Perusahaan. 9 th edition. Bandung: PT Remaja Rosdakarya; 2015.
11. Purwanto DM. Komunikasi Bisnis, edisi 3. Erlangga 2006. [https://books.google.co.id/s?id=NqowMZkeX3AC&pg=PT39&dq=definisi+komunikasi+dalam+organisasi&hl=id&sa=X&ei=qvq\\_UL3AJsbrAfp\\_4GIAg#v=onepage&q=definisi+komunikasi+dalam+organisasi&f=false](https://books.google.co.id/s?id=NqowMZkeX3AC&pg=PT39&dq=definisi+komunikasi+dalam+organisasi&hl=id&sa=X&ei=qvq_UL3AJsbrAfp_4GIAg#v=onepage&q=definisi+komunikasi+dalam+organisasi&f=false) (diakses 20 Maret 2018).
12. Ekowati W, Suryanto. Eksplorasi Respon Pasien Gangguan Jiwa Setelah mendapatkan Home Visit dari Petugas Kesehatan. Keperawatan Univ Jenderal Soedirman 2011;6:103–10.
13. Keliat BA, Utami R, Riasmini M. Modul IC-CMHN manajemen keperawatan kesehatan jiwa komunitas : desa siaga sehat jiwa 2006.
14. Darmawan ES, Sjaaf AC. Administrasi Kesehatan Masyarakat: Teori dan Praktek. Cetakan 1. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada; 2016.
15. Pramujiwati D, Keliat BA, Wardani, Yulia I. Pemberdayaan Keluarga dan Kader Kesehatan Jiwa dalam Penanganan Pasien Harga Diri Rendah Kronik dengan Pendekatan Model Precede L. Green di Rw 06, 07 dan 10 Tanah Baru Bogor Utara. Keperawatan Jiwa 2013;1:170–7.
16. Astuti RT, M. Khoirul A, S.S. P. Pengaruh Pelatihan Kader Terhadap Peningkatan Pengetahuan Perawatan pada Gangguna Jiwa di wilayah Puskesmas Sawangan Kabupaten Magelang 2014.
17. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 tahun 2017 tentang Penanggulangan Pemasungan pada Orang dengan Gangguan Jiwa 2017. [http://huk.kemkes.go.id/uploads/produk\\_hukum/PMK\\_No\\_54\\_Th\\_2017\\_ttg\\_Penanggulangan\\_Pemasungan\\_Pada\\_Orang\\_Dengan\\_Gangguan\\_Jiwa\\_.pdf](http://huk.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_54_Th_2017_ttg_Penanggulangan_Pemasungan_Pada_Orang_Dengan_Gangguan_Jiwa_.pdf) (diakses 19 Maret 2018).
18. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan No. 19 Tahun 2017 tentang Pedoman Pendanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga 2017.
19. Junadi P. Wawancara Pakar SPM Universitas Indonesia. Jakarta; 2018, April 25.
20. Agustino L. Dasar-Dasar Kebijakan Publik. Bandung: Alfabeta; 2012