

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai Keadaan sejahtera fisik, mental, sosial yang utuh, dan bukan hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan. Kesehatan mental merupakan dasar untuk kesehatan dan sangat penting untuk kesejahteraan pribadi, hubungan keluarga, dan keberhasilan kontribusi bagi masyarakat. Kesehatan mental merupakan salah satu bidang kesehatan masyarakat yang paling diabaikan (WHO, 2020).

Prevalensi individu dengan gangguan mental secara global maupun nasional dapat dikatakan tinggi, namun jumlah individu yang mendapatkan penanganan profesional kurang dari 10% di negara – negara dengan pendapatan menengah ke bawah (Novianty, 2017). Relatif sedikit orang di seluruh dunia yang memiliki akses ke layanan kesehatan mental yang berkualitas (WHO, 2020). 1 dari 8 orang hidup dengan kondisi kesehatan jiwa, sekitar 71% orang dengan kondisi psikologis tidak menerima layanan kesehatan jiwa. Diseluruh dunia, kebutuhan jiwa tinggi tetapi penanganan tidak cukup memadai (WHO, 2022).

Remaja merupakan masa peralihan dari anak menuju dewasa, pada masa ini terjadi berbagai macam perubahan yang cukup bermakna baik secara fisik, biologis, mental dan emosional maupun psikososial (Marcelina, 2020). Tahap perkembangan remaja yang merupakan masa penuh peralihan dapat menyebabkan seseorang rentan terhadap berbagai masalah psikologis (Syafitri and Rahmah, 2021). Seorang remaja adalah anak yang telah mencapai kematangan seksual, tetapi tingkat kematangan mental dan emosional masih tertinggal jauh (Anggraini, 2017).

Beberapa remaja berisiko lebih besar mengalami kondisi kesehatan mental karena kondisi kehidupan mereka, stigma, diskriminasi atau pengucilan, atau kurangnya akses ke dukungan dan

usia ini. Depresi, kecemasan dan gangguan perilaku adalah salah satu penyebab utama penyakit dan kecacatan di kalangan remaja. Konsekuensi dari kegagalan mengatasi kondisi kesehatan mental remaja meluas hingga dewasa, merusak kesehatan fisik dan mental dan membatasi kesempatan untuk menjalani kehidupan yang memuaskan sebagai orang dewasa (WHO, 2021).

Gangguan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia (Kemensos RI, 2020). Di Indonesia prevalensi orang dengan gangguan jiwa sekitar 1 dari 5 penduduk, artinya sekitar 20% populasi di Indonesia berpotensi mengalami masalah gangguan jiwa. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, menunjukkan bahwa lebih dari 19 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami gangguan mental emosional, dan lebih dari 12 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami depresi.

Depresi berat akan mengalami kecenderungan untuk menyakiti diri sendiri (*self harm*) hingga bunuh diri. Sebesar 80 – 90% kasus bunuh diri merupakan akibat dari depresi dan kecemasan (Rachmawati, 2020). Berdasarkan Sistem Registrasi Sampel yang dilakukan Badan Litbangkes tahun 2016, diperoleh data bunuh diri per tahun sebanyak 1.800 orang atau setiap hari ada 5 orang melakukan bunuh diri, serta 47,7% korban bunuh diri adalah pada usia 10-39 tahun yang merupakan usia anak remaja dan usia produktif (Redaksi Sehat Negeriku, 2021). Buruknya kesehatan jiwa remaja dapat terjadi karena beberapa alasan seperti kurang pengetahuan atau kesadaran tentang kesehatan jiwa di antara tenaga kesehatan, atau stigma yang mencegah mereka untuk mencari pertolongan (Meisyalla, 2022).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Yogyakarta tahun 2021 didapatkan data kesehatan jiwa remaja usia 10 – 19 tahun yaitu sebanyak 123 pasien dengan diagnosa gangguan anxietas fobik, 443 pasien gangguan campuran anxietas dan depresi, 261 pasien gangguan depresi (berulang), 34 pasien gangguan penyalahgunaan NAPZA, 317 pasien insomnia, 32 pasien dengan percobaan bunuh diri, serta 246 pasien gangguan kepribadian dan perilaku (Dinkes DIY, 2021).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) di Kabupaten Kulon Progo pada tahun 2013 dan 2018 memiliki prevalensi gangguan jiwa berat tertinggi di antara kabupaten dan Kota se-DIY yaitu 4,7 per mil di tahun 2013 dan meningkat 19,3 per mil di tahun 2018 (PEMKAB Kulon Progo, 2019).

Berdasarkan studi pendahuluan diketahui bahwa Kabupaten Kulon Progo memiliki 21 Puskesmas. Dari ke 21 Puskesmas tersebut didapatkan kasus kesehatan mental tertinggi di Kabupaten Kulon Progo pada tahun 2021 yaitu pada Puskesmas Pengasih 2 yaitu sebanyak 163 orang, Puskesmas Kalibawang yaitu sebanyak 143 orang, Puskesmas Galur 2 yaitu sebanyak 120 orang. Kemudian diketahui bahwa setiap Puskesmas di Kulon Progo tidak memiliki pelayanan kesehatan mental dan tenaga psikolog, sedangkan berdasarkan data yang didapatkan diketahui bahwa Kabupaten Kulon Progo memiliki prevalensi gangguan jiwa tertinggi di antara Kabupaten dan Kota se-DIY. Hal ini sesuai yang dinyatakan oleh Direktorat Bina Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015) bahwa terdapat ketidakseimbangan jumlah rasio antara tenaga jiwa kesehatan profesional dengan populasi masyarakat yaitu 1.07 per 100.000 populasi dengan distribusi kesehatan tenaga profesional tidak merata, hanya terdapat di kota besar. Salah satu masalah mendasar dalam mengobati gangguan kesehatan jiwa adalah minimnya pelayanan dan fasilitas kesehatan jiwa di tingkat fasilitas primer di berbagai daerah (Setiyani, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Indiani dan Riyadi (2018) menyimpulkan bahwa kondisi akses pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia masih belum memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau. Hal ini dibuktikan oleh minimnya sumber daya kesehatan, pengeluaran biaya kesehatan yang masih rendah dan juga sistem informasi kesehatan yang belum memadai. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Novianty dan Retnowati (2016) dapat disimpulkan bahwa di tingkat pelayanan kesehatan primer dasar dibutuhkan adanya layanan psikologi. Namun demikian, layanan psikologi yang diberikan di layanan kesehatan primer tidak serta merta dapat diterima dengan mudah dan efektif, dikarenakan literasi

kesehatan mental masyarakat yang masih rendah, stigma yang melekat terkait gangguan mental.

Penelitian yang dilakukan oleh Mawarpury & Humam (2013) menunjukkan bahwa SDM kesehatan yaitu tenaga psikolog belum berperan optimal yang menimbulkan kesenjangan dalam memberikan pelayanan. Terdapat berbagai faktor yang menjadi tantangan tenaga psikolog di Puskesmas dalam mencapai kesehatan masyarakat yang lebih baik, yaitu layanan kesehatan mental yang belum terintegrasi dengan layanan kesehatan umum, dan bahwa layanan kesehatan mental belum melibatkan berbagai unsur profesi terkait dengan kesehatan mental.

Temuan tingginya prevalensi individu dengan gangguan mental, dan minimnya individu yang memperoleh perawatan formal mengindikasikan adanya '*treatment gap*' (kesenjangan penanganan). Kesenjangan penanganan merujuk pada prevalensi gangguan mental yang terjadi dan proporsi individu yang tertangani, atau dengan kata lain persentase individu yang memerlukan perawatan, namun tidak menerima penanganan. Hambatan eksternal dapat menjadi salah satu penyebab tingginya kesenjangan penanganan. Hal ini dapat ditinjau dari akses yang meliputi area geografis, transportasi, dan biaya ke layanan kesehatan mental tidak terdistribusi secara merata (Harvey and Gumport, 2015).

Di Indonesia, standar yang belum memadai antara jumlah tenaga profesional kesehatan mental (psikolog dan psikiater) dengan jumlah penduduk menjadi salah satu penghambat akses layanan kesehatan mental (Novianty and Retnowati, 2016). Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai "Analisis Dukungan dan Hambatan Pemanfaatan Layanan Kesehatan Remaja di Kesehatan Kabupaten Kulon Progo".

## **B. Perumusan Masalah**

Diketahui bahwa di Kabupaten Kulon Progo pada tahun 2013 dan 2018 memiliki prevalensi gangguan jiwa berat tertinggi di antara kabupaten dan Kota se-DIY. Hal ini menunjukkan kurangnya komitmen para pengambil kebijakan untuk serius menangani masalah kesehatan mental. Pada tahun 2021 diketahui bahwa kasus kesehatan mental tertinggi yaitu di Puskesmas Pengasih 2, Puskesmas Kalibawang, dan Puskesmas Galur 2. Berdasarkan dari Studi Pemdahuluan yang telah dilakukan diketahui bahwa tingginya kasus kesehatan mental di Kabupaten Kulon Progo, dan belum adanya tenaga psikolog di setiap Puskesmas di Kabupaten Kulon progo, namun hanya ada tenaga pemegang program kesehatan jiwa dan pemegang Program Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), hal ini yang menjadikan peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Dukungan dan Hambatan Pemanfaatan Layanan Kesehatan Remaja di Kabupaten Kulon Progo. Maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Dukungan dan Hambatan Pemanfaatan Layanan Kesehatan Remaja di Kesehatan Kabupaten Kulon Progo”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis dukungan dan hambatan pemanfaatan layanan kesehatan remaja di Kabupaten Kulon Progo

### **2. Tujuan khusus**

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

- a) Mengetahui faktor predisposisi (*Predisposing factors*) terhadap pemanfaatan layanan kesehatan mental remaja di Kabupaten Kulon Progo
- b) Mengetahui faktor pendukung (*Enabling factors*) terhadap pemanfaatan layanan kesehatan mental remaja di Kabupaten Kulon Progo
- c) Mengetahui faktor kebutuhan (*Need factors*) terhadap pemanfaatan layanan kesehatan mental remaja di Kabupaten Kulon Progo

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Pengguna Layanan**

Memberikan informasi kepada remaja mengenai kesehatan jiwa sehingga dapat meningkatkan literasi mengenai kesehatan jiwa pada remaja dan layanan kesehatan jiwa tersedia di Puskesmas sehingga remaja dapat mengakses dan memanfaatkan layanan.

### **2. Bagi Tenaga Kesehatan Puskesmas**

Memberikan informasi dan bahan masukan bagi petugas kesehatan di Puskesmas dalam memperbaiki program kesehatan jiwa di Puskesmas, khususnya terkait faktor – faktor penghambat sehingga program dapat terlaksana secara optimal dan dapat memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan maksimal.

### **3. Bagi Peneliti**

- a) Menambah wawasan peneliti tentang kesehatan mental, khususnya kesehatan mental remaja
- b) Sebagai evaluasi pelaksanaan program kesehatan mental remaja sehingga dapat dijadikan sebagai informasi dan bahan untuk penyusunan kebijakan yang tepat di kemudian hari
- c) Sebagai wadah bagi peneliti untuk belajar, menambah pengalaman dan mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang didapatkan selama perkuliahan

## **E. Keaslian Penelitian**

1. Penelitian yang dilakukan oleh Mauludiyah & Ermadona (2016) dengan judul penelitian “Analisis Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Malang”. Persamaan dengan penelitian ini yaitu membahas mengenai keterlaksanaan, hambatan, dan strategi Puskesmas dalam menjalankan program PKPR yang merupakan program pelayanan kesehatan yang ditunjukkan kepada remaja. Dan metode yang digunakan yaitu kualitatif dengan pendekatan eksploratif, dengan metode pengumpulan data yaitu melalui wawancara, diskusi kelompok terarah. Sedangkan perbedaan dengan penelitian ini

yaitu lokasi penelitian. Hasil dari penelitian ini adalah PKPR tidak berjalan secara kontinu.. Hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan adalah masalah yang terkait lemahnya manajemen PKPR, keterbatasan SDM, sarana, skill, dan pendanaan. Hambatan seperti sistem layanan tidak terintegrasi, yang ditunjukkan oleh keinginan penanggung jawab PKPR tidak memperoleh sambutan yang diharapkan dari petugas lainnya, hal ini menunjukkan bahwa PKPR tidak memperoleh dukungan dari manajemen Puskesmas. Kurangnya sarana dan prasarana, antara lain ruangan khusus layanan ini selanjutnya menimbulkan dampak tidak langsung yaitu kurang privasi bagi pasien remaja yang ingin menyampaikan permasalahan secara pribadi.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Friskarini *et al* (2016) dengan judul “*Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Tingkat Puskesmas DKI Jakarta*”. Persamaan dengan penelitian ini adalah membahas mengenai program pelayanan kesehatan peduli remaja dan metode yang digunakan, yaitu kualitatif dengan pengumpulan data dengan wawancara mendalam dan *Focus Group Diskusi* (FGD). Perbedaan dengan penelitian ini yaitu lokasi penelitian. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa Pelaksanaan atau implementasi PKPR di Jakarta belum memenuhi kriteria pelayanan remaja seperti yang ditetapkan, kegiatan PKPR masih terbatas pada penyuluhan di sekolah dengan materi kesehatan reproduksi remaja, remaja yang datang ke Puskesmas belum mendapat pelayanan seperti alur model pelayanan PKPR, akses remaja ke puskesmas terbentur dengan kegiatan belajar, masih adanya Puskesmas yang belum melakukan pelatihan konselor sebaya, belum ada alokasi dana yang cukup untuk kegiatan PKPR, bahan-bahan penyuluhan masih kurang, terbatasnya alat bantu pembelajaran edukatif dan transportasi serta ruangan pelayanan, serta pemahaman petugas tentang program masih kurang. Kerjasama lintas sektor belum digunakan untuk menggali dukungan bagi terselenggaranya PKPR khusus bagi sekolah-sekolah.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Friskarini *et al* (2016) dengan judul “Faktor Predisposisi, Pendukung dan Pendorong Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Kuta Selatan”. Persamaan dengan penelitian ini yaitu membahas mengenai faktor predisposisi, pendukung dan pendorong pemanfaatan pelayanan kesehatan peduli remaja, dan metode yang digunakan yaitu kualitatif. Perbedaan dengan penelitian ini yaitu lokasi penelitian. Berdasarkan penelitian ini diketahui bahwa pengetahuan siswa mengenai PKPR sangat kurang, hal ini dikarenakan kurangnya sosialisasi dan suasana yang kurang kondusif saat sosialisasi. Faktor pendukung PKPR diantaranya adalah dukungan sekolah dalam memberikan waktu dan memfasilitasi kegiatan PKPR, materi yang diberikan dianggap sangat menarik, peran konselor sebaya dinilai sangat baik karena membantu teman yang sakit dan faktor penghambat konseling. Untuk pemanfaatan pelayanan PKPR adalah sarana dan prasarana yang kurang lengkap misalnya tidak adanya ruang konseling khusus, kapasitas ruangan yang tidak memenuhi, minimnya tenaga kesehatan, minumannya.
4. Penelitian yang dilakukan oleh Vahratian *et al* (2021) dengan judul “*Symptoms of Anxiety or Depressive Disorder and Use of Mental Health Care Among Adults During the COVID-19 Pandemic — United States, August 2020–February 2021*”. Persamaan dengan penelitian ini yaitu membahas mengenai gangguan kesehatan mental serta penggunaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan mental. Perbedaan dengan penelitian ini yaitu pada metode dan lokasi penelitian. Berdasarkan penelitian ini diketahui bahwa persentase usia orang dewasa dengan gejala gangguan kecemasan atau gangguan depresi dan mereka yang mencari layanan kesehatan mental. Selama 19 Agustus 2020 – 1 Februari 2021, persentase orang dewasa dengan gejala kecemasan atau gangguan depresi selama 7 hari terakhir meningkat secara signifikan (dari 36,4% menjadi 41,5%), begitu pula persentase pelaporan yang mereka butuhkan tetapi tidak menerima konseling atau terapi kesehatan mental selama 4 minggu terakhir (dari 9,2% menjadi 11,7%).

Peningkatan terbesar terjadi pada orang dewasa berusia 18-29 tahun dan di antara mereka yang berpendidikan kurang dari sekolah menengah.

5. Penelitian yang dilakukan oleh Mojtabai et al (2016) dengan judul “Attitudes Toward Mental Health Help Seeking as Predictors of Future Help-Seeking Behavior and Use of Mental Health Treatments”. Persamaan dengan penelitian ini yaitu membahas tentang pencarian bantuan kesehatan mental. Perbedaan dengan penelitian ini yaitu metode penelitian yaitu kuantitatif dan lokasi penelitian. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa kesediaan masyarakat untuk mencari bantuan profesional untuk masalah emosional yang serius dan perasaan nyaman untuk berbicara tentang masalah pribadi dengan profesional secara signifikan berkaitan dengan pencarian bantuan dan penggunaan pengobatan di masa depan.