

BAB II

KAJIAN TEORITIK

2.1 Evaluasi Program

2.1.1 Konsep Evaluasi

Evaluasi menurut Ralph Traylor (1950) (Farida Yusuf, 2008) adalah proses yang menentukan sampai sejauh mana tujuan pendidikan dapat dicapai. Program menurut Joan L.(1987) dalam (Farida Yusuf, 2008) adalah segala sesuatu yang dicoba dilakukan seseorang dengan harapan akan mendatangkan hasil atau pengaruh. Program adalah kegiatan yang dilakukan dengan seksama. Melakukan evaluasi program adalah kegiatan yang dimaksudkan untuk mengetahui seberapa tinggi tingkat keberhasilan dari kegiatan yang direncanakan (Arikunto, 1993).

Evaluasi Program adalah suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan dengan sengaja untuk melihat tingkat keberhasilan program. Dalam kamus *Oxford Advance Learner's Dictionary of Current English* (AS Hornby, 1968) evaluasi adalah *to find out, decide the amount or value* yang artinya suatu upaya untuk menentukan nilai atau jumlah (Arikunto, 2014).

Menurut Suchman (1961, dalam Anderson 1975) dikutip oleh Arikunto,dkk (2014) memandang evaluasi sebagai proses menentukan hasil yang telah dicapai beberapa kegiatan yang direncanakan untuk mendukung tercapainya tujuan. Program adalah proses untuk mengetahui apakah tujuan pendidikan telah terealisasikan. Selanjutnya menurut

Cronbach (1963) dan Staffulebeam (1971) yang dikutip oleh Arikunto,dkk (2009), evaluasi program adalah upaya menyediakan informasi untuk disampaikan kepada pengambil keputusan.

Evaluasi adalah kegiatan untuk mengumpulkan informasi tentang bekerjanya sesuatu, yang selanjutnya informasi tersebut digunakan untuk menentukan alternatif yang tepat dalam mengambil keputusan. Fungsi utama evaluasi dalam hal ini adalah menyediakan informasi-informasi yang berguna bagi pihak *decision maker* untuk menentukan kebijakan yang akan diambil berdasarkan evaluasi yang telah dilakukan (Arikunto, 2004). Pendapat senada dikemukakan oleh Djaali dan Mulyono yang mendefinisikan evaluasi sebagai proses menilai sesuatu berdasarkan kriteria atau tujuan yang telah ditetapkan yang selanjutnya dengan pengambilan keputusan atas objek yang dievaluasi (Djaali dan Pudji Muljono, 2004) Menurut Worthen dan Sanders (2004). Evaluasi adalah mencari sesuatu yang berharga (*worth*). Sesuatu yang berharga tersebut dapat berupa informasi tentang suatu program, produksi serta alternatif prosedur tertentu. Karenanya evaluasi bukan merupakan hal baru dalam kehidupan manusia sebab hal tersebut senantiasa mengiringi kehidupan seseorang.

Dari berbagai pendapat di atas maka evaluasi merupakan proses pengumpulan data atau informasi yang ilmiah yang hasilnya dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pengambilan keputusan dalam menentukan alternatif serta keseluruhan komponen evaluasi

mengacu pada ketercapaian nilai inti (*core values*) program yang sedang dilaksanakan. Nilai-nilai utama itu merupakan pilihan nilai individu, kelompok, ataupun masyarakat yang mendapatkan manfaat dari program tersebut serta *stakeholders*.

2.1.2 Tujuan Evaluasi Program

Menurut Mulyatiningsih (2011) evaluasi program dilakukan dengan tujuan untuk:

- a. Menunjukkan sumbangan program terhadap tercapainya tujuan organisasi. Hasil evaluasi ini penting untuk mengembangkan kan program yang sama di tempat lain.
- b. Mengambil keputusan tentang keberlanjutan sebuah program, apakah program perlu diteruskan, diperbaiki atau dihentikan,.

Dilihat dari tujuannya, yaitu ingin mengetahui kondisi sesuatu, maka evaluasi program dapat dikatakan merupakan salah satu bentuk penelitian evaluatif. Oleh karena itu, evaluasi program, pelaksana berfikir dan menentukan langkah bagaimana melaksanakan penelitian.

Menurut Arikunto,dkk (2014) terdapat perbedaan yang mencolok antara penelitian dan evaluasi program adalah sebagai berikut :

- a. Dalam kegiatan penelitian , peneliti ingin mengetahui tentang gambaran tentang sesuatu kemudian hasilnya di

deskripsikan, sedangkan dalam evaluasi program pelaksanaan ingin mengetahui seberapa tinggi mutu atau kondisi sesuatu sebagai hasil pelaksanaan program, setelah data yang terkumpul dibandingkan dengan kriteria atau standart tertentu.

- b. Dalam kegiatan penelitian, peneliti dituntut oleh rumusan masalah karena ingin mengetahui jawaban dari penelitiannya, sedangkan dalam evaluasi program pelaksanaan ingin mengetahui tingkat ketercapain tujuan program, dan apabila pelaksanaan ingin mengetahui letak kekurangan itu dan apa sebabnya.

Dengan adanya uraian di atas, dapat dikatakan bahwa evaluasi program merupakan penelitian evaluatif. Pada dasarnya penelitian evaluatif dimaksudkan untuk mengetahui akhir dari adanya kebijakan yang lalu, yang pada tujuan akhirnya adalah untuk menentukan kebijakan selanjutnya.

Wujud dari hasil evaluasi adalah sebuah rekomendasi dari *evaluator* untuk pengambilan keputusan (*decision maker*), Arikunto (2009).

2.1.3 Model Evaluasi Program

Model – model evaluasi yang satu dengan yang lain memang tampak bervariasi, akan tetapi maksud dan tujuannya sama yaitu

melakukan kegiatan pengumpulan data atau informasi yang berkenaan dengan objek yang dievaluasi. Selanjutnya informasi yang terkumpul dapat diberikan kepada pengambil keputusan agar dapat dengan tepat menentukan tindak lanjut tentang program yang sudah dievaluasi.

Menurut Kaufman dan Thomas yang dikutip oleh Arikunto, dkk (2014), membedakan model evaluasi menjadi delapan, yaitu:

- a. *Goal Oriented Evaluation Model*, dikembangkan oleh Tyler.
- b. *Goal Free Evaluation Model*, dikembangkan oleh Scriven.
- c. *Format of Summative Evaluation Model*, dikembangkan oleh Michael Scriven.
- d. *Countenance Evaluation Model*, dikembangkan oleh Stake.
- e. *Responsive Evaluation Model*, dikembangkan oleh Stake.
- f. *CSE-UCLA Evaluation Model*, menekankan pada “kapan: evaluasi dilakukan”.
- g. *CIPP Evaluation Model*, dikembangkan oleh Stafflebeam,
- h. *Discrepancy Model*, dikembangkan oleh Provus.

Penelitian model evaluasi yang digunakan tergantung pada tujuan evaluasi. Dalam pelaksanaan Evaluasi Program Kesehatan Jiwa pada perawat di Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau yang mencakup hasil pelaksanaan yang telah dilaksanakan pada perawat koordinator yang telah dilatih kesehatan jiwa.

2.2 Evaluasi Program CIPP

Dalam buku Riset Terapan oleh Mulyatiningsih (2011), mengemukakan bahwa evaluasi CIPP dikenalkan dengan nama evaluasi formatif dengan tujuan untuk mengambil keputusan dan perbaikan program.

Model yang digunakan dalam penelitian ini adalah model pengambilan keputusan yang dikembangkan oleh Stufflebeam yang dikenal dengan *CIPP Evaluation Model*. CIPP merupakan singkatan dari *Context, Input, Process and Product*.

Model evaluasi CIPP mencakup beberapa langkah seperti dijelaskan oleh Stufflebeam :

The CIPP model is a simple systems model applied to programme evaluation. CIPP stands for context evaluation, input evaluation, process evaluation, and product evaluation. These types are typically viewed as separate forms of evaluation, but they can also be viewed as steps or stages in a comprehensive evaluation.

Model evaluasi CIPP ini terdiri dari 4 huruf yang diuraikan sebagai berikut :

- a. *Context evaluation to serve planning decision.*

Seorang evaluator harus cermat dan tajam memahami konteks evaluasi yang berkaitan dengan merencanakan keputusan, mengidentifikasi kebutuhan, dan merumuskan tujuan program.

- b. *Input Evaluation structuring decision.*

Segala sesuatu yang berpengaruh terhadap proses pelaksanaan evaluasi harus disiapkan dengan benar. *Input* evaluasi ini akan memberikan bantuan agar dapat menata keputusan, menentukan sumber-sumber yang dibutuhkan, mencari berbagai alternatif yang akan dilakukan, menentukan rencana yang matang, membuat strategi yang akan dilakukan dan memperhatikan prosedur kerja dalam mencapainya.

c. *Process evaluation to serve implementing decision.*

Pada evaluasi proses ini berkaitan dengan implementasi suatu program. Ada sejumlah pertanyaan yang harus dijawab dalam proses pelaksanaan evaluasi ini, misalnya apakah rencana yang telah dibuat sesuai dengan pelaksanaan di lapangan dan dalam proses pelaksanaan program adakah yang harus diperbaiki. Dengan demikian proses pelaksanaan program dapat dimonitor, diawasi, atau bahkan diperbaiki.

d. *Product evaluation to serve recycling decision.*

Evaluasi hasil digunakan untuk menentukan keputusan yang akan dikerjakan berikutnya, manfaat yang dirasakan oleh masyarakat berkaitan dengan program yang digulirkan, dan apakah memiliki pengaruh dan dampak dengan adanya program tersebut. Evaluasi hasil berkaitan dengan manfaat dan dampak suatu program setelah dilakukan evaluasi secara seksama. Manfaat model ini untuk pengambilan keputusan (*decision making*) dan bukti

pertanggung jawaban (*accountability*) suatu program kepada masyarakat.

Tahapan evaluasi dalam model ini yakni penggambaran (*delineating*), perolehan atau temuan (*obtaining*), dan penyediaan (*providing*) bagi para pembuat keputusan.

Model evaluasi CIPP merupakan model yang paling banyak dikenal dan diterapkan oleh evaluator. CIPP adalah model evaluasi yang memandang program yang dievaluasi sebagai sebuah sistem. Dengan demikian jika model CIPP dipergunakan untuk mengevaluasi program, maka program tersebut dievaluasi berdasarkan komponen-komponennya.

Model CIPP mengukur *output (product)* sampai pada *outcome* berupa implementasi dari *product*. Sebagai contoh, kalau *product* dari proses pendidikan dan pelatihan berhenti pada lulusan, tetapi *outcomes* sampai kepada kiprah/penerapan hasil lulusan di masyarakat. Stufflebeam menganggap evaluasi sebagai proses menggambarkan, memperoleh dan memberikan informasi yang berguna untuk menilai alternatif keputusan (<http://aikzatil.blogspot.com/2011>).

2.2.1 Komponen Evaluasi

Komponen evaluasi meliputi :

a. Context

Orientasi utama dari evaluasi konteks adalah mengidentifikasi latar belakang perlunya mengadakan perubahan atau munculnya program dari beberapa subjek yang terlibat dalam pengambilan keputusan Mulyatiningsih (2011).

Evaluasi konteks (*context*) mencakup analisis masalah yang berkaitan dengan lingkungan program atau kondisi obyektif yang akan dilaksanakan. Berisi tentang analisis kekuatan dan kelemahan obyek tertentu. Stufflebeam menyatakan evaluasi konteks sebagai fokus institusi yaitu mengidentifikasi peluang dan menilai kebutuhan. Suatu kebutuhan dirumuskan sebagai suatu kesenjangan (*discrepancy view*) kondisi nyata (*reality*) dengan kondisi yang diharapkan (*ideality*) atau perkiraan kinerja. Dengan kata lain evaluasi konteks berhubungan dengan analisis masalah kekuatan dan kelemahan dari obyek tertentu yang akan atau sedang berjalan. Evaluasi konteks memberikan informasi bagi pengambil keputusan dalam perencanaan suatu program yang akan on-going. Selain itu konteks juga bermaksud mengevaluasi bagaimana rasionalnya suatu program. Analisis ini akan membantu dalam merencanakan keputusan, menetapkan kebutuhan dan merumuskan tujuan program secara

lebih terarah dan demokratis. Isaac and Michael mengatakan Evaluasi konteks juga melakukan diagnostik tentang sesuatu yang tidak ada (*absence*) dari suatu kebutuhan yang selayaknya tersedia sehingga tidak menimbulkan kerugian pada jangka panjang.

Komponen *context* dalam penelitian ini, yang akan dilakukan evaluasi adalah dasar kebijakan kebijakan Program Pelatihan Kesehatan Jiwa bagi perawat di Puskesmas Kabupaten Sekadau Karena pendekatan ini maka aspek yang dievaluasi lengkap evaluasi dasar kebijakan program, berupa produk kebijakan program dan tujuan program pelatihan kesehatan jiwa pada perawat yang dibuat dan yang akan di evalausi pada tahapan ini adalah :

1. Ada tidaknya dasar kebijakan program dari kementrian kesehatan RI / Provinsi Kalimantan Barat tentang Kesehatan jiwa
2. Ada tidaknya kebijakan program kesehatan jiwa di kabupaten sekadau.
3. Tujuan program baik tujuan umum maupun tujuan khusus yang dibuat sebagai acuan dalam program pelatihan kesehatan jiwa dan pelaksanaanya di sesuaikan dengan kebutuhan daerah dalam melaksanakan pelatihan kesehatan jiwa sesuai dengan kurikulum yang ditetapkan.

b. Input

Evaluasi masukan (input) dilakukan untuk mengidentifikasi dan menilai kapabilitas sumber daya bahan, alat, manuisi dan biaya, untuk melaksanakan program yang dipilih, mulyatiningsih, (2011).

Evaluasi masukan (input) meliputi analisis persoalan yang berhubungan dengan bagaimana penggunaan sumber-sumber yang tersedia, alternatif-alternatif strategi yang harus dipertimbangkan untuk mencapai suatu program. Mengidentifikasi dan menilai kapabilitas sistem, alternatif strategi program, desain prosedur untuk strategi implementasi, pembiayaan dan penjadualan. Evaluasi masukan bermanfaat untuk membimbing pemilihan strategi program dalam menspesifikasikan rancangan prosedural. Informasi dan data yang terkumpul dapat digunakan untuk menentukan sumber dan strategi dalam keterbatasan yang ada. Pertanyaan yang mendasar adalah bagaimana rencana penggunaan sumber-sumber yang ada dan diambil sebagai upaya memperoleh rencana program yang efektif dan efisien.

Pada tahap ini dilakukan evaluasi antara lain :

1. Disain program pelatihan yang dibuat disertai dengan dokumen pendukung berupa Standart pendidikan peserta pelatihan minimal D3 Keperawatan. Surat Tugas Perawat

CMHN (community mental health nursing), catatan dokumen keperawatan, memiliki SOP (*Standart Operasional Prosedur*).

2. Pengeanggaran pada program pelatihan berupa ketersediaan dana dan sumber dana
3. Sarana dan prasarana program kesehatan jiwa berupa :
 - Ruang konsultasi dan pemeriksaan pasien (poli Jiwa)
 - Sarana pendukung penyuluhan kesehatan jiwa
 - Kebutuhan obat bagi penderita gangguan jiwa

c. Proses

Evaluasi proses bertujuan untuk mengidentifikasi atau memprediksi hambatan-hambatan dalam pelaksanaan kegiatan atau implementasi program. Evaluasi dilakukan dengan mencatat atau mendokumentasikan setiap kejadian dalam pelaksanaan kegiatan, memonitor kegiatan-kegiatan yang berpotensi menghambat dan menimbulkan kesulitan yang tidak diharapkan, menemukan informasi khusus yang berada diluar rencana; menilai dan menjelaskan proses secara aktual. Selama proses evaluasi, evaluator dituntut berinteraksi dengan staf pelaksana program secara terus menerus, Mulyatiningsih (2011).

Evaluasi proses (*process*), merupakan evaluasi yang dirancang dan diaplikasikan dalam praktik atau membimbing dalam implementasi kegiatan. Termasuk mengidentifikasi kerusakan

prosedur implementasi baik tata laksana kejadian dan aktifitas. Setiap aktifitas dimonitor dan dicatat perubahan-perubahan yang terjadi secara jujur dan cermat. Pencatatan aktifitas harian demikian penting karena berguna bagi pengambil keputusan untuk menentukan tindak lanjut program bagi penyempurnaan. Di samping itu catatan akan berguna untuk menentukan kekuatan dan kelemahan atau faktor pendukung dan penghambat program ketika dikaitkan dengan keluaran yang ditemukan. Tujuan utama evaluasi proses seperti yang dikemukakan oleh Worthen and Sanders (1973) mencakup tiga hal yaitu :

1. Mengetahui kelemahan selama pelaksanaan termasuk hal-hal yang baik untuk dipertahankan,
2. Memperoleh informasi mengenai keputusan-keputusan yang ditetapkan
3. Memelihara catatan-catatan lapangan mengenai hal-hal yang penting pada saat implementasi dilaksanakan.

Komponen process dilakukan dalam penelitian hasil program kesehatan jiwa bagi perawat di pukesmas ini meliputi :

1. Pelaksanaan program dengan kesuaian hasil pengetahuan perawat jiwa yang telah dilatih dengan hasil yang telah dijalankan.

2. Dilakukan monitoring dan evaluasi penyelenggara program baik dari dinas kesehatan kabupaten, kepala puskesmas terhadap capaian kinerja perawat jiwa yang telah dilatih.

d. Produk

Tujuan utama evaluasi produk adalah untuk mengukur, menginterpretasikan dan memutuskan hasil yang telah dicapai oleh program, yaitu apakah telah dapat memenuhi kebutuhan sesuai dengan yang diharapkan atau belum mulyatiningsih (2012).

Evaluasi produk merupakan kumpulan deskripsi dan '*judgement*' dari outcomes dalam hubungannya dengan konteks, input, dan proses kemudian diinterpretasikan harga dan jasa yang diberikan. Evaluasi produk adalah evaluasi mengukur keberhasilan pencapaian tujuan. Evaluasi ini merupakan catatan pencapaian hasil dan keputusan-keputusan untuk perbaikan, pelaksanaan atau aktualisasi. Aktifitas evaluasi produk adalah upaya mengukur dan menafsirkan hasil yang telah dicapai. Pengukuran dikembangkan dan diadministrasikan secara cermat dan teliti. Keakuratan analisis akan menjadi bahan penarikan kesimpulan dan pengajuan saran sejauh mana produk dapat dicapai sesuai dengan standar kelayakan. Secara garis besar, kegiatan evaluasi produk meliputi kegiatan penetapan tujuan operasional program, kriteria-kriteria pengukuran yang telah

dicapai yang dihubungkan dengan tujuan program, membandingkannya antara kenyataan lapangan dengan rumusan tujuan, dan menyusun penafsiran secara rasional mengenai hasil program dari hasil evaluasi konteks, input dan proses.

Pada tahap ini dilakukan evaluasi produk antara lain :

1. Hasil keluaran (*out put*) dari program berupa peningkatan pengetahuan setelah mendapatkan pelatihan kesehatan jiwa bagi perawat baik pendokumentasian, deteksi dini kasus gangguan jiwa yang terjadi, sikap perawat terhadap penanganan kasus, peningkatan kasus gangguan jiwa yang ditangani di puskesmas.
2. Dampak hasil dari program Kesehatan Jiwa berupa kemampuan perawat yang telah dilatih dalam mensosialisasikan kesehatan jiwa pada masyarakat serta pembentukan desa siaga sehat jiwa dan kader kesehatan jiwa dimasyarakat, serta kasus rujukan gangguan jiwa berkurang.

2.2.2 Tujuan Evaluasi Program

Tujuan evaluasi program terdapat 6 (enam) hal, yaitu untuk :

- 1) Memberikan masukan bagi perencanaan program
- 2) Menyajikan masukan bagi pengambil keputusan yang berkaitan dengan tindak lanjut, perluasan atau penghentian program

- 3) Memberikan masukan bagi pengambil keputusan tentang modifikasi atau perbaikan program
- 4) Memberikan masukan yang berkenaan dengan faktor pendukung dan penghambat program
- 5) Memberi masukan untuk kegiatan motivasi dan pembinaan (pengawasan, supervise dan monitoring) bagi penyelenggara, pengelola, dan pelaksana program;
- 6) Menyajikan data tentang landasan keilmuan bagi evaluasi program pendidikan luar sekolah.

Selanjutnya tujuan evaluasi adalah untuk melayani pembuat kebijakan dengan menyajikan data yang diperlukan untuk pengambilan keputusan secara bijaksana.

Oleh karenanya evaluasi program dapat menyajikan 5 (lima) jenis informasi dasar sebagai berikut :

- 1) Berbagai data yang dibutuhkan untuk menentukan apakah pelaksanaan suatu program harus dilanjutkan.
- 2) Indikator-indikator tentang program-program yang paling berhasil berdasarkan jumlah biaya yang digunakan.
- 3) Informasi tentang unsur-unsur setiap program dan gabungan antar unsur program yang paling efektif berdasarkan pembiayaan yang diberikan sehingga efisiensi pelaksanaan program dapat tercapai.

- 4) Informasi untuk berbagai karakteristik sasaran program-program pendidikan sehingga para pembuat keputusan dapat menentukan tentang individu, kelompok, lembaga atau komunitas mana yang paling menerima pengaruh dari pelayanan setiap program.
- 5) Informasi tentang metode-metode baru untuk memecahkan berbagai permasalahan yang berkaitan dengan evaluasi pengaruh program, sujana (2006).

Evaluasi program merupakan program *improvement*, yang memberikan informasi tentang bagaimana program berfungsi, bagaimana program kerja berjalan, dan apakah menuju pencapaian tujuan, adakah hal-hal atau masalah-masalah baru yang muncul tak terduga dan model evaluasi program *sertification*, yang memberi informasi tentang nilai atau guna program.

Guna mengevaluasi program diperlukan kegiatan penelitian evaluasi yang di dalamnya terkandung evaluasi program berupa pengumpulan informasi tentang hasil yang telah dicapai oleh sebuah program yang dilaksanakan secara sistematis dengan menggunakan metodologi ilmiah sehingga ditemukan data yang akurat sesuai subjek dan obyek yang diteliti. Melalui penelitian evaluasi terhadap suatu program dapat diperkirakan atau dinilai keberhasilan atau kegagalan sebuah program.

Stufflebeam (2002) mendefinisikan tujuan penelitian evaluasi sebagai berikut : *evaluation research referred to and evaluation (that is a judgment) based on empirical research and subject to criteria*. Penelitian evaluasi adalah penelitian yang menilai informasi empirik terhadap objek/program dengan masalah kebijakan program yang menyangkut masalah keberhasilan dan atau kegagalan program. Evaluasi program adalah langkah awal supervisi yang mengumpulkan data yang tepat agar dapat dilanjutkan dengan pemberian pembinaan yang tepat pula. Evaluasi program sangat bermanfaat terutama bagi pengambil keputusan karena dengan masukan hasil evaluasi program itulah pengambil keputusan akan menemukan tindak lanjut dari program yang sedang atau telah dilaksanakan. Wujud dari hasil evaluasi adalah sebuah rekomendasi dari evaluator untuk pengambil keputusan (*decision maker*) Suharsimi Arikunto (2009).

Jadi melakukan evaluasi program adalah kegiatan yang dimaksud untuk mengetahui seberapa tinggi tingkat keberhasilan dari kegiatan yang direncanakan dan yang menjadi objek evaluasi program. Hal ini dapat berbentuk kebijakan program, implementasi program dan efektifitas program sedangkan penelitian evaluasi adalah kegiatan penelitian untuk mengumpulkan informasi tentang hasil yang telah dicapai dari

sebuah program yang dilaksanakan dengan menggunakan metode ilmiah. Dengan demikian akan dapat dihasilkan data yang akurat dan objektif dari capaian program. Penelitian evaluasi merupakan penelitian empirik untuk menilai kinerja capaian program baik proses maupun hasil serta dampak penyelenggaraan suatu program.

Dalam konteks penelitian ini, akan dapat dikaji kriteria-kriteria perubahan-perubahan yang telah terjadi dari implementasi program dan sejauh mana perolehan program itu secara signifikan terkait dengan program terhadap perawat kesehatan jiwa yang telah dilatih. Dengan demikian melalui evaluasi program dapat ditentukan kebermaknaan suatu program, dan dari hasil evaluasi itu pula dapat dirumuskan rekomendasi-rekomendasi untuk perbaikan sehingga dapat dicapai keberhasilan program tersebut.

Beberapa konsep utama evaluasi program dapat digali melalui beberapa pertanyaan kunci, sebagai berikut :

- 1) *What extent, if any, did the program achieve its intended objective*
- 2) *Was the program effective (in achieve its intended outcomes), and*
- 3) *To what extent, if at all, are the observed outcomes consistent with the intended outcomes.* Dean Spaulding (2008)

Pertanyaan di atas dapat dijelaskan bahwa terdapat tiga konsep utama yang dikemukakan yaitu luas dan cakupan, capaian dan dampak, efektifitas dalam pencapaian program, dan masalah konsistensi hasil yang dicapai dalam arti apakah capaian itu benar-benar signifikan atautkah hanya karena faktor kebetulan, sehingga tidak menunjukkan konsistensi. Dengan demikian penelitian evaluasi adalah metode dalam proses pengambilan keputusan dengan menggunakan dasar-dasar empirik, sehingga menjamin akuntabilitas pengambilan keputusan, pembuktian empirik dari suatu proses penilaian suatu program dan menjadi alat kontrol bagi implementasi suatu kebijakan program yaitu masalah keberhasilan atau kegagalannya.

Pemahaman tujuan evaluasi program sangat penting terutama dalam penelitian. Evaluasi program oleh Spaulding didefinisikan sebagai berikut : *“In general, program evaluation examines program to determine their worth and to make recommendations for programmatic refinement and success”*. Definisi tersebut dapat diartikan bahwa secara umum evaluasi program bertujuan untuk meneliti program guna menentukan nilai program dan membuat rekomendasi untuk perbaikan program demi mencapai keberhasilan program tersebut.

Evaluasi program mencakup evaluasi terhadap struktur internal dan eksternal dari suatu program. Evaluasi internal

program mencakup evaluasi terhadap sumber daya, sarana prasarana, pelanggan, kapasitas pendanaan, dan pelayanan serta norma-norma sosial terkait. Faktor eksternal yang mempengaruhi program yang dievaluasi mencakup lembaga-lembaga pemerintahan ataupun lembaga swadaya masyarakat sebagai penasehat dan pengatur badan hukum yang mengesahkan suatu program yang didirikan dan dilaksanakan, demikian juga untuk lembaga swasta yang bisa menjadi sumber pendanaan.

Pendekatan evaluasi program menurut Fitzpatrick (2004) dapat menggunakan beberapa alternatif, yaitu :

Objective-oriented evaluation approach, Management-oriented evaluation approach, Consumer-oriented evaluation approach, Expertise-oriented evaluation approach dan Participant-oriented evaluation approach.

Pendekatan ini dimaksudkan bahwa alternatif yang dapat digunakan dalam evaluasi program adalah yaitu pendekatan yang menekankan pada pencapaian tujuan yang telah ditetapkan dari suatu program, pendekatan yang diarahkan untuk membantu dalam pengambilan keputusan manajemen, pendekatan yang menekankan pada keterpenuhan kebutuhan pelanggan dan pendekatan yang umumnya didasarkan pada penilaian ahli atau pakar dalam suatu bidang ilmu atau pakar dalam program itu.

Evaluasi program juga bertujuan melihat sejauh mana program telah berhasil membawa perubahan dan dapat memberikan pelayanan yang dibutuhkan yang terjadi secara

signifikan. Salah satu program yang akan di evaluasi dalam penelitian ini adalah program pelatihan kesehatan jiwa di kabupaten sekadau studi pada perawat puskesmas yang pernah mendapatkan pelatihan kesehatan jiwa dikabupaten sekadau.

Dengan demikian seperti telah diuraikan di atas maka evaluasi program pelatihan yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah sebagai suatu proses untuk mengidentifikasi, memberi nilai terhadap program pelatihan Kesehatan Jiwa di Kabupaten Sekadau.

Evaluasi dilakukan berdasarkan standar yang telah dirumuskan yang selanjutnya akan termuat dalam kriteria penilaian terhadap program yang dinilai atau dievaluasi tersebut. Evaluasi dilakukan melalui proses sistematis, baik dari proses pengumpulan data sampai dengan proses analisis sesuai dengan pendekatan yang digunakan. Evaluasi dilakukan terhadap program pelatihan Perawat Kesehatan Jiwa di kabupaten sekadau ini akan menilai sejauh mana suatu program telah dilakukan sesuai dengan tujuan yang diharapkan atau ketercapaian program dan dalam rangka perbaikan di masa depan. Evaluasi juga ditujukan untuk mengetahui sejauh mana pencapaian tujuan program serta apakah terdapat penyimpangan yang membutuhkan koreksi.

Selanjutnya agar tujuan evaluasi berjalan secara sistematis, terukur, dan realistis maka evaluasi program dapat dilakukan melalui sebuah penelitian yang disebut penelitian evaluasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur efektifitas program ditinjau dari *context*, *input*, proses maupun *output* program tersebut. Hal ini sejalan dengan pendapat dari Arikunto yang menyatakan bahwa evaluasi program merupakan penelitian evaluatif yang dimaksudkan untuk mengetahui akhir dari sebuah program kebijakan, yaitu mengetahui hasil akhir dari adanya kebijakan dalam rangka menentukan rekomendasi atas kebijakan yang lalu. Dengan tujuan tersebut maka para ahli membuat beberapa macam model evaluasi yang dikembangkan untuk mempermudah dalam mengukur dan menilai yang akan diuraikan pada bagian berikutnya.

2.2.3 Ukuran Baku Evaluasi Program

Ukuran baku evaluasi adalah suatu prinsip yang secara umum disepakati ahli-ahli dalam pelaksanaan dan penggunaan evaluasi sebagai ukuran (pengukur) nilai atau kualitas evaluasi McGraw (Hill, 1981). Berdasarkan rumusan ketetapan ukuran baku evaluasi yang ditetapkan oleh *Joint Committee* yang terbagi dalam empat kategori, maka penelitian ini mengelompokkan rangkaian evaluasi ke dalam empat kategori tersebut, yaitu : *pertama*, kegunaan (*utility*) yang berisi ukuran baku untuk mengarahkan evaluasi

sehingga menjadi jelas, tepat pada waktunya dan mempunyai pengaruh. Ukuran baku yang termasuk kegunaan ini adalah menyangkut identifikasi pengamat, kredibilitas evaluator, seleksi dan lingkup informasi, interpretasi penilaian, kejelasan laporan, ketepatan waktu laporan, dan dampak evaluasi. Untuk memenuhi ukuran baku kegunaan tersebut dalam penelitian ini dilakukan sejak melakukan identifikasi masalah, pembatasan masalah, perumusan masalah, kegunaan pada bagian pendahuluan, penetapan tujuan, dan penetapan waktu serta tempat penelitian pada bagian metodologi penelitian. *Kedua*, kelayakan (*feasibility*) berisi ukuran baku yang mengakui bahwa evaluasi pendidikan harus dilakukan dalam *setting* yang alami, bukan di laboratorium, dan bahwa evaluasi tersebut membutuhkan sumber-sumber yang berharga. Ukuran baku dalam kelayakan ini adalah prosedur praktis, kelangsungan politis, dan keefektifan biaya. Secara umum kelayakan menghendaki agar evaluasi itu realistis, bijaksana, diplomatis, dan hemat, mengacu kepada standar prosedur praktis evaluasi dan independensi yang tidak berdampak negatif pada proses implementasi program. Dalam penelitian ini pemenuhan ukuran baku kelayakan dilakukan secara alamiah sehingga tidak mengganggu kegiatan tersebut. *Setting* alami ini dipertahankan sejak mengumpulkan dokumen-dokumen program pelatihan Kesehatan Jiwa, observasi proses (secara pasif), dan wawancara

dengan informan dalam rangka pengumpulan data primer. *Ketiga*, kepatutan (*propriety*) merujuk bahwa evaluasi dilakukan secara sah, beretika, jujur, lengkap, dan mendukung kepentingan semua pihak yang terlibat dalam evaluasi. Ukuran baku kepatutan ini dilakukan sejak pengurusan izin penelitian, persetujuan pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau, pengambilan dokumen legalitas formal di lokasi penelitian, diskusi dan wawancara dengan perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas Kabupaten Sekadau terkait dalam pengumpulan data. *Keempat*, ketepatan (*accuracy*) dilakukan sejak menyusun dan memvalidasi instrumen, mengolah dan menganalisis data, sampai kepada pengambilan keputusan menggunakan informasi yang akurat dan rasional guna penetapan keputusan pada setiap tahapan evaluasi

2.3 Konsep Kesehatan Jiwa

2.3.1 Program Kesehatan Jiwa

Kesehatan Jiwa (UU No. 23 tahun 1992 Ps 24, 25, 26 dan 27): adalah suatu kondisi mental sejahtera yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh dari kualitas hidup seseorang dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia.

Orang yang sehat jiwa mempunyai ciri:

- Menyadari sepenuhnya kemampuan dirinya.
- Mampu menghadapi stres kehidupan yang wajar.

- Mampu bekerja produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya.
 - Dapat berperan serta dalam lingkungan hidup.
 - Menerima baik dengan apa yang ada pada dirinya.
 - Merasa nyaman bersama dengan orang lain
1. Masalah perkembangan manusia yang harmonis dan peningkatan kualitas hidup, yaitu masalah kesehatan jiwa yang berkaitan dengan siklus kehidupan, mulai dari anak dalam kandungan sampai usia lanjut.
 2. Masalah psikososial yaitu setiap perubahan dalam kehidupan individu baik yang bersifat psikologis ataupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik dan dianggap berpotensi cukup besar sebagai faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa (atau gangguan kesehatan) secara nyata, atau sebaliknya masalah kesehatan jiwa yang berdampak pada lingkungan sosial, misalnya: tawuran, kenakalan remaja, penyalahgunaan NAPZA, masalah seksual, tindak kekerasan, stres pasca trauma; pengungsian/migrasi, usia lanjut yang terisolir, masalah kesehatan jiwa di tempat kerja, penurunan produktivitas; gelandangan psikotik, pemasungan, anak jalanan.
 3. Gangguan jiwa yaitu suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang

menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial.

2.3.2 Pelayanan Kesehatan Jiwa di Pelayanan Kesehatan Dasar

Pelayanan Kesehatan jiwa di Pelayanan Kesehatan Dasar adalah pelayanan kesehatan jiwa yang dilaksanakan oleh dokter, perawat, bidan atau tenaga kesehatan lainnya di Puskesmas dan pelayanan kesehatan dasar lainnya secara terintegrasi sesuai dengan kompetensi bidang masing-masing. Jadi sambil memeriksa kesehatan fisik, juga dilakukan deteksi dini dan penanganan masalah kesehatan jiwa. Untuk itu Dinas Kesehatan setempat perlu melakukan pelatihan tenaga pelayanan kesehatan dasar (dokter, perawat dan bidan) untuk deteksi dini dan penanganan masalah kesehatan jiwa serta penyediaan obat psikotropika sesuai dengan kebutuhan. Mungkin pula diperlukan penambahan tenaga di pelayanan kesehatan dasar.

Dalam hal ini tenaga kesehatan jiwa bertindak sebagai konsultan atau pembina, pelatih dan melakukan supervisi berkala terhadap pelayanan kesehatan jiwa. RSJ adalah tempat rujukan pasien yang sulit ditangani di pelayanan kesehatan dasar.

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang

positif, dan kestabilan emosional. Kesehatan jiwa memiliki banyak komponen dan dipengaruhi oleh berbagai factor (Johnson, 1997):

- 1) Otonomi dan kemandirian: Individu dapat melihat ke dalam dirinya untuk menemukan nilai dan tujuan hidup. Opini dan harapan orang lain dipertimbangkan, tetapi tidak mengatur keputusan dan perilaku individu tersebut. Individu yang otonom dan mandiri dapat bekerja secara interdependen atau kooperatif dengan orang lain tanpa kehilangan otonominya.
- 2) Memaksimalkan potensi diri: Individu memiliki orientasi pada pertumbuhan dan aktualisasi diri. Ia tidak puas dengan status quo dan secara kontinu berusaha tumbuh sebagai individu.
- 3) Menoleransi ketidak pastian hidup: Individu dapat menghadapi tantangan hidup sehari-hari dengan harapan dan pandangan positif walaupun tidak mengetahui apa yang terjadi di masa depan.
- 4) Harga diri : Individu memiliki kesadaran yang realistis akan kemampuan dan keterbatasannya.
- 5) Menguasai lingkungan: Individu dapat menghadapi dan mempengaruhi lingkungan dengan cara yang kreatif, kompeten, dan sesuai kemampuan.
- 6) Orientasi realitas: Individu dapat membedakan dunia nyata dari dunia impian, fakta dari khayalan, dan bertindak secara tepat.

7) Manajemen stress: Individu dapat menoleransi stress kehidupan, merasa cemas atau berduka sesuai keadaan, dan mengalami kegagalan tanpa merasa hancur. Ia menggunakan dukungan dari keluarga dan teman untuk mengatasi krisis karena mengetahui bahwa stress tidak akan berlangsung selamanya.

Faktor yang mempengaruhi kesehatan jiwa seseorang dapat dikategorikan sebagai faktor individual, interpersonal, dan sosial/budaya. Faktor individual meliputi struktur biologis, memiliki keharmonisan hidup, vitalitas, menemukan arti hidup, kegembiraan atau daya tahan emosional, spritualitas, dan memiliki identitas yang positif (Seaward, 1997). Faktor interpersonal meliputi komunikasi yang efektif, membantu orang lain, keintiman, dan mempertahankan keseimbangan antara perbedaan dan kesamaan. Faktor sosial budaya meliputi keinginan untuk bermasyarakat, memiliki penghasilan yang cukup, tidak menoleransi kekerasan, dan mendukung keragaman individu.

Kesehatan Jiwa Merupakan Perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Secara umum, merupakan reaksi individu terhadap stimulasi baik yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Jadi perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri. Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan

sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan teori di atas maka dapat disimpulkan bahwa perilaku Evaluasi Program Pelatihan Kesehatan Jiwa pada Perawat di Puskesmas Kabupaten Sekadau tidak terlepas dari pengaruh dari dalam maupun luar. Hal ini mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan Jiwa di Kabupaten Sekadau.

2.4 Hasil penelitian yang relevan

Penelitian tentang Program pelatihan Kesehatan Jiwa yang belum banyak dilakukan. Beberapa penelitian yang diketahui oleh peneliti adalah Evaluasi Pasca terhadap petugas Pos Kesehatan Desa di Provinsi Jawa Timur yang dilakukan oleh Budijanto dan Laksmiarti (2007) Kesimpulannya bahwa sebagian besar program Desa Siaga belum dilaksanakan secara optimal sehingga disarankan untuk dilakukan monitoring dan motivasi serta pendampingan yang lebih efektif terhadap penyelenggaraan Desa Siaga yang dilakukan bidan desa

Evaluasi yang serupa dilakukan oleh Ririn dan Zaki (2010) di Provinsi Kalimantan Tengah dengan hasil bahwa bidan di desa sudah berupaya untuk mengubah perilaku masyarakat yang kurang sesuai dengan kesehatan, namun terbentur dengan masalah sosial budaya dan ekonomi, rencana tindak lanjut yang dibuat selama pelatihan tidak semua dapat dilaksanakan, adanya kemampuan menerapkan prinsip-prinsip pelayanan sesuai dengan yang diperoleh dari pelatihan, kemampuan lebih

meningkat terutama dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, kegiatan penggerakan dan pemberdayaan masyarakat sudah dilakukan bidan untuk merubah perilaku masyarakat (kebiasaan merokok, kadarzi, jamban keluarga dan perkawinan usia muda), adanya desa yang belum membentuk Poskesdes karena bidan baru pindah ke desa tersebut, adanya wilayah yang luas sehingga jangkauan Poskesdes juga luas, dan kesulitan dalam mengelola kegiatan Poskesdes.

2.5 Kriteria Evaluasi Program

Berdasarkan deskripsi program, ditetapkan kriteria evaluasi yang digunakan sebagai tolok ukur evaluasi program bagi Perawat Kesehatan Jiwa di Puskesmas. Kriteria ini akan menjadi patokan standar untuk mengukur pencapaian program dimaksud.

2.5.1 Dasar Pembuatan Kriteria

Kriteria atau tolok dibuat calon evaluator dengan maksud agar pada waktu menerapkannya tidak ada masalah karena mereka sudah memahami, bahkan tahu apa yang melatarbelakanginya. Dalam hal ini dibuat oleh peneliti sendiri dengan berdasar pada beberapa sumber, yakni :

1. Sumber Pertama

Sumber pertama sebagai kriteria atau tolok ukur adalah peraturan atau ketentuan yang sudah dikeluarkan berkenaan dengan kebijakan yang bersangkutan.

2. Sumber Kedua

Sumber kedua adalah buku pedoman atau petunjuk pelaksanaan (juklak). Di dalam juklak tertuang informasi yang lengkap, antara lain dasar pertimbangan dikeluarkannya kebijakan, prinsip, tujuan, sasaran, dan rambu-rambu pelaksanaannya. Butir-butir yang tertera di dalamnya, terutama dalam tujuan kebijakan, mencerminkan harapan dari kebijakan.

3. Sumber Ketiga

Sumber ketiga yang digunakan dalam penyusunan kriteria dengan menggunakan konsep atau teori-teori yang terdapat dalam buku-buku ilmiah atau buku pedoman.

4. Sumber Keempat

Sumber keempat adalah dengan meminta bantuan pertimbangan kepada seseorang atau orang lain yang dipandang mempunyai kelebihan dalam bidang yang sedang dievaluasi sehingga terjadi langkah yang dikenal dengan *expert judgment*. Dalam hal ini adalah para ahli yang menjadi promotor pembuatan disertasi ini.

Sehubungan dengan hal di atas maka di dalam penelitian ini peneliti menentukan evaluasi dengan menggunakan dasar penggabungan dari semua sumber yakni kebijakan Kementerian Kesehatan, juklak atau petunjuk teknis dan kurikulum, konsep buku ilmiah, dan berkonsultasi dengan *expert judgment*.

2.5.2 Cara Menyusun Kriteria

Secara garis besar ada dua macam kriteria, yaitu kriteria kuantitatif dan kriteria kualitatif. Kriteria kuantitatif dapat dibedakan menjadi dua, yaitu kriteria tanpa pertimbangan dan kriteria dengan pertimbangan. Kriteria kuantitatif tanpa pertimbangan adalah kriteria yang disusun hanya dengan memperhatikan rentangan bilangan tanpa mempertimbangkan apa-apa dan dilakukan dengan membagi rentangan bilangan. Sedangkan kriteria kuantitatif dengan pertimbangan adalah dengan menentukan nilai untuk masing-masing huruf mengacu pada peraturan akademik berdasarkan besarnya persentase pencapaian tujuan belajar.

Kriteria kualitatif adalah kriteria yang dibuat tidak menggunakan angka-angka. Hal-hal yang dipertimbangkan dalam menentukan kriteria kualitatif adalah indikator dan yang dikenai kriteria adalah komponen. Seperti halnya kriteria kuantitatif maka kriteria kualitatif dibagi juga menjadi dua yakni kriteria kualitatif tanpa pertimbangan dan dengan pertimbangan. Dalam menyusun kriteria kualitatif tanpa pertimbangan, penyusun kriteria tinggal menghitung banyaknya indikator dalam komponen, yang dapat memenuhi persyaratan. Sedangkan kriteria kualitatif dengan pertimbangan disusun melalui dua cara, yaitu dengan mengurutkan indikator dan dengan menggunakan pembobotan.

Khusus dalam penelitian ini maka kriteria yang digunakan adalah yakni kriteria kualitatif tanpa pertimbangan di mana penyusun kriteria *dihitung banyaknya indikator dalam komponen, yang dapat memenuhi persyaratan.*

Kriteria evaluasi dalam penelitian ini dalam dapat dilihat pada matrik berikut :

Tabel. 1 Kriteria Evaluasi Penilitiaan

No	Komponen yang dievaluasi	Aspek yang di Evaluasi	Kriteria Evaluasi	Hasil Evaluasi
1	Contex : Kebijakan Program Kesehatan Jiwa bagi perawat di dinas kesehatan kabupaten sekadau	a. Dasar kebijakan Program	Kebijakan Program Kesehatan Jiwa kabupaten sekadau: a. Undang Undang Kesehaan Jiwa b. Juklak dan Juknis pelaksanaan program kesehatan jiwa c. SK Mentri Kesehatan Tetang Kesehatan Jiwa d. SK Bupati Tentang Tim TPKJM Kabupaten Sekadau e. SK Kepala Dinas Tentang Pelatihan Perawat Kesehatan Jiwa / CMHN <i>Community Mental Healty Nursing.</i> f. SK Kepala Dinas Kesehatan Kab. Sekadau tentang Jejaring Perawat (CMHN) di Puskesmas g. Buku Pedoman kesehatan jiwa	Adanya kebijakan Program kesehatan sebagai dasar pelaksanaan program pusat dan daerah : a. adanya undang-undang tentang Kesehatan Jiwa b. Adanya Juklak dan Juknis Pelaksanaan Program Kesehatan Jiwa c. Adanya SK Mentri kesehatan tetang Kesehatan Jiwa d. Adanya Sk Bupati Tentang Tim TPKJM Kabupaten Sekadau e. Adanya SK Kepala Dinas Tentang Pelatihan Perawat Kesehatan Jiwa / CMHN <i>Community Mental Healty Nursing.</i> f. Adanya SK Kepala Dinas Kesehatan kab.sekadau tentang Jejaring perawat CMHN di Puskesmas g. Adanya buku pedoman kesehatan jiwa
2	Input : Sumber daya dalam Program Kesehatan Jiwa bagi Perawat di Puskesmas	a. Desain Program Kesehatan Jiwa	Dokumen Pendukung Hasil dari Program kesehatan jiwa : a. Pendidikan Perawat Kesehatan Jiwa minimal D3 Keperawatan b. Surat Tugas Perawat Koordinator Kesehatan Jiwa Puskesmas c. Memiliki Dokumen	Adanya Dokumen Pendukung hasil daro program : a. Adanya Pendidikan Perawat yang telah dilatih minimal D3 Keperawatan b. Adanya Surat Tugas perawat koordinator jiwa di puskesmas c. Adanya Dokumen

			<p>Catatan Keperawatan</p> <p>d. Memiliki data pemetaan Kasus Gangguan Jiwa di Puskesmas.</p> <p>e. Memiliki SOP (<i>standart Operasional Prosedur</i>) dalam penanganan kasus Gangguan jiwa di Puskesmas</p>	<p>catatan keperawatan</p> <p>d. Adanya Dokumen pemetaan kasus gangguan jiwa di puskesmas</p> <p>e. Adanya Dokumen SOP (<i>standart Operasional Prosedur</i>) dalam penanganan kasus gangguan jiwa di puskesmas</p>
		b. Penganggaran Program Kesehatan Jiwa	<p>Anggaran dana untuk mendukung Program kesehatan jiwa sesuai dengan kebutuhan :</p> <p>a. Dana pendukung kunjungan rumah pasien jiwa bagi Perawat.</p>	<p>Adanya anggaran yang tersedia dalam mendukung program kesehatan jiwa sesuai dengan kebutuhan :</p> <p>a. Adanya Dana Pendukung Kunjungan Rumah dianggarkan dari APBD dan APBN(BOK).</p>
		c. Sarana prasarana	<p>Sarana prasarana Program Kesehatan Jiwa, antara lain :</p> <p>b. Ruang Konsultasi dan Pemeriksaan Pasien (Poli Jiwa) dan sarana pendukungnya di Puskesmas</p> <p>c. Sarana pendukung penyuluhan LCD, dll</p> <p>d. Kebutuhan Obat Bagi Penderita Gangguan Jiwa yang tersedia di puskesmas.</p> <p>e. Kendaraan pendukung pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas</p>	<p>Tersedia sarana dan prasarana sesuai dengan Kebutuhan Program Kesehatan Jiwa, :</p> <p>b. Adanya Ruang Konsultasi dan Pemeriksaan (Poli Jiwa) di setiap puskesmas</p> <p>c. Adanya sarana pendukung Penyuluhan kesehatan jiwa berupa LCD, Liflet, Pamphlet dll</p> <p>d. Adanya ketersediaan Obat-obatan jiwa bagi Penderita Gangguan jiwa yang tersedia Puskesmas.</p> <p>e. Adanya kendaraan pendukung pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas</p>
3	Proses : Proses pelaksanaan Program Kesehatan Jiwa bagi Perawat di Puskesmas	a. Proses Pelaksanaan Program	Kesesuaian hasil pelatihan dengan kemampuan perawat koordinator dalam menjalankan Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas.	Adanya peningkatan Kemampuan Perawat di evaluasi kembali dengan dilakukan peningkatan pengetahuan melalui program pelatihan lanjutan.
		b. Monitoring dan Evaluasi penyelenggaraan Program	Dilakukannya Monitoring dan Evaluasi Oleh Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas terhadap capaian kinerja perawat koordinator dan pelaksana kesehatan Jiwa di Puskesmas.	Adanya Monitoring dan Evaluasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas terhadap capaian kinerja dari perawat koordinator dan pelaksana program

				Kesehatan Jiwa di Puskesmas.
4	Produk : Hasil (Output) Penyelenggara Program Kesehatan Jiwa bagi Perawat di Puskesmas	a. Hasil (keluaran) dari Program	keluaran sesuai dengan tujuan Program Kesehatan Jiwa berupa : a. Peningkatan Pengetahuan b. Melaksanakan kunjungan rumah pada Pasien. c. Peningkatan deteksi terhadap kasus gangguan jiwa di masyarakat. d. Peningkatan kasus gangguan Jiwa dapat di tangani di puskesmas.	Adanya Keluaran sesuai dengan tujuan program berupa : a. Adanya Peningkatan pengetahuan perawat terhadap Kasus gangguan Jiwa b. Adanya jadwal kunjungan rumah pada pasien jiwa. c. Peningkatan Deteksi dini perawat terhadap Kasus Gangguan Jiwa d. Kasus gangguan Jiwa yang dapat ditangani di Puskesmas tanpa harus di rujuk
		b. Dampak dari Hasil Program	Dampak Program pelatihan Kesehatan Jiwa bagi Perawat di Puskesmas berupa : a. Sosialisasi Kesehatan Jiwa di Masyarakat oleh Perawat Kesehatan Jiwa di Puskesmas b. Pembentukan Desa Siaga Sehat Jiwa di desa c. Pembentukan Kader Kesehatan Jiwa d. Kasus Rujukan Jiwa Ke RSJ di Singkawang dan Pontianak	Adanya Hasil (dampak) Program pelatihan Kesehatan Jiwa bagi Perawat di Puskesmas berupa : a. Adanya Sosialisasi Kesehatan Jiwa yang dilakukan perawat di puskesmas : b. Adanya Pembentukan Desa Siaga Sehat Jiwa di desa c. Adanya kader jiwa yang telah dibentuk d. Berkurangnya Kasus Rujukan Jiwa Ke RSJ di Singkawang dan Pontianak.
5.	Faktor pendukung dan faktor penghambat program kesehatan jiwa pada perawat	a. Faktor yang mendukung pelaksanaan program	1) faktor pendukung internal, berupa : a. Kebijakan tentang program Kesehatan Jiwa b. Dana yang menunjang program Kesehatan Jiwa c. Sarana penunjang program d. Dukungan dari Stekholder dalam menunjang Program	1) Adanya faktor pendukung internal berupa : a. Adanya dukungan dari Pemerintah daerah, dalam mendukung Program kesehatan jiwa b. Adanya anggaran dalam pelaksanaan Program Kesehatan Jiwa di kabupaten sekadau c. Adanya sarana dan prasarana peningkatan program kesehatan jiwa d. Adanya Dukungan dari Lintas Sektor, Program, Masyarakat

				dalam menunjang program.
			2) faktor pendukung eksternal, berupa : a. Kebijakan Pemerintah baik Pusat Provinsi dan Kabupaten dalam mendukung program kesehatan jiwa.	2) Adanya Faktor pendukung Eksternal berupa : a. Kebijakan anggaran dan peningkatan SDM dari Provinsi maupun Pusat serta kabupaten.
		3) Faktor yang menghambat dalam pelaksanaan program	3) faktor penghambat internal, berupa : a. Kebijakan program kesehatan jiwa. b. Rangkap jabatan dalam melaksanakan program c. Keterbatasan anggaran memenuhi program d. Sarana penunjang program e. Asuhan Keperawatan diterapkan dalam pelaksanaan program	3) Adanya Fakotr pengahambat internal berupa : a. kebijakan Program belum berjalan dengan baiknya Tim TPKJM Kabupaten Sekadau, b. Masih terdapat rangkap jabatan pemegang program dalam menjalankan tugas c. Masih terbatasnya Anggaran belum bisa memenuhi kebutuhan program Kesehatan jiwa d. Masih belum tersedianya Sarana penunjang bagi perawat kesehatan jiwa di Puskesmas e. Penerapan Asuhan keperawatan jiwa yang belum bisa diterapkan keterbatasan Perawat lulusan D3 maupun S1 Keperawatan.
			4) faktor penghambat eksternal, dari segi : a. Kebijakan Pemerintah baik Pusat, Provinsi, Kabupaten tentang program b. Peningkatan pengetahuan keehatan jiwa lanjutan	4) Faktor penghambat Eksternal berupa : a. Adanya Kebijakan Pusat yang masih belum dapat memenuhi keinginan daerah dalam memenuhi sarana dan prsarana Puskesmas dalam menunjang Program Kesehatan Jiwa b. Perlu adanya pelatihan Lanjutan bagi Perawat yang telah dilatih serta

				yang belum dilatih,
--	--	--	--	---------------------

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Pendekatan Penelitian

Penelitian evaluasi merupakan suatu proses yang dilakukan dalam rangka menentukan suatu langkah kebijakan dengan terlebih dahulu mempertimbangkan nilai-nilai positif dan keuntungan suatu program serta mempertimbangkan proses serta teknik yang telah digunakan untuk melakukan penilaian. Penelitian evaluasi juga merupakan suatu desain dan prosedur evaluasi dalam mengumpulkan dan menganalisa data secara sistematis untuk menentukan nilai atau manfaat dari suatu praktik pendidikan didasarkan pada hasil pengukuran atau pengumpulan data dengan menggunakan standar atau kriteria yang digunakan secara absolut ataupun relatif.

Sehubungan dengan hal di atas maka dalam penelitian ini berupaya untuk melakukan evaluasi program pelatihan Kesehatan Jiwa pada Perawat di Kabupaten Sekadau. Penelitian evaluasi ini menggunakan pendekatan kualitatif dan merupakan penelitian studi kasus yang berupaya untuk mengungkap kasus sehubungan dengan implementasi program pelatihan dimaksud.

3.2 Metode penelitian

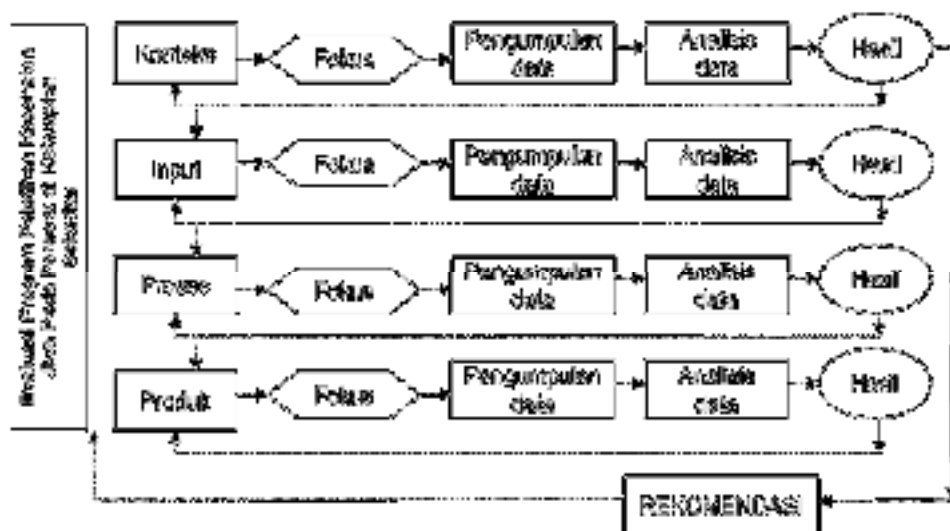
Penelitian ini merupakan penelitian evaluasi yang dengan metode deskriptif kualitatif. Penggunaan metode ini berusaha menemukan jawaban

tentang pelaksanaan atau implemementasi Evaluasi program kesehatan jiwa bagi perawat di Puskesmas Kabupaten Sekadau telah diatih dilakukan sesuai dengan kaidah suatu program pelatihan dan atau prosedur yang berlaku.

3.3 Desain Penelitian

Untuk memastikan bahwa evaluasi akan dilakukan menurut tata cara evaluasi yang baik dan teratur, maka sasaran evaluasi harus tepat, dilakukan pada tempat dan waktu yang tepat. Untuk itu harus dibuat desain penelitian yang berisikan model evaluasi yang dipilih.

Berdasarkan hal tersebut di di atas maka model penelitian yang digunakan untuk mengevaluasi program pelatihan Kesehatan Jiwa Kabupaten Sekadau Studi pada Perawat puskesmas yang pernah mendapatkan Pelatihan Kesehatan Jiwa yaitu CIPP *model*. Evaluasi model ini terdiri dari empat tahap yakni *context*, *Input*, *Proses*, dan *Produk*, seperti gambar berikut :



Gambar 1. Desain Penelitian Evaluasi Program Pelatihan Kesehatan Jiwa pada Perawat di Kabupaten Sekadau, diadopsi dari Sunarno dalam “*Evaluasi Program Pendidikan Sistem Ganda, Suatu Penelitian Evaluasi Berdasarkan Model CIPP Mengenai Pendidikan Sistem Ganda Di SMK Geologi Pertambangan Tenggarong*, (Disertasi, Program Pasca Sarjana UNJ, Jakarta, 2013), h.115

3.4 Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu penelitian dimulai bulan Juli sampai dengan bulan November 2016, sedangkan tempat penelitian adalah 12 Puskesmas di Kabupaten Sekadau sebagai Unit Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau.

3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen Penelitian dikembangkan untuk menjelaskan data diuraikan melalui pedoman dokumentasi, wawancara, dan observasi. Instrumen dalam penelitian ini, berupa lebar observasi yang akan memuat tentang pelaksanaan Program Kesehatan Jiwa pada Perawat di Kabupaten Sekadau, instrumen dibuat atas dasar teori-teori yang telah disusun sebelumnya kemudian dikembangkan dalam bentuk butir-butir pertanyaan, instrumen penelitian ini dibagi menjadi 3 yaitu: wawancara, observasi, dan dokumentasi.

3.5.1 Pedoman wawancara (*interview guide*).

Pedoman wawancara digunakan agar wawancara tidak menyimpang dari tujuan penelitian. Pedoman wawancara disusun berdasarkan tujuan penelitian dan dasar-dasar teori yang berkaitan dengan masalah yang diteliti. Pedoman ini digunakan untuk mendapatkan informasi dari

informan yang berada pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau yang terlibat dalam program Kesehatan Jiwa bagi Perawat di Puskesmas di Kabupaten Sekadau.

1. Alat perekam

Alat ini digunakan sebagai alat bantu pada saat wawancara, dengan tujuan agar pada saat prose pengumpulan data seluruh informasi dapat ditangkap secara utuh. Alat perekam akan digunakan apabila informan menyetujui penggunaan alat tersebut saat wawancara berlangsung.

2. Catatan dokumentasi

Catatan dokumentasi dengan daftar cek lis digunakan pada saat melakukan pengumpulan data tentang dokumen penyelenggaraan program. Selanjutnya guna memperoleh data yang akurat maka dibuat kisi-kisi instrumen dan validasi instrumen.

3. Catatan Observasi

Observasi menurut Aan Satori (2009;105) adalah pengamatan terhadap suatu obyek yang diteliti baik secara langsung maupun tidak langsung untuk memperoleh data yang harus dikumpulkan dalam penelitian. Secara langsung adalah terjun kelapangan terlibat seluruh pancaindra. Secara tidak langsung pengamatan yang dibantu melalui media visul/audiovisual, namun dalam penelitian kualitatif berfungsi sebagai alat bantu karena sesungguhnya observasi adalah pengamatan langsung pada "*natural setting*"

bukan setting yang sudah direkayasa. Dengan demikian pengertian observasi penelitian kualitatif adalah pengamatan langsung terhadap objek untuk mengetahui keberadaan objek, situasi, konteks dan maknanya dalam upaya mengumpulkan data penelitian.

3.6 Teknik dan Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan terhadap sumber data (informan) meliputi informan kunci yakni :

1. Pejabat yang berkaitan dengan Program Kesehatan Jiwa
2. Perawat Koordinator yang melaksanakan Program Kesehatan Jiwa di 12 Puskesmas di Kabupaten Sekadau
3. Organisasi Perawat kesehatan jiwa (IPKJI) Kalimantan Barat

Informan diambil secara *purposive* sesuai dengan kebutuhan. Untuk memperkuat hasil dari penerapan program pelatihan maka diperlukan Informan yang dipilih karena mereka merupakan pelaksana operasional yang terlibat langsung dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi dalam implementasi program Kesehatan Jiwa.

Dalam penelitian ini teknik pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam (*indepth interview*) terhadap informan dengan bantuan alat/instrumen berupa pedoman wawancara (*interview guide*). Selain itu juga dilakukan teknik dokumentasi guna mendapatkan data penunjang..

Alat perekam dalam penelitian menggunakan buku catatan, *video* Kamera, dan Alat Perekam untuk merekam, sebagai perekam hasil wawancara mendalam (*indepth interview*).

Prosedur pengumpulan data yang akan dilakukan adalah :

1. Tahap Pra-Lapangan

Tahap ini dimulai dengan penyusunan rancangan awal penelitian, pengurusan ijin penelitian, penjajakan lapangan dan penyempurnaan rancangan penelitian, pemilihan dan interaksi dengan subjek dan informan, serta penyiapan piranti pembantu untuk kegiatan lapangan. Penjajakan lapangan dilakukan pengamatan tentang gejala-gejala umum permasalahan, wawancara kepada beberapa informan, serta telaah dokumen.

2. Tahap Pekerjaan Lapangan

Pada tahap ini dilakukan :

- a. Pemilihan informan secara proposive
- b. Melakukan wawancara mendalam kepada informan
- c. Pengamatan terhadap gejala-gejala yang ada baik dari informan maupun lingkungan tempat penelitian
- d. Penelurusan dokumentasi dilakukan khususnya untuk mendapatkan data konteks. Kajian dokumentasi di lakukan terhadap catatan-catatan, arsip- arsip, dan sejenisnya termasuk laporan-laporan yang bersangkutan paut dengan permasalahan penelitian.
- e. Pemeriksaan keabsahan (*trustworthiness*) data.

3. Tahap Pasca Lapangan

Mengacu model interaktif, analisis data tidak saja dilakukan setelah pengumpulan data, tetapi juga selama pengumpulan data. Selama tahap penarikan simpulan, peneliti selalu merujuk kepada informasi dari lapangan untuk mendapatkan kredibilitas.

Kredibilitas merupakan penetapan hasil penelitian kualitatif yang kredibel atau dapat dipercaya dari persepektif partisipan dalam penelitian tersebut. Partisipan adalah satu-satunya orang yang dapat menilai secara sah kredibilitas hasil penelitian tersebut. Strategi untuk meningkatkan kredibilitas data meliputi perpanjangan pengamatan, ketekunan penelitian, triangulasi, diskusi teman sejawat, analisis kasus negatif, dan *memberchecking*.

Masih terdapat langkah lain untuk melakukan pemeriksaan keabsahan data yakni *konfirmasiabilitas*, *transferabilitas* dan *dependabilitas*.

Konfirmasiabilitas atau objektivitas merujuk pada tingkat kemampuan hasil penelitian yang dikonfirmasi oleh orang lain. Terdapat sejumlah strategi untuk meningkatkan konfirmasiabilitas. Hal ini dapat dilakukan dengan mendokumentasikan prosedur untuk mengecek dan mengecek kembali seluruh data penelitian. Peneliti secara aktif dapat menelusuri dan mendeskripsikan contoh-contoh negatif yang bertentangan dengan pengamatan sebelumnya.

Transferabilitas merujuk pada tingkat kemampuan hasil penelitian kualitatif untuk dapat digeneralisasikan atau ditransfer pada konteks atau seting yang lain. Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan suatu pekerjaan mendeskripsikan konteks penelitian dan asumsi-asumsi yang menjadi sentral pada penelitian tersebut. Orang yang ingin mentransfer hasil penelitian pada konteks yang berbeda bertanggung jawab untuk membuat keputusan tentang bagaimana transfer tersebut masuk akal. Sedangkan *dependabilitas* menekankan perlunya peneliti untuk memperhitungkan konteks yang berubah-ubah dalam penelitian yang dilakukan. Peneliti bertanggung jawab menjelaskan perubahan-perubahan yang terjadi dalam seting dan bagaimana perubahan-perubahan tersebut dapat mempengaruhi cara pendekatan penelitian dalam studi tersebut.

Khusus dalam penelitian ini arah pemeriksaan keabsahan data menggunakan cara *kredibilitas*, terutama dengan *triangulasi*, yang terdiri dari *triangulasi teoritik*, dan *triangulasi metode*.

Untuk lebih jelasnya teknik dan prosedur pengumpulan data dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2. Teknik Indikator prosedur pengumpulan data

Komponen	Sub Komponen	Indikator	Teknik Pengumpulan Data			Sumber /Informan
			W	D	O	
<i>Context</i>	Dasar Kebijakan Program Kesehatan Jiwa bagi perawat di dinas kesehatan kabupaten sekadau	a. Adanya undang-undang kesehatan jiwa b. Adanya SK Menteri Kesehatan Tentang Kesehatan Jiwa		√	√	- Pemegang Program Kesehatan Jiwa di Dinas Kesehatan

		c. Adanya juklak dan juknis pelaksanaan program kesehatan jiwa				- Pemegang Program Kesehatan Jiwa di Dinas Kesehatan
		d. Adanya SK Menteri Kesehatan Tentang Kesehatan Jiwa				- Pemegang Program Kesehatan Jiwa di Dinas Kesehatan
		e. Adanya SK Bupati Tentang Kesehatan Jiwa / Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat	√	√		- Pemegang Program Kesehatan Jiwa di Dinas Kesehatan
		f. Adanya SK Kepala Dinas Tentang Pelatihan Perawat Kesehatan Jiwa / CMHN <i>Community Mental Healty Nursing</i> .	√	√		- Pemegang Program Kesehatan Jiwa di Dinas Kesehatan
		g. Adanya SK Kepala Dinas Tentang Jejaring Perawat Kesehatan Jiwa CMHN <i>Community Mental Healty Nursing</i> .	√			- Pemegang Program Kesehatan Jiwa di Dinas Kesehatan
		h. Adanya buku pedoman kesehatan jiwa	√			- Pemegang Program Kesehatan Jiwa di Dinas Kesehatan
Input	a. Disain Program Kesehatan jiwa	a. Standar Pendidikan Perawat yang telah dilatih Kesehatan Jiwa di Puskesmas	√			- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas
		b. Adanya Surat Tugas Perawat Koordinator Kesehatan Jiwa di Puskesmas	√			- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas
		c. Memiliki Dokumen Catatan Keperawatn		√		- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas
		d. Memiliki data pemetaan kasus gangguan jiwa di puskesmas	√	√		- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas - Kepala Puskesmas
		e. Memiliki SOP (<i>standart Operasional Prosedur</i>) dalam penanganan kasus jiwa di puskesmas	√			- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas

	b. Pengaangaran program kesehatan jiwa	a. Adanya Anggaran dalam mendukung program kesehatan jiwa di puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau dari APBD /APBN dan BOK		√		- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas - Perawat Koordinator Dinas Kesehatan
	c. Sarana	a. Memiliki Ruang dan Pemeriksaan pasien (Poli Jiwa) dan sarana pendukungnya di Puskesmas			√	- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas
		b. Memiliki Sarana Pendukung Penyuluhan LCD dll			√	- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas
		c. Ketersediaan kebutuhan obat bagi penderita gangguan jiwa tersedia di puskesmas	√		√	- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas
		d. Memiliki kendaraan pendukung pelayanann kesehatan jiwa di puskesmas			√	- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas
Proses	a. Proses Pelaksanaan Program	a. Hasil Pelatihan di jalankan sesuai dengan program Kesehatan Jiwa	√			- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas - Kepala Puskesmas - Koordinator Program Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan
	a. Monitoring dan Evaluasi penyelenggaraan Program Kesehatan Jiwa	a. Dilakukan Monitoring Oleh Dinas Kesehatan atau Kepala Puskesmas dalam Pelaksanaan Keberlangsungan Program Kesehatan Jiwa di Puskemas	√			- Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Dinas Kesehatan - Kepala Puskesmas
Produk	a. Hasil (keluaran) dari Program	a. Kesuai Program yang dijalankan sesuai dengan Tujuan yang diharapkan	√			- Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Dinas Kesehatan
		b. Peningkatan Pengetahuan Perawat pernah dilatih	√			- Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Dinas Kesehatan - Perawat Koordinator Program

						Kesehatan Jiwa di Puskesmas
		c. Dilaksanakannya kunjungan rumah oleh perawat pada pasien jiwa	√		√	- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas
		d. Peningkatan Deteksi dini Kasus Gangguan Jiwa yang terjadi di Masyarakat	√			- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas
		e. Peningkatan Kasus Gagguan jiwa yang ditangani oleh perawat	√	√		- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas
	b. Dampak dari Hasil Program	a. Sosialisasi terhadap masyarakat dan keluarga di laksanakan	√			- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas - Tokoh Masyarakat Dan Keluarga Pasien
		b. Pembentukan desa siaga sehat jiwa	√			- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas
		c. Pembentukan Kader Kesehatan Jiwa	√			- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas
		d. Besaran Kasus Gangguan Jiwa yang dirujuk berkurang	√			- Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas

Keterangan :

W : Wawancara

D : Dokumentasi

O : Observasi

3.7 Teknik Analisis Data

Analisa data pada penelitian ini dimulai dari *data collecting* (pengumpulan data), dilanjutkan dengan *data reduction*, *data display* dan *concluding drawing* atau *verification*. Michael Huberman (1994) Metode analisis ini biasa disebut analisis data interaktif.

3.7.1 *Data Reduction* (Reduksi data)

Data yang diperoleh dari lapangan jumlahnya cukup banyak, sehingga perlu dicatat secara teliti dan rinci. Seperti telah dikemukakan sebelumnya, semakin lama peneliti ke lapangan, maka jumlah data yang diperoleh akan semakin banyak, kompleks, dan rumit. Untuk itu perlu segera dilakukan analisis data melalui reduksi data. Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, serta dicari tema dan polanya. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya apabila diperlukan. Reduksi data dapat dibantu dengan peralatan, seperti komputer, *notebook*, dan lain sebagainya.

Dalam mereduksi data peneliti akan berpedoman pada tujuan yang akan dicapai. Reduksi data merupakan proses berpikir sensitif yang memerlukan kecerdasan, keleluasaan, dan kedalaman wawasan yang tinggi. Dalam penelitian temuan-temuan di lapangan dicocokkan dengan tujuan khusus ataupun fokus penelitian, sehingga dalam

mereduksi akan sejalan dengan tujuan atau fokus yang akan dicapai dan telah dirumuskan sebelumnya.

3.7.2 Data Display (Penyajian data)

Setelah data direduksi maka langkah selanjutnya adalah menyajikan data. Penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, dan sejenisnya. Namun yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif.

Dengan adanya penyajian data, maka akan memudahkan untuk memahami apa yang terjadi, dan merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami tersebut. Dalam kondisi tertentu *display* data selain dengan teks yang naratif juga dapat berupa grafik, matrik, *network* (jaringan kerja), tabel, dan *chart*. Khusus dalam penelitian ini *display* data disajikan dalam bentuk narasi dan tabel

1. Concluding drawing atau verification (Pengarikan kesimpulan/verifikasi)

Langkah ketiga dalam analisis data adalah pengarikan kesimpulan atau verifikasi. Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, dan akan mengalami perubahan apabila ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti

kembali ke lapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel.

Dengan demikian kesimpulan penelitian mungkin dapat menjawab rumusan masalah yang dirumuskan sejak awal, tetapi mungkin juga belum dapat menjawab rumusan masalah dimaksud. Hal ini disebabkan karena masalah dan rumusan masalah dalam penelitian kualitatif masih bersifat sementara dan akan berkembang setelah peneliti berada di lapangan.

Kesimpulan dalam penelitian kualitatif merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran suatu objek yang sebelumnya masih remang-remang atau bahkan gelap, sehingga setelah diteliti menjadi jelas.

Dalam penelitian ini kesimpulan awal juga belum dapat dilakukan saat mendapat data awal karena harus dilakukan pengumpulan data lanjutan dan pengecekan silang ke sumber informasi yang dianggap lebih akurat, seperti ke tingkat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat selaku pembuat kebijakan.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

4.1.1 Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah satuan kerja pemerintahan daerah kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan urusan pemerintahan dalam bidang kesehatan di kabupaten/kota, Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau adalah suatu instansi pemerintah yang mengurus masalah Kesehatan di wilayah Kabupaten Sekadau ,yang berlokasi di jalan Merdeka Timur KM 09 Komplek Perkantoran Bupati Sekadau. Instansi ini awal didirikan sejalan dengan kebutuhan pemerintahan Daerah kabupaten sekadau dalam membidangi kesehatan yang di bentuk dengan Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2014 tentang perubahan ketiga atas Peraturan Daerah Kabupaten Sekadau Nomor 8 Tahun 2008 tentang susunan Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Sekadau yang berkedudukan di Kabupaten Sekadau.

Dengan wilayah kerja meliputi seluruh wilayah Kabupaten Sekadau, Dinas Kesehatan di pimpin oleh seorang Kepala Dinas yang bertanggung jawab sebagai Pengguna Anggaran di Dinas Kesehatan kabupaten sekadau,

Berdasarkan Peraturan Bupati Sekadau Nomor 39 Tahun 2008 tentang Sutruktur Organisasi dan Tata Usaha Dinas Kabupaten Sekadau

yang meliputi :

- 1) Kepala Dinas Kesehatan
- 2) Sekretaris Dinas Kesehatan terdiri dari 2 (dua) seksi yaitu :
 - a. Subag Aparatur dan Umum
 - b. Subag Keuangan dan Program
- 3) Bidang Pelayanan Kesehatan, yang terdiri dari 3 (tiga) seksi yaitu
 - a. Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan
 - b. Seksi Farmasi dan POM
 - c. Seksi Pelayanan Khusus dan Jaminana Kesehatan
- 4) Bidang Pengendalian Masalah Kesehatan terdiri dari 3 (tiga) seksi yaitu
 - a. Seksi Pengendalian penyakit
 - b. Seksi Pencegahan penyakit
 - c. Seksi Penyehatan Lingkungan
- 5) Bidang Kesehatan Keluarga terdiri dari 3 (tiga) seksi yaitu :
 - a. Seksi Kesehatan Ibu dan Anak
 - b. Seksi Promosi Kesehatan
 - c. Seksi Kesehatan Gizi
- 6) Unit Pengendalian Teknis yang terdiri dari :
 - a. Puskesmas / Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
 - b. Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan.
- 7) Kelompok Jabatan Fungsional Dinas Kesehatan

Program Kesehatan Jiwa sebagai bagian dari salah satu program unggulan di Dinas Kesehatan kabupaten sekadau yang berda di bawah Bidang Pelayanan Kesehatan yang tepatnya berada pada Seksi Pelayanan Khusus dan Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Sedangkan fungsinya adalah :

- 1) Pelaksanaan Program Kesehatan Jiwa masyarakat dan penggulangan Napza.

- 2) Pelaksanaan Program Kesehatan Kerja ;
- 3) Pelaksanaan Program Pelaksanaan Kesehatan Olahraga;
- 4) Pelaksanaan Program Kesehatan Usila;
- 5) Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat;
- 6) Pelaksanaan Program Kesehtaan Gigi dan Mulut;
- 7) Pelaksanaan Program Penanggulangan Bencana dan Gawat darurat.
- 8) Pelaksanaan Program Bhakti Sosial;
- 9) Pelaksanaan tugas lain program di pelatihan kesehatan yang menyangkut program Seksi Pelayanan Khusus dan Jaminan Kesehatan yang ditugaskan oleh Kepala Dinas.

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya, pusat kesehatan masyarakat juga sebagai salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional, khususnya subsistem upaya kesehatan, penyelenggaraan pusat kesehatan masyarakat perlu ditata ulang untuk meningkatkan aksesibilitas, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan dalam rangka meningkatkan derajat masyarakat serta menyukseskan program jaminan sosial nasional.

Puskesmas juga merupakan suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan

kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu yang berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah tertentu (Azrul Azwar, 1996), Sesuai dengan kemampuan tenaga maupun fasilitas yang berbeda-beda, maka kegiatan pokok yang dapat dilaksanakan oleh sebuah puskesmas akan berbeda pula. Namun demikian kegiatan pokok Puskesmas yang seharusnya dilaksanakan adalah sebagai berikut : KIA, Keluarga Berencana, Usaha Perbaikan Gizi, Kesehatan Lingkungan, Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, Pengobatan termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan, penyuluhan Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Sekolah, Kesehatan Olah Raga, Perawatan Kesehatan Masyarakat, Kesehatan dan keselamatan Kerja, Kesehatan Gigi dan Mulut, Kesehatan Jiwa, Kesehatan Mata, Laboratorium Sederhana, Pencatatan Laporan dalam rangka Sistem Informasi Kesehatan, Kesehatan Usia Lanjut dan Pmbinaan Pengobatan Tradisional.

Sarana Prasarana Kesehatan di Puskesmas merupakan modal utama untuk mencapai keberhasilan program maupun untuk meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat. Jumlah Sarana Prasarana kesehatan di kabupaten sekadau dirasakan masih sangat kurang, baik secara kualitas apa bila dibandingkan dengan luas wilayah kaupaten sekadau 5.444,2 Km² yang tersebar di 7 wilayah Kecamatan. Data jumlah penduduk, terdapat 87 desa dan 268 dusun,

dengan sarana kesehatan sebanyak 12 Puskesmas (8 diantaranya Puskesmas Perawatan), 4 Puskesmas Non Perawatan, Pustu 62, Polindes 81 buah, dan dengan kondisi yang berbeda dan perlu adanya perbaikan baik dari sarana prasaran maupun prasarana pendukung pelayanan kesehatan lainnya.

Puskesmas diharapkan dapat bertindak sebagai motivator, fasilitator dan turut serta memantau terselenggaranya proses pembangunan di wilayah kerjanya agar berdampak positif terhadap kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya. Hasil yang diharapkan dalam menjalankan fungsi ini antara lain adalah terselenggaranya pembangunan di luar bidang kesehatan yang mendukung terciptanya lingkungan dan perilaku sehat.

Upaya pelayanan yang diselenggarakan meliputi: Pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih mengutamakan pelayanan promotif dan preventif, dengan kelompok masyarakat serta sebagian besar diselenggarakan bersama masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas.

Pelayanan medik dasar yang lebih mengutamakan pelayanan, kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan individu dan keluarga pada umumnya melalui upaya rawat jalan dan rujukan (DepkesRI, 2007).

Fungsi dari Puskesmas adalah:

1. Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.

2. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka kemampuan untuk hidup sehat.
3. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan masyarakat di wilayah kerjanya.

Saatini jumlah tenaga kesehatan di puskesmas periode desember 2014 meliputi Dokter Umum 24 orang, Para medis Perawat dan Bidan 330 orang, Perawat gigi 14 orang, Apoteker dan Sarjana Farmasi 4 orang, Asisten Apoteker 21 orang, Kesehatan Masyarakat 43 orang, Sanitarian 43 orang, Tenaga Gizi 19 orang, Analis Kesehatan 17 orang, dengan adanya sumber daya manusia yang ada tentunya dapat meningkatkan kualitas hidup sehat dan bersih serta meningkatkan kesehatan. Dalam rangka menciptakan mutu pelayanan tersebut tentunya perlu ditunjang dengan adanya ketersediaan peralatan kesehatan, gedung kesehatan, dan mobil ambulance yang merata untuk setiap daerah.

Secara umum lokasi penelitian ini berada di dalam wilayah Kabupaten Sekadau yaitu di Puskesmas yang terdapat di 7 Kecamatan di wilayah Kabupaten Sekadau, yang dilakukan pada 12 Perawat koordinator program kesehatan jiwa di puskesmas dan koordinator Program Kesehatan Jiwa di Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau.

4.2 Karakteristik Informan

Dalam upaya mendapatkan informasi tentang implementasi evaluasi program kesehatan jiwa studi pada perawat puskesmas yang telah dilatih

kesehatan jiwa maka dilakukan wawancara mendalam (ident- Interview), Observasi, dan Dokumentasi dilakukan terhadap 1 (satu) orang Staf Seksi Pelayanan Kusus dan Jaminan Kesehatan yang menjadi Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Dinas Kesehatan kabupaten sekadau berupa Observasi dan Dokumentasi *Context*, dan 12 (dua belas) Perawat Koordinator Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas Kabupaten Sekadau yang telah dilatih Kesehatan Jiwa menyangkut evaluasi *Context, Input, Process, dan Product* program,serta evaluasi *Out Come*.

4.3 Hasil Penelitian

Hasil evaluasi di Pelaksanaan Program Kesehatan Jiwa yang dilakukan Perawat Puskesmas yang pernah dilatih Kesehatan Jiwa dapat dijelaskan sebagaiberikut

4.3.1 Dasar Kebijakan Kesehatan Jiwa Kabupaten

4.3.2. Evaluasi Context

Dalam penelitian ini terutama berhubungan dengan Kebijakan suatu evaluasi program serta perumusan tujuan program evaluasi program kesehatan jiwa yang di dasar dari hasil pelatihan yang di implementasikan dalam bentuk hasil capain dilapngan terhadap keberhasilan program kesehatan jiwa yang dijalankan oleh perawat jiwa yang telah dilatih kesehatan jiwa. Hal ini selanjutnya dapat membantu dalam membuat keputusan perencanaan program. Dalam hal ini adalah kebijakan yang berhubungan dengan pelaksanaan dan keberlangsungan program kesehatan jiwa yang dijalankan oleh perawat di puskesmas.

Program Kesehatan Jiwa di Kabupaten Sekadau merupakan bagian dari upaya pengembangan kesehatan, dimana dengan banyaknya kasus gangguan jiwa yang terjadi di masyarakat yang tidak dapat ditangani dengan baik sehingga diperlukan adanya solusi dalam mengatasinya, maka upaya penanganan gangguan jiwa tidak hanya menjadi tugas dokter spesialis jiwa saja, akan tetapi menjadi usaha bersama dokter, perawat, dan kader kesehatan dan juga masyarakat, banyaknya kasus gangguan jiwa yang terjadi sehingga perlu adanya peningkatan pengetahuan perawat jiwa dari kasus jiwa yang terjadi di kabupaten sekadau berdasarkan data profil dinas kesehatan kabupaten sekadau sejak tahun 2010 sampai dengan 2015 sebanyak 382 kasus memerlukan penanganan yang lebih baik lagi, untuk itu guna mengurangi masalah kesehatan jiwa maka dilakukanlah pelatihan kesehatan jiwa bagi perawat di puskesmas dalam penanganan penderita gangguan jiwa di masyarakat.

Pelatihan kesehatan jiwa yang telah dilaksanakan oleh dinas kesehatan pada tahun 2013, langkah nyata untuk mewujudkan sasaran tersebut, dengan diterbitkannya saat peneliti melihat hasil observasi dan dokumentasi telah diterbitkan surat edaran keputusan Menteri Kesehatan RI yaitu :

“Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor 868/Menkes/E/VII/2002 tentang Pedoman Umum Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat”

Pengembangan Upaya Kesehatan Jiwa mencakup upaya lebih mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat, menyiapkan masyarakat menghadapi masalah-masalah kesehatan, memandirikan masyarakat dalam mengembangkan perilaku hidup sehat secara mental.

Pelaksanaan Pelatihan kesehatan jiwa itu sendiri dilakukan menggunakan kurikulum dari Tim Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) yang dilaksanakan oleh IPKJI Provinsi Kalimantan Barat, dalam pelaksanaannya dilaksanakan menggunakan anggaran dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau Tahun 2010, difasilitasi oleh Tim IPKJI Kalimantan Barat berjumlah 3 orang, yang dilakukan menggunakan Teknik Teori, Diskusi, Tanya Jawab, Role Play, dan Praktek Lapangan, dilaksanakan selama 6 hari pelaksanaan, panitia pelaksanaannya dilakukan oleh dinas kesehatan terutama pada Seksi Pelayanan Khusus dan Jamkesmas Bidang pelayanan Kesehatan sesuai dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan, oleh karena itu maka dalam pengembangannya diperlukan langkah-langkah edukatif, yaitu upaya mendampingi (memfasilitasi) masyarakat untuk melaksanakan proses pembelajaran yang berupa masalah kesehatan di wilayahnya dan bagaimana proses pemecahannya.

Berkenaan dengan hal tersebut telah dilakukan wawancara mendalam terhadap informan kunci Kebijakan Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas pada Perawat yang telah dilatih kesehatan jiwa.

Pada umumnya informan menjelaskan bahwa kebijakan program sudah tepat dan baik karena berupaya untuk meningkatkan kinerja Perawat. namun kebijakan tentang program kesehatan Jiwa yang dijalankan merupakan kebijakan yang digagas oleh Tim Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Pusat yang diimplentasikan dan disarankan oleh kementerian kesehatan dalam mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa dimasyarakatsehingga menjadi respon dari pemerintah daerah menjadi program inovatif dan kebijakan Pemerintah daerah tersebut (dalam hal ini kementerian Kesehatan) dianggap sudah tepat dan salah satu dasar diluncurkannya kebijakan tersebut adalah tingginya angka prevalensi gangguan jiwa, sehingga perlu penanganan serius.

Sebagai satu cara yang ditempuh dalam mengurangi tingginya angka prevalensi gangguan jiwa adalah dengan meningkatkan kinerja perawat di puskesmas melalui kegiatan pelatihan, serta kebijakan yang berhubungan dengan penigkatan program kesehatan jiwa secara menyeluruh dengan memperhatikan tujuan dari penurunan angka prevalesi gangguan jiwa sehingga tercapai penderita gangguan jiwa yang produktif dan meningkatkan pemberdayaan masyarakat, hal itu seperti tertuang dalam hasil observasi dan dokumentasi pada Staf Seksi Pelayanan Khusus dan Jaminan Kesehatan yang menjadi koordinator Program Kesehatan Jiwa di Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau dapat dilihat pada

“Surat Keputusan Menteri Kesehatan Tentang Kesehatan Jiwa Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) Nomor: 230/MENKES/ SK / III/2002 seperti yang tercantum dalam Pedoman Umum Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM)” (informan kunci : NV Koordinator Program Keswa Kabupaten Sekadau)

Yang berdasarkan itu tujuan program kesehatan jiwa mempunyai tinjauan 10 rekomendasi dari WHO dan kenyataannya di Indonesia pada :

1. Pelayanan Kesehatan Jiwa di Pelayanan Kesehatan Dasar
2. Ketersediaan obat Psikotropik di berbagai Tingkat Pelayanan
3. Tersedianya Perawatan Kesehatan Jiwa di Masyarakat
4. Pendidikan kepada Masyarakat
5. Keterlibatan peran serta masyarakat, keluarga dan consumer
6. Menetapkan Kebijakan Nasional, program dan Peraturan Perundang-undangan
7. Pengembangan Sumber Daya Manusia
8. Jaringan antar sektor
9. Pemantauan kesehatan jiwa di masyarakat
10. Dukungan terhadap penelitian-penelitian

Dari 10 rekomendasi tersebut bahwa surat keputusan menteri kesehatan tentang tim pelaksana kesehatan jiwa masyarakat (TP-KJM) merangkum dalam upaya penanggulangan masalah kesehatan

jiwa, maka dari itu dibuatlah satu kebijakan daerah yang mendukung dari Tim Pelaksanaan Kesehatan Jiwa Masyarakat TP-KJM Tingkat Kabupaten Sekadau yang tertuang dalam Surat keputusan Bupati Sekadau Nomor: 440 /152/Dinkes /2013 tercantum pada :

“DIKTUM Kedua Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) Kabupaten Sekadau mempunyai hak mendapatkan informasi penyelenggaraan Kesehatan jiwa Masyarakat dan berkewajiban membina masyarakat agar sesuai dengan tujuan penyelenggaraan yang ditetapkan dalam Peraturan Perundang-undangan tentang Pemeliharaan Kesehatan Jiwa Masyarakat”(informan kunci : NV Koordinator Program Keswa Kabupaten Sekadau)

Menurut informasi dari koordinator program kesehatan jiwa kabupaten sekadau untuk mewujudkannya dituangkanlah melalui Surat keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau nomor : Nomor : 444/ 23 / DINKES –B tentang Pelatihan Perawat Kesehatan Jiwa (*community mental health nursing (CMHN)*) Kabupaten Sekadau Tahun 2013.

“panitia penyelenggaraan, moderator, dan narasumber kegiatan sehingga hasil dari pelatihan Perawat Kesehatan Jiwa (community mental health nursing (CMHN) Kabupaten Sekadau Tahun 2010”(informan kunci : NV Koordinator Program Keswa Kabupaten Sekadau)

Berdasarkan Surat keputusan tersebut dilaksanakannya Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau menyangkut pelatihan kesehatan jiwa bagi perawat tidak dijelaskan secara rinci waktu pelaksanaan, metode yang digunakan, fasilitator pelatihan akan tetapi hanya menetapkan panitia saja dan berdasarkan buku pedoman pelatihan CMHN (*community mental health nursing*) dasar dari Tim

IPKJI Pusat yang memuat standar jadwal pelatihan dan metode yang digunakan, sedangkan Kerangka Acuan Kegiatan/TOR pelaksanaan kegiatan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau tidak ada, sehingga pelatihan tersebut tidak memiliki konsep dan hanya ada laporan hasil kegiatan pelatihan tersebut yang dalam dalam pelaksanaannya dilakukan observasi sertifikasi dan hasil laporan peserta pelatihan dilaksanakan selama 6 hari dengan 42 SKS dari 22 orang peserta yang dilatih dan dinyatakan lulus dan mendapatkan sertifikat yang dikeluarkan dan ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan dan diketahui dan disetujui oleh PPNI (persatuan Perawat Nasional Indonesia) Provinsi Kalimantan Barat, dan Ketua panitia dalam pelaksanaan yaitu kepala bidang pelayanan kesehatan. Dalam penyelenggaraan pelatihan tersebut peneliti menemukan buku pedoman dan standart pelatihan Kesehatan Jiwa yang telah diikuti perawat yang diikuti perawat kesehatan jiwa yang menyangkut pelaksanaan pelatihan kesehatan jiwa dan serta materi-materi pelatihan serta asuhan keperawatan jiwa yang di berikan pada peserta pelatihan kesehatan jiwa, kemudian dari hasil observasi tersebut juga peneliti mendapatkan Profil Kesehatan Jiwa dinas kesehatan Kabupaten Sekadau yang isinya menyangkut pelayanan kesehatan jiwa 1 tahun terakhir, kemudian pada saat peneliti melakukan observasi ternyata kabupaten tidak ada buku panduan / pedoman kabupaten untuk kesehatan jiwa, yang dapat merangkum teknis pelaksanaan di kabupaten dan pegangan

buat perawat kesehatan jiwa yang telah dilatih dilapangan, berdasarkan data tersebut selanjutnya peneliti melakukan konfirmasi terhadap tidak adanya buku panduan pedoman kabupaten tentang kesehatan jiwa atau juga biasanya disebut dengan juklak dan juknis dalam pelaksanaan program kesehatan jiwa di kabupaten kepada informan kunci mengungkapkan:

“Buku pedoman atau juga panduan kabupaten memang belum ada dikarenakan masih mengacu pada pedoman nasional, atau juklak dan juknis dari kementerian kesehatan secara khusus juga kementerian kesehatan belum pernah mengeluarkan kurikulum program kesehatan jiwa bagi perawat, tetapi dikeluarkan oleh IPKJI (ikatan perawat kesehatan jiwa indonesia) dan dari akdemisi yang bergerak dalam program kesehatan jiwa yaitu Prof.Dr.Budi Anna Keliat, dan dari hasil pelatihan CMHN (Community Mental Health Nursing) sebelumnya sedangkan kabupaten sendiri karena keterbatasan SDM sehingga sulit untuk membuatnya, jadi selama ini hanya panduan yang sudah ada” (informan kunci : NV Koordinator Program Keswa Kabupaten Sekadau)

Selanjutnya ketika di konfirmasi kepada fasilitator yang pernah memberikan pelatihan kesehatan di kabupaten sekadau menyatakan:

“bahwa, kurikulum CMHN baik basic, intermediet maupun advance dibuat oleh tim IPKJI Pusat sedangkan dari Kementerian kesehatan belum ada buku pedoman – pedoman CMHN secara khusus buku pelatihan CMHN belum ada”. (informan : DS fasilitator IPKJI Kalbar)

Dari pernyataan informan kunci, bahwa buku pedoman pelaksanaan program kesehatan jiwa kabupaten belum ada sebagai penggagan dari perawat jiwa yang telah dilatih hanya menggunakan buku dan catatan pelaksanaan dari pelatihan kesehatan jiwa itu sendiri yang didapatkan dari Tim IPKJI Kalimantan Barat.

4.3.2 Disain Program Kesehatan jiwa

4.3.2.1 Evaluasi Input

Saat dilakukan evaluasi observasi pada input maka sebagian informan menjelaskan bahwa sebagian dari bahan pendukung dalam melaksanakan program sudah dijalankan sesuai dengan hasil pelatihan kesehatan jiwa hanya masih terdapat beberapa kekurangan yang harus di perbaiki sehingga program kesehatan jiwa di puskesmas dapat berlangsung lebih baik lagi untuk itu peneliti menuangkan dalam hasil observasi dan dokumentasi pada perawat koordinator program kesehatan jiwa di puskesmas yang telah dilatih.

a) Surat Tugas perawat koordinator kesehatan jiwa di puskesmas oleh kepala Puskesmas.

Responden mendapatkan surat tugas sebagai perawat koordinator program kesehatan jiwa di puskesmas oleh kepala puskesmas diketahui bahwa sebagian besar responden yakni menerapkan hasil pelatihan sebanyak 12 orang dan telah mendapat surat tugas sebagai perawat koordinator program kesehatan jiwa di puskesmas oleh kepala puskesmas sehingga dalam menjalankan tugasnya perawat koordinator mempunyai tanggung jawab terhadap program yang diberikan, namun masih terdapat rangkap jabatan dalam menjalankan tugas yang diberikan kepala puskesmas ini ditemukan di beberapa puskesmas yang masih kekurangan sumber daya manusianya dalam melaksanakan tugas di puskesmas.

**b) Dokumentasi dan catatan kunjungan Pasien di Puskesmas.
responden yang mendokumentasikan dan mencatat kunjungan
pasien jiwa di puskesmas**

saat dilakukan observasi dan dokumentasi dilihat sebagian besar responden melakukan catatan dokumentasi pada pasien baik itu kunjungan rumah maupun catatan keperawatan pada status pasien jiwa pada 12 puskesmas, walau pun masih terdapat pencatatan yang belum lengkap.

**c) Jadwal Kunjungan rumah pasien jiwa oleh perawat
koordinator di Puskesmas.**

Responden yang membuat jadwal kunjungan rumah pasien jiwa oleh perawat koordinator kesehatan jiwa di puskesmas diketahui bahwa sebagian responden ada membuat jadwal kunjungan rumah pada pasien jiwa di puskesmas ada sebanyak 6 orang perawat dan sebagian tidak membuat jadwal kunjungan rumah pada pasien gangguan jiwa ada sebanyak 6 orang perawat dengan alasan tidak terjadwal akan tetapi bersifat insidental apabila diperlukan oleh keluarga pasien dan ditemukan di beberapa puskesmas belum mempunyai perencanaan matang dan konsisten dalam kunjungan rumah pada pasien jiwa.

**d) SOP (*standar operasional prosedur*) kesehatan jiwa di
puskesmas.**

Responden yang melaksanakan program kesehatan jiwa di puskesmas sesuai SOP (*standart operasional prosedur*) di puskesmas diketahui bahwa sebagian kecil responden yang

membuat SOP (*standar operasional prosedur*) dalam melaksanakan program kesehatan jiwa ada sebanyak 5 orang perawat dan responden yang menerapkan dan tidak ada SOP (*standar operasional prosedur*) dalam Program kesehatan jiwa ada sebanyak 7 orang perawat dengan alasan belum ada SOP dan panduan dalam membuat SOP Kesehatan jiwa di puskesmas, hal ini di perkuat dengan hasil wawancara mendalam.

Kontak 8

“belum ada dapat SOP yang bagaimana yang harus di pergunakan, apakah dari dinas atau puskesmas yang membuat sendiri, yang sama apakah harus menggunakan dinas atau puskesmas yang membuat.” (informan : Koor Jiwa PKM Belitang)

Dari pernyataan responden diatas SOP (*standart Operasional prosedur*) rata – rata belum dibuat dan belum ada dilaksanakan sehingga perlu dibuat sehingga menjadi pedoman dalam pelaksanaan penanganan gangguan jiwa di puskesmas bagi perawat dan bagi program setelah peneliti melakukan konfirmasi pada dinas kesehatan kabupaten sekadau yaitu pada pemengan program kesehatan jiwa

“bahwa memang SOP untuk kesehatan jiwa belum ada dibuat sehingga belum ada pedoman standar dalam pelaksanaan program jiwa di puskesmas bagi perawat, ada pun puskesmas yang ada membuat nya menyesuaikan dengan SOP pelayanan kesehatan yang lain” (informan kunci : NV Koordinator

Program Keswa Kabupaten Sekadau) maka dinas kesehatan diharapkan untuk dapat memfasilitasi puskesmas untuk membuat SOP (*standar operasional prosedur*) pada program kesehatan jiwa di puskesmas.

e) Catatan Asuhan Keperawatan Jiwa oleh Perawat Koordinator Kesehatan jiwa di puskesmas.

Distribusi responden yang melaksanakan Catatan Asuhan Keperawatan Jiwa di puskesmas

Berdasarkan data dapat diketahui bahwa sebagian besar responden membuat catatan Asuhan keperawatan jiwa di puskesmas ada sebanyak 10 orang perawat dan responden yang tidak menerapkan Asuhan Keperawatan jiwa ada sebanyak 2 orang perawat yang menyatakan tidak dilakukan catatan asuhan keperawatan. ini di perkuat dengan pernyataan responden.

Kontak 1

“ya, sudah kita laksanakan ASKEP Jiwa meskipun, kita sadari belum memenuhi kriteria ASKEP sepenuhnya” (informan : DW PKM Balai.Sepuak)

Informan lainnya selanjutnya menambahkan berikut pernyataanya.

Kontak 4

“kita melaksanakan sudah sesuai Asuhan keperawatan Jiwa sudah sesuai dan selalu melihat perkembangan baru Asuhan keperawatan jiwa” (informan : Koor Jiwa PKM Selalong)

Untuk Asuhan keperawatan sudah dilaksanakan, hanya saja belum dapat memenuhi kriteria asuhan keperawatan jiwa sepenuhnya,

sehingga perlu adanya informasi baru dan perkembangan dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa sesuai dengan perkembangan.

f) Ketersediaan Anggaran dalam mendukung Program Kesehatan Jiwa di puskesmas.

Ketersediaan Anggaran dalam mendukung Program Kesehatan Jiwa di puskesmas yang dibuktikan dengan adanya POA dan sumber dana dalam penganggaran di puskesmas

sebagian besar responden menyatakan anggaran dalam mendukung program kesehatan jiwa di puskesmas ada 12 orang dan sumber dana berasal dari APBD dan BOK (bantuan operasional kesehatan) yang dibuktikan dengan POA oleh Puskesmas hal ini diperkuat dengan pernyataan

Kontak 4

“kalau untuk dipuskesmas kita ada dua kegiatan yaitu home visit dan rawat inap, kalau home visit kita melalui BOK dan kalau untuk internal di rawat inap jiwa kita mendapatkan dana misalnya dari pasien umum kita tidak mematok berapa jika ada keluarga memberikan kita terima jika diberikan seratus ribu ya kita kumpulkan kalau untuk pasien umum jika tidak mampu tidak kita tarik dan kita tidak mematok, kalau untuk tahun 2013 kita ada dari APBD untuk home visit tapi untuk tahun 2014 kita fokus menggunakan BOK dan BPJS,” (informan : Koor Jiwa PKM Selalong)

Setelah dilakukan observasi perawat koordinator kesehatan jiwa di puskesmas dalam pelaksanaannya melakukan home visit dan rawat inap bagi puskesmas selalong untuk anggaran melalui APBD yang tercantum dalam RKA dinas kesehatan pada Kegiatan Pemeliharaan dan pemulihan kesehatan kode rekening 16.02 berupa kunjungan rumah pada penderita gangguan jiwa,

dan pada BOK yang disertai dengan POA pelaksanaan yang diajukan pada bendahara BOK Puskesmas yang disetujui oleh kepala puskesmas begitu juga dengan BPJS kesehatan.

g) Ketersedian Ruang Poli Khusus jiwa di Puskesmas Distribusi frekuensi responden yang memiliki Ruang Poli Khusus jiwa di Puskesmas

sebagian besar responden menyatakan memiliki Ruang Poli jiwa di Puskesmas ada sebanyak 5ruangan dan tidak memiliki serta masih bergabung dengan poli umum sebanyak 7ruangan di puskesmas dikarenakan keterbatasan ruangan dan menganggap masih belum perlu.

Dari hasil observasi yang dilakukan pada 12 puskesmas tidak semua puskesmas yang memiliki dan mempunyai sarana dan prasarana khusus standar pada poli jiwa yang memadai dan masih bergabung dengan poli umum hanya diberikan jadwal dalam kunjungan pada poli jiwa sehingga tidak memiliki ruangan yang standar pelayanan jiwa, sehingga ini menjadi salah satu kekurangan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas oleh perawat jiwa dalam menangani dan memeriksa penderita gangguan jiwa.

h) Ketersedian sarana pendukung dalam penyuluhan kesehatan jiwa

Distribusi frekuensi responden yang memiliki Ketersedian sarana pendukung dalam penyuluhan kesehatan jiwa berupa (leflet, x-baner,panplet, N.Focus dan lain-lain)

Berdasarkan data dapat diketahui bahwa sebagian besar responden menyatakan memiliki Ketersediaan sarana pendukung dalam penyuluhan kesehatan jiwa ada sebanyak 9 orang dan tidak memiliki Ketersediaan sarana pendukung dalam penyuluhan kesehatan jiwa sebanyak 3 orang di puskesmas dikarenakan keterbatasan anggaran dalam memenuhi kebutuhan sarana penyuluhan tersebut ini diperkuat dengan pernyataan.

Kontak 2

“ya Sosialisasi kita lakukan dari dana BOK terutama di beberapa desa kita lakukan penyuluhan di desa tapang semadak dan desa seraras kita proritaskan penyuluhan pada desa yang kasusnya banyak, ada beberapa desa yang tidak kita lakukan dan dari pihak desa harus melakukan advokasi terhadap keluarga yang menderita gangguan jiwa” (Informan : SBY PKM Simpang Empat)

Selanjutnya diperkuat dari pernyataan informan berikutnya.

Kontak 3

“untuk sosialisai hanya sekedar membagikan liflet ke kader tetapi untuk secara umum kemasyarakatan belum kita lakukan paling hanya pada saat turun lapangan bentuk penyuluhan kecil saja”. (informan : Koor Prog Jiwa PKM Sekadau)

Setelah dilakukan observasi bahwa sarana dan prsarana pendukung penyuluhan kesehatan masih terdapat kekurangan baik liflet, N. Fokus, Speker, Flif Cart puskesmas tidak membuatnya karena keterbatasan anggaran penyuluhan kesehatan jiwa hanya dilakukan berupa Advokasi langsung pada keluarga penderita gangguan jiwa saja dengan memberikan penjelasan.

i) Ketersediaan obat jiwa yang sesuai dengan kebutuhan di Puskesmas

Responden yang memiliki Ketersediaan Ketersediaan obat jiwa yang sesuai dengan kebutuhan di Puskesmas.

Diketahui bahwa responden menyatakan memiliki Ketersediaan obat jiwa yang sesuai dengan kebutuhan di Puskesmas ada sebanyak 12 orang dan yang bersumber dari APBD Kabupaten Sekadau melalui IFK Instalasi Farmasi Kabupaten Sekadau.

Ini diperkuat dengan pernyataan responden selanjutnya yang menyatakan

Kontak 3

“kalau obat jiwa alhamdulillah terpenuhi stoknya karena sudah kita hitung 1 tahun jadi jika da pasien jiwa baru, bisa tertasi dan kita lebihkan sumbernya dari APBD kabupaten dan kawan dari gudang obat sangat respon jika ada obat yang kurang bisa diatasi.” (informan : Koor Prog Jiwa PKM Sekadau)

b) Ketersediaan sarana Ambulan dalam mendukung rujukan kesarana Fasilitas kesehatan lanjutan di Puskesmas.

Responden yang memiliki Ambulan dalam mendukung rujukan kesarana Fasilitas kesehatan lanjutan di Puskesmas diketahui bahwa responden menyatakan memiliki Ketersediaan Sarana Ambulan dalam mendukung rujukan kesarana Fasilitas kesehatan lanjutan di Puskesmas ada sebanyak 7 orang (58,3%) dan yang bersumber dari APBD Kabupaten dan memiliki Ketersediaan Sarana Ambulan dalam mendukung rujukan kesarana Fasilitas kesehatan lanjutan di Puskesmas ada 5 orang ada sudah tidak

layak digunakan ke fasilitas kesehatan lanjutan ke rumah sakit kabupaten.

h) Sarana kendaraan roda dua bagi perawat koordinator program kesehatan jiwa di Puskesmas.

Responden yang memiliki Ketersediaan Sarana Kendaraan Roda dua bagi perawat koordinator program kesehatan jiwa di Puskesmas, diketahui bahwa responden menyatakan memiliki Ketersediaan Sarana Kendaraan Roda dua bagi perawat koordinator program kesehatan jiwa di Puskesmas ada sebanyak 1 orang dan sebagian besar menyatakan tidak memiliki ketersediaan sarana kendaraan roda dua bagi perawat koordinator program kesehatan jiwa di Puskesmas sebanyak 11 orang dikarenakan belum adanya dukungan dalam memenuhi ketersediaan sarana roda dua dalam program kesehatan jiwa ini di puskesmas bagi perawat kesehatan jiwa ini diperkuat dengan pernyataan.

4.3.3. Kesesuaian Pelaksanaan Program

IV.3.3.1 Evaluasi Proses

a) Monitoring Evaluasi Kesehatan Jiwa dilakukan oleh Dinas Kesehatan

Selanjutnya saat dikonfirmasi Apakah Monitoring Evaluasi Kesehatan Jiwa dilakukan oleh Dinas Kesehatan (Koordinator di dinas Kesehatan) sebagaianggung jawab program kesehatan jiwa dikabupaten sekadau responden mengungkapkan

Kontak 9

“Dilakukan, Biasa ada sekali setahun biasanya bersifat kunjungan langsung ke puskesmas dan juga via telpon” (informan : LD PKM Sebetung)

Dari pernyataan diatas dinas kesehatan jarang melakukan monitoring dan evaluasi pada puskesmas dan mengetahui kekurangan dalam program kesehatan jiwa di dinas kesehatan.

b) Monitoring evaluasi dilakukan oleh Kepala Puskesmas

Kemudian saat peniliti menanyakan apakah monitoring evaluasi dilakukan oleh Kepala Puskesmas responden mengungkapkan

Kontak 5

”Iya itu pasti dilakukan monitoring evaluasi program sejauh mana pencapaian program pelayanan kesehatan jiwa. Dan langsung kepada pemegang program sejauh mana program dijalankan” (informan : SM PKM SP III Trans)

Akan tetapi ada pernyataan yang berbeda dari rerponden yang lain dengan pernyataan.

Kontak 8

“Tidak pernah dilakukan monitoring oleh kepala puskesmas” (informan : SH PKM Belitang)

Alasan tidak dilakukan monitoring dan evaluasi oleh kepala puskesmas responden mengungkapkan karena keterbatasan pengetahuan dan belum tersosialisasikan dengan baik dalam mendukung program kesehatan jiwa di puskesmas.

c) Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas yang dijalankan sesuai dengan tujuan yang diharapkan

Kemudian saat responden ditanya apakah Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas yang dijalankan sesuai dengan tujuan yang diharapkan pernyataan responden.

Kontak 2

“masih banyak yang kurang ya kalau pada masyarakat sudah cukup puas, diberikan penyuluhan terutama kepala desanya dan perlu diberikan pengertian, saya masih belum merasa puas karena masih ada stigma dari masyarakat bahwa gangguan jiwa menjadi momok, maka untuk itu perlu dibentuk tim tpkjm desa sehingga masyarakat lebih mengerti” (Informan : SBY PKM Simpang Empat)

Selanjutnya responden yang lain menyatakan

Kontak 10

“belum sesuai dengan tujuan yang diharap karena terkendala masalah kemampuan saya sendiri terkait dengan pengetahuan kesehatan jiwa.” (informan : HR PKM Rawak)

d) Bagaimana cara untuk meningkatkan capaian program kesehatan jiwa

Salah satu responden menyatakan.

Kontak 2

“masih banyak yang kurang ya kalau pada masyarakat sudah cukup puas, diberikan penyuluhan terutama kepala desanya dan perlu diberikan pengertian, saya masih belum merasa puas karena masih ada stigma dari masyarakat bahwa gangguan jiwa menjadi momok, maka untuk itu perlu dibentuk tim tpkjm desa sehingga masyarakat lebih mengerti” (Informan : SBY PKM Simpang Empat)

Pernyataan lain nya disampaikan oleh ?

Kontak 3

“saya berharap program ini dapat berlangsung terus dan ada perbaikan ini merupakan program unggulan kabupaten sehingga perlu adanya perbaikan terutama pengetahuan kader dan perawat serta fasilitas dalam mendukung program dan buku saku untuk perawat dan kader jiwa dan agar kita bisa baca-baca.”
(informan : AGS PKM Sekadau)

Selanjutnya pernyataan dari responden yang lain mengungkapkan

Kontak 5

“Saran saya untuk lintas program saling bahu-membahu dalam rangka untuk mencari lagi yang gangguan jiwa, saya yakin masih banyak diluarsana yang belum terjangkau” (informan : SM SP III Trans)

pernyataan ini diperkuat kembali dengan responden yang lain bagaimana saran dalam meningkatkan capaian program tidak hanya pada kelompok resiko saja tetapi juga pada kelompok yang belum terjangkau dan juga pada kelompok yang sehat bagaimana tetap sehat.

Kontak 6

“Mengembangkan kesehatan jiwa yang berisiko dan yang sehat serta tetap tingkatkan lagi program kesehatan jiwa, dengan tidak melupakan pada kelompok berisiko” (informan : KR PKM Nanga Taman)

Pada informan yang lain informan mengungkapkan perlunya ditambah fasilitas terutama kendaraan penunjang, menyarankan dinas kesehatan untuk dapat memberikan reward terhadap perawat yang telah berhasil dalam menangani penderita gangguan jiwa.

Kontak 7

“Hanya perlu menyarankan mengenai kebutuhan-kebutuhan dilapangan untuk penanganan pasien kita sanggup terutama Fasilitas pelayanan Kesehatan Jiwa terutama kendaraan dan sebagainya” (informan : YD PKM Nanga Mahap)

Informan selanjutnya menyatakan bahwa perlu dilakukan pembentukan kader dalam membantu proses program dilapangan ini diperkuat dengan pernyataan sebagai berikut

Selanjutnya pernyataan dari informan yang lain menyatakan perlu adanya peningkatan pengetahuan bagi kader di setiap desa serta peningkatan jumlahnya seperti pernyataan yang di ungkapkan dibawah ini.

Kontak 9

“Kita menyarankan pembentukan kader jiwa dalam membantu proses menjalankan program jiwa diapangan” (informan : LD PKM Sebetung)

4.3.4. Hasil (keluaran) dari Program

4.3.4.1 Evaluasi Produk

a) Penerapan Hasil Pelatihan Kesehatan Jiwa oleh perawat yang mengikuti pelatihan.

Penerapan Hasil Pelatihan Kesehatan Jiwa oleh perawat yang mengikuti pelatihan sebagian besar responden yakni menerapkan hasil pelatihan sebanyak 10 orang menerapkan hasil pelatihan, dan yang belum melakukan menerapkan hasil pelatihan sebanyak 2 orang ini di perkuat dengan pernyataan

Kontak 2

“masih banyak yang kurang ya kalau pada masyarakat sudah cukup puas, diberikan penyuluhan terutama kepala desanya dan perlu diberikan pengertian, saya masih belum merasa puas karena masih ada stigma dari masyarakat bahwa gangguan jiwa menjadi momok, maka untuk itu perlu dibentuk tim tpkjm desa sehingga masyarakat lebih mengerti” (Informan : SBY PKM Simpang Empat)

Dari perntaan diatas bahwa sosialisasi program dan tentang kesehatan jiwa jarang dilakukan oleh perawaat sehingga perlu ditingkatkan lagi.

b) Sebagai Perawat Koordinator Kesehatan Jiwa di Puskesmas anda telah melaksanakan tugas sesuai dengan Asuhan Keperawatan Jiwa

Saat diwawancarai responden mengungkapkan bahwa sebagai Perawat Koordinator Kesehatan Jiwa di Puskesmas telah melaksanakan tugas sesuai dengan Asuhan Keperawatan Jiwa dengan ugkapan

Kontak 3

“kita berusaha untuk melakukan itu sebaik mungkin sesuai dengan Standar ASKEP termasuk kunjungan kerumah sebisa mungkin termasuk pasein keluarga dan tetanga kita kumpulkan saya beri masukan dan arahan karena obat hanya penujung saja tetapi dukungan kelurga yang utama.” (informan : AGS PKM Sekadau)

Dari pernyataan diatas informan berusaha sebaikmungkin untuk melaksanakan asuhan keperawatan dan kunjungan rumah mengingat obat tidak bisa memabntu tanpa dukungan lingkungan sekitarnya terutama dukungan keluarga

Kontak 10

“Ya sudah, melaksanakan Asuhan keperawatan tetapi tidak di dokumentasikan” (informan : HR PKM Rawak)

Dari pernyataan informan diatas bahwa pelaksanaan Asuhan Keperawatan sudah dijalankan untuk tahap – tahapnya tetapi pendokumentasian yang tidak pernah dilakukan.

c) Kasus gangguan jiwa di wilayah kerja puskesmas

Saat dikonfirmasi apakah ada kasus gangguan jiwa yang terjadi di puskesmas seperti di ungkapkan responden bahwa

Kontak 2

“ya ada, pada 2014 ada 72 kasus sampai dengan bulan ini oktober ada 68 kasus 3 kasus meninggal dunia dengan penyakit lain dikarenakan faktor usia, terjadi peningkatan kalau menurut CFR standar kita sebenarnya kita mendaatkan pasien 18 orang tetapi samapai saat ini kita telah mendapatkan 68 pasein termasuk dari daerah luar kabupaten dan kecamatan” (Informan : SBY PKM Simpang Empat)

d) Peningkatan pengetahuan responden tentang kesehatan jiwa

Kemudian saat dikonfirmasi kembali Setelah dilatih, bagaimana peningkatan pengetahuan responden tentang kesehatan jiwa, responden mengungkapkan bahwa.

Kontak 3

“Sangat banyak pengetahuan sudah dilatih untuk program ini, dan saya merasa masih perlu di tingkatkan lagi karena perlu adanya pelatihan lanjutan dari CMHN sebelumnya” (informan : AGS PKM Sekadau)

Rata-rata responden menyatakan masih perlu adanya peningkatan pengetahuan terutama pelatihan lanjutan sehingga ilmu yang

sudah didapat dalam pelatihan sebelumnya semakin bertambah dan ini diperkuat dengan pernyataan dari informan kunci koordinator program kesehatan jiwa di dinas kesehatan seperti yang disampaikan bahwa.

“dari dinas kesehatan kami, masih merencanakan adanya peningkatan pengetahuan para perawat yang telah dilatih dengan pelatihan lanjutan kesehatan jiwa sesuai dengan kurikulum, cuman kita masih melihat anggaran di tahun berjalan (informan kunci : NV koordinator Program kesehatan jiwa sekadau)

Dari pernyataan diatas bahwa dinas kesehatan masih belum meningkatkan pendidikan dan latihan perawat jiwa lanjutan dan masih dalam tahap perencanaan untuk dilakukan pelatihan lanjutan dan menyesuaikan dengan anggaran yang ada.

e) Deteksi dini penderita gangguan jiwa di puskesmas sudah berjalan, dan kasus yang terjadi apakah mengalami peningkatan atau penurunan

Ketika di konfirmasi kembali Apakah dengan deteksi dini penderita gangguan jiwa di puskesmas sudah berjalan, dan kasus yang terjadi apakah mengalami peningkatan atau penurunan, maka responden menyatakan bahwa.

Kontak 2

“deteksi dini sudah berjalan, kasus penderita sudah banyak yang mengetahui bangai mana penanganan mulai merasakan sakit, dan juga pada kader sudah sanagt membantu dalam mendeteksi kasus sehingga memepengaruhi jumlah kasus yang terjadi” (Informan : SBY PKM Simpang Empat)

f) Bagaimana sikap tim di puskesmas dalam sikap tim dalam mendukung Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas

Pernyataan dari petugas lain di puskesmas dalam mendukung program kesehatan jiwa

Kontak 1

“Sangat mendukung Untuk program ini dan bukti mereka mendukung adalah ketika kita monitoring ketika ada pelayanan pasien gangguan jiwa datang kita tetap prioritas kawan -kawan sangat mendukung ini jadi diulukan kemudian jika ada pasien jiwa gaduh gelisah kita turun sama-sama walaupun bukan dari perawat kesehatan jiwa kalobaorasi baik dengan bidan desa juga ada” (informan : DW PKM Bl.Sepuak)

Pernyataan selanjtnya di ungkapkan olegh respnden yang lainnya responden mengungkapkan bahwa.

Kontak 1

“Sangat mendukung Untuk program ini dan bukti mereka mendukung adalah ketika kita monitoring ketika ada pelayanan pasien gangguan jiwa datang kita tetap prioritas kawan -kawan sangat mendukung ini jadi diulukan kemudian jika ada pasien jiwa gaduh gelisah kita turun sama-sama walaupun bukan dari perawat kesehatan jiwa kalobaorasi baik dengan bidan desa juga ada” (informan : YD PKM Bl.Sepuak)

Tetapi ada pernyaaan lain dari responden yang lain mengngpakna tidak ada dukungan dan merasa bekerja dengan sendiri dikarenakan ada pebebanna tugas yang lain sehingga tidak dapat fokus dalam menjalankan program kesehatan jiwa dengan baik.

Kontak 7

“Kalau dipuskesmas sih kita sepertinya bekerja sendiri, karena kita yang membidangi,dan kebetulan kita awalnya ber 2 tapi petugas yang satu lagi dipindahkan ke poli umum, sekarang saya sendiri dan agak sulit dalam penanganan pasien,kalau bisa ada

*penambahan tenaga baru dalam membantu program ini”
(informan : YD PKM Nanga Mahap)*

g) Pelaksanaan sosialisasi dalam meningkatkan Pengetahuan masyarakat terhadap Program Kesehatan Jiwa

Kemudian saat dikonfirmasi pelaksanaan sosialisasi dalam meningkatkan Pengetahuan masyarakat terhadap Program Kesehatan Jiwa apakah sudah dilaksanakan oleh responden, maka responden mengungkapkan bahwa.

Kontak 1

“Sosialisasi, kalau penyuluhan kita untuk 1 tahun ini belum ada, sebelumnya sudah ada tetapi kita menginformasikan kita ada pertemuan tim TPKJM Puskesmas jadi kita menyampaikan kalau ada penderita gangguan jiwa di desa masing –masing atau tempat petugas kita di puskesmas diharapkan menghubungi puskesmas untuk kita data kita cek dan sampai cara penanganannya dan cara membawanya dan nanti kita akan kirim ke rumah sakit” (informan : Koor Jiwa PKM Bl.Sepuak)

Selanjutnya diungkapkan informan bahwa sosialisasi di masyarakat dilakukan saat pelaksanaan imunisasi sekaligus penyuluhan kesehatan jiwa baik pada bapa, ibu dan keluarga lainnya seperti ungkapan.

Kontak 4

“untuk sosialisasi dimasyarakat ada kita lakukan untuk pelaksanaan kita sambil ikut di imunisasi kita memasukan beberapa acara untuk penkes masyarakat, baik ibunya dan bapaknya, dan keluarganya, jika ada pemulangan pasien kita kasikan materi juga untuk keluarganya.”. (informan : HD PKM Selalong)

h) Pembentuk Kader Kesehatan Jiwa di Puskesmas

Kemudian saat di konfirmasi pada responden apakah sudah membentuk Kader Kesehatan Jiwa di Puskesmas sebagai tolak ukur keberhasilan program kesehatan jiwa di puskesmas, responden mengungkapkan bahwa.

Kontak 2

“ya kita sudah ada beberapa kader kita da 5 kader, proses pembentukan kader yang 3 orang dari desa seraras dilatih oleh dinas kesehatan 2 dari tapang semadak selanjutnya dari beberapa desa yang belum ada kader kita lakukan pertemuan secara personal dalam mendeteksi ganggaun jiwa, sekarang banyak kasus rujukan dari kader” (Informan : SBY PKM Simpang Empat)

Selanjutnya pernyataan dari responden yang lain

Kontak 3

“Kita baru mulai membentuk, cuman belum maksimal berjalan karena belum ada yang dilatih jika sudah ada dapat lebih maksimal berjalan. (informan : AGS PKM Sekadau)

Ungkapan berbeda dari responden yang lain menyatakan bahwa

Kontak 8

“Untuk kader jiwa kita ada 2, cuman sepertinya tidak berjalan dengan baik, sehingga perlu dilakukan peltihan kader kembali”. (informan : SH PKM Belitang)

i) Pembentukan desa siaga sehat jiwa di wilayah kerja puskesmas

Kemudian saat peneliti melakukan konfirmasi ulang pada responden apakah sudah di bentuk desa siaga sehat jiwa di wilayah kerja puskesmas, responden mengungkapkan bahwa.

Kontak 2

“untuk Puskesmas Simpang empat alhamdulillah sudah terbentuk desa siaga sehat jiwa yang dimana kita ada tiga desa yaitu desa seraras yang sudah dari tahun 2012 dan desa merapi tahun 2013 dan desa gonis tekam untuk saat ini ke 3 desa tersebut berjalan dengan baik dalam koordinasi dengan kader dan aparat desanya, kita akan membentuk seluruh desa di wilayah kerja simpang empat kayu lapis sebagai desa siaga sehat jiwa untuk itu kami perlu dukungan dari berbagai pihak” (informan : SBY PKM simpang empat)

Dari pernyataan diatas bahwa sudah dibentuk desa siaga sehat jiwa pada 3 desa dan berjalan dengan baik begitu juga kerjasamanya akan tetapi masih perlu dukungan dari berbagai pihak, ini diperkuat dengan pernyataan responden selanjutnya

Kontak 5

“kami di SP III Trans Sudah membentuk 1 desa sebagai desa siaga sehat jiwa tetapi kami rasa masih belum berjalan dengan baik dan seperti yang diharapkan, tentunya pemberdayaan masyarakatnya yang perlu di tingkatkan lagi untuk itu kami berharap ada bimbingan dari dinas” (informan : SM PKM SP III Trans)“

Selanjutnya peneliti juga berusaha melakukan konfirmasi dengan 12 (dua belas) orang perawatkoordinator program kesehatan jiwa di masing-masing Puskesmas. Dari hasil konfirmasi tersebut secara umum alasan-alasan ditemukannya beberapa perilaku penerapan program kesehatan jiwa yang masih rendah walaupun ada keberhasilan dalam penerapan kebijakan :

- 1) Buku saku / buku pedoman kesehatan jiwa kabupaten yang tidak tersedia,
- 2) Pemetaan kasus jiwa di puskesmas yang tidak tercantum,
- 3) Penerapan asuhan keperawatan jiwa yang belum maksimal,

- 4) Dukungan kepala puskesmas dan tim di puskesmas yang belum maksimal
- 5) Sarana dan prasarana program yang belum memadai
- 6) Faktorgeografis (daerah sulit),
- 7) Faktor kerjasama lintas program dan sektoral yang belum maksimal,
- 8) Faktor demografis, di mana penduduk yang terpencar-pencar mengakibatkan keterbatasan jangkauan,
- 9) Stigma masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa masih tinggi
- 10) Keterbatasan kompetensi dan pengetahuanperawat dalam penerapan kesehatan jiwa,
- 11) SOP (*standar operasional prosdural*) kesehatan jiwa yang belum ada,
- 12) Ruang poli khusus jiwa di pusekesmas yang belum memadai,
- 13) Desa Siaga Sehat Jiwa yang belum terbentuk di seluruh puskesmas
- 14) Masih kurang kerjasamanya tim dalam mendukung program terutama Tim di Puskesmas.
- 15) Keterbatasan kader kesehatan jiwa di desa.
- 16) Keterbatasan sumber dana, sarana dan prasarana penunjang program kesehatan jiwa,
- 17) Kurangnyakesadaran masyarakat untuk berpartisipasi dalam kegiatan upaya kesehatan berbasis masyarakat terutama kesehatan jiwa.

Memperhatikan hasil pengolahan data diatas penerapan program kesehatan jiwa dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa program yang belum diselenggarakan secara optimal.

Sumber lain yang peneliti pilih adalah kepala bidang pelayanan kesehatan dinas kesehatan kabupaten sekadau. dari informasi yang diperoleh yang bersangkutan menyatakan bahwa

“program sudah cukup baik walaupun, meskipun perlu banyak yang diperbaiki terutama kunjungan rumah pada penderita gangguan jiwa, kebutuhan dokter psikiatrik, tambahan tenaga kesehatan jiwa yang dilatih dan di tingkatkan pengetahuan, buku panduan/saku bagi perawat dan kader, serta anggaran yang memadai dan tepat sasaran, perkuatan lintas sektoral dan lintas program meskipun tidak ada juklak dan juknis program kesehatan jiwa di indonesia, namun program kesehatan jiwa di kabupaten sekadau sudah sangat baik bahkan sudah mendapatkan penghargaan dari kemntrian kesehatan dan sindo weakly dalam kepedulian pemerintah daerah di bindag kesehatan terutama program kesehatan jiwa” (informan kunci : kepala bidang pelayanan kesehatan kabupaten sekadau)

Hal tersebut dikarenakan oleh beberapa faktor, seperti :

- 1) Kurangnya Kader Kesehatan Jiwa di Sekadau
- 2) Kurangnya komitmen perawat dalam mendukung penyelenggaraan program kesehatan jiwa
- 3) Ketidakmampuan perawat yang telah dilatih kesehatan jiwa dalam pemberdayaan masyarakat
- 4) Rangkap jabatan dan adanya mutasi dalam pengelolaan program kesehatan jiwa dan program lainnya di puskesmas sehingga program yang sudah direncanakan tidak berlanjut.

4.2.5 Faktor yang mendukung pelaksanaan program

a. Faktor yang mendukung pelaksanaan program

Dalam penelitian ini faktor yang mendukung pelaksanaan program .dikelompokkan atas faktor pendukung internal dan faktor pendukung eskternal.

Dari pengumpulan data melalui penelurusan dokumen diperoleh hasil sebagai berikut :

1) Faktor pendukung internal :

Faktor pendukung internal	Ada (tersedia)	Tidak ada	Keterangan
Kebijakan manajemen	ada,	-	Meneruskan kebijakan pusat
Anggaran	Ada	-	Sesuai kebutuhan
Sarana	Ada	-	kurang lengkap

2) Faktor pendukung eksternal :

Faktor pendukung eksternal	Ada (tersedia)	Tidak ada	Keterangan
Kebijakan Dinas Kesehatan Sekadau	Ada	-	Meneruskan kebijakan pusat dan Provinsi
Dukungan dari Lintas Sektoral	Ada	-	Meneruskan kebijakan pusat dan Provinsi serta membuat inovasi

b. Faktor yang penghambat dalam pelaksanaan program

Faktor penghambat di bagi dalam 2 (dua) kelompok yang terdiri dari penghambat internal dan penghambat eksternal.

1) Faktor penghambat internal :

Faktor penghambat internal	Ada (tersedia)	Tidak ada	Keterangan
Kebijakan manajemen	-	Tidak ada	
Fasilitator	-	Tidak ada	
Anggaran	-	Tidak ada	
Sarana	-	Tidak ada	

2) Faktor penghambat eksternal :

Faktor penghambat eksternal	Ada (tersedia)	Tidak ada	Keterangan
Kebijakan Dinas Kesehatan Sekadau	-	Tidak ada	
Lintas Sektoral	-	Tidak ada	

c. Hasil Triangulasi

Untuk menguji keabsahan data yang diperoleh maka peneliti melakukan triangulasi metode dan triangulasi teoritik.

a. Triangulasi metode

Untuk menguji keabsahan data maka dilakukan triangulasi metode. Jika pada awal penelitian peneliti menggunakan pedoman wawancara untuk mendapatkan informasi tentang perencanaan dan pelaksanaan program Kesehatan jiwa, maka dalam triangulasi ini peneliti melakukan pengecekan/penelurusan dokumen yang berhubungan dengan program yang dimaksud.

Dari hasil penelaah dokumen tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

1) Komponen Dasar Program kesehatan Jiwa di kabupaten sekadau :

a. Dasar penyelenggaraan :

(1) Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik

Indonesia no. 564/Menkes/SK/VII/2006 tentang Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat,

- (2) SK Bupati Sekadau Nomor 197 Tahun 2013 Tentang Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat Tingkat Kabupaten Sekadau
- (3) Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau Nomor 445/34/Dinkes-B tentang Panitia Pelaksana Pertemuan Pelatihan *Community Mental Healthy Nursing* Kabupaten Sekadau Tahun 2010.
- (4) Surat Keputusan Bupati Sekadau Nomor: 445/34.b/Dinkes-B tentang Jejaring Perawat Kesehatan Jiwa Kabupaten Sekadau.
- (5) Buku pedoman pelaksanaan CMHN (*Community mental healthy nursing*) Kesehatan jiwa serta juklak dan juknis yang dikeluarkan oleh TIM IPKJI pusat.
- (6) Laporan hasil pelatihan kesehatan jiwa kabupaten sekadau.
- (7) Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau.
- (8) Profil Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau.
- (9) Foto Copy Sertifikat peserta pelatihan kesehatan jiwa kabupaten sekadau
- (10) Data – data dan Laporan kesehatan jiwa kabupaten Sekadau.

4.4 Deskripsi dan Pembahasan

Deskripsi dan pembahasan hasil Evaluasi Program Kesehatan Jiwa pada perawat di Dinas Kesehatan Kabupaten Sekadau yang di tentukan secara beturut – turut mulai dari *kontek, input, proses* sampai dengan produk

4.4.1 Konteks

Kebijakan dasar hukum pelaksanaan program kesehatan jiwa berdasarkan Surat keputusan menteri kesehtaan RI tentang Tim pelaksana kesehatan jiwa masyarakat (TPKJM) nomor 230/MENKES/SK/III/2002 yang tercantum dalam pedoman umum Tim pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa masyarakat yang tertuang dalam tunjauan 10 Rekomendasi dari WHO, berupa peningkatan Layanan Keswetaan jiwa, Penyediaan Obat Piskotropika, tersedianya perawatan jiwa di masyarakt pendidikan kesehatan jiwa masyarakat, keterlibatan dan peran serta masyarakat, kebijakan nasional, peraturan dan undang-undang, pengembangan sumberdaya, jaringan antar sektor, pemantau kesehatan jiwa masyarakat dan dukungan terhadap penelitian, untuk itu kabupaten sekadau memalui kebijakan daerah menuangkan dalam melalau Surat keputusan bupati Sekadau nomor 152 Tahun 2013 tentang Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) yang merumuskan kebijakan program kesehatan jiwa bahwa perlu adanya pelatihan kesehatan jiwa bagi perawat di kabupaten sekadau, dan ketetapan oleh kepala dinas kesehatan kabupaten sekadau nomor Nomor 445/34/Dinkes-B Tahun

2010 tentang Pelatihan CMHN bagi perawat di kabupaten sekadau, jejaring perawat CMHN di kabupaten sekadau. Sedangkan jenis pelatihan yang diberikan merupakan pelatihan dasar yaitu *Basic Course Community Mental Healty Nursing (BC-CMHN)* yang diberikan kepada 24 orang perawat yang telah dilatih dan dibuktikan dengan Sertifikat hasil pelatihan yang telah dinyatakan lulus dengan 62 jam pelatihan 2 SKS dan dapat disebut dengan perawat CMHN (*Community Mental Healty Nursing*), dapat dilihat dari profil kesehatan jiwa kabupaten sekadau, maka didukung dengan buku pedomaan dan standart pelatihan yang diikuti perawat kesehatan jiwa yang dikeluarkan oleh tim IPKJI Provinsi Kalimantan Barat dengan mengacu pada standart IPKJI Pusat tentang buku panduan pelatihan CMHN, kemudian setelah di lakukan evaluasi context maka diperlukanya adanya perencanaan yang matang terhadap pelaksanaan program kesehatan jiwa baik di dinas kesehatan maupun di puskesmas dengan tetap didasarkan atas kebijakan daerah tetapi tidak meninggalkan kebijakan pusat dan provinsi dalam program kesehatan jiwa, untuk itu maka perlu direkomendasaikan perlu adanya rencana kerja tahunan dinas kesehatan dan puskesmas dalam program kesehatan jiwa.

4.4.2 Input

Dalam pelaksanaan program kesehatan jiwa pada perawat yang telah dilatih kesehatan jiwa, dilakukan dengan observasi dan dokumentasi

sehingga ditemukan adanya panduan/buku dalam hasil pelatihan Perawat Kesehatan Jiwa yang sesuai dengan standart kurikulum pelatihan Kesehatan Adanya buku standar yang terdapat di dinas kesehatan pada koordinator dinas kesehatan, dan standart pendidikan perawat yang sebagian besar adalah perawat lulusan D-III Keperawatan, dandibuktikan dengan surat tugas dari Kepala Puskesmas sebagai perawat koordinator program kesehatan jiwa di puskesmas, namun masih terdapat tugas tambahan atau rangkap jabatan dalam melaksanakan program lainya dipuskesmas sehingga dalam pelaksanaan program masih belum maksimal maka disarankan agar satu program di laksanakan oleh 1 orang petugas untuk itu maka perlu peningkatan dan penambahan SDM sehingga dalam melaksanakan program dapat lebih fokus, dalam catatan dan dokumen kunjungan penderita gangguan jiwa masih banyak petugas yang belum melaksanakan dengan baik dan sesuai dengan standart yang ada, dalam melaksanakan kunjungan rumah masih banyak yang tidak melaksanakan dengan alasan bersifat *insedintil* saja melaksankannya pabila diperlukan oleh keluarga pasien, hal ini memnyebakan tidak dapat terkontrol dengan baik dalam melakukan perawawatan terhadap pasien, dalam melaksanakan SOP (standart operasional prosedur) kesehatan jiwa di puskesmas masih bsebagian besar puskesmas tidak memiliki SOP standart kesehatan jiwa dengan alsan tidak ada panduan yang jelas dalam membuat SOP untuk itu peneliti menyarankan agar

membuat SOP sesuai dengan panduan dari kementerian atau mengikuti SOP yang ada pada pelayanan kesehatan yang lain, dengan menyesuaikan kondisi Puskesmas dan diharapkan Dinas Kesehatan kabupaten sekadau agar dapat membuat SOP untuk puskesmas sebagai panduan, masih terdapat puskesmas yang membuat Asuhan keperawatn jiwa berdasarkan kretiria sepenuhnya, diharapkan perawat untuk sering mendapatkan informasi terbaru dan perkembangan dalam memeberikan asuhan keperawatan jiwa, untuk ketersediaan anggran belum dapat memadai dengan kebutuhan program kesehatan jiwa yang ada meskipun dalam pelaksanaan dinas kesehatan menuangkan dalam Anggaran dan Puskesmas melalui BOK akan tetapi masih jauh dari harapan dalam memenuhi kebutuhan program kesehatan jiwa, ketersediaan sarana dan prasarana program kesehatan jiwa terutama poli kesehatan jiwa belum memenuhi standart yang ada untuk itu menyarankan dinas kesehatan untuk dapat memfasilitasi kebutuhan sarana dan prasarana poli kesehatan jiwa di puskesmas, sarana pendukung untuk penyuluhan kesehatan jiwa masih belum memadai ditandai dengan kurangnya sarana seperti liflet, pamplet dan lain-lain dalam mendukung penyuluhan kesehatan jiwa di masyarakat penyuluhan biasanya dilakukan dengan langsung menjelaskan kepada keluarga penderita gangguan jiwa, dengan memberikan penjelasan, ketersediaan obat jiwa disediakan dinas kesehatan melalui anggran APBD sudah memenuhi kebutuhan puskesmas dalam menangani

penderita gangguan jiwa dan didistribusikan melalui IFK kabupaten sekadau dan ini sudah memenuhi standart pelayanan obat jiwa, ketersediaan sarana ambulan yang masih kurang dalam mendukung rujukan jiwa sehingga perlu adanya peningkatan dengan mengusulkan pada dinas kesehatan agar memenuhi sarana transportasi ambulan di puskesmas, maupu sarana kendaraan roda dua sebagi reward pada perawat kesehatan jiwa untuk menunjang program kesehatan jiwa di masyarakat.

4.4.3 Proses

Hasil program kesehatan jiwa oleh perawat koordinator jiwa di puskesmas, Monitoring Oleh Dinas Kesehatan atas Kepala Puskesmas dalam Pelaksanaan Keberlangsungan Program Kesehatan Jiwa di Puskemas, namum pada dilakukan hanya satu tahun sekali, dan biasanya melalui telpon, hal ini tidak sesuai dengan kaidah dalam monitoring evaluasi dilapang sehingga berpengaruh pada capain dari keberlangsungan program baik yang dilakukan oleh dinas keshtan maupun dilakukan oleh kepla puskesmas terhadap kinerja perawat kesehatan jiwa itu sendiri, dan masih banyak kepala puskesmas yang belum paham akan program sehingga evaluasi dilakukan hanya yang bersifat urusan wajib saja tetapi urusan pengembangan jarang dilakukan, untuk itu menyaran kan dinas kesehatan agar selalu dilakukan dan dijadwalkan dalam melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program kesehatan jiwa di puskesmas, ketika

dikonfirmasikan bagaimana cara meningkatkan capaian program kesehatan jiwa responden dengan meningkatkan pengetahuan kader dan perawat adanya buku saku kesehatan jiwa yang bisa jadi penambah pengetahuan, dengan membentuk tim tpkjm di desa kecamatan agar desa dan masyarakat lebih mengerti, lintas program agar dapat saling membantu dalam program.

4.4.4 Produk

Kesuai Program yang dijalankan sesuai dengan Tujuan yang diharapkan, Peningkatan Pengetahuan Perawat pernah dilatih dengan meningkatkan pengetahuan dan latihan lanjutan perawat jiwa sesuai dengan kurikulum CMHN dari bulai basic, intermediet dan advace dalam pelatihan perawat kesehatan jiwa, kemudian dibentuk dan dilatih kader dengan dibekali kemandirian, dengan juga meningkatkan pengetahuan Asuhan keperawatan dengan dukungan keluarga dan lingkungan sekita, akan tetapi masih banyak terdapat perawat yang belum mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan sehingga bukti dari melaksanakan asuhan leperawatn pada keluarga idnividu dan masyarakat tidak nampak, dengan telah dilatihnya perawat kesehtaan jiwa maka kasus gangguan jiwa juga semakin banyak yang terdeteksi hal ini menunjukkan keberhasilan dalam pelatihan kesehatan jiwa tersebut dengan temuan kasus – kasus baru gangguan jiwa yang belum terdeteksi dimasyarakat, sikap tim di puskesmas perlu lebih ditingkatkan hal ini dikarena kan kerjasama tidak hanya pada satu

program tetapu dapat lebih sama-sama dalam meningkatkan program dan capaian program, soailisasi kesehatan jiwa tidak hanya pada petugas keshetan tetapi juga masyarakat baik lintas sektor, lintas tokoh agam, tokoh masyarakat dan juga terutama keluarga dan lingkungan sekitar sehingga stigma dan kepedulian terhadap gangguan jiwa dapat lebih diketahui, dengan dibentuknya kader kesehatan jiwa di desa sehingga jangkauan perawat dapat lebih dekat dikarenakan adanya kader yang siap membantu baik dalam pemberian obat gangguan jiwa maupun dalam membina para mantan penderita gangguan jiwa sehingga tidak terjadi gangguan jiwa yang lebih berat, di kabupaten sekadau kader yang dibentuk masih lah belum memenuhi karen masih banyak desa yang belum memiliki kader kesehatan jiwa, untuk itu dihrapkan dinas kesehatan kabupaten sekadau agar kembali melaith kader kesehatan jiwa dan memberikan pelatihan kembali bagi kader kesehatan jiwa dengan penyegaan ilmu, denagn dibentuknya kader kesehatan jiwa maka diharapkan dibentuk juga desa siaga sehat jiwa yang saat ini di kabupaten sekadau baru terdapat 1 desa siaga sehat jiwa sehingga masih belum sesuai dengan tujuan dalam pelatihan kesehatan jiwa adalah memingkatkan pengetahuan dan kepedulian masyaraat akan kesehatan jiwa membantu dalam meningkatkan program kesehatan jiwa.