



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR : 220 / MENKES / SK / III / 2002**

T E N T A N G

**PEDOMAN UMUM TIM PEMBINA, TIM PENGARAH, TIM PELAKSANA
KESEHATAN JIWA MASYARAKAT (TP – KJM)**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa upaya pencegahan dan penanggulangan gangguan kesehatan jiwa sangat penting, mengingat dari data SKRT 1995 diperkirakan satu dari empat penduduk Indonesia menderita kelainan jiwa dari rasa cemas, depresi, stress, penyalahgunaan obat, kenakalan remaja sampai skizofrenia;
 - b. bahwa dalam kebijakan kesehatan jiwa masyarakat terdapat 4 (empat) perubahan yaitu dari berbasis rumah sakit menjadi berbasis masyarakat, dapat ditangani di semua pelayanan kesehatan yang ada, dahulu rawat inap sekarang mengandalkan pelayanan rawat jalan dan dahulu penderita gangguan jiwa perlu disantuni sekarang dapat diberdayakan;
 - c. bahwa Buku Pedoman Kerja Badan Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat, dipandang perlu untuk disempurnakan / direvisi dan disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada saat ini;
 - d. bahwa sehubungan dengan huruf a, b dan c di atas perlu ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Umum Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM);

- Mengingat :
1. Undang-undang Nomor 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan-ketentuan Pokok Mengenai Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Tahun 1974 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3039);
 2. Undang-undang Nomor 2 Tahun 1989 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Lembaran Negara Tahun 1989 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3390);



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

3. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
4. Undang-undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat (Lembaran Negara Tahun 1997 Nomor 9, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3670);
5. Undang-undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika (Lembaran Negara Tahun 1997 Nomor 10, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3671);
6. Undang-undang Nomor 22 Tahun 1997 tentang Narkotika (Lembaran Negara Tahun 1997 Nomor 67, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3698);
7. Undang-undang Nomor 25 Tahun 1997 tentang Ketenagakerjaan (Lembaran Negara Tahun 1997 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3702);
8. Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 60, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3839);
9. Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3848);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 1980 tentang Penanggulangan Gelandangan Pengemis (Lembaran Negara Tahun 1980 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3177);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi Sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952);



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

12. Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2000 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 165);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Dekonsentrasi (Lembaran Negara Tahun 2001 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4095);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Tugas Pembantuan (Lembaran Negara Tahun 2001 Nomor 77, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4106);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 106 Tahun 2001 tentang Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan dalam Pelaksanaan Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan (Lembaran Negara Tahun 2001 Nomor 203, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4023);
16. Keputusan Presiden Nomor 102 Tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen;
17. Keputusan Presiden Nomor 109 Tahun 2001 tentang Unit Organisasi dan Tugas Eselon I Departemen;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1993/Kdj/U/1970 tentang Perawatan Penderita Penyakit Jiwa;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 547/Menkes/ SK/IV/2000 tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1277/Menkes/ SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan Republik Indonesia;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1346/Menkes/SK/XII/2001 tentang Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan 2001-2004;



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Memperhatikan : Surat Edaran Menteri Dalam Negeri RI Nomor 440.05/1908/PUOD tanggal 17 Mei 1980 tentang Pembentukan Team/Badan Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat di Daerah.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- Pertama : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN UMUM TIM PEMBINA, TIM PENGARAH, TIM PELAKSANA KESEHATAN JIWA MASYARAKAT (TP-KJM).
- Kedua : Pedoman Umum Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) sebagaimana dimaksud Diktum Pertama tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga : Pedoman sebagaimana dimaksud Diktum Kedua merupakan acuan dalam penerapan standar pelayanan minimal masalah kesehatan jiwa masyarakat di Daerah sesuai dengan situasi dan kondisi masing-masing.
- Keempat : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 25 Maret 2002

MENTERI KESEHATAN,

ttd

Dr. ACHMAD SUJUDI



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Lampiran
Keputusan Menteri Kesehatan RI
Nomor : 220/MENKES/SK/III/2002
Tanggal : 25 Maret 2002

PEDOMAN UMUM TIM PEMBINA, TIM PENGARAH, TIM PELAKSANA KESEHATAN JIWA MASYARAKAT (TP – KJM)

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pengertian kesehatan diberikan / dijalankan oleh WHO sejak tahun 1947. Di Indonesia pengertian tentang kesehatan tersebut diadopsi tahun 1960 oleh Undang-undang Nomor 9 Tahun 1960 tentang Kesehatan, yang kemudian diperbaiki lagi oleh Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Pengertian kesehatan disini sudah lebih diarahkan untuk hidup lebih produktif, sebagaimana yang tertuang dalam Pasal 1 Ayat 1 Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, yang menyebutkan : ***“Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis”***.

Atas dasar definisi “Kesehatan” tersebut diatas, maka manusia selalu dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh (holistik) dari unsur “badan” (organobiologi), “jiwa” (psiko-edukatif), “sosial” (sosio-kultural), yang tidak dititik beratkan pada “penyakit” tetapi pada “kualitas hidup” yang terdiri dari “kesejahteraan” dan “produktifitas sosial ekonomi”.

Kesehatan jiwa mempunyai sifat yang harmonis (serasi), memperhatikan semua segi kehidupan manusia dalam hubungannya dengan manusia lain. Oleh karena itu, kesehatan jiwa mempunyai kedudukan yang penting di dalam pemahaman kesehatan, sehingga tidak mungkin kita berbicara tentang kesehatan tanpa melibatkan kesehatan jiwa. Seseorang yang sehat jasmani dan rohaninya, sedikit banyak akan menyebabkan bertambahnya usia harapan hidup orang tersebut.

Keberhasilan Pembangunan Jangka Panjang I, dalam upaya menurunkan angka kematian umum, angka kematian bayi dan angka kelahiran, telah meningkatkan umur harapan hidup waktu lahir. Pada tahun 1980, umur harapan waktu lahir sekitar 50 tahun; telah meningkat menjadi 57,9 tahun pada pria dan 61,5 tahun pada wanita pada tahun 1990. Angka ini diperkirakan akan meningkat menjadi 65 – 70 tahun pada tahun 2000. Namun bila berbicara soal data, jumlah penderita masalah kesehatan jiwa memang mengkhawatirkan. Secara global dari sekitar



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

450 juta orang yang mengalami gangguan mental, sekitar 1 juta diantaranya meninggal karena bunuh diri setiap tahunnya. Angka ini lumayan kecil bila dibandingkan dengan upaya bunuh diri dari para penderita masalah kejiwaan yang mencapai 20 juta orang/tahun.

Kesehatan jiwa penting dilihat dari dampak yang ditimbulkannya, antara lain terdapatnya angka yang besar dari penderita gangguan kejiwaan yang diikuti pula dengan beban sosial ekonomi yang luas.

Jadi tersirat disini bahwa **Kesehatan Jiwa** adalah bagian yang tidak terpisahkan (integral) dari Kesehatan dan unsur utama dalam menunjang terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh. Dalam Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, pada pasal 24 disebutkan bahwa Upaya Kesehatan Jiwa diselenggarakan untuk mewujudkan jiwa yang sehat secara optimal, baik intelektual maupun emosional.

Studi Bank Dunia (World Bank) pada tahun 1995 di beberapa negara, menunjukkan bahwa **hari-hari produktif yang hilang** atau **Dissability Adjusted Life Years (DALYs)** sebesar **8,1%** dari "*Global Burden of Disease*" disebabkan oleh **masalah kesehatan jiwa**, angka ini lebih tinggi dari pada dampak yang disebabkan oleh penyakit **Tuberculosis (7,2%)**, **Kanker (5,8%)**, **Penyakit Jantung (4,4%)** maupun **Malaria (2,6%)**. Tingginya masalah tersebut menunjukkan bahwa masalah kesehatan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang besar dibandingkan dengan masalah kesehatan lainnya yang ada di masyarakat.

Masalah kesehatan jiwa mempunyai lingkup yang sangat luas dan kompleks serta saling berhubungan satu dengan lainnya. Apabila kita mengangkat data hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) yang dilakukan Badan Litbang Departemen Kesehatan pada tahun 1995, yang antara lain menunjukkan bahwa gangguan mental Remaja dan Dewasa terdapat 140 per 1000 anggota rumah tangga, gangguan mental Anak Usia Sekolah terdapat 104 per 1000 anggota rumah tangga. Dalam kurun waktu 6 (enam) tahun terakhir ini, data tersebut dapat dipastikan meningkat karena krisis ekonomi dan gejolak-gejolak lainnya di seluruh daerah, bahkan masalah dunia internasionalpun akan ikut memicu terjadinya peningkatan dimaksud. Menghadapi hal seperti ini tentu tidak semata-mata menjadi tanggungjawab Pemerintah tetapi sangat diperlukan adanya partisipasi aktif dari semua pihak dan lapisan masyarakat.

Dalam penyelenggaraan Pemerintah Daerah sebagaimana diatur dalam Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonom,



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

khususnya Pasal 2 ayat (3) angka 10, Pasal 3 ayat (2) dan ayat (5) angka 9, telah di gariskan bahwa Pemerintah, Provinsi dan Kabupaten/Kota masing-masing mempunyai kewenangan dalam menangani masalah kesehatan. Sekalipun demikian masyarakat baik secara individu maupun kelompok, juga harus aktif mulai dari pencegahan sampai dengan penanggulangannya.

Dalam Otonomi Daerah, masalah kesehatan jiwa ikut mewarnai penyelenggaraan pemerintahan daerah. Pada pemahaman ini bukanlah dimaksudkan dengan otonomi luas, masyarakat dapat sebebaskan-bebasnya melakukan sesuatu tanpa batas, dan bukan berarti pula otonomi luas diciptakan untuk membuat makin banyak masyarakat yang kesehatan jiwanya terganggu. Tetapi justru sebaliknya, dengan otonomi luas diharapkan masyarakat akan ikut secara aktif dalam kegiatan pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan.

Dalam upaya menangani masalah kesehatan jiwa, hampir seluruh Provinsi di Indonesia telah dibangun rumah sakit jiwa, namun kecenderungan penderita dengan gangguan jiwa ternyata terus meningkat. Ini menunjukkan bahwa tuntasnya penanganan kesehatan jiwa tidak hanya ditandai dengan banyaknya rumah sakit tetapi masih ada faktor lainnya yang ikut mempengaruhi.

Tinjauan terhadap 10 rekomendasi dari WHO dan kenyataannya di Indonesia :

1. Pelayanan Kesehatan Jiwa di Pelayanan Kesehatan Dasar

Pelayanan Kesehatan Jiwa di Pelayanan Kesehatan Dasar telah dilakukan melalui Puskesmas dan Rumah Sakit Umum, sampai dengan tahun 1990 dilaksanakan melalui kegiatan Integrasi Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa ke Puskesmas di beberapa Provinsi, setelah tahun 1990 sampai dengan saat ini, pelayanan kesehatan jiwa dilaksanakan melalui Dokter Puskesmas dan Perawat yang telah dilatih tentang bagaimana cara melakukan anamnesis dan pemeriksaan pasien.

2. Ketersediaan obat Psikotropik di berbagai Tingkat Pelayanan

Di berbagai tingkat pelayanan telah tersedia berbagai jenis obat psikotropik yang tercantum dalam Daftar Obat Esensial Nasional yang telah dilaksanakan sejak lebih dari 10 tahun yang lalu. Penyusunan Daftar Obat Esensial Nasional telah dilakukan dengan memasukkan golongan obat Psikotropik termasuk beberapa golongan generasi baru yang lebih efektif serta sedikit efek samping untuk Puskesmas dan RSU.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. Tersedianya Perawatan Kesehatan Jiwa di Masyarakat

Dokter dan Perawat Puskesmas telah mendapat bekal tentang kesehatan jiwa, yaitu pengenalan, manajemen dan rujukan. Sebelum era desentralisasi, biaya perawatan penderita gangguan jiwa dianggarkan pada Departemen Kesehatan melalui Rumah Sakit Jiwa, sedangkan pada era Otonomi Daerah, kemampuan advokasi para profesional kesehatan jiwa kepada pemegang keputusan daerah sangat menentukan.

4. Pendidikan kepada Masyarakat

Pendidikan masyarakat dalam rangka meningkatkan kesadaran terhadap kesehatan jiwa telah dilaksanakan melalui upaya pengembangan media promosi untuk petugas penyuluhan dan bekerjasama dengan program/sector, organisasi profesi dan organisasi kemasyarakatan dalam bentuk kegiatan.

5. Keterlibatan peran serta masyarakat, keluarga dan *consumer*

Setiap orang sebaiknya mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhannya, karena itu peran serta masyarakat dan keluarga sangat besar serta kerjasama lintas program dan lintas sector perlu di tingkatkan. Dalam hal ini advokasi dari pemerintah kepada wakil rakyat perlu digiatkan, agar masyarakat di daerah ikut memperhatikan kesehatan jiwanya.

6. Menetapkan Kebijakan Nasional, program dan Peraturan Perundang-undangan

Kebijakan Nasional tentang Kesehatan Jiwa sudah ada sejak tahun 2000, namun Kebijakan Nasional tentang Kesehatan Jiwa Masyarakat dan Program-program Kesehatan Jiwa Masyarakat sedang dikembangkan.

7. Pengembangan Sumber Daya Manusia

Jumlah tenaga Psikiater sangat terbatas, di beberapa Provinsi hanya ditemukan satu sampai dua Psikiater. Upaya yang ditempuh untuk mengatasi hal ini yaitu meningkatkan kemampuan dokter umum dan perawat di pelayanan kesehatan dasar untuk dapat menangani kesehatan jiwa.

Dengan desentralisasi, daerah dapat mengembangkan kemampuan sumber daya manusia yang ada menjadi tenaga spesialis di bidang kesehatan jiwa, termasuk tenaga medis maupun non medis seperti Psikiater, Psikolog klinis, perawat psikiatri, pekerja sosial psikiatri okupasi terapi, dll, sehingga mereka dapat bekerja sama dalam satu tim.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

8. Jaringan antar sektor

Kesehatan jiwa tidak dapat ditangani oleh profesi kesehatan jiwa saja tetapi perlu bekerja sama dengan sektor lain seperti pendidikan, tenaga kerja, sosial, hukum, dll.

Departemen Pendidikan Nasional telah membantu mendidik siswa berdaya tahan mental kuat melalui latihan *Life Skill Education*, membantu menyelesaikan kebutuhan pendidikan bagi mereka yang mengalami tekanan jiwa.

9. Pemantauan kesehatan jiwa di masyarakat

Untuk memantau kesehatan jiwa di masyarakat diperlukan indikator, sistem pencatatan dan pelaporan yang memadai, mudah di akses dan dapat di analisa.

Sistem ini masih perlu dibangun, budaya mendokumentasikan kegiatan perlu terus ditingkatkan, demikian juga kecepatan dalam menganalisa sebuah isu kesehatan jiwa secara terarah, dengan tetap memelihara ketenangan masyarakat.

10. Dukungan terhadap penelitian-penelitian

Penelitian atau riset di bidang biologik dan psikososial kesehatan jiwa telah dikembangkan oleh fasilitas pendidikan kedokteran jiwa atau Badan Litbangkes.

Dari pembahasan diatas terlihat bahwa masalah kesehatan jiwa di masyarakat adalah sangat luas dan kompleks, bukan hanya meliputi yang jelas sudah terganggu jiwanya, tetapi juga berbagai problem psikososial, bahkan berkaitan dengan kualitas hidup dan keharmonisan hidup. Masalah ini tidak dapat dan tidak mungkin diatasi oleh pihak kesehatan jiwa saja, tetapi membutuhkan suatu kerjasama yang luas secara lintas sektor, yang melibatkan berbagai departemen, termasuk peran serta masyarakat dan kemitraan swasta, terlebih lagi dengan kondisi masyarakat kita yang saat ini sedang dilanda berbagai macam krisis, maka tindakan pencegahan secara lintas sektor perlu dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan, agar masalah tersebut tidak memberikan dampak yang mendalam terhadap taraf kesehatan jiwa masyarakat.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Mengingat makin kompleksnya serta makin meningkatnya masalah kesehatan jiwa di masyarakat, maka diperlukan pendekatan dan pemecahan masalah dengan persiapan dan langkah-langkah yang tepat.

Pendekatan yang bersifat multidisipliner dengan pelaksanaan yang bersifat lintas sektor, melalui perkembangan upaya kesehatan jiwa di

Indonesia khususnya sejak diterapkannya ilmu kedokteran jiwa modern dan sejak diberlakukannya Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, akhirnya melahirkan TP-KJM (TIM PEMBINA, TIM PENGARAH, TIM PELAKSANA KESEHATAN JIWA MASYARAKAT). Untuk mengetahui bagaimana terbentuknya TP-KJM itu, apa maksud dan tujuannya, apa yang menjadi landasan kerjanya, apa yang dipermasalahkan, bagaimana administrasi, organisasi serta mekanisme kerjanya, maka disusunlah **Pedoman Umum TIM PEMBINA, TIM PENGARAH, TIM PELAKSANA KESEHATAN JIWA MASYARAKAT (TP-KJM)**, untuk dapat dipakai oleh berbagai pihak yang berkepentingan, guna melaksanakan program kerjasama dalam pembinaan kesehatan masyarakat di Indonesia dengan lebih mudah dan baik.

B. DASAR HUKUM

1. Undang-undang Nomor 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan-ketentuan Pokok Mengenai Kesejahteraan Sosial .
2. Undang-undang Nomor 2 Tahun 1989 tentang Sistem Pendidikan Nasional .
3. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan .
4. Undang-undang Nomor 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat .
5. Undang-undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikitropika .
6. Undang-undang Nomor 22 Tahun 1997 tentang Narkotika .
7. Undang-undang Nomor 25 Tahun 1997 tentang Ketenagakerjaan .
8. Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah.
9. Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah .
10. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 1980 tentang Penanggulangan Gelandangan Pengemis .
11. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi Sebagai Daerah Otonom .
12. Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2000 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah .
13. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Dekosentrasi .
14. Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Tugas Pembantuan .



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

15. Peraturan Pemerintah Nomor 106 Tahun 2001 tentang Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan dalam Pelaksanaan Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan .
16. Keputusan Presiden Nomor 102 Tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen.
17. Keputusan Presiden Nomor 109 Tahun 2001 tentang Unit Organisasi dan Tugas Eselon I Departemen.
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1993/Kdj/U/1970 tentang Perawatan Penderita Penyakit Jiwa.
19. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 547/Menkes/SK/IV/2000 tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010.
20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
21. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1346/Menkes/SK/XII/2001 tentang Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan 2001-2004.

II. PENGERTIAN DAN RUANG LINGKUP

A. Pengertian

1. Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM)

a. Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat tingkat Pusat :

adalah merupakan Tim yang membina program-program kesehatan jiwa masyarakat yang keanggotaannya terdiri dari unsur antar Departemen dan penyelenggaraan kegiatannya dibawah koordinasi Menteri Kesehatan RI.

Fungsi sehari-hari kegiatan koordinasi tersebut diselenggarakan oleh Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan dan pelaksana hariannya yaitu Direktur Kesehatan Jiwa Masyarakat Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan.

b. Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat tingkat Provinsi :

adalah merupakan Tim yang memberikan pengarahan bagi pelaksanaan program-program kesehatan jiwa masyarakat di Provinsi dan Kabupaten / Kota, yang keanggotaannya terdiri dari beberapa perangkat daerah yang terkait, Kepala Kepolisian Daerah dan Direktur Rumah Sakit Jiwa Pusat / Provinsi di wilayahnya, yang pelaksanaannya dibawah koordinasi Sekretaris Daerah Provinsi. Pelaksanaan sehari-hari berada dibawah koordinasi Kepala Dinas yang membidangi Kesehatan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

c. Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat tingkat Kabupaten/Kota :

adalah merupakan Tim yang melaksanakan program-program kesehatan jiwa masyarakat di Kabupaten/Kota, yang keanggotaannya terdiri dari beberapa perangkat daerah yang terkait, Kepala Kepolisian Resort dan Direktur Rumah Sakit Jiwa di wilayahnya, yang pelaksanaannya dibawah koordinasi Sekretaris Daerah Kabupaten / Kota. Pelaksanaan sehari-hari berada dibawah koordinasi Kepala Dinas yang membidangi Kesehatan.

2. Beberapa Istilah Dalam Bidang Kesehatan Jiwa

a. Kesehatan Jiwa (*Mental Health*)

adalah “suatu kondisi mental yang sejahtera yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh dari kualitas hidup seseorang, dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia”.

Seseorang yang “sehat jiwa” mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

1. Menyadari sepenuhnya kemampuan dirinya
2. Mampu menghadapi stress kehidupan yang wajar
3. Mampu bekerja secara produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya
4. Dapat berperan serta dalam lingkungan hidup
5. Menerima baik dengan apa yang ada pada dirinya
6. Merasa nyaman bersama dengan orang lain

b. Gangguan Jiwa (*Mental Disorder*)

adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya.

c. Kesehatan Jiwa Masyarakat (*Community Mental Health*)

Konsep Kesehatan Jiwa Masyarakat merupakan suatu **orientasi kesehatan jiwa** yang mencakup semua kegiatan kesehatan jiwa yang **dilaksanakan di masyarakat** dengan menitik beratkan pada **upaya promotif** dan **preventif** tanpa melupakan upaya **kuratif** dan **rehabilitatif**.

3. Beberapa Karakteristik / Prinsip Kesehatan Jiwa Masyarakat :

- a. Ditujukan terutama sekali kepada **kelompok didalam masyarakat**, walaupun fokus terhadap individu pun tidak diabaikan
- b. Dititik beratkan pada **promotif dan preventif**



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- c. Diusahakan agar berbagai **pelayanan lain** turut serta dalam sistim **pelayanan kesehatan jiwa**
- d. Dititik beratkan kepada **kerjasama lintas sektoral**, khususnya mencakup kegiatan di sektor-sektor : pendidikan, kesejahteraan sosial, keagamaan, keluarga berencana, tenaga kerja, dan lain-lain.
- e. Menjalankan kegiatan **Konseling** dan yang bersifat **Intervensi** khususnya dalam kondisi **“krisis”**
- f. Mengusahakan peningkatan **peran serta masyarakat**
- g. Mengusahakan **pendidikan** dan latihan bagi para petugas dibidang **pelayanan kemanusiaan** seluas-luasnya, agar berorientasi terhadap prinsip kesehatan jiwa.
- h. Melaksanakan kerjasama yang seerat-eratnya dengan **bidang Kesehatan Masyarakat**
- i. Menjalankan kegiatan **riset epidemiologi** kesehatan jiwa
- j. Mengusahakan agar **Pelayanan Kesehatan Jiwa** tersebut dapat bersifat **menyeluruh** (komprehensif), yaitu meliputi seluruh usia atau *life cycle* manusia (dari anak dalam kandungan, balita, anak, remaja, dewasa, usia lanjut), berbagai jenis pelayanan (promotif / preventif, kuratif dan rehabilitatif) dan lain-lain.

4. Identifikasi Permasalahan Kesehatan Jiwa Masyarakat

Urbanisasi, industrialisasi dan modernisasi sebagai hasil pembangunan dapat menimbulkan pengaruh sampingan berupa berbagai stres kehidupan yang intensif, baik bagi individu maupun kelompok.

Stres kehidupan tersebut dapat menimbulkan berbagai proses, yang dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Proses pertumbuhan kota yang cepat mengandung faktor-faktor yang menguntungkan maupun yang kurang menguntungkan bagi individu / kelompok
- b. Faktor-faktor yang menguntungkan maupun yang tidak, semuanya menimpa diri manusia dan manusia diharuskan “mengolah” semua faktor tersebut, disitulah tampak pentingnya faktor kepribadian (*personality*) yang dimiliki oleh individu itu apakah ia berhasil menyelesaikan “pengolahan” itu dengan memadai.
- c. Faktor-faktor itu juga dapat menimpa keluarga dan masyarakat, akibatnya adalah terjadi “pengelompokan” baru dalam masyarakat yang sifatnya sangat majemuk (kompleks) dan didasari berbagai “kepentingan” (*interest*).

Terjadi berbagai karakteristik pada lingkungan hidup dalam kota atau daerah yang berhasil membentuk “konfigurasi” atau “corak” baru dalam kehidupan, baik yang orientasinya bersifat material maupun nonmaterial.

Beberapa stres kehidupan yang dimaksud, disebutkan dibawah ini:



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

1. Stresor kehidupan pribadi

Tekanan emosi berpengaruh

- » Pada sistem fisiologik, mengakibatkan timbulnya a.l. gangguan psikosomatik, cemas, depresi. Jumlahnya diperkirakan makin banyak. Bila hal ini berlangsung cukup lama, maka gangguan somatik yang sesungguhnya akan timbul.
- » Makin banyak dan sering terjadinya kecelakaan lalu lintas. Penyebab tersering adalah faktor manusia seperti kebosanan (*boredom*), ansietas, frustrasi, dll.
- » Makin meningkatnya kondisi-kondisi depresi dengan kecenderungan bunuh diri atau percobaan bunuh diri (*suicidal attempt*).
- » Makin meluas terjadinya berbagai krisis pribadi yang berkaitan dengan perkawinan, melahirkan atau peristiwa meninggal dunia.
- » Makin berpengaruh kondisi suara dilingkungan hidup ("*noise pollution*")

2. Stress Sosio-Ekonomik

- » Status dalam masyarakat sangat sering diukur atas standar taraf kehidupan sosio-ekonomik, maka hal-hal seperti penghasilan (*income*), pekerjaan yang "menghasilkan" (*gainful-employment*), rumah atau tempat tinggal yang memadai dan lain-lain "ukuran fisik", merupakan indikator-indikator yang penting dalam "penilaian pribadi" (diri sendiri maupun orang lain).
- » Kemiskinan / kekurangan menjadi soal dan stressor sosial-ekonomik yang tidak dapat dihindarkan, umpamanya bilamana tidak atau kurang tersedianya pemenuhan dari kebutuhan yang dirasakan "primer" (tidak / kurang tersedianya sekolah / pendidikan bagi dirinya maupun anak-anaknya, demikian pula rekreasi yang terjangkau ataupun kesempatan bekerja yang terlalu sempit, dsb).
- » Penolakan langsung untuk memasuki kalangan yang diinginkan seperti lingkungan kerja, rekreasi, dll.

3. Kepadatan penduduk yang makin meninggi.

Menimbulkan dua jenis akibat yang walaupun ada inter-relasinya perlu diperhatikan secara agak terpisah.

» Pengaruh Psiko-Sosial

Dalam kelompok ini dapat dimasukkan reaksi-reaksi *apathy*, depresi, hilangnya/berkurangnya rasa kehalusan (sering orang berkata rasa ketimuran), alienasi, sikap dingin dan keras terhadap sesamanya hingga orang berubah menjadi lebih



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

keras, kejam, jahat, promiskus dan cenderung lebih cepat terjerumus ke dalam penyalahgunaan alkohol, narkotika dan obat.

» **Pengaruh Fisik-Biologik**

Dalam kelompok ini dapat dimasukkan kondisi-kondisi seperti dekompensasi dari semua jenis pelayanan kepada masyarakat mulai dari higiene sanitasi, transportasi, pendidikan, dll. Dengan sendirinya maka situasi seperti itu akan merupakan kondisi “subur” bagi fenomena-fenomena seperti migrasi ke kota, meluasnya penyakit venerik, dll.

4. Perubahan Sosial

Walaupun perubahan itu tidak senantiasa negatif (malahan dapat bersifat menunjang dan positif terhadap perkembangan-perkembangan lainnya), harus diambil sikap kewaspadaan setinggi-tingginya supaya jangan terjerumus dalam kondisi “*human distress*” dan tendensi kearah “*social disorganization*”

Beberapa faktor yang perlu diperhatikan :

- » Kemajuan teknologi yang memungkinkan komunikasi sangat cepat (*instant information*) tetapi di pihak lain juga mengakibatkan dorongan untuk memperoleh kepuasan segera atau pemuasan segera (*instant gratification* atau *satisfication*), dan lain-lain.
- » Perubahan pola “*extended family*” kearah “*nuclear family*” dengan pengertian bahwa masing-masing pola keluarga itu memiliki stress tersendiri, demikian pula fase “transisi” dari satu pola ke pola yang lainnya.
- » Timbulnya golongan “kaya baru” (*nouveau riches*), yang merupakan salah satu dari sekelompok pergeseran yang biasanya menimbulkan stress tertentu.
- » Tidak dimanfaatkannya mereka yang berusia lanjut, umpamanya karena pensiun, tiada penampungan yang memadai, dsb. Terutama bagi mereka dengan ekonomi yang sangat terbatas (marginal) atau rendah. Kemajuan taraf kesehatan umum masyarakat menyebabkan harapan hidup lebih lama, sudah menjadi kenyataan (*life expectancy*) sekarang sekitar 65-70 tahun, dahulu sebelum perang dunia II lebih rendah dari 40 tahun.

5. Urbanisasi

Migrasi ke kota besar dapat menimbulkan masalah pada kesehatan jiwa, meliputi :



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- » Timbulnya berbagai daerah “peri-urban” dan “slum area” yang biasanya ditempati oleh mereka yang miskin karena bermigrasi dari daerah pedalaman dengan berbagai harapan yang tidak semuanya realistis.
- » Timbulnya individu “avonturir” / petualang yang bertendensi nekat dan individu-individu yang berkepribadian sejenis.
- » Timbulnya kecenderungan untuk me”manipulasi” golongan individu yang berkekuatan ekonomi rendah

6. Pola Kehidupan Keluarga

Disebabkan terjadinya berbagai proses perubahan sosial, maka timbul pula berbagai stress yang mempengaruhi pola kehidupan keluarga dan lembaga-lembaga kehidupan sosial terkenal dalam masyarakat, seperti keluarga, kepercayaan, keagamaan, dll.

Beberapa yang perlu diperhatikan, diantaranya :

- » Timbulnya “*new groupings*” yang didasari oleh kepentingan bersama mengenai “*opportunisme*”, fanatisme dan kepentingan-kepentingan lain.
- » Memungkinkan untuk penyelewengan dan berbagai tradisi masyarakat yang baik kearah yang kurang baik, seperti “gotong royong” dapat bertendensi “parasitisme” dan malahan menjurus ke kemungkinan pemerasan (*black mail*), dsb.
- » Berbagai kemungkinan perubahan sikap dan nilai mengenai perkawinan, hubungan seksual, dan lain-lain.
- » Perubahan sikap karena popularitas konsep-konsep / praktek-praktek keluarga berencana
- » Perceraian / perpisahan (*separation*) antara orang tua
- » Pengaruh dari berbagai kondisi fisik hidup seperti bangunan susun yang tinggi (*high rise flats*) dalam hubungan dengan tindak kejahatan, pencurian, perampasan, pemerkosaan, dan lain-lain.

7. Nasib dan keamanan dari orang yang berusia lanjut

Terjepitnya kedudukan para “*senior citizens*” karena :

- » *Life expectancy* naik / distribusi demografi berubah
- » Makin gugurnya pola keluarga dari “*extendedfamily*” ke “*nuclear family*”
- » Sistem pensiun yang ketat
- » Orang usia lanjut senantiasa kehilangan status
- » Orang usia lanjut selalu berpredisposisi kearah makin berkurang kekayaannya atau bahkan makin miskin karena penghasilan tidak tetap



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

8. Situasi dari berbagai Lembaga Sosial dalam masyarakat

Berbagai stress yang harus ditanggung dan ditampung oleh bermacam-macam lembaga itu, langsung diakibatkan karena urbanisasi, industrialisasi dan tekanan modernisasi, diantaranya:

- » Pekerjaan: karena proses urbanisasi dll, maka dapat dibayangkan bahwa syarat-syarat dan kondisi untuk menduduki suatu jabatan makin ditingkatkan dan diperketat. Dipihak lain belum tentu hal itu secara otomatis akan membawa hasil pada perbaikan suatu lingkungan kerja, perbaikan hubungan kerja, kepuasan kerja dan jaminan kerja.
- » Mutu sekolah / lembaga pendidikan yang tidak secara realistik membaik
- » Anak-anak dari keluarga besar (jumlah anaknya banyak) cenderung untuk relatif nyata terlantar, karena jaminan sosial tidak mencukupi.
- » Lembaga “kesetikawanan” dalam masyarakat seperti Rukun Tetangga, Rukun Warga perlu diusahakan untuk diperkuat.

9. Perbedaan Sosial-Budaya

Dalam kondisi tidak menguntungkan, maka perbedaan itu dapat menjadi sumber timbulnya stress tertentu, diantaranya:

- » Di daerah urban sering dijumpai fenomena, bahwa perbedaan sosial budaya ini cenderung dipertajam (status jabatan, ekonomi, sosial dimasyarakat, dll).
- » Perbedaan yang terikat pada lokasi tempat tinggal bisa dijadikan salah satu masalah.
- » Perbedaan kepercayaan / keagamaan juga dapat merupakan masalah.

B. RUANG LINGKUP

1. TIM PEMBINA / TIM PENGARAH / TIM PELAKSANA KESEHATAN JIWA MASYARAKAT (TP-KJM) DALAM MELAKSANAKAN TUGAS, WEWENANG DAN TANGGUNG JAWABNYA MENCAKUP:

- a. Wilayah kegiatan TP-KJM berada di Pusat, Provinsi dan Kabupaten / Kota termasuk masyarakat / penduduknya
- b. Kegiatan pembinaan / pengarahan / pelaksanaan TP-KJM pada setiap wilayah kerja disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada pada masing-masing wilayah.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- c. Kegiatan TP-KJM di Pusat, Provinsi dan Kabupaten / Kota berprinsip pada koordinatif, konsultatif, informatif, fasilitatif, pengawasan, pengendalian dan pengembangan sistem serta pemecahan masalah lintas sektor dan peran serta masyarakat.

2. MASALAH KESEHATAN JIWA

Lingkup masalah kesehatan jiwa bersifat luas dan kompleks saling berhubungan dengan segala aspek kehidupan manusia. Mengacu pada Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan dan Ilmu Kedokteran Jiwa (Psichiatri) yang berkembang dengan pesat, secara garis besar masalah kesehatan jiwa digolongkan menjadi :

a. Masalah perkembangan manusia yang harmonis dan peningkatan kualitas hidup

yaitu masalah kejiwaan yang terkait dengan makna dan nilai-nilai kehidupan manusia, misalnya :

- 1) masalah kesehatan jiwa yang berkaitan dengan *life cycle* kehidupan manusia mulai dari persiapan pranikah, anak dalam kandungan, balita, anak, remaja, dewasa dan usia lanjut
- 2) dampak dari menderita penyakit menahun yang menimbulkan disabilitas
- 3) pemukiman yang sehat
- 4) pemindahan tempat tinggal

b. Masalah Psiko-Sosial

yaitu masalah psikis atau kejiwaan yang timbul sebagai akibat terjadinya perubahan sosial, misalnya :

- 1) psikotik gelandangan (seseorang yang berkeliaran ditempat umum dan diperkirakan menderita gangguan jiwa psikotik, dianggap mengganggu ketertiban / keamanan lingkungan)
- 2) pemasungan penderita gangguan jiwa
- 3) masalah anak jalanan
- 4) masalah anak remaja : tawuran, kenakalan
- 5) penyalahgunaan narkotika dan psikotropika
- 6) masalah seksual : penyimpangan seksual, pelecehan
- 7) tindak kekerasan sosial
- 8) stres pasca trauma
- 9) pengungsi / migrasi
- 10) masalah usia lanjut yang terisolir



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 11) masalah kesehatan kerja: kesehatan jiwa tempat kerja, penurunan produktifitas, stres ditempat kerja, dan lain-lain

c. Masalah 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. Jenis-jenis gangguan jiwa ini tercantum dalam Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa Edisi Ketiga (PPDGJ-III) tahun 1995 atau *chapter* F00-F99 dari *International Classification of Diseases* (ICD-X) antara lain:

- 1) Gangguan Mental dan Perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif (Narkotika, Psikotropika dan Zat adiktif lainnya)
- 2) Skizofrenia
- 3) Gangguan Afektif (Depresi, Mania)
- 4) Ansietas / kecemasan, Gangguan somatoform (psikosomatik)
- 5) Gangguan Mental Organik (Demensia/ Alzheimer, Delirium, Epilepsi, Pasca Stroke dan lain-lain)
- 6) Gangguan Jiwa Anak dan Remaja (Gangguan Perkembangan Belajar , Autisme, Gangguan Tingkah Laku , Hiperaktifitas, Gangguan Cemas dan Depresi)
- 7) Retardasi Mental

III. TUJUAN DAN SASARAN

A. TUJUAN

Meningkatkan kerjasama lintas sektor terkait, termasuk peran serta masyarakat dan kemitraan swasta, LSM, kelompok profesi dan organisasi masyarakat secara terpadu dan berkesinambungan, dalam rangka meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam menghadapi masalah kesehatan jiwa, sehingga akan terbentuk perilaku sehat sebagai individu, keluarga dan masyarakat yang memungkinkan setiap orang hidup lebih produktif secara sosial dan ekonomis.

B. SASARAN

Untuk mencapai tujuan dimaksud, sasarannya dikelompokkan sebagai berikut :

1. **Sasaran utama** yaitu Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Pusat, Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Provinsi dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Kabupaten / Kota.
2. **Sasaran antara**, dikelompokkan dalam :



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- a. Pengambil keputusan (sektoral dan non sektoral) di tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten / Kota
- b. Tokoh Masyarakat (TOMA) di tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten / Kota.
- c. Tokoh Agama (TOGA) di tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten / Kota

IV. KEBIJAKAN DAN STRATEGI

A. KEBIJAKAN

1. Kebijakan dalam upaya mewujudkan kesehatan jiwa masyarakat berdasarkan prinsip *partisipatif* dengan ruang lingkup “**Primary Prevention**” (**Health Education & Specific Protection**) dan memperhatikan siklus kehidupan (*Life Cycle*) dan tatanan masyarakat (*Social-Cultural Setting*).
2. Sejalan dengan kebijakan desentralisasi perlu adanya advokasi terhadap Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam menyusun **kebijakan dan program kesehatan jiwa di Provinsi dan Kabupaten / Kota**. Untuk keperluan ini harus mengacu pada Kebijakan Kesehatan Jiwa Nasional sebagai subsistem Kebijakan Kesehatan Nasional (Indonesia Sehat 2010) dan Kebijakan Desentralisasi Pemerintahan.
3. **Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota** harus disensitisasi dan ditingkatkan perannya dalam menghadapi masalah kesehatan jiwa masyarakat dan mengurangi dampaknya terhadap kesejahteraan masyarakat. Khususnya dalam pembentukan **TP-KJM** sebagai salah satu lembaga perangkat daerah dalam upaya Pengarahan dan Pelaksanaan Upaya Kesehatan Jiwa Masyarakat.
4. Upaya kesehatan jiwa masyarakat dilaksanakan secara konseptual dan melalui pendekatan multidisipliner dengan kerjasama lintas sektoral yang mengacu pada peningkatan kualitas sumber daya manusia dengan wadah koordinatif TP-KJM.
5. Pengembangan dan pendayagunaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan jiwa masyarakat yang komprehensif bagi pemenuhan kebutuhan penanggulangan masalah yang menjadi prioritas.
6. Program **Peningkatan Partisipasi Masyarakat dan Kemitraan Swasta** diarahkan untuk memberdayakan LSM atau Organisasi Swasta agar mampu mendorong kemandirian masyarakat untuk



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

mencapai jiwa yang sehat, khususnya dalam hal membantu identifikasi masalah kesehatan jiwa dalam masyarakat dan sumber daya yang ada dalam masyarakat (*social supporting system*), melakukan standarisasi pelayanan yang dilakukan LSM, Swasta, dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa melalui media kultural daerah / lokal.

7. Peningkatan kesadaran akan pentingnya kesehatan jiwa sehingga dapat mewujudkan perilaku sehat jiwa dalam masyarakat memerlukan upaya promotif dan preventif pada setiap strata masyarakat utamanya balita, anak, remaja, wanita, orang tua, usia lanjut dan kelompok-kelompok masyarakat dengan **risiko tinggi dan rentan** terhadap masalah kesehatan jiwa seperti pengungsi konflik sosial, penduduk korban kekerasan (mental dan seksual), anak jalanan, gelandangan psikotik, pekerja wanita yang rentan, remaja putus sekolah, dll. Upaya promotif dan preventif ini dapat dilakukan melalui tatanan perilaku hidup bersih yang telah ada di masyarakat.
8. Mempertajam skala prioritas penanganan permasalahan kesehatan dan kesejahteraan sosial, dengan mengacu kepada pertimbangan nilai manfaat dan strategis dalam rangka mendukung dan mempercepat pembangunan kesehatan khususnya dan pembangunan nasional pada umumnya.
9. Menetapkan kriteria keberhasilan dan cara pengukuran keberhasilan pembangunan kesehatan jiwa secara baku dan konsisten untuk perencanaan, pemantauan pelaksanaan dan penilaian penanggulangan masalah kesehatan jiwa masyarakat.
10. Mempererat silaturahmi Lembaga-lembaga Departemen dan Lembaga-lembaga Non Departemen dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan upaya kesehatan jiwa masyarakat.

B. STRATEGI

1. Advokasi "**Kebijakan Publik**" yang memperhatikan aspek kesehatan jiwa.
Program pembangunan di segala bidang harus memberikan kontribusi yang positif terhadap derajat kesehatan jiwa masyarakat. Hal ini dapat dicapai dengan adanya dukungan kebijakan publik yang memenuhi asa-asa kesehatan jiwa, misalnya kebijakan pemukiman yang menyediakan fasilitas sosial (tempat bermain anak, olahraga bagi remaja, kegiatan sosial bagi usia lanjut, dan lain-lain), disetiap Kota/Kabupaten mempunyai " Pusat Kegiatan Sosial dan Budaya ", disetiap sekolah tersedia perpustakaan, lapangan olahraga yang memadai untuk menampung kreatifitas anak didik, dan lain-lain. Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan jiwa masyarakat ini secara lebih efektif dan efisien, maka upaya promotif dan preventif terhadap munculnya berbagai masalah



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

kesehatan jiwa akan lebih diutamakan daripada upaya kuratif dan rehabilitatif.

2. Pemantapan “ **Kerjasama Lintas Sektor** “ dan “ **Kemitraan dengan Swasta** “ .

Upaya kesehatan jiwa sangat terkait dengan berbagai kebijakan dari sektor-sektor di luar kesehatan, sehingga kerjasama yang sudah terjalin selama ini perlu terus ditingkatkan dengan cara-cara yang lebih efektif, khususnya peningkatan pemberdayaan sektor swasta dalam upaya yang bersifat preventif dan promotif.

3. “**Pemberdayaan Masyarakat**” melalui pendidikan / penyuluhan / promosi tentang kesehatan jiwa secara terintegrasi dengan program kesehatan dan sektor pada umumnya.

Metode dan materi pendidikan kesehatan jiwa harus disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat setempat (relevant), menggunakan tatanan yang sudah ada di masyarakat tersebut (social-cultural setting), dan dapat dimengerti dengan mudah oleh masyarakat (contextual communication).

Menumbuhkembangkan pemberdayaan masyarakat untuk mengetahui potensi yang ada dan memanfaatkannya menuju kemandirian.

Menciptakan pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan institusi yang ada dalam masyarakat itu sendiri, seperti tradisi, adat istiadat, budaya, pemerintahan desa, organisasi kemasyarakatan secara gotong royong dan berkesinambungan.

4. Mengoptimalkan fungsi-fungsi TP-KJM sesuai dengan tugas pokoknya, dengan dukungan sarana dan prasarana yang memadai, serta mekanisme kerja dan koordinasi program yang dilaksanakan secara sinkron dan sinergi.

5. “**Desentralisasi**” program kesehatan jiwa pada Kabupaten/Kota.

Dalam kaitan dengan desentralisasi penyelenggaraan pemerintahan pada tingkat Kabupaten/Kota, dan adanya keragaman sumber daya yang dimiliki oleh masing-masing Kabupaten/Kota, serta keunikan dari masalah kesehatan jiwa yang ada. Maka perlu dikembangkan Program Kesehatan Jiwa di setiap Kabupaten/Kota oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan fasilitasi dan pemberdayaan dari Provinsi/Pusat.

6. Sosialisasi upaya kesehatan jiwa masyarakat ini dengan adanya dukungan bahan-bahan informasi yang lengkap dan memadai.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

7. Meningkatkan komunikasi dan forum koordinasi dalam rangka pemberdayaan dan peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam upaya pencegahan dan penanggulangan kesehatan jiwa masyarakat.

V. PENGORGANISASIAN

A. KEDUDUKAN DAN TANGGUNG JAWAB

Implikasi dari reformasi pemerintahan telah mengakibatkan terjadinya pergeseran paradigma penyelenggaraan pemerintahan, dari paradigma sentralistik ke arah desentralisasi yang ditandai dengan pelaksanaan otonomi yang luas dan nyata pada daerah.

Pelaksanaan Otonomi Daerah pada dasarnya adalah untuk mendorong memberdayakan masyarakat, menumbuhkan prakarsa dan kreativitas, meningkatkan peran serta masyarakat serta mengembangkan peran dan fungsi Dewan Perwakilan Rakyat Daerah. Disamping itu penyelenggaraan Otonomi Daerah harus dilaksanakan dengan prinsip-prinsip demokrasi, peran serta masyarakat, pemerataan, dan keadilan serta memperhatikan potensi dan keanekaragaman daerah.

Sebagai konsekuensi dari penyelenggaraan Otonomi Daerah tersebut maka telah dikeluarkan beberapa peraturan perundang-undangan yang mengatur hal tersebut, antara lain:

- a. Ketetapan MPR-RI Nomor XV/MPR/1999 tentang Penyelenggaraan Otonomi Daerah; Pengaturan Pembagian dan Pemanfaatan Sumber Daya Nasional Yang Berkeadilan Serta Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah Dalam Kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia;
- b. Ketetapan MPR-RI Nomor IV/MPR/2000 tentang Rekomendasi Kebijakan Dalam Penyelenggaraan Otonomi Daerah;
- c. Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah;
- d. Undang-undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah;
- e. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi Sebagai Daerah Otonom;
- f. Peraturan Pemerintah Nomor 84 Tahun 2000 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah .
- g. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan Atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- h. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Dekonsentrasi;
- i. Peraturan Pemerintah Nomor 52 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Tugas Pembantuan;
- j. Peraturan Pemerintah Nomor 56 Tahun 2001 tentang Pelaporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah.
- k. Peraturan Pemerintah Nomor 106 Tahun 2001 tentang Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan dalam Pelaksanaan Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan .
- l. Keputusan Presiden Nomor 102 Tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Departemen.
- m. Keputusan Presiden Nomor 109 Tahun 2001 tentang Unit Organisasi dan Tugas Eselon I Departemen.
- n. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Sebagai konsekuensi logis dari pelaksanaan Otonomi Daerah tersebut maka terjadi perubahan kedudukan, tugas dan fungsi lembaga-lembaga pemerintah baik di Pusat maupun di Daerah. Perubahan ini diakibatkan oleh bergesernya kewenangan Pemerintahan, baik yang berada di Pemerintah Pusat, Provinsi maupun Kabupaten/Kota, berdampak pada perubahan kewenangan dan tanggung jawab penyelenggaraan pemerintahan

Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) merupakan Tim Teknis Pemerintah Pusat yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan. Sedangkan Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Provinsi di bawah dan bertanggungjawab kepada Gubernur. Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Kabupaten / Kota di bawah dan bertanggungjawab kepada Bupati/Walikota. Adapun bentuk, struktur dan mekanisme kerja Tim Pengarah dan Tim Pelaksana tersebut disesuaikan dengan situasi dan kondisi masing-masing daerah.

Tugas, fungsi dan tanggung jawab Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Pusat, Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Provinsi dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Kabupaten / Kota, mendukung penyelenggaraan Kesehatan Jiwa Masyarakat meliputi :

- a. Perumusan kebijakan umum.
- b. Perumusan administrasi penyelenggaraan.
- c. Perumusan mekanisme koordinasi di Daerah.
- d. Perumusan kebijakan operasional.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- e. Perumusan penganggaran / pendanaan.
- f. Perumusan langkah-langkah kegiatan monitoring dan evaluasi

2. TUGAS DAN KEWAJIBAN

- ◆ **Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Pusat** mempunyai tugas membantu Menteri Kesehatan dalam menyusun kebijakan di bidang Kesehatan Jiwa Masyarakat untuk memelihara, mengusahakan dan mengembangkan upaya pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa masyarakat dengan cara pendekatan multi disiplin, multi sektor dan peran serta masyarakat secara aktif, guna meningkatkan kondisi kesehatan jiwa masyarakat.
- ◆ Dalam melaksanakan tugas tersebut diatas Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) berkewajiban :
 - a. Mengidentifikasi dan mengklasifikasi permasalahan Kesehatan Jiwa Masyarakat dalam rangka merumuskan kebijakan umum tingkat nasional.
 - b. Memberi masukan kepada Menteri Kesehatan untuk menentukan mekanisme koordinasi dan kebijakan operasional tingkat nasional.
 - c. Menyusun program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang, bersama dengan peyusunan anggaran.
 - d. Mengklarifikasi dan memberikan masukan kepada Menteri Kesehatan dalam perumusan kebijakan penyelenggaraan dekonsentrasi dan atau tugas pembantuan.
 - e. Merumuskan langkah-langkah kegiatan monitoring dan evaluasi tingkat Nasional
- ◆ **Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Provinsi** mempunyai tugas membantu Gubernur dalam merumuskan kebijakan Pemerintah Provinsi dalam upaya pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa masyarakat melalui pendekatan multi disiplin dan peran serta masyarakat, guna meningkatkan kondisi Kesehatan Jiwa Masyarakat yang optimal di wilayahnya.
- ◆ Dalam melaksanakan tugas tersebut diatas Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Provinsi berkewajiban :
 - a. Mengidentifikasi, mengklasifikasi dan memetakan permasalahan Kesehatan Jiwa Masyarakat dalam rangka merumuskan kebijakan umum tingkat Provinsi.
 - b. Memberikan masukan kepada Gubernur untuk menentukan mekanisme koordinasi dan kebijakan operasional tingkat Provinsi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- c. Menyusun program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang, bersama dengan peyusunan anggaran.
 - d. Mengklarifikasi dan memberikan masukan kepada Gubernur dalam pelaksanaan dekonsentrasi dan tugas pembantuan.
 - e. Merumuskan langkah-langkah kegiatan monitoring dan evaluasi.
- ◆ **Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Kabupaten / Kota** mempunyai tugas membantu Bupati / Walikota dalam merumuskan kebijakan Pemerintah Kabupaten/ Kota dalam upaya pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa masyarakat melalui pendekatan multi disiplin dan peran serta masyarakat, guna meningkatkan kondisi Kesehatan Jiwa Masyarakat yang optimal di daerahnya.
- ◆ Dalam melaksanakan tugas tersebut diatas Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) di Kabupaten / Kota berkewajiban :
- a. Mengidentifikasi, mengklasifikasi dan memetakan permasalahan Kesehatan Jiwa Masyarakat dalam rangka merumuskan kebijakan umum tingkat Kabupaten / Kota.
 - b. Memberikan masukan kepada Bupati / Walikota untuk menentukan mekanisme koordinasi dan kebijakan operasional tingkat Kabupaten / Kota.
 - c. Menyusun program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang, bersama dengan peyusunan anggaran.
 - d. Mengklarifikasi dan memberikan masukan kepada Bupati / Walikota dalam pelaksanaan tugas pembantuan.
 - e. Merumuskan langkah-langkah kegiatan monitoring dan evaluasi.

3. BENTUK DAN SUSUNAN TIM KESEHATAN JIWA MASYARAKAT

a. TIM PEMBINA KESEHATAN JIWA MASYARAKAT (TP-KJM) PUSAT

Susunan Anggota TP-KJM Pusat

Pembina : WAKIL PRESIDEN

Koordinator : MENTERI KOORDINATOR KESEJAHTERAAN RAKYAT.

Ketua : MENTERI KESEHATAN

Anggota :

1. MENTERI DALAM NEGERI
2. MENTERI KEUANGAN



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. MENTERI PENDIDIKAN NASIONAL
4. MENTERI TENAGA KERJA DAN
TRANSMIGRASI
5. MENTERI SOSIAL
6. MENTERI AGAMA
7. MENTERI KEHAKIMAN DAN HAM
8. MENTERI NEGARA PEMBERDAYAAN
PEREMPUAN
9. MENTERI NEGARA KOMUNIKASI DAN
INFORMASI
10. SEKRETARIS NEGARA/SEKRETARIS
KABINET.
11. KEPALA KEPOLISIAN RI.
12. KEPALA BKKBN

**b. TIM PENGARAH KESEHATAN JIWA MASYARAKAT (TP-KJM)
PROVINSI**

Susunan Anggota TP-KJM Provinsi

Pembina : GUBERNUR
KETUA DPRD PROVINSI
Koordinator : SEKRETARIS DAERAH PROVINSI
Ketua : KEPALA DINAS YANG MEMBIDANGI
KESEHATAN

Anggota :

1. BEBERAPA KEPALA PERANGKAT DAERAH
YANG TERKAIT
2. KEPALA KEPOLISIAN DAERAH
3. DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA

**c. TIM PELAKSANA KESEHATAN JIWA MASYARAKAT (TP-KJM)
KABUPATEN / KOTA**

Susunan Anggota TP-KJM Kabupaten / Kota

Pembina : BUPATI / WALIKOTA
KETUA DPRD KABUPATEN / KOTA
Koordinator : SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN / KOTA
Ketua : KEPALA DINAS YANG MEMBIDANGI KESEHATAN
Anggota :

1. BEBERAPA KEPALA PERANGKAT DAERAH
YANG TERKAIT.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. KAPOLRES
3. DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA
4. CAMAT

VI. P R O G R A M

Ada 4 (empat) hal penting yang perlu diketahui oleh Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) dalam melaksanakan Program Kesehatan Jiwa Masyarakat, yaitu :

A. PRINSIP-PRINSIP KESEHATAN JIWA MASYARAKAT

Terutama ditujukan kepada **kelompok didalam masyarakat**, dititik beratkan pada **promotif dan preventif**, diusahakan agar berbagai **pelayanan lain** turut serta dalam sistim **pelayanan kesehatan jiwa**, dititik beratkan kepada **kerjasama lintas sektoral**, menjalankan kegiatan **konseling** dan yang bersifat **intervensi** khususnya dalam kondisi **“krisis”**, mengusahakan peningkatan **peran serta masyarakat**, mengusahakan **pendidikan** dan latihan bagi para petugas dibidang **pelayanan kemanusiaan** seluas-luasnya, agar berorientasi terhadap prinsip kesehatan jiwa, melaksanakan kerjasama yang seerat-eratnya dengan **bidang kesehatan masyarakat**, menjalankan kegiatan **riset epidemiologi** kesehatan jiwa, mengusahakan agar **Pelayanan Kesehatan Jiwa** tersebut dapat bersifat **menyeluruh** (komprehensif), yaitu meliputi seluruh usia atau *life cycle*, berbagai jenis pelayanan (promotif / preventif, kuratif dan rehabilitatif) dan lain-lain.

B. IDENTIFIKASI PERMASALAHAN KESEHATAN JIWA MASYARAKAT

Urbanisasi, industrialisasi dan modernisasi sebagai hasil pembangunan dapat menimbulkan pengaruh sampingan berupa berbagai stres kehidupan yang intensif, baik bagi individu maupun kelompok.

Stres kehidupan tersebut dapat menimbulkan berbagai proses yaitu Proses pertumbuhan kota yang cepat mengandung faktor-faktor yang menguntungkan maupun yang kurang menguntungkan bagi individu / kelompok, faktor-faktor ini menimpa diri manusia dan manusia diharuskan “mengolah” semua faktor tersebut, disitulah tampak pentingnya faktor kepribadian (*personality*) yang dimiliki oleh individu itu apakah ia berhasil menyelesaikan “pengolahan” itu dengan memadai,



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

faktor-faktor itu juga dapat menimpa keluarga dan masyarakat, akibatnya adalah terjadi “pengelompokan” baru dalam masyarakat yang sifatnya sangat majemuk (kompleks) dan didasari berbagai “kepentingan” (*interest*).

Terjadi berbagai karakteristik pada lingkungan hidup dalam kota atau daerah yang berhasil membentuk “konfigurasi” atau “corak” baru dalam kehidupan, baik yang orientasinya bersifat material maupun non material.

Beberapa stres kehidupan yang dimaksud yaitu stresor kehidupan pribadi, stress sosio-ekonomik, kepadatan penduduk yang makin meninggi, perubahan sosial, urbanisasi, pola kehidupan keluarga, nasib dan keamanan dari orang yang berusia lanjut, situasi dari berbagai lembaga sosial dalam masyarakat dan perbedaan sosial-budaya.

C. STRATEGI UMUM DAN KHUSUS

1. Strategi Umum (Kebijakan Umum)

a. Prioritas Kegiatan

Ditentukan atas dasar pertimbangan:

- » Mendesak / meluasnya masalah dimasyarakat
- » Seringnya masalah itu timbul
- » Akibat yang merugikan dari masalah itu
- » Tersedianya tenaga ahli atau tenaga yang dapat dididik / dilatih untuk menanggulangnya
- » Tersedianya sarana dan prasarana

b. Desain Kegiatan

Hal ini perlu meliputi beberapa kondisi umum seperti:

- » Sudah/belum tersedianya pelayanan kesehatan jiwa masyarakat di daerah tersebut
- » Tersedianya “dukungan” dari pengambil keputusan di daerah
- » Tersedianya pendanaan yang memadai
- » Kemungkinan akan tercapainya hasil yang memadai

c. Kebutuhan dan kemampuan

- » Tersedianya sistem pelayanan dan informasi
- » Kemungkinan dilaksanakannya monitoring dan evaluasi
- » Kemungkinan integrasi dengan kegiatan penyelenggaraan pemerintah lainnya.

2. Strategi Khusus (Pelaksanaan)

Bidang ini perlu direncanakan dan dilaksanakan dibawah supervisi yang berdisiplin. Oleh karena itu fase perencanaan senantiasa diuji kemantapannya pada implementasi strategi khusus, yang selalu



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

pula menghendaki komitmen sepenuhnya dari mereka yang melaksanakan tugas sehari-hari.

a. Masyarakat

Bertujuan untuk menjangkau masyarakat dan berhasil menciptakan suatu masyarakat yang efektif melalui peningkatan kepedulian, pengetahuan dan pemberdayaan tentang upaya pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa masyarakat.

Sasarannya pada tahap ini yaitu **kelompok-kelompok masyarakat** dan **keluarga**.

b. Sistem rujukan

Apabila memerlukan tindak lanjut kegiatan maka sistem rujukan meliputi langkah-langkah sebagai berikut: diagnostik, terapi pendahuluan, *feed back information* (yang diharapkan kepada fasilitas yang merujuk) dari fasilitas yang menerima rujukan, serta tindak lanjut jangka panjang. Untuk itu perlu ada suatu buku pedoman yang dapat digunakan oleh semua fasilitas pelayanan.

Beberapa contoh jalur rujukan antara lain:

» **Jalur Kesehatan**

RSU / RSJ → Klinik Kesehatan Jiwa → Puskesmas

» **Jalur Pendidikan**

Sekolah → Guru → Konselor → Keluarga

c. Pembinaan / Pendidikan / Pelatihan

Untuk dapat melaksanakan pelayanan pada taraf operasional perlu diusahakan pembinaan / pendidikan / pelatihan ketenagaan secara kontinu dan berkelanjutan.

Dalam hubungan ini ada beberapa langkah yang perlu dipertimbangkan, a.l. :

» Semua latihan harus didasarkan atas kebutuhan realistik yang ada di masyarakat.

» Tugas-tugas yang diberikan sebagai tanggung jawab dari petugas yang dilatih perlu dijabarkan

D. PRINSIP-PRINSIP PROGRAM KESEHATAN JIWA MASYARAKAT

Beberapa prinsip dasar Program Kesehatan Jiwa Masyarakat adalah:

1. Kerjasama lintas-sektoral dan inter-disipliner

Dalam rangka pelaksanaan upaya pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa masyarakat, dilakukan koordinasi dan kerjasama antar Departemen terkait (sesuai dengan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Surat Keputusan Menteri Kesehatan) serta berbagai disiplin ilmu yang mempunyai minat dan kepedulian terhadap masalah kesehatan jiwa seperti edukasi, sosilogi, antropologi, keperawatan dan lain-lain.

Di Provinsi, Kabupaten / Kota , koordinasi dan kerjasama dilaksanakan antar perangkat Daerah terkait (sesuai dengan Surat Keputusan Gubernur, Bupati/ Wali Kota) serta berbagai disiplin ilmu yang mempunyai minat dan kepedulian di wilayah masing-masing.

2. Kesehatan Jiwa sebagai komponen dasar pelayanan Kesehatan

Dalam bidang ini perlu diperhatikan dua jalur pelayanan kesehatan jiwa yang dijalankan selama ini perlu ditingkatkan efektifitas, yaitu:

a. Integrasi Kesehatan Jiwa (di Puskesmas dan RS Umum)

Peningkatan pengetahuan dan ketrampilan dokter / perawat dibidang promosi, prevensi serta terapi dan rehabilitasi sangat diperlukan secara kontinu dan berkelanjutan. Pelatihan dan konsultasi secara reguler perlu diciptakan.

b. Menyadari pentingnya faktor psiko-sosial-kultural

Peningkatan dan penyebarluasan kesadaran dan kepedulian harus merupakan unsur yang integral dari seluruh strategi pelayanan kesehatan yang efektif. Dengan demikian maka sebagian dari penyakit-penyakit yang dilatar belakangi masalah psikososial dan stres (*stress induced conditions or diseases*) dapat ditanggulangi dengan tepat. Lebih lanjut dengan pendekatan tersebut gangguan psikofisiologik atau psikosomatik dapat dicegah sampai taraf tertentu.

3. Peran serta masyarakat

Peran serta masyarakat penting dalam menghadapi berbagai kedaruratan / gangguan kesehatan jiwa baik ringan, sedang maupun berat.

Masyarakat dapat berperan dalam hal misalnya : mengidentifikasi permasalahan kehidupan, menyebarkan pengetahuan kesehatan jiwa kepada masyarakat dan lain-lain. Disamping itu peran serta masyarakat juga dapat diarahkan pada mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan Pelayanan Kesehatan Jiwa yang belum tersedia dimasyarakat.

PROGRAM-PROGRAM TP-KJM

Dalam melaksanakan kegiatan Pembinaan Kesehatan Jiwa Masyarakat di Pusat, harus berpedoman pada Peraturan Pemerintah No. 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonom, sehingga Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Departemen Kesehatan RI dapat menjalankan program – program sebagai berikut:

A. PROGRAM UMUM

- » Menetapkan standar kesehatan jiwa masyarakat;
- » Pedoman sertifikasi kesehatan jiwa masyarakat;
- » Menetapkan pedoman biaya kesehatan jiwa masyarakat;
- » Menetapkan standar akreditasi Rumah Sakit, Pusat Rehabilitasi, Panti;
- » Menetapkan standar diklat kesehatan jiwa masyarakat;
- » Menetapkan standar penapisan kesehatan jiwa masyarakat;
- » Menetapkan standar etika penelitian kesehatan jiwa masyarakat ;
- » *Survailance*;
- » Penyediaan obat essensial tertentu;

B. PROGRAM KHUSUS

Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat melaksanakan program khusus dengan mengacu kepada program umum dan menu yang ada di dalam ruang lingkup masalah kesehatan jiwa, meliputi penyusunan standar pelayan teknis bidang kesehatan jiwa masyarakat.

Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat melaksanakan program khusus dengan mengacu kepada program umum dan menu yang ada di dalam ruang lingkup masalah kesehatan jiwa, serta standar pelayan teknis yang disusun oleh Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat meliputi penyusunan standar pelayanan minimal bidang kesehatan jiwa masyarakat.

Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat melaksanakan program khusus dengan mengacu kepada program umum dan menu yang ada di dalam ruang lingkup masalah kesehatan jiwa, meliputi pelaksanaan standar pelayanan minimal bidang kesehatan jiwa masyarakat.

VII. MEKANISME DAN TATA LAKSANA

A. MEKANISME

1. Menteri Kesehatan membentuk Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) melalui Keputusan Menteri Kesehatan.
2. Gubernur membentuk Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) melalui Keputusan Gubernur.
3. Bupati / Walikota membentuk Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM) melalui Keputusan Bupati / Walikota.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

4. Tim Pembina, Tim Pengarah dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat melaksanakan forum koordinasi, komunikasi dan hubungan kerja.
5. Tim Pembina, Tim Pengarah dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat bersama-sama menyusun rencana dan melaksanakan kegiatan yang berskala nasional.

B. TATA LAKSANA KEGIATAN

1. Menteri Kesehatan, Gubernur, Bupati / Walikota adalah penanggung jawab umum penyelenggara koordinasi di bidang pembinaan kesehatan jiwa masyarakat di masing-masing tingkat administrasi pemerintahan.
2. Gubernur selaku Ketua Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat di Provinsi bertanggung jawab dan berkewajiban melaporkan pelaksanaan kegiatan dimaksud kepada Menteri Kesehatan dengan tembusan kepada Menteri Dalam Negeri.
3. Bupati / Walikota selaku Ketua Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat di Kabupaten / Kota bertanggung jawab dan berkewajiban melaporkan pelaksanaan kegiatan dimaksud kepada Menteri Kesehatan dengan tembusan kepada Gubernur dan Menteri Dalam Negeri.
4. Hubungan kerja Tim Pembina, Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat Provinsi dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat Kabupaten / Kota bersifat konsultatif dan fungsional.

C. LANGKAH-LANGKAH PELAKSANAAN TIM PEMBINA, TIM PENGARAH DAN TIM PELAKSANA KESEHATAN JIWA MASYARAKAT

1. RAPAT PERIODIK

a. RAPAT KERJA TAHUNAN (RAKER)

- 1) Raker diadakan 1 kali setahun untuk menentukan program kerja tahun yang akan datang.
- 2) Dalam Rapat Kerja ini :
 - a) Dilaksanakan evaluasi pelaksanaan program yang telah dijalankan tahun yang lalu.
 - b) Masing-masing sektor mengajukan masalah kesehatan jiwa masyarakat yang dijumpai, baik di Provinsi maupun di Kabupaten / Kota.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- c) Pelaksanaan Perencanaan Program yang akan dilaksanakan tahun yang akan datang :
 - (1) Menentukan Prioritas Masalah
 - (2) Menentukan Kegiatan yang akan dilaksanakan masing-masing sektor
 - (3) Menentukan koordinasi kegiatan masing-masing sektor
- 3) Dalam Rapat Kerja tahunan juga dievaluasi pelaksanaan program yang sedang dijalankan.
- 4) Rapat Kerja memutuskan masalah kesehatan jiwa masyarakat yang akan diberi prioritas pemecahannya pada tahun yang akan datang, dan masing-masing sektor serta masyarakat menjabarkannya pada kegiatan yang akan dilaksanakan pada tahun yang akan datang.

b. RAPAT TIM

Diadakan secara berkala minimum 3 bulan sekali dihadiri oleh anggota secara lengkap untuk membahas kegiatan tahun berjalan.

c. RAPAT KELOMPOK KERJA (POKJA)

Kelompok kerja ditetapkan oleh rapat pleno, tugasnya yaitu mengadakan pertemuan berkala minimum 1 bulan 1 kali untuk melaksanakan hal-hal yang telah ditetapkan dalam rapat pleno serta menyiapkan bahan-bahan untuk rapat pleno yang akan datang.

d. KELOMPOK KERJA KHUSUS

Kelompok kerja ini dibentuk bila diperlukan untuk menyelesaikan hal-hal yang bersifat terbatas (menyusun rencana / pelaksanaan kegiatan tertentu).

2. DOKUMENTASI KEGIATAN

Setiap pertemuan / rapat yang telah dijalankan oleh Tim Pembina, Tim Pengarah dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat hendaknya di dokumentasikan (dibuat risalah) secara rapi dan teratur (disimpan dalam berkas).

Segala keputusan / langkah yang diambil diketahui oleh semua anggota dengan pertinggal pada ketua / sekretaris.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. MATERI RAPAT

Materi Rapat adalah berbagai masalah kesehatan jiwa yang berada dalam masyarakat pada dewasa ini dan diduga mungkin akan terjadi di masa mendatang.

Oleh karena itu melalui berbagai sektor serta berbagai disiplin ilmu, hendaknya diadakan saling tukar informasi, saling berkonsultasi dan saling memberikan bantuan serta kemudahan (fasilitas) untuk dapat diambil langkah-langkah, antara lain :

- a) Melakukan identifikasi masalah kesehatan jiwa yang ada dalam masyarakat, baik yang ada maupun yang akan timbul di masa mendatang.
- b) Membahas permasalahan dan pemecahannya yang mungkin dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien.
- c) Menyusun langkah kegiatan intervensi antara lain Komunikasi Informasi dan Edukasi, Pendidikan dan Latihan, Penelitian dan Pengembangan dan Pelayanan melalui masing-masing sektor dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

II. PROGRAM KERJA TAHUNAN, JANGKA MENENGAH dan JANGKA PANJANG

1) RENCANA KEGIATAN

Rencana kegiatan Tim Pembina, Tim Pengarah dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat disusun berdasarkan Hasil Rapat Kerja Tahunan.

2) PELAKSANAAN PROGRAM

Program dilaksanakan dengan memanfaatkan sumber daya yang ada pada masing-masing tingkatan pemerintahan.

3) MONITORING DAN EVALUASI

Monitoring dilakukan sekurang-kurangnya 3 bulan sekali, yang dilakukan oleh sektor secara terintegrasi dengan program masing-masing.

Evaluasi dilakukan pada tengah tahun dan akhir tahun oleh tim terpadu.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

III. HASIL YANG DIHARAPKAN

1. Terselenggaranya program upaya pencapaian Indonesia Sehat 2010 melalui Upaya Peningkatan Kesehatan Jiwa Masyarakat
2. Terlaksananya forum komunikasi / hubungan kerja antara Tim Pembina, Tim Pengarah dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat
3. Tersusunnya rencana dan terlaksananya kegiatan Kesehatan Jiwa Masyarakat di Provinsi dan Kabupaten / Kota
4. Terlaksananya monitoring, evaluasi, pencatatan dan pelaporan Kesehatan Jiwa Masyarakat di Provinsi dan Kabupaten / Kota.

VIII. PEMBIAYAAN

Upaya membangun kesehatan jiwa masyarakat berarti membangun sumber daya manusia (SDM) yang seutuhnya, agar mempunyai daya saing yang kuat, kualitas hidup yang baik dan produktivitas yang tinggi. Hal ini memerlukan proses yang panjang, konsisten berkesinambungan. Oleh karena itu, membangun kesehatan jiwa masyarakat memerlukan dukungan dana dari pemerintah pusat (APBN) maupun partisipasi swasta.

Dari aspek “kesejahteraan sosial” dan “kualitas hidup masyarakat”, status kesehatan jiwa masyarakat dapat ditinjau dengan menggunakan indikator Human Development Index (HDI) yang diterbitkan oleh United Nation Development Program (UNDP) setiap tahun. Untuk tahun 1999, Indonesia ditempatkan pada peringkat ke 105 diantara 180 negara di dunia.

Selama 50 tahun Indonesia merdeka, dana yang dialokasikan untuk pembangunan kesehatan masyarakat tidak pernah melebihi angka 3,0 – 3,5 % (padahal WHO menetapkan minimal 5% dari dana APBN). Di negara-negara maju, pendanaan untuk bidang kesehatan dan bidang pendidikan masih merupakan prioritas utama, tidak jarang mencapai 30% sampai 40% dari dana APBN atau APBD.

Perlu dikemukakan bahwa tuntutan otonomi daerah yang lebih luas juga didasari penilaian bahwa desentralisasi akan lebih efisien dan efektif dari pada sentralisasi yang secara empirik telah terbukti berhasil dibanyak negara lain. Dasar penilaian ini telah menghasilkan keputusan politik nasional untuk melaksanakan desentralisasi dengan diberlakukannya

Undang-undang Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-undang Nomor 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Dalam Undang-undang



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

Nomor 22 tahun 1999 membagi kewenangan pemerintah atas kewenangan pusat dan kewenangan daerah dan sejalan dengan itu Undang-undang Nomor 25 tahun 1999 mengatur hubungan keuangan antara pusat dan daerah yang antara lain mencakup pendanaan dalam penyelenggaraan kedua kewenangan tersebut.

Azas penyelenggaraan pemerintahan meliputi azas Desentralisasi, Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan. Selain azas desentralisasi yang telah menjadi urusan Pemerintah Daerah, maka azas Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan dilaksanakan berdasarkan 3 (tiga) aspek penting yakni perencanaan, pendanaan dan pelaksanaan.

Dalam konteks penyelenggaraan Dekonsentrasi, Pemerintah dapat melimpahkan wewenangnya kepada Gubernur sebagai wakil Pemerintah dan atau perangkat Pusat di Daerah.

Aspek perencanaan dan pendanaan penyelenggaraan Dekonsentrasi dilakukan oleh Pemerintah, sedangkan pelaksanaannya dilakukan oleh Provinsi atau Perangkat Pusat di Daerah.

Demikian pula dalam penyelenggaraan Tugas Pembantuan, Pemerintah dapat memberikan Tugas Pembantuan kepada Provinsi, Kabupaten / Kota dan Desa disertai dengan pendanaan, sarana / prasarana serta sumber daya manusia. Aspek perencanaan, sarana / prasarana dan pendanaan penyelenggaraan Tugas Pembantuan harus disiapkan oleh Pemerintah, sedangkan pelaksanaannya dilakukan oleh Provinsi, Kabupaten / Kota dan Desa.

Ditinjau dari sudut pendanaan atau dalam kaitannya dengan hubungan keuangan pusat dan daerah, pembiayaan dekonsentrasi dan tugas pembantuan adalah pelaksanaan penyelenggaraan pemerintahan yang didanai dari APBN dan disalurkan kepada daerah / desa atau aparat pusat di daerah dengan memperhatikan prinsip – prinsip dasar dalam pembiayaan dekonsentrasi dan tugas pembantuan.

Dengan demikian dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tim Pembina, Tim Pengarah dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM), pendanaannya dapat diperoleh melalui beberapa alternatif sumber pendanaan sebagai berikut:

- a. APBN (Pendanaan dekonsentrasi dan tugas pembantuan)
- b. APBD (Pendanaan desentralisasi)
- c. Sumber pendanaan lainnya (Sumber Masyarakat, Sponsor, dll)



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

IX. PENUTUP

Demikian Pedoman Umum TIM PEMBINA, TIM PENGARAH, TIM PELAKSANA KESEHATAN JIWA MASYARAKAT (TP-KJM) ini diterbitkan sebagai pedoman terpadu yang berlaku di seluruh Indonesia dan merupakan bahan acuan dalam pengembangan TP-KJM di wilayah kerja masing-masing dari tingkat Provinsi, Kabupaten / Kota.

MENTERI KESEHATAN,

ttd

Dr. ACHMAD SUJUDI