

AKSESIBILITAS PELAYANAN KESEHATAN JIWA PADA ORANG DENGAN DISABILITAS PSIKOSOSIAL (ODDP) DI WONOSARI

ACCESSIBILITY OF MENTAL HEALTH SERVICES FOR PEOPLE WITH PSYCHOSOCIAL DISABILITIES IN WONOSARI

Marita Kumala Dewi^{1*}, Nurlia Ikaningtyas²

^{1,2} Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum

*Corresponding author: marita@stikesbethesda.ac.id

ABSTRAK

Akses pelayanan kesehatan jiwa bagi penderita gangguan jiwa perlu diperhatikan untuk meningkatkan angka kesembuhan. Dalam penelitian ini masyarakat di Gunungkidul memiliki masalah yang sangat signifikan terkait dengan kesehatan jiwa, penulis mencoba menggambarkan aksesibilitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh penyedia layanan tingkat dasar yaitu Puskesmas. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi ODDP di wilayah Gunungkidul. Responden dalam penelitian ini adalah keluarga ODDP yang berjumlah 40 orang dengan metode accidental sampling. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat pada satu variabel untuk menghitung persentase karakteristik responden. Dari hasil penelitian, dimensi *approachability*, *acceptability*, *availability* (ketersediaan dan transportasi), *affordability*, dan *appropriateness* telah dijelaskan dengan baik. Secara umum masyarakat sudah memiliki aksesibilitas yang baik, namun masyarakat masih beranggapan bahwa aksesibilitas pelayanan kesehatan hanya sebatas mendapatkan obat di Puskesmas.

Kata Kunci: Aksesibilitas, Kesehatan Jiwa, Disabilitas Psikososial

Abstract

Access to mental health services for people with mental disorders should be considered to increase recovery rates. In this study, the people in Gunungkidul have a very significant problem related to mental health, I try to describe the accessibility of health services provided by basic level service providers, namely Puskesmas. The purpose of this study was to describe the accessibility of health services for ODDP in the Gunungkidul area. Respondents in this study were ODDP families totaling 40 people used accidental sampling. Data analysis in this study used univariate analysis on one variable to calculate the percentage of respondents' characteristics. From the research results, the dimensions of approachability, acceptability, availability (availability and transportation), affordability, and appropriateness have been well described. In general, the community already has good accessibility, but people still think that the accessibility of health services is only limited to getting medicine at the Puskesmas.

Keywords: *Accessibility, Mental Health, Psychosocial Disabilities*

Pendahuluan

Topografi Kabupaten Gunung Kidul yang berbentuk perbukitan karst mengurangi kesuburan lahan pertanian, seperti halnya lahan di wilayah Gunung Kidul di selatan yang mengalami kekeringan pada musim kemarau. Hal ini mempengaruhi pengelolaan usaha tani dan tidak menunjukkan hasil yang optimal dari tahun ke tahun.

Hasil pertanian yang tidak optimal berdampak pula terhadap tingkat perekonomian masyarakat. Data BPS menunjukkan Gunung Kidul merupakan daerah dengan jumlah kemiskinan tertinggi di provinsi DIY. Data menyebutkan memang terjadi penurunan angka kemiskinan dari tahun 2016-2018, Pada tahun 2018 angka kemiskinan di Gunung Kidul mencapai 17,12 persen (Badan Pusat Statistik, 2019). Tingkat kemiskinan masih tertinggi di daerah DIY.

Salah satu penyebab Gunung Kidul memiliki jumlah penyandang disabilitas psikososial (ODDP) yang begitu tinggi adalah banyak masyarakat miskin yang hidup di bawah tekanan ekonomi. Gunung Kidul menjadi salah satu wilayah dengan tingkat bunuh diri tertinggi di Indonesia disebabkan karena tingginya ODDP. Ada 2.200 orang yang mengalami gangguan jiwa di daerah Gunung Kidul. Ironisnya, Gunung Kidul tidak memiliki fasilitas rumah sakit jiwa dan hanya sedikit psikiater. Menurut data tahun 2017, angka bunuh diri didominasi oleh kelompok usia produktif antara 25-50 tahun. Gunung Kidul memiliki angka bunuh diri tertinggi di Kecamatan Wonosari (Andari, 2017).

Gunung Kidul memiliki angka bunuh diri rata-rata 25-30 kejadian setiap tahun yang dilaporkan ke pihak berwenang. Namun, data di lapangan menunjukkan banyak kasus yang tidak dilaporkan ke pihak berwenang. Hal ini dikarenakan kasus bunuh diri di Gunung Kidul seringkali dianggap sebagai kasus yang umum terjadi (Suara Jogja, 2019). Pemerintah daerah telah melakukan upaya untuk mencegah insiden bunuh diri. Salah satunya adalah pembentukan Satgas Berani Hidup pada 2017. Dipimpin oleh Wakil

Bupati, gugus tugas ini melibatkan banyak instansi, termasuk kepolisian, namun kurang berhasil dalam mengurangi angka bunuh diri karena sejak 2019, angka bunuh diri di Gunung Kidul meningkat.

Tindakan pencegahan yang perlu dilakukan adalah dengan melakukan pendampingan bagi warga yang mengalami tekanan psikologis yang mengakibatkan berbagai manifestasi seperti depresi, kecemasan, dll. Berdasarkan data dari Puskesmas Wonosari I dan II didapatkan 89 orang dengan disabilitas psikologis (ODDP). Sebelum pandemi COVID-19 ODDP mendapat dampingan dari kader dan juga dapat langsung diperiksa di Puskesmas meskipun banyak keluarga yang sering mengeluh karena keterbatasan rujukan dokter psikiatri maka mereka sering sulit mendapatkan rujukan dan konsultasi apabila ODDP membutuhkan penanganan khusus. Selama Pandemi kader mengatakan semakin sulit mendapatkan akses pelayanan kesehatan sehingga banyak ODDP yang mengalami kekambuhan. Sehingga penulis tertarik untuk meneliti tentang aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi ODDP di wilayah Gunung Kidul.

Metodologi Penelitian

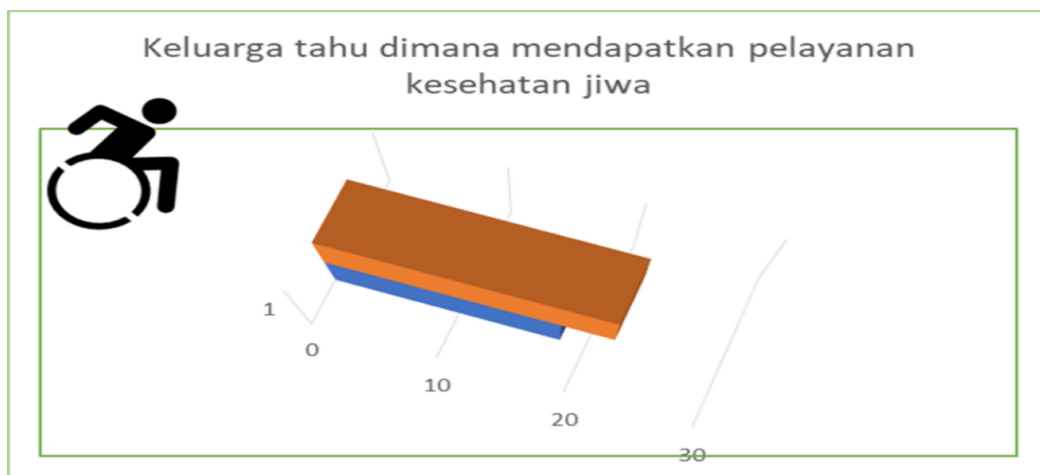
Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif kuantitatif. Populasi penelitian ini adalah keluarga ODDP di Puskesmas I dan II Wonosari yang berjumlah 67 responden, dan data dikumpulkan berdasarkan laporan dari Puskesmas II. Teknik pengambilan sampling adalah accidental sampling yang dilakukan dari bulan Oktober sampai dengan November 2021. Responden yang didapat dari berjumlah 40 responden. Kriteria inklusi pada penentuan sampel yaitu merupakan keluarga yang mendampingi pasien dan tinggal satu rumah dan keluarga yang mengantar saat pergi kelayanan kesehatan.

Instrumen penelitian ini adalah kuisioner. Instrumen penelitian dibuat dengan mengadopsi indikator dari

Levesque (2013), meliputi approach ability (Kedekatan), acceptability (penerimaan), availability (ketersediaan dan transportasi), afford ability (keterjangkauan), dan appropriateness (ketepatan). Instrument tersebut telah dinyatakan valid dan reliable. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat pada satu

variabel untuk menghitung persentase karakteristik responden. Dalam pengumpulan data penelitian ini memperhatikan aspek etik meliputi menghargai harkat dan martabat manusia, kemanfaatan, keadilan, dan informed consent serta lulus uji etik dengan nomor 175/KEPK.02.01/XI/2021.

Hasil Penelitian



Grafik 1. Pengetahuan tentang fasilitas Kesehatan

Berdasarkan data di atas 18 orang mengatakan sangat setuju, keluarga mengetahui dimana mendapat pelayanan

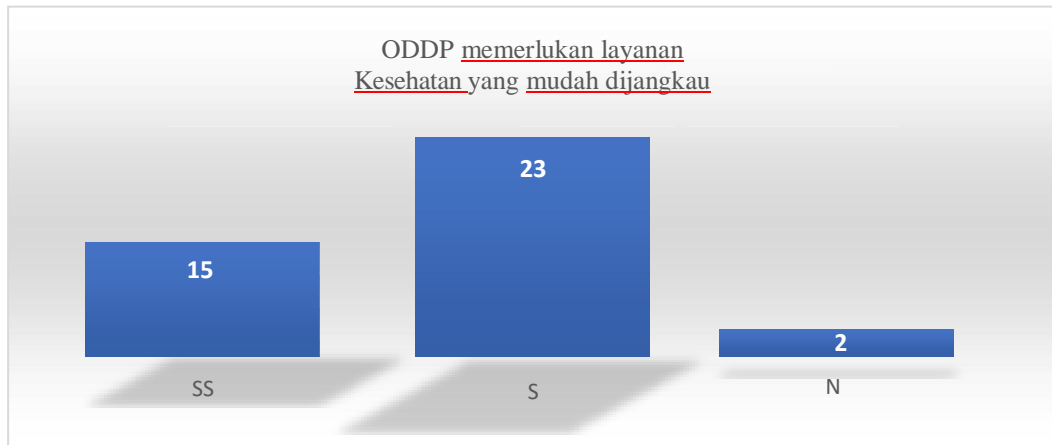
Kesehatan sedangkan 22 mengatakan setuju.



Grafik 2. Jarak rumah dari pelayanan Kesehatan

Berdasarkan data di atas didapatkan data Sebagian besar 23 responden

menyatakan tidak setuju apabila rumah mereka jauh dari fasilitas Kesehatan jiwa.



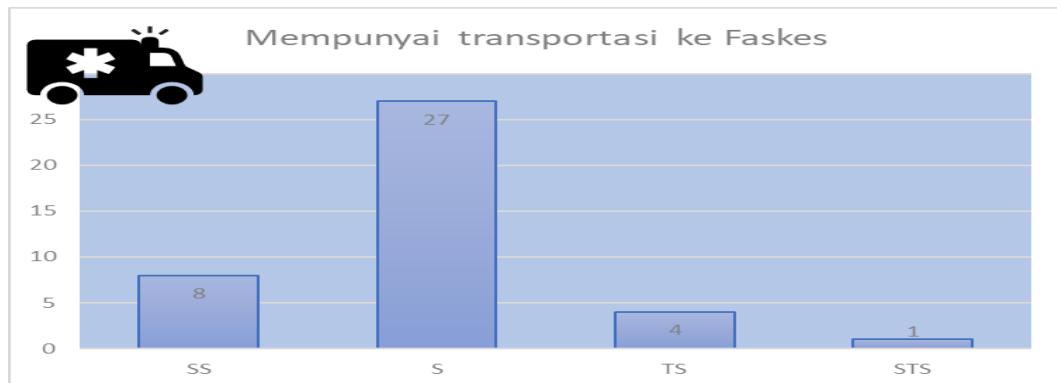
Grafik 3. Keterjangkauan layanan Kesehatan jiwa bagi ODDP

Berdasarkan data di atas sebagian besar keluarga ODDP setuju bahwa ODDP memerlukan layanan Kesehatan yang mudah dijangkau yaitu berjumlah 23 responden.



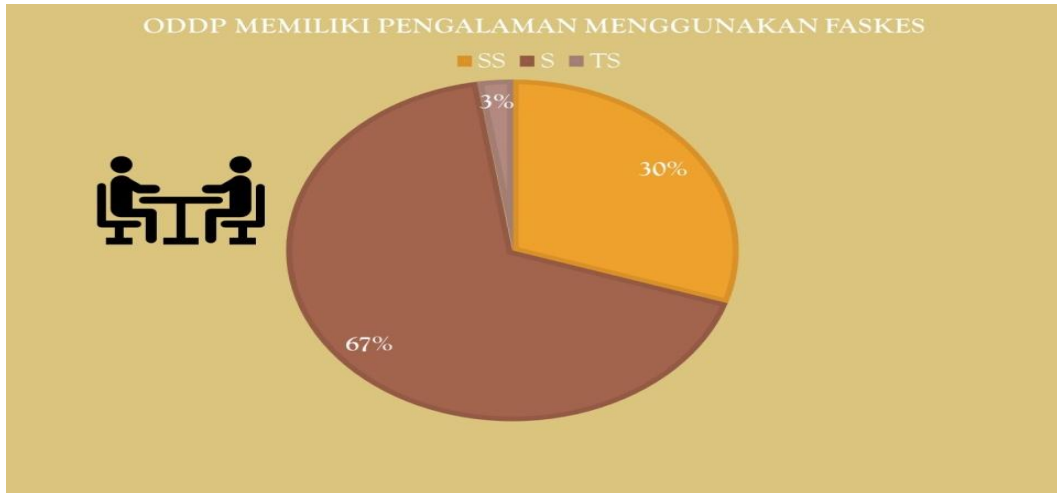
Grafik 4. Kemudahan mendapatkan informasi pelayanan kesehatan

Sebagian besar responden mengatakan sangat setuju mendapatkan kemudahan informasi, sedangkan 17 responden mengatakan setuju mendapatkan kemudahan informasi.



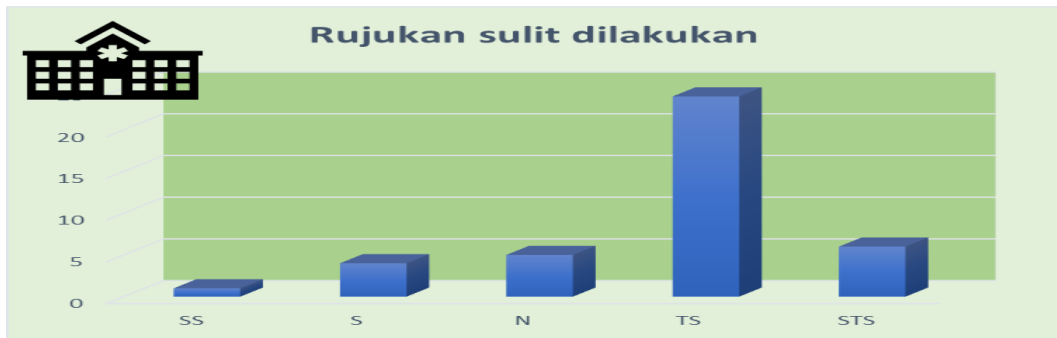
Grafik 5. ODDP mempunyai transportasi ke pelayanan kesehatan

Sebagian besar responden setuju setuju ada yang sangat setuju tetapi mempunyai transportasi ke fasilitas sebagian kecil tidak setuju dan sangat tidak Kesehatan yaitu 27 responden, selain setuju.



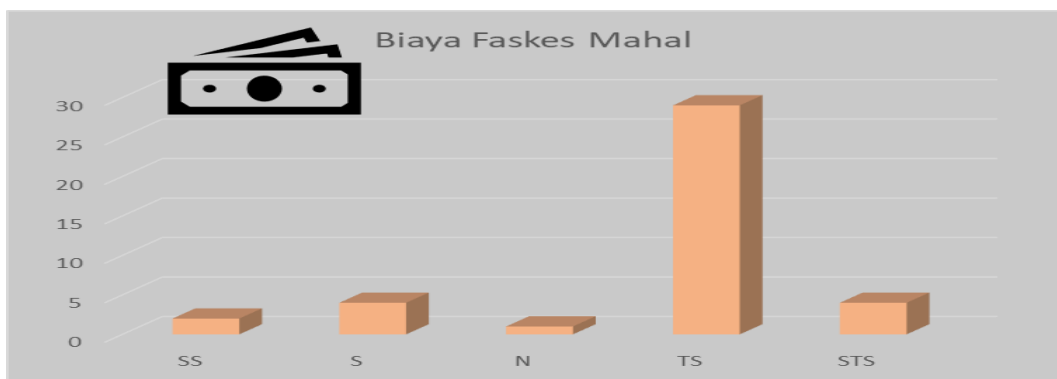
Grafik 6. ODDP memiliki pengalaman menggunakan pelayanan Kesehatan.

Sebagian besar ODDP mempunyai tidak menggunakan fasilitas kesehatan pengalaman menggunakan fasilitas sebesar 33%. Kesehatan yaitu sebesar 67% dan yang



Grafik 7. Grafik Kemudahan melakukan rujukan bagi ODDP

Sebagian besar responden melakukan rujukan yaitu sebesar 24 mengatakan tidak setuju apabila sulit responden.



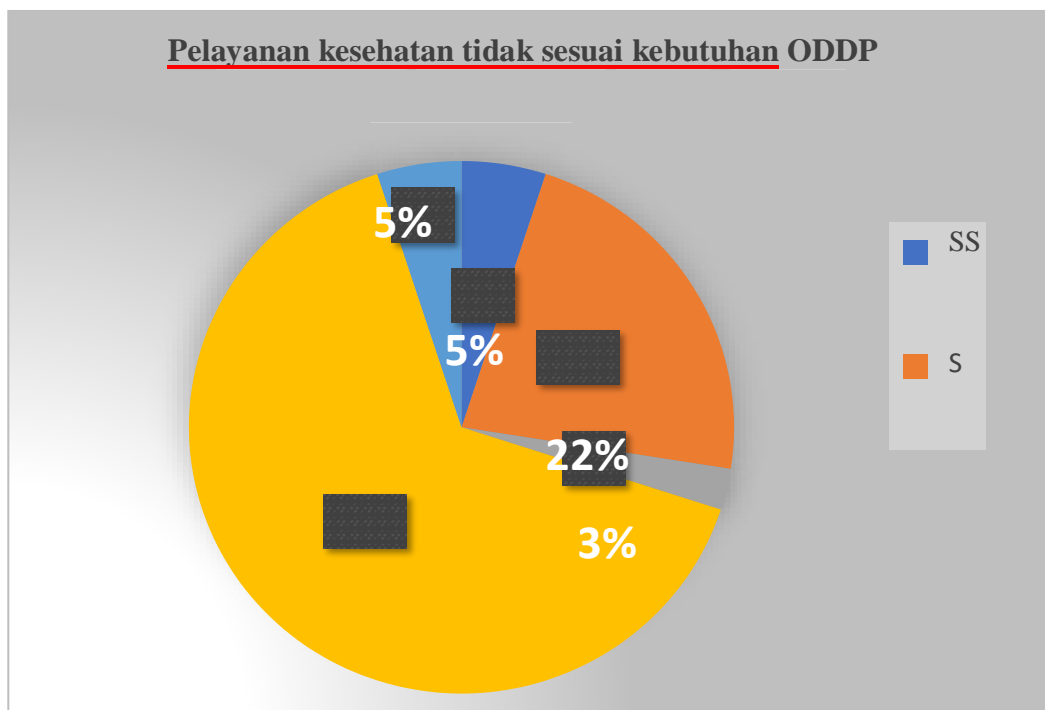
Grafik 8. Biaya pelayanan Kesehatan bagi ODDP

Sebagian besar responden dan sebagian yang lain ada yang setuju dan mengatakan tidak setuju apabila biaya faskes mahal yaitu sebesar 29 responden



Gambar 9. Grafik Kepuasan mendapatkan pelayanan Kesehatan bagi ODDP

Sebagian besar responden Kesehatan jiwa yang diberikan yaitu mengatakan puas terhadap pelayanan sebesar 30 orang.



Gambar 10. Grafik kesesuaian pelayanan Kesehatan yang diberikan pada ODDP

Sebagian besar responden mengatakan tidak setuju bahwa pelayanan Kesehatan yang diberikan tidak sesuai kebutuhan ODDP yaitu sebesar 26 (65%) responden.

Pembahasan

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) mencatat selama pandemi COVID-19, hingga Juni 2020, terdapat 277.000 kasus

gangguan jiwa di Indonesia. Prevalensi gangguan jiwa dan disabilitas dapat digunakan sebagai tolok ukur melihat tingkat kesehatan jiwa masyarakat. Gangguan jiwa dan penyakit jiwa termasuk *burden disease*. WHO (2001) menunjukkan bahwa 12% dari global *burden disease* karena masalah kesehatan mental. Kejadian ini lebih tinggi daripada penyakit dengan penyebab (entitas) lain. Meskipun tidak tercatat sebagai penyebab utama kematian atau penyakit di Indonesia, bukan berarti gangguan jiwa tidak ada atau masalah tersebut ringan. Terbatasnya data tentang kasus kesehatan jiwa dikarenakan kesehatan jiwa belum mendapat perhatian. Kasus gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan penelitian kesehatan dasar (Riskesdas, 2018) terus meningkat. Peningkatan ini dapat dilihat dari meningkatnya prevalensi umah tangga dengan ODDP di Indonesia. Ada peningkatan jumlah 7 per mill rumah tangga. Artinya 7 dari setiap 1000 rumah tangga terdapat ODDP, sehingga diperkirakan sekitar 450 ribu ODDP/ODGJ berat (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia/Kemendes RI, 2018).

Penyakit dan kematian akibat gangguan jiwa meningkat di negara maju. Jumlah kasus gangguan jiwa naik selama pandemi COVID-19 dari hanya 197.000 pada tahun 2019. Gunung kidul mempunyai 1626 ODDP data diambil dari Bulan Januari sampai September 2021 (Dinkes, Gunung kidul). Puskesmas Wonosari II mempunyai 67 ODDP data tersebut diambil dari ODDP yang berkunjung ke Puskesmas Wonosari II. Dengan tingginya jumlah ODDP dan peningkatan kasus ODDP di Indonesia maka diperlukan fasilitas Kesehatan jiwa yang menunjang.

Akses pelayanan kesehatan adalah kemampuan setiap orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya. Dimensi akses mencakup fisik (termasuk geografis). Puskesmas Wonosari II Sebagian besar responden mengatakan sudah baik hal tersebut juga bisa dilihat dengan dimensi yang telah ditetapkan untuk pengukuran aksesibilitas.

Dimensi *approachability* berdasarkan kuisisioner yang diberikan kepada responden, sebagian besar mengatakan setuju. Hal tersebut dikarenakan layanan Kesehatan jiwa yang ada dipersepsi responden adalah Puskesmas II Wonosari. Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 406/Menkes/SKNII 2009 Kesehatan jiwa komunitas merupakan suatu pendekatan pelayanan kesehatan jiwa dimana setiap potensi yang ada di masyarakat terlibat secara aktif. Paradigma baru dalam kesehatan jiwa komunitas adalah konsep menangani masalah kesehatan jiwa di bidang promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Asuhan terhadap penderita gangguan jiwa, khususnya yang mengalami gangguan jiwa berat, dilakukan secara manusiawi tanpa mengabaikan hak asasinya. Pendekatan yang diadopsi berubah dari klinis-individual menjadi produktif-sosial sejalan dengan perkembangan konsep kesehatan jiwa komunitas. Pelayanan Kesehatan jiwa tidak hanya pada pelayanan di Puskesmas tetapi masih banyak fasilitas Kesehatan jiwa yang harus disiapkan untuk pemberian pelayanan Kesehatan jiwa yang *holistic*.

Dimensi *acceptability*, dari 40 responden sebagian besar dapat menerima pelayanan Kesehatan yang diberikan hal tersebut dibuktikan dengan 67% responden menjawab tidak setuju pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan pelayanan yang dibutuhkan dan 75% responden mengatakan setuju bahwa puas terhadap pelayanan Kesehatan yang diberikan. Setelah dilakukan wawancara secara mendalam didapatkan bahwa kepuasan tersebut didapatkan karena Puskesmas sangat memudahkan akses pemberian obat-obatan bahkan petugas puskesmas bersedia di kirim pesan melalui WA untuk mengirimkan obat kepada ODDP.

Dimensi *availability* (ketersediaan dan transportasi), pada dimensi ini. Sebagian besar responden menyatakan setuju mempunyai transportasi ke fasilitas Kesehatan yaitu 27 responden. Setelah dilakukan wawancara ketersediaan tersebut seringkali difasilitasi oleh pemerintah desa

dan juga puskesmas yang meminjamkan transportasi untuk membawa ODDP ke fasilitas rujukan apabila diperlukan saat pasien amuk atau mengalami isolasi diri. Sedangkan untuk system rujukan, responden mengatakan dan tidak setuju bahwa sulit untuk dilakukan rujukan yaitu 24 responden menjawab tidak setuju. Halter sebut dikarenakan ketika ODDP melakukan amuk, pemerintah desa bekerjasama dengan babinsa akan membawa ODDP ke I GDRS. Grhasia sehingga sering kali tidak diperlukan rujukan. Sebagian kecil yang mengatakan setuju system rujukan sulit dilakukan saat mereka ingin mendapatkan pelayanan Kesehatan jiwa dengan seorang psikiater sangat sulit mendapatkan karena keterbatasan jumlah psikiater di Kabupaten Gunung kidul.

Dimensi *affordability* (keterjangkauan), pada dimensi ini, sebagian besar mengatakan mampu menutupi biaya pengobatan, terbukti dari responden yang menolak bila pelayanan di fasilitas kesehatan mahal, 29 responden menolak apabila biaya Kesehatan mahal di Pelayanan Kesehatan jiwa hal tersebut karena mereka menggunakan BPJS. Sebagian kecil yaitu 3 responden setuju mengatakan biaya pelayanan kesehatan jiwa mahal adalah ketika mereka menggunakan fasilitas Kesehatan jiwa yang tidak dilayani oleh BPJS. Masyarakat juga dapat dengan mudah menjangkau fasilitas Kesehatan puskesmas tetapi untuk mendapatkan rujukan rawat inap masyarakat cukup mengalami kesulitan karena rawat inap untuk ODDP tidak terdapat di Kabupaten Gunung kidul, fasilitas yang disediakan di RSUD Wonosari hanya rawat jalan dan ketersediaan psikiatri di Gunung kidul juga terbatas karena hanya berjumlah 1 dokter spesialis jiwa.

Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 406/Menkes/SKNI 2009, arah kebijakan manajemen gangguan jiwa di Indonesia telah mengalami pergeseran yang mendasar dari pendekatan klinis-individual menjadi pendekatan yang produktif-sosial sejalan dengan perkembangan konsep

kesehatan jiwa komunitas. Sehat adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial dan bukan hanya bebas dari kecacatan dan kematian. Definisi tersebut berlaku baik bagi individu maupun penduduk (masyarakat). Tingkat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor yang saling berinteraksi: lingkungan, perilaku, genetika, dan layanan kesehatan. Kesehatan jiwa merupakan keadaan sejahtera yang memungkinkan terjadinya kehidupan yang harmonis dan produktif, merupakan bagian integral dari kualitas hidup seseorang, dengan memperhatikan seluruh aspek kehidupannya, dengan penuh kesadaran akan kemampuannya sendiri, untuk mampu mengatasi tekanan kehidupan yang normal, untuk dapat bekerja secara efektif dan memenuhi kebutuhannya sendiri, untuk dapat berpartisipasi dalam lingkungan, menerima dengan baik apa yang ada di dalam diri, merasa nyaman dengan orang lain. Tentu saja, untuk mencapai ini tidak mudah. Ini karena kesehatan mental yang diamanahkan dalam undang-undang tidak dapat dicapai melalui pendekatan individual klinis saja.

Saat ini, pemerintah memberikan pelayanan kesehatan jiwa kepada masyarakat melalui sistem pelayanan kesehatan jiwa mulai dari tingkat primer, sekunder dan tersier. Namun jika dikaitkan dengan biaya yang perlu dikeluarkan, pendekatan kepada masyarakat lebih efektif dan efisien. Pelayanan kesehatan jiwa sebelumnya bersifat spesialis dan dikembangkan baik untuk RSJ maupun RSU. Sedangkan yang bersifat umum dilakukan di Puskesmas. RSJ digunakan sebagai pusat rujukan dan pengembangan pelayanan kesehatan jiwa sehingga pelayanan kesehatan jiwa dapat dilaksanakan secara holistik. Layanan kesehatan jiwa saat ini sedang mengalami pergeseran mendasar dari layanan kesehatan jiwa dengan perawatan tertutup ke perawatan terbuka. Dalam mengatasi kasus gangguan jiwa, pendekatan klinis-individual berganti ke produktif-sosial konsisten dengan perkembangan konsep kesehatan jiwa komunitas.

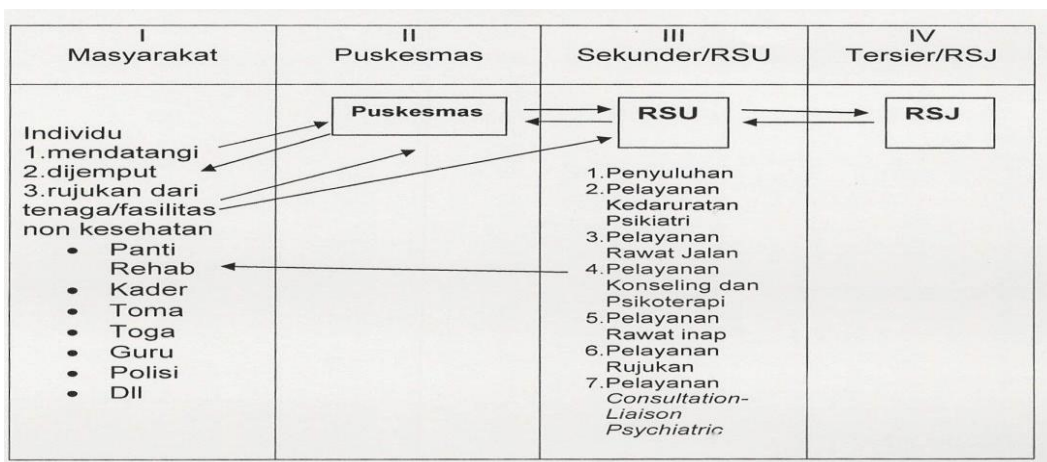
Layanan pertama adalah layanan

tingkat dasar yang diberikan oleh pemberi layanan terdepan di masyarakat yaitu Puskesmas, Balai Kesehatan Jiwa Masyarakat, Dokterpraktek swasta, Perawat Kesehatan Jiwa Masyarakat, Bidan, Psikolog Klinis, Pekerja Sosial dan Terapis okupasi yang telah mendapat pelatihan. Layanan kedua disediakan oleh Rumah Sakit Umum dan layanan kesehatan ketiga disediakan oleh Rumah Sakit Jiwa. Meskipun secara umum layanan kesehatan jiwa formal meliputi tiga tingkatan (primer, sekunder, dan tersier), ada juga layanan yang diberikan oleh masyarakat. Selain itu, variasi layanan berkembang di dalam masyarakat sebagai respons terhadap kondisi dan kebutuhan lingkungan setempat. Salah satu contohnya adalah adanya perawat spesialis jiwa di komunitas yang memberikan layanan

untuk mengisi kekosongan layanan kesehatan jiwa dasar di daerah, namun hal ini juga sulit dilakukan karena keterbatasan sumber daya manusia khususnya perawat jiwa di puskesmas. Pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat hadir dalam berbagai bentuk, baik lembaga seperti Posbindu, panti rehabilitasi, pondok pesantren dan lain-lain, maupun non-lembaga seperti perawatan mandiri oleh keluarga, konseling oleh tokoh agama dan tokoh masyarakat, pengobatan alternatif yang telah mendapat sertifikasi dari Kementerian Kesehatan RI, dan lain-lain. Pelayanan kesehatan jiwa komunitas lainnya yang diberikan oleh tenaga-tenaga yang terlatih dan terorganisasi, seperti kader kesehatan jiwa, guru, polisi, dan lintas sektor terkait.



Gambar 1. Tingkatan pelayanan Kesehatan di Indonesia



Gambar 2. pelayanan Kesehatan jiwa di Indonesia

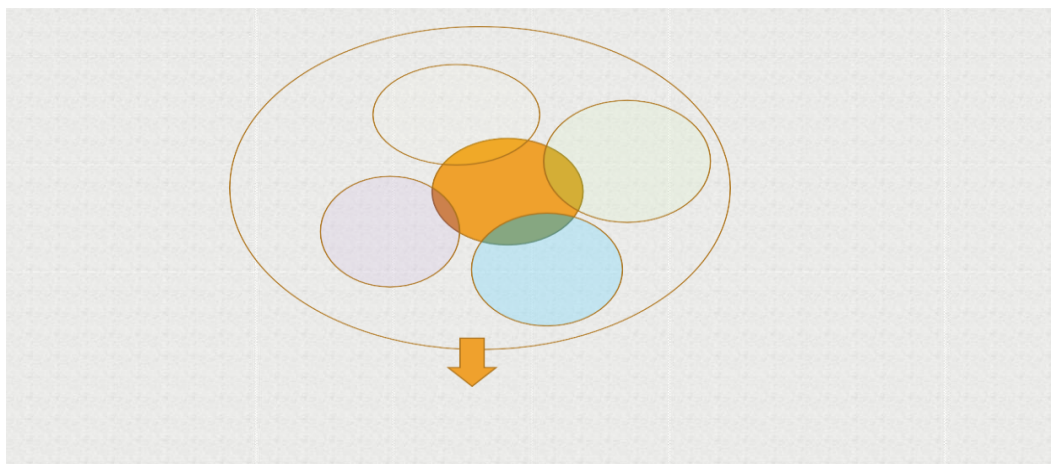
Bentuk pelayanan kesehatan jiwa yang telah dilakukan oleh negara-negara maju adalah pelayanan komprehensif yang disebut pelayanan jiwa komunitas (community mental healthcare). Pelayanan ini merupakan pusat pelayanan di masyarakat yang mencakup berbagai jenis pelayanan kesehatan, antara lain perawat, psikiater, apoteker, fisioterapis, ahli gizi dan pekerja sosial terlatih (Muhlisin & Pratiwi, 2015). Kebijakan kesehatan mental adalah pernyataan resmi pemerintah atau otoritas kesehatan sebagai arahan umum untuk kesehatan mental dengan mendefinisikan visi, nilai, prinsip, dan tujuan serta menetapkan model tindakan yang luas untuk mencapai visi tersebut (WHO, 2014). Puskesmas merupakan pelayanan dasar yang dapat mengurangi stigma tentang gangguan jiwa di masyarakat (Greasley & Small, 2005). Temuan ini didukung oleh Kakuma et al., 2011, yang menemukan bahwa negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah memiliki alokasi anggaran yang rendah untuk program kesehatan mental.

Berdasarkan uraian di atas arah kebijakan kesehatan jiwa sudah berubah bukan lagi hanya pada pendekatan klinis individual tetapi pada konsep kesehatan jiwa komunitas. Tentu saja arah kebijakan ini akan berdampak dalam segala hal termasuk pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas tidak lagi hanya pemberian obat tetapi melalui pendekatan yang

berbasis masyarakat. Bagaimana seorang ODDP kemudian mampu beradaptasi dengan kondisinya yang baru dan mampu memiliki kualitas hidup yang baik. Aksesibilitas pelayanan kesehatan jiwa tidak hanya terbatas ketersediaan obat saja tetapi dengan mengacu amanah undang-undang banyak fasilitas kesehatan yang harus disediakan dari pelayanan kesehatan jiwa primer maupun pelayanan kesehatan jiwa sekunder.

Masalah-masalah kesehatan jiwa yang ada di masyarakat diantaranya adalah masih melekatnya stigma ODDP, keterbatasan pengetahuan dari keluarga pasien, dan barrier dari budaya setempat menjadikan sebuah masalah yang komprehensif agar masalah kesehatan jiwa di Indonesia kasusnya tidak meningkat dari tahun ke tahun. Definisi aksesibilitas pelayanan kesehatan perlu didefinisikan dengan jelas dan penggunaan BPJS untuk pelayanan kesehatan jiwa mungkin bisa diperluas.

Peran dari seluruh elemen masyarakat untuk mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa komunitas ini perlu di implementasikan dengan nyata, juga terkait dengan alokasi dana desa untuk penanggulangan kesehatan jiwa di masyarakat. Berikut adalah hasil dari Focus Group Discussion yang dilakukan untuk dapat meningkatkan pelayanan kesehatan berbasis komunitas.



Gambar 3. FGD peningkatan pelayanan Kesehatan jiwa di Gunungkidul.

Simpulan

Aksesibilitas pelayanan Kesehatan yang berada di kecamatan Wonosari dengan menggunakan dimensi approachability (Kedekatan), acceptability (penerimaan), availability (ketersediaan dan transportasi), affordability (keterjangkauan), dan appropriateness (ketepatan). Mempunyai aksesibilitas yang baik tetapi masyarakat masih beranggapan bahwa aksesibilitas pelayanan Kesehatan hanya sebatas mendapatkan obat di Puskesmas. Apabila ada ODDP yang mengalami kondisi kegawatan daruratan masyarakat Bersama perangkat desa dan puskesmas sudah siap membawa ODDP membawa ke fasilitas Kesehatan rujukan yang berada di luar daerah Kabupaten Gunungkidul.

Daftar Pustaka

- Andari, S. (2017). The Suicide Phenomenon in the Gunungkidul Regency. *Sosio Konsepsia*, 7(1), 92–107.
<https://ejournal.kemsos.go.id/index.php/SosioKonsepsia/article/view/1141/640>
- Badan Pusat Statistik. (2019). *ht tp s : // w w w . b . g* (Subdirektorat Publikasi dan Kompilasi Statistik (ed.)). Badan Pusat Statistik.
<https://www.bps.go.id/publication/2019/07/04/daac1ba18cae1e90706ee58a/statistik-indonesia-2019.html>
- Greasley, P., & Small, N. (2005). Evaluating a primary care counselling service: Outcomes and issues. *Primary Health Care Research and Development*, 6(2), 125–136.
<https://doi.org/10.1191/1463423605pc206oa>
- Iswinaro, Chandra. (2019). Hingga September 2019, Terjadi 24 Kasus Bunuh Diri di Gunungkidul.
<https://jogja.suara.com/read/2019/09/06/044500/hingga-september-2019-terjadi-24-kasus-bunuh-diri-di-gunungkidul>
- Kakuma, R., Minas, H., Van Ginneken, N., Dal Poz, M. R., Desiraju, K., Morris, J. E., Saxena, S., & Scheffler, R. M. (2011). Human resources for mental health care: Current situation and strategies for action. *The Lancet*, 378(9803), 1654–1663.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61093-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61093-3)
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia/Kemenkes RI. (2018). Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan* (p. 674).
http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf
- Infokes, Media. (2021). Dinkes : Ternyata Masih Banyak ODDP di Gunungkidul yang Dipasung!!
<https://media-infokes.com/2021/12/08/dinkes-ternyata-masih-banyak-oddp-di-gunungkidul-yang-dipasung/>
- Muhlisin, A., & Pratiwi, A. (2015). Model pelayanan kesehatan berbasis partisipasi masyarakat untuk meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa pada masyarakat setempat. *The 2nd University Research Coloquium 2015, ISSN 2407-(2005)*, 172–179.