



Kualitas Pelayanan Kesehatan Jiwa pada Penderita Depresi di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Sangurara Kelurahan Duyu Kota Palu

Riyatno^{1*}, La Samudia Dalili², Priyatna Prasetyawati³, Galip Lahada⁴

¹⁻² Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Muhammadiyah Palu, Indonesia

³ Fakultas Ilmu Keguruan dan Ilmu Pendidikan, Universitas Tadulako, Indonesia

⁴ Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Sintuwu Maroso Poso, Indonesia

nanoriyatno1984@gmail.com¹, lasamudiadalili@gmail.com², priyatnanana62@yahoo.com³, Galib.Lahada85@gmail.com⁴

Korespondensi penulis: nanoriyatno1984@gmail.com*

Abstract. *This study aims to describe the Quality of Mental Health Services for Depression Patients at the Sangurara Health Center, Duyu Village, Palu City. The type of research is Descriptive with a qualitative approach. The technique of determining informants is done purposively; Data collection through observation, interviews, and documentation; Data analysis used is an interactive model including data condensation, data presentation, and drawing conclusions. The results of the study show that the quality of mental health services for depression patients is optimal. Based on the Reliability dimension, that the services provided by health workers are timely; Assurance, that the service procedure is in accordance with the Standard Operating Procedure (SOP); Physical evidence, in the form of examination rooms and medical equipment is sufficient and the available room meets the minimum requirements; Empathy, that continuity of service is not carried out by health workers; and the Responsiveness dimension, that depression patients have been served quickly by health workers. It is expected that health workers will pay attention to and carry out continuity of service, namely by conducting supporting examinations to determine the development of the physical condition of depression patients.*

Keywords: *Quality of Service, Mental Health, Depression Patients.*

Abstrak. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan Kualitas Pelayanan Kesehatan Jiwa pada Penderita Depresi di Puskesmas Sangurara Kelurahan Duyu Kota Palu. Jenis penelitian Deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Teknik penentuan informan dilakukan secara *purposive*; Pengumpulan data melalui observasi, wawancara, dan dokumentasi; Analisis data yang digunakan adalah model interaktif meliputi kondensasi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian bahwa kualitas pelayanan kesehatan jiwa pada penderita depresi sudah optimal. Berdasarkan dimensi Keandalan, bahwa pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan sudah tepat waktu; Jaminan, bahwa prosedur pelayanan sudah sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP); Bukti fisik, berupa ruang pemeriksaan dan peralatan medis sudah cukup memadai dan ruangan yang tersedia telah memenuhi syarat minimal; Empati, bahwa kesinambungan pelayanan tidak dilaksanakan oleh tenaga kesehatan; dan dimensi Daya tanggap, bahwa penderita depresi telah dilayani dengan cepat oleh tenaga kesehatan. Diharapkan tenaga kesehatan memperhatikan dan melaksanakan kesinambungan pelayanan yaitu dengan melakukan pemeriksaan penunjang guna mengetahui perkembangan kondisi fisik pasien depresi.

Kata kunci : Kualitas Pelayanan, Kesehatan Jiwa, Penderita Depresi.

1. PENDAHULUAN

Dalam menyelenggarakan pelayanan publik, hadirnya birokrasi pemerintah mutlak diperlukan dalam memenuhi kebutuhan hidup dan setiap orang wajib memperoleh layanan (Warsono et al., 2018) demi tercapainya tujuan pembangunan dibidang kesehatan yang setinggi-tingginya. Untuk mencapai tujuan tersebut, perlu dilakukan upaya kesehatan melalui kesehatan jiwa yang dilakukan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara

fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (UU Nomor 18 Tahun 2014). Peningkatan kesehatan jiwa masyarakat memerlukan peran serta pemerintah pusat dan daerah, tokoh masyarakat, pelaksana dan masyarakat (Kusumaningsih, 2023) yang harus diselenggarakan secara terintegrasi, komprehensif, serta berkesinambungan. Kemajuan teknologi di era globalisasi saat ini menimbulkan pengaruh positif maupun negatif. Pengaruh positif tentunya memberikan keuntungan, namun pengaruh negatif akan membawa ketidakstabilan kehidupan jika seseorang tidak memiliki ketahanan diri. Masyarakat yang tidak dapat menyesuaikan diri dengan perubahan dan perkembangan yang terjadi dapat mengalami gangguan kesehatan jiwa berupa “Depresi”.

Depresi merupakan salah satu gangguan mood yang ditandai dengan gejala utama berupa afek depresif, kehilangan minat, kehilangan energi yang ditandai dengan cepat lelah, dan gejala tambahan lainnya seperti konsentrasi atau perhatian berkurang, harga diri maupun kepercayaan diri berkurang, rasa bersalah atau rasa tidak berguna, memiliki pandangan tentang masa depan yang suram serta pesimistis, gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu dan nafsu makan berkurang selama terus menerus selama kurun waktu minimal 2 minggu (Kemenkes, 2021). Depresi sebagai gangguan yang tak terlihat atau *invisible disease* (Sulistiyorini & Sabarisman, 2017). Terjadinya depresi disebabkan oleh faktor biologis, psikologis dan sosial. Faktor biologis merupakan keturunan genetik kelainan kimiawi otak sistem endokrin, ritme dan aktivitas gelombang otak. Faktor psikologis meliputi kejadian hidup yang penuh tekanan atau membuat stres (misalnya meninggalnya orang yang dicintai), perasaan tidak berdaya dan pikiran negatif; serta faktor sosial meliputi masalah perkawinan, pertemanan, dan dukungan sosial (Hidayati et al., 2019).

Depresi menyebabkan menurunnya kualitas hidup dan merupakan faktor utama kejadian bunuh diri. Upaya pencegahan dan pengobatan masih sangat kurang. Hambatan penanganan bagi penderita depresi diantaranya adalah kurangnya sumber daya, kurangnya tenaga medis yang terlatih dan stigma sosial terkait dengan gangguan jiwa, penilaian yang tidak akurat, diagnosis yang tidak sesuai (Kemenkes, 2021). Angka kejadian depresi di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 6% dan mengalami kenaikan 0.1% pada tahun 2018 menjadi 6,1%. (Barham et al., 2021). Namun angka kejadian depresi di Kota Palu Provinsi Sulawesi Tengah mengalami kenaikan yang cukup tinggi yaitu 12,3 % di tahun 2018 (Riskesdas, 2018).

Hal ini menunjukkan bahwa penderita depresi terus meningkat dan merupakan masalah serius sehingga layak mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Pelayanan yang berkualitas

jika diberikan dengan aman, efektif, berpihak pada pasien, tepat waktu, efisien dan mudah diakses (Darney et al., 2016). Selain itu, Parasuraman et al., (1988) mengemukakan bahwa kualitas pelayanan mencakup 5 (lima) dimensi berdasarkan konsep *ServQual* yaitu *Responsiveness* (daya tanggap), *Assurance* (jaminan), *Tangible* (bukti fisik), *Empathy* (empati) dan *Realibility* (keandalan). Namun demikian, Kinerja birokrasi publik tidak cukup hanya dengan menggunakan indikator-indikator yang melekat pada birokrasi tersebut, namun dilihat juga melalui indikator indikator yang melekat pada pengguna jasa, seperti kepuasan, akuntabilitas, dan responsivitas (Dwiyanto, 2006). Sehingga, tenaga kesehatan jiwa pasien depresi diharapkan mampu memberikan pelayanan yang berkesinambungan, aman, dan berkualitas.

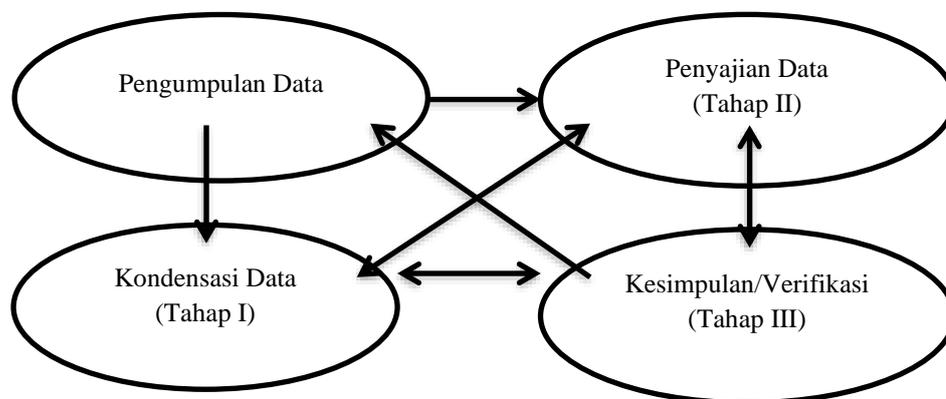
Pelayanan kesehatan jiwa pada penderita depresi sudah dilaksanakan namun belum sepenuhnya berjalan sesuai dengan konsep *ServQual*. Beberapa permasalahan yang ditemui dilapangan, diantaranya adalah tenaga kesehatan belum mampu memberikan jaminan (*assurance*) kepada penderita depresi maupun keluarganya, dimana kompetensi yang dimiliki tenaga kesehatan masih kurang; aktivitas tenaga kesehatan belum sesuai keandalannya (*realibility*), dimana tindakan pelayanan belum dilaksanakan dengan tepat waktu; kurangnya daya tanggap (*responsiveness*) tenaga kesehatan, dimana penderita depresi dan keluarganya belum memperoleh respon yang baik dan cepat; kurangnya empati (*empathy*) tenaga kesehatan, sehingga hubungan antara penderita depresi maupun keluarganya dan tenaga kesehatan tidak terjalin dengan baik, dan informasi yang disampaikan tenaga kesehatan kurang dipahami oleh penderita depresi maupun keluarganya. Asumsi tersebut menjadi dasar perlunya penelitian dengan kajian Kualitas Pelayanan Kesehatan Jiwa di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Sanggurara pada Penderita Depresi Kota Palu.

2. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan Kualitatif. Penelitian kualitatif sebagai suatu gambaran kompleks, meneliti kata- kata, laporan terinci dari pandangan responden, dan melakukan studi pada situasi yang alami. Metode deskriptif adalah penelitian yang berusaha mendeskripsikan suatu gejala, peristiwa, kejadian yang terjadi saat sekarang. Peneliti berusaha mendeskripsikan peristiwa dan kejadian yang menjadi pusat perhatian tanpa memberikan perlakuan khusus terhadap peristiwa tersebut (Creswell, 2009). Jenis data yang digunakan adalah data primer dan sekunder. Sumber data primer diperoleh dari lokus penelitian dan informasi yang diperoleh dari informan penelitian. Data sekunder diperoleh dari karya tulis, buku, artikel, jurnal atau sumber lain yang relevan dengan fokus penelitian. Informan

sangat penting dan dipilih berdasarkan kriteria spesifik yang disesuaikan dengan tujuan penelitian (Denny & Weckesser, 2022). Penentuan informan melalui teknik *Purposive*, yaitu memilih dengan sengaja orang-orang yang dianggap paling mengetahui kondisi permasalahan berkaitan dengan fokus penelitian (Leavy, 2017). Informan dapat memberikan wawasan dan perspektif yang berharga, meningkatkan kedalaman dan kualitas temuan penelitian (Regus, 2024). Kreteria informan adalah tenaga kesehatan yakni dokter jiwa 1 orang; perawat 2 orang; penderita depresi 2 orang dan keluarga penderita depresi 4 orang.

Penelitian ini mengadopsi teknik analisis data yang dikembangkan Miles, Huberman & Saldana (2014) dengan model interaktif yang meliputi kondensasi data, penyajian data, dan menarik Kesimpulan atau melakukan verifikasi. Kesimpulan awal masi bersifat sementara, dan akan berubah jika tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Bila kesimpulan awal didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali kelapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel (Sugiyono, 2015).



Gambar 1. Model Interaktif Analisis Data

Sumber: Miles, Huberman dan Saldana (2014)

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Keandalan (*Realibility*)

Keandalan adalah kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikannya. Temuan penelitian bahwa dokter dan perawat dalam tindakan pelayanan kesehatan jiwa pasien depresi sudah dilaksanakan dengan tepat waktu. Dokter maupun perawat harus mampu dan terus menjaga serta memanfaatkan waktu yang sudah ditentukan guna menciptakan pelayanan kesehatan jiwa yang berkualitas. Hasil penelitian sejalan dengan yang

dikemukakan Tando (2013) bahwa dalam melaksanakan tugasnya petugas mampu memenuhi janjinya secara akurat, misalnya memberikan pelayanan sesuai jadwal yang disepakati harus tepat waktu. Pelayanan kesehatan jiwa yang dilakukan dengan tepat waktu merupakan sikap profesionalisme kerja yang tinggi. Keandalan merupakan bentuk ciri khas atau karakteristik dari pegawai yang memiliki prestasi kerja tinggi (Riyadin, 2019) sehingga aktivitas kegiatan yang dilakukan dapat menghasilkan kualitas pelayanan (*service quality*) yang memuaskan tanpa ada keluhan yang berlebihan atas pelayanan yang diterima oleh pasien depresi.

Pentingnya standar waktu sudah diingatkan oleh Weber dan pengikutnya ketika mereka mengembangkan model birokrasi tipe ideal yang mana dalam tesisnya, Weber mempromosikan model birokrasinya adalah bahwa birokrasi tipe ideal akan dapat menciptakan kepastian pelayanan melalui adanya *Standard Operating Procedures* (SOP) yang tertulis (Dwiyanto, 2011). Standar waktu yang tidak mempunyai SOP tentunya akan menimbulkan sebuah pertanyaan, yaitu mengapa hal tersebut terjadi ? apakah dengan tidak adanya standar waktu pelayanan dapat menguntungkan pihak organisasinya yang melakukan pelayanan karena bisa bekerja semaunya ? apa pun bentuk alasan dan penyebabnya, situasi tersebut tidak boleh terjadi.

Dengan adanya standar pelayanan beserta komponennya secara tertulis yang dijadikan pedoman pelayanan kesehatan jiwa dapat memberikan kepastian terhadap waktu proses oleh tenaga kesehatan kepada pasien depresi. Standar waktu merupakan instrumen birokrasi pemerintahan. Karenanya, standar waktu harus diimplementasikan dengan baik agar tenaga kesehatan berinteraksi dengan mudah, dan saling menghargai keberadaan masing-masing. Kepastian waktu diciptakan agar terjalin hubungan interpersonal yang baik diantara pemberi dan penerima layanan. Oleh karena itu, dalam memberikan pelayanan yang berkualitas diharapkan tenaga kesehatan agar terus memperhatikan aspek ketepatan waktu dan mempertahankan standar waktu tersebut sebagai ukuran serta menjadikannya sebagai sebuah pedoman pada pelayanan kesehatan jiwa.

Jaminan (*Assurance*)

Jaminan (*assurance*) yaitu kemampuan membangun kepercayaan pasien depresi beserta keluarganya melalui kompetensi teknik. Dalam penelitian ini, kompetensi teknik berhubungan dengan pelaksanaan tugas oleh tenaga kesehatan sesuai dengan standar maupun pedoman. Kompetensi yang tidak terpenuhi dapat menyebabkan terjadinya penyimpangan terhadap standar pelayanan yang berdampak kepada kurang optimalnya kualitas pelayanan kesehatan jiwa pada pasien depresi. Kemampuan memberikan pelayanan yang berkualitas dipengaruhi

oleh “Prosedur” yaitu mengatur tahapan proses pelayanan kesehatan jiwa oleh tenaga kesehatan yang dilakukan dengan cepat, mudah dan tidak berbelit-belit. Prosedur sangat penting bagi keberlangsungan pelayanan itu sendiri.

Temuan penelitian bahwa prosedur pelayanan kesehatan jiwa pasien depresi sudah diimplementasikan dengan baik oleh tenaga kesehatan berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP) yakni meliputi proses pendaftaran, pemeriksaan, pemeriksaan penunjang, pemberian dan penyerahan obat serta rujukan pasien ke rumah sakit jika diperlukan. Berikut diagram alur prosedur pelayanan kesehatan jiwa pasien depresi. Prosedur pelayanan kesehatan jiwa pasien depresi terdapat lima tahapan yang dilakukan oleh dokter maupun perawat dalam memberikan pelayanan yaitu sebagai berikut.

- Tahap I : Pendaftaran, menerima pendaftaran pasien kunjungan baru/lama, memeriksa persyaratan, menuliskan identitas pasien di buku register dan buku rekam medis, memberikan kartu pendaftaran dan buku rekam medis kepada pasien.
- Tahap II : Pemeriksaan pasien, meliputi anamnesis, pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan fisik, penentuan diagnosis, penulisan resep dan prognosis.
- Tahap III : Pemeriksaan penunjang, meliputi menerima formulir pemeriksaan lab, mengambil sediaan darah/urine/feses/dahak, melakukan pemeriksaan, menuliskan hasil pemeriksaan dan membuat laporan, menyerahkan hasil pemeriksaan lab kepada pasien.
- Tahap IV : Pemberian dan penyerahan obat
- Tahap V : Rujukan ke RSU/Klinik utama

Prosedur merupakan tata cara atau langkah-langkah untuk melakukan pekerjaan dan mempunyai nilai tersendiri yaitu menentukan keabsahan suatu tindakan seseorang (Moenir, 2016). Tenaga kesehatan yang tidak mengikuti prosedur pelayanan yang sudah ditetapkan, tidak akan menghasilkan apa yang dituju dan memungkinkan pelayanan kesehatan jiwa menjadi tidak optimal.

Salah satu cara untuk menghasilkan kualitas pelayanan kesehatan jiwa harus mengikuti prosedur. Prosedur yang dibakukan disebut dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan biasa dikenal dengan istilah “Prosedur Tetap” (Moenir 2016). Hal ini sejalan dengan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik bahwa komponen standar pelayanan diantaranya terdiri atas sistem, memiliki kompetensi pelaksana dan mekanisme prosedur. Dengan SOP maupun protap, kedudukan prosedur semakin kuat dalam mencapai tujuannya yaitu pelayanan kesehatan jiwa yang berkualitas guna kesembuhan pasien depresi. Selain itu, hasil penelitian diperkuat juga oleh Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No.

63 Tahun 2003 Tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik, menegaskan bahwa dalam rangka upaya meningkatkan kualitas pelayanan publik, setiap penyelenggaraan harus memiliki standar pelayanan dan dipublikasikan sebagai jaminan adanya kepastian bagi penerima pelayanan. Standar pelayanan sekurang-kurangnya meliputi prosedur pelayanan, waktu penyelesaian, biaya pelayanan, produk pelayanan, sarana dan prasarana, serta kompetensi petugas pemberi pelayanan.

Prosedur pelayanan publik adalah kumpulan dari beberapa perintah yang harus dilaksanakan dalam menyelesaikan proses pelayanan publik agar sesuai dengan apa yang diharapkan. Agar sesuai dengan yang diharapkan, maka diperlukan kejelasan dan kepastian pada setiap tahapannya. Tahapan-tahapan dalam penyelesaian pelayanan publik, seperti yang telah disebutkan harus memuat kejelasan dan kepastian mengenai tata cara dalam proses penyelenggaraan pelayanan publik. Dalam proses penyelenggaraan pelayanan harus memuat tata cara mulai dari tahap pengajuan permohonan pelayanan, penanganan pelayanan, penyampaian hasil pelayanan hingga penyampaian pengaduan pelayanan. Dengan adanya kejelasan tersebut baik pemberi maupun pemohon pelayanan akan mendapatkan kemudahan, kejelasan dan kepastian dalam rangka proses pelayanan publik khususnya pelayanan kesehatan jiwa pasien depresi.

Bukti fisik (*Tangible*)

Bukti fisik merupakan kemampuan sarana prasarana yang dapat dimanfaatkan oleh tenaga kesehatan, meliputi ruangan pemeriksaan dan peralatan medis yang dapat dilihat secara nyata dan dikelola secara baik, aman dan nyaman bagi pasien depresi bersama keluarganya guna mengoptimalkan kualitas pelayanan kesehatan jiwa bagi kesembuhan pasien depresi dan fasilitas tersebut harus memenuhi persyaratan minimal.

Temuan penelitian bahwa fasilitas fisik berupa ruang pemeriksaan pasien depresi dan peralatan medis yang dimiliki Puskesmas Sanggurara sudah cukup memadai. Fasilitas yang tersedia sudah memenuhi persyaratan minimal maupun kelayakan ruangan seperti luasnya ruangan dan alat medis yang digunakan sesuai standar yang ditentukan. Zeithaml et al., (1990) bahwa bukti fisik dalam pelayanan yang berkualitas adalah bentuk aktualisasi nyata secara fisik yang dapat terlihat dan digunakan oleh pegawai sesuai dengan penggunaan dan pemanfaatannya yang dapat dirasakan langsung oleh orang yang dilayani. Semakin lengkap sarana dan prasarana maka semakin baik pula pelayanan yang diberikan pada pasien. Penelitian Mursyid & Aril Ahri, (2022) mengemukakan bahwa sarana dan prasarana merupakan salah satu kebutuhan yang harus ada dan disediakan untuk setiap pelayanan kesehatan. Kualitas dan

kuantitas sarana dan prasarana harus diperhatikan dengan baik untuk mendukung terselenggaranya kegiatan pelayanan kesehatan.

Sarana prasarana merupakan bentuk optimalisasi kualitas pelayanan dalam rangka kelancaran proses pelayanan dan juga kenyamanan bagi masyarakat khususnya pasien depresi beserta keluarganya. Selain itu juga merupakan bagian dari prestasi kerja yang menjadi salah satu pertimbangan dalam manajemen organisasi. Prestasi kerja oleh sumber daya manusia secara individu, dan menjadi penilaian dalam mengaplikasikan aktivitas kerjanya dapat dinilai dari bentuk sarana dan prasarana fisik (Arisutha 2005). Sarana dan prasarana merupakan faktor pendukung untuk mencapai keberhasilan suatu kebijakan (Suci Ramadhani et al., 2023). Karenanya, sebagai penerima layanan dapat menilai secara langsung maupun tidak langsung kondisi sarana prasarana fisik dan menyikapinya dengan baik demi kelancaran proses pelayanan kesehatan jiwa pasien depresi.

Empati (*Empathy*)

Empati yaitu kemampuan tenaga kesehatan membantu dan memberikan perhatian secara individu terhadap kebutuhan pasien depresi. Kesenambungan pelayanan sangat mempengaruhi kesembuhan pasien depresi. Mencapai hal tersebut, dokter maupun perawat harus memperhatikan dan melakukan pemeriksaan penunjang kepada pasien depresi.

Temuan penelitian bahwa kesinambungan pelayanan berupa pemeriksaan penunjang yang meliputi pengambilan darah dan urine tidak dilakukan oleh dokter maupun perawat. Hasil penelitian yang diperoleh bertentangan dengan apa yang dikemukakan oleh Nurmawati (2010) bahwa pasien selalu mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya. Pemeriksaan penunjang sangat membutuhkan rasa perhatian secara pribadi atas segala bentuk pengurusan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan jiwa sekaligus mampu memahami tentang apa yang menjadi kebutuhan pasien depresi. Dengan kata lain, empati yang dimiliki tenaga kesehatan harus mampu memahami pasien depresi dengan penuh perhatian. Hal ini sejalan dengan pendapat Eisenberg et al (2000) bahwa empati adalah kemampuan untuk memahami apa yang dirasakan dan dipikirkan oleh orang lain berdasarkan sudut pandang orang tersebut.

Empati seorang tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan akan mempengaruhi kualitas pelayanan. Dokter maupun perawat yang memiliki rasa empati yang baik dalam dirinya akan mampu meningkatkan kemampuannya dalam mengerti emosional yang sedang dialami pasien depresi serta memberikan respon yang tepat. Namun, masih banyak keluhan-keluhan pasien dan keluarga tentang buruknya pelayanan kesehatan. Misalnya tidak sabar, kurang perhatian, kurang tanggap, tidak mengerti kebutuhan pasien, kurang terampil,

tidak memberikan rasa nyaman pada pasien dan sebagainya. Penelitian oleh Butarbutar & Fathi, (2018) mengemukakan bahwa secara afektif, perawat menyatakan merawat pasien dengan tulus dan dengan sabar mendengarkan keluhan-keluhan yang pasien rasakan.

Daya tanggap (*responsiveness*)

Daya tanggap diartikan sebagai respon tenaga kesehatan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat. Pelayanan dikatakan cepat jika tenaga kesehatan mampu melayani pasien depresi dengan segera. Temuan penelitian bahwa tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya sudah memberikan pelayanan yang cepat dan respon yang baik. Hasil penelitian sejalan dengan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik bahwa setiap jenis pelayanan dilakukan secara cepat, mudah dan terjangkau. Daya tanggap merupakan sikap tenaga kesehatan untuk membantu dan merespon dengan memberikan pelayanan yang cepat kepada pasien depresi. Namun demikian, dalam memberikan pelayanan, tenaga kesehatan harus melayani pasien depresi sesuai dengan tingkat pemahamannya atas berbagai hal bentuk pelayanan yang tidak diketahuinya. Hal ini memerlukan penjelasan yang bijaksana, mendetail, membina, mengarahkan dan membujuk agar menyikapi segala bentuk prosedur dan mekanisme kerja yang berlaku dalam suatu organisasi sehingga bentuk pelayanan mendapat respon positif (Zeithaml *at.al* (1990)).

Kecepatan pelayanan merupakan bentuk pelayanan prima, adalah pelayanan yang sangat baik dan melebihi apa yang diharapkan oleh konsumen (Rahmayanty, 2010). Untuk mencapai harapan tersebut, tenaga kesehatan harus memiliki perilaku yang baik yaitu berperilaku adil, tidak diskriminatif, dan tidak mempersulit (UU Nomor 25 Tahun 2009). Proses pencapaian kualitas pelayanan khususnya kesehatan jiwa adalah harus secara terus menerus mendorong tenaga kesehatan yang berada di suatu organisasi atau instansi untuk memperoleh penilaian yang lebih baik dari standar yang telah ditetapkan.

Pasien depresi dianggap sebagai “pelanggan” mengharapkan bahwa pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dapat selalu meningkat dan menjadi semakin baik, cepat, diperbaharui, murah dan semakin sederhana. Oleh karena itu, pemerintah secara rutin menggelar evaluasi atas penyelenggaraan pelayanan publik. Evaluasi menekankan penilaian pada enam aspek yang mendorong penyelenggara pelayanan publik untuk memberikan layanan yang berkualitas melalui Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 17 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penilaian Kinerja Unit Penyelenggara Pelayanan Publik, meliputi 1) Kebijakan pelayanan, 2) Profesionalisme SDM, 3) Sarana prasarana, 4) Sistem informasi, 5) Konsultasi dan pengaduan, dan 6) Inovasi pelayanan publik.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan, disimpulkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan jiwa pada penderita depresi di Puskesmas Sanggurara Kelurahan Duyu Kota Palu sudah berjalan optimal. Hal ini ditinjau melalui dimensi keandalan, jaminan, bukti fisik dan daya tanggap. Sedangkan dimensi empati belum memenuhi harapan, sehingga perlu adanya perbaikan agar apa yang dilakukan tenaga kesehatan berjalan sesuai keinginan pasien depresi beserta keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Arisutha, D. (2005). *Dimensi Kualitas Pelayanan*. Gramedia Pustaka.
- Barham, A. S. S., Ulang, A. S. T., & Palanro, M. A. H. (2021). Gambaran Derajat Depresi di Hunian Sementara Kota Palu. *Jurnal Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*, 3(1), 27–33.
- Butarbutar, R., & Fathi, A. (2018). Gambaran Empati Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rsup H. Adam Malik Medan. *Talenta Conference Series: Tropical Medicine (TM)*, 1(1), 1–5.
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design : Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. In *Muqarnas*. Sage Publications, Inc.
- Darney, B. G., Saavedra-avendano, B., Sosa-rubi, S. G., Lozano, R., & Rodriguez, M. I. (2016). *International Journal of Gynecology and Obstetrics Comparison of family-planning service quality reported by adolescents and young adult women in Mexico* ☆. 134, 22–28.
- Denny, E., & Weckesser, A. (2022). How to do qualitative research?: Qualitative research methods. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 129(7), 1166–1167.
- Dwiyanto, A. (2006). *Mewujudkan Good Geovernance Melalui Pelayanan Public*. Universitas Gajah Mada Press.
- Dwiyanto, A. (2011). *Manajemen Pelayanan Publik : Peduli, Inklusif, dan Kalaboratif*. Gadjja Mada University Press.
- Eisenberg, O., & Shepard. (2000). The relations of emotionality and regulation to dispositional empathy-related responding among volunteers-in-training. *Journal Personality and Individual Differences*, 28(2), 367–382.
- Kemenkes. (2018). *Laporan Riskesdas Provinsi Sulawesi Tengah*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Balai Besar Penelitian dan pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional.
- Kemenkes. (2021). *Petunjuk Teknis Layanan Depresi*. Kementerian Kesehatan RI.

Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 17 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penilaian Kinerja Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. K

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 Tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

Kusumaningsih, R. (2023). Tanggung Jawab Pemerintah Dalam Penyelenggaraan Kesehatan Mental. *Jurnal Ilmu Sosial Dan Humaniora*, 2(1), 9–22.

Leavy, P. (2017). *Research Design : Quantitative, Qualitative, Mixed Methods, Arts-Based, and Community-Based Participatory Research Approaches*. The Guilford Press.

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis A Methods Sourcebook*. Sage Publications, Inc.

Moenir. (2016). *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Bumi Aksara.

Mursyid, F., & Aril Ahri, R. (2022). Sistem Pelaksanaan Layanan Penderita Hipertensi Dan Diabetes Mellitus Terhadap Peningkatan Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Puskesmas Service Implementation System for Patients with Hypertension and Diabetes Mellitus to Improve Minimum Service S. *Journal of Muslim Community Health (JMCH)* 2022, 3(1), 1–10.

Nina Rahmayanty. (2010). *Manajemen Pelayanan Prima : Mencegah Pembelotan dan Membangun Customer Loyalty*. Graha Ilmu.

Nurmawati. (2010). *Mutu Pelayanan Kebidanan*. Trans Info Media.

Nurul Kusuma Hidayati, M. P., Wirdatul Anisa, M. ps., Nabila Puspakesuma, M. S., Aliyaturrahma Supriyadi, S. P., Ariana Marastuti, S.Psi, M., Ayuk Rahadhian S., M.Psi., P., Aspi Kristiasti, S., Salma, M.Psi., P., & Wahyu Nhira Utami, M.Psi., P. (2019). *Buku Pedoman Kesehatan Jiwa*. Center for Public Mental Healt (CMPH) Fakultas Psikologi UGM.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Electronics Letters*, 64(6), 12–40.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1990). *Delivering Quality Service : Balancing Customer Perceptions and Expectations*. The Free Press.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (2001). *Delivering quality service : balancing customer perceptions and expectations*. Free Prees.

Regus, M. (2024). *Encountering Ethical Issues in a Sensitive Case Study Research : A Qualitative Exploration of the Victimized Ahmadiyya Minority in Indonesia*. 23(2), 133–144.

Riyadin. (2019). Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Masyarakat Keluarga Berencana Di Kecamatan Pekalongan Kabupaten Lampung. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 2(9), 41–50.

- Suci Ramadhani, Dwi Sutningsih, & Cahya Tri Purnami. (2023). Kendala Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan pada Penderita Hipertensi di Puskesmas : Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 6(4),
- Sugiyono. (2015). *Memahami Penelitian Kuantitatif*. Alfabeta.
- Sulistiyorini, W., & Sabarisman, M. (2017). Depresi : Suatu Tinjauan Psikologis. *Sosio Informa*, 3(2), 153–164.
- Tando, N. M. (2013). *Mutu Pelayanan Kebidanan dan Kebijakan Kesehatan*. IN MEDIA.
- Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik.
- Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.
- Warsono, H., Qurniawati, D. R., Sitorus, H., & Fajar S., S. M. (2018). Inovasi Layanan Mpospay Dan Free Pick Up Pos Indonesia Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan (Studi Pada Kantor Pos Semarang 50000). *JPSI (Journal of Public Sector Innovations)*, 2 (2), 44.